

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE TECNOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**ANÁLISE DE DESEMPENHO: UM ESTUDO APLICADO  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RN  
CONVENIADO À EBSERH**

**JÚLIA LORENA MARQUES GURGEL**

**NATAL/RN**

**2016**

**JÚLIA LORENA MARQUES GURGEL**

**ANÁLISE DE DESEMPENHO: UM ESTUDO APLICADO  
EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO RN  
CONVENIADO À EBSERH**

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção.

Orientador: Hélio Roberto Hékis, Dr.

**Natal/RN  
2016**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
CENTRO DE TECNOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO

**ANÁLISE DE DESEMPENHO: UM ESTUDO APLICADO EM UM HOSPITAL  
UNIVERSITÁRIO DO RN CONVENIADO À EBSERH**  
por

**JÚLIA LORENA MARQUES GURGEL**

DISSERTAÇÃO SUBMETIDA AO PROGRAMA DE ENGENHARIA DE  
PRODUÇÃO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE  
COMO PARTE DOS REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO  
GRAU DE

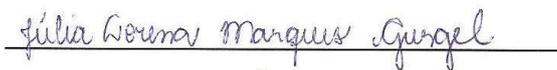
**MESTRE EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**MAIO, 2016**

© 2016 JÚLIA LORENA MARQUES GURGEL  
TODOS DIREITOS RESERVADOS.

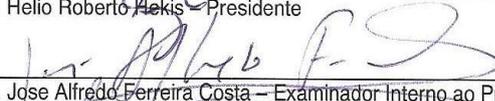
O autor aqui designado concede ao Programa de Engenharia de Produção da  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte permissão para reproduzir,  
distribuir, comunicar ao público, em papel ou meio eletrônico, esta obra, no  
todo ou em parte, nos termos da Lei.

Assinatura do Autor:

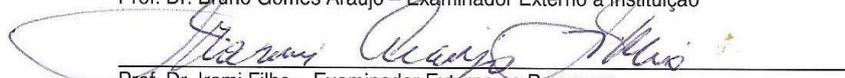


APROVADO POR:

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Helio Roberto Akis – Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Jose Alfredo Ferreira Costa – Examinador Interno ao Programa

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Bruno Gomes Araújo – Examinador Externo à Instituição

  
\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Irami Filho – Examinador Externo ao Programa

**Reitora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte**

Prof.<sup>a</sup>. Dr.<sup>a</sup>. Ângela Paiva Cruz

**Diretor do Centro de Tecnologia**

Prof. Dr. Luiz Alessandro de Queiroz

**Coordenador do Programa de Pós-graduação em Engenharia de Produção**

Prof. Dr. Mario Orestes Aguirre González

**Orientação**

Prof. Dr. Hélio Roberto Hékis

Catálogo da Publicação na Fonte  
Universidade Federal do Rio Grande do Norte - Sistema de Bibliotecas  
Biblioteca Central Zila Mamede / Setor de Informação e Referência

Gurgel, Júlia Lorena Marques.

Análise de desempenho: um estudo aplicado em um hospital  
universitário do RN conveniado à EBSEH / Júlia Lorena Marques  
Gurgel. - Natal, RN, 2016.

94 f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Hélio Roberto Hékis.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do Rio Grande do  
Norte. Centro de Tecnologia. Programa de Pós-Graduação em  
Engenharia de Produção.

1. Hospital Universitário - Dissertação. 2. Gestão hospitalar -  
Desempenho - Dissertação. 3. Empresa Brasileira de Serviços  
Hospitalares (EBSEH) - Dissertação. 4. Desempenho hospitalar -  
Indicadores - Dissertação. I. Hékis, Hélio Roberto. II. Título.

RN/UF/BCZM

CDU 658:614.2

## **DEDICATÓRIA**

Aos meus queridos e amados pais,  
Railton e Dagmar.

## **AGRADEDIMENTOS**

À Deus, por seu infinito amor ao me proporcionar saúde e guiar a minha vida em todos os momentos, trazendo-me força e esperança diante das dificuldades.

Aos meus pais, Railton e Dagmar, pelo inestimável amor, ensinamento e incentivo em todos os aspectos, principalmente com relação aos estudos. Obrigada por me direcionarem às melhores oportunidades, por mais imperceptíveis que fossem. À minha irmã, Juliane, pelo carinho e companheirismo, aturando-me nos diversos momentos, sempre evidenciando a sua solidariedade. À minha avó Júlia, referência de amor sem limites. Agradeço por toda dedicação e carinho empreendido na minha formação.

Ao meu orientador, Prof. Hélio Roberto Hékis, por ter acreditado e depositado confiança em mim, mesmo diante de todos os obstáculos e limitações. Obrigada pela amizade e direcionamento das atividades do mestrado.

Ao Prof. Irami Araújo Filho, por estar sempre disponível e colaborar de forma ativa na pesquisa. Obrigada pela atenção e apoio. Aos funcionários do HUOL, em especial à Ana Beatriz, Anieli e Michell, por toda paciência e cortesia ao fornecer as informações necessárias para concretização da coleta de dados.

Aos meus amigos do mestrado, Turma da Sofrência: Lycia, Taira, Bebel, Rafael, Luciano, Adriana e Iran. Obrigada pela acolhida e por compartilhar todos os anseios, angústias, sucessos e alegrias. Aos companheiros de orientação do Prof. Hélio: Hugo, Milena, Lawrence e Gilvedna pelo apoio, dando conselhos e compartilhando experiência.

À Profa. Elizabeth Carrilo, Erison Natécio e Prof. Wogelsanger Oliveira por me permitirem adaptar o horário de trabalho para cursar o mestrado, entendendo minhas ausências. Aos meus amigos da UERN, por sempre me incentivarem e me ajudarem quando eu não podia desenvolver minhas atividades: Marília, Valquíria, Jocileide, Dayane, Jéssica, Atarissis e Carlos.

À todos os Professores da Pós-Graduação em Engenharia de Produção – PEP/UFRN, por transmitirem com empenho e satisfação os conhecimentos e experiências. Aos

Professores José Alfredo, Bruno Gomes e Irami Araújo por aceitarem com gentileza de participar da minha banca de defesa.

Aos meus amigos, Firmino, Éricka e Rodrigo por estenderem a amizade dos tempos de escola, faculdade e trabalho por todos esses anos, fazendo-me sentir o mesmo apreço e carinho. Obrigada pelo apoio e torcida nessa jornada.

À todas as pessoas não mencionadas, mas que contribuíram de maneira direta ou indireta para a concretização deste trabalho.

“O Coração do homem propõe o seu caminho; mas o Senhor lhe dirige os passos.”

(Provérbios 16.9)

## **RESUMO**

No Brasil, os hospitais universitários têm importância fundamental na evolução do Sistema Único de Saúde (SUS) e em diversas áreas que favorecem a melhoria das condições de saúde da população. Apesar da alta relevância social dessas organizações, isto não as impossibilitou de passar por diversas crises de funcionamento. Desse modo, desenvolveu-se a análise de desempenho do Hospital Universitário Onofre Lopes, localizado na região nordeste do país, em biênios antes e após a adesão ao contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Para conduzir este estudo, foram selecionados os indicadores de avaliação de desempenho em organizações hospitalares e para análise comparativa da performance dos biênios (2011-2012) (2014-2015), foi adaptada a matriz de índices de desempenho adotada por Brizola et al. (2011), na qual são dispostos os 32 indicadores apreciados por especialistas nas dimensões estrutura e resultados, e em categorias: instalações, recursos humanos, receita, produção, produtividade, qualidade, custos e ensino/pesquisa/extensão. Os resultados evidenciam melhores desempenhos no biênio (2014-2015). Essa evolução dos índices de desempenho é atribuída à ampliação e reorganização da equipe de trabalho, aumento da receita, reformas estruturais e a oferta de novos serviços à população.

**Palavras-chave:** Hospital Universitário; Análise; Desempenho; EBSERH; Indicadores.

## ABSTRACT

*In Brazil, the university hospitals have fundamental importance in the evolution of the Sistema Único de Saúde (SUS) and in several areas that foment the improvement of population health conditions. Despite the high social relevance of these organizations, that does not make it impossible to go through various operating crises. Therefore, developed the Hospital Universitário Onofre Lopes performance analysis, located in the northeastern region of the country, in biennia before and after joining the management contract with the Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). To conduct this study, the performance evaluation indicators were selected in hospital organizations and to comparative analysis of the performance of the biennium (2011-2012) (2014-2015), it was adapted the performance indices matrix adopted by Brizola et al. (2011), which are arranged 32 indicators assessed by experts in the structure and results dimensions, in the categories: installations, human resources, revenue, production, productivity, quality, costs and teaching/research/extension. The results show better performance in the biennium (2014-2015). This evolution of the performance indices are assigned to the expansion and reorganization of the work team, revenue growth, structural reforms and the provision of new services to the population.*

*Keywords: University Hospital; Performance; EBSERH; Evaluation; Indicators.*

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estrutura e Apresentação da Dissertação.....	23
Figura 2 - Evolução do Sistema de Saúde brasileiro através da linha do tempo.....	25
Figura 3 - Organizações Hospitalares: Fronteiras Conceituais .....	34
Figura 4 - Distribuição das Instituições Federais de Ensino e HUs no Brasil.....	37
Figura 5 - Modelo Genérico de Estrutura Organizacional .....	38
Figura 6 - Estrutura Organizacional da EBSEH .....	39
Figura 7 - Estrutura Organizacional da Gerência de Atenção à saúde .....	40
Figura 8 - Estrutura Organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa .....	41
Figura 9 - Estrutura Organizacional da Gerência Administrativa .....	42
Figura 10 - Caracterização da pesquisa .....	48
Figura 11 - Etapas do estudo .....	50
Figura 12 - Linha do tempo da história do HUOL .....	55
Figura 13 - Organograma HUOL antes da adesão à EBSEH .....	56
Figura 14 - Organograma do HUOL após a adesão ao contrato de gestão da EBSEH	56

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Desempenho dos indicadores de estrutura referentes à categoria instalações nos biênios 1 e 2 no HUOL .....	61
Gráfico 2 - Dados correspondentes a categoria recursos humanos no biênio 2 no HUOL .....	62
Gráfico 3 - Desempenho dos indicadores de estrutura referentes à categoria receita nos biênios 1 e 2 no HUOL.....	63
Gráfico 4 - Desempenho dos indicadores de resultado referentes à categoria produção dos serviços nos biênios 1 e 2 no HUOL.....	65
Gráfico 5 - Desempenho dos indicadores de Resultado referentes à Categoria Produtividade nos biênios 1 e 2 no HUOL.....	67
Gráfico 6 - Desempenho do indicador de Resultado referentes à Categoria Custos nos biênios 1 e 2 no HUOL.....	68
Gráfico 7 - Desempenho do indicador de Resultado referentes à Categoria Qualidade nos biênios 1 e 2 no HUOL .....	69
Gráfico 8 - Desempenho dos indicadores de resultado referentes à categoria ensino/pesquisa/extensão nos biênios 1 e 2 no HUOL.....	71

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1 - Aspectos de Classificação dos Hospitais .....	32
Quadro 2 - Modelos de Sistemas de Avaliação de Desempenho Hospitalar no Brasil..	44
Quadro 3 - Indicadores de desempenho hospitalar.....	45

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características dos estudos da pesquisa bibliográfica.....	53
Tabela 2 - Dados Coletados para a mensuração dos indicadores de desempenho do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal-RN.....	57
Tabela 3 - Distribuição dos indicadores de estrutura referentes às instalações nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes .....	59
Tabela 4 - Distribuição dos indicadores de estrutura referentes à receita nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes .....	62
Tabela 5 - Distribuição dos indicadores de resultado referentes a produção dos serviços nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes .....	64
Tabela 6 - Distribuição dos indicadores de estrutura referentes a Produtividade nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes .....	65
Tabela 7 - Distribuição dos indicadores de resultado referentes a custo nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes .....	67
Tabela 8 - Distribuição dos indicadores de resultado referentes à qualidade nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes.....	68
Tabela 9 - Distribuição dos indicadores de resultado referentes a Ensino/Pesquisa/Extensão nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes .	69

## LISTA DE SIGLAS

ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados

BSC – Balanced Scorecard

CAP - Caixas de Aposentadoria e Pensão

CAS – Complexo de Atenção à Saúde

CEME - Central de Medicamentos

CGHU – Coordenação Geral de Acompanhamento das IFES e dos Hospitais Universitários

CHS – Complexo Hospitalar e de Saúde

CQH – Comitê da Qualidade Hospitalar

DGSP - Diretor Geral de Saúde Pública

EBSERH - Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

ECI – Edifício Central de Interação

HCFMUSP – Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HE – Hospitais de Ensino

HUF – Hospital Universitário Federal

HUOL – Hospital Universitário Onofre Lopes

HUs - Hospitais Universitários

IAP - Institutos de Aposentadorias e Pensões

IAS - Plano de Ações Integradas de Saúde (conferir)

IFES – Instituições Federais de Ensino Superior

INAMPS - Assistência Médica da Previdência Social

INPS - Instituto Nacional da Previdência Social

MEC - Ministério da Educação e Cultura

OMS - Organização Mundial da Saúde

PROAHSA – Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde

REHUF - Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais

SAHE – Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino

SIHUF – Sistema de Informações dos Hospitais Universitários do Ministério da Educação

SINHA – Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares

SINPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SIPAGEN – Sistema Padronizado para Gestão Hospitalar

SUS - Sistema Único de Saúde

UFRN - Universidade Federal do Rio Grande do Norte

UNISINOS – Universidade do Vale dos Sinos

## SUMÁRIO

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>10</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>11</b>
<b>LISTA DE GRÁFICOS .....</b>	<b>12</b>
<b>LISTA DE QUADROS.....</b>	<b>13</b>
<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>14</b>
<b>LISTA DE SIGLAS .....</b>	<b>15</b>
<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>19</b>
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA .....	19
1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA.....	20
1.3 OBJETIVO GERAL .....	21
1.4 OBJETIVO ESPECÍFICOS.....	21
1.5 JUSTIFICATIVA .....	22
1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO.....	22
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>24</b>
2.1 O HOSPITAL E OS SISTEMAS DE SAÚDE.....	24
2.1.1 Histórico do Sistema de Saúde no Brasil .....	25
2.1.2 Organização Hospitalar .....	30
2.1.3 Classificação Hospitalar .....	31
2.1.4 Hospitais Universitários e de Ensino .....	33
2.2 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSE 2.2.1 Estrutura Organizacional EBSERH .....	35 38
2.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE 2.3.1 Indicadores Hospitalares .....	42 45
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>48</b>
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA .....	48
3.2 POPULAÇÃO, AMOSTRA E UNIDADE DE ANÁLISE.....	49
3.3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA .....	50
3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA.....	52
<b>4 RESULTADOS .....</b>	<b>54</b>
4.1 ESTUDO DE CASO.....	54
4.2 ANÁLISE DOS DADOS.....	57
4.2.1 Indicadores de Estrutura.....	59

<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>74</b>
<b>ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA .....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO DE DOCUMENTOS .....</b>	<b>85</b>
<b>APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA SELEÇÃO E PROPOSIÇÃO DE INDICADORES.....</b>	<b>87</b>
<b>APÊNDICE B – DADOS COLETADOS PARA MENSURAÇÃO DOS INDICADORES.....</b>	<b>Erro! Indicador não definido.</b>

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DO TEMA

O assunto gestão hospitalar vem sendo muito discutido pelos estudiosos da área, em face da ampliação dos sistemas de saúde e o aumento da complexidade da organização dos serviços hospitalares. Desse modo, é fortalecida a importância de uma maior cobertura de atendimento, otimização dos recursos utilizados e a qualidade da assistência prestada. Fatores como o envelhecimento populacional e o surgimento de novas doenças conduzem a remodelagem da gestão das organizações prestadoras de serviços de saúde, em nível mundial.

Devido à necessidade do desenvolvimento, cada vez mais rápido, de tratamentos para as diversas doenças, espera-se que os profissionais de saúde superem as limitações e realizem inovações nas técnicas e abordagens terapêuticas. Nesse sentido, os Hospitais Universitários – HUs contribuem na formação de recursos humanos atuantes nas práticas profissionais, no desenvolvimento de pesquisas e na incorporação de novas tecnologias para a saúde coletiva. Essas instituições também colaboram no desenvolvimento de atividades de ensino, extensão e assistência à saúde.

No Brasil, os HUs têm importância fundamental na evolução do Sistema Único de Saúde - SUS e em diversas áreas que favorecem a melhoria das condições de saúde da população. Apesar da alta relevância social dessas organizações, isto não as impossibilitou de passar por diversas crises de funcionamento. As instalações físicas precárias, o quadro insuficiente de servidores e a subutilização da capacidade instalada para alta complexidade são fatores que restringem à oferta de serviços à comunidade.

A administração dos HUs é vinculada a universidade correlata do Ministério da Educação – MEC, e presta serviços assistenciais ao SUS, por convênio. Como forma de equacionar o problema da precarização da força de trabalho com contratos irregulares, permitir autonomia financeira e vislumbrando a perspectiva de captação de recursos próprios, foi criada através da Lei Federal 12.550 de 15/12/2011, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH, uma nova figura jurídica para gerenciar os

hospitais universitários, especialmente os federais, instaurando metas de desempenho, prazos e indicadores (OLIVEIRA, 2014; PALHARES & CUNHA, 2014).

Dentre os hospitais universitários que aderiram à EBSEH, a Universidade Federal do Rio Grande do Norte – UFRN assinou o contrato de adesão em 29 de agosto de 2013, para a parceria na administração do Hospital Universitário Onofre Lopes, Hospital Universitário Ana Bezerra e Maternidade Escola Januário Cicco.

## 1.2 DEFINIÇÃO DO PROBLEMA DE PESQUISA

Os hospitais universitários da UFRN atendem a um contingente de mais de três milhões de habitantes no Estado do Rio Grande do Norte, e assim como em outras realidades no Brasil, passam por mudanças como: readaptação às estruturas curriculares dos cursos da área da saúde; incorporação de novas tecnologias no processo de ensino aprendizagem; além de terem a necessidade de adotar recursos organizacionais e financeiros para atender as demandas acadêmicas e a prestação de serviços (XIMENES ET AL., 2013).

Surgem muitos desafios advindos do aumento do número de cursos de graduação na área da saúde, bem como do aumento do número da oferta de vagas nesses cursos. Tem-se também a necessidade do acompanhamento dos docentes e preceptores junto aos alunos em formação, implicando em complexidade na organização e estruturação desses hospitais.

Os planos de reestruturação desses hospitais preveem medidas de recuperação da infraestrutura física e tecnológica, bem como a recomposição do quadro de pessoal; e a reativação de leitos, atualmente paralisados devido à falta de pessoal. Dessa forma, o principal propósito desse novo modelo de gestão é trazer ganhos para a assistência aos pacientes do SUS, prestando serviços de excelência com boas estruturas e equipe de pessoal suficiente para dar melhores condições de se fazer ensino, pesquisa e extensão.

Imerso nesse contexto, o Hospital universitário Onofre Lopes - HUOL detém uma história de mais de 100 anos na formação de profissionais na área da saúde e afins, bem como na prestação de serviço em saúde à população do Estado do Rio Grande do

Norte e do Brasil, em mais de 30 especialidades. Configura-se como hospital de médio porte, dada à quantidade de leitos disponíveis e sua capacidade instalada de atendimento é a maior em relação aos demais hospitais universitários da UFRN.

Com todas essas mudanças significativas para a melhoria da gestão, é relevante que haja o acompanhamento e avaliação de desempenho do HUOL. Nesse sentido, Bittar (2001) esclarece que as comparações entre metas, fatos, dados, informações, a criação de parâmetros internos e externos, são peças fundamentais para o entendimento das mudanças ocorridas em uma instituição. A partir disso, é possível que a administração compreenda a análise histórica da sua performance, estabeleça ferramentas que contribuam no controle do novo modelo gerencial e conduza de forma respaldada as suas ações.

Tomando-se por base as considerações desenvolvidas para facilitar a compreensão do tema. Diante do exposto, surge o seguinte questionamento: **A adesão ao contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares produziu mudanças no desempenho do Hospital Universitário Onofre Lopes?**

### 1.3 OBJETIVO GERAL

Analisar o desempenho de um hospital universitário Federal antes e após a adesão ao contrato de gestão com a empresa brasileira de serviços hospitalares.

### 1.4 OBJETIVO ESPECÍFICOS

- Entender os modelos de avaliação de desempenho organizacional nos hospitais universitários;
- Compreender a história do Hospital Universitário Onofre Lopes;
- Validar os indicadores por especialistas do Hospital Universitário Onofre Lopes;
- Analisar os indicadores de desempenho hospitalar selecionados nos biênios 2011-2012 e 2014-2015, identificando os possíveis efeitos da adesão à EBSERH.

## 1.5 JUSTIFICATIVA

A realização desta investigação é relevante dada à complexidade da estrutura organizacional, especificidade das atividades inerentes à missão dos HUs, escassez de fontes bibliográficas na adoção de modelos de avaliação de desempenho especificamente nesses hospitais.

Os autores Nogueira et al. (2015) realizaram uma revisão sistemática da Avaliação dos Hospitais de Ensino do País, e constataram que os estudos existentes são insuficientes, sendo imprescindível novas pesquisas em outras regiões do País, com abordagens metodológicas qualitativas e mistas.

Sendo assim, a proposição de um modelo de avaliação de desempenho para HUOL terá como possíveis contribuições diretas e/ou indiretas:

- Compreensão da análise histórica da sua performance de desempenho em anos;
- Alinhamento estratégico com as diretrizes da EBSEH;
- Identificar os impactos ocorridos após a adesão da EBSEH;
- Integração das gerências e direção geral para atingir as metas de desempenho;
- E estímulo de realização de estudos nessa área;
- Demonstrar a abrangência de atuação da Engenharia de Produção.

## 1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Este estudo está estruturado em 5 (quatro) capítulos. No presente capítulo, foi apresentada a exposição do tema, contextualizada com a definição do problema, os objetivos, a justificativa e a estrutura da dissertação. O capítulo 2 aborda o referencial teórico. O capítulo 3 discorre acerca dos procedimentos e recortes metodológicos desta pesquisa, expondo informações a respeito da caracterização da pesquisa, da população e amostra, trajetória metodológica e dos aspectos éticos da pesquisa. O capítulo 4 refere-se ao estudo de caso realizado no HUOL/UFRN e os resultados alcançados. O capítulo 5 serão apresentadas as considerações finais em relação a este estudo e as sugestões para

futuras pesquisas nessa área. Para finalizar são as referências bibliográficas são apresentadas e o apêndice, em sequência. A estrutura descrita encontra-se representada na figura 1.

Figura 1 - Estrutura e Apresentação da Dissertação



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Neste capítulo, serão apresentados os argumentos teóricos acerca do hospital, relacionando os aspectos gerais sobre a definição e relação com os sistemas de saúde, o histórico do Sistema de Saúde no Brasil, Organização e Classificação hospitalar, Hospitais Universitários e a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSERH; Avaliação de Desempenho em Hospitais Universitários e de Ensino; e Indicadores de Desempenho.

### **2.1 O HOSPITAL E OS SISTEMAS DE SAÚDE**

O hospital como instrumento terapêutico, ou seja, um espaço de atenção ao enfermo é uma concepção relativamente nova, que data do final do século XVIII. Antes desse período, tratava-se essencialmente de instituição de assistência material e espiritual aos pobres e de isolamento de doentes (FOUCAULT, 2011). O cristianismo está ligado às origens do hospital contemporâneo, pois na antiguidade os templos eram as instituições de cuidado que recebiam os enfermos e tomavam as providências possíveis.

Com o avanço da medicina, o hospital foi adquirindo novas características, e conforme Louzada et al. (2008) foi ultrapassando aos poucos, a distinção que existia entre o atendimento curativo e o preventivo. Atualmente, entende-se que ele deve operar em todos os serviços de saúde, desde a prevenção até a reabilitação. Inclui-se também o serviço à família, em seu domicílio e ainda pode ser uma instituição de formação para os que trabalham no campo da saúde e para pesquisas biossociais.

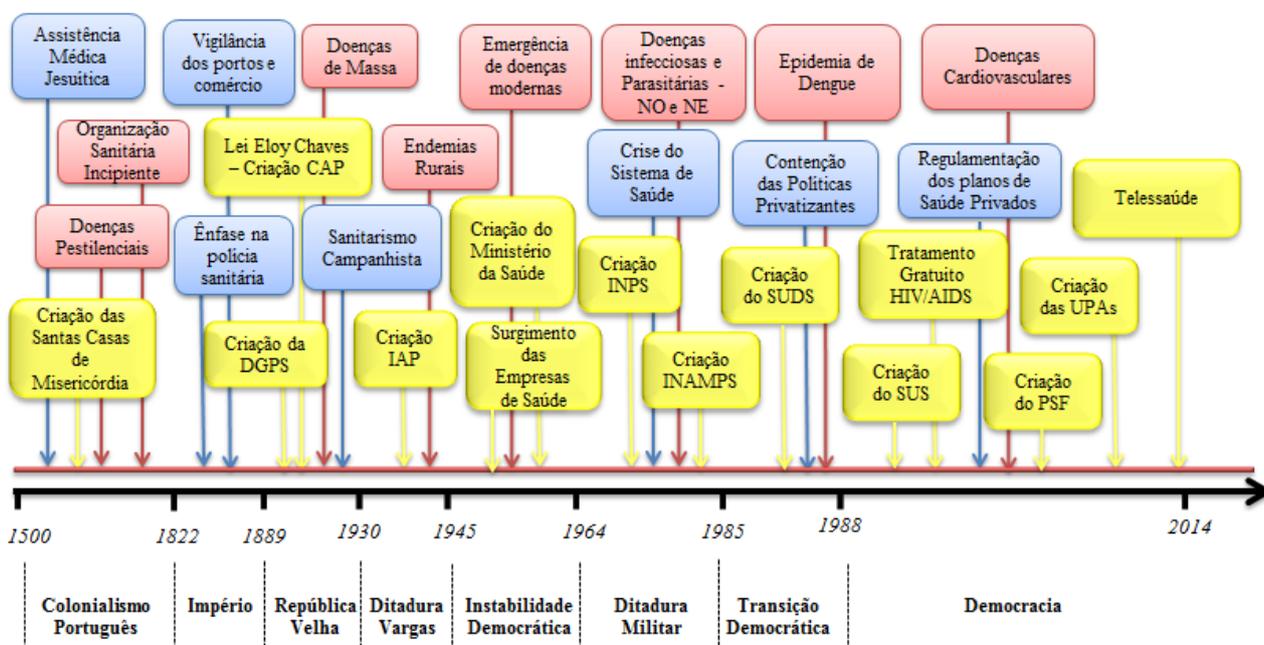
Desse modo, os sistemas de serviços de saúde se estruturam de acordo com a compreensão local do processo saúde-doença, com o objetivo comum entre si de promover a saúde dos cidadãos de um determinado Estado. Tendo por objetivos: alcance equitativo de um nível ótimo de saúde; garantia de uma proteção adequada dos riscos; acolhimento; efetividade e eficiência dos serviços para todos os cidadãos (MOITI & BANTON, 2013). Ou seja, assegurando os bens e serviços disponíveis para a manutenção e recuperação da saúde. Nesse entendimento, Viacava et al. (2004) dispõe

que os sistemas de saúde podem mudar no tempo e no espaço, contemplando mudanças nas concepções dominantes.

### 2.1.1 Histórico do Sistema de Saúde no Brasil

A evolução histórica do sistema de saúde brasileiro passou por diferentes contextos econômicos, políticos e sociais. Com o propósito de evidenciar os fatos e desafios inerentes a cada período da história do Brasil associado à conjuntura do sistema de saúde, formulou-se a figura 2.

Figura 2 - Evolução do Sistema de Saúde brasileiro através da linha do tempo



Fonte: Elaborado pela autora, 2016.

Os blocos amarelos, da figura 2, referem-se à conjuntura do sistema de saúde de cada época, como a criação de instituições de gerenciamento e/ou características marcantes. Os blocos azuis evidenciam contextos políticos, enquanto os blocos vermelhos mostram os principais desafios de saúde, destacando as principais doenças e dificuldades. Dessa maneira, trata-se da evolução do sistema de saúde brasileiro através da linha do tempo, detalhada a seguir pelo resgate bibliográfico da literatura sobre o tema.

Durante o período colonial, o modelo exploratório e comercial de Portugal não possibilitava que a assistência à saúde fosse uma preocupação para a colonização do Brasil. Na concepção indígena, as doenças eram percebidas de forma empírica e mística. Assim, quando os índios adoeciam recorriam ao pajé, para exorcizar os maus espíritos e utilizar plantas diversas no tratamento dos enfermos. Com o objetivo de converter os índios ao cristianismo e neutralizar a influência do Pajé, os jesuítas manipulavam medicamentos em suas boticas, levavam alimentos para os pacientes e aproveitavam para fazer a catequese. O progressivo desenvolvimento da colonização conduziu ao desaparecimento da assistência médica jesuítica substituída pelos físicos, médicos conhecidos como cirurgiões barbeiros (BRASIL, 2005).

Os principais desafios de saúde durante o período de colonialismo português eram comedir as doenças pestilenciais e dar assistência à saúde da população, visto que a organização sanitária era insipiente. A principal estratégia de controle dessas doenças baseava-se no afastamento e/ou confinamento dos doentes nas Santas Casas de Misericórdia, cuja função está mais vinculada à assistência do que curativa.

No período histórico do Brasil considerado como Império, ficou marcado pela abertura dos portos em 1808, o surgimento do capitalismo moderno e o início da industrialização; foi desencadeado no contexto de sistema de saúde estruturas com ênfase na polícia sanitária, período no qual houve a criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e endemias (PAIM ET AL., 2011). O autor Vargas (2008) acrescenta que as atividades de saúde pública estavam delimitadas à transferência das atribuições sanitárias as juntas municipais e ao controle de navios e saúde dos portos. O interesse primordial estava limitado à fundação de um controle sanitário mínimo na capital do império.

A economia durante a República Velha era caracterizada como sendo agroexportadora. Devido às péssimas condições de higiene e saúde da população e assim a insalubridade dos portos fez com que as embarcações estrangeiras receassem em comercializar no Brasil. Preocupado com a situação econômica e para garantir condições de saúde para os trabalhadores empregados na produção e na exportação, o Governo criou a Diretoria Geral de Saúde Pública, dentro do Ministério da Justiça e Negócios Interiores para tratar de assuntos relacionados à saúde (BRASIL, 2005).

Em 1904, a cidade do Rio de Janeiro foi assolada por uma epidemia de varíola. Oswaldo Cruz, o Diretor Geral de Saúde Pública (DGSP), cargo que na época equivalia ao de ministro da Saúde, mandou ao Congresso uma lei que reiterava a obrigatoriedade da vacinação, já instituída em 1837, mas que nunca tinha sido cumprida. Ciente da resistência da opinião pública organizou uma campanha em moldes militares. Com a imposição da vacinação obrigatória, as brigadas sanitárias entravam nas casas e vacinavam as pessoas à força. Isso causou uma repulsa pela maneira como foi feita. A indignação levou ao motim popular, que explodiu em 11 de novembro de 1904, conhecido como a Revolta da Vacina (PORTO, 2003).

A assistência à saúde concedida pelo Estado até a década de 1930 estava delimitada às ações de saneamento e combate às endemias. É também dessa época, a eclosão e desenvolvimento do chamado Sanitarismo Campanhista, vigorosamente presente até o final da década de 1940. As campanhas destinavam-se ao combate de endemias como a peste bubônica, a febre amarela, a cólera e a varíola.

A previdência Social no Brasil foi criada em 1923 com o Decreto Legislativo que ficou conhecido como Lei Elói Chaves criando as Caixas de Aposentadoria e Pensão – CAP, que eram organizadas pelas empresas e ofereciam assistência médica, medicamentos, aposentadorias e pensões. A partir de 1933, surgiram os Institutos de Aposentadorias e Pensões - IAP, criados no Estado Novo de Getúlio Vargas. Estas entidades de grande porte abrangiam os trabalhadores agrupados por segmentos de atividades. O modelo introdutório da assistência médica não era universal e fundamenta-se nos vínculos trabalhistas. Tinham direito aos benefícios somente trabalhadores que contribuía para a Previdência (JUNIOR & JUNIOR, 2006).

Ribeiro (2007) faz uma reflexão acerca da década de 1920, como sendo um período de mudança nas práticas de saúde pública, pois além da criação da Previdência Social no interior da qual a assistência médica torna-se questão de saúde pública e inicia uma relação do Estado brasileiro com o setor privado, com grande mercantilização da assistência médica. O movimento sanitário apontou a ineficiência das instituições públicas dicotomizadas em ações de caráter coletivo ou assistencial, levando a proposição de reorganização das instituições públicas na forma de um sistema.

De acordo com Pelicioni & Pelicioni (2007), no ano de 1930, referente ao início do período considerado como Ditadura Vargas, foi criado o Ministério dos Negócios de

Educação e Saúde Pública, sendo que em 1937 passou a ser chamado de Ministério da Educação e Saúde Pública. Só em 1953 foi instituído o Ministério da Saúde, com seu Serviço Nacional de Educação Sanitária. Então, só a partir de 1945, com a criação da Organização Mundial da Saúde – OMS emergiram novas discussões sobre o processo saúde-doença, no qual foi evidenciando o conceito de saúde como o estado de mais completo bem-estar e não unicamente ausência de doença.

No período considerado como Instabilidade Democrática (1945-1964) destacam-se os principais acontecimentos: a criação do ministério da saúde - 1953, a unificação dos direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos por meio de leis; expansão da assistência hospitalar e o surgimento de empresas de saúde. Com relação aos principais desafios em saúde, há o surgimento das denominadas doenças modernas, como por exemplo, doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito.

Com o golpe de 1964, o poder foi assumido pelas Forças Armadas. Na saúde, as políticas de planejamento intensificaram a privatização dos serviços médicos, por meio da compra de serviços pela Previdência, como sendo em unidades de serviço (ALENCAR ET AL., 1985). Outro ponto relevante, durante a Ditadura Militar foi à intervenção nos Institutos de aposentadorias e Pensões, impedindo a participação dos representantes dos empregados e empregadores no desdobramento dos programas de saúde. Em 1967, foi criado Instituto Nacional da Previdência Social - INPS, o qual unificou todos os Institutos, concentrando recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada.

Os autores Bertolozzi & Greco (1996) explicam que na tentativa de promover a reordenação do sistema de saúde, em 1977 foi criado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social – SINPAS, para a congregação das diversas entidades previdenciárias; o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – INAMPS, responsável pela prestação de assistência médica individual aos trabalhadores urbanos e rurais; a Fundação Legião Brasileira de Assistência, direcionada para a prestação de assistência social à população carente; a Central de Medicamentos – CEME; e da Fundação Nacional do Bem Estar do Menor, dentre outras.

No período de transição democrática (1985-1988), o governo constituiu o Plano de Ações Integradas de Saúde – IAS, que tinha como princípios, a integração entre as

ações e instituições, a regionalização, a hierarquização, o repasse de recursos de previdência, além da descentralização do planejamento e da administração.

Para Pego & Almeida (2002), aspectos como o avanço na cobertura da previdência social e um mercado de saúde fundamentado em pagamentos a prestadores do setor privado sustentado nos serviços realizados geraram uma crise de financiamento na previdência social, que vinculada à recessão econômica da década de 1980, deu sustento aos anseios pela reforma no sistema de saúde vigente.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 foi uma referência do processo de concepção de um novo modelo de saúde pública universal, objetivando romper com a divisão estrutural entre saúde pública e medicina curativa individual, e com a expressiva privatização que então assinalava o sistema de saúde brasileiro (SILVA & LIMA, 2005). Embora os interesses e preocupações diversas vezes conflitantes, as forças progressistas aprovaram o princípio de que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, a ser implementado com a unificação, a democratização e a descentralização do sistema de saúde, depois inscrita na Constituição Federal de 1988.

A criação do Sistema Único de Saúde - SUS foi motivada pela crescente crise de financiamento do modelo de assistência médica da Previdência Social e devido a grande mobilização dos trabalhadores da saúde, de centros universitários e de setores organizados da sociedade no contexto da democratização do país. Nesse sentido, por meio da coordenação e integração para transferência de recursos entre as instituições da saúde federais, estaduais e municipais, foi possível estabelecer os alicerces para SUS. Sendo assim, no ano de 1990 através da Lei nº 8.080 e da Lei nº 8.142 foram regulamentados os serviços, a participação da sociedade e as bases de funcionamento do SUS (Brasil, 2002; PAIM ET. AL, 2011; BRASIL, 2011).

Nos anos 90, é possível destacar que apesar da complexidade do desafio representado pela implementação do SUS, houve avanços no modelo de descentralização admitido pela política de saúde em convergência à municipalização da gestão e da explicitação das funções estaduais como coordenadores do sistema de referência intermunicipal. Com relação ao nível federal foi ampliado seu poder indutor e regulador ao introduzir novos mecanismos de transferência vinculados às ações e programas assistenciais. Esse processo foi conduzido pela edição das Normas

Operacionais Básicas do SUS – NOBs, instrumentos de regulação do processo de descentralização (EVCOVITZ ET AL., 2001).

A partir desses fatos, tem-se o período histórico compreendido como Democracia, que perdura como regime político na atualidade. Conforme Paim et al. (2011), o sistema de saúde brasileiro é composto por uma rede complexa de prestadores e compradores de serviços que concorrem entre si, ocasionando uma combinação público/privada, financiada principalmente por recursos privados.

### **2.1.2 Organização Hospitalar**

A organização hospitalar dispõe de infraestrutura com instalações, equipamentos, instrumentais, médicos, funcionários, recursos financeiros e especialmente os clientes que estão em busca de consulta e/ou tratamento. Como possui características próprias que a diferenciam de outras instituições, Lino et al. (2008) destaca a importância de se administrar de forma apropriada esses recursos, fazendo-se necessário um gestor adequado, capaz de administrar pessoas, dinheiro, tecnologia e entender os processos primordiais.

Além da prestação de serviços, o hospital agrega mais quatro setores que podem ser tratados isoladamente, como negócios distintos: a parte de hotelaria, a farmácia, a lavanderia e o serviço de nutrição e dietética, para a alimentação de pacientes e funcionários (MURRAY & VANALLE, 2002).

A singularidade organizacional das instituições dos serviços de saúde, em especial as públicas, manifesta uma série de características, segundo Shimazaki (2005): como não respondem aos mecanismos de coordenação autoritários ou demasiadamente centralizados, as organizações devem ser sistematizadas de modo flexível e adaptável às mudanças externas. A autonomia dos profissionais deve ser submetida a algum de tipo de controle, mesmo sendo uma condição necessária para a oferta de serviços de qualidade. A participação da população usuária nas decisões é desejável e os profissionais devem trabalhar por responsabilidade.

Desse modo, o hospital trata-se de uma organização altamente especializada, departamentalizada e profissionalizada. Para funcionar, tem de ter uma coordenação interna, motivação, autodisciplina e ajustes informais e voluntários de seus membros.

(CARNELUTTI, 2006). Assim, a equipe multidisciplinar deve trabalhar de forma sistemática para dar a pacientes serviços personalizados e individuais.

De acordo com Feuerwerker e Cecílio (2007), há uma complexa trama de atos, procedimentos, fluxos, rotinas, saberes, que em processo de complementação e disputa, compõem o cuidado em saúde. Portanto, a necessidade de tomar decisões a todo o tempo é um desafio permanente dos profissionais que atuam nas diversas áreas do hospital.

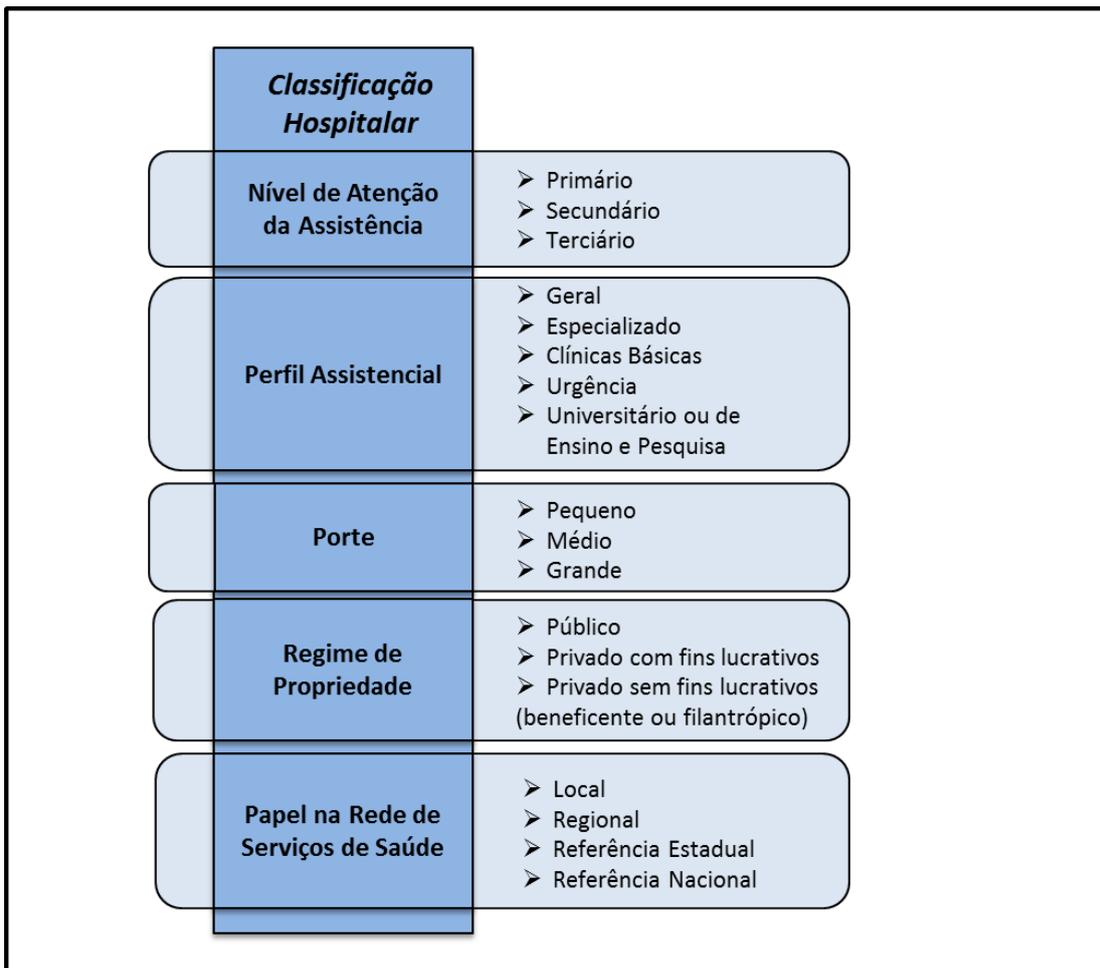
Em se tratando dos produtos e serviços fornecidos pelos hospitais, em particular na área da assistência médico-hospitalar, Castro (2002) aponta quatro grupos diferentes: atendimento médico ambulatorial, caracterizado pelas consultas médicas; serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, caracterizado pelos exames complementares; procedimentos cirúrgicos ou obstétricos, caracterizados pelas intervenções em ambientes hospitalares específicos; e as internações hospitalares.

### **2.1.3 Classificação Hospitalar**

As instituições hospitalares podem ser classificadas a partir de várias perspectivas, como: porte, vinculação com o sistema de saúde, assistência prestada, nível de complexidade, modelo organizacional, entre outras (MACHADO, 2007).

De forma sucinta Filho et al. (2012) especificam a classificação dos hospitais a partir de quatro aspectos: nível de atenção da assistência, perfil assistencial dos estabelecimentos, porte hospitalar, regime de propriedade e papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde. O desdobramento desses aspectos são mostrados na figura 3.

Quadro 1 - Aspectos de Classificação dos Hospitais



Fonte: Elaborado pela autora (2016)

Com relação ao nível de atenção hospitalar, ou seja, níveis de complexidade das atividades prestadas classificam-se em: hospital de nível básico ou primário, onde há menor grau de incorporação tecnológica; hospital secundário atende usuários de nível médio de complexidade, nos quais os serviços devem estar adequados com profissionais e equipamentos para atender as situações que são encaminhadas pelo nível primário de atenção; e hospital terciário, local que atende usuários de maior complexidade e concentram profissionais especialistas e equipamentos com alta incorporação tecnológica.

Os autores Filho et al. (2012) diferenciam os hospitais por perfil assistencial em: geral, especializado, clínicas básicas, urgências e universitários ou de ensino e pesquisa. Conforme Hékis (2012), no caso dos hospitais universitários, eles são vinculados às instituições de ensino superior, podendo desenvolver ou não pesquisa. Ao classificar os hospitais sob a perspectiva de contribuição na formação de profissionais de saúde e

incorporação de novas tecnologias, será mostrada posteriormente a delimitação do enfoque, dada a multiplicidade de abordagens.

Uma das características especialmente denotadas está relacionada ao porte dos hospitais. Conforme Ugá & Lopez (2007), com relação ao tamanho, os hospitais brasileiros são classificados por porte, segundo o número de leitos, como pequenos (1 a 49 leitos), médios (50 a 149), grandes (150 a 499) e especiais (acima de 500 leitos). Em relação ao papel na rede de serviços de saúde, consideram-se especialmente mediante a verba pela qual é mantido, podendo ser federal, estadual ou municipal.

Quanto ao regime de propriedade, os hospitais podem ser públicos, quando mantidos pelo Governo, podendo apresentar por estrutura jurídica características de autarquia, de empresa pública, fundação e administração; e privados, quando têm como fonte de receita o pagamento de serviços prestados, doações, seguro-saúde e convênios de medicina de grupo, cooperativas médicas, planos de administração e de autogestão. São aqueles que integram o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituído pelo Poder Público (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002; CARNELUTTI, 2006). Os hospitais filantrópicos são controlados por entidades sem fins lucrativos e religiosos, como exemplos, hospitais evangélicos, beneficência Portuguesa e a Santa Casa de Misericórdia.

#### **2.1.4 Hospitais Universitários e de Ensino**

Os hospitais de ensino apresentam uma tripla missão: ensino, pesquisa e assistência. Desse modo, representam relevância econômica e social para o país, dado o atendimento de alta complexidade e capacitação dos recursos humanos. Essas características organizacionais acarretam contradições entre a lógica de ensino, pesquisa e assistência, e assim geram conflitos, na captação e alocação de recursos, estes cada vez mais escassos. Na literatura internacional, os hospitais de ensino são caracterizados pela presença de residentes e/ou pela afiliação a conselhos ou associações governamentais de ensino médico (MARTINS, 2011; GROSSKOPF, 2004).

Em se tratando das fronteiras conceituais que diferenciam o Hospital-Escola, Hospital Auxiliar de Ensino, Hospital Universitário e Hospital de Ensino; a figura 3 evidencia as principais diferenças de contexto para cada tipo.

Figura 3 - Organizações Hospitalares: Fronteiras Conceituais



Fonte: Adaptado Hékis, 2012.

A partir da Portaria Interministerial nº 1000/MEC/MS, Hékis (2012) evidenciou a terminologia utilizada para as organizações hospitalares ligadas ao ensino médico, como sendo: hospital-escola, gerenciados por grupos de Escolas Médicas isoladas; hospital auxiliar de ensino, instituições que mesmo sem vínculo às Escolas Médicas ou Universidades desenvolvem alguma atividade de apoio e ensino; hospital universitário, caracterizado por serem gerenciados por universidades; e hospital de ensino, instituições hospitalares públicas ou privadas que integram a rede contratada ou conveniada do SUS, certificadas pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

É interessante ressaltar que os hospitais da UFRN passaram por uma transição de modelos de gestão, no qual deixou de ser gerenciado pela universidade e aderiu ao contrato de gestão da EBSEH. Além de serem instituições hospitalares públicas que integram a rede conveniada do SUS, caracterizando-se como Hospitais de Ensino.

## 2.2 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH

Os hospitais universitários foram incluídos na rede de saúde pública e passaram a ser remunerados pelo Ministério da saúde, a partir da década de 1990. Conforme Souza et al. (2013), o MEC é responsável pelas despesas de pessoal e o Ministério da Saúde é responsável pelo repasse dos valores pactuados de metas com o governo Federal e estadual. Em 2010, com a finalidade de continuação das ações que regulamentam a reestruturação dos HUFs, foi elaborado o Decreto n. 7.082/2010, que criou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – ReHuf.

As principais perspectivas buscadas pelo Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais, desde 2010, já estavam relacionadas a algumas demandas como: a reestruturação física e tecnológica dos hospitais; a modernização do parque tecnológico; a revisão do financiamento da rede; o aumento progressivo do orçamento destinado às instituições; a melhoria dos processos de gestão; a recuperação do quadro de recursos humanos dos hospitais; o aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, à pesquisa e extensão e à assistência à saúde. Logo, o intuito fundamental para a criação da empresa é reestruturar, modernizar e sanar a crise dos hospitais universitários (MESSIANA ET AL., 2014; SOUZA ET AL., 2013).

Ainda com o propósito de redesenho dos hospitais universitários, o Ministério da Educação - MEC junto ao Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão - MPOG, elaboraram a Medida Provisória n. 520, assinada em 31 de dezembro de 2010, a qual autorizava o Poder Executivo a criar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares S. A.

Nesse cenário, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares - EBSEH foi criada no final do ano de 2011, como uma nova figura jurídica para gerenciar os hospitais universitários, especialmente os federais, instaurando metas de desempenho, prazos e indicadores. Sua introdução dar-se por celebração de contrato de gestão entre ambas as partes. Isto é, a EBSEH é uma empresa que congrega os HUs. As Universidades decidem se vão se aderir ou não à Empresa, realizando-se marcos regulatórios apresentando a co-participação das Universidades na administração e na direção dos HUs (OLIVEIRA, 2014; PALHARES & CUNHA, 2014).

As competências estão expressas nesse Decreto nº 7.661, de 28 de Dezembro de 2011, no artigo 9º, e são 06 (seis) ao total, que seguem: (1) Administração das unidades hospitalares, prestando serviço de assistência médico-hospitalar, ambulatorial, diagnóstico e terapêutico aos cidadãos, integralmente disponibilizados ao SUS; (2) Prestação de serviços aos HUF e as instituições públicas congêneres serviços de apoio ao ensino e à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas no campo da saúde pública, em concordância com as diretrizes do Poder Executivo; (3) Apoio em execuções de planos de ensino e pesquisa dos HUF, cuja vinculação com o campo da saúde pública ou com outros aspectos da sua atividade torne necessária essa cooperação, em especial na implementação de residência médica ou multiprofissional e em área profissional da saúde, nas especialidades e regiões estratégicas para o SUS; (4) Serviços de apoio na geração do conhecimento em pesquisas básicas clínicas e aplicadas nos hospitais universitários federais e a outras instituições públicas congêneres; (5) Prestação de serviços de apoio na gestão dos HUs e HUFs, com a implementação de sistema de gestão único com geração de indicadores quantitativos e qualitativos para o estabelecimento de metas; (6) Realização de outras atividades inerentes às suas finalidades (OLIVEIRA, 2014).

Com vista a discursão acerca de parcerias público privadas, os autores Melo & Almeida (2014) destacam essas parcerias como sendo um das pilastras da administração pública moderna, pois os governos veem nelas um meio de resolverem além de questões econômicas, questões sociais, como a educação e saúde. O principal modelo existente e mais utilizado de parcerias público-privadas é denominado Private Finance Initiative, que se traduz na utilização de recursos privados em infraestruturas públicas. Desse modo, o governo almeja nessa parceria de gestão da EBSEH com os hospitais universitários, a união de recursos públicos com a eficiência e competência do modelo de gestão privada.

Hodiernamente, a rede de hospitais universitários federais é constituída por 50 hospitais federais vinculados a 35 universidades federais. Dentre estes hospitais, 70% optaram por assinar o contrato de gestão com a EBSEH. Dada a manifestação da universidade pela contratação, inicia-se o processo de caracterização do hospital, com o dimensionamento dos serviços e mapeamento da necessidade de contratação de pessoal para realização do concurso público posteriormente. Depois da assinatura do contrato entre a universidade federal e a EBSEH, são concluídos o trabalho de

dimensionamento do quadro de pessoal e o plano de reestruturação da unidade (EBSERH, 2016).

Na figura 4 é possível visualizar as Instituições Federais de Ensino – IFES e a Empresa Pública (marcador azul) com (marcadores verdes) e sem (marcadores vermelhos) contrato com a EBSERH. Algumas IFES possuem mais de um hospital universitário, circunstância denotada na figura em parênteses, indicando o número de hospitais vinculados, como é o caso da UFRN.

Figura 4 - Distribuição das Instituições Federais de Ensino e HUs no Brasil



Fonte: EBSERH, 2016.

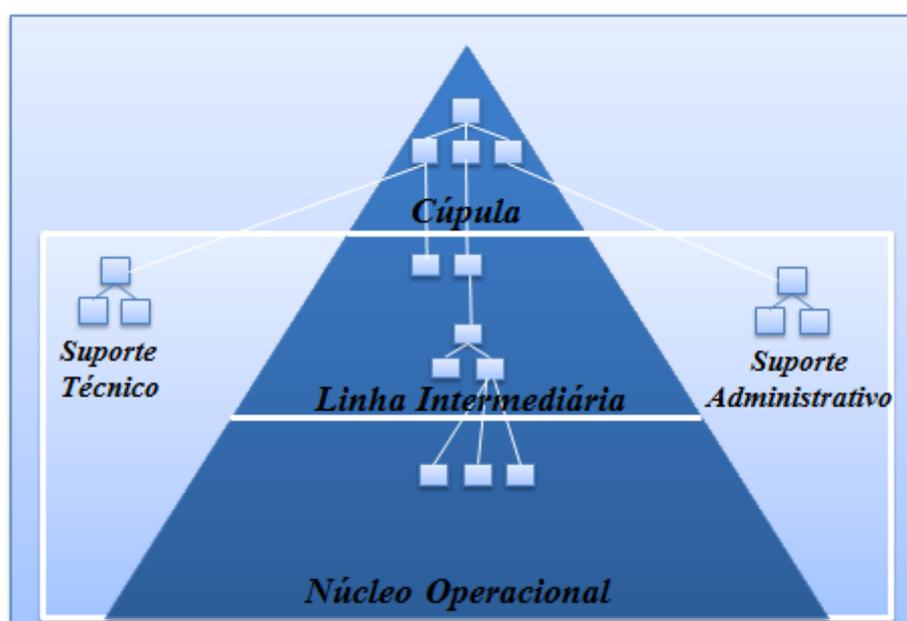
## 2.2.1 Estrutura Organizacional EBSERH

As organizações têm sido estruturadas conforme as funções exercidas pelos seus respectivos órgãos e através das relações hierárquica e funcional entre eles. Em detrimento a isto, deveria estar de acordo com a estratégia a ser adotada, o que seria mais correto. Logo, a estrutura é uma consequência da estratégia (PICCHIAI, 2010).

Em vista disso, não existe um modelo ideal de estrutura organizacional, sendo o mais importante que ela funcione de maneira eficaz, atingindo os objetivos e cumprindo a missão da organização. E assim, a organização mais recomendável para cada organização vai depender de sua realidade.

O conjunto institucionalizado de relacionamentos que organizam o trabalho entre os membros da EBSERH está baseado na existência de cinco blocos lógicos, visualizados na figura 5. O núcleo operacional corresponde aos processos de trabalho finalístico, no qual estão situados os setores e unidades. Na linha intermediária encontram-se as divisões e na cúpula situam-se as gerências. Conectadas a cúpulas estão o suporte técnico e o suporte administrativo.

Figura 5 - Modelo Genérico de Estrutura Organizacional



Fonte: Martins & Marini , 2010.

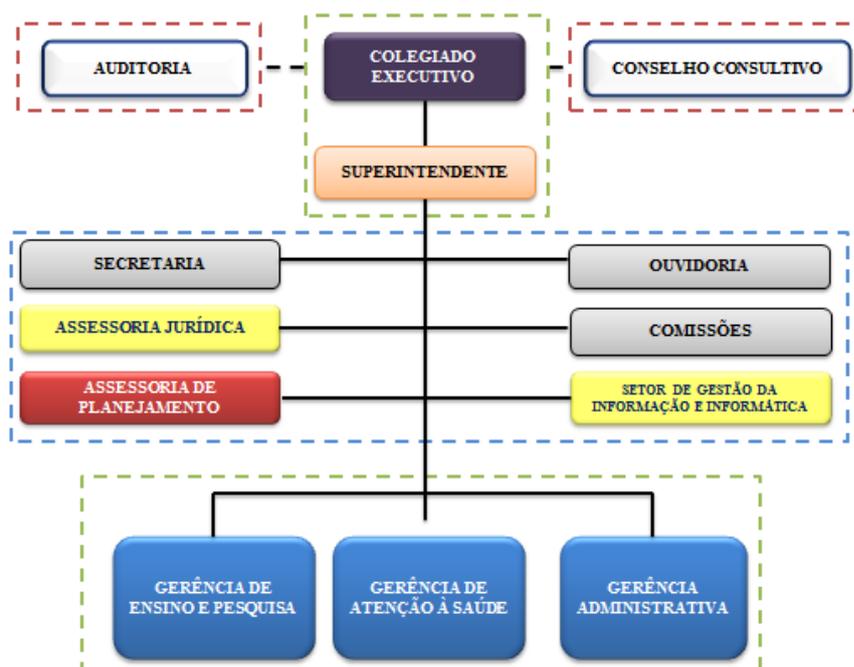
A dinâmica de funcionamento do Modelo Genérico proposto por Mintezberg (1979) e abordado por Martins & Marini (2010), compreende cinco blocos lógicos com diferentes propósitos:

- ✓ Cúpula – Coordenação das demais partes da estrutura e exercer a função de relações de fronteira, interagindo com o ambiente externo em nível institucional;
- ✓ Núcleo Operacional – é o cerne da estrutura, construindo a plataforma implementadora da estratégia;
- ✓ Suporte – viabilizar, prioritariamente, o trabalho do núcleo operacional, mas também da cúpula e da linha intermediária;

Linha Intermediária – Montar e realizar o acabamento da estrutura, pois se constitui como a “cola” que une suas partes lógicas.

Em consonância com esse modelo genérico, tem-se a estrutura organizacional básica da EBSEH, representada na figura 6. A linha tracejada em verde contorna a estrutura de governança, a linha da cor azul denota a estrutura de apoio e a linha vermelha delimita a estrutura de controle e fiscalização. Os blocos das cores azul, branco, amarelo e vermelho representam as estruturas de gerência, divisão, setor e unidade, respectivamente.

Figura 6 - Estrutura Organizacional da EBSEH



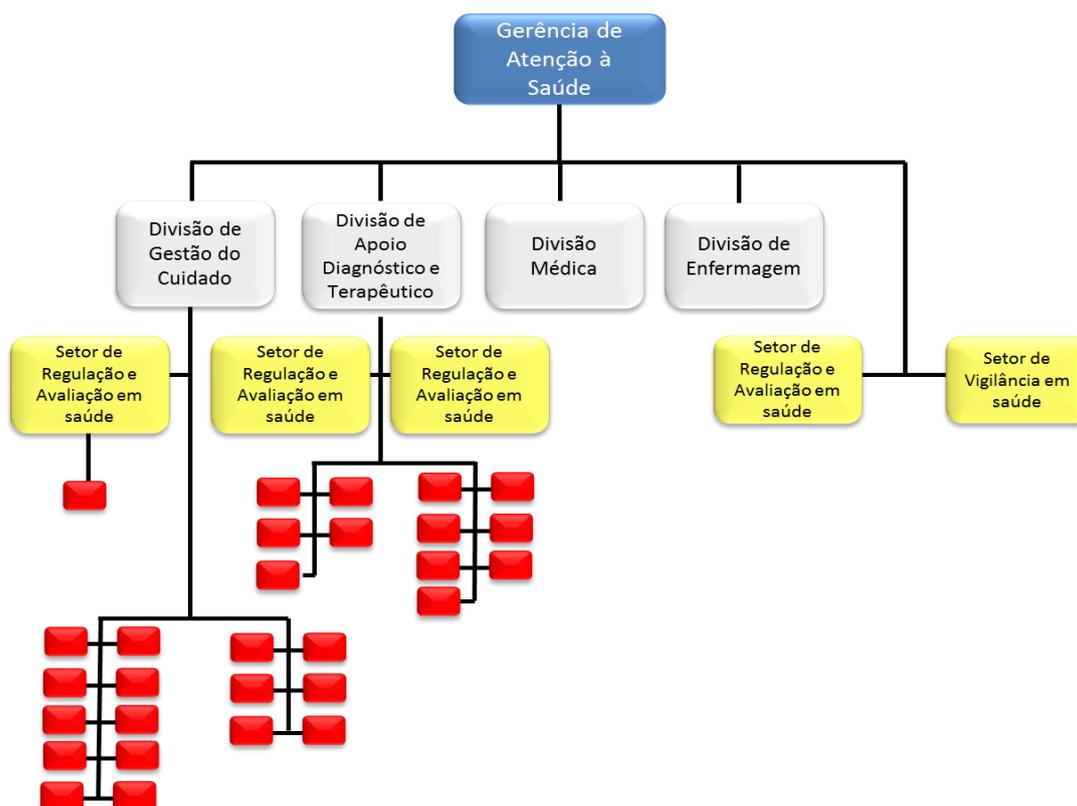
Fonte: EBSEH, 2013.

A superintendência dos hospitais é encarregada pela gestão geral do hospital, tanto no que se diz respeito aos seus aspectos internos, quanto no que se refere à relação externa com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com a academia, analisando formas de promover uma assistência de qualidade aos seus diversos usuários (HUOL, 2015).

As competências das instâncias organizacionais estão relacionadas às três gerências - Atenção à saúde; Ensino e Pesquisa; e Administrativa - que podem ser dimensionadas e ter estruturas distintas segundo porte do hospital: pequeno (menor que 200 leitos); médio (de 200 a 399 leitos); grande (igual ou maior que 400 leitos); e hospital especializado ou maternidade (HUOL, 2013). Como é possível visualizar na figura 6, as competências são distribuídas entre as divisões, setores e unidades para a organização e efetivo alcance dos objetivos de cada gerência.

Nas figuras 7, 8 e 9 serão retratadas as composições dessas gerências para hospitais de médio porte, haja vista que o hospital analisado na pesquisa está categorizado como de médio porte.

Figura 7 - Estrutura Organizacional da Gerência de Atenção à saúde

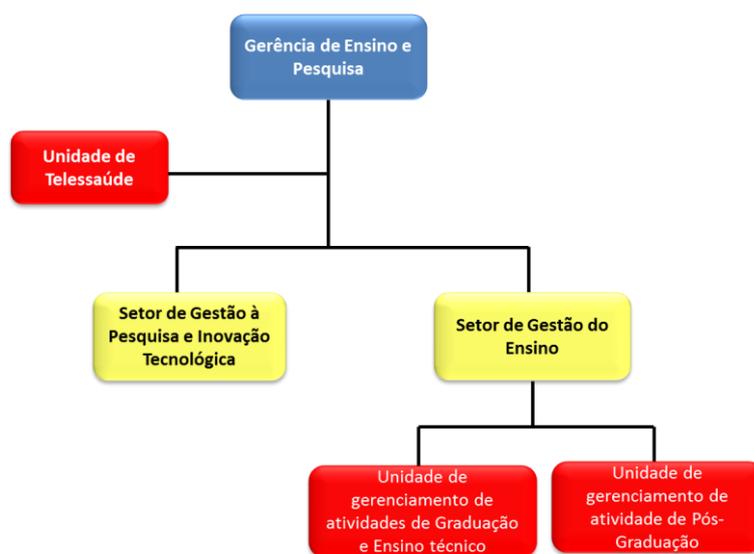


Fonte: EBSERH, 2013.

A Gerência de Atenção à Saúde é encarregada pelo planejamento, organização e administração dos serviços assistenciais, tanto no nível ambulatorial quanto de internação, articulando-se com as demais gerências no sentido de desenvolver mecanismos que possam proporcionar a melhor assistência aos usuários (HUOL, 2015).

No que concerne à Gerência de Ensino e Pesquisa, seu propósito é a análise e execução das propostas de ensino e pesquisa no âmbito do hospital, bem como pelo planejamento, coordenação e supervisão do trabalho dos profissionais ligados a essa gerência. Também possui como competência, a representação da gerência junto aos órgãos superiores, ouvindo seus pares. Conforme pode ser visto na figura 8, essas competências são desdobradas e coordenadas entre as divisões e unidades estabelecidas.

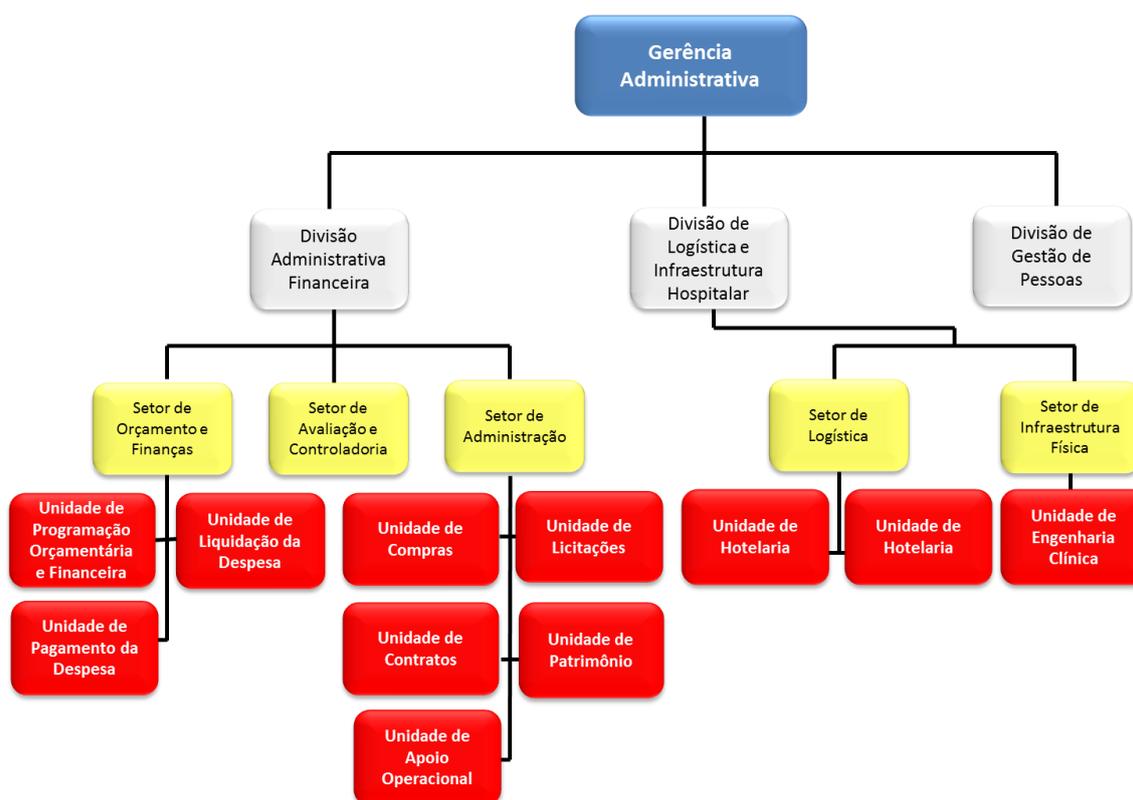
Figura 8 - Estrutura Organizacional da Gerência de Ensino e Pesquisa



Fonte: EBSERH, 2013.

As competências relacionadas à Gerência administrativa são: gerenciamento e implementação das políticas de gestão administrativa, orçamentária, financeira, patrimonial e contábil; gestão de pessoas; e gestão da logística e infraestrutura hospitalar. A estrutura organizacional da gerência Administrativa é organizada conforme mostra a figura 9.

Figura 9 - Estrutura Organizacional da Gerência Administrativa



Fonte: Ministério da Educação, 2013.

### 2.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO EM HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS E DE ENSINO

A avaliação pode gerar uma intervenção, acompanhar a sua implantação e analisar os resultados alcançados, tornando-se essencial para identificar e direcionar novas pesquisas e práticas políticas administrativas essenciais à evolução da gestão e ao progresso técnico e científico (BRIZOLA, 2010). Nesta perspectiva, a avaliação de desempenho é o processo de concepção de conhecimento ao decisor, no tocante ao contexto particular que se propõe avaliar. A percepção do próprio decisor é considerada por meio de atividades que identificam, organizam, mensuram, e realizem associações com os meios para identificar o impacto das ações e seu gerenciamento (ENSSLIN ET AL., 2010).

Para que a avaliação de desempenho seja utilizada como mecanismo de controle gerencial para conduzir a implantação de estratégias e para melhoria do desempenho organizacional, é necessária integração com o campo institucional onde ocorre a implantação. Por este motivo, deve-se validar o modelo mais apropriado, considerando os fatores contextuais e culturais que interpõe o ambiente organizacional (FRANCO-SANTOS ET AL, 2012; ESPEJO ET AL., 2014; ROCHA E GUERREIRO, 2010).

O setor hospitalar possui características específicas que devem ser consideradas durante a reflexão para a escolha do modelo de avaliação de desempenho com melhor compatibilidade em relação à atividade e sua estratégia (EVANS, HWANG & NAGARAJAN, 2001). Ao tratar dos hospitais universitários, a complexidade na adoção desse método é agravada, dado que essas organizações possuem a missão de fornecer atividades de ensino, pesquisa e extensão universitária na área da saúde, tendo também o compromisso de serem referências em procedimentos de média e alta complexidade, ao mesmo tempo em que possuem o encargo de manutenção da qualidade da atenção clínica aos pacientes (BONACIM & ARAÚJO, 2011).

Cunha e Corrêa (2013) recomendam cautela na replicação de modelos industriais de desempenho e eficiência às organizações de saúde, como por exemplo, a utilização do Balanced Scorecard (BSC). Mesmo que muitos acadêmicos e profissionais já tenham feito essa transposição, em sua grande parte, sem as devidas adaptações, esses estudos não podem ser considerados como propostas definitivas para as organizações de saúde, tendo em vista que não representam com fidedignidade todas as dimensões de análise consideráveis para as organizações de saúde modernas.

As iniciativas de medição de desempenho nas organizações hospitalares devem ter maior investigação da compreensão das dimensões que devem ser avaliadas nos sistemas de saúde, devido ao seu caráter dinâmico (SMITH, 2005). Nesse sentido, o autor Donabedian (1985) propõe um modelo de avaliação composto por uma tríade de fatores: estrutura (recursos físicos, humanos e financeiros), processo (organização e funcionamento das atividades implementadas com a intervenção) e resultado (efeitos ou produtos das ações realizadas). Assim, a avaliação pode também ser orientada em uma ou mais dimensões conforme o tipo de problema detectado ou de interesse da avaliação (BRIZOLA, 2010).

No Brasil, o desenvolvimento de propostas para a avaliação de sistemas hospitalares é recente e com características diversas. No quadro 2 estão relacionados os

principais sistemas de avaliação de desempenho hospitalar que tiveram origem no país, o ano de criação, desenvolvedores e público-alvo.

Quadro 2 - Modelos de Sistemas de Avaliação de Desempenho Hospitalar no Brasil

Nº	Modelo de Avaliação	Ano de Criação	Desenvolvedor	Público-Alvo
01	Comitê de Qualidade Hospitalar (CQH)	1996	Associação Paulista de Medicina	Hospitais Públicos e Privados de SP
02	Sistema de Informações dos Hospitais Universitários do Ministério da Educação (SIHUF/MEC)	1997	Coordenação Geral de acompanhamento das IFES e de Hospitais Universitários (CGHU) da Secretaria de Educação Superior (SESU)	Hospitais Universitários Federais
03	Sistema Padronizado para Gestão Hospitalar (SIPAGEN)	1999	Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS) do RS	Organizações de Saúde privadas do RS
04	Boletim de Indicadores do Programa de Estudos Avançados em Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde (PROAHSA)	1999	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e da Escola de Administração de Empresas da Fundação Getúlio Vargas	Sistemas e Instituições de Saúde do Brasil
05	Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares (SINHA)	2002	Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP)	Hospitais Particulares do Brasil
06	Sistema de Avaliação dos Hospitais de Ensino (SAHE)	2005	Assessoria dos Hospitais de Ensino do Gabinete da SES/SP	HE Contratualizados de SP

Fonte: Careta(2013) e Lobo et al. (2006).

É possível denotar que os sistemas referenciados foram desenvolvidos, em sua maioria por Associações médicas do Sul e Sudeste do país, tanto para instituições públicas como privadas. Sendo SIHUF/MEC desenvolvido em 1997, estendendo-se aos hospitais universitários federais e o SAHE em 2005, compreendendo os HE contratualizados de São Paulo.

Lobo et al.(2006) acrescenta que o SIHUF/MEC além dos objetivos para os quais foi criado, como definição do perfil docente-assistencial, análise da qualidade da assistência prestada e a capacitação gerencial e administrativa dos dirigentes de unidades,

posteriormente também constituiu na construção da matriz de alocação de recursos que serve de referência para o envio de recursos fixos adicionais.

Schout e Novaes (2007) destaca a limitação do uso dos indicadores desenvolvidos nesse sistema, tendo em vista que sua utilidade deveria ser mais explorada na gestão interna dos hospitais. Além do que, Ramos et al. (2015) alerta para as principais limitações no manejo dessas bases de dados, sendo possível ocorrer erros na coleta dos dados, preenchimento incorreto e o alto índice de informações ignoradas.

### 2.3.1 Indicadores Hospitalares

Na concepção das organizações de saúde, um indicador é considerado como uma chamada que identifica ou encaminha a atenção para questões específicas de resultado que devem ser motivo de uma revisão. Desse modo, são considerados como indicadores: taxa ou coeficiente, índice, número absoluto ou um fato (BITTAR, 2001). Ou seja, para ser um indicador não é preciso necessariamente realizar um cálculo mediante dados e/ou informações da organização, podendo medir aspectos quantitativos e qualitativos.

Mediante a tríade de fatores apresentadas por Donabedian (2005) - estrutura, processo e resultados – é possível formar grupos ou perspectivas de indicadores diversos que são utilizadas nas avaliações mediante o objetivo do modelo de avaliação. Com o propósito de ampliar o entendimento dessas dimensões compreendidas na medição do desempenho hospitalar, apresenta-se no quadro 3 uma relação de indicadores de desempenho citados por Baseado em Bittar(2001), Bittar(2004), Marinho (2001) Marinho e Façanha (2001),Lobo et al.(2006), Lins et al.(2007), Brizola et al. (2011), Careta(2013), Cunha e Corrêa (2013).

Quadro 3 - Indicadores de desempenho hospitalar

<b>Indicadores de Instalações</b>	<b>Indicadores de Recursos Humanos</b>	<b>Indicadores Financeiros</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Número de leitos operacionais</li><li>• Número de leitos instalados</li><li>• Número de consultórios</li><li>• Número de salas de atendimento</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Número de docentes</li><li>• Número de servidores técnicos administrativos</li><li>• Horas de</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Índice de Liquidez</li><li>• Período médio de cobrança</li><li>• Período médio de pagamento</li><li>• Margem operacional</li></ul>

de urgência • Número de salas cirúrgicas	treinamento/funcionário/ano • Taxa de absenteísmo • Índice de rotatividade	• Giro do ativo • Retorno sobre o investimento • Retorno sobre patrimônio líquido
<b>Indicadores de Custo</b>	<b>Indicadores de Receita</b>	<b>Indicadores de Qualidade</b>
• Custo médio paciente dia internado • Custo médio do atendimento ambulatorial • Custo médio atendimento Pronto Socorro	• Valor médio por AIH • Valor médio por procedimento ambulatorial • Receita SUS ingressada	• Taxa de Infecção hospitalar • Taxa de mortalidade • Taxa de necropsia • Satisfação do paciente • Número de creditações emitidas
<b>Indicadores de Produção</b>	<b>Indicadores de Produtividade</b>	<b>Indicadores de Ensino e Pesquisa</b>
• 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	• 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	• 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: Adaptado Bittar(2004), Marinho (2001), Marinho e Façanha (2001),Lobo et al.(2006), Lins et al.(2007), Brizola (2013), Careta(2013), Cunha e Corrêa (2013).

É importante destacar com relação aos aspectos que tangem a avaliação de desempenho dos hospitais universitários, notou-se a ausência de indicadores relacionados à medição da extensão universitária, apregoada como uma parte da missão dessas instituições. Corroborando nesse sentido, Lobo et al. (2010) relata que ainda se têm debatido quais os principais indicadores e quais as medidas de impacto da política para melhorar o desempenho desses hospitais e a eficiência no gerenciamento dos recursos repassados através do contrato de metas. Por isso, é reforçado o estímulo para realização de novos estudos para o aperfeiçoamento e proposição de novos indicadores.

Em 2009 foi iniciado o desenvolvimento do aplicativo de gestão para hospitais universitários - AGHU, como parte integrante do REHUF. O propósito do aplicativo é apoiar a padronização das práticas assistenciais e administrativas dos hospitais

universitários Federais e permitir a criação de indicadores nacionais, o que facilitará a adoção de projetos de melhorias comuns para esses hospitais. Em abril de 2015, o AGHU atingiu a marca de 30 hospitais universitários usuários do aplicativo (EBSERH, 2016).

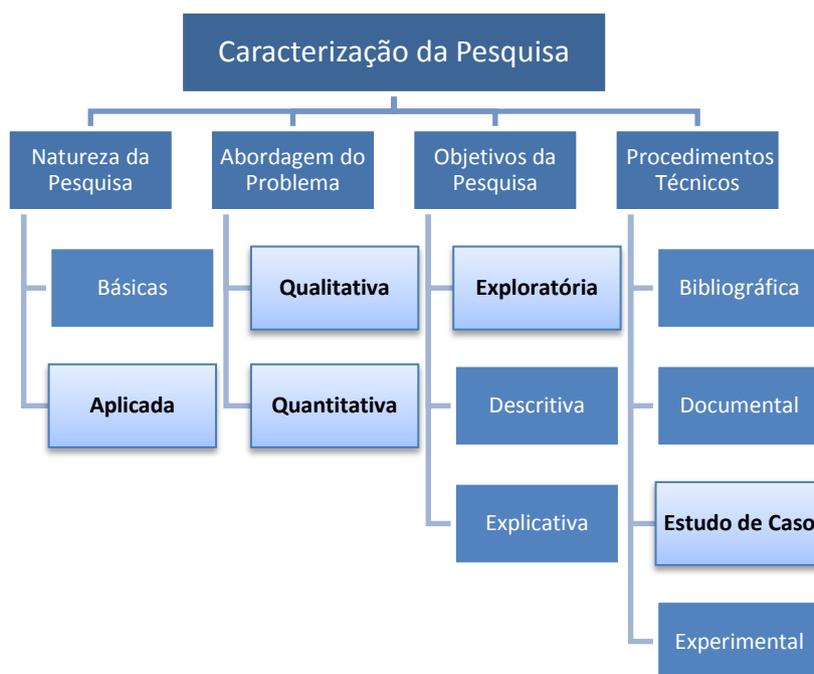
### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, são apresentados o método e os procedimentos técnicos para execução da pesquisa. Primeiramente, apresentam-se os conceitos pertinentes à caracterização da pesquisa, em seguida, é feita uma abordagem acerca da população, amostra e unidade de análise, seguida da trajetória metodológica e aspectos éticos da pesquisa.

#### 3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa pode ser classificada levando-se em consideração quatro perspectivas, são elas: Natureza, Abordagem, Objetivos e Procedimentos Técnicos. Cada uma dessas perspectivas subdivide-se em outras classificações. Pode-se mostrar, de uma maneira resumida, a estrutura de classificação dessa pesquisa, que está exposta de acordo Figura 10, onde as áreas em destaque representam as abordagens de pesquisa que serão utilizadas neste estudo, sendo que as demais áreas não se encaixam no escopo da pesquisa.

Figura 10 - Caracterização da pesquisa



Fonte: Elaborada pela autora, 2016.

A natureza da pesquisa é aplicada, devido ao seu interesse prático, tendo em vista que será realizada a coleta e tratamento dos dados para analisar o desempenho de um Hospital Universitário Federal antes e após a adesão ao contrato de gestão com a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Dessa forma, é ressaltado por Silva & Menezes (2005) que a pesquisa aplicada tem por finalidade gerar conhecimentos para a aplicação prática e direcionados à solução de problemas específicos.

A pesquisa é considerada quantitativa quanto à abordagem do problema, pois segundo Silva e Menezes (2005), tudo 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.)

Com base nos objetivos da pesquisa, o estudo é enquadrado como pesquisa exploratória. O autor Andrade (2004) elucida que esse tipo de pesquisa visa oferecer maiores informações a cerca 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.

Com relação aos procedimentos técnicos de pesquisa, a mesma se insere no contexto de um estudo de caso, pois envolve o estudo aprofundado de um caso de modo a permitir seu detalhamento e peculiaridades. Conforme sugerido por Severino (2007), o caso a ser selecionado para a pesquisa deve ser significativo e representativo, sendo susceptível a fundamentar uma generalização para situações análogas, autorizando inferências.

### 3.2 POPULAÇÃO, AMOSTRA E UNIDADE DE ANÁLISE

A população é o conjunto de elementos que se deseja investigar e que apresentam pelo menos uma característica em comum. Já a amostra é a seleção de uma porção ou parcela da população, de forma a ser o mais representativo possível (MOURA, 2014). Nesse sentido, escolheu-se o Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL, de modo intencional e não probabilístico.

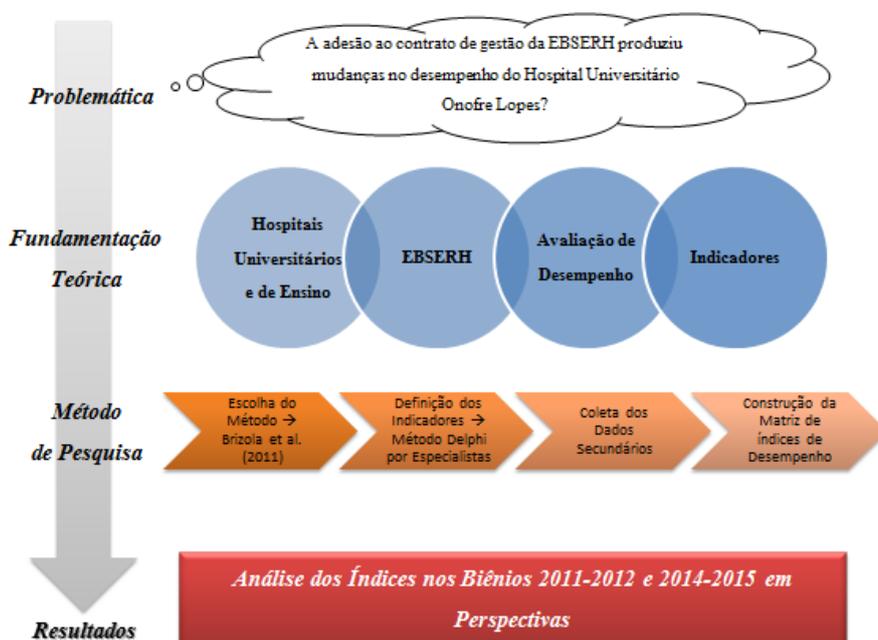
Com o intuito de estabelecer os indicadores mais importantes para realizar a avaliação de desempenho do HUOL, foram estabelecidos como especialistas os gerentes

de ensino e pesquisa, administrativo e atenção à saúde para responderem o questionário estruturado (Apêndice A) com os principais indicadores encontrados na literatura para avaliação de desempenho hospitalar, especificamente os hospitais universitários e de ensino.

### 3.3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

As etapas para concretização deste estudo são descritas a seguir, da mesma forma que poderão ser visualizadas de forma resumida na figura 11. Inicialmente, foi compreendido o problema a ser estudado, tendo em vista a lacuna observada na literatura acadêmica. A partir disso, foi realizado o embasamento teórico em função do entendimento do panorama geral dos aspectos relacionados aos hospitais universitários no Brasil, EBSEH, avaliação de desempenho e indicadores.

Figura 11 - Etapas do estudo



Fonte: elaborado pela autora (2016)

Devido à importância da seleção dos métodos e técnicas mais apropriados ao planejamento e condução do trabalho de pesquisa, os procedimentos para a execução da

pesquisa foram estabelecidos a partir de intensa busca nos diversas fontes de pesquisa. De modo sistematizado, foram utilizando os descritores “Hospital Universitário”, “Avaliação” e “Desempenho” nas bases de dados Lilacs, MedLine e Scielo; como também foi realizada pesquisa no Google Acadêmico. Assim, foram selecionados artigos publicados em revistas sobre temas relacionados à avaliação de desempenho em hospitais universitários e de ensino no Brasil.

Para entender melhor os artigos que despertaram interesse dado o escopo da pesquisa, por meio da leitura foram coletadas as principais características dispostas nas colunas da tabela 1: autores, ano de publicação, periódico, amostra (número de entidades avaliadas no estudo), período dos dados e metodologia.

Dessa forma, estão dispostos na tabela 1, 14 (catorze) artigos dentre os quais a pesquisadora Maria Stella Castro Lobo é autora principal de 05 (cinco) artigos sobre o referido tema. As publicações estão concentradas, principalmente, em periódicos da área da saúde, sendo a maioria publicada nas revistas *Ciência & Saúde Coletiva* e *Revista de Administração em Saúde – RAS*.

Com relação à amostra ou número de entidades avaliadas, essa quantidade varia de 01 à 104 hospitais universitários e/ou de ensino. Nos estudos com mais de um hospital, as metodologias abordadas são: data envelopment analysis – DEA e variações, abordagens qualitativas e quantitativas. Os estudos realizados em 01 (um) hospital correspondem a minoria dos estudos e suas metodologias consistem em: estudos descritivos, análise da matriz de índice de desempenho e metodologia multicritério de Apoio à decisão. Foi também encontrado 01 (um) estudo bibliométrico.

Conforme pode ser visualizado na tabela 1, o estudo que mais se aproxima das características e objetivos da presente pesquisa é o do autor Brizola et al. (2011), que consiste na análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização do SUS. De forma adaptada, a metodologia de pesquisa foi realizada em torno da adesão ao contrato de gestão do HUOL com a EBSERH.

Com a escolha do método, as etapas seguintes consistiram em definir os indicadores que seriam agrupados nas duas dimensões Estrutura e Resultado, distribuídas em 8 (oito) categorias analíticas: instalações, recursos humanos, receita, produção, produtividade, custos, qualidade e ensino/pesquisa/extensão. Foram

identificados e sugeridos os indicadores mais relevantes para a análise de desempenho pelos especialistas, tendo em vista a experiência na gestão das organizações de saúde. Com isso, identificada a valoração dos indicadores, mostrada No Apêndice B , onde o símbolo “>” indica que quanto maior a grandeza, percentual ou número do indicador, melhor será o desempenho. Já o símbolo “<” indica que quanto menor a grandeza do indicador melhor será o desempenho na análise.

Depois disso, foi realizada a coleta dos dados no hospital, para a medição dos indicadores por ano. Para a análise comparativa do desempenho elaborou-se uma Matriz de Índices de Desempenho, de modo que cada indicador foi classificado num intervalo de zero a um, no qual para a melhor situação esperada atribuiu-se o valor um e para as demais, valores proporcionais. Com isso, foi possível avaliar os resultados por biênios, sendo o biênio 1 (2011-2012) relacionado ao período anterior a adesão EBSEH, correspondendo ao ano de 2013, e o biênio 2 (2014-2015) correspondente ao período posterior.

Aplicou-se testes estatísticos, até mesmo os não-paramétricos que se mostraram inadequados em virtude do pequeno número de observações. Os dados foram coletados desde outubro de 2015 à Abril de 2016, por meio de informações fornecidas pelo setor de planejamento, e através do sistema AGHU, MV do HU em estudo, e por meio de informações coletadas pela Gerência de Ensino e Pesquisa.

Com a organização e estruturação da matriz de índices de desempenho, elaboraram-se as tabelas e gráficos que permitem a melhor visualização e entendimento da análise nos dois biênios. Para subsidiar os resultados encontrados, foi realizada a busca de informações no HU quanto a mudanças e/ou acontecimentos que implicaram na melhoria ou declínio no desempenho dos indicadores.

### 3.4 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética Em Pesquisa - CEP do Hospital universitário Onofre Lopes – HUOL, registrado com CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) Nº 53277816.4.0000.5292 e a coleta realizada depois de emitida a carta de anuência (Anexo A) e apreciação do CEP.

Tabela 1 - Características dos estudos da pesquisa bibliográfica

Nº	Título	Autores e Ano	Periódico	Amostra	Período dos Dados	Metodologia
01	Testes Empíricos sobre a Validade dos Indicadores Oficiais De Desempenho Para Avaliação De Hospitais Universitários Brasileiros	Costa & Silva (2006)	Revista Universo Contábil	45 HUs Federais	Dados Semestrais dos anos 1998 a 2002	Regressões Log-lineares estimados por Ordinary Least Square
02	Sistema de informações hospitalares universitários (sihuf/mec): um banco de dados administrativo	Lobo et al. (2006)	Cadernos Saúde Coletiva	45 HUs do país	Segundo Semestre 2000	Teste Estatístico não-paramétrico Kruskal-wallis e correlação linear de indicadores
03	O uso da Análise Envoltória de Dados para avaliação de hospitais universitários brasileiros	Lins et al. (2007)	Ciência & Saúde Coletiva	31 HUs Gerais Federais do Brasil	Segundo Semestre 2003	DEA
04	Hospitais de Ensino: informações para monitoramento	Bittar & Magalhães (2008)	RAS	18 HEs de São Paulo-SP	Média Mensal do terceiro trimestre 2006	Estudo com abordagem qualitativa - SAHE
05	Impacto da reforma de financiamento de hospitais de ensino do Brasil	Lobo & Lins (2009)	Rev. Saúde Pública	30 Hospitais Gerais do MEC de São Paulo-SP	Segundo semestre de 2003 e segundo semestre de 2006	DEA e Índice de Malmquist
06	Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários	Lobo et al. (2010)	Rev. Saúde Pública	30 Hospitais Gerais do MEC de São Paulo-SP	Segundo Semestre 2003	Network DEA
07	Assistência e gestão: interface entre modos tecnológicos de intervenção em um hospital público de ensino	Castro & Souza (2010)	Rev. APS	01 HU federal de Juiz de Fora	Não detalhado	Estudo descritivo
08	Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde	Barata et al. (2010)	RAS	01 HE de São Paulo-SP	Não detalhado	Estudo descritivo
09	Influência do capital intelectual na avaliação de desempenho aplicada ao setor hospitalar	Bonacim & Araújo (2010)	Ciência & Saúde Coletiva	Não se aplica	Não se aplica	Pesquisa Bibliográfica com procedimento comparativo-descritivo
10	Análise de desempenho de um hospital de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde	Brizola et al. (2011)	RAS	01 HU de Londrina-PR	Nos anos de 2002 a 2004 e 2006 a 2008	Matriz de índices de desempenho
11	Influência dos fatores ambientais na eficiência de hospitais de ensino	Lobo et al. (2011)	Epidemiol Serv. Saúde	104 HEs do Brasil	Produção de 2007	DEA
12	A contratualização nos Hospitais de Ensino do Sistema Único de Saúde brasileiro	Lima & Rivera (2012)	Ciência & Saúde Coletiva	04 HEs e 01 Secretaria de Saúde do Brasil	Do ano de 2004 e 2007	Estudo com abordagem qualitativa
13	Uso da MCDA na identificação e mensuração da performance dos critérios para certificação dos hospitais de ensino no âmbito do SUS	Longaray & Ensslin (2012)	Produção	01 HU Federal	Não detalhado	Metodologia Multicritério de Apoio à Decisão
14	Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática	Nogueira et al. (2015)	Revista Brasileira de Educação Médica	Não se Aplica	Julho a Setembro 2013	Pesquisa Bibliográfica

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

## 4 RESULTADOS

Neste capítulo, é tratada a análise investigada do Hospital Universitário Onofre Lopes – HUOL/UFRN, por meio do estudo de caso. São abordados alguns dados gerais deste hospital e seu contexto histórico. Por fim, é realizada a análise dos dados.

### 4.1 ESTUDO DE CASO

O Hospital Universitário Onofre Lopes é um órgão da Administração Pública Federal, que tem por propósito assistência, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde. Por suas características de natureza pública e integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), dispõe de atendimento 100% SUS. Neste contexto está inserido como referência de média e alta complexidade em diversas áreas para todo o estado, além de ser uma unidade referenciada para as urgências cardiológicas do SUS (HUOL, 2013).

A missão do HUOL é promover de forma integrada o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência, no âmbito das ciências da saúde e correlatas, com qualidade, ética e sustentabilidade. E sua visão compreende em ser reconhecido como hospital universitário de referência, identificado pela excelência, sentido humanitário e relevância social. Considerando-se as diversas denominações recebidas pelo HUOL e seu contexto histórico, foi elaborada a figura 12 que evidência os principais acontecimentos decorridos desde sua criação até a época atual.

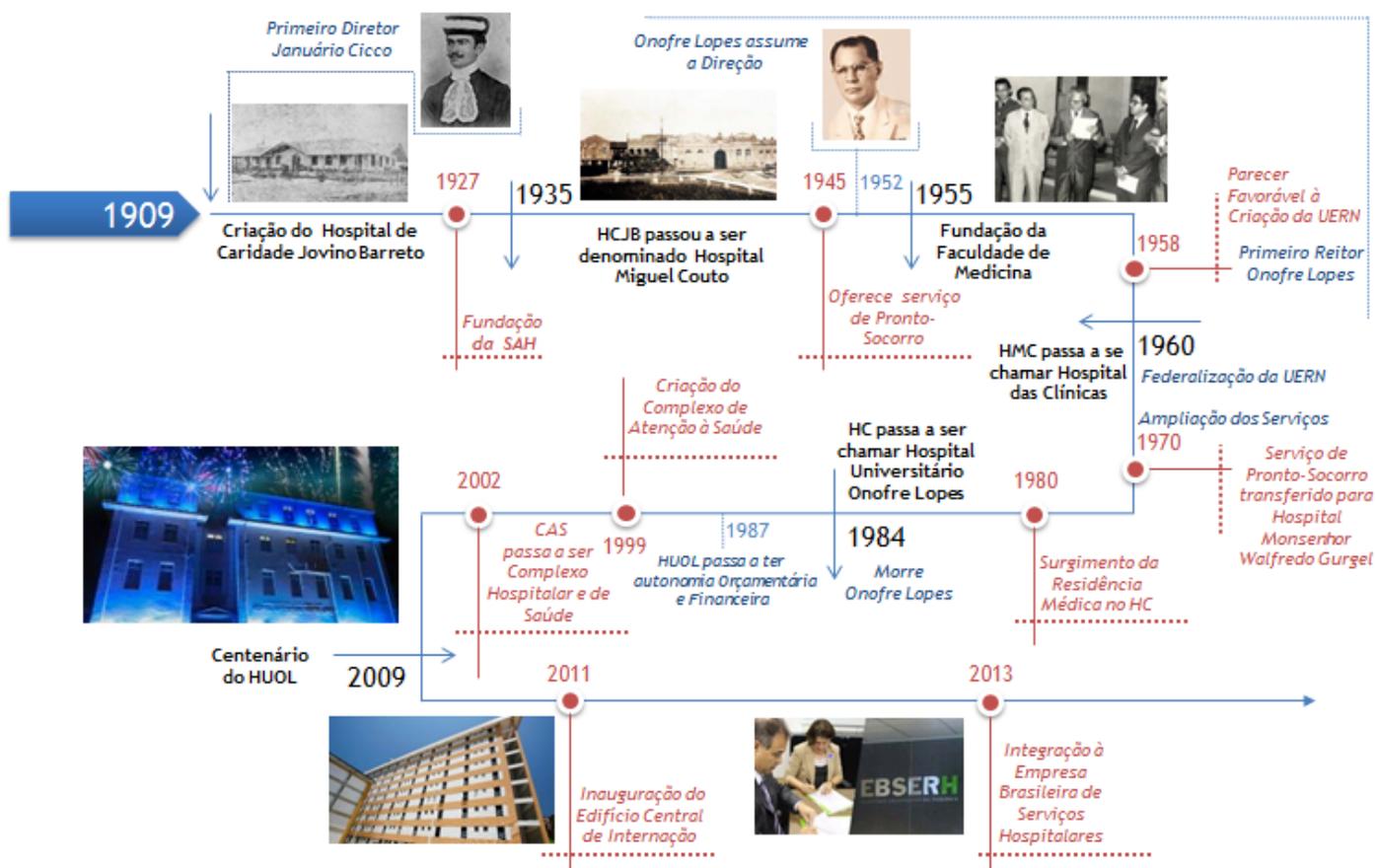
O HUOL foi inaugurado em 12 de setembro de 1909 pelo então governador Alberto Maranhão, recebeu o nome de Hospital de Caridade Juvino Barreto, em reverência ao proprietário da única fábrica de tecelagem que havia em Natal naquela época e que contribuiu financeiramente para a existência do hospital. Era uma casa de veraneio que foi transformada em uma unidade hospitalar, com disponibilidade de 18 leitos, sob a direção do médico Januário Cicco, que tanto administrava quanto prestava assistência aos doentes (HUOL, 2013).

Em outubro de 1935, o Hospital muda de nome, passando a ser "Hospital Miguel Couto", em homenagem ao influente médico e pesquisador na área da saúde pública.

Em 05 de fevereiro de 1955, é criada a Faculdade de Medicina, tornando-se o Hospital o campo das práticas para todos os cursos da área de saúde (HUOL, 2015).

Assim, em 1960, o hospital adquiriu a personalidade de Hospital-Escola, integrando-se à UFRN, passando a chamar-se Hospital das Clínicas. Com a sua federalização, ficou assegurada a sua manutenção através do Ministério da Educação, nas funções de Ensino, Pesquisa e Extensão. Em 1984, passou a denominar-se Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), nome que permanece até os dias atuais, em homenagem àquele que criou e foi o primeiro reitor da UFRN. No contexto da UFRN, até o ano de 2013 o HUOL caracterizava-se como uma das Unidades Suplementares dessa UFRN, porém, a partir desse ano, com a adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), a gestão do HUOL passou a ser feita por essa Empresa (HUOL, 2015).

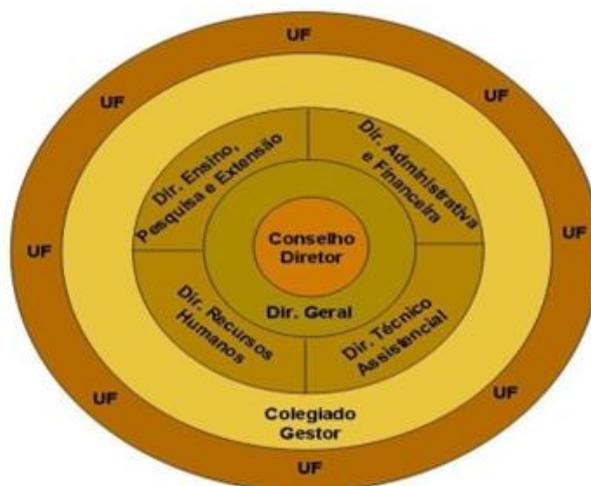
Figura 12 - Linha do tempo da história do HUOL



Fonte: Elaborada pela autora (2016)

Antes da adesão à EBSEERH, o organograma do HUOL caracterizava-se como circular ou radial mostrado na figura 13, utilizado por entidades onde não há preocupação com a hierarquia, e destaque para o trabalho em equipe (TCU, 2013).

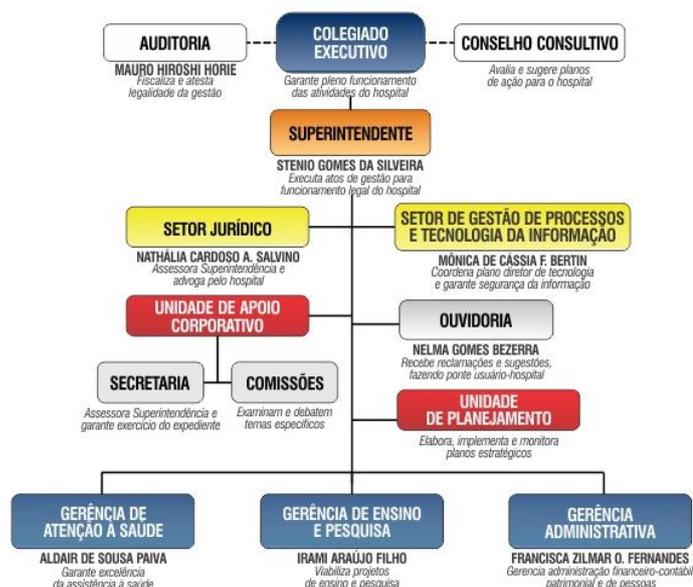
Figura 13 - Organograma HUOL antes da adesão à EBSEERH



Fonte: Acordão TCU, 2013

A partir da adesão à EBSEERH, o organograma passou a ser do modelo genérico proposto por Mintezberg (1979), detalhado no referencial teórico deste estudo. A figura 14 mostra o novo organograma do HUOL após a adesão ao contrato de gestão da EBSEERH.

Figura 14 - Organograma do HUOL após a adesão ao contrato de gestão da EBSEERH



Fonte: HUOL (2016)

## 4.2 ANÁLISE DOS DADOS

Os resultados estão dispostos de acordo com os indicadores de estrutura e resultados e em conformidade com as respectivas categorias. É importante ressaltar que serão apresentados os desempenhos das categorias, nos quais foi possível a coleta completa dos dados nos dois biênios para a realização da análise. Os dois anos anteriores a adesão ao contrato de gestão com a EBSEH (2011-2012) são chamados Biênio 1 ou B1 e os dois anos posteriores (2014-2015) ou Biênio 2 ou B2. As análises apresentadas a seguir foram retiradas a partir dos dados quantitativos anuais, obtidos em cada indicador analisado, conforme posto na tabela 2.

Tabela 2 - Dados Coletados para a mensuração dos indicadores de desempenho do Hospital Universitário Onofre Lopes, Natal-RN.

Dimensão	Categorias	Anos					Valoração	
		2011	2012	2013	2014	2015		
Indicadores de Estrutura	<b>1. Categoria Instalações</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Valoração</b>	
	1.1	Nº de Leitos de UTI em funcionamento/Ano	13	10	10	18	19	>
	1.2	Nº de Leitos em funcionamento/Ano	204	231	253	239	241	>
	1.3	% de Leitos UTI sobre total de leitos operacionais	6,37%	4,32%	3,95%	7,53%	7,88%	
	1.4	Nº de Consultórios/Ano	81	81	81	106	106	>
	1.5	Nº de salas de Cirurgia Instaladas/Ano	12	12	12	12	12	>
	1.6	Nº de salas de Cirurgia em funcionamento/Ano	12	12	12	12	12	>
	1.7	Nº de Ambulatórios	12	12	12	13	13	>
	1.8	Laboratórios de Clínica e Patologia	2	2	2	2	2	>
		<b>2. Categoria Recursos Humanos</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Valoração</b>
	2.1	Nº de Docentes/- Ano	-	-	-	289	433	>
	2.2	Nº de Servidores Técnicos- Administrativos/Ano	-	-	-	1.913	1.607	>

<b>3. Receita</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Valoração</b>
3.1	Receita Ingressada/Ano	30.976.055,2 4	35.032.60 3,69	47.125.14 5,61	37.116.48 6,04	48.818.3 45,48	>
3.2	Valor Médio por AIH - Internação hospitalar SUS	2.409,62	2.473,55	2.121,90	2.755,04	2.563,90	>
3.3	Valor Médio por Procedimento Ambulatorial	10,43	9,46	9,56	10,6	10,14	>
<b>4. Produção de Serviços</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Valoração</b>
4.1	Nº de Internações/Ano	4.685	5.288	6.278	6.265	8.624	>
4.2	Nº de Internações de Alta Complexidade/Ano	767	1.018	990	1.279	2.149	>
4.3	Nº de Atendimentos Ambulatoriais/Ano	133.503	131.817	139.047	172.834	218.687	>
4.4	Nº de Cirurgias/Ano	6.735	6.966	7.780	7.582	8.831	>
4.5	Nº de Exames/Ano	332.031	263.907	412.550	480.072	610.409	>
<b>5. Produtividade</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Valoração</b>
5.1	Taxa de Ocupação hospitalar	70,18%	73,47%	80,60%	75,23%	78,13%	85%
5.2	Taxa de ocupação UTI adulto	80,22%	85,87%	90,99%	92,13%	87,99%	90%
5.3	Média de Permanência	10,13	10,83	10,97	10,3	8,59	<
<b>6. Custos</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Valoração</b>
6.1	Custo Médio Paciente/dia internado	253,13	264,99	237,21	287,09	324,13	<
<b>7. Qualidade</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Valoração</b>
7.1	Taxa de Mortalidade Geral	5,26%	4,95%	5,21%	4,25%	3,76%	<
<b>8. Ensino/Pesquisa/Extensão</b>		<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>Valoração</b>
8.1	Nº de Alunos de graduação/Ano	2154	2317	-	2500	1968	>
8.2	Nº de alunos Egressos do curso de medicina/Ano	92	92	94	91	91	>
8.3	Nº de Programas de Residência Médica/Ano	29	29	29	29	29	>
8.4	Nº de Alunos da Residência Médica/Ano	117	124	-	-	216	>

**Indicadores de Resultado**

8.5	Nº de Programas de Residência Multiprofissional/Ano	2	2	2	2	3	>
8.6	Nº de Programas de Residência Uniprofissional/Ano	1	1	1	1	1	>
8.7	Nº de Projetos de Extensão realizados no Hospital/Ano	48	50	44	54	54	>
8.8	Nº de Projetos Analisados pelo CEP/Ano	136	297	346	501	454	>
8.9	Nº de Projetos Aprovados pelo CEP/Ano	112	155	187	316	283	>

Fonte: Elaborado pela autora (2016)

#### 4.2.1 Indicadores de Estrutura

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

Dentre os indicadores relacionados à categoria instalações da análise de desempenho do HUOL, na tabela 3 estão relacionados os que tiveram os dados coletados para mensuração.

Tabela 3 - Distribuição dos indicadores de estrutura referentes às instalações nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes

Indicadores	2011	2012	B1	2014	2015	B2
Nº de Leitos de UTI em funcionamento/Ano	0,68	0,53	0,61	0,95	1,00	0,97
Nº de Leitos em funcionamento/Ano	0,85	0,96	0,90	0,99	1,00	1,00
% de Leitos UTI sobre total de leitos operacionais	0,81	0,57	0,69	1,00	1,00	1,00
Nº de Consultórios/Ano	0,76	0,76	0,76	1,00	1,00	1,00

Nº de salas de Cirurgia Instaladas/Ano	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Nº de salas de Cirurgia em funcionamento/Ano	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Nº de Ambulatórios	0,92	0,92	0,92	1,00	1,00	1,00
Laboratórios de Clínica e Patologia	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Índices Acumulados</b>	<b>6,22</b>	<b>6,17</b>	<b>6,19</b>	<b>6,94</b>	<b>7,00</b>	<b>6,97</b>

Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

Constata-se que para o conjunto desses indicadores houve aumento nos índices médios dos biênios analisados de 6,19 para 6,97. Houve acréscimo no número de leitos em funcionamento, leitos de UTI em funcionamento, consultórios e ambulatórios. Contudo, o número de salas de cirurgia e laboratórios de análises clínicas continuou o mesmo.

Conforme consta no documento de Dimensionamento de Serviços Assistenciais e de Ensino e Pesquisa, desde 2013 havia uma previsão de ampliação de 66 leitos, dos quais 35 são de leitos clínicos, 01 de isolamento, 15 do hospital dia e 15 da Terapia Intensiva (05 UTI Pediátrica e 10 UTI Adulto), totalizando 337 leitos.

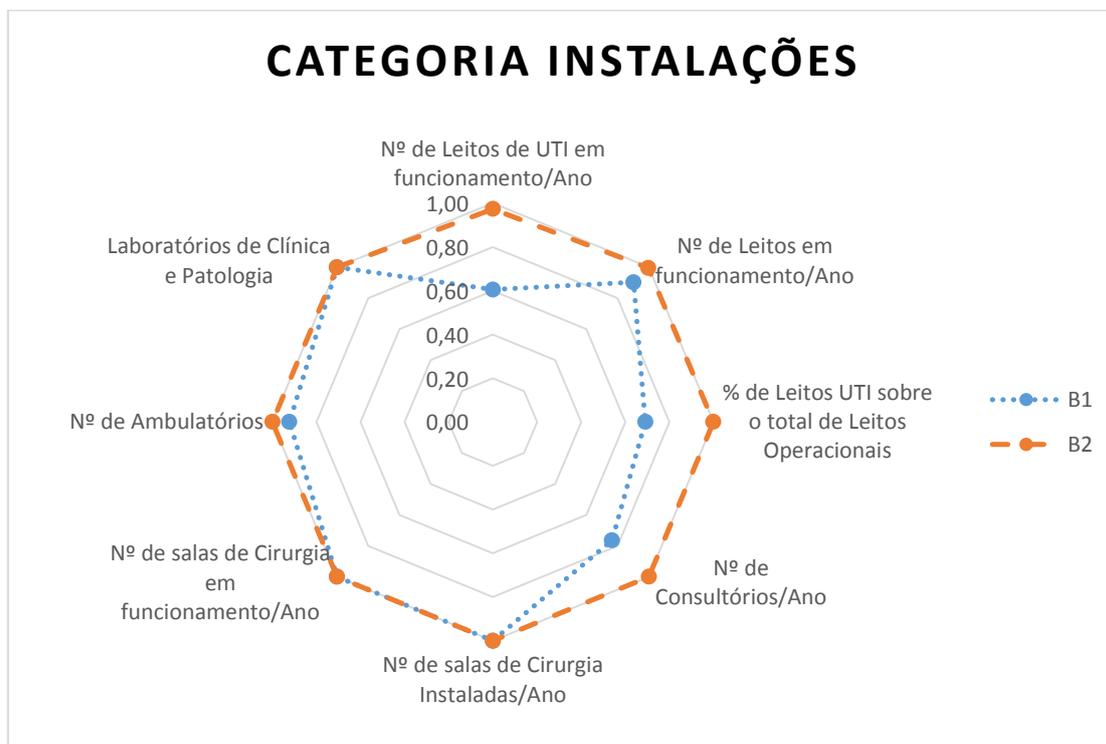
O aumento de leitos de UTI pediátrica referenciado no documento do HUOL, aconteceu em função da adesão do Hospital Universitário Onofre Lopes à EBSEPH, e com isso houve a incorporação/junção dos serviços assistenciais de internação do Hospital de Pediatria/HOSPED a estrutura física do HUOL, contudo os atendimentos ambulatoriais do HOSPED continuarão sendo realizados na sua atual estrutura física.

A Portaria Nº 1.256, de 17 de Outubro de 2012, referente à matriz de distribuição de Recursos Financeiros aos Hospitais Universitários, indica a relação de indicadores com os respectivos resultados conforme o número de leitos ativos nos HUs. Nesse sentido, os resultados dos indicadores do HUOL relacionados a porte e perfil marcam pontuação, tendo em vista que em todos os anos analisados, estão dentro da variação de valores correspondentes no que diz respeito ao número de leitos de UTI, 10 a 29, com o número de leitos ativos, 150 a 299 e salas de cirurgia, 5 ou 6 salas.

O desempenho desses indicadores de instalações nos dois biênios, antes e após a adesão ao contrato de gestão da EBSEPH está representado no gráfico 1. A linha

tracejada em laranja refere-se ao desempenho do biênio 2 e a linha pontilhada em azul, o desempenho do biênio 1.

Gráfico 1 - Desempenho dos indicadores de estrutura referentes à categoria instalações nos biênios 1 e 2 no HUOL



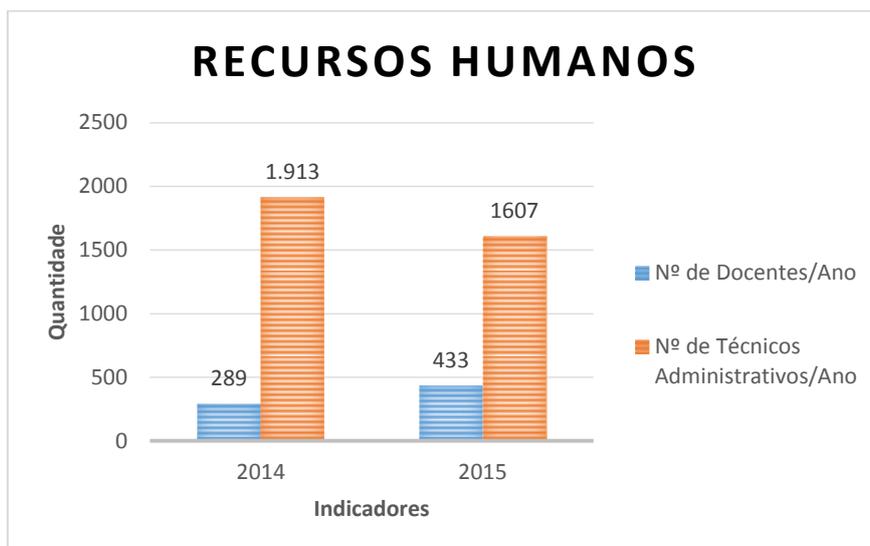
Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

Com relação à categoria Recursos Humanos, os dados coletados foram insuficientes para realizar a análise e comparação do desempenho, sendo possível apenas acesso aos dados do biênio 2, apresentados no gráfico 2.

Entre docentes e técnicos administrativos, aproximadamente 644 são servidores RJU. Desse modo, a chegada dos servidores concursados pela EBSE RH é considerada um fator importante para a reestruturação dos hospitais universitários, e consequentemente para a melhoria da saúde pública.

Dentre os indicadores relacionados à categoria receita da análise de desempenho do HUOL, na tabela 4 estão relacionados os que tiveram os dados coletados para mensuração.

Gráfico 2 - Dados correspondentes a categoria recursos humanos no biênio 2 no HUOL



Fonte: Setor de Planejamento, 2016.

Tabela 4 - Distribuição dos indicadores de estrutura referentes à receita nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes

Indicadores	2011	2012	B1	2014	2015	B2
Receita Ingressada/Ano	0,63	0,72	<b>0,68</b>	0,76	1,00	<b>0,88</b>
Valor Médio por AIH - Internação hospitalar SUS/Ano	0,87	0,90	<b>0,89</b>	1,00	0,93	<b>0,97</b>
Valor Médio por Procedimento Ambulatorial/Ano	0,98	0,89	<b>0,94</b>	1,00	0,96	<b>0,98</b>
<b>Índices Acumulados</b>	<b>2,49</b>	<b>2,51</b>	<b>2,50</b>	<b>2,76</b>	<b>2,89</b>	<b>2,82</b>

Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

Os valores referenciados na tabela 4 correspondem à receita Ingressada, correspondente a receita orçamentária por ano, o valor médio por AIH para internação hospitalar e para procedimento ambulatorial. Os índices acumulados variaram de 2,50 para 2,82 demonstrando melhora no desempenho dessa categoria.

O desempenho desses indicadores de receita nos dois biênios, antes e após a adesão ao contrato de gestão da EBSEH está representado no gráfico 3.

Gráfico 3 - Desempenho dos indicadores de estrutura referentes à categoria receita nos biênios 1 e 2 no HUOL



Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

#### 4.2.2 Indicadores de Resultados

Resultados são evidências dos efeitos consequentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente depois que algo é feito a ele, ou consequência de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma organização (BITTAR, 2001). Dessa forma, essas informações se relacionam e tem implicações com o desempenho dos indicadores de estrutura.

Os indicadores que medem a produção são consideráveis, tanto para os diversos tipos de benchmarking, como perspectiva dos negócios internos, na utilização do marcador balanceado. (BITTAR, 2001) Dentre os indicadores relacionados à categoria produção de serviços da análise de desempenho do HUOL, na tabela 5 estão relacionados os que tiveram os dados coletados para mensuração.

Tabela 5 - Distribuição dos indicadores de resultado referentes a produção dos serviços nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes

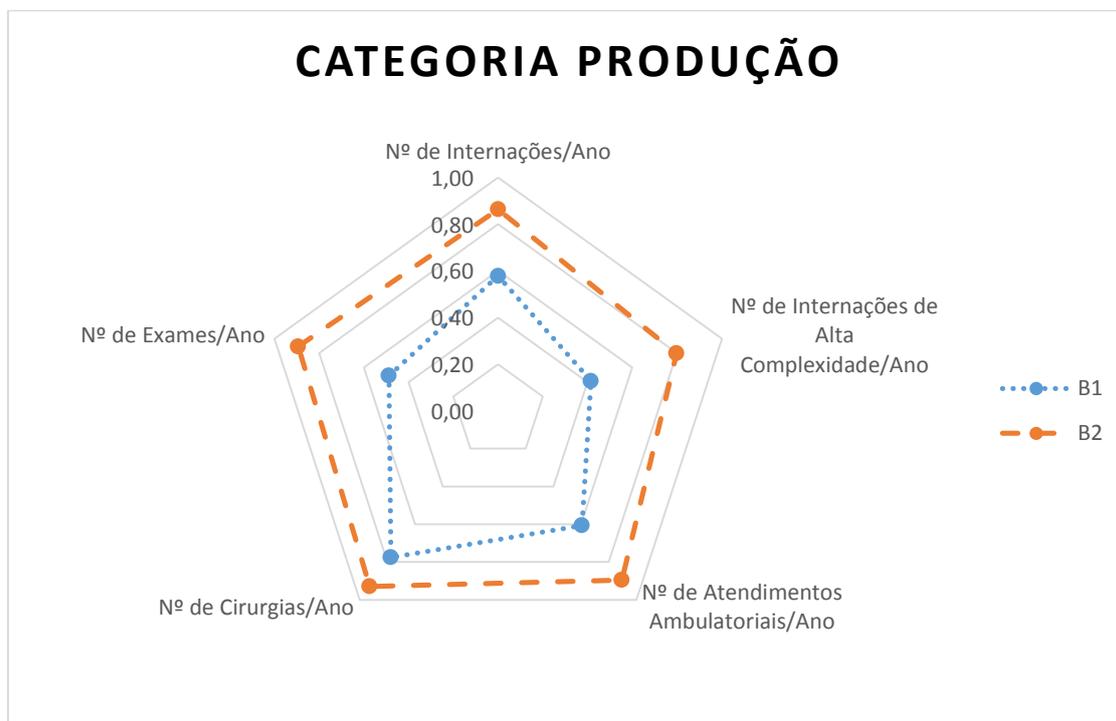
<b>Indicadores</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>B1</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>B2</b>
<b>Nº de Internações/Ano</b>	0,54	0,61	0,58	0,73	1,00	0,86
<b>Nº de Internações de Alta Complexidade/Ano</b>	0,36	0,47	0,42	0,60	1,00	0,80
<b>Nº de Atendimentos Ambulatoriais/Ano</b>	0,61	0,60	0,61	0,79	1,00	0,90
<b>Nº de Cirurgias/Ano</b>	0,76	0,79	0,78	0,86	1,00	0,93
<b>Nº de Exames/Ano</b>	0,54	0,43	0,49	0,79	1,00	0,89
<b>Índices Acumulados</b>	<b>2,82</b>	<b>2,91</b>	<b>2,86</b>	<b>3,76</b>	<b>5,00</b>	<b>4,38</b>

Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

Constata-se que para o conjunto desses indicadores houve aumento nos índices médios dos biênios analisados de 2,91 para 4,38. Houve acréscimo em todos os indicadores dessa categoria. Estima-se que o aumento no número de atendimentos é resultado da ampliação e reorganização da equipe de trabalho, dessa forma com maior capacidade de oferta, mais pacientes passaram a ser atendidos, propiciando a criação de ambulatórios específicos. Desse modo, eleva-se a qualidade de assistência ao paciente e é fundamental para a formação em saúde, pois os residentes, além de um número maior de casos para discussão, têm acesso a uma percepção mais especializada.

O desempenho desses indicadores de produção dos serviços nos dois biênios, antes e após a adesão ao contrato de gestão da EBSEH está representado no gráfico 4. É possível visualizar o impacto do crescimento dessa categoria, tendo em vista a distância visualizada no gráfico entre as linhas que representam os biênios.

Gráfico 4 - Desempenho dos indicadores de resultado referentes à categoria produção dos serviços nos biênios 1 e 2 no HUOL



Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

Com relação à categoria produtividade, também se faz imprescindível para vários tipos de benchmarking, considerando-se como indicadores clássicos, como é o caso da taxa de ocupação hospitalar, sensível para a avaliação da gestão dos leitos hospitalares, indicando aspectos da gestão do processo assistencial.

Dentre os indicadores relacionados a categoria produtividade da análise de desempenho do HUOL, na tabela 6 estão relacionados os que tiveram os dados coletados para mensuração.

Tabela 6 - Distribuição dos indicadores de estrutura referentes a Produtividade nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes

Indicadores	2011	2012	B1	2014	2015	B2
<b>Taxa de Ocupação hospitalar/Ano</b>	0,90	0,94	0,92	0,96	1,00	0,98
<b>Taxa de ocupação UTI adulto</b>	0,87	0,93	0,90	1,00	0,96	0,98

<b>Média de Permanência</b>	0,85	0,79	0,82	0,83	1,00	0,92
<b>Índices Acumulados</b>	<b>2,62</b>	<b>2,67</b>	<b>2,64</b>	<b>2,80</b>	<b>2,96</b>	<b>2,88</b>

Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

Com relação à taxa de ocupação hospitalar, o autor Mezzomo (1982) recomenda que esse índice geral seja de 85% de ocupação. Conforme a Portaria N° 1.256, de 17 de Outubro de 2012, os hospitais são pontuados a partir de 60% de ocupação, tendo uma pontuação maior os que possuem pontuação igual ou maior que 70% de taxa de ocupação hospitalar.

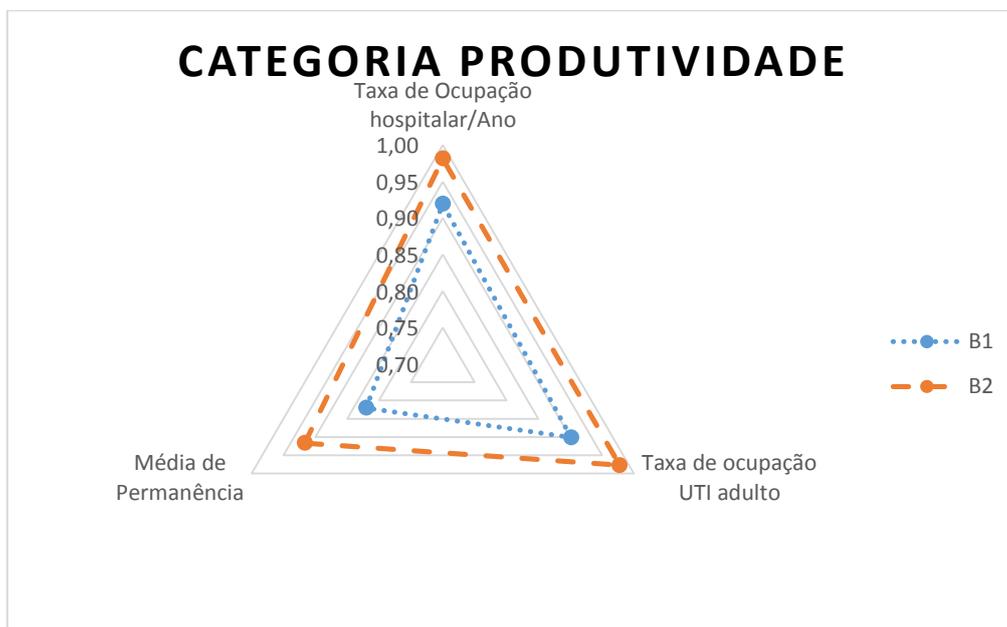
No hospital em estudo a taxa variou de forma crescente 70,18% a 78,13%, evidenciando melhor desempenho no segundo biênio. Essas taxas estão dentro da média dos hospitais avaliados pelo Programa de Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH) em 2008, que foi de 72%.

A taxa de ocupação acima do recomendado está relacionada ao aumento de eventos adversos, infecção hospitalar e diminuição da segurança no ambiente assistencial. Entretanto, essa taxa estando abaixo de 75% evidencia baixa utilização e ineficiência na gestão do hospital (ANS, 2012).

Alguns fatores diferenciam a média de permanência nos hospitais, como a complexidade do hospital, o papel da internação via pronto socorro na demanda do hospital e o perfil clínico dos pacientes (ANS, 2013). Para a taxa de ocupação de UTI, o ministério da saúde (2011) recomenda uma taxa de no mínimo 90%.

Verificou-se do mesmo modo que os indicadores de Taxa de ocupação de UTI e média de permanência no HUOL tiveram uma melhora considerável, podendo ser visualizado no gráfico 5. É importante destacar que para a valoração do indicador média de permanência, quanto menor o valor melhor o desempenho.

Gráfico 5 - Desempenho dos indicadores de resultado referentes à Categoria Produtividade nos biênios 1 e 2 no HUOL



Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

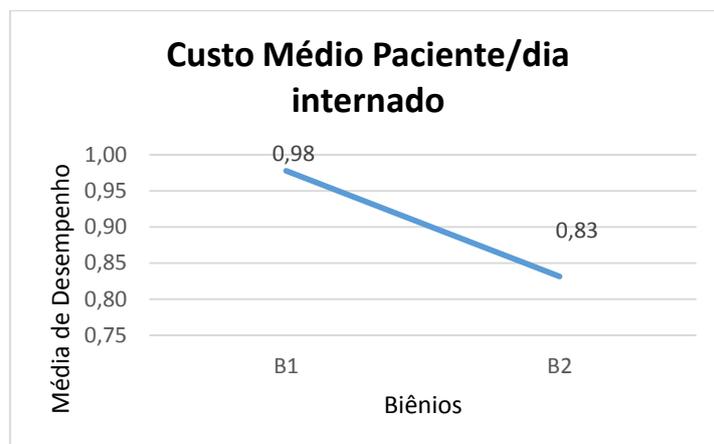
Com relação a categoria custos, os dados coletados permitiram somente a mensuração do indicador custo médio paciente/ dia internado. Feita a análise, esse indicador evidenciou pior desempenho no segundo biênio, tendo seu índice reduzido de 0,98 para 0,83, conforme mostrado na tabela 7. Esse resultado é explicado pela ampliação de atendimentos de alta complexidade, conseqüentemente elevando os custos.

Tabela 7 - Distribuição dos indicadores de resultado referentes a custo nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes

Indicador	2011	2012	B1	2014	2015	B2
<b>Custo Médio Paciente/dia internado</b>	<b>1,00</b>	<b>0,96</b>	<b>0,98</b>	<b>0,88</b>	<b>0,78</b>	<b>0,83</b>

Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

Gráfico 6 - Desempenho do indicador de resultado referentes à categoria custos nos biênios 1 e 2 no HUOL



Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

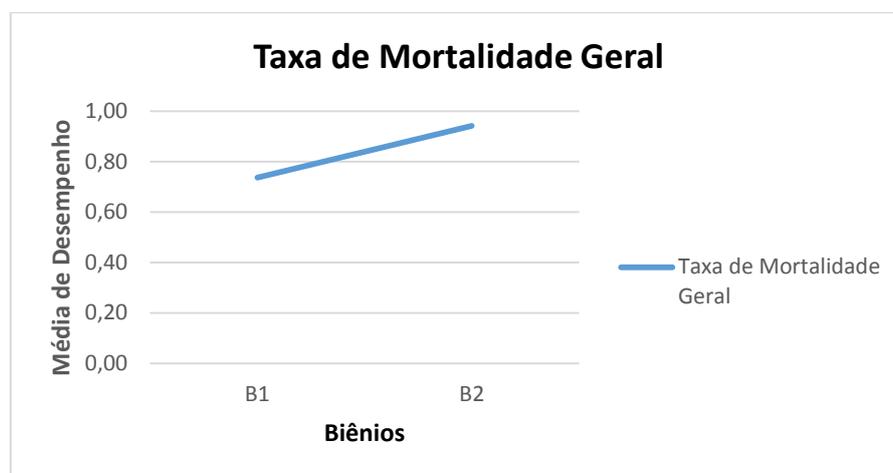
Dentre os indicadores da categoria qualidade, apenas foi possível a mensuração do indicador taxa de mortalidade geral, mostrada na tabela 8, na qual observou-se melhora no desempenho do biênio 2, variando os índices acumulados de 0,74 para 0,94. Por meio do gráfico é possível visualizar a melhora do índice acumulado. A ANS(2012) destaca que nos hospitais de ensino e de alta complexidade tiveram taxas de mortalidade institucional variando entre 3,4% a 6,8%, estando portanto, o HUOL dentro desses parâmetros recomendados.

Tabela 8 - Distribuição dos indicadores de resultado referentes à qualidade nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes

Indicador	2011	2012	B1	2014	2015	B2
Taxa de Mortalidade Geral	0,71	0,76	0,74	0,88	1,00	0,94

Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

Gráfico 7 - Desempenho do indicador de Resultado referentes à Categoria Qualidade nos biênios 1 e 2 no HUOL



Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

Com relação aos indicadores relacionados a categoria ensino/pesquisa/extensão da análise de desempenho do HUOL, na tabela 9 estão relacionados os que tiveram os dados coletados para mensuração.

Constatou-se que para o conjunto dos indicadores ensino/pesquisa/extensão houve aumento nos índices médios dos biênios analisados de 6,32 para 7,62. Dentre os indicadores que tiveram melhor desempenho, estão relacionados a pesquisa, analisados por meio do Número de projetos analisados pelo CEP/Ano e Número de projetos aprovados pelo CEP/Ano.

Tabela 9 - Distribuição dos indicadores de resultado referentes a Ensino/Pesquisa/Extensão nos Biênios 1 e 2 no Hospital Universitário Onofre Lopes

Indicadores	2011	2012	B1	2014	2015	B2
Nº de Alunos de graduação/Ano	0,86	0,93	0,89	1,00	0,79	0,89
Nº de alunos Egressos do curso de medicina/Ano	1,00	1,00	1,00	0,99	0,99	0,99
Nº de Programas de Residência Médica/Ano	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Nº de Programas de Residência Multiprofissional/Ano	0,67	0,67	0,67	0,67	1,00	0,83
Nº de Programas de Residência Uniprofissional/Ano	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00
Nº de Projetos de Extensão realizados no Hospital/Ano	0,89	0,93	0,91	1,00	1,00	1,00

Nº de Projetos Analisados pelo CEP/Ano	0,27	0,59	0,43	1,00	0,91	0,95
Nº de Projetos Aprovados pelo CEP/Ano	0,35	0,49	0,42	1,00	0,90	0,95
<b>Índices Acumulados</b>	<b>6,04</b>	<b>6,60</b>	<b>6,32</b>	<b>7,66</b>	<b>7,58</b>	<b>7,62</b>

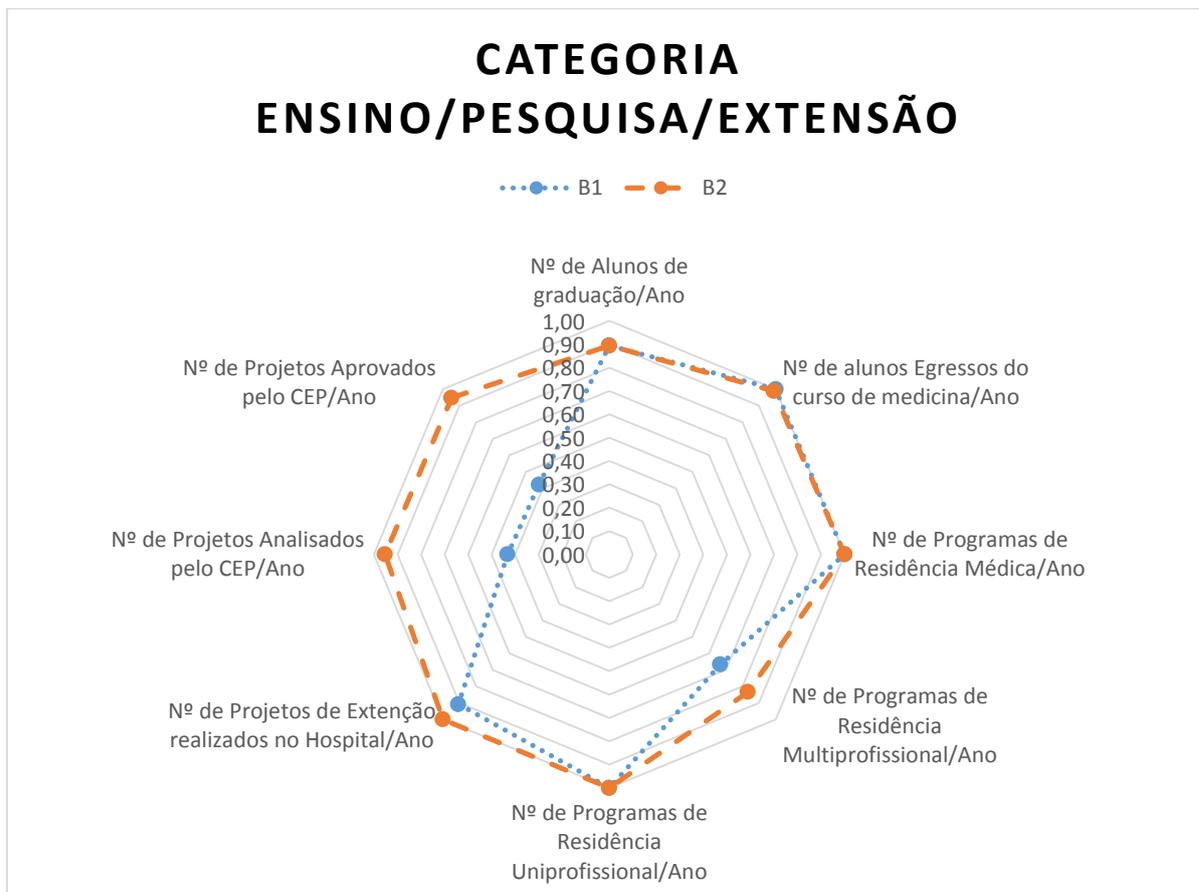
Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

Acredita-se que o aumento do número de pesquisa tenha acontecido devido a utilização da Plataforma Brasil para a submissão dos projetos de pesquisa, tornando o processo de submissão e acompanhamento dos trâmites mais ágeis. Também foi instituído que toda pesquisa realizada no hospital que não tivesse sido aprovado pelo CEP, tendo sido coletados dados em determinado setor, este setor estaria responsável pela pesquisa.

Com relação às vagas de residência média, observou-se que a partir do edital de ingresso do ano 2014, foram acrescentadas vagas nos programas cirurgia geral, clínica médica, medicina de família e de comunidade, patologia, psiquiatria e radiologia. Essa ampliação foi devida a aprovação concedida pela comissão nacional de residência médica referente ao aumento de vagas de alguns programas de residência médica do HUOL.

O desempenho dos indicadores de ensino/pesquisa/extensão nos dois biênios, antes e após a adesão ao contrato de gestão da EBSEH estão representados no gráfico 8.

Gráfico 8 - Desempenho dos indicadores de resultado referentes à categoria ensino/pesquisa/extensão nos biênios 1 e 2 no HUOL



Fonte: Setor Planejamento do HUOL, 2016

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir do entendimento dos modelos de análise de desempenho em hospitais universitários e de ensino, foi possível perceber o pequeno número de estudos que relacionam os resultados dos indicadores numa comparação periódica de um mesmo hospital. A maior parte dos estudos é realizada para classificação de posições ou ranqueamento, quanto à eficiência dos hospitais analisados.

Para a escolha do modelo de análise do HUOL, foi imprescindível compreender a sua história, intrinsecamente relacionada a criação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, e o seu contexto de atuação na saúde pública do Estado, considerado de referência em procedimentos de alta complexidade.

A partir dos indicadores propostos na literatura, foi possível estabelecer e propor novos, juntamente com profissionais atuantes no hospital em estudo. É relevante considerar o comprometimento e incentivo da gerência de ensino e pesquisa para desenvolvimento do presente estudo. Para a coleta de dados, percebeu-se que os dados referentes ao biênio 2 estavam mais organizados e estruturados. E que o resgate de dados anteriores à adesão ao modelo de gestão EBSEH foram mais difíceis de acessar, devido à falta de controle dessas informações. Assim, algumas categorias tiveram poucos indicadores associados devido à falta de informações para completar a análise.

Os resultados encontrados evidenciam algumas mudanças nos indicadores após a adesão ao contrato de gestão do Hospital Universitário Onofre Lopes à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Dentre as categorias de Estrutura, houve aumento dos índices acumulados no segundo biênio. Mesmo não sendo possível mensurar a categoria recursos humanos antes da EBSEH, é notório o impacto do aumento do número de servidores nas diversas atividades desenvolvidas no hospital.

Com relação aos indicadores da dimensão resultado tiveram um aumento mais significativo que os da dimensão estrutura. Houve aumento no número de internações de alta complexidade, exames laboratoriais e patológicos, atendimentos ambulatoriais. Contudo, na categoria custos, os dados coletados permitiram somente a mensuração do indicador custo médio paciente/ dia internado. A análise desse indicador evidenciou melhor desempenho no primeiro biênio. Esse resultado é explicado pela ampliação de atendimentos de alta complexidade, conseqüentemente elevando esses custos.

O detalhamento e a investigação de aspectos relativos à percepção dos atores envolvidos nessa mudança organizacional estavam fora do escopo do presente estudo. Dessa forma, infere-se que esses fatores devam ser objeto de análise em estudos futuros.

Assim, a melhoria das oito categorias analisadas é atribuída à ampliação e reorganização da equipe de trabalho, aumento da receita, reformas estruturais e a oferta de novos serviços à população. Logo, torna-se essencial o acompanhamento, análise e divulgação desses indicadores. Por fim, é importante evidenciar que essa mudança organizacional ainda é recente, e deverão desencadear diversos outros impactos nas diversas categorias analisadas do Hospital Universitário Onofre Lopes.

## REFERÊNCIAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Ficha técnica. Taxa de Ocupação Operacional Geral. V1.01-Novembro, 2012.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Ficha técnica. Taxa de Ocupação Operacional UTI adulto. V1.01-Janeiro, 2013.

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. Ficha técnica. Média de Permanência Geral. V1.02-Janeiro, 2013.

ADORNO, Rafael Guilherme. *Avaliação de Necessidades de Treinamento: construção e aplicação de um instrumento de medida*. Monografia (Curso de Administração) – Universidade de Brasília, UNB. Brasília-DF, 2011.

ALENCAR, F.; CARPI, L.; RIBEIRO, M. V. *História da Sociedade Brasileira*. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico S.A, 1985.

ANDRADE, M. M.. *Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas*. 6.Ed. São Paulo: Atlas, 2004.

ANDREAZZI, M. F. S. Empresa brasileira de serviços hospitalares: inconsistências à luz da reforma do estado. *Rev. Bras. Educ. Med.* [online]. 2013, vol.37, n.02, pp. 275-284. ISSN 1981-5271.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o sistema único de saúde. *Rev. adm. Saúde*, v.12, n.46, p.7-14, jan.-mar. 2010.

BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. *Rev. Esc. Enf. USP*, v.30, n.3, p.380-98, dez. 1996.

BITTAR, O. J. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev. adm. saúde*, v. 6, n. 22, p. 15-18, 2004.

BITTAR, Olímpio J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde – RAS*. vol. 3, nº 12, p 21-22, Jul-Set, 2001.

BONACIM, C. A. G.; ARAUJO, A. M. P. Avaliação de desempenho econômico financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 1055-1068, 2011.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S. Atenção hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, Ligia et al. (Org.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, p. 665-704, 2009.

BRASIL. Ministério da Educação. *Hospitais universitários*. Brasília. Disponível em: <[http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com\\_>](http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=512&id=12267&option=com_>)

Brasil. Ministério da saúde. *O Sistema Público de Saúde Brasileiro*. Seminário Internacional Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo: 2002.

Brasil. Ministério da saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *SUS: a saúde do Brasil*. Brasília: Editora Ministério da Saúde 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Curso Básico de Vigilância Epidemiológica – CBVE*. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

BRIZOLA, J. B. *Gestão hospitalar : análise de desempenho de um hospital universitário e de ensino antes e após a contratualização com o Sistema Único de Saúde*. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências da Saúde. Londrina , 2010.

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. *Rev. adm. saúde*, v. 13, n. 50, p. 7-22, 2011.

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

CARNELUTTI, J. G. *A competitividade do setor hospitalar de Cruz Alta – RS*. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal de Santa Maria-UFSM. Santa Maria, 2006.

CASTRO, R.M. *Gestão Econômico-Financeira nos Hospitais Filantrópicos. Organização e Financiamento*. Dissertação (Mestrado Profissional em Sistemas de Gestão) - Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2002.

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, 2013.

DALLORA, M. E. L. V.; FORSTER, A. C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino - considerações teóricas. *Medicina*, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2008.

DONABEDIAN, A. Quality Assurance in Our Health Care System. *American Journal of Medical Quality*, v.1, n.1, p.6-12, 1986.

EBSERH – Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. *Hospitais Universitários. Filiais EBSERH*, 2016. Disponível em: < <http://www.ebserh.gov.br/web/portal-ebserh/filiais-ebserh>>. Acesso em: 12 fev. 2016.

EBSERH. *Estrutura organizacional dos hospitais sob gestão da EBSERH: diretrizes técnicas*. Ministério da Educação. Brasília: 2013

ENSSLIN, L., GIFFHORN, E., ENSSLIN, S. R., PETRI, S. M. & VIANNA, W. B. Avaliação do desempenho de empresas terceirizadas com o uso da metodologia multicritério de apoio à decisão-construtivista. *Pesquisa Operacional*, v. 30, n. 1, p. 125-152, 2010.

ESPEJO, M. M. S. B.; PORTULHAK, H. *Avaliação de Desempenho em Hospitais Universitários: uma Análise Empírica em uma Instituição Federal*. XIV Congresso USP Controladoria e Contabilidade. Novas perspectivas na pesquisa contábil. São Paulo, 21 a 23 de Julho de 2014.

Evans, J. H., Hwang, Y. & Nagarajan, N. J. Management control and hospital cost reduction: additional evidence. *Journal of Accounting and Public Policy*, v.20, n.1, p.73-88, 2001.

EVCOVITZ, E.; LIMA, L. D.; MACHADO, C. V. *Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas*. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. Vol.6, n.2, pp.269-291, 2001.

FEUERWERKER, L. C. M.; CECÍLIO, L. C. O. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 12, n. 4, p. 965-971, Jul-ago, 2007.

FILHO, A. N.; ZILDA, B.; YONEKURA, T. *Dimensionamento do número de leitos e tipologia hospitalar: o desafio de fazer as perguntas certas e construir suas respostas*. *Hospital do coração*. São Paulo: 2012.

FOUCAULT, Michel. *A microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FRANCO-SANTOS, M.; LUCIANETTI, L.; BOURNE, M. Contemporary performance measurement systems: A review of their consequences and a framework for research. *Management Accounting Research*, v. 23, n. 2, p. 79-119, 2012.

GONÇALVES, E.L. Estrutura organizacional do hospital moderno. *RAE - Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, vol. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.

GROSSKOPF, S.; MARGARITIS, D.; VALDMANIS, V. Competitive effects on teaching hospitals. *European Journal of Operational Research*, v.154, n.2, p.515-525, 2004.

HÉKIS, M. I.. *A Racionalidade Weberiana Presente No Processo De Decisão Referente Ao Planejamento Estratégico: O Caso Do Plano 2006-2012 (Hu-Ufsc)*. Dissertação (Mestrado em Administração Universitária) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2012.

HUOL. *Carta de Serviços ao Cidadão*. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH. Ministério da Educação. Governo Federal. Natal: 2015.

ILVA, J. P. V., LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 43-73. 2005.

JÚNIOR, A. P.; JÚNIOR, L. C.; Políticas públicas de saúde no Brasil. *Rev, Espaço para a Saúde*, v.8, n.1, p.13-19, 2006.

JUNIOR, G. D. G.; VIEIRA, M. M. F.. A reforma do Estado no Brasil e os hospitais universitários federais: o caso do hospital das clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. *Revista de Administração Pública*. 2002, v. 36, n. 4, pp. 547-563.

JÚNIOR, J. P. B. J.; MESSIAS, K. L. M.. Sistemas de Serviços de Saúde. Principais Tipologias e suas relações com o Sistema de Saúde Brasileiro. *Revista saúde.com* , v.1, n.1, p. 79-89, 2005

LINO, K. M. S.; GONÇALVES, M. F.; FEITOSA, S. L. *Administração hospitalar por competência: o administrador como gestor hospitalar*. 29f. (Monografia) – Escola Superior da Amazônia - ESAMAZ. Belém, 2008.

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 [on line]* , v. 12, n. 4, p. 985-98, 2007.

LOBO, M. S. C., LINS, M.E., SILVA, A.C.M., FISZMAN, R., BLOCH K.V. Influência de fatores ambientais na eficiência de hospitais de ensino. *Epidemiol. Ser. Saúde [on line]*, v.20, n.1, 2010.

LOBO, M. S. C.; LINS, M. P. E.; SILVA, A. C. M.; FISZMAN, R. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. *Rev. Saúde Pública [online]*, vol.44, n.4, pp. 581-590, 2010.

- 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.149-62, 2006.
- LOUZADA, S. S. S.; STRANG, F.; CALABREZ, M. Administrar e humanizar no hospital. *Revista FACEVV*, v.1, n.1, pp 68-75, 2008.
- LUEDY, A.; MENDES, V. L. P. S.; RIBEIRO JUNIOR, H. Gestão pública por resultados: contrato de gestão como indutor de melhorias em um hospital universitário. *Organ. Soc.* [online], v.19, n.63, pp. 641-659, 2012.
- MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.12, n.4, pp. 871-877, 2007.
- MARINHO A. *Hospitais universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001. (Texto para Discussão)
- MARINHO, A.; FAÇANHA, L. *O. Hospitais universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica*. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada; 2001. (Texto para Discussão)
- MARTINS, H. F.; MARINI, C. *Um guia de governança para resultados na administração pública*. Publix. Editora, 2010.
- MARTINS, V. F. Hospitais universitários federais e a nova reestruturação organizacional: o primeiro olhar, uma análise de um hospital universitário. *REAC Revista de Administração e Contabilidade*, v.3,n.2, p.4-22, Julho/dezembro, 2011.
- MEDEIROS, C. A. F.; ALBUQUERQUE, L. G. Comprometimento organizacional: um estudo de suas relações com características organizacionais e desempenho nas empresas hoteleiras. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, v. 5, n. 2, p. 35-64, 2005.
- MEDICI, A.C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, vol.47, no.2, p.149-156, 2001.
- MELLO, Inaiá Monteiro; Livro, **Humanização da Assistência Hospitalar no Brasil: conhecimentos básicos para estudantes e profissionais**; p. 18-19, 2008.
- MELO, T. B. N.; ALMEIDA, M.R. Parceria Público-Privada: a Gestão Privada em Hospitais Universitários no Rio Grande do Norte. *Revista de Saúde Pública de Santa Catarina*, v. 7, n. 3, p. 46-62, 2015.
- MEZZOMO, A. A. Serviço do prontuário do paciente: organização e técnica. São Paulo: CEDAS, 1982.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. *Estrutura Organizacional dos hospitais sob gestão da EBSEH: Diretrizes Técnicas*. 2013. Disponível em <[http://www.ufjf.br/hu/files/2009/07/Estrutura-organizacional\\_orientac\\_o\\_es-te\\_cnicas\\_26-03-2013.pdf](http://www.ufjf.br/hu/files/2009/07/Estrutura-organizacional_orientac_o_es-te_cnicas_26-03-2013.pdf)> Acesso em Julho de 2014.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Estabelecer Sistema de Classificação Hospitalar do Sistema Único de Saúde. Portaria Nº2.224, de 5 de Dezembro de 2002. DO 236, de 06 de Dezembro de 2002. Coordenação de Sistemas de Informação. Sistema Único de Saúde – Legislação Federal.

Ministério da Saúde. Portaria nº2.395, de 11 de outubro de 2011. Ministério da Saúde. Brasília. 2011. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395\\_11\\_10\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2395_11_10_2011.html)>. Acesso em: 11/01/2016.

Mintzberg, H. *The Structure of organizations: A synthesis of the research*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.,1979.

MOITI, C. H.; MESQUITA, J. A.; BANTON, L. O sistema de saúde norte-americano em uma perspectiva da gestão em saúde no Brasil. *Archives Of Health Investigation*, v. 2, n. 4-Supp. 3, 2013.

MOURA, L.C. M. A. *Ambiente de inovação no Laboratório de Inovação Tecnológica em Saúde – LAIS/UFRN: mapeamento, interações e gerenciamento*. Dissertação (Mestrado) da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal: 2015.

MURRAY, A. D.; VANALLE, R. Contribuição à análise dos processos de planejamento estratégico dos Hospitais gerais privados do município de São Paulo. *XVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção – Curitiba, PR, 23 a 25 de outubro de 2002*.

NOGUEIRA, D. L.; LIRA, G.V.; ALBUQUERQUE, I.M.A.N.; LINHARES, M.S.C. al. Avaliação dos Hospitais de Ensino no Brasil: uma Revisão Sistemática. *Rev. bras. educ. méd*, v. 39, n. 1, p. 151-158, 2015.

NUNES, E. D. Sobre a história da saúde pública: idéias e autores. *Ciênc. saúde coletiva* [online], vol.5, n.2, pp. 251-264, 2000.

OLIVEIRA, G. A. *A compatibilidade dos princípios e modelo de Estado que subjazem ao SUS e a EBSEH (Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares)*. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) - Faculdade de Filosofia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

- PAIM, J., TRAVASSOS, C., ALMEIDA, C., BHAIA, L., & MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: historia avanços e desafios. *Série Saúde no Brasil*, v. 1, 2011.
- PALHARES, D.; CUNHA, A. C R. Reflexões bioéticas sobre a empresa brasileira de serviços hospitalares (EBSERH). *Revista Latinoamericana de Bioética* [online], v. 14, n. 1, p. 122-129, 2014.
- PEGO, R.A.; ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 971-989, 2002.
- PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. *Mundo da saúde*, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul-set, 2007.
- PICCHIAI, D. *Estruturas Organizacionais: modelos*. Universidade Federal de São Paulo-USP. Revisado em 2010. Acesso em 18 de outubro de 2015. Disponível em: <[http://dgi.unifesp.br/seplan/templates/docs/seplan-modelos\\_de\\_estruturas\\_organizacionais\\_material.pdf](http://dgi.unifesp.br/seplan/templates/docs/seplan-modelos_de_estruturas_organizacionais_material.pdf)>
- PIZANI, M. A. P. N. O cuidar na atuação das irmãs de São José de Moutiers na Santa Casa de Misericórdia de Curitiba (1896-1937). Universidade Federal do Paraná. – 2005. Tese (doutorado) – Universidade Federal do Paraná, 2005.
- PORTO, M. Y. Uma revolta popular contra a vacinação. *Cienc. Cult.* [online]. vol.55, n.1, pp. 53-54, 2003.
- RIBEIRO, F. A. *Atenção primária (APS) e sistema de saúde no Brasil: uma perspectiva histórica*. (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.
- ROCHA, W.; GUERREIRO, R. Desenvolvimento de modelo conceitual de sistemas de custos – um enfoque institucional. *Revista de Contabilidade e Organizações*, v. 4, n.8,p. 24- 46, 2010.
- SCHOUT, D.; NOVAES, H.M.D. Do Registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.12, n.4, p.935-944, 2007.
- SEVERINO, A. J. *Metodologia do trabalho científico*. 23ª.Ed. Atualizada. São Paulo: Cortez, 2007.
- SHIMAZAKI, M. E. *Gestão da Clínica. Guia de Estudo*. Escola de Saúde Pública de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2005.
- SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. 4. Ed. rev. Atualizada. Florianópolis: UFSC, 2005.

SILVA, J. P. V., LIMA, J. C. *Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira*. In: FUNDAÇÃO Oswaldo Cruz; Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Textos de apoio em políticas de saúde. Rio de Janeiro, Fiocruz, p. 43-73, 2005.

SIMÕES, N.; COURY, W.; RIBEIRO, J.L.; ARAÚJO, G.; CAETANO, D. VEIGA, A.; MESSIANA, L.A.; LOPES, P. MEIRELES, L.; ROSALEM, V.; MORAES, M.; VERDE, T.L. RUTE 100: as 100 primeiras unidades de telemedicina no Brasil e o impacto da Rede Universitária de Telemedicina (RUTE). 1ª ed. – Rio de Janeiro : E-papers, 2014.

SMITH, P.C. Performance measurement in health care: history, challenges and prospects. *Public Money & Management*, v.25, n.4, p. 213-220, 2005.

SODRE, F.; LITTIKE, D.; DRAGO, L. M. B.; PERIM, M. C. M. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão?. *Serv. Soc. Soc.* [online], n.114, pp. 365-380, 2013.

SOUZA, K. O.; LITTIKE, D. SODRÉ, F.. *Empresa Brasileira de Serviços hospitalares (EBSERH): (Re)Afirmção de um modelo de gestão*. 2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde. Universidade Federal do Espírito Santo. Belo Horizonte, 2013.

TCU. Relatório de Auditoria. *Auditoria de Conformidade. Hospitais Universitários. Avaliação de Controles Internos. Determinações. Recomendações. Ciências. Arquivamento*. Entidade Hospital Universitário Onofre Lopes da UFRN – MEC. TC 009.914/2012-9. Data da Sessão: 26/6/2013.

TEIXEIRA, R. Negociação coletiva e gestão por competências: Inovações na administração pública federal. Especialização (Curso em Negociação Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, UFRS. Porto Alegre – RS, 2010.

UGA, M. A. D.; LOPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. *Ciênc.saúde coletiva*, vol. 12, n. 4, p. 915-28, 2007.

VARGAS, J. D. História das Políticas Públicas de Saúde no Brasil: revisão da literatura. 2008. 32 p. Trabalho de Conclusão de Curso (especialização) - Escola de Saúde do Exército, Programa de PósGraduação em Aplicações Complementares às Ciências Militares. Rio de Janeiro, 2008.

VIACAVA, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, M.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C.; NOVAES, H. M. D.; OLIVEIRA, E. S.; PORTO, S. M.; SILVA, L. M. V.; SZWARCOWALD, C. L. *Uma metodologia de avaliação do*

*desempenho do sistema de saúde brasileiro. Ciênc. saúde coletiva [online], vol.9, n.3, pp. 711-724, 2004.*

XIMENES, M. F. F. M. ET AL. *Plano de Ensino, Pesquisa e Extensão para os Hospitais Universitários da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.* Ministério da Educação. Natal/RN, 2013.

## ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA



### CARTA DE ANUÊNCIA A SER ENVIADA A GEP/HUOL

Ilmo Sr. Prof. Dr. Irami Araújo Filho  
Gerência de Ensino e Pesquisa-HUOL/EBSEPH

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada *Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em um Hospital Universitário do RN conveniado à EBSEPH* a ser realizada no Hospital Universitário Onofre Lopes - HUOL, pela *pós-graduanda Júlia Lorena Marques Gurgel*, sob orientação do *Prof. Dr. Hélio Roberto Héris*, que utilizará da *metodologia Delphi com especialistas* para validar os indicadores do modelo de avaliação proposto e para a análise comparativa do desempenho será utilizada a *metodologia abordada por Brizola et al. (2011)* com o objetivo de desenvolver um modelo para Análise de desempenho específico para o Hospital Universitário Onofre Lopes, e com base nele comparar a evolução das perspectivas de desempenho organizacional nos últimos quatro anos necessitando portanto, ter acesso aos dados a serem colhidos nos setores: financeiro, infecção hospitalar, engenharia, contabilidade, gerência de ensino e pesquisa, gerência de atenção à saúde, administrativo e coordenação dos cursos de graduação em saúde do Hospital HUOL. Ao mesmo tempo, pedimos autorização para que o nome deste hospital possa constar no relatório final bem como em futuras publicações na forma de artigo científico.

Ressaltamos que os dados coletados serão mantidos em absoluto sigilo de acordo com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS) 466/12 que trata da Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Salientamos ainda que tais dados serão utilizados tão somente para realização deste estudo.

Prof. Dr. Irami Araújo Filho  
Gerência de Ensino e Pesquisa / HUOL / EBSEPH  
SIAPE 3328273

Missão do HUOL: "Promover de forma integrada o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência no âmbito das ciências da saúde e humanas, com qualidade, ética e sustentabilidade"

Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis - Gerência de Ensino e Pesquisa - Prédio Administrativo - 3º andar  
CEP 59072-300 Natal/RN - Fone: (84) 3342-5027 - E

**HUOL**  
Hospital Universitário  
Onofre Lopes

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA

**EBSERH**  
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Diretoria, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Natal, 26 de janeiro de 2016.

**Prof. Dr. Hélio Roberto Héris**  
Orientador do Projeto

Concordamos com a solicitação

Não concordamos com a solicitação

**Prof. Dr. Irami Araujo Filho**

Gerente de Ensino e Pesquisa -  
HUOL/EBSERH

Prof. Dr. Irami Araujo Filho  
Gerente de Ensino e Pesquisa / HUOL / EBSERH  
Mat. SIAPE 3328273

Missão do HUOL: Promover de forma integrada o ensino, a pesquisa, a extensão e a assistência no âmbito das ciências da saúde e correlatas, com qualidade, ética e sustentabilidade.

Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis - Gerência de Ensino e Pesquisa - Prédio Administrativo - 3º andar  
CEP 59.012-300 Natal/RN - Fone: (84) 3342-5027 - E

## ANEXO B – TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO DE DOCUMENTOS



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA



### TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL PARA USO DE DOCUMENTOS

**Ilmo. Prof. Dr. Irami Araújo Filho**  
**Gerente de Ensino e Pesquisa do HUOL/EBSEERH.**

O Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção - PEP da Universidade Federal do Rio Grande do Norte realizará uma pesquisa sob a orientação do Prof. Dr. Hélio Roberto Hékis intitulada Avaliação de desempenho: um estudo aplicado em um hospital universitário do RN conveniado à EBSEERH. Para conduzir esta pesquisa, será aplicado o método Delphi com especialistas para validar os indicadores do modelo de avaliação proposto. Para a análise comparativa do desempenho será utilizada a metodologia abordada por Brizola et al. (2011), na qual pretende-se elaborar uma Matriz de Índices de Desempenho.

Assim sendo, solicitamos de V.S<sup>a</sup>. a valiosa colaboração, no sentido de autorizar o acesso e utilização de documentos institucionais para coleta de dados relacionados a estatísticas de produtividade e assistência do Hospital Universitário Onofre Lopes pela orientanda de mestrado Júlia Lorena Marques Gurgel.

Salientamos que os dados coletados serão mantidos em sigilo e utilizados tão somente para realização deste estudo. Serão tomadas as devidas precauções para que não haja danos aos documentos; ou seja, os pesquisadores se comprometem manusear os documentos em ambiente reservado e destinado para isso e não retirá-los do local de origem, não fotografar ou fazer cópia de qualquer natureza. Mesmo com os cuidados tomados pelos pesquisadores com os donos dos documentos cedidos, caso ocorra danos proveniente da pesquisa, os mesmos serão devidamente indenizados pelos pesquisadores.

O estudo irá contribuir para a compreensão da análise histórica da performance de desempenho em anos, alinhamento estratégico com as diretrizes da EBSEERH, para a identificação dos impactos ocorridos após a adesão da EBSEERH, e de forma a apontar formas de Integração das gerências e direção geral para atingir as metas.



EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES  
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA



Os dados serão guardados em local seguro na UFRN, sob a responsabilidade do Coordenador da pesquisa e a divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários.

A pesquisa não acarretará despesas nem para esta Instituição - Hospital Universitário Onofre Lopes/UFRN, nem para os sujeitos de pesquisa. No entanto, se surgir alguma despesa não prevista, referente à participação do HUOL ou dos sujeitos, nos comprometemos ressarcir tais despesas, mediante solicitação. Dúvidas a respeito da ética dessa pesquisa poderão ser questionadas ao Comitê de Ética em Pesquisa do HUOL, localizado na Av. Nilo Peçanha, 620, Petrópolis. Telefone/Fax (84) 3342-5003.

Declaro ainda estar ciente que na inobservância do compromisso ora assumido estarei infringindo as normas e diretrizes propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde - CNS, que regulamenta as pesquisas envolvendo o ser humano.

Contando com a compreensão desta Direção, agradecemos antecipadamente.

Prof. Hélio Roberto Hékis  
Coordenador da Pesquisa

Concordamos com a solicitação ( ) Não concordamos com a solicitação

Prof. Dr. Irami Araújo Filho  
Gerente de Ensino e Pesquisa-HUOL/

Prof. Dr. Irami Araújo Filho  
Gerente de Ensino e Pesquisa  
GEP / HUOL / EBSERH  
R. São João, 337/9773

## APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO PARA SELEÇÃO E PROPOSIÇÃO DE INDICADORES

### INSTRUÇÃO

1. Trata-se da realização de uma pesquisa com objetivo de desenvolver um modelo para avaliação de desempenho de hospitais universitários federais conveniados à EBSEH, no caso os HUs da UFRN ;
2. Com isso, pretende-se validar as variáveis importantes para o estudo. Conforme sua opinião, solicitamos sua colaboração no sentido de assinalar com “x” o grau de importância para cada um dos indicadores a seguir. Assim, serão selecionados para a coleta dos dados os indicadores mais relevantes dos especialistas.

Perfil do Entrevistado: (Breve Resumo da Experiência Profissional)

Indicadores	Descrição	Escala de Importância				
		Não se Aplica	Nada Importante	Pouco Importante	Importante	Muito Importante
1.	<b>Perspectiva Ensino e Pesquisa</b>					
1.1	Nº de Alunos do Centro de Ciências da Saúde/Ano Indica o número de alunos de graduação em cursos da área da saúde. - Indicadores Secundários: Nº de alunos por curso					
1.2	Nº de Internos de Medicina/Ano Indica o número de internos em atividade no hospital no período					
1.3	Nº de Programas de Residência Médica/Ano Indica o número de programas de Residência Médica					
1.4	Nº de Residentes em Medicina/Ano Indica o número de residente dos programas de Medicina. Indicadores secundários - Nº de médicos por especialidade e R1 a Rn					
1.5	Nº de Outros Programas de Residência/Ano Indica o número de outros programas de Residência na área da saúde					
1.6	Nº de Residentes de Outros Programas/Ano Indica o número de residentes de outros programas de Residência na área da saúde					
1.7	Nº de Alunos de Pós-Graduação/Ano, exceto Residência Indica o número de alunos de pós-graduação, exceto residência					
1.8	Quant. de Dissertações produzidas/Ano Indica a quantidade de Dissertações de mestrado defendidas no período					

1.9	Quant. de Teses produzidas/Ano	Indica a quantidade de Teses de Doutorado defendidas no período					
1.10	Nº de Artigos publicados em Congresso/Ano	Indica o número de Artigos publicados em periodicos no período					
1.11	Nº de Patentes Depositadas/Ano	Indica o número de Patentes depositadas no período					
1.12	Nº de Registro de Software/Ano	Indica o número de registro de software no período					
1.13	Nº de Ações de Extensão realizadas no HU/ Ano	Indica o número de ações de Extensão submetidas à PROEX, realizadas no HU					
1.14	Nº de Pessoas Beneficiadas pelas Ações de Extensão/Ano	Indica o número de pessoas beneficiadas com os projetos de extensão realizados no HU					
1.15	Nº de Projetos Avaliados pelo CEP/Ano	Indica o número de Projetos submetidos e avaliados pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HU					
1.16	Nº de Projetos Aprovados pelo CEP/Ano	Indica o número de projetos aprovados pelo CEP do HU					
1.18	Nº de Alunos estagiários de Outras IES/Ano	Indica o número de alunos que realizaram estágio supervisionado no HU durante o período					
1.19	Nº de egressos do curso de Medicina/Ano	Indica o número de alunos egressos do curso de Medicina					
1.20	Nº de alunos de curso de aperfeiçoamento - Programa Mais Médicos	Indica o número de Médicos que participam de curso de aperfeiçoamento do Programa Mais Médicos no HU					
2.	<b>Perspectiva Instalações e Estrutura</b>						
2.1	Nº de Leitos Instalados/Ano	Indica o número de leitos instalados					
2.2	Nº de Leitos em funcionamento/Ano	Indica o número de leitos ativos					
2.3	Taxa de Ocupação dos leitos/Ano	Indica a Quant. De pacientes-dia no ano sobre Número de Leitos-dia no ano					
2.4	Nº de Consultórios/Ano	Indica o total de consultórios médicos ativos para atendimento ambulatorial					
2.5	Nº de salas de Cirurgia Instaladas/Ano	Indica o total de consultórios médicos ativos para atendimento cirúrgicos					

2.6	Nº de salas de Cirurgia em funcionamento/Ano	Indica o total de salas disponíveis para procedimentos cirúrgicos					
2.7	% Leitos de UTI sobre Leitos hospitalar/Ano	Indica o % de leitos de UTI sobre o número de leitos Operacionais					
2.8	Nº Total de Equipamentos cadastráveis no Conselho Nacional de Educação/Ano	Indica o total de equipamentos cadastráveis no CNE, de acordo com as normas do Ministério da Saúde, existentes no Hospital					
2.9	% de Equipamentos em funcionamento/Ano	Indica o % de equipamento em funcionamento sobre o total de equipamentos do HU					
2.10	Investimento em Tecnologia – Recursos Gastos/Ano	Indica o quanto se gastou em reais para a compra de equipamentos					
3.	<b>Recursos Humanos</b>						
3.1	Nº de Docentes/Preceptores - Ano	Indica o Número de Docentes do Centro de Ciências da Saúde do Hospital					
3.2	Nº de Servidores Técnicos-Administrativos/Ano	Indica o número de vagas ocupadas do quadro de pessoal, em dezembro de cada ano					
3.3	Total de horas de Capacitação em Serviço/Ano	Indica a Somatória de horas de treinamento em serviço de todos os servidores do quadro de pessoal do hospital					
3.4	Nº de participantes/Ano	Indica o número de participantes					
4.	<b>Perspectiva Financeira</b>						
4.1	Receita Ingressada/Ano	Indica o valor da Receita ingressada acumulada no ano, atualizada monetariamente para Dez/2015					
4.2	Receita SUS ingressada/Ano	Indica o valor da Receita SUS ingressada acumulada no ano, atualizada monetariamente para Dez/2015					
4.3	Valor Médio por AIH - Internação hospitalar SUS	Indica o valor anual do faturamento hospitalar dividido pelo quantitativo de AHIs aprovadas					
4.4	Valor Médio por Procedimento Ambulatorial	Indica o somatório do faturamento ambulatorial (BPA, BPI e APAC) dividido pelo quantitativo de procedimentos aprovados					

4.5	Viabilidade Financeira	Representa (receitas totais do hospital no ano/custos totais + despesas totais do hospital no ano)					
4.6	Eficiência Operacional	Representa (receitas totais do hospital no ano/Despesas Operacionais totais do hospital no ano)					
4.7	Liquidez Financeira	Representa (Dinheiro em caixa no fim do ano+títulos negociáveis no fim do ano)/(endividamento do hospital no fechamento do ano)					
4.8	Despesa de Capital	(Despesas com equipamentos no ano/ Despesas totais do hospital no ano)					
4.9	Custo Médio Paciente/dia internado	Indica o custo médio por dia de internação (R\$ atual dez/2015)					
4.10	Custo Médio do Atendimento Ambulatorial	Indica o custo médio por atendimento realizado nos ambulatórios do hospital incluso procedimentos complementares (R\$ dez/2015)					
4.11	Custo Médio do Atendimento P. Socorro	Indica o custo médio por atendimento realizado nos pronto socorro, incluso procedimentos complementares (R\$ dez/2015)					
5.	<b>Perspectiva Qualidade</b>						
5.1	Nº de Anos em média de experiência prática do corpo médico	Indica a Experiência da Equipe Médica					
5.2	Nº de Professores com Doutorado	Indica o número de professores com titulação de Doutorado					
5.3	Nº de Professores com Mestrado	Indica o número de professores com a titulação de Mestrado					
5.4	Nº de Professores Especialistas	Número de professores com a titulação de especialista/residência Médica					
5.5	Nº de Professores Graduados	Indica o número de professores com a titulação de Graduação					
5.6	Nº de Acreditações emitidas por entidades externas	Indica o número de acreditações emitidas por entidades externas que o hospital tem					
5.7	% de Ótimo/Bom pesquisa de Satisfação do Usuário	Indica a Somatória de percentuais de ótimo e bom em pesquisa de satisfação do usuário realizada no hospital					
5.8	Taxa de Mortalidade Geral	Indica o % de todos os óbitos do período sobre o total de saídas (óbitos x 100/saídas (altas e óbitos))					

5.9	Taxa de Mortalidade Infantil	Óbitos maternos x 100/partos (normais e cesáreas)					
5.10	Taxa de Mortalidade Pós-Operatória	Óbitos no Pós-Operatórios x 100/nº de cirurgias realizadas no período					
5.11	Taxa de Infecção Hospitalar	Indica o % de infecções sobre o número de saídas					
5.12	Taxa de necropsia	Indica o % de necropsias sobre o total de óbitos, excluso IML, do período (nºnecropsia x 100/(total de óbitos-casos IML)					
5.13	Taxa de cesáreas	Indica o % de cesáreas sobre o total de partos normais					
5.14	Nº de habilitações em Alta Complexidade	Indica o nº de áreas em que o hospital esta habilitado no SUS para assistência de alta complexidade					
5.15	Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central(CVC)	<b>(Nº de casos novos de IPCSL no período/Nº de CVCs-dias no período)x 1000 - Hospitais contratualizados devem monitorar esse indicador!</b>					
6.	<b>Perspectiva Produção</b>						
6.1	Nº de Internações/Ano	Indica o total de AIH apresentadas e aprovadas segundo a tabela do SUS					
6.2	Nº de Internações de Alta Complexidade/Ano	Indica o total de AIH Alta complexidadeapresentadas e aprovadas segundo a tabela do SUS					
6.3	Nº de Procedimentos Ambulatoriais/Ano	Indica o total de procediemntos ambulatoriais realizados segundo o SUS					
6.4	Média - Paciente/dia	Indica o número médio diário de pacientes internados no hospital					
6.5	Nº total de Consultas Realizadas/Ano	Indica o número de consultas médicas realizadas no período					
6.6	Nº de atendimentos Ambulatoriais/Ano	Indica o número total de atendimentos realizados nos ambulatórios do hospital					
6.7	Nº de atendimentos de Urgência e Emergência/Ano	Indica o número total de Atendimentos de Urgência e Emergência realizados no período					
6.8	Nº de Cirurgias/Ano	Indica o número de procedimentos realizados nas salas de cirurgias no periodo					
6.9	Nº de Exames/Ano	Indica a somatória dos exames classificados como de análises clínicas, patologia e radiologia					

6.10	Nº de Abordagem para Doação de Órgãos/Ano	Indica o número de abordagem para doação de órgãos e tecidos realizados no período					
7.	<b>Perspectiva Produtividade</b>						
7.1	Taxa de Ocupação hospitalar - Leitos ocupados/operacionais Ano	Indica o % de leitos ocupados sobre o total de leitos disponíveis/operacionais no período					
7.2	Taxa de ocupação UTI adulto	Indica o % de leitos de UTI adulto ocupado sobre o total de leitos de UTI adulto disponível no período					
7.3	Taxa de Ocupação UTI Neonatal	Indica o % de leitos de UTI Ped. Ocupado sobre o total de leitos de UTI Ped disponível					
7.4	Índice de Renovação ou Giro de Rotatividade	Indica o número de saídas por leitos operacionais					
7.5	Índice de intervalo de Substituição	Indica o tempo que um leito fica desocupado entre uma internação e outra					
7.6	Consulta/Consultório/Dia	Indica o número médio diário de consulta por consultório disponível					
7.7	Cirurgia/sala/dia	Indica a relação número de procedimentos cirúrgicos realizados por sala de cirurgia disponível no período					
7.8	Residente/leito de hospital/período	Indica a relação número de residentes por leito operacional no período					
7.9	Capacidade de Atendimento - Nº de Médicos/Quantidade Total de Leitos	Indica o número de médicos por leito operacional					
7.10	Servidor /leito /período	Indica a relação número de funcionários por leito disponível					
7.11	Servidor da equipe de enfermagem /leito operacional	Indica a relação número de servidores da equipe de enfermagem por leito operacional no período					
7.12	Taxa de Doação de Órgãos/Nº de abordagem	Indica a % de doação de órgão sobre o número de abordagens					
7.13	Média de Permanência	Indica o tempo médio de permanência (paciente dias/total de saídas)					

7.14	Tempo Médio de permanência para leitos Cirúrgicos	<b>(Somatório n° de paciente-dia no período/ n° de saídas no período) Hospitais contratualizados devem monitorar esse indicador!</b>					
------	---	--	--	--	--	--	--

**Observações e Sugestão de Outros Indicadores:**