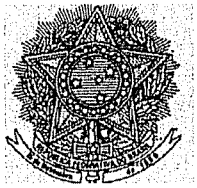


Universidade Federal de Minas Gerais

Faculdade de Ciências Econômicas

Departamento de Ciências Administrativas

Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

Júnia Marçal Rodrigues

Gestão de Recursos Humanos e Desempenho Hospitalar na Perspectiva da Eficiência – Um Estudo em Hospitais Brasileiros de Pequeno Porte

Belo Horizonte, 2016

Júnia Marçal Rodrigues

Gestão de Recursos Humanos e Desempenho Hospitalar na Perspectiva da Eficiência – Um Estudo em Hospitais Brasileiros de Pequeno Porte

Tese apresentada ao Curso de Doutorado em Administração do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração - CEPEAD da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito final para a obtenção do título de Doutor em Administração.
Orientador: Prof. Dr. Henrique Oswaldo da Gama Torres
Co-Orientador: Prof. Dr Allan Claudius Queiroz Barbosa

Belo Horizonte, 2016

Ficha Catalográfica

Rodrigues, Júnia Marçal.
R696g Gestão de recursos humanos e desempenho hospitalar na
2016 perspectiva da eficiência [manuscrito] : um estudo em hospitais brasileiros de pequeno porte / Júnia Marçal Rodrigues. – 2016.
224 f.: il., tabs.

Orientador: Henrique Oswaldo da Gama Torres
Coorientador: Allan Claudius Queiroz Barbosa.
Tese (doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Centro de Pós-graduação e Pesquisa em Administração.
Inclui bibliografia (f. 141-149) e anexos.

1. Recursos humanos – teses. 2. Hospitais – Administração de pessoal – Teses. 3. Pessoal da área médica – Teses. I. Torres, Henrique Oswaldo da Gama. II. Barbosa, Allan Claudius Queiroz. III. Universidade Federal de Minas Gerais. Centro de Pós-graduação e Pesquisas em Administração. IV. Título.

CDD: 658.3

Elaborada pela Biblioteca da FACE/UFMG – NMM031/2016

Universidade Federal de Minas Gerais
Faculdade de Ciências Econômicas
Departamento de Ciências Administrativas
Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração

ATA DA DEFESA DE TESE DE DOUTORADO EM ADMINISTRAÇÃO da Senhora **JÚNIA MARÇAL RODRIGUES**, REGISTRO Nº 158/2016. No dia 23 de fevereiro de 2016, às 09:00 horas, reuniu-se na Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais - UFMG, a Comissão Examinadora de Tese, indicada pelo Colegiado do Centro de Pós-Graduação e Pesquisas em Administração do CEPEAD, em 27 de janeiro de 2016, para julgar o trabalho final intitulado "**Gestão de Recursos Humanos e Desempenho Hospitalar na Perspectiva da Eficiência - Um Estudo em Hospitais Brasileiros de Pequeno Porte**", requisito para a obtenção do **Grau de Doutor em Administração**, linha de pesquisa: **Gestão de Pessoas e Comportamento Organizacional**. Abrindo a sessão, o Senhor Presidente da Comissão, Prof. Dr. Henrique Oswaldo da Gama Torres, após dar conhecimento aos presentes o teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

(X) APROVAÇÃO;

( ) APROVAÇÃO CONDICIONADA A SATISFAÇÃO DAS EXIGÊNCIAS CONSTANTES NO VERSO DESTA FOLHA, NO PRAZO FIXADO PELA BANCA EXAMINADORA (NÃO SUPERIOR A 90 NOVENTA DIAS);

( ) REPROVAÇÃO.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pelo Senhor Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, o Senhor Presidente encerrou a reunião e lavrou a presente ATA, que será assinada por todos os membros participantes da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 23 de fevereiro de 2016.

NOMES - ASSINATURAS

Prof. Dr. Henrique Oswaldo da Gama Torres .....
ORIENTADOR (Faculdade de Medicina/UFMG)

Profª. Drª. Alzira de Oliveira Jorge .....
(Faculdade de Medicina/UFMG)

Profª. Drª. Maria Aparecida Turci .....
(SES-MG)

Prof. Dr. Olímpio José Nogueira Viana Bittar .....
(Faculdade de Saúde Pública/USP)

Prof. Dr. Ricardo Castanheira Pimenta Figueiredo.....
(Faculdade de Medicina/ UFMG)

André, meu filho,
minha obra-prima.

Agradecimentos

Registrar agradecimentos, nessa etapa de formação pessoal e profissional, é reconhecer que muitas pessoas contribuíram direta e indiretamente para esse percurso cheio de realizações, alegrias, desafios, indefinições, angústias, mas, sobretudo alimentaram o desejo que move essa busca contínua pelo aprendizado. E por isso quero dedicar esse trabalho às pessoas com as quais aprendi muito além das fronteiras acadêmicas. Assim dedico essa tese:

Ao Prof. Henrique Oswaldo Gama Torres por toda dedicação ao estudo, e, principalmente por aceitar o convite para orientação da tese mesmo com todas as ressalvas. Obrigada pela confiança! Conviver com sua serenidade foi fundamental para apaziguar os momentos mais difíceis (que não foram poucos).

Ao Thiago Augusto Rocha Hernandes que, com sua inesgotável dedicação ao trabalho acadêmico disponibilizou seu escasso tempo e muita paciência na construção do percurso metodológico e seus desdobramentos. Fica aqui minha gratidão!

Ao Prof. Ricardo Castanheira Pimenta Figueiredo por toda confiança no meu trabalho a frente da gestão de RH do Hospital Risoleta Tolentino Neves. Obrigada pelo seu acolhimento incondicional e pela aprendizagem inesquecível de que a proximidade do RH com a gestão institucional é de fato efetiva quando temos uma relação de lealdade recíproca.

Aos queridos amigos do Hospital Risoleta Tolentino Neves, em especial Marcela, Camila, Hudson, Nadja, Isabella e Leonor, por toda nossa convivência e trabalho conjunto que reafirmaram que a gestão de RH de fato contribui para o desempenho hospitalar. Essa experiência foi grande motivadora para o desenvolvimento da tese.

À Juliana Barbosa e Oliveira e equipe atual da Unimed BH pela oportunidade de vivenciar novamente os desafios da gestão de pessoas e a contribuição para os resultados organizacionais. No último ano nossas reflexões diárias também inspiraram o

desenvolvimento deste trabalho. E, Ju, você em especial, pelo seu exemplo como gestora de pessoas que me inspira cotidianamente a superar minhas limitações nesse ofício!

Ao Allan pela cumplicidade, carinho e apoio incondicional nas diferentes fases que vivemos juntos nos últimos anos. E, especialmente, pelo seu exemplo de dedicação à profissão que me inspira ao contínuo desenvolvimento pessoal e profissional.

À minha mãe, pelo exemplo cotidiano de dedicação aos filhos, que me inspira que essa é a "tese" mais nobre que temos na vida. Especialmente no último ano por cuidar com tanto amor do André. Sem esse suporte não teria chegado até aqui.

Aos meus irmãos, pela admiração recíproca que temos e pelo respeito à minha trajetória. Especialmente, Patrícia e Rúbia por cuidarem do André em finais de semana, feriados e afins quando a minha dedicação para a tese era inevitável.

Resumo

O principal objetivo da tese foi verificar em que medida a Gestão de Recursos Humanos (GRH) contribui para o desempenho de hospitais, de pequeno porte em âmbito nacional, na perspectiva da eficiência. A revisão de literatura tratou da inserção da eficiência como uma das possibilidades de avaliar o desempenho hospitalar. E também das prerrogativas para mensurar a contribuição de Recursos Humanos (RH) em organizações industriais e de saúde. Quanto ao percurso metodológico, aplicou-se a técnica da Análise Envoltória de Dados (DEA) numa amostra de 702 hospitais, a partir de base de dados secundários oriunda de levantamento censitário com 2777 hospitais de pequeno porte no Brasil. A hipótese central do estudo, de que a GRH contribui para a eficiência de hospitais, foi confirmada pelos resultados na medida em que essa foi a variável com maior necessidade de incremento para a melhoria da eficiência dos hospitais de pequeno porte. Além disso, outras variáveis também mostraram-se relevantes no contexto da eficiência hospitalar, bem como a influência das particularidades quanto ao porte (número de leitos), natureza jurídica das instituições e distribuição regional.

Palavras-Chave: desempenho hospitalar, gestão de recursos humanos, eficiência, saúde.

Abstract

The main aim of the thesis was to investigate to what extent the Human Resource Management contributes to the performance of hospitals, small size in Brazil, from the perspective of efficiency. The literature review addressed efficiency insertion as one of the possibilities to evaluate hospital performance. And also the prerogatives to measure the HR contribution in industrial and health organizations. For methodological course, it was applied the technique of Data Envelopment Analysis (DEA) in a sample of 702 hospitals from secondary database derived from census survey of 2777 small hospitals in Brazil. The central hypothesis, that the HRM contributes to the efficiency of hospitals, was confirmed by the results since was the variable with the greatest need to increase for the improvement of small hospitals efficiency. In addition, other variables also proved to be relevant in the context of hospital efficiency as well as the influence of peculiarities relating to the size (number of beds), legal normalization and regional distribution.

Key Words: hospital performance, human resource management, efficiency and health.

Lista de Figuras

Esquema 1- Eixo teórico e suas dimensões 20
Esquema 2 - Panorama para avaliação dos serviços de saúde 26

Lista de Quadros

Quadro 1 - Evolução dos estudos sobre desempenho e sua aplicação em organizações tipicamente industriais 22
Quadro 2 - PATH: dimensões e subdimensões do desempenho hospitalar 28
Quadro 3 - Indicadores de desempenho hospitalar do sistema inglês de saúde 30
Quadro 4 - Comparação entre metodologias principais para estudo da eficiência hospitalar ..36
Quadro 5 - Variáveis de *input* e *output* da aplicação da metodologia DEA em diferentes países 37
Quadro 6 - Síntese variáveis utilizadas em estudos nacionais que aplicam DEA para avaliar eficiência hospitalar 39
Quadro 7 - Recomendações para melhoria da eficiência em hospitais 40
Quadro 8 – Síntese dos principais desafios e perspectivas da gestão de pessoas em hospitais 47
Quadro 9 - Classificação das teorias sobre GRH 50
Quadro 10 - Estudos sobre GRH e performance organizacional 55
Quadro 11- Estudos sobre GRH e performance organizacional no setor da saúde 59
Quadro 12- Categorias e variáveis da dimensão estrutura 81
Quadro 13 - Categorias e variáveis da dimensão processo 82
Quadro 14 - Dimensões e categorias para avaliar a eficiência dos hospitais de pequeno porte 83
Quadro 15 - Síntese Metodológica 84
Quadro 16- Síntese da caracterização geral de todos os hospitais 112
Quadro 17 - Melhoria necessária para eficiência dos hospitais por dimensão e categorias ...116
Quadro 18 - Variáveis para melhoria da eficiência de acordo com o número de leitos 123
Quadro 19 - Hospitais ineficientes por região, número de leitos, natureza jurídica e variáveis para melhoria da eficiência 130

Lista de Siglas

AIH – Autorização d Internação Hospitalar

BSC – *Balanced Score Card*

CIT - Comissão Intergestores Tripartite

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

DEA- Data Envelopment Analysis

DMU- *Decision Making Unit*

GRH – Gestão de Recursos Humanos

HPP – Hospital de Pequeno Porte

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS- Ministério da Saúde

NHS – *National Health Service*

OPAS – Organização PanAmericana de Saúde

PATH – *Performance Assessment Tool for Quality*

RH – Recursos Humanos

SIA – Sistema de Informação Ambulatorial

SIH – Sistema de Informações Hospitalares

SUS – Sistema Único de Saúde

WHO – *World Health Organization*

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Universo dos hospitais de pequeno porte por região e estado 70

Tabela 2 - Universo dos hospitais de pequeno porte por número de leitos 71

Tabela 3 - Amostra dos Hospitais de pequeno porte 72

Tabela 4 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para as categorias da dimensão de estrutura 87

Tabela 5 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para as categorias da dimensão de processo 88

Tabela 6 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para as categorias da dimensão de resultados 88

Tabela 7 - Hospitais por região e estado 90

Tabela 8 - Hospitais por região, estado e número de leitos 91

Tabela 9 - Hospitais por região, estado e natureza jurídica 92

Tabela 10 - Hospitais eficientes e ineficientes por número de leitos, região e estado 94

Tabela 11 - Distribuição dos hospitais eficientes e ineficientes por natureza jurídica, região e estado 96

Tabela 12 - Média dos *inputs* da dimensão de estrutura por região 98

Tabela 13 - Média dos *inputs* da dimensão de processo por região 99

Tabela 14 - Média dos *inputs* da dimensão de resultados por região 99

Tabela 15 - Média de melhoria dos *inputs* e *outputs* necessária para hospitais ineficientes atingirem fronteira de eficiência, por região e estado(N=373) 101

Tabela 16 - Média de melhoria dos *inputs* necessária para hospitais ineficientes atingirem fronteira de eficiência, por número de leitos (N=373) 104

Tabela 17 - Média de melhoria dos *inputs* e *outputs* necessária para hospitais ineficientes atingirem fronteira de eficiência, por região e número de leitos(N=373) 106

Tabela 18 - Média de melhoria dos *inputs* necessária para hospitais ineficientes atingirem fronteira de eficiência, por natureza jurídica (N=373).....108

Tabela 19 - Média de melhoria dos *inputs* necessária para hospitais ineficientes atingirem fronteira de eficiência, por região e natureza jurídica (N=373).....109

Sumário

1. APRESENTAÇÃO 14
2. REFERENCIAL TEÓRICO 20
2.1 A TEMÁTICA DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL 21
2.1.1 A perspectiva tradicional 21
2.1.2 Avaliação na perspectiva do setor saúde 24
2.2 DESEMPENHO HOSPITALAR SOB A ABORDAGEM DA EFICIÊNCIA 32
2.3 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS 43
2.4 MENSURAÇÃO DE RESULTADOS DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS 50
2.4.1 O que diz a literatura tradicional de RH 50
2.4.2 O que diz a literatura com foco no setor da saúde 57
2.5 DESEMPENHO HOSPITALAR E GRH 61
3. METODOLOGIA 66
3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO 67
3.1.1 Universo da pesquisa e amostra 68
3.1.2 Coleta e análise dos dados 73
3.2 MODELO DE EFICIÊNCIA APLICADO 78
4. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS 85
4.1 PERFIL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO BRASIL 86
4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS 89
4.3 RESULTADOS DO MODELO DE EFICIÊNCIA 92
4.4 EFICIÊNCIA E SUAS DIFERENTES DIMENSÕES 100
5. ANÁLISE DOS RESULTADOS 111
5.1 PERFIL DOS HOSPITAIS E CARACTERIZAÇÃO GERAL 111
5.2 EFICIÊNCIA E SUAS DIFERENTES DIMENSÕES 115
5.2.1 Pela perspectiva das dimensões e categorias 116
5.2.2 Pela perspectiva das regiões e estados 130
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS 135
7. REFERÊNCIAS 141
8. ANEXO I – Instrumento da coleta de dados in loco (censo) 150
9. APÊNDICE I 203

1. APRESENTAÇÃO

A gestão de recursos humanos[1] (GRH) em organizações ainda possui o grande desafio de avaliar sua vinculação aos resultados organizacionais. Para as instituições de saúde, em especial os hospitais, as múltiplas variáveis que estão associadas ao seu resultado evidenciam a complexidade na busca de caracterizar a contribuição de qualquer uma em específico. O eixo central da tese trata da associação entre essas duas temáticas, a saber: resultados da GRH e desempenho hospitalar na perspectiva da eficiência.

De um lado essa questão suscita a ideia da busca pela mensuração da gestão de recursos humanos como tema recorrente na literatura especializada, frequentemente associada à perspectiva estratégica num contexto de resultados multideterminados por fatores diversos com intensidade diferenciada, conforme a realidade de cada organização. De outro, a relevância do equipamento hospitalar, entre os serviços de saúde, pode ser caracterizada pelo uso intensivo da força de trabalho, tipo de assistência prestada, nível de complexidade dos procedimentos realizados, localização, porte (capacidade instalada), integração com a rede de atenção à saúde, além do considerável volume de recursos financeiros.

Nesse contexto, os hospitais são caracterizados como organizações sociais bastante complexas (GLOUBERMAN, 2001), em função da necessária articulação entre a dimensão assistencial e a dimensão da gestão, cada uma com demandas bem definidas e convergentes quantos aos fins, embora nem sempre alinhadas quanto à aplicação dos meios para cumprir os objetivos, com significativas lacunas que acabam por fragilizar ambas. Soma-se a isso a tecnologia e todos os insumos presentes na rotina de um hospital, o extenso aparato jurídico e normativo que delimita tanto a atuação dos profissionais da saúde (através, por exemplo, dos conselhos de classe e outras instâncias de representação) e a natureza dos procedimentos realizados, bem como a forma de organização e distribuição dos diferentes serviços de saúde que influenciam diretamente na performance das instituições hospitalares.

---

[1] As expressões gestão de recursos humanos e gestão de pessoas são utilizadas com o mesmo sentido em toda extensão do trabalho.

Do ponto de vista clássico, abordado pelos teóricos que estudam as organizações, os hospitais podem ser classificados como organizações profissionais, segundo a tipologia proposta por Mintzberg (1979), as quais se caracterizam essencialmente por dependerem do trabalho especializado das pessoas para funcionar. Essas organizações possuem um caráter muito específico e diferenciado no qual os profissionais controlam não somente seu próprio trabalho, mas também boa parte das decisões administrativas sejam eles mesmos em postos administrativos ou pessoas da sua confiança para tal (DUSSAULT E SOUZA, 1999).

A interface entre performance organizacional e GRH pode ser caracterizada pelo fato de que os resultados assistenciais são alcançados através da competência dos profissionais na aplicação de seu conhecimento, e também disponibilidade de tecnologia e recursos. Tais fatores precisam ser usados eficientemente com o objetivo de minimizar riscos para os pacientes e, sempre que possível, aumentar sua satisfação (ZIGAN, 2007).

Uma questão que se apresenta é a delimitação de quais (ou como) fatores da GRH estão direta e/ou indiretamente associados ao desempenho hospitalar. Essa perspectiva de análise constitui o eixo central para o desenvolvimento da tese e remete a um campo multidisciplinar que demanda a interface entre diversas áreas do conhecimento como relações industriais, psicologia industrial e organizacional, economia, sociologia e outros (HUSELID, 1995; PAAUWE, 2009).

Machado e Kuchenbecker (2007) identificam que há uma vasta gama de estudos que sinalizam o processo de transformação dos hospitais com o intuito de adaptá-los às mudanças e desafios[2] vivenciados pelos sistemas de saúde nos últimos anos. É possível identificar um campo fértil para estudos sobre gestão de recursos humanos que possam lançar luz à melhoria

[2] Neto e Malik (2007) destacam: i) verticalização do processo de atenção à saúde; ii) custos do setor saúde crescem mais que os da economia em geral; iii) importante queda da mortalidade infantil, redução da fecundidade e envelhecimento da população; iv) necessidade de dar respostas diferentes a distintas necessidades; v) modelo assistencial ainda ignora a necessidade de integração de ações e da integralidade dos cuidados; vi) parcela importante dos hospitais brasileiros oferece leitos de baixa capacidade resolutiva; vii) novo perfil de morbidade e mortalidade (redução da mortalidade por moléstias infecto-contagiosas, aumento da mortalidade ocasionada pelas doenças crônico-degenerativas e causas externas, surgimento da "novíssima agenda", representada por enfermidades infecto-contagiosas emergentes); viii) queda da qualidade na formação da força de trabalho; ix) medicina baseada em evidências e avaliação de tecnologia têm sido propostas, mas pouco utilizadas.

da eficiência hospitalar, uma vez que algumas lacunas importantes foram pouco exploradas ou caracterizadas numa visão histórica sobre a gestão de recursos humanos em hospitais.

Nesse sentido, as prerrogativas e modalidades para avaliação das organizações de saúde constituem o pano de fundo para o estudo em tela com destaque para o desempenho hospitalar que é não somente uma preocupação diária dos gestores como também uma agenda constante de pesquisa que busca elucidar como promover melhoria de eficiência desses equipamentos de saúde dada a relevância que possuem para o sistema como um todo.

O desenvolvimento da pesquisa teve como referência a seguinte indagação: **"É possível demonstrar o impacto da GRH para o desempenho hospitalar avaliado por meio da sua eficiência?"**

O avanço nesse campo do conhecimento está alinhado a uma demanda crescente também no campo da saúde, que trata da geração de evidências para subsidiar o processo de tomada de decisão (tanto na esfera clínica como na gestão) pela natureza empírica que o próprio problema de pesquisa apresenta. E tal arranjo requer uma aproximação entre gestão[3] e saúde[4] uma vez que "administração e saúde são termos vistos como desvinculados. De fato fala-se e se escreve há anos, internacionalmente, que a área da saúde é aquela onde as inovações na gestão mais tardam a chegar[5]."

O principal desafio identificado para o percurso metodológico está no reconhecimento que o desenho das pesquisas sobre desempenho hospitalar e GRH está longe do ideal pela reduzida disponibilidade dos dados ou por lacunas impeditivas como financiamento e tempo.

---

[3]O número de artigos dirigidos aos profissionais de saúde tem sido bastante reduzido, exceto quando há edições especiais (Revista de Administração de Empresas - RAE, Revista de Administração de Pública - RAP, Revista de Administração Contemporânea - RAC, Brazilian Administration Review – BAR)

[4]As revistas da área de saúde coletiva, como a Revista de Saúde Pública e a Revista Ciência e Saúde Coletiva, da mesma forma que revistas específicas de algumas áreas profissionais, como enfermagem, estão de modo crescente publicando trabalhos sobre Administração e, aos poucos, incorporando temas como *managedcare* e atenção baseada em evidências.

[5]MISOCZKY, M. C.; NETO, G.V.; JUNQUEIRA, L.P.; MALIK, A.M. Apresentação Fórum. Revista administração de empresas, vol.49, no.4, São Paulo out./dez. 2009.

As fragilidades existentes estão diretamente vinculadas às limitações inevitáveis do próprio objeto de estudo e também do recurso monetário disponível em pequena escala típico das ciências sociais[6] (PAAUWE, 2009).Na tentativa de contribuir para essa aproximação a escolha quanto ao tipo de hospital a ser estudado deve manter coerência com as já conhecidas limitações de estudos empíricos dessa natureza.

Em tal contexto destaca-se a contribuição do livro "Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca da excelência", publicado pelo Banco Mundial[7], que teve como objetivo reunir as lições obtidas das instituições de alto desempenho e evidencia que a maioria dos hospitais do Brasil encontra-se abaixo dos padrões mínimos aceitáveis de eficiência. A ausência de informações consistentes e abrangentes sobre qualidade, eficiência e custos dos serviços hospitalares é considerada uma das principais razões da ineficiência hospitalar. Quando os dados estão disponíveis, com frequência não são confiáveis ou não podem ser comparados, em função de diferenças na definição e na medição das variáveis.

Por outro lado, as bases de dados secundárias maximizam a incerteza quanto à qualidade de seu conteúdo, mesmo aquelas que fornecem as estatísticas oficiais dos órgãos responsáveis pela gestão dos serviços de saúde em âmbito nacional. No Brasil, a produção e a utilização de informações sobre saúde se processam em um contexto muito complexo de relações institucionais, através de variados mecanismos de gestão e financiamento. Estão envolvidas estruturas governamentais nos três níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS); o IBGE, órgão coordenador do sistema brasileiro de geografia e estatística; outros setores da administração pública que produzem dados e informações de interesse para a saúde; instituições de ensino e pesquisa; associações técnico-científicas e as que congregam categorias profissionais ou funcionais; e organizações não-governamentais. A diversidade de atores envolvidos dos órgãos de financiamento e regulação, corrobora com uma prática de indicadores pobres e insuficientes e, em sua maioria, irreais e inválidos (WHO, 2003).

---

[6] Além da forte contaminação dos profissionais que atuam como consultores que promovem um efeito positivo entre GRH e performance como um retrato de seus achados próprios e presente em círculos não acadêmicos (WOOD e WALL, 2005).

[7] LA FORGIA, G. M. e COUTTOLENC, B. F. Desempenho Hospitalar no Brasil: em busca de excelência. São Paulo: Singular, 2009.

Diante desse desafio, o presente estudo foi realizado a partir de dados coletados por Facchini, Barbosa et al (2014) em levantamento nacional censitário[8] por meio de *survey in loco* de todos os HPP brasileiros intitulado "Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Espacialização[9].

Entre as principais prerrogativas que corroboram essa escolha destacam-se: a grande pulverização das unidades hospitalares[10] com concentração de unidades de pequeno porte, o sistema de financiamento[11] das instituições hospitalares, a própria organização do sistema de saúde em rede e especificidades das diferentes categorias profissionais, uma vez que as instituições hospitalares, para muitas profissões, responde por grande parte do mercado de trabalho em saúde (AMS, 2002). Na seção metodológica apresenta-se o detalhamento sobre a amostra em questão.

O **objetivo geral** desta tese foi verificar em que medida as variáveis da GRH contribuem para a eficiência de hospitais de pequeno porte em âmbito nacional. Além disso, procurou também caracterizar os hospitais de pequeno porte quanto ao resultado da análise de eficiência e descrever e analisar as variáveis que contribuem para a eficiência dos hospitais de pequeno porte.

Para alcance de tais objetivos a vinculação da GRH e sua performance em hospitais requer uma sistematização das práticas de RH para que seja possível visualizar os principais elementos que compõe a gestão de pessoas nessas instituições e assim definir o que é

---

[8] A realização de um estudo desta magnitude aconteceu pela ausência de bases de dados capaz de gerar evidências para caracterizar estas instituições em termos de estrutura física, processos de saúde e gerenciais e de processos de trabalho. Este estudo realizado por Fachinni, Barbosa et al (2014) tem sido considerado referência para desenvolvimento de trabalhos em diferentes matizes teóricas e abordagem aplicadas. Com efeito, trata-se de base de dados atualizada e com amplitude superior a 1600 variáveis de análise.

9 FACCHINI, L. BARBOSA, A. C. Q., (coord) Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Espacialização. Belo Horizonte/Pelotas: UFPel e Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG, 2014. (relatório de pesquisa). Estudo teve sua concepção elaborada, no contexto da formulação da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), em 2013, com objetivo de contribuir para o estabelecimento das diretrizes para a reorganização hospitalar na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

[10]De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009) 60% dos hospitais brasileiros têm menos de 50 leitos.

[11]O setor privado responde por 68% do gasto nacional com hospitais e 56% dos gastos do SUS (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

relevante para o estudo. Por outro lado a dimensão da performance organizacional em hospitais é usualmente abordada em estudos no campo da economia da saúde através da aplicação de ferramentas como o *Data Envelopment Analysis* - DEA que buscam a relação ótima entre as variáveis para melhor eficiência.

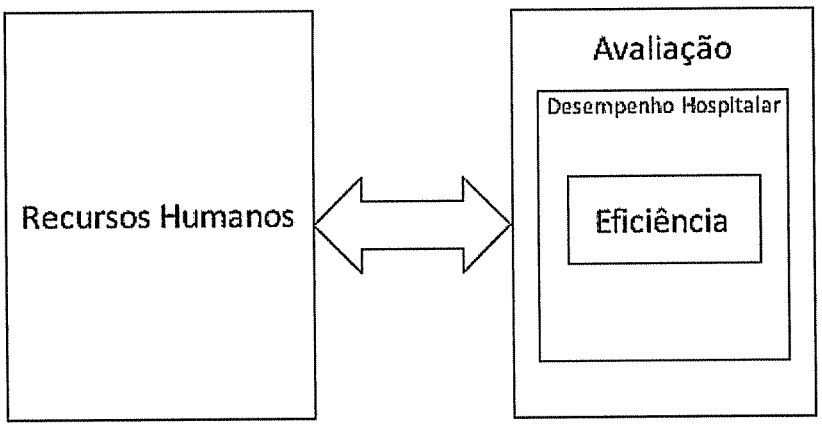
A proposta do estudo explicita um grande desafio pelas diferentes possibilidades de enfoque para o problema de pesquisa em questão. Para equacionar essa complexidade a revisão da literatura apresenta o panorama geral sobre avaliação de serviços de saúde com ênfase nos estudos sobre desempenho hospitalar, sendo a GRH um dos componentes dessa dimensão. O desempenho hospitalar é considerado como equivalente ao termo performance organizacional que é tipicamente abordado na literatura tradicional de RH nos estudos sobre a mensuração de sua contribuição para os resultados.

O percurso metodológico trata das dimensões e variáveis que foram utilizadas para aplicação do modelo de eficiência e a contextualização do universo e amostra dos hospitais de pequeno porte em âmbito nacional. Os resultados e respectiva análise contemplam a caracterização geral dos hospitais estudados e o detalhamento das variáveis que podem contribuir para a melhoria de eficiências dessas instituições. Nas considerações finais são feitas as ponderações sobre a tese em tela inclusive suas limitações e possibilidades para novos estudos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O desenho teórico para desenvolvimento da tese implica na interface entre diferentes temáticas que possuem usualmente pouca articulação entre os conteúdos pertinentes para o objeto de estudo em tela.

Para viabilizar o desenho teórico do projeto, com foco na relação entre a Gestão de Recursos Humanos - GRH e a performance de hospitais, aborda-se inicialmente a contextualização da avaliação do desempenho no sentido amplo com seu desdobramento em organizações e, em especial, no setor da saúde. Na sequência o mapeamento da literatura com foco no desempenho hospitalar para elucidar o estado da arte nesse campo. A GRH em hospitais e os principais eixos que discutem as abordagens sobre a mensuração dos resultados de RH, tanto na literatura tradicional de GRH. E, para finalizar, a articulação dos conteúdos que busca definir um percurso metodológico para o estudo sobre a associação entre a GRH e os resultados em hospitais, conforme ilustrado no esquema 1 a seguir.



Esquema 1- Eixo teórico e suas dimensões

Fonte: elaborado pela autora

2.1 A TEMÁTICA DA AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL

A diversidade de conteúdos teóricos para a construção da tese em tela requer uma articulação entre temas com especificidades importantes especialmente pela clivagem observada na literatura entre organizações tipicamente industriais (que fomentaram fortemente o conhecimento no campo da gestão) e aquelas inseridas no mercado de saúde. Por esse motivo cada tema é abordado inicialmente na visão aqui denominada 'tradicional' (a partir de organizações industriais) e na sequência para as organizações de saúde. Esse cuidado evidencia ainda os múltiplos desafios que as ciências sociais aplicadas possuem para superar um debate muitas vezes fragmentado o que acaba por fragilizar as duas vertentes.

2.1.1 A perspectiva tradicional

Embora já explicitadas as lacunas ainda existentes entre os conhecimentos de gestão e sua aplicação no mercado da saúde, é importante contextualizar como o conteúdo sobre desempenho[12]se desenvolveu no campo da administração, para sinalizar as especificidades a serem consideradas quando se trata de avaliar o desempenho de uma instituição hospitalar.

O quadro 1 a seguir resume as principais formas de aplicação da avaliação de desempenho nas organizações em diferentes períodos com predomínio de estudos no setor industrial com pouco ou nenhum direcionamento para instituições de saúde.

[12]Embora esse campo de estudo tenha tidocrescimento considerável nos últimos anos, ainda existe muito espaço para o desenvolvimento de pesquisas nessa área do conhecimento (NEELY et al. 1997; 2005; YOKOMIZO et al., 2009).

Quadro 1- Evolução dos estudos sobre desempenho e sua aplicação em organizações tipicamente industriais

Período	Ênfase	Aplicação nas organizações
1950-1970	Contabilidade e finanças	Análises e mensuração de desempenho organizacional por medidas financeiras
1970-1980	Administração de operações	Abrangência da eficiência operacional, padrões de qualidade e adoção de medidas não-financeiras
1980-1990	Estratégia	Análises de longo prazo; planejamento e estabelecimento de objetivos; integração de medidas internas e externas
1990-dias atuais	Administração Pública	Maior transparência, controle e eficiência
	Controladoria	Controle e melhoria de processos

Fonte: adaptado a partir de Cunha (2011)

Os principais estudiosos sobre o tema de desempenho, apesar de provenientes de diferentes áreas do conhecimento, concentram-se na área de Estratégia das organizações (NEELY, GREGORY e PLATTS, 1995). Essa aproximação buscou em certa medida responder os ideais críticos em relação ao foco financeiro e ampliar a intersecção dos estudos da área de Avaliação de Desempenho com os estudos do campo da Estratégia que, por outro lado, apresentava modelos tradicionais com foco exacerbado em elementos externos da organização (CUNHA, 2011).

A vinculação entre o desempenho e a estratégia demonstra a importância sobre a definição do que é esperado em termos de resultados, em função da natureza de cada organização, como o balizador para medir o desempenho. Entre os acadêmicos que se dedicam ao estudo da avaliação de desempenho uma definição bastante aceita diz respeito à verificação do progresso em direção aos objetivos previamente definidos, e a possibilidade de fazer a transição da "simples mensuração" para o gerenciamento (PURBEY, MUKHERJEE e BHAR, 2007).

Embora desde a década de 1980 seja possível reconhecer a necessidade de considerar medidas não financeiras, a dimensão quantitativa ainda predomina entre as principais abordagens para avaliar resultados e coloca o risco de um viés reducionista de acordo com os

parâmetros utilizados e uma interpretação determinística e unidimensional da realidade com pouca articulação entre as diferentes dimensões que afetam o resultado organizacional.

A partir da década de 1990 identifica-se diversos modelos[13] de maior complexidade com proposta de uma análise global e sistêmica com base em um conjunto de perspectivas que atuam de maneira interligada e balanceada entre si. Mas permanecem as lacunas relativas à própria utilização das informações geradas e seu desdobramento no âmbito da gestão organizacional (CUNHA, 2011). A busca pela transparência e melhoria do controle num contexto de preocupação crescente com a eficiência, especialmente na gestão pública, é um dos vetores da reforma nesse âmbito da gestão que enfatiza o controle dos gastos dos recursos públicos. Tal movimento é decorrente em parte pelo amplo movimento na administração pública, em função da "crise do estado", da busca de novos paradigmas organizacionais que pudessem equacionar as necessidades emergentes referentes ao corte de gastos, aumento da eficiência e atuação mais flexível do aparato burocrático. A profissionalização dos servidores públicos como um dos mecanismos para incorporação de modificações na gestão pública contempla, entre outras medidas, a avaliação de desempenho individual e resultados organizacionais, horizontalização de estruturas, descentralização política, flexibilização de regras e desenvolvimento de habilidades gerenciais (ABRUCIO, 1997).

No entanto, Yavas e Romanova (2005) destacam a necessidade de uma teoria sobre mensuração de performance, pela grande fragmentação que ainda existe, que incorpore duas perspectivas complementares, a gerencial (sem a qual gestores não conseguem objetiva ou consistentemente avaliar a qualidade de suas decisões) e a de pesquisa (desempenho tratada como variável dependente na busca de compreender porque algumas organizações são mais bem sucedidas que outras). A performance de qualquer organização tem abordagens objetivas (baseada em medidas "duras") e subjetivas (percepção dos gestores sobre a avaliação da performance e a satisfação quanto os resultados esperados).

---

[13] A partir de Cunha (2011) é possível citar: Balanced Scorecard (KAPLAN; NORTON, 1992), SMART – Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique (CROSS; LYNCH, 1988; LYNCH; CROSS, 1991), IPMS – Integrated Performance Measurement System (BITITCI et al., 1998a; BITITCI et al., 2000), Skandia Navigator (EDVINSSON, 1997; EDVINSSON; MALONE, 1997), Sigma Sustainability Scorecard (THE SIGMA PROJECT, 2003); Prisma de Desempenho (NEELY et al., 2000a; NEELY; ADAMS, 2001).

A evolução da temática da avaliação de desempenho no campo da administração sinaliza alguns pontos que devem ser considerados no âmbito das organizações de saúde. Inicialmente o próprio desenho do sistema de saúde e a sua forma de organização definem as atribuições das múltiplas instituições de saúde que o compõem. A diversidade quanto à natureza da esfera de gestão (pública ou privada e variações) influencia principalmente: i) a perspectiva financeira; ii) normatizações que regulamentam os serviços prestados e a atuação das diferentes categorias profissionais; iii) características do mercado de trabalho.

Outro ponto é o grau de dificuldade quanto à aproximação com a perspectiva estratégica em função da baixa incorporação entre as organizações de saúde desse tipo de ferramental. Tais ponderações reforçam a complexidade envolvida na mensuração do desempenho das organizações de saúde.

Essa contextualização reforça os desafios para a avaliação do desempenho nas organizações de saúde na medida em que nem sempre a definição prévia de objetivos é uma realidade consolidada e também os esforços para medir são significativos (muitas vezes pela precariedade dos sistemas de informação e qualidade dos dados necessários) consumindo maior parte do tempo e tendo como consequência pouca dedicação de fato ao gerenciamento do desempenho. Tal arranjo representa uma possibilidade de melhoria via análise dos resultados, inclusive pela revisão de processos de trabalho ou pela complementação qualitativa de compreensão dos resultados no contexto de cada organização.

2.1.2 Avaliação na perspectiva do setor saúde

Os princípios sobre desempenho das organizações, oriundos do segmento industrial, sinalizam para o mercado da saúde a importância do contexto que influencia essas instituições e também do conteúdo tipicamente considerado na literatura internacional e nacional sobre as prerrogativas para esse processo.

Especificamente, entre as organizações de saúde, observa-se nas últimas décadas um grande esforço em diferentes países, como Europa Central e Ásia, para reforma do setor de saúde muitas vezes caracterizada por um grande paradoxo quanto ao objetivo de reconhecer a

performance dos profissionais e reforçar sua autonomia e, ao mesmo tempo, implementar processos de redução de níveis hierárquicos e redundância de processos face a inadequação da força de trabalho quanto às habilidades necessárias (DUBOIS, NOLTE e MCKEE, 2006). A associação entre reforma do sistema de saúde, em especial no setor público, e a mensuração do desempenho tem sido caracterizada como algo racional, institucionalizado e como o melhor caminho para o gerenciamento e prestação de contas dos recursos financeiros (LEMIEUX-CHALRES et al, 2003).

As características próprias das organizações de saúde reforçam que sua eficiência não pode ser dimensionada a partir do resultado da relação insumo-produto, como ocorre em outros setores (VIACAVA et al, 2012). Na matriz conceitual do Proadess (Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde Brasileiro), apresentada no esquema 2, é possível visualizar as diversas modalidades para avaliação do desempenho dos serviços de saúde bem como sua vinculação aos fatores determinantes da saúde, as condições de saúde da população em questão e as características do sistema de saúde propriamente dito, em especial quanto ao financiamento e recursos disponíveis. A equidade como uma condição transversal que influencia todas as dimensões. O estudo em tela tem alinhamento com a definição sobre a eficiência definida como a relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados.

DETERMINANTES DA SAÚDE		
Ambientais	**Socioeconômicos e demográficos**	**Comportamentais e biológicos**
Fatores físicos, químicos e biológicos do ambiente que atuam como determinantes de agravo à saúde	Características demográficas, contextuais e dos indivíduos, relacionadas à produção de agravos à saúde	Atitudes, práticas crenças, comportamentos bem como fatores biológicos individuais, que condicionam/predispõem /influenciam a ocorrência de agravo à saúde

CONDIÇÕES DE SAÚDE DA POPULAÇÃO			
Morbidade	**Estado Funcional**	**Bem-estar**	**Mortalidade**
Ocorrência de sintomas, doenças, traumas e deficiências	Ocorrência de limitação ou restrição na realização de atividades cotidianas típicas	Qualidade de vida associada ao bem-estar físico, mental e social dos indivíduos	Padrão e tendências da ocorrência de óbitos na população

SISTEMA DE SAÚDE	
CONDUÇÃO	
ESTRUTURA	
Financiamento	**Recursos**
Montante de recursos financeiros e modos pelos quais são captados e alocados	Conjunto de pessoas, informações, instalações, equipamentos, insumos incorporados na operação do sistema de saúde

DESEMPENHO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE			
Efetividade	**Acesso**	**Eficiência**	**Respeito ao direito**
Grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados	Capacidade das pessoas em obter os serviços necessários no lugar e momento certo	Relação entre o produto da intervenção de saúde e os recursos utilizados	Capacidade do Sistema de Saúde assegurar que os serviços respeitem o indivíduo e a comunidade, e estejam orientados às pessoas
Acessibilidade	**Continuidade**	**Adequação**	**Segurança**
Grau com que os serviços de saúde ofertados estão de acordo com os valores e expectativas dos usuários e da população	Capacidade do Sistema de Saúde de prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada entre diferentes níveis de atenção	Grau com que os cuidados prestados às pessoas estão baseados no conhecimento técnico-científico existente	Capacidade do Sistema de Saúde de identificar, evitar ou minimizar os riscos potenciais das intervenções em saúde ou ambientais
Nota: Equidade é o eixo que corta transversalmente todas as dimensões. Portanto, todas elas devem ser analisadas segundo essa perspectiva, utilizando variáveis e indicadores mais apropriados a cada um.			

Esquema 2- Panorama para avaliação dos serviços de saúde

Fonte: Viacava et al, 2012

É importante visualizar esse arranjo multideterminado que perpassa a avaliação das organizações de saúde, uma vez que está em consonância com as principais vertentes de estudos internacionais e nacionais conforme demonstrado a seguir através de exemplos relevantes para o setor da saúde.

A *World Health Organization* (WHO), com o objetivo de dar suporte aos hospitais na coleta de dados sobre seu desempenho, desenvolveu o programa intitulado *Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH)*[14] que permite aos hospitais participantes a comparação de seus resultados com uma série histórica (de uso interno) ou também com os seus pares (o contexto nacional tem grande variação e impacto sobre os indicadores), com a adesão feita de forma voluntária. Segundo a WHO, a definição e seleção dos indicadores foi feita com base em sólido estudo teórico e material empírico por um grupo de *experts* internacionais. De acordo com a disponibilidade de documentos e dados nos hospitais foram desenvolvidos dois agrupamentos: i) *core set,* que inclui indicadores relevantes para todos os contextos e representam baixo esforço para sua coleta e ii) *tailored set,* que reúnem indicadores limitados a certos contextos ou porque demandam grande esforço para sua coleta.

O modelo teórico para o desempenho hospitalar adotado pelo PATH contempla dimensões e sub-dimensões apresentadas no quadro 2 a seguir. O conteúdo priorizado nesse modelo contempla os pilares principais preconizados para a avaliação do desempenho de organizações de saúde, uma vez que a definição dos indicadores está associada aos processos que asseguram o cuidado aos pacientes e também as condições necessárias para o modelo assistencial.

[14]De acordo com Veillard (2005) esse programa contempla: modelo conceitual sobre performance com dimensões, subdimensões e como estão relacionadas umas as outras; critérios para seleção dos indicadores; dois grupos de indicadores incluindo conceito, definição operacional, coleta de dados e suporte para interpretação; modelo operacional da performance sobre como indicadores estão relacionados uns com os outros com as variáveis explicativas e com as estratégias de melhoria de qualidade; estratégias para feedback dos resultados para os hospitais principalmente através de painel de monitoramento; material educacional de suporte para análise dos indicadores e disseminação dos resultados entre os hospitais; estratégias para incentivar o benchmarking dos resultados e práticas entre os hospitais participantes.

Quadro 2 - PATH: dimensões e subdimensões do desempenho hospitalar

Dimensão	Definição	Subdimensões
Efetividade clínica	Efetividade clínica é uma dimensão de performance, quando o hospital, em linha com o estado da arte do conhecimento, apropriada e competentemente entrega serviços ou cuidados clínicos e atinge os resultados desejáveis com melhor benefício para todos os pacientes	Conformidade dos processos de cuidado, resultados dos processos de cuidado, cuidado apropriado
Eficiência	Eficiência é a utilização ótima pelo hospital de seus recursos para maximizar os resultados, de acordo com os recursos disponíveis	Serviços apropriados, recursos relacionados aos resultados de cuidados, utilização de tecnologia disponível
Força de trabalho	Grau em que a força de trabalho do hospital está qualificada adequadamente para entregar cuidado requerido pelo paciente, ter a oportunidade para aprendizado e treinamento contínuos, trabalhar em condições positivas e ter satisfação com o trabalho	Perspectivas e reconhecimento das necessidades das pessoas, atividades de promoção da saúde e iniciativas de segurança, respostas comportamentais e status de saúde
Governança	Governança é o grau de responsividade do hospital para com as necessidades da comunidade, assegura continuidade e coordenação do cuidado, promove saúde, é inovador e provê cuidado para todos os cidadãos independente de raça, gênero, cultura e características sociais, demográficas ou econômicas	Sistema de integração com comunidade, orientação para saúde pública
Segurança	Estrutura apropriada e utiliza processos de entrega do cuidado que mensuravelmente reduzem ou previnem riscos para os pacientes, fornecedores e ambiente e que também promovam essa noção	Segurança do paciente, segurança da força de trabalho e segurança ambiental
Centralidade no paciente	Hospital coloca paciente como centro do cuidado e dos serviços tendo particular atenção para as necessidades do paciente e de sua família, expectativas, autonomia, acesso ao hospital, rede de suporte, comunicação, confidencialidade, dignidade, escolha de fornecedores e o desejo por um atendimento adequado	Orientação para clientes e respeito pelos pacientes

Fonte: Veillard (2005), p. 490

Importante destacar que novamente a dimensão da eficiência está representada como um dos elementos associados ao desempenho hospitalar. Para subsidiar o percurso metodológico apresenta-se a seguir a forma como essa avaliação acontece na realidade das instituições hospitalares em âmbito internacional e nacional.

Groene, Skau e Frolich (2008) em publicação sobre a revisão dos projetos correntes[15] sobre indicadores hospitalares, em comparação ao *Performance Assessment Tool of Quality*

[15] Revisão sistemática de artigos a partir de 1995 de projetos sobre performance hospitalar. Resultado inicial de 73 artigos relevantes que após análise foram considerados 14 artigos referentes a 10 projetos em 11 países

Improvement in Hospitals (PATH), identificaram que a definição das dimensões sobre a qualidade hospitalar são de fato muito heterogêneas, reforçando a ausência de consenso na delimitação dos componentes do desempenho hospitalar, com diferenças fundamentais na filosofia dos projetos, em parte responsável pela grande diversidade. As áreas comuns entre os diferentes projetos estão relacionadas a efetividade clínica, centralidade no paciente e segurança do paciente. Importante ressaltar que na grande maioria dos projetos são utilizados indicadores baseados em pesquisas e, uma minoria, em auditorias. E todos os projetos utilizam grupos de *experts* e de usuários na fase de seleção e desenvolvimento dos indicadores. Há uma grande amplitude entre o número de indicadores em cada projeto (mínimo de 36 e máximo de 308), mas com pouca avalição sistemática da relação entre os indicadores dos projetos que foram analisados.

Para complementar a perspectiva de avaliação de sistemas de saúde destaca-se que no sistema de saúde inglês a avaliação de desempenho é uma parte importante do programa de reforma do NHS (National Health Service) que possui uma metodologia baseada em *rankings*, inclusive para hospitais, a partir de três grandes áreas de performance: i) comissão para melhoria da saúde; ii) desempenho e objetivos gerenciais e iii) desempenho e BSC (Balanced Score Card) com 28 indicadores divididos nas seguintes áreas: foco clínico, foco no paciente e foco na capacidade, conforme demonstrado no quadro 3 a seguir.

diferentes (Austrália, Dinamarca, Reino Unido, França, Bélgica, Canadá, Alemanha, Escócia, Estados Unidos, Suíça, Holanda).

Quadro 3- Indicadores de desempenho hospitalar do NHS (National Health Service)

Foco clínico	Foco no paciente	Foco na capacidade
Cumprimento do plano clínico Gerenciamento de risco Mortes em 30 dias de pacientes admitidos sem planejamento Mortes em 30 dias após cirurgia do coração Readmissões de emergência (altas, altas para crianças, fratura de quadril, AVC) Retorno para casa após tratamento de fratura de quadril e AVC	Pacientes internados esperando menos de 6 meses para tratamento Número de pacientes na lista de espera Pacientes ambulatoriais Tempo de espera total Cirurgias canceladas em um mês Tempo de espera para cirurgias cardíacas Tempo de espera para tratamento de câncer de mama Número de altas atrasadas Pesquisa de pacientes internados (coordenação do cuidado, ambiente e facilidades, informação e educação, necessidades físicas e emocionais, acesso, respeito e dignidade)	Dados da qualidade Satisfação do staff Cumprimento do acordo sobre trabalho de médicos juniores Taxa de absenteísmo por doença Cumprimento das metas com confidencialidade e governança

Fonte: Snelling, 2003

Estudo sobre indicadores multi-níveis para gerenciar performance de hospitais feito no **Canadá** evidencia que os padrões de acreditação (definidos pelo Conselho Canadense para Acreditação de Serviços de Saúde – CCHSA) tem impacto direto no tipo de indicador desenvolvido nos níveis técnicos e de gestão, com a inclusão, por exemplo, de novos indicadores como "*employe e work life*" como uma dimensão da qualidade. E também a vantagem dos sistemas de acreditação em promover uma estrutura descentralizada e processos que capacitam as pessoas das equipes para discutir e atuar nas medidas de performance em cada nível de mensuração. Sinalizam também a importância da identificação de um grupo de indicadores padronizados que permitiriam comparação entre regiões e/ou organizações, embora a prática em diferentes hospitais demonstre que os indicadores são desenvolvidos e

utilizados com diferentes propósitos numa mesma organização a depender do seu nível naquela estrutura (LEMIEUX-CHALES ET AL, 2003).

Para complementar vale destacar que os parâmetros para mensurar a performance hospitalar sistematizados pela WHO em seu Relatório Anual da Saúde (ano de 2000):

i) **eficiência**: mensura os resultados obtidos em relação ao consumo de *inputs*. Deve ser medida em termos de quantidade de *outputs* ou pelo custo;

ii) **efetividade**: mensura o êxito do hospital em gerenciar seus fundos ou recursos para produzir seus resultados. Dimensões como: satisfação do cliente, qualidade do serviço, etc. Indica a extensão em que uma intervenção atinge melhoria da saúde e pode ser mensurada em termos dos vários resultados como os casos de saúde prevenidos, anos de vida, etc.;

iii) **flexibilidade**: tem como foco uma análise preditiva e futura pela comparação do desempenho, mensura a habilidade do sistema de responder a diversidade ou mudanças (flexibilidade dos profissionais, instrumental, processos, volume, mix, novos serviços).

Em relação à revisão da literatura nacional, Machado et al. (2013) em artigo[16] que tratou sobre a avaliação da qualidade hospitalar através de publicações no período de 1990 a 2011, ressalta que:

i) entre os **indicadores assistenciais a taxa de mortalidade é o mais frequentemente utilizado,** como também a dimensão da segurança, taxa de eventos adversos e medida dos erros de medicação;

ii) os **fatores relacionados aos pacientes** mais frequentemente utilizados são: **sexo, idade, raça, diagnóstico principal e secundário, índices de comorbidades, utilização de UTI, tipo de internação, peso ao nascer, escala de risco e nível de severidade**;

[16] Foram capturados na busca eletrônica 2169 documentos. 1844 foram excluídos pela análise do título e 244 após análise do resumo e 22 após análise do texto completo. Compondo finalmente o estudo 62 trabalhos que correspondem a 48 estudos (dado a multiplicidade de algumas publicações).

iii) as variáveis consideradas em relação aos **hospitais** são: porte, volume médio de internações (geral ou por causas específicas), natureza jurídica, esfera administrativa, complexidade da assistência, atividade de ensino, localização geográfica, perfil diagnóstico e demográfico dos pacientes, valores médios recebidos por internação, suficiência no financiamento, atendimento de emergência e características da estrutura física;

iv) assim como observado em estudos internacionais os resultados de qualidade são frequentemente relacionados ao **porte, perfil de diagnóstico dos pacientes e volume de procedimentos que muitas vezes são utilizados como variáveis de estratificação;**

v) **dimensão focada para orientação aos empregados foi encontrada em somente um dos projetos analisados.**

A predominância de estudos empíricos no campo do desempenho hospitalar e a vasta gama de abordagens teóricas que podem ser aplicadas em sua interpretação colocam um grande desafio para sua associação com a gestão de recursos humanos.

Um conceito de referência sobre desempenho hospitalar torna-se imprescindível para o desenvolvimento do estudo, uma vez que os dados empíricos podem conduzir a interpretações inadequadas frente a complexidade do objeto de estudo e sua interface com a gestão de recursos humanos. Nesse sentido, a revisão de literatura a seguir apresenta um mapeamento das principais abordagens que tratam do desempenho hospitalar e também a gestão de recursos humanos, para delimitar o escopo teórico de investigação sobre como estão (ou não) associados.

2.2 DESEMPENHO HOSPITALAR SOB A ABORDAGEM DA EFICIÊNCIA

A temática sobre o desempenho hospitalar envolve diferentes abordagens teóricas e é caracterizada como um campo multidisciplinar, dado que o produto hospitalar é heterogêneo e está relacionado com a melhora do estado de saúde do paciente, mas que não é diretamente observável e sofre influência direta quanto ao tipo de doença, seu estágio e as próprias características do paciente, além do fato de que o cuidado prestado ao paciente depende da

atuação técnica das diversas categorias profissionais que atuam na saúde e de toda a estrutura disponível no hospital (inclusive administrativa)(FOLLAND, GOODMAN e STANO, 2008).

Portanto, o estudo sobre a articulação entre GRH e desempenho organizacional demanda a interface de conhecimento acumulado em diversas áreas como relações industriais, psicologia industrial e organizacional, economia, sociologia e outros (HUSELID, 1995; PAAUWE, 2009). Especialmente, as ciências sociais aplicadas, no campo da administração/gestão[17] e da economia da saúde fomentam os principais estudos que buscam elucidar o desempenho hospitalar.

Inicialmente vale destacar que as principais abordagens sobre o desempenho hospitalar são: i) os estudos com foco na eficiência, especialmente no campo da economia da saúde, e ii) as abordagens vinculadas à qualidade do cuidado[18] aos pacientes e iniciativas diversas (sejam governamentais, institucionais, associações, entre outros) que resultam em bases de dados com objetivo principal de descrever a performance hospitalar tendo como referência a qualidade do cuidado.

A abordagem do desempenho hospitalar na perspectiva da eficiência que, embora não seja a única metodologia disponível, é o tipo de técnica mais usualmente aplicada entre hospitais e também utilizada no estudo em tela em consonância com seus objetivos.

A WHO (*World Health Organization*) considera desempenho equivalente ao conceito de eficiência como uma função da contribuição do sistema para os objetivos intrínsecos e os *inputs* utilizados para atingi-los, o que significa dimensões que conduzem ao desempenho e

---

[17]Para efeito desse trabalho, os termos administração e gestão são utilizados como equivalentes.

18 Na perspectiva da qualidade do cuidado, o monitoramento de indicadores assume papel de destaque fomentando iniciativas em diferentes esferas sobre o desempenho hospitalar. O resultado final, ao contrário da perspectiva da eficiência com ênfase quantitativa, usualmente é a formação de bases de dados por meio de arranjos como: i) órgãos que oficialmente gerenciam ou influenciam os sistemas de saúde; ii) instituições que realizam a certificação de qualidade (ou acreditação) dos serviços de saúde; iii) associações ou redes de cooperação entre serviços de saúde; iv) produção estritamente acadêmica. É possível constatar que as guidelines para acreditação no setor da saúde ocupam espaço importante no que diz respeito a monitorar e fazer benchmarking com indicadores de performance (BARTRAM et al., 2007).

aquelas que demonstram parâmetros de efetividade (PURBEY, MUKHERJEE e BHAR, 2007).

Existe uma relação entre desempenho e eficiência que não deve ser menosprezada. A eficiência organizacional somente é atingida quando está ligada aos fatores associados ao desempenho porque, do contrário, a eficiência serviria para variáveis que não necessariamente estão vinculadas aos objetivos estratégicos da organização e, tampouco, àquilo que é relevante para sua operação (CUNHA, 2011).

A contribuição da economia da saúde tornou-se relevante no sentido de reconhecer as particularidades do setor da saúde em contraposição às prerrogativas do pensamento econômico clássico. A saúde, como bem meritório a qual todo cidadão tem direito independente de qualquer situação socioeconômica, impacta diretamente no bem-estar social e contempla, portanto, não somente a dimensão econômica, mas também as dimensões sociais, culturais, organizacionais e políticas (FOLLAND, GOODMAN e STANO, 2008).

Para essa abordagem a eficiência tem usualmente como foco a oferta da quantidade correta de bens e serviços de saúde para o consumidor e produzido ao menor custo possível (eficiência técnica e alocativa[19]) em um mercado, como é o caso do setor da saúde, caracterizado por economias de escala e escopo (mais concentrados), com presença de barreiras à entrada. Andrade e Maia (2007) ressaltam que a maior parte da literatura empírica analisa a eficiência técnica e que a principal dificuldade em analisar a eficiência hospitalar decorre da diversidade do produto ofertado entre os hospitais. Pode-se constatar uma unanimidade de que a eficiência é dimensão básica a ser avaliada no estudo de desempenho hospitalar (LINS et al, 2007).

De maneira geral, as pesquisas sobre eficiência estão baseadas em duas categorias principais: i) uma abordagem econômica que utiliza funções paramétricas que determinam eficiência econômica absoluta em contraposição a um *benchmarking* e ii) programas

[19] Eficiência técnica: foco em minimizar insumos para produção.
Eficiência alocativa: recursos alocados de modo a produzir em nível ótimo. Outra medida de eficiência é a de custo-efetividade, que é alcançada quando a produção está organizada de modo a minimizar o custo de produzir determinado nível de produto.

matemáticos não paramétricos que avaliam eficiência de uma organização em comparação com outras. A abordagem econômica pode não ser factível uma vez que requer um tamanho de amostra bastante amplo e a especificação das funções eficiência/ineficiência. A maior parte das mensurações sobre eficiência empregam modelos matemáticos, sendo o método *Data Envelopment Analysis* (DEA) o mais comumente utilizado para esse fim (WENG et al., 2009).

Existe um relativo consenso de que essas ferramentas são efetivas na mensuração da eficiência em organizações de saúde, em geral, com sua aplicação, principalmente nos Estados Unidos da América (EUA), desde a década de 80 (GROSSKOPF e VALDMANIS; 1987). O quadro 4 a seguir registra as principais características e pontos de atenção sobre as metodologias usualmente aplicadas para mensurar a eficiência de hospitais.

Quadro 4 - Comparação entre metodologias principais para estudo da eficiência hospitalar

Método	Principais características	Pontos de atenção
***Data Envelopment Analysis* (DEA)** Método não paramétrico. Programa linear que examina a relação entre *inputs*/recursos para um processo produtivo (como recursos utilizados num hospital) e os *outputs*/produtos do processo. Eficiência é definida pela comparação de uma eficiência revelada (tida como eficiência otimizada) com a eficiência das unidades analisadas estabelecendo um indicador de avaliação da eficiência da relação insumos/produtos dessas unidades	Facilita o manejo de ambientes produtivos complexos com múltiplos *inputs* e *outputs* Alta sensibilidade para alterações de dados nas unidades individuais Identifica as fontes de ineficiência por destacar os recursos que foram utilizados em excesso Todos os desvios da fronteira de eficiência são tratados como ineficiência	Pressuposto mínimo sobre tecnologia sendo menos suscetível a especificação do erro (mas não para o erro aleatório) Não produz ferramentas de diagnóstico para julgar as especificações do modelo Habilidade limitada para discriminar entre unidades eficientes Assume que não há ruído estatístico
***Stochastic Frontier Analysis* (SFA)** Método paramétrico. Técnica econométrica que utiliza análise de regressão para estimar uma função de custo convencional sendo a eficiência mensurada pelos resíduos da equação estimada na qual o erro é dividido entre o termo de erro estocástico e o termo de ineficiência sistemática	Possibilita fazer discriminação entre unidades eficientes Reconhece o ruído estatístico Desvios da fronteira de eficiência são considerados como sendo ou por causa da ineficiência ou por fatores aleatórios	Requer a definição prévia sobre a tecnologia e a ineficiência podendo ser inapropriada ou muito restritiva Pouca sensibilidade para alterações de dados nas unidades individuais

Fonte: elaborado pela autora a partir de Jacobs, 2001

A eficiência, através do DEA, está relacionada ao fato do aumento de um *output* requerer a redução, no mínimo, em um outro *output* ou um aumento em pelo menos um *input*. Ou ainda, como alternativa, a redução de qualquer *input* requer necessariamente o aumento de pelo menos outro *input* ou a redução de, no mínimo, um *output*. A relação dos insumos com o custo é a dimensão econômica que busca responder a pergunta como "o quanto economizamos na aquisição de insumos". A relação dos produtos com os insumos é definida como a eficiência e faz referência a "quão produtivamente utilizamos nossos recursos"(MAGNUSSEN, 1996).

Na utilização do DEA se a mensuração do erro acontece em uma organização eficiente afetará a construção da fronteira de eficiência. Ao contrário se o erro ocorre para uma organização ineficiente a sua mensuração pode ser isolada em particular para essa organização. Outra questão diz respeito à especificação das variáveis, uma vez que qualquer organização da amostra pode parecer eficiente de acordo com os *inputs* e *output* que foram considerados. E, ainda, a distribuição da eficiência dependerá não somente da definição dos *outputs*, mas também da quantidade de *inputs* e *outputs* considerados (SEXTON et al., 1986; MAGNUSSEN, 1996).Para efeito de exemplificação, o quadro 5 a seguir apresenta estudos sobre eficiência hospitalar em diferentes países e possibilita uma visão geral das principais variáveis que são utilizados como *input* e *output* na aplicação do DEA.

Quadro 5 - Variáveis de *input* e *output* da aplicação da metodologia DEA em diferentes países

Pais/Região	*Input*	*Output*	Outras variáveis
EUA (Califórnia)	Número de médicos Profissionais não médicos de tempo integral Admissões	Cuidado agudo Cuidado intensivo Cirurgias Cuidado ambulatorial e de emergência	Especificação do hospital Custos e tecnologia
Áustria	Custo com força de trabalho Staff administrativo Custo anual por paciente internado	Pacientes ambulatoriais por dia Mix de casos ajustados Custo anual pacientes ambulatoriais	Número de alas Número de leitos Dois modelos
Noruega	Médicos (horas efetivamente trabalhadas) Demais categorias profissionais Despesas médicas Total de despesas	Pacientes internados Pacientes ambulatoriais	
Chile	Leitos disponíveis Força de trabalho Gasto em bens e serviços	Egressos ponderados por peso relativo	
Grécia	Número de leitos Médicos disponíveis no hospital Número de enfermeiros	Número de pacientes em tratamento por dia Número de dias de tratamento por departamento Número total de cirurgias Número total de exames médicos	Anos de funcionamento Tipo de hospital Equipamentos médicos avançados Taxa de ocupação de leitos

Fonte: elaborado pela autora

Ainda sobre a mensuração da eficiência dos cuidados de saúde uma revisão, feita por Hussey et al. (2009) de artigos publicados entre 1990 e 2008, aponta que a concentração dos indicadores está voltada para os custos não associados à qualidade dos cuidados. A predominância na avaliação da eficiência de hospitais com indicadores como tempo médio de permanência e os custos, ambos ajustados em função do *casemix* (61% dos trabalhos). Pouca ênfase na eficiência dos médicos, consultas efetuadas, recursos utilizados na produção realizada, horas médicas, exames, medicamentos e eficiência da equipe de enfermagem. Nenhum artigo versava sobre a eficiência dos cuidados de saúde em âmbito nacional.

O debate sobre eficiência hospitalar no Brasil[20] tem sido fortemente pautado, dentre outros fatores relevantes, pela lógica da existência de recursos associada a uma adequada articulação aos diferentes níveis de prestação de serviços de saúde no país. Com efeito, a convivência entre dois eixos – público e privado – em um ambiente de demanda quase infinita torna necessária a fixação de padrões de eficiência que melhorem tanto a alocação correta de recursos quanto à qualidade do atendimento aos usuários e sua satisfação.

Também na realidade nacional é frequente a aplicação do método DEA como ferramenta para análise da eficiência hospitalar. O quadro 6 a seguir sistematiza as principais variáveis consideradas como *input* e *output* em estudos que utilizaram DEA em hospitais no Brasil.

[20] A despeito de se identificar a presença de estudos internacionais na área, anteriores aos anos 50, pode-se dizer que, no Brasil, o campo de pesquisa em Economia da Saúde possui um desenvolvimento relativamente recente. A criação da Associação Brasileira de Economia da Saúde – ABrES, em 1989, é considerada como a pedra fundamental da instituição e consolidação do campo no Brasil (ANDRADE e MAIA, 2007). De acordo com Machado et al. (2013), pode-se identificar um aumento recente na produção acadêmica nacional sobre a qualidade do cuidado hospitalar, mas comparativamente ao cenário internacional ainda bastante restrita quanto ao volume e também escopo das análises.

Quadro 6- Síntese variáveis utilizadas em estudos nacionais que aplicam DEA para avaliar eficiência hospitalar

Tipo de hospital	*Input*	*Output*
Público	Média de permanência Taxa de mortalidade	AIH médio Doenças do aparelho circulatório Doenças infecciosas e parasitárias
Universitário	Número de docentes com doutorado Número total de docentes Receita mensal proveniente do SUS Número de funcionários não médicos Número de médicos	Índice de alta complexidade Relação cirurgia/sala mensal Relação de consultas ambulatoriais/sala Relação internação/leito mensal Número de alunos de medicina (graduação) Números de mestrandos/doutorandos Números de programas de pós-graduação (medicina) Número de residentes médicos
Filantrópico	Leitos Pacientes atendidos Tempo médio de espera Custos mais despesas Tempo médio de faturamento (em dias) Quantidade de profissionais	Atendimentos realizados (cirurgias, exames e internações) Receita total

Fonte: elaborado pela autora

A síntese das principais variáveis utilizadas em estudos sobre eficiência hospitalar, através da aplicação do DEA, evidencia que entre os *inputs* são mais frequentes a força de trabalho disponível (frequentemente segmentada em diferentes categorias profissionais), alguns indicadores assistenciais (permanência e mortalidade) e aspectos financeiros. Por outro lado, para os *outputs* predominam os atendimentos realizados (por tipo de procedimento ou mix de casos ajustados) e tipo de pacientes. Nota-se também que são similares nas publicações internacionais e nacionais e que, de acordo com o objetivo de cada estudo, são acrescentadas variáveis específicas para complementar a análise pretendida.

Ainda na perspectiva da temática sobre desempenho hospitalar no Brasil, o quadro 7 apresenta as recomendações para melhoria da eficiência dos hospitais agrupadas em cinco grandes áreas identificadas como foco principal da ineficiência (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

Quadro 7 - Recomendações para melhoria da eficiência em hospitais

Área	Recomendações
Ampliar autonomia hospitalar, responsabilização e governança	1. Desenvolver estratégia, marco regulatório e plano de implantação para converter instituições de administração direta e indireta em arranjos organizacionais alternativos autônomos com administração flexível de recursos humanos 2. Estabelecer mecanismos de parceria público-privada para fortalecer arranjos de governança nos hospitais privados contratados pelo SUS, incluindo a reforma e aplicação do marco regulatório, fortalecimento da contratualização e estímulo a concorrência 3.Formular política de investimentos que promova a aplicação de arranjos organizacionais autônomos a qualquer novo hospital público
Redesenhar o fluxo de financiamento para promover eficiência , a conscientização de custos e a qualidade	4.Orçamentos globais vinculados ao desempenho para substituir nos hospitais públicos o orçamento por elemento de despesa e criar fortes incentivos à melhoria da qualidade e da eficiência a. condicionando uma parte do pagamento ao desempenho e exigir cumprimento das metas acordadas b. aprimorar sistema AIH/SIA[21] alinhando valores pagos com os custos, convertendo gradualmente para um sistema tipo DRG *(Diagnosis Related Groups)* 5. Dar início a reforma regulatória que melhore os fluxos de financiamento, promover a coerência do sistema de pagamento a hospitais e gerar incentivos à eficiência dos hospitais e seus gestores
Buscar sistematicamente a coordenação dos serviços e do planejamento da capacidade instalada	6. Desenvolver e implementar planos mestres em nível estadual para coordenação da assistência e o estabelecimento de redes regionais 7. Fortalecer estratégia nacional para racionalização da oferta hospitalar, incluindo a transformação ou fechamento de pequenos hospitais ineficientes e a melhora da cobertura e qualidade da atenção primária 8. Fortalecer o financiamento de investimentos hospitalares baseado em políticas setoriais com base na necessidade de autorização ou planos diretores de investimentos 9. Desenvolver um sistema nacional para avaliação e alocação de tecnologia
Melhorar padrão de qualidade em todos os hospitais	10. Desenvolver e implantar um estratégia de três pontos para avaliação da melhoria da qualidade : apoio ao nível do sistema de saúde como um todo, mecanismos de responsabilização e desenvolvimento organizacional Medidas cruciais para aperfeiçoar qualidade dos serviços hospitalares (sob liderança do gestor hospitalar): avaliação de desempenho, efetivo trabalho em equipe, uso de tecnologia da informação, incorporação da evidência na prática clínica, coordenação da assistência dentro do hospital, bem como com os prestadores de serviços em outros níveis 11. Instituir rigoroso exame nacional de habilitação dos graduados em escolas de medicina
Fortalecer ambiente institucional para uso eficiente dos recursos e a gestão efetiva do desempenho	12. Promover o uso efetivo de tecnologia da informação para auxiliar na mensuração do desempenho e dos resultados, no levantamento e na análise de informações de custos, no acesso a informações clínicas, na tomada de decisões clínicas e na coordenação entre prestadores e entre equipes de saúde 13. Apoiar a modernização das práticas gerenciais nos hospitais públicos e privados financiados pelo SUS 14. Desenvolver sistema nacional de benchmarking e de "*reportcard*" que enfoquem a eficiência e a qualidade 15. Desenvolver diretrizes para uso e alocação de recursos humanos em assistência hospitalar

Fonte: La Forgia e Couttolenc (2009)

[21] Autorização de Internação Hospitalar - AIH/Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA.

No caso específico dos hospitais, a combinação dessas dimensões afeta diretamente o desempenho com base no impacto nos pacientes, qualidade de tratamento, equidade, eficiência e satisfação dos usuários. A forte interdependência entre elas evidencia o papel que a GRH cumpre em cada dimensão do desempenho hospitalar.

Importante observar que as diferentes perspectivas apontadas para melhoria da eficiência hospitalar são convergentes para o arranjo de gestão, inclusive de recursos humanos, e sua interface direta com o desempenho hospitalar por meio das dimensões indicadas por La Forgia e Coutolenc (2009, p. 4):

> análise das tendências e estratégias na atenção hospitalar e na reestruturação hospitalar, em países desenvolvidos e em desenvolvimento, **sugere um marco conceitual formado por três dimensões analíticas que determinam o desempenho do sistema**: i) **ambiente externo** (políticas, regulamentos, condições de mercados e mecanismos de pagamento); ii)**ambiente organizacional** (arranjos organizacionais e de governança); iii) **ambiente interno** (práticas de gestão, estruturas e processos).

O desempenho hospitalar deve ser definido em relação aos objetivos explícitos da instituição, tanto clínicos como administrativos, que refletem os valores de vários *stakeholders*, como pacientes, profissionais, fornecedores, instâncias reguladoras, entre outros. Entretanto, na realidade, poucos sistemas de mensurar performance apresentam foco nos resultados que são, por exemplo, valorizados pelos usuários. As metas devem estar relacionadas às funções tradicionais do hospital como diagnóstico, tratamento, cuidado e reabilitação, como também ensino e pesquisa. Pesquisas nos Estados Unidos e países europeus que têm mostrado ampla variação nos valores que são expressos pelos pacientes e do uso que fazem da informação, reforçam a importância de que os resultados publicados destaquem essas diferenças mais que rankings entre as instituições. Importante considerar as mudanças que são incorporadas nas definições e funções dos hospitais (por exemplo, do regime de internação para ambulatório), e também a inclusão elementos da comunidade, saúde pública e funções sociais e do emprego. Por outro lado, a mensuração implica em uma avaliação objetiva e por isso não poderia incluir julgamento de valor ou qualidade que deveriam ser adicionados por aqueles que apresentam e interpretam os dados (WHO, 2003).

Tais definições revelam que mesmo quando se tem um objetivo com menor grau de ambiguidade possível (o que já é uma tarefa árdua) a busca pela definição de níveis de performance é de fato difícil de ser alcançada (MAGNUSSEN, 1996).

No entanto, outro fator que pode comprometer a qualidade da aplicação de métodos para analisar a eficiência hospitalar diz respeito a ausência de informações úteis sobre qualidade, eficiência e custos dos serviços hospitalares. Pois quando os dados estão disponíveis, com frequência não são confiáveis ou não podem ser comparados, em função de diferenças na definição e na medição das variáveis (LA FORGIA e COUTOLENC, 2009).

Por outro lado, tem destaque o crescente reconhecimento entre a gestão hospitalar de que a mensuração é um mecanismo que proporciona à instituição hospitalar definir o que o hospital realmente faz e comparar com seus objetivos iniciais para identificar oportunidades de melhoria. E sua efetividade depende diretamente das diferentes dimensões incluídas em seu propósito, a cultura nacional do sistema de saúde, como suas estratégias são aplicadas e como os resultados são utilizados (WHO, 2003).

A dimensão da eficiência em hospitais por meio de estudos quantitativos considera a relação entre variáveis (*inputs* e *outputs*), estabelece uma classificação a partir da combinação ótima entre elas e indica, entre as instituições que participam da avaliação, aquelas unidades mais eficientes de acordo com os critérios adotados. E também considera a razoabilidade para comparação de acordo com o perfil das instituições participantes. De maneira geral, como foi descrito pelo exemplo de diferentes estudos, a partir dos resultados quantitativos é possível identificar ações de melhoria notadamente relacionadas à gestão dos hospitais.

Em síntese, a ampla aplicação de métodos que mensura a eficiência hospitalar através da relação entre insumos e produtos tem uma contribuição importante na medida em que possibilitam otimizar a utilização dos recursos nas instituições hospitalares (quando aplicados com qualidade). Porém o contexto da avaliação dos sistemas de saúde evidencia que a temática do desempenho hospitalar é multideterminada e demanda a priorização do conteúdo a ser avaliado. Para tanto, a GRH em hospitais torna-se relevante como dimensão intrínseca ao desempenho hospitalar com base no objetivo central do estudo em questão.

2.3 GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS

Para a compreensão da GRH em hospitais apresenta-se inicialmente o percurso histórico dessa função com ênfase no sistema público de saúde brasileiro, pela sua preponderância frente ao universo de hospitais de pequeno porte, reconhecendo também que na esfera privada essa caracterização é bastante similar.

As discussões sobre recursos humanos na saúde remontam à década de 70, quando o programa de Preparação Estratégica de Pessoa à Saúde (Ppreps) foi desenvolvido com o objetivo de criar sistemas de desenvolvimento de RH para a saúde nos estados brasileiros (PAIM, 1994). A partir daí algumas poucas iniciativas foram apresentadas para a temática, mas o fato destacado por Vieira (2005) é que, além do caráter fragmentado, teoricamente limitado, com interpretações pouco embasadas e com a separação do trabalhador do processo de trabalho, a área de Recursos Humanos em Saúde teve pequena relevância antes da implementação do Sistema Único de Saúde (SUS).

No entanto, com a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (RHS), em 1986, um esboço de agenda para o tema foi pensado, abordando aspectos como a baixa remuneração, condições desfavoráveis de trabalho e necessidade de incentivo para a qualificação, com grande dificuldade no aprofundamento de questões mais analíticas que envolvessem o mercado de trabalho, a regulação do exercício profissional e o planejamento de RH (VIEIRA, 2005).

Com a implantação do SUS e a II Conferência Nacional de RHS, em 1993, a questão de RH reapareceu, com destaque para a ausência de políticas para a área e a gestão de RH na saúde e se deparou com um discurso de desempenho e produtividade, ao mesmo tempo em que precisava lidar com uma diversidade de problemas não resolvidos e alguns "novos", como diferentes vínculos e modalidades contratuais, variados mecanismos de remuneração e um mercado de trabalho pouco regulamentado (VIEIRA, 2005; PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2004).

A gestão de recursos humanos se defrontava com grandes dificuldades em lidar com essa situação, pois aliados aos problemas supracitados, somaram-se a diversificação da carga horária contratual, exigências da legislação sobre regulação de profissões, problemas de fixação das equipes de profissionais e necessidade de desenvolvimento de competências necessárias para desempenho das atividades. O Brasil e outros Estados latino-americanos também enfrentavam problemas de concentração de pessoal nos grandes centros, escassez ou excesso de profissionais em algumas categorias, falta de critérios para promoção do desenvolvimento profissional, flexibilidade nas relações de trabalho, inconsistências na determinação da remuneração, entre outros (PIERANTONI, 2001; PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2004).

Nesse momento, enquanto a função de recursos humanos nas organizações industriais tentava ganhar espaço ao articular suas atividades aos resultados, mesmo que de forma reativa, a realidade da saúde era mais crítica. O debate que se iniciou de forma propositiva nas conferências nacionais de saúde, com a necessidade de RH compor o quadro do setor, não apresentava avanços. Ao mesmo tempo, a situação evidenciava problemas que se aprofundavam e outros que surgiam diante das ações de implementação do SUS.

Soma-se a essa situação a falta de evidências sistematizadas para auxiliar na elaboração de políticas públicas em RH, e fornecer um diagnóstico da situação real de trabalho dos profissionais da saúde como um dos principais entraves do setor. Embora várias pesquisas tenham sido elaboradas, principalmente pelos Observatórios de Recursos Humanos em Saúde[22], com o objetivo de jogar luz sobre as discussões, no nível micro/municipal pouco

22A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde é uma iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e atualmente congrega 21 países da Região das Américas com a função de monitorar tendências que repercutem nas políticas de recursos humanos em saúde nos respectivos países.A Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (ObservaRH) é uma iniciativa patrocinada pelo Ministério da Saúde em conjunto com o Programa de Cooperação Técnica da Representação da OPAS/OMS no Brasil e compõe o projeto de âmbito continental da OPAS para os países da Região das Américas.No Brasil a Rede ObservaRH está constituída desde 1999, sob a coordenação nacional da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde do Ministério da Saúde (SGTES/MS). Seu propósito é produzir estudos e pesquisas, bem como propiciar o mais amplo acesso a informações e análises sobre a área do trabalho e da educação na saúde no País, com vistas a contribuir para a formulação, o acompanhamento e a avaliação de políticas e projetos na área de Recursos Humanos (Portaria nº 01 de 11 de março de 2004) (disponível em http://www.observarh.org.br/observarh/repertorio/index.htm acessado em 10/01/2016)

é produzido, no âmbito da gestão de RH, seus indicadores e o processo de trabalho (BARBOSA e RODRIGUES, 2006).

Em relação à gestão hospitalar é importante reconhecer que esse macro-contexto da gestão de recursos humanos no setor de saúde se reproduz com algumas particularidades que merecem destaque. Especialmente quanto aos gastos diretos com quadro de pessoal, pela característica da mão de obra intensiva em hospitais, La Forgia e Couttolenc (2009) relatam que os gastos principais das unidades hospitalares incluem pagamento de pessoal, que representa, em média, 52% de todo o gasto hospitalar, ou 64% quando se incluem as atividades geralmente terceirizadas de limpeza, lavanderia e segurança e, ainda, o pagamento aos médicos. Importante destacar o movimento recente do Sistema Único de Saúde (SUS) para o modelo de contratualização em substituição ao modelo de "*fee for service*" no âmbito do financiamento de instituições hospitalares.

De maneira geral, diferentes estudos[23] identificam que, diante da diversidade dos hospitais quanto à esfera administrativa de gestão e financiamento[24] e por consequência, ao enquadramento normativo-jurídico que define a gestão de recursos humanos, não somente pelas questões vinculadas à legislação, prevalece nas instituições hospitalares as atividades focadas na gestão do contrato de trabalho (e demais aspectos normativos correlatos como medicina e segurança do trabalho) simultaneamente àquelas tradicionais dos principais subsistemas de gestão de recursos humanos, num contexto no qual, frequentemente, a busca por prêmios e/ou certificações funcionam como justificativa para o estabelecimento de políticas e práticas de gestão de pessoas (LACOMBE e CHU, 2008), o que caracteriza uma

[23] MORICI, M.C. Recursos Humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde: Entre a Assistência e a Gestão. Dissertação de Mestrado, CEPEAD/FACE/UFMG, 2011.
COSTA, J.S.M. Serviços de urgência e emergência hospitalar: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas. Tese de Doutorado, CEDEPLAR/FACE/UFMG 2011.
CAMARGO, T.A. Gestão de Recursos Humanos no Contexto da Nova Gestão Pública: Um Estudo Comparativo Brasil – Portugal. Dissertação de Mestrado, CEPEAD/FACE/UFMG, 2011.
CUNHA, J.A.C. Avaliação de Desempenho e Eficiência em Organizações de Saúde: Um Estudo em Hospitais Filantrópicos. Tese de Doutorado, FEA/USP, 2011.
PALOCCI, P. A. (org). Melhores Práticas em Gestão de Pessoas - experiências dos hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados. Rio de Janeiro: Medbook, 2011.
DAMÁZIO, L. F. Fatores Críticos de sucesso da estratégica para desempenho superior em hospitais privados. Belo Horizonte: UFMG. Tese de Doutorado. 2011.
DAMÁZIO, L.F. e Gonçalves, C.A. (org) Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde: desafios e perspectivas. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

[24] Conforme caracterização do setor hospitalar brasileiro.

atuação da GRH tradicionalmente mais reativa às demandas e com pouca participação na gestão institucional.

Na realidade brasileira vale destacar que a principal influência para a gestão de recursos humanos em hospitais ainda é a clivagem entre a esfera de administração pública (predomínio da administração direta com legislação específica) e a esfera privada (utilização da Consolidação das Leis Trabalhistas). Importante considerar, por exemplo, que entre os hospitais públicos, em função de diferentes arranjos organizacionais tornou-se possível incorporar à gestão de recursos humanos elementos da esfera privada, principalmente no que diz respeito à forma de recrutamento e contratação dos profissionais.

O quadro 8 a seguir apresenta uma síntese sobre os principais desafios para a gestão de recursos humanos e retrata uma realidade que em maior ou menor intensidade, em função de particularidades leva à reflexão sobre a situação atual dessa dimensão da gestão no âmbito de instituições hospitalares brasileiras. Tem como foco as políticas de gestão de recursos humanos, para além das atividades legais do contrato de trabalho, e com base no resultado de pesquisa[25] com foco na gestão de recursos humanos em hospitais brasileiros. Embora a ênfase dos resultados esteja voltada para as políticas tradicionais de RH sugere indiretamente variáveis que podem ser relevantes no processo de definição dos resultados de RH e sua vinculação com a dimensão assistencial entendida aqui como a perspectiva da performance organizacional.

[25] Os dados referem-se às pesquisas: "Pesquisa Salarial no Setor Hospitalar", realizada com 15 hospitais em Belo Horizonte e São Paulo entre os meses de abril e maio de 2009 e "Gestão de Recursos Humanos na Área Hospitalar," realizada em 10 hospitais nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Piauí, Mato Grosso do Sul e Rio Grande do Sul entre abril e julho de 2009. Os dados completos das pesquisas estão descritos em Relatórios Técnicos desenvolvidos pelo Observatório de Recursos Humanos em Saúde FACE/UFMG – Estação de Trabalho Observatório do Mercado de Trabalho em Saúde SUS/SES MG.

Quadro 8 – Síntese dos principais desafios e perspectivas da gestão de pessoas em hospitais

Políticas e práticas de RH	Desafios e perspectivas
Recrutamento e Seleção	- aperfeiçoar as técnicas de recrutamento de acordo com as particularidades das diferentes categorias profissionais - aplicar o processo seletivo para profissionais médicos, independente do tipo de vínculo, notadamente as instituições que não realizam concurso público - mensurar a efetividade do processo de recrutamento e seleção - atualizar e monitorar constantemente o desenho do processo (regras, critérios, instrumentos utilizados, etapas, etc)
Treinamento e Desenvolvimento[26]	- utilizar critérios para estabelecer prioridades para ações de educação - definir orçamento anual para execução das ações (e controle da qualidade da aplicação dos recursos financeiros) - criar mecanismo de coordenação das ações de capacitação para assegurar coesão institucional - ampliar as atividades de educação permanente, hoje predominantemente dedicadas ao quadro da enfermagem, para as demais categorias profissionais - avaliar a eficácia dos treinamentos realizados
Remuneração	- monitorar os valores de remuneração no mercado (acesso e qualidade dos dados) - assegurar equidade interna[27] dada a pluralidade das categorias profissionais - minimizar o impacto, já expressivo, com despesas da folha de pagamento e o passivo trabalhista da instituição (no que diz respeito à remuneração) - encontrar alternativas de remuneração atrativas e coerentes com a oferta do mercado de trabalho de acordo com as diferentes categorias profissionais
Avaliação de Desempenho	- vincular fatores de avaliação às dimensões de resultados (e não somente aspectos comportamentais) - implantar cultura de avaliação de desempenho como ferramenta necessária à gestão de pessoas em detrimento da visão predominante como algo coercitivo e punitivo - preparar pessoas para o processo de avaliação de desempenho
Carreiras	- definir desenho de carreira compatível com a lógica organizacional - orientar o desenho de carreira para retenção de profissionais
Gestão da informação	- implantar sistemas de informações compatíveis com as necessidades organizacionais - gerar informações gerenciais sobre a força de trabalho e práticas de recursos humanos - definir indicadores quantitativos e qualitativos dos resultados da gestão de pessoas - buscar referência externa dos indicadores da gestão de pessoas como benchmarking para aperfeiçoamento das práticas e políticas - qualificar profissionais que atuam na gestão de pessoas para incorporação da tecnologia da informação

Fonte: Rodrigues e Rodrigues, 2012

[26] Importante ressaltar a grande expressão nas instituições de saúde, inclusive hospitais, de metodologias de educação permanente e/ou continuada com ênfase maior para os profissionais de enfermagem.

[27] A remuneração tem como objetivo principal reconhecer a contribuição e o valor agregado dos profissionais por meio da distinção de diversos níveis de resultado. Tem como princípio a equidade interna pelo valor relativo dos cargos na estrutura organizacional e equilíbrio externo de acordo com as práticas remuneratórias de mercado.

Para todos os temas apresentados destaca-se, ainda, a importância de formalização de políticas institucionais como forma de orientar os processos de gestão de recursos humanos. Em geral, a existência dessas políticas é pouco frequente nos hospitais com baixo grau de integração entre os próprios processos de RH, e destes com a perspectiva assistencial.

O tipo de administração, nesse contexto, é um fator que interfere na flexibilidade e na governança de gestores para definir políticas e gerenciar os diversos aspectos pertinentes à gestão de pessoas. Observa-se que não há uma forma que possa ser considerada superior à outra, mas esses aspectos são relevantes na discussão de alternativas que constituam melhor solução para cada tipo de instituição com influência significativa, inclusive na interface entre GRH e performance do hospital.

Como, por exemplo, na esfera pública, a seleção via concurso e a contratação estatutária tem repercussões sobre a reposição de pessoal e a governabilidade[28] do gestor sobre o quadro de pessoal, além de contribuir para certo engessamento de formas de remuneração que dificulta o incentivo baseado em desempenho. Mas, ao mesmo tempo, os aspectos legais que regem esse tipo de seleção, contratação e remuneração determinam maior segurança ao trabalhador no que se refere aos direitos trabalhistas. Tais resultados são corroborados por Morici e Barbosa (2012), que a partir de estudo[29] em hospitais no estado de Minas Gerais constataram grande defasagem do desenvolvimento das políticas e práticas da gestão de recursos humanos com ênfase especial para a forma de contratação em função do arranjo jurídico que influencia sobremaneira as demais ações do gerenciamento das pessoas nessas instituições.

Em relação à consolidação do espaço e do papel da gestão de recursos humanos, a proximidade com os tomadores de decisão é vista como um ponto facilitador na gestão de RH que pode contribuir para que a mesma seja realmente estratégica na gestão hospitalar. No entanto, a participação efetiva nas decisões ainda é uma questão que se faz pouco presente na realidade das instituições hospitalares. Estudos empíricos demonstram a falta de integração

[28] Especialmente a questão da estabilidade do quadro de pessoal regulamentada pelo Regime Jurídico Único (RJU) que influencia sobremaneira a gestão de pessoas nas organizações públicas.

[29] Foram pesquisados 4 hospitais: autarquia federal, pertencente a instituição federal de ensino, instituição filantrópica privada e administrado por parceria "público-público".

entre planejamento da organização e de recursos humanos e a postura passiva que a área de RH apresentou historicamente diante das mudanças observadas nas organizações e no mercado de trabalho, sempre a reboque da reestruturação de outras funções administrativas (ALBUQUERQUE, 1987; FISCHER, 1998).

Outra questão relevante diz respeito ao fato de que a alavancagem estratégica de recursos humanos nas instituições hospitalares também depende, em grande medida, da qualificação dos próprios profissionais que atuam na área, como mecanismo que assegure legitimidade e maior qualidade dos processos. De acordo com Porter e Teisberg (2007) a literatura sobre estratégia para organizações de saúde é quase inexistente e ainda com conotação pejorativa para as temáticas de gestão. Por outro lado, consideram que repensar a gestão da saúde não é apenas possível, mas já está em curso. Nesse mesmo sentido, vale relembrar que Ulrich (2000) relembra a responsabilidade dos profissionais de recursos humanos na formação dos gestores para as políticas e práticas de gestão de pessoas.

No contexto da gestão hospitalar esse grau de dificuldade se amplia na medida em que o controle de gestão nem sempre é visto com bons olhos pelos gestores em organizações de saúde que frequentemente atribuem conotações de "policiamento" e "burocratização" da gestão, criando-se barreiras e resistências à sua implementação (AZEVEDO, 1991; JANUARIO, 2009).

As principais características da gestão de recursos humanos em hospitais reforça, mais uma vez, a fronteira de conhecimento e lacunas de estudos (referente à realidade brasileira) a respeito da vinculação entre os resultados de RH e os assistenciais. A constatação de que a função de recursos humanos, também nas organizações hospitalares, tem um longo caminho a percorrer rumo a um posicionamento mais estratégico reforça os desafios para sua vinculação ao desempenho de hospitais.

Nesse contexto, também é relevante a revisão de literatura sobre a temática de mensuração dos resultados da gestão de recursos humanos, na abordagem tradicional de RH e especificamente no setor da saúde, para lançar luz aos principais preceitos que direcionam a vinculação de RH com a performance organizacional.

2.4 MENSURAÇÃO DE RESULTADOS DA GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS

O campo de estudo sobre mensurar a contribuição da GRH no contexto organizacional, apesar da reconhecida importância é relativamente novo,[30] caracterizado por um corpo crescente de evidências que suportam a relação entre alta performance das práticas de gestão de RH e a performance organizacional, principalmente por meio das medidas financeiras tradicionalmente utilizadas para esse fim. No entanto, não é muito claro porque essa associação existe e se torna ainda necessário consolidar uma teoria sobre gestão de recursos humanos, uma teoria sobre performance e uma teoria sobre como as duas estão vinculadas (GUEST, 1997; WRIGHT e ROGERS, 1998; WOOD e WALL, 2005).

2.4.1 O que diz a literatura tradicional de RH

Mensurar resultados da GRH demanda, em primeiro lugar, a própria definição desse conceito que possui uma certa plasticidade na medida em que incorpora elementos de diversos campos do conhecimento.

Para sistematizar uma temática tão ampla recupera-se a classificação proposta por Guest (1997) através de três categorias de teorias sobre GRH: estratégicas, descritivas e normativas. O quadro 9 a seguir sintetiza o foco de cada uma delas e também as principais implicações e limitações quando se trata da mensuração dos resultados da GRH e sua contribuição para a performance organizacional.

Quadro 9- Classificação das teorias sobre GRH

Teorias GRH	Foco	Autores	Implicações	Limitações
Estratégicas	Influências do ambiente na GRH Classificação do tipo de estratégias de RH	Hendry e Pettigrew (1990) Miles e Snow (1984)	Políticas e práticas de RH são variáveis dependentes analisadas em que medida se encaixam no contexto	Pouca clareza em especificar por meio de que GRH se vincula a performance Visão limitada da performance predominantemente focada em variáveis financeiras
Descritivas	Mapeamento do campo e	Beer (1985) Kochan, Katz	Ampla classificação do conteúdo da GRH e lista	Foco não é claro para qualquer teste da relação

[30] As primeiras publicações foram feitas no ano de 1994 (GUEST, 2011).

	classificação de *inputs* e resultados	e McKersie (1986)	de resultados de interesse de diferentes *stakeholders*	entre GRH e performance
Normativas	Prescrição das melhores práticas ou conjunto de valores que indicam melhores práticas	Walton (1985) Pfeffer (1994)	Práticas apropriadas de GRH tocam a motivação e comprometimento dos empregados	Foco predominante nas características internas da GRH em detrimento de questões estratégicas mais abrangentes Risco considerável em definir 'a melhor prática' Lista das práticas de RH está longe de ser suficientemente clara

Fonte: adaptado a partir de Guest, 1997

Independente da abordagem teórica sobre GRH, Prowse e Prowse (2010) indicam que vários modelos refletem duas dimensões conhecidas como *hard* (ênfase quantitativa com foco nos aspectos da estratégia de negócio gerenciando o *headcount* de modo racional como qualquer outro fator econômico) e *soft* (raízes na escola de relações humanas com foco na comunicação, motivação e liderança).

Mascarenhas (2008) destaca algumas abordagens teóricas na emergência da gestão estratégica de pessoas, tais como a visão da firma baseada na indústria, a visão baseada em recursos e, posteriormente, baseadas em conhecimento e das noções de aprendizagem organizacional e capacidades dinâmicas na explicação da vantagem competitiva. Tais perspectivas apontam, com prerrogativas diferentes, mas complementares, a gestão do desempenho como um elemento comum para a vinculação estratégica entre a gestão de pessoas e a gestão do negócio tanto pela via do alinhamento externo (adequação a contingências externas, em especial, aos desafios do ambiente de competição) como pelo alinhamento interno (macro objetivos da gestão de pessoas apoiados por políticas e processos de RH coerentes, complementares e bem articulados entre si).

Longe de esgotar o debate teórico sobre a própria definição da GRH que, como dito anteriormente é o ponto inicial de qualquer proposição sobre seu impacto na performance organizacional, e para incrementar a reflexão sobre os caminhos possíveis nessa via, a perspectiva histórica[31] revela uma crescente sofisticação e complexidade dos modelos que

[31] Anos 80: fase que marcou o desenvolvimento de teorias e pesquisas que começaram a estabelecer link entre estratégia do negócio e GRH. Integração entre a visão estratégica que destaca a importância do ajuste ao

sugerem relação entre GRH e performance, e reconhece a necessidade de que tal associação seja estabelecida tanto no nível individual quanto organizacional. Embora a macro visão sobre o desenvolvimento desse campo de estudo seja fundamental para resgatar seus avanços principais e as possibilidades que ainda se apresentam, também é imprescindível aprofundar sobre como tais estudos foram instrumentalizados ao longo dessas duas décadas para compreender suas prerrogativas e o alcance dos resultados.

Inicialmente, embora permaneça a crítica frequente sobre as lacunas de uma fundamentação teórica mais consistente, os estudos usualmente estão ancorados em abordagens que direta e/ou indiretamente estão relacionadas ou aos principais eixos teóricos de RH (conforme quadro 9) ou a teorias que possuem forte interface com GRH. No entanto, uma questão que se coloca é que as diferenças entre tais perspectivas não são consideradas de forma explícita o que dificulta o desenvolvimento da robustez teórica que ainda se faz necessária (DELERY e DOTY, 1996; GUEST, 1997). As principais abordagens que deram suporte aos estudos sobre GRH e performance organizacional são:

i) **abordagem universalista**: nessa perspectiva predomina a lógica de "melhores práticas", com a visão de que algumas são sempre melhores que outras e que todas as organizações devem adotar tais práticas de RH. Possível identificar, a partir de diferentes estudos realizados, um conjunto comum rotulado como "práticas de alta performance" (*High Performance WorkPractices - HPWS*) ou melhores práticas. Pode-se considerar que essa é a abordagem mais simples para qualquer tipo de afirmação teórica na literatura sobre gestão

---

contexto externo e do comportamento organizacional com foco no ajustamento interno, consolidando assim uma base contemporânea da GRH (GUEST, 2011);
1994: publicação dos primeiros estudos empíricos sistemáticos sobre relação entre GRH e performance. Todos indicando que a adoção de mais práticas de RH estava associada a uma maior performance (BOSELIE, DIETZ e BOOM, 2005; PAAUWE, 2009; GUEST, 2011);
1994 - 2004: muitos artigos foram publicados e apresentam evidências dos efeitos na performance organizacional não somente de práticas individuais de RH (como planejamento de pessoal, pagamento relacionado à performance, treinamento e desenvolvimento), mas, também, de combinações entre práticas de RH. Tais estudos culminaram no que ficou conhecido como o 'problema da caixa preta', ou seja, a elucidação de "quais são as variáveis chave e constructos que ajudam a explicar o link entre as políticas e práticas de RH de um lado e a performance da organização de outro?" (PAAUWE, 2009);
2004 - até os dias atuais: proliferação de estudos em diferentes setores e com abordagens diversas acarretou uma reflexão que tornou-se cada vez mais crítica no sentido de reconhecer, por um lado, um certo progresso na análise da relação entre GRH e performance, mas por outro um avanço ainda modesto.

estratégica de RH porque implica uma relação linear entre uma dada variável independente e a variável dependente, tendo como foco práticas isoladas de RH. É possível identificar algumas teorias que podem estar associadas a estudos que são conduzidos por meio dessa abordagem, como a teoria da agência, teoria do controle, dos custos de transação e teoria comportamental (DELERY e DOTY, 1996). Como exemplo, para Huselid (1995), em estudo conduzido com amostra ampla de indústrias de diferentes tamanhos, é possível "confirmar" a hipótese de que investimentos em práticas de trabalho de alta performance estão associados a menor rotatividade de empregados e maior produtividade e desempenho financeiro da organização;

ii) **abordagem contingencial**: a premissa dos estudos nessa abordagem considera que as políticas de RH para que sejam efetivas, devem ser consistentes com outros aspectos da organização como, por exemplo, seu posicionamento estratégico. A argumentação está baseada na interação entre a variável independente e a dependente que será diferente de acordo com os diversos níveis da variável crítica contingencial. Frequentemente os pesquisadores que adotam essa abordagem selecionam a teoria da firma e, então, especificam como práticas de RH individuais interagem com a estratégia para resultar em performance organizacional. A relação entre o uso de práticas específicas de RH e a performance organizacional é contingente de acordo com a estratégia organizacional que, para o sucesso de sua implementação, depende do comportamento dos empregados. As práticas de RH podem recompensar e controlar tal comportamento de maneira que seja consistente com a estratégia organizacional. Por exemplo, dada uma certa estratégia é proveitoso selecionar empregado mais preparado para perfil pretendido do que investir no seu desenvolvimento (DELERY e DOTY, 1996);

iii) **abordagem configuracional:** essa perspectiva é a mais complexa comparativamente à universalista e contingencial, uma vez que é desenhada para identificar configurações ou padrão único de fatores que são previstos para maximizar a eficácia. Descreve como o padrão de múltiplas variáveis independentes está relacionado às variáveis dependentes. Estudos que incorporam essa abordagem identificam configurações de práticas de RH que tipicamente predizem performance superior quando associadas umas com as outras ou com a estratégia correta, ou com ambas. Ancorada na compreensão de que há efeitos

sinérgicos entre as práticas de RH. No entanto, tais configurações caracterizam o 'tipo ideal' como constructo teórico mais que somente o fenômeno empiricamente observável. Considera uma perspectiva sistêmica baseada num padrão holístico das práticas de RH e assim múltiplos sistemas de empregos são igualmente efetivos para o mesmo conjunto de condições. Para maximizar sua performance àquele modelo de gestão que é apropriado a uma dada estratégia, por exemplo. (DELERY e DOTY, 1996).

A própria revisão de literatura indica que os estudos embasados na abordagem universalista predominaram na vertente empírica que sustenta o conhecimento acumulado até então, mas sem necessariamente considerar a qualidade das práticas de RH efetivamente implementadas e sim somente a existência (ou não) principalmente através do relato de executivos e/ou profissionais diretamente responsáveis pela GRH. E ao mesmo tempo a abordagem configuracional mostra-se promissora para os estudiosos, mas é necessário o desenvolvimento de teoria e testes para validar a sua eficiência.

Por outro lado, independente da abordagem teórica, a vinculação entre GRH e performance organizacional é mensurada através da relação entre variáveis e, frequentemente, por meio de testes de hipóteses que são estabelecidas de acordo com a ênfase do estudo e seus objetivos. Torna-se relevante, portanto, conhecer as principais variáveis que são consideradas nesses arranjos para elucidar o conteúdo pertinente ao desenvolvimento de novos estudos. Para tanto, o quadro10 a seguir apresenta uma sistematização[32] dos principais artigos que consolidaram estudos sobre mensuração dos resultados de RH nos últimos 20 anos. Vale ressaltar que naturalmente, pela grande diversidade de pesquisas, cada artigo apresenta dimensões diferentes sobre a GRH e performance. Por esse motivo, o quadro apresenta o conteúdo que é predominantemente comum entre os diferentes estudos.

[32] Essa sistematização se torna ainda mais relevante na medida em que os estudos na área da saúde, em especial, em hospitais são ainda mais escassos (esse ponto será aprofundado no item específico para isso).

Quadro 10- Estudos sobre GRH e performance organizacional

Autores	Estudos	Natureza da pesquisa	Características	Variáveis de RH	Variáveis de performance	Variáveis de controle
Wright e Rogers (1998)	33 sendo 29 com variáveis quantitativas comparáveis	Predomínio dos estudos transversais	80 observações distintas de teste empírico vinculando GRH e performance organizacional	Organização do trabalho Sistema de trabalho de alta performance Participação e motivação Treinamento e seleção Compensação	Não informado	Tamanho Setor Idade Localização Estratégia Sindicalização
Wood e Wall (2005)	25 artigos publicados em periódicos de referência (1994-2003)	Predomínio dos estudos transversais	Maioria dos estudos utilizou um único respondente através de questionários Maioria dos estudos não relata testes para interações	Seleção sofisticada Avaliação Treinamento Trabalho em equipe Comunicação Desenho/Definição do trabalho *Empowerment* Participação Promoção/pagamento vinculado a performance Harmonização Segurança de emprego	Produtividade Lucratividade ROA(*ReturnonAssets*) ROE(*ReturnonEquity*) Qualidade Vendas por empregado Total custo mão de obra por empregado Taxa de sucata	Tamanho Setor Idade Localização Estratégia Sindicalização
Wright et al. 2005	66 estudos Todos os estudos reportaram no mínimo uma relação positiva entre GRH e performance (1994-2003)	Desenho da pesquisa: pos preditivo, retrospectivo, preditivo e contemporâneo	Predomínio dos estudos preditivos e sem testar causalidade reversa	Não informado	Lucratividade Produtividade Qualidade Despesas	Não informado
Boselie, Dietz e Boom (2005)	104 artigos publicados em periódicos de referência (1994-2003)	Predomínio dos métodos de pesquisa quantitativa (com informante único)	Maior frequência de estudos com análise em nível organizacional em detrimento do nível individual	Treinamento e desenvolvimento Esquemas de recompensa e pagamento contingente Gestão da performance Recrutamento e seleção Absenteísmo Turnover	Lucro Vendas Produtividade Qualidade	Tamanho Idade Sindicalização Setor Tipo de indústria Individuo: Idade Gênero Escolaridade

Fonte: elaborado pela autora

O quadro 10 evidencia um panorama geral das principais características dos estudos sobre a vinculação entre GRH e performance organizacional com utilização de variáveis distintas que ainda não permite um nível de comparação suficiente para construção de uma teoria sobre os resultados de RH e a performance organizacional. Dada a variedade de métodos utilizados não é possível comparar resultados, e também não é muito claro o que se pode concluir de forma definitiva dessa coleção de estudos (BOSELIE, DIETZ e BOOM, 2005).

A possibilidade de vinculação e análise da relação entre os resultados de RH e os resultados organizacionais deve levar em consideração o caráter muitas vezes intangível, da gestão de recursos humanos, o que demanda uma avaliação tanto quantitativa como qualitativa, além da dificuldade na definição do que efetivamente se entende por práticas de RH (especialmente a definição de indicadores para os aspectos comportamentais) e também na divergência quanto à definição das medidas de desempenho da organização. Há muita controvérsia a respeito dos resultados de pesquisas sobre essa temática que traduzem mais o uso de metodologias de natureza aplicada do que uma preocupação com a construção teórica, uma vez que também é preciso considerar possíveis lacunas entre o horizonte de curto prazo de mensuração e o impacto das ações no longo prazo.

Tais características da gestão de pessoas sinalizam que outras possibilidades de análise poderiam lançar luz ao fluxo causal entre as práticas de RH e os resultados organizacionais, contemplando, por exemplo, aspectos relacionados à organização e forma de realização do trabalho, como também avaliação das políticas, práticas e indicadores de maneira mais específica e direta (indicadores das funções tradicionais de RH) e também aqueles que incluem os aspectos comportamentais (LACOMBE e ALBUQUERQUE, 2008).

As prerrogativas que norteiam a mensuração da contribuição da GRH em organizações industriais reforçam a importância da clareza dos objetivos dessa função que devem ser refletidos em suas políticas e práticas que possuem diversidade expressiva conforme a realidade de cada organização. As especificidades das organizações de saúde precisam ser consideradas.

2.4.2 O que diz a literatura com foco no setor da saúde

Apesar da reconhecida importância da GRH há pouca pesquisa no setor de saúde sobre a sua relação com a performance. Resultados dos estudos, em geral, sinalizam que embora de grande representatividade no orçamento das organizações de saúde, especialmente no setor público, não há mecanismos de fato estratégicos capazes de vincular a GRH com a performance organizacional. Tal situação reforça o risco de RH continuar a ser percebido apenas como uma função administrativa vulnerável a restrições financeiras de tempos em tempos (BARTRAM et al., 2007).

Mas ao mesmo tempo percebe-se recentemente, uma atenção cada vez maior para indicadores de performance nas organizações de saúde e por isso um olhar mais estratégico para a GRH. Como exemplo típico tem-se o caso do *National Health Service* (NHS), na Inglaterra, que nos anos 2000[33] reconhece a GRH como fator crítico para melhorar o cuidado aos pacientes.

GRH em organizações de saúde tem características únicas e ao mesmo tempo a mensuração de performance na saúde não acontece sem muitas dificuldades, inclusive com críticas contundentes quanto à aplicação de sistemas desenhados para o setor industrial, como os modelos de *high-performance* que se mostram insuficientes para organizações de saúde e outros serviços correlatos, pois o produto é o "cuidado" (na perspectiva física e emocional) através de um serviço que é entregue ou, até mesmo, co-produzido, por uma série de interações entre profissional e paciente, além de outras interações tão complexas, como é o caso da relação com outros profissionais, serviços de apoio, seguradoras e financiadores (EATON, 2000; TOWNSEND e WILKINSON, 2010; HARRIS et al., 2007).

A relação entre GRH e performance organizacional no setor da saúde, especialmente através de estudos[34] britânicos e americanos, enfatizam a necessidade de boas práticas de GRH para dar suporte aos objetivos como melhoria da qualidade e segurança dos serviços, e

---

[33] Reestruturação do sistema revisando inclusive o papel do profissional de enfermagem de nível superior que gasta maior parte do tempo desenvolvendo e gerenciando a equipe que tendo um papel diretivo no cuidado do paciente.

[34] As primeiras publicações foram feitas no início dos anos 2000 (HARRIS et al, 2007).

aumento da performance e resultados para os pacientes. É reconhecida a importância em estabelecer como RH opera através da performance individual para ilustrar como os pacientes podem ser afetados, mas a vinculação direta entre práticas de RH e resultados para pacientes é difícil de estabelecer devido à presença de muitas variáveis em potencial que interferem no estado de saúde do paciente (HARRIS et al., 2007).

A natureza do processo de trabalho em hospitais é baseada na coordenação de conhecimento especializado e em habilidades próprias dos empregados que influenciam diretamente na qualidade do cuidado aos pacientes. Em geral, instrumentos para mensurar performance individual são muito subjetivos e conduzidos de forma não sistemática, além do desafio maior da avaliação quando se considera médicos, pelo fato de que é bastante singular e podem ter níveis muito diferentes de formação. Sistemas de mensuração correntes nos hospitais ou são altamente objetivos com foco na mensuração de indicadores financeiros ou muito subjetivos baseados em entrevistas e observações (ZIGAN et al., 2007).

O quadro 11sintetiza o conteúdo de estudos específicos do setor de saúde que analisam essa relação.

Quadro 11- Estudos sobre GRH e performance organizacional no setor da saúde

Autores	Amostra	Natureza da pesquisa	Variáveis de RH	Variáveis de performance	Variáveis de controle
Aiken (2002; 2003)	168 hospitais na Pensilvânia 10184 respondentes	Associação entre nível de formação da enfermagem e óbitos de pacientes com mais de 30 dias de admissão e óbitos de pacientes com mais de 30 dias de admissão que tiveram complicações	Formação enfermagem Experiência enfermagem Cirurgiões credenciados	Perfil pacientes cirúrgicos (idade, gênero) Óbitos após 30 dias de admissão Pacientes com complicações Óbitos entre pacientes com complicações Categorias com maior diagnóstico Comorbidades	Tamanho do hospital (quantidade de leitos) Status de ensino Tecnologia Enfermagem por leito
West (2002)	61 hospitais (18 meses de duração da pesquisa)	Relação entre práticas de RH e mortalidade dos pacientes	Treinamento Avaliação Trabalho em equipe	Emergências cirúrgicas Óbito após de cirurgia não urgente Óbito após admissão de fratura de quadril Óbito após admissão por ataque cardíaco Taxas de readmissão Índice de mortalidade	Tamanho do hospital Necessidades de saúde local Número de médicos por leito
Bartram (2007)	132 unidades de saúde (entre hospitais e centros de saúde)	Aplicação de questionários Respondentes: CEO(ChiefExecutive Officer), HRD(HumanResourceDirector) e outros 2 executivos na organização	Estratégia de RH (10 itens a partir de Huselid, 1995) Prioridades de RH (11 itens a partir de West, 2002) Funções de RH (todas as áreas funcionais[35]) Resultados de RH[36]	Indicadores financeiros Indicadores de serviços Indicadores clínicos	Tamanho da organização[37]

[35] 8 itens para recrutamento e seleção / 12 itens para treinamento e desenvolvimento /17 itens para avaliação /17 itens para oportunidades de desenvolvimento /9 itens para participação dos empregados

[36] Quantidade de desligamentos voluntários, quantidade de reclamações relacionadas a lacunas de oportunidades para treinamento e desenvolvimento, reclamações devido a mudanças organizacionais, quantidade de medidas

Zigan et al. (2008)	3 hospitais de médio porte 2 hospitais de grande porte	Analisar papel dos recursos intangíveis na promoção da performance organizacional (Alemanha, Inglaterra e Noruega)	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Rodwell e Teo (2008)	38 organizações lucrativas 32 organizações não lucrativas (somente acima de 50 empregados)	Examinar impacto das práticas de RH na performance percebida em organizações de saúde Teste de 10 hipóteses	Estratégia de RH Práticas de RH	Comprometimento da organização com os empregados Demandas dos clientes Performance percebida	Tamanho da organização Setor

Fonte: elaborado pela autora

Entre as organizações de saúde é possível encontrar indicadores para GRH (que não são tipicamente considerados em outros setores) tais como: horas de trabalho para acreditação, absenteísmo por doença, horas de médicos juniores, funcionários por leito, percepção sobre avaliação, trabalho em equipe, entre outros que são mais coincidentes com os demais setores como: segurança e acidentes, plano de desenvolvimento, acesso a treinamento, atitude em relação ao trabalho e intenção de desligamento (HARRIS et al., 2007).

Ainda sobre os desafios para mensurar o vínculo entre GRH e performance organizacional em instituições de saúde, deve-se também considerar que muitos recursos determinantes para o cuidado dos pacientes são, por natureza, intangíveis tais como: experiência do profissional, habilidades, relações, rotinas e procedimentos organizacionais, entre outros. E tais recursos intangíveis são muitas vezes considerados como fatores chave na criação de vantagem competitiva, uma vez que suportam a organização a atingir seus objetivos e obter melhor performance. Nesse sentido, os sistemas correntes de mensuração de performance devem ajustar ou capturar a contribuição dos recursos intangíveis para a performance organizacional (ZIGAN et al., 2007).

---

disciplinares, quantidade de episódios de stress, quantidade de incidentes, quantidade de horas perdidas devido a acidentes, quantidade de horas que excedem 20 dias devido a adoecimento ou seguro de acidentes.

[37]Em relação a variável e controle sobre o tamanho da organização pode-se observar que os níveis percebidos sobre as prioridades de RH é decrescente enquanto o tamanho da organização aumenta.

Em síntese, a revisão da literatura sobre mensuração da contribuição de RH para a performance organizacional se, por um lado, sinaliza o avanço que os modelos, especialmente do segmento industrial, obtiveram nas últimas décadas, também reforça o grande desafio para estudos dessa natureza em organizações de saúde pela relação mais direta que o trabalho das pessoas exerce sobre o resultado em hospitais e os desafios concretos que essa articulação deve equacionar.

2.5 DESEMPENHO HOSPITALAR E GRH

Na perspectiva do desempenho hospitalar os indicadores de RH, ainda que somente os tradicionais (tais como absenteísmo, rotatividade, acidente de trabalho, quadro de pessoal, horas de treinamento), representam insumo para aplicação dos modelos quantitativos com foco na eficiência ou base de dados de monitoramento interno por meio de série histórica ou na perspectiva comparativa com outras instituições. Por outro lado, a mensuração da GRH *strictu sensu* prioriza a implementação de políticas e práticas de RH como mecanismo principal para a performance organizacional, sem maior ênfase ou investimento na aplicação dos indicadores tradicionais de RH.

Já estudos específicos em organizações de saúde sinalizam outros indicadores como relevantes para a mensuração da contribuição de RH para o desempenho. Talvez pelo fato de que a força de trabalho intensiva caracteriza o "processo produtivo" dos hospitais e, por isso, o desempenho hospitalar é, em certa medida, bastante dependente da qualidade da atuação dos profissionais. A relação entre gestão de RH e resultados organizacionais é ainda mais relevante nas organizações de serviço porque nesse tipo de organização, ao contrário do que acontece em indústrias, por exemplo, os profissionais têm contato direto com os consumidores e isso tem impacto na qualidade do serviço prestado (KHATRI et al., 2006).

Khatri et al. (2006) reconhecem que a relação entre gestão de RH e resultados organizacionais tem sido tema amplamente pesquisado nos últimos 15 anos[38]e também a importância de que no setor da saúde seja possível avançar na relação entre gestão de RH e

[38] Cita especialmente o trabalho de Huselid et al. (2005) com mais de 900 empresas nos Estados Unidos (aplicação da metodologia HPWS)

resultados assistenciais num contexto caracterizado pela grande variação da estrutura, estratégia, ambiente, cultura e, por consequência, das próprias práticas de RH, além de importantes lacunas de gerenciamento estratégico na maioria das instituições hospitalares.

Nesse contexto, considera-se que trazer os empregados para a equação entre GRH e vários tipos de resultados nos níveis organizacional e individual, incluindo performance financeira, é condição *sine qua non* para avançar nesse campo. É também um caminho para responder efetivamente o criticismo sobre a exclusividade (ou predominância) do foco gerencialista nos trabalhos sobre GRH. As práticas de RH, no nível organizacional, afetam as atitudes e comportamento dos empregados no nível individual o que, por sua vez, afeta o nível comportamental agregado ou os resultados de RH (como produtividade de força de trabalho ou rotatividade) e, subsequentemente, pode impactar nos resultados organizacionais. Isso significa deixar uma abordagem exclusivamente com padrões de mensuração de performance (lucratividade, produtividade e vendas) para uma definição mais ampla que considera outros elementos em termos de performance como flexibilidade/agilidade, legitimidade e aspectos do bem-estar dos empregados como satisfação, stress, saúde e segurança no emprego.

Esse tipo de abordagem contribuiria para tratar a performance com significado verdadeiramente multidimensional que o conceito apresenta. Do ponto de vista gerencial, implicaria em menor absenteísmo, maior satisfação, maior vontade de permanecer na organização e maior esforço (resultados que têm sido enfatizados nos modelos testados na literatura nos últimos 20 anos), no contexto do potencial *trade-off* entre performance organizacional e bem estar dos empregados em organizações contemporâneas e o papel que a GRH tem nesse processo (PAAUWE, 2009).

E, ainda, para Dussault e Souza (1999) os resultados da gestão de recursos humanos correspondem ao desempenho da força de trabalho em função da contribuição dos diferentes profissionais para o alcance dos objetivos dos serviços de saúde. A performance de RH é determinada pela combinação de três grandes dimensões: desenvolvimento de competências, distribuição e gerência de pessoal. Problemas típicos dessas dimensões podem ser exemplificados como inobservância dos padrões de qualidade (elevação de taxas de infecção hospitalar ou de complicações cirúrgicas), mecanismos de melhoria da qualidade não

suficientemente difundidos, coexistência dos sistemas públicos e privado que gera a dupla militância dos profissionais (o que pode reduzir o compromisso dos profissionais), descontinuidade administrativa e dificuldade de implementação de políticas de longo prazo que são essenciais para o sucesso da gestão de recursos humanos.

Chamam também atenção sobre os principais componentes para que as políticas de RH sejam exitosas: i) existência de um ambiente político favorável e verdadeiro compromisso das lideranças nacionais; ii) existência, real ou potencial, de um grau suficiente de capacidade técnica de gestão; iii) disponibilidade de informações válidas, completas e atualizadas e iv) elaboração de estratégia de melhoria de utilização da força de trabalho que tenha objetivos bem definidos.

Bittar (1996), a partir de pesquisa desenvolvida em hospitais considera que face à complexidade da gestão hospitalar e grande diversidade das áreas de produção, torna-se impossível a utilização de um único indicador para medir a produtividade, sendo importante ter claro quais são passíveis de comparação entre si. Os resultados indicam que o hospital "mais produtivo" apresenta menor tempo de média de permanência, maior índice de renovação, menor intervalo de substituição e menor número de funcionários por leito.

Em síntese, deve-se reconhecer que os "estudos que buscam investigar o relacionamento entre GRH e desempenho no setor da saúde já se iniciam e superaram uma série de obstáculos teóricos e metodológicos que estavam presentes alguns anos atrás cuja superação trouxe solidez ao campo" (ROCHA, 2011, p. 72). Importante desafiar as soluções universais para todos os setores e reconhecer a relevância de resultados que podem não ser financeiros. Especialmente na dimensão do desempenho hospitalar (PROWSE e PROWSE, 2010). Outro aspecto é a contribuição de abordagens teóricas até então menos prevalentes que podem oferecer *insights* e alternativas para os principais dilemas da vinculação entre GRH e desempenho hospitalar. A complexidade teórica ressaltada pela revisão de literatura sinaliza a necessidade de um modelo para o direcionamento metodológico do estudo em tela.

A tríade composta das dimensões estrutura processo e resultado proposta por Donabedian, (1980, 1987) busca equacionar os principais desafios para mensuração da

eficiência[39] em hospitais com foco na relação entre os recursos utilizados para funcionamento do serviço de saúde e os resultados apresentados.

A **dimensão da estrutura** compreende o arcabouço institucional com base nos elementos necessários ao modelo assistencial vigente. Por isso abrange desde a área física, a forma de organização dos serviços prestados, recursos materiais e financeiros, como também os recursos humanos e sua capacitação. Seu desdobramento em variáveis pode contemplar, conforme o objetivo da avaliação a ser realizada, aspectos como: natureza administrativa da instituição, características das instalações, equipe médica disponível, perfil e experiência dos profissionais, adequação às normas vigentes, entre outros (SILVA & FORMIGLI, 1994; PERTENCE & MELLEIRO, 2010; D´INNOCENZO et al.,2006; REIS et al., 1990).

A abordagem sobre processo sinaliza a perspectiva entre as normas estabelecidas e os procedimentos aplicados com foco nas atividades efetivamente realizadas na assistência aos pacientes em toda sua extensão (desde a busca aos serviços de saúde até o tratamento). Além de variáveis como competência médica, aspectos éticos na relação entre profissionais e paciente (SILVA & FORMIGLI, 1994; PERTENCE & MELLEIRO, 2010; D´INNOCENZO et al.,2006; REIS et al., 1990).

Em relação à dimensão do resultado Donabedian (1980) também destaca inúmeros fatores que interferem no cuidado ao paciente. Portanto considera a importância de mudanças no estado de saúde do paciente e as consequências e efeitos obtidos no cuidado da população. Também inclui a satisfação do usuário e do profissional envolvidos no processo de assistência (DONABEDIAN, 1992; SILVA & FORMIGLI, 1994; PERTENCE & MELLEIRO, 2010; D´INNOCENZO et al.,2006).

Essa abordagem tem sido amplamente difundida entre os estudos que avaliam serviços de saúde pelo reconhecimento da necessidade de articulação entre dimensões interdependentes que de forma isolada se mostram insuficientes para compreensão dos resultados de instituições que prestam serviços de assistência à saúde.

---

[39] O foco na dimensão da eficiência não contempla a perspectiva da efetividade que compreende a capacidade de diminuir os custos sem diminuir o nível de melhoria para a saúde atingível (DONABEDIAN, 1992).

Para viabilizar a aplicação desse modelo analítico, uma primeira definição importante está relacionada à própria escolha dos indicadores de GRH e desempenho hospitalar para o desenho do estudo. A revisão de literatura sinaliza, para o estudo em hospitais, a relevância de indicadores de RH mais focados na força de trabalho que nas práticas de RH (ao contrário do que os estudos típicos em organizações industriais acumularam nas últimas décadas). Já os indicadores do desempenho hospitalar devem levar em consideração o arranjo institucional dos hospitais, porte, localização, tipo de prestação de serviços de saúde, população usuária, entre outros fatores. Essa combinação "ótima" das principais variáveis no desenho do estudo constitui o componente metodológico a ser desenvolvido.

3. METODOLOGIA

O percurso metodológico viabiliza a investigação propriamente dita na medida em que estabelece os critérios frente aos objetivos do estudo embasado na perspectiva teórica. E como destaca González Rey (2005) "toda pesquisa é um processo vivo em que se apresentam diversas dificuldades para as quais o pesquisador deve estar preparado e diante das quais deve tomar decisões que podem alterar o rumo da pesquisa" (pag. 87).

Ainda Laville e Dione (1997, p.111) ressaltam que "a exequibilidade de uma pesquisa pode também depender da disponibilidade dos dados" sendo que o "investigador deve assegurar-se que os seus conhecimentos, mas também os seus recursos em tempo, dinheiro e meios logísticos, lhe permitirão obter elementos de resposta válidos" (QUIVY e CAMPENHOUDT, 1995, p. 37).

É realidade no Brasil a dificuldade dos sistemas de informações e banco de dados estruturados nas organizações de saúde, em especial, em hospitais que não contam com bases de dados adequadas e também carecem de uma estrutura formalizada e difundida para a coleta e, principalmente, o uso de informações gerenciais relevantes para a administração hospitalar (MARINHO, 2001). Outro ponto importante diz respeito ao fato de que aquilo que os próprios especialistas julgam importante para uma avaliação de desempenho não está disponível na grande maioria dos hospitais instalados no Brasil, com forte limitação para as capacidades gerenciais dessas organizações de saúde (CUNHA, 2011).

Esse cenário direcionou o desenho metodológico para minimizar a principal lacuna quanto à qualidade dos dados de referência. A alternativa da coleta de dados primários buscaria assegurar um grau de homogeneidade na coleta das variáveis que é praticamente inexistente no universo de hospitais em âmbito nacional.

A opção metodológica quanto à utilização de base de dados secundários buscou minimizar essas lacunas, uma vez que o censo realizado com os hospitais de pequeno porte teve como objetivo principal realizar diagnóstico situacional dos estabelecimentos

hospitalares com até 50 leitos existentes no Brasil registrados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Esse desenho é detalhado no item 3.1.2.

Esses estabelecimentos representam aproximadamente 52% do total dos hospitais no Brasil, efetuando 2.444.893 internações no ano de 2005, e produzindo 21% de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) (UGÁ e LÓPEZ, 2007). Embora o aumento de escala (número de leitos) seja importante para melhorar a eficiência, deve-se destacar a ausência de estudos sobre eficiência e desempenho no universo de hospitais de pequeno porte que compõem percentual tão significativo de leitos e internações.

Por um lado, vale destacar a relevância do trabalho de campo para coleta de dados *in loco* por assegurar confiabilidade das informações, visto que a qualidade dos dados é uma limitação recorrente em pesquisas no setor da saúde. De outro, a utilização do banco de dados otimiza a dinâmica da tese em tela pela inviabilidade de realizar estudo censitário em qualquer amostra de hospitais que tenha composição estatisticamente representativa.

A demonstração do percurso metodológico, apresentada a seguir, contempla a classificação do estudo quanto à sua natureza, universo e amostra, bem como as premissas para coleta e análise dos dados e a hipótese central como pressupostos para o modelo de eficiência aplicado.

3.1 NATUREZA DA INVESTIGAÇÃO

Para qualificar a natureza do estudo é importante retomar que "qualquer metodologia deve ser escolhida em função dos objetivos da investigação, em função do tipo de resultados esperados, do tipo de análise que desejamos efetuar" (ALBARELLO, 1997, p.50).

Nesse sentido, com base no objetivo de verificar em que medida as variáveis da GRH contribuem para a eficiência de hospitais de pequeno porte em âmbito nacional, o desenvolvimento da pesquisa proporcionou a combinação de duas estratégias, a descritiva e a explicativa, uma vez que se propõe a abordar "um fenômeno ou situação mediante um estudo realizado em determinado espaço-tempo" (LAKATOS, 1999, p. 22), com o objetivo principal

de descrever as características de um determinado fenômeno ou, então, estabelecer relações entre variáveis (GIL, 1991).

Selltiz et al. (1974), em clássico estudo sobre métodos em pesquisa sociais observam ser estudos descritivos aqueles que não se limitam a somente um único método de coleta de dados. Estes mesmos autores observam ser estudos desta natureza indicados quando o pesquisador precisa ser "capaz de definir claramente o que deseja medir, e de encontrar métodos adequados para esta mensuração". (p. 77) Os autores ainda chamam atenção para o planejamento cuidadoso que deve nortear um estudo descritivo, tanto na formulação do problema quanto na coleta, processamento e análise dos dados.

Os estudos explicativos, por sua vez, visam identificar fatores que determinam a ocorrência de certos fenômenos ao aprofundar o conhecimento de uma dada realidade. De forma sintética, estudos explicativos registram fatos, analisam, interpretam e identificam suas causas. Estudos desta natureza podem ampliar generalizações e estruturar e definir modelos teóricos.

Com base nessa perspectiva apresenta-se a unidade de análise e composição da amostra. E, em seguida, os mecanismos para a coleta e análise dos dados.

3.1.1 Universo da pesquisa e amostra

No contexto brasileiro[40], dada a sua heterogeneidade demográfica, geográfica, cultural, social e sanitária, ao longo de décadas foi construída uma rede extensa de estabelecimentos de saúde denominados de pequeno porte (com até 50 leitos) que totalizam, de acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, 3.524[41] estabelecimentos, públicos e privados, sendo que 2.724 oferecem leitos ao SUS.

[40] A partir de Projeto intitulado "Projeto para proposição e avaliação de um modelo de análise de desempenho de instituições hospitalares de pequeno porte (FACCHINI e BARBOSA, 2014).

[41] Setembro de 2013.

López (2004) conceitua os hospitais de pequeno porte com base na definição adotada pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), em seu Estatuto da Organização Nacional de Acreditação, como: todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos disponíveis para internação de pacientes, que garantam um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente de médicos. Segundo a mesma definição, a condição de hospital de pequeno porte ainda exige a presença de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante 24 horas, com disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviços de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.

Foram elaboradas políticas específicas, como a Portaria GM/MS No. 1.044/2004, que institui a Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Por meio desse instrumento, tais instituições são estimuladas a aderirem voluntariamente (através da Secretaria Estadual de Saúde) a um processo de contratualização no qual é redefinido seu papel na rede de serviços e são estabelecidas metas quantitativas e qualitativas, em correspondência a um orçamento global, em substituição ao tradicional e problemático sistema de pagamento por procedimento (UGÁ e LÓPEZ, 2007).

A Portaria nº 287 de 28 de junho de 2004, publicada para regulamentar a Portaria no 1.044, "[...] Institui o valor de R$ 1.473,00/leito/mês (hum mil, quatrocentos e setenta e três reais) para o cálculo do Orçamento Global para os estabelecimentos hospitalares de pequeno porte que cumpram os critérios e requisitos que constam da Portaria GM/MS no 1.044, de 01 de junho de 2004, e tiverem seus projetos homologados pela Comissão Intergestores Tripartite – CIT [...]" (CORRÊA, 2009). Além disso, a Portaria determina que nenhum estabelecimento de saúde contemplado pela Política Nacional[42] de Hospitais de Pequeno Porte, após o ajuste de leitos de que trata o artigo 5o da Portaria GM/MS no 1.044, de 01 de junho de 2004, terá orçamentação global inferior ao valor de R$10.000,00/mês (dez mil reais).

42 Apesar da iniciativa que buscou regulamentar a inserção dos HPPs no SUS, a maior parte dos estados brasileiros não aderiu à Política Nacional para os Hospitais de Pequeno Porte. Das 27 Unidades da Federação, somente 11 (40%) aderiram até janeiro de 2009 (CORRÊA, 2009). E observa-se, ainda, que o maior número de Estados que realizaram a adesão concentra-se na Região Nordeste. Esse fato contribui para que novas abordagens fossem pensadas para a resolução dos desafios atrelados à gestão dos HPPs e de seu papel no SUS.

A tabela 1 registra a distribuição dos hospitais de pequeno porte no Brasil por região e estado com maior concentração nas regiões nordeste (37,80%) e sudeste (25,45%).

Tabela 1 - Universo dos hospitais de pequeno porte por região e estado

	Qtde	%
Centro Oeste	**488**	**13,85**
Distrito Federal	25	0,71
Goiás	269	7,63
Mato Grosso	114	3,23
Mato Grosso do Sul	80	2,27
Nordeste	**1332**	**37,80**
Alagoas	52	1,48
Bahia	367	10,41
Ceará	166	4,71
Maranhão	161	4,57
Paraíba	94	2,67
Pernambuco	200	5,68
Piauí	134	3,80
Rio Grande do Norte	132	3,75
Sergipe	26	0,74
Norte	**331**	**9,39**
Acre	21	0,60
Amapá	11	0,31
Amazonas	56	1,59
Pará	119	3,38
Rondônia	68	1,93
Roraima	13	0,37
Tocantins	43	1,22
Sudeste	**897**	**24,45**
Espírito Santo	247	7,01
Minas Gerais	334	9,48
Rio de Janeiro	190	5,39
São Paulo	324	9,19
Sul	**476**	**13,51**
Paraná	247	7,01
Rio Grande do Sul	119	3,38
Santa Catarina	110	3,12
Total	**3524**	**100**

Fonte: Facchini, Barbosa et al (2014)[43]

[43] A referência de novembro de 2013 foi mantida pela coerência com a época da elaboração e planejamento do estudo censitário.

A distribuição do universo de hospitais de pequeno porte quanto ao número de leitos é demonstrada na tabela 2 a seguir.

Tabela 2 - Universo dos hospitais de pequeno porte por número de leitos

	até 10	11 a 20	21 a 30	31a 40	41 a 50
			%		
Centro Oeste	**13,11**	**31,15**	**27,46**	**15,57**	**12,70**
Distrito Federal	36,00	16,00	40,00	4,00	4,00
Goiás	10,04	33,83	26,77	16,73	12,64
Mato Grosso	8,77	28,95	31,58	17,54	13,16
Mato Grosso do Sul	22,50	30,00	20,00	12,50	15,00
Nordeste	**10,96**	**31,08**	**25,08**	**19,22**	**13,66**
Alagoas	15,38	23,08	13,46	23,08	25,00
Bahia	9,26	25,07	29,16	22,89	13,62
Ceará	5,42	31,93	39,72	18,67	13,25
Maranhão	6,21	26,09	29,81	22,98	14,91
Paraíba	10,64	36,17	25,53	15,96	11,70
Pernambuco	14,50	36,50	17,00	14,50	17,50
Piauí	13,43	37,31	17,16	17,91	14,18
Rio Grande do Norte	15,15	39,39	25,00	17,42	3,03
Sergipe	30,77	23,08	26,92	3,85	15,38
Norte	**13,29**	**24,47**	**27,79**	**16,31**	**18,13**
Acre	19,05	38,10	19,05	14,29	9,52
Amapá	9,09	27,27	18,18	27,27	18,18
Amazonas	7,14	28,57	30,36	16,07	17,86
Pará	5,88	16,81	35,29	18,49	23,53
Rondônia	17,65	32,35	16,18	14,71	19,12
Tocantins	34,88	13,95	27,91	11,63	11,63
Sudeste	**10,93**	**22,19**	**22,85**	**21,74**	**22,03**
Espírito Santo	12,24	18,37	32,65	12,24	24,49
Minas Gerais	7,19	20,96	27,25	22,46	22,16
Rio de Janeiro	15,79	21,58	17,37	21,05	24,21
São Paulo	11,73	24,38	20,06	22,84	20,99
Sul	**6,72**	**21,43**	**28,36**	**23,53**	**19,96**
Paraná	6,07	21,43	28,36	23,53	19,96
Rio Grande do Sul	10,92	15,97	19,33	25,21	28,57
Santa Catarina	3,64	18,18	23,64	31,82	22,73
Total	**10,90**	**26,90**	**25,54**	**19,67**	**17,00**

Fonte: Facchini, Barbosa et alli(2014)

A partir desse universo dos hospitais de pequeno porte a aplicação do instrumento para coleta de dados ocorreu entre fevereiro e novembro de 2014, em todo território nacional, com uma participação de 78,8% dos hospitais totalizando 2.777 instituições. A tabela 3 registra a distribuição por estados e número de leitos dos hospitais que compõem a amostra para objeto do estudo em tela.

Tabela 3 - Amostra dos Hospitais de pequeno porte

		de 0 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	acima 50
	Qtde			**%**		
Centro Oeste	**375**	**37,60**	**31,70**	**18,10**	**7,70**	**4,80**
Distrito Federal	8	62,50	37,50	0,00	0,00	0,00
Goiás	211	40,80	29,90	15,20	8,10	6,20
Mato Grosso	95	32,60	30,50	26,30	7,40	3,20
Mato Grosso do Sul	61	31,10	39,30	18,00	8,20	3,30
Nordeste	**1121**	**34,30**	**27,30**	**20,30**	**11,80**	**6,30**
Alagoas	36	38,90	8,30	22,20	22,20	8,30
Bahia	293	25,30	28,70	24,90	14,30	6,80
Ceará	144	38,90	25,00	18,10	13,20	4,90
Maranhão	141	19,90	40,40	19,10	14,90	5,70
Paraíba	70	35,70	27,10	18,60	11,40	7,10
Pernambuco	183	38,30	30,10	16,40	8,70	6,60
Piauí	117	47,00	18,80	23,90	5,10	5,10
Rio Grande do Norte	112	45,50	24,10	17,90	7,10	5,40
Sergipe	25	44,00	12,00	12,00	16,00	16,00
Norte	**279**	**28,70**	**34,80**	**16,50**	**16,50**	**3,60**
Acre	20	50,00	25,00	15,00	10,00	0,00
Amapá	9	44,40	33,30	0,00	22,20	0,00
Amazonas	50	10,00	44,00	18,00	20,00	8,00
Pará	99	22,20	40,40	19,20	15,20	3,00
Rondônia	55	43,60	14,50	18,20	23,60	0,00
Roraima	11	45,50	27,30	18,20	9,10	0,00
Tocantins	**35**	**28,60**	**45,70**	**8,60**	**8,60**	**8,60**
Sudeste	606	23,10	20,10	27,70	15,30	13,70
Espírito Santo	33	15,20	24,20	27,30	24,20	9,10
Minas Gerais	280	21,10	23,20	26,80	14,30	14,60
Rio de Janeiro	76	23,70	21,10	22,40	13,20	19,70
São Paulo	217	26,70	15,20	30,90	16,10	11,10
Sul	**396**	**22,20**	**27,00**	**27,00**	**13,90**	**9,80**
Paraná	204	25,50	34,30	23,50	10,80	5,90
Rio Grande do Sul	93	26,90	12,90	29,00	12,90	18,30
Santa Catarina	99	11,10	25,30	32,30	21,20	10,10
Total	**2777**	**30**	**27**	**22,2**	**12,8**	**8**

Fonte: Facchini, Barbosa et alli(2014)

Com base nessa amostra, dada a grande expressividade do quantitativo de instituições na base dados, a próxima etapa diz respeito à construção das variáveis para aplicação do modelo de eficiência e sua análise para compor os resultados do presente estudo.

3.1.2 Coleta e análise dos dados

A coleta de dados contempla utilização da base de dados a partir de diagnóstico censitário, além de análise documental[44] que subsidia levantamento de informações relevantes no contexto do estudo.

O levantamento de dados *in loco*[45] foi realizado, no período de janeiro a novembro de 2014 com dados referentes ao ano de 2013, em todos os hospitais que aceitaram participar, por meio de respostas auto-declaradas junto aos membros do corpo diretivo (diretor clínico, diretor geral ou chefe da enfermagem), e teve como base a definição das seguintes dimensões, adaptadas a partir de Veillard[46] et al. (2005):

i) **Infraestrutura**: existência de dados selecionados da base CNES referentes aos aspectos jurídicos/legais, físicos, equipamentos, administrativos. A partir das fichas de cadastramento do CNES, houve uma seleção das variáveis a serem confirmadas;

ii) **Assistencial**: variáveis indicativas da presença de ambulatórios, urgência, internação, serviços de apoio diagnósticos, leitos, clínicas, especialidades, regulação assistencial, presença de profissionais, turnos de trabalho e outros que caracterizem a assistência prestada, origem da clientela, e dados de ocupação de leitos;

---

[44] Toda fonte de informação já existente em documentos impressos ou recursos audiovisuais, tais como: publicações, documentos pessoais, dossiês, jornais, periódicos e revistas, publicações científicas, etc. (LAVILLE e DIONNE, 1999).

45 Instrumento aplicado no levantamento censitário encontra-se no anexo I. Somente os dados sobre AIH e procedimentos realizados foram extraídos de bases complementares ao levantamento censitário, a saber: Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

46 A escolha destas dimensões foi feita de forma intencional, considerando as mesmas, ao serem desagregadas posteriormente, atender ao objetivo maior de ter uma ampla radiografia do quadro geral dos hospitais analisados.

iii) **Recursos Humanos**: confirmação de categorias profissionais existentes, tipos de contrato informado, carga horária e outros quesitos a partir do perfil profissional do estabelecimento e informado no CNES;

iv) **Financiamento**: fontes regulares e extraordinárias de financiamentos de origem municipal, estadual e federal, bem como os dados referentes às despesas de cada instituição;

v) **Qualidade e Segurança do Paciente**: quesitos de verificação em relação: qualificação profissional, estratégias e planos de ação que visam à qualidade da atenção prestada e a segurança do paciente. A partir do perfil assistencial do estabelecimento, foram coletadas informações que permitem inferir sobre a qualidade do serviço assistencial;

vi) **Responsabilidades na Rede de Atenção à Saúde Loco-Regional:** informação sobre responsabilidades junto aos serviços loco - regionais, inclusive relação com os gestores, instrumento, relação com regulação municipal/estadual, Conselho de Saúde e outros.

Tais dimensões contemplam as perspectivas teóricas relevantes para a elucidação da associação entre a gestão de recursos humanos e o desempenho hospitalar. Vale destacar a dimensão de recursos humanos com as seguintes variáveis:

i) a existência das políticas tradicionais de RH (treinamento/desenvolvimento, desempenho e plano de cargos, salários e carreiras);

ii) indicadores típicos de rotatividade e absenteísmo dos profissionais;

iii) caracterização da força de trabalho (por vínculo) segundo carga horária;

iv) gasto por categoria profissional e vínculo de trabalho.

Em geral, o instrumento aplicado para a coleta de dados no censo realizado com os HPPs, tem como conteúdo principal a existência das variáveis e, quando pertinente, a

disponibilidade dos diferentes itens diretamente relacionados. Essa é a composição que subsidiou a base de dados utilizada no estudo em tela.

Os dados secundários[47]de acordo com Creswell (2007) são aqueles "reunidos para algum outro propósito que não o estudo imediato em mãos", mas que podem revelar-se suficientes para elucidar o problema de pesquisa, e por isso dispensam o trabalho de campo com economia de recursos (esforço, tempo e dinheiro). As bases de dados ainda possuem importante contribuição na definição ou redefinição de problemas e hipóteses de pesquisa, por possibilitar avaliação mais acurada de estudos semelhantes para comparar os resultados finais de um estudo.

A principal ressalva quanto à utilização de dados secundários está relacionada à integridade da fonte original para assegurar a relevância e exatidão, bem como atualização e confiabilidade (HAIR et al. 2005). Nesse sentido, o quesito de qualidade da base de dados[48], ao invés de representar uma restrição como frequentemente apontado pela literatura sobre o tema, foi um motivador importante para definição do percurso metodológico, por viabilizar a robustez do estudo em tela e assegurar a homogeneidade das variáveis num espaço de tempo relativamente curto para uma coleta de dados inédita em âmbito nacional.

Foi aplicada a Análise Envoltória dos Dados (DEA)[49] com o objetivo de determinar a eficiência dos hospitais através da comparação entre eles a partir de uma certa homogeneidade quanto às tarefas realizadas, objetivos, condições de mercado e autonomia na tomada de decisões. Mas se diferenciam nas quantidades dos recursos consumidos (*inputs*) e das saídas produzidas (*outputs*), em função de aspectos internos (COOK et al. 2008).

---

[47]Destaca que as principais fontes de dados secundários são: publicações oriundas de institutos de pesquisa e universidades, dados de fundações, agências de marketing, órgãos oficiais, associações de classe, auditorias, livros, jornais, revistas, relatórios, sistemas automatizados em ponto-de-venda, internet, dados fornecidos pelo sistema de informação de marketing, bancos de dados de outras empresas, dados de censos econômicos e populacionais.

[48] A realização de coleta eletrônica permitiu, segundo Fachini, Barbosa et ali (2014), na coleta validação dos dados e resultados parciais simultaneamente ao processo de entrada. Além disso, permitiu também adoção de procedimentos de controle de produtividade e anti-fraude, aumentando a confiabilidade dos dados coletados.

[49]Os dados coletados não possuem distribuição normal o que inviabiliza, por exemplo, outras técnicas como a análise de regressão ou a análise de fronteira estocástica.

Para análise da eficiência o conjunto das Unidades Tomadoras de Decisão – DMUs (Decision Making Unit), nesse caso os hospitais deste estudo, deve ter a mesma utilização de entradas e saídas, com variação apenas em intensidade. Nessa perspectiva, a eficiência de um hospital é sempre relativa aos demais hospitais que fazem parte da amostra do presente estudo. Pela aplicação da modelagem DEA cada observação individual é otimizada para possibilitar o cálculo de uma fronteira de eficiência, determinada pelas unidades que são Pareto eficientes (quando, e somente se, uma unidade não consegue melhorar alguma de suas características sem piorar as demais). De forma que o máximo que poderia ter sido produzido é obtido por meio da observação das unidades mais produtivas (MELLO, MEZA, GOMES e NETO, 2005). Ressalva a ser feita é a natureza determinística da técnica que pode ter os resultados da eficiência afetados por ruídos nos dados.

A escolha das variáveis de entrada e saída, a ser apresentada no item subsequente, foi feita com base na revisão de literatura e aponta o que é relevante para o desempenho dos hospitais. Pois a eficiência só é de fato efetiva quando ligada aos fatores capazes de gerar desempenho (CUNHA, 2011).

A análise de eficiência pela aplicação da técnica de análise envoltória de dados, pode ser feita em diferentes modelos, sendo os principais:

i) Modelo CCR[50] também conhecido como CRS *(Constant Returns to Scale)*, que é um modelo de retornos constantes de escala, ou seja, qualquer variação nas entradas (*inputs*) produz variação proporcional nas saídas (*outputs*) (COOK; SEIFORD, 2009). Quando orientado a *inputs* cada DMU pode escolher os pesos para as variáveis (entrada ou saída) desde que não gere uma razão superior a 1 para as outras DMUs. A estrutura matemática desses modelos permite que uma DMU seja considerada eficiente com vários conjuntos de pesos. Quando orientado a *outputs* maximiza as saídas (*outputs*) sem nenhuma alteração nas entradas (*inputs*). Indica fator pelo qual todos os produtos devem ser multiplicados para que a DMU possa atingir a fronteira eficiente (JACOBS, 2001);

50 Sigla para as iniciais dos seus autores desenvolvedores: Charnes, Cooper e Rhodes.

ii) Modelo BCC[51]: também conhecido como modelo VRS (*Variable Returns to Scale*), permite que as DMUs com baixos *inputs* tenham retornos crescentes de escala e aquelas com altos *inputs* tenham retornos decrescentes de escala. No modelo orientado a *inputs*, quando positivos, indicam retornos crescentes de escala; quando negativos, indicam retornos decrescentes de escala; caso sejam nulos, a situação é de retornos constantes de escala. Já no modelo orientado a *outputs*, quando positivos, indicam retornos decrescentes de escala; quando negativos, indicam retornos crescentes de escala; caso sejam nulos, a situação é de retornos constantes de escala (JACOBS, 2001).

Ainda sobre as ressalvas quanto à mensuração da eficiência Magnussen (1996) investiga três questões básicas, em função da aplicação do método DEA em hospitais, a saber: i) o quanto a distribuição de eficiência altera quando há variação dos vetores de *output*; ii) se há alteração do *ranking* de hospitais quando há variação dos *outputs* e iii) se há variação da escala de propriedade tecnológica quando ocorre alteração dos *outputs*. E constata que:

i) a natureza determinística do método DEA amplia a suscetibilidade para os *outliers* e por isso **o erro pode afetar a posição de eficiência dos hospitais numa dada amostra e até mesmo a própria medida de eficiência**. Embora o método considere que os *outliers* não representam apenas desvios da média, mas podem ser *benchmarks* a serem estudados;

ii) **quando há alteração da quantidade de *outputs* a média geral de eficiência pode alterar substancialmente**, reforçando a idéia que a utilização isolada do método DEA para medida de redução de custos pode não ser totalmente confiável uma vez que essa análise sofre variação pela quantidade de *inputs* e *outputs* considerados no modelo (e no limite, **a medida de eficiência baseada em somente uma unidade deve ser interpretada cuidadosamente dado que os hospitais que são comparados operam em ambientes organizacionais que não são homogêneos);**

[51] Sigla para as iniciais dos seus autores desenvolvedores: Banker, Charnes e Cooper.

iii) a **escala ótima no método DEA é uma medida teórica que para ser obtida demanda que o hospital altere seus *inputs* e *outputs* simultaneamente** . No entanto, essa alteração pode não ser confiável ou até mesmo desejável pela natureza das variáveis. Isso implica que a maioria dos hospitais envolvidos em estudos dessa natureza terá que operar numa escala de eficiência que necessariamente desvia daquela considerada ótima. O aumento ou redução do retorno de escala depende de como os *outputs* são operacionalizados dada uma quantidade fixa de *inputs* e *outputs*.

De maneira geral, os modelos de avaliação de eficiência e suas respectivas variáveis devem ser sustentados a partir de fatores considerados relevantes na perspectiva da avaliação de desempenho das organizações. Não se podem definir variáveis de insumo e produto sem que se tenha em mente o que é realmente relevante para se determinar o desempenho da organização (CUNHA, 2011).

A delimitação do percurso metodológico possibilitou, em consonância com a revisão de literatura, a **proposição da seguinte hipótese**: a Gestão de Recursos Humanos contribui para o resultado dos hospitais de pequeno porte.

Essa perspectiva norteia a análise do modelo de eficiência uma vez que a dimensão da gestão de recursos humanos compõe o conjunto de *inputs* para que o modelo de eficiência aponte aqueles que contribuem para melhoria da eficiência dos hospitais.

3.2 MODELO DE EFICIÊNCIA APLICADO

Para o presente estudo foi aplicado o modelo aditivo de retorno constante de escala, uma vez que esse arranjo permite identificar o hospital com maior produtividade e menor utilização de *inputs* e também projetar os hospitais na fronteira a partir de um padrão de *inputs* que pode levar ao aumento de *outputs*. Essa configuração para o modelo de eficiência mostra-se mais adaptado para a realidade dinâmica dos hospitais.

Rocha (2011) reforça que a avaliação de eficiência apresenta-se como uma alternativa para aplicação desta concepção teórica, pois permite comparações entre os elementos

produzidos e os recursos utilizados. Dessa maneira, pela abrangência censitária de dados, e escassez de estudos voltados para associação entre eficiência hospitalar e GRH, optou-se por considerar a maior quantidade possível de variáveis em cada categoria para análise mais ampla entre a eficiência hospitalar e a gestão de recursos humanos e assegurar assim que não houvesse exclusão prévia de fatores relevantes para tal objetivo.

A escolha das variáveis de entradas e saídas (indicadores) expressa uma combinação do mapeamento da literatura[52] (nacional e internacional) e da categorização das variáveis a partir do instrumento aplicado no censo de hospitais de pequeno porte (total de 94). O agrupamento das variáveis do instrumento de pesquisa teve como referência as categorias demonstradas por Donabedian (1980;1992) para avaliação da qualidade dos serviços de saúde:

i) **estrutura**: recursos humanos, físicos e financeiros necessários ao fornecimento de cuidado em instituições de saúde. A estrutura pode contribuir para maximizar ou minimizar o desempenho, embora poucos estudos contribuem para elucidar essa associação;

ii) **processo**: práticas de cuidado efetivamente realizadas entre os profissionais de saúde e os pacientes;

iii) **resultado**: modificações no estado de saúde dos pacientes atribuíveis às ações de cuidado podendo ser incluídos aspectos fisiológicos, físicos, psicológicos, sociais e avaliativos.

A composição das dimensões para o modelo de eficiência recupera o conteúdo dos estudos sobre eficiência em organizações de saúde e mensuração da contribuição de recursos humanos para os resultados organizacionais. O agrupamento final nas perspectivas de estrutura, processo e resultados conforme Donabedian (1992) propicia uma análise direcionada aos principais temas na interface com o objetivo do trabalho.

---

[52] Apresentada no referencial teórico através dos quadros 5 e 6.

Os quadros 12 e 13 apresentam as variáveis do instrumento de coleta de dados, aplicado no levantamento censitário junto aos HPPs, de acordo com as respectivas categorias e **dimensões de estrutura** (sete categorias e 44 variáveis) **e processo**(seis categorias e 50 variáveis) utilizadas para aplicação do modelo de eficiência. A escolha das variáveis para o modelo teve como critério a ocorrência de resposta válida que, para exceção do número de leitos que corresponde a uma quantidade, corresponde à ocorrência de cada variável na realidade do hospital de pequeno porte.

Quadro 12- Categorias e variáveis da dimensão estrutura

Categoria	Variáveis
Equipamentos	Equipo móvel
	Incubadora
	Monitor de ECG
	Monitor de pressão invasivo
	Monitor de pressão não invasivo
	Otoscópio
	Oxímetro
	Raio X até 110mA
	Raio X de 100 a 500mA
	Refrigerador para vacina e para medicamentos
	Respirador/ventilador – adulto
Força de trabalho	Compartilhamento de médicos do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede
	Disponibilidade de médico para a realização de interconsultas
	Equipe de atenção da urgência é a mesma da atenção nas enfermarias
	Número de profissionais/leito
	Presença do profissional médico na urgência/emergência em dias úteis
	Presença do profissional médico na urgência/emergência nos finais de semana
Mecanismos de gestão	Monitora indicador de Custo/internação
	Sistema de gestão próprio
	Programação física do SIA/SUS é realizada com a participação da gestão do hospital
	Programação física (SIHD)/SUS é realizada com a participação da gestão do hospital
	Auditoria hospitalar
Número de Leitos	Número total de leitos
Políticas GRH	Desenvolve ações de avaliação de desempenho
	Projetos de educação permanente
	Saúde do trabalhador
	Dispositivo de Valorização do trabalhador
	Registro de indicadores de Gestão de Recursos Humanos
	Desenvolve ações de treinamento e desenvolvimento
Salas para atendimento	Sala de cirurgia ambulatorial
	sala de curativo
	Sala de enfermagem
	Sala de gesso
	Sala de medicação
	Sala de pequenas cirurgias (sutura)
	Sala de repouso/observação adulto
	Sala de repouso/observação pediátrico
	Quarto de isolamento
	Recuperação pós anestésica
Urgência e emergência	Carrinho de emergência
	Desfibrilador
	Reanimador pulmonar (AMBU) adulto
	Reanimador pulmonar (AMBU) pediátrico
	Sala de emergência adulto

Fonte: elaborado pela autora a partir de Facchini, Barbosa et alli (2014)

Quadro 13 - Categorias e variáveis da dimensão processo

Categoria	Variáveis
Dispositivos	Dispositivo de Acessibilidade
	Dispositivo de Acolhimento
	Dispositivo de Acompanhamento da gestante
	Dispositivo de Acompanhante 24 horas para idosos
	Dispositivo de Horário de visita ampliado para além de 1 hora
	Dispositivo de Visita aberta
Monitoramento de indicadores assistenciais	Satisfação do usuário
	Taxa de cesárea
	Taxa de infecção hospitalar
	Taxa de infecção pós-cirúrgica
	Taxa de mortalidade institucional
	Taxa de ocupação hospitalar
	Tempo médio de permanência
Processo de trabalho/procedimentos	Administração de antibiótico profilático antes das cirurgias
	Adoção de cuidados com a posição do paciente e mudanças de decúbito
	Avaliação diária da pele em relação ao surgimento de lesões
	Checagem da identificação do paciente a ser operado
	Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
	Corrida de leito multiprofissional
	Dupla checagem ao preparar, dispensar e administrar medicamentos
	Gestão de risco
	Identificação do paciente em pulseira
	Identificação visual de pacientes com risco de quedas
	Normas e rotinas assistenciais
	Organização do trabalho da enfermagem
	Padronização da prescrição de drogas
	Passagem de plantão médico presencial
	Pratica as diretrizes de acolhimento
	Prontuário único
	Segurança do paciente
Regulação	Regulação de Atendimento ambulatorial geral
	Regulação de Exames
	Regulação de Internação
	Regulação de Urgências SAMU 192
	Rede cegonha
	Referência para a UPA 24 horas
	Atua de forma conjunta com a atenção básica
Serviços	Ambulatório de Especialidades
	Cirurgia ambulatorial
	Cirurgias de maior complexidades
	Urgência / Emergência
	Realiza internações
Serviços especializados	Atenção Psicossocial
	Serviço de Fisioterapia
	Serviço de Fonoaudiologia
	Serviço de imagem
	Serviço de laboratório
	Serviço de Terapia Ocupacional
	Serviço próprio de material esterilizado
	Serviço móvel de urgência SAMU

Fonte: elaborado pela autora a partir de Facchini, Barbosa et alli (2014)

Para a dimensão do resultado as variáveis consideradas como *output* dizem respeito à produtividade através da frequência e valor médio da AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e do total de procedimentos realizados. Embora não estivessem presentes no instrumento de coleta de dados foram levantadas através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Sistema de Informações Hospitalares (SIH) para o mesmo período referente à coleta de dados *in loco* (dados referentes ao ano de 2013 coletados entre janeiro a novembro de 2014).

O quadro 14 demonstra todas as categorias que foram utilizadas para o modelo de eficiência com a respectiva classificação (*input* ou *output*).

Quadro 14 - Dimensões e categorias para avaliar a eficiência dos hospitais de pequeno porte

Dimensão	Categorias	*Input*	*Output*
Estrutura	Equipamentos	x	
	Força de trabalho	x	
	Mecanismo de gestão	x	
	Número de leitos	x	
	Política de Recursos Humanos	x	
	Salas de atendimento	x	
	Urgência e emergência	x	
Processo	Dispositivos	x	
	Monitoramento indicadores assistenciais	x	
	Processo de trabalho	x	
	Regulação	x	
	Serviços especializados	x	
	Serviços ofertados	x	
Resultados	AIH (frequência)		x
	AIH (valor médio)		x
	Total de procedimentos		x

Fonte: elaborado pela autora.

Esse arranjo para o modelo de eficiência corrobora o pressuposto de que:

> "as abordagens de estrutura, processo e resultado devem guardar formas de relação entre si, e o mesmo deve ocorrer entre *inputs* e *outputs*. Ou seja, assim como a estrutura influencia os processos e os processos são condicionantes para os resultados, as variáveis de estrutura são consideradas como *inputs* para outras variáveis de estrutura, de processo ou de resultado, e as variáveis de processo são

> *inputs* para novos processos e/ ou para resultados observados" (LINS et al, 2007, p. 987).

O tratamento dos dados para o modelo de eficiência, com base nos pressupostos teóricos e metodológicos foi realizado através de software especificamente dedicado para a análise de DEA (*Banxia Frontier Analyst*). Os hospitais que apresentaram quantidade substancial de dados faltantes em relação aos *inputs* e *outputs* selecionados foram excluídos, pelas restrições do método DEA quanto a valores faltantes ou iguais a zero. Após este procedimento de consolidação permaneceram 702 hospitais para análise dos resultados.

Em síntese, a robustez do estudo consiste na representatividade da amostra e amplitude das variáveis utilizadas já que na literatura quase não existem muitas aplicações da metodologia DEA com uma quantidade maior do que 100 DMUs (MELLO, MEZA, GOMES e NETO, 2005). O quadro 15 sistematiza o percurso metodológico adotado nesta tese.

Quadro 15 - Síntese Metodológica

	Descrição Geral
Objeto de pesquisa	Eficiência hospitalar associada à GRH
Natureza da Pesquisa	Quantitativa
Método de pesquisa	Dados secundários a partir de *survey* de caráter censitário
Unidade de análise	Hospitais de Pequeno Porte
Universo	3.524 hospitais de pequeno porte brasileiros (com base no CNES em setembro de 2013)
Amostra	2.777 hospitais de pequeno porte brasileiros que foram os respondentes do instrumento de coleta de dados. Representa 78,80% do universo dessa tipologia de hospital no país
Hipótese	A Gestão de Recursos Humanos contribui para o resultado dos hospitais de pequeno porte
Análise dos dados	Análise Envoltória dos Dados (DEA), pelo modelo aditivo de retornos constantes de escala (orientação para *inputs* e *outputs*), em 702 hospitais (25,27% do total de hospitais que responderam o instrumento de coleta)

Fonte: elaborado pela autora

4. DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS

As prerrogativas metodológicas, alinhadas ao objetivo do estudo e perspectiva teórica direcionam a apresentação dos resultados a partir do modelo de eficiência, por meio da aplicação da análise envoltória de dados (DEA). Em função do grande volume de dados e múltiplas possibilidades para apresentação dos mesmos, os resultados são descritos nesta seção organizados nos seguintes subgrupos:

i) **perfil dos hospitais de pequeno porte**: valor mínimo, máximo e média para as diferentes categorias de cada dimensão (estrutura, processo e resultado). Esses dados representam o retrato dos hospitais, com base no levantamento censitário, antes da aplicação do modelo de eficiência;

ii) **caracterização dos hospitais:** por regiões e estados, quantidade de leitos e natureza jurídica de gestão;

iii) **resultado do modelo de eficiência:** classificação dos hospitais na fronteira de eficiência;

iv) **eficiência e suas diferentes dimensões:** descrição das variáveis com maior potencial para a melhoria da eficiência.

Para viabilizar uma visão geral do estudo, as seções seguintes enfatizam a descrição dos principais dados que são analisados de forma agrupada no capítulo seguinte. O quantitativo de hospitais para todas as tabelas é de 702[53], exceto na subseção 4. 4 que trata apenas dos hospitais ineficientes (essas tabelas possuem o N indicado no título). Além disso, os dados possuem uma base anual e são referentes ao ano de 2013.

[53] Com base na amostra inicial de 2.777 hospitais, para viabilizar a análise de eficiência, foram mantidos aqueles sem dados faltantes ou iguais a zero (pois essas condições inviabilizam a definição da fronteira de eficiência).

4.1 PERFIL DOS HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE NO BRASIL

Para melhor compreensão dos resultados apresenta-se nesta seção[54] o *score* de cada categoria, com base nas respectivas variáveis conforme demonstrado nos quadros 12 e 13, para as dimensões de estrutura, processo e resultados.

A média nacional do quantitativo de leitos é de 30 com um intervalo amplo (mínimo de 3 e máximo de 117). Chama a atenção a ocorrência de hospitais com mais de 50 leitos uma vez que essa quantidade representa o limite para classificação como pequeno porte.

A tabela 4 apresenta que na dimensão estrutura as **condições básicas para atendimento de urgência e emergência**, caracterizada pela existência de equipamentos[55], e de **sala de emergência** (adulto) possuem a **maior média** (84,25%) comparativamente às demais categorias. Na amostra do estudo em tela mais de 80% das variáveis dessas categorias encontram-se presentes nos hospitais de pequeno porte. Essa pode ser uma vertente para avaliar o tipo de atendimento prestado entre os hospitais de pequeno porte. Por outro lado, chama atenção a **inexistência de aproximadamente 50% de equipamentos**[56]e **salas para atendimento**[57] nos hospitais de todo país.

A categoria das **políticas de recursos humanos**[58]**possui a menor média**, ou seja, somente 40% das variáveis consideradas para o estudo em questão estão presentes entre os hospitais de pequeno porte.

---

[54] As tabelas completas por categoria, região e estado encontram-se no apêndice I.

55 Carrinho de emergência, desfribilador, reanimador pulmonar (adulto e pediátrico) e sala de emergência (adulto).

56 Equipo móvel, incubadora, monitor ECG, monitor pressão invasivo e não invasivo, otoscópio, oxímetro, raio x, refrigerador para vacina e respirador/ventilador adulto.

57Salas para cirurgia ambulatorial e pequenas cirurgias, curativo, enfermagem, gesso, medicação, repouso/observação, pós anestésica e isolamento.

58 Capacitação, educação permanente, desempenho, saúde do trabalhador, dispositivo valorização do trabalhador e registro de indicadores da GRH.

O valor máximo de 100% indica que pelo menos um hospital na amostra apresenta todas as variáveis avaliadas. Os valores mínimos indicam a existência de hospitais que não possuem estrutura suficiente para atendimento da população.

Tabela 4 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para as categorias da dimensão de estrutura

	%			
	Mínimo	**Máximo**	**Média**	**Desvio Padrão**
Equipamentos	9,09	100,00	50,06	18,13
Força de trabalho	16,67	100,00	66,99	18,90
Mecanismos de Gestão	20,00	100,00	57,41	20,99
Políticas de GRH	16,67	100,00	39,64	23,09
Salas atendimento	10,00	100,00	56,78	23,18
Urgência e emergência	20,00	100,00	84,25	20,34

Fonte: elaborado pela autora

A tabela 5 demonstra que na dimensão de processos a **oferta de serviços especializados**[59]**possui a menor média nacional** (48,35%). Por outro lado **mais de 70% das variáveis de processos de trabalho**[60]**e serviços**[61]**estão presentes na realidade dos hospitais brasileiros de pequeno porte.**

[59] Atenção psicossocial, fisioterapia, fonoaudiologia, imagem, laboratório, terapia ocupacional, material esterilizados e móvel de urgência.

60 Antibiótico profilático antes de cirurgias, cuidados com posição do paciente, avaliação diária da pele, identificação do paciente a ser operado, comissão de controle de infecção hospitalar, corrida de leito multiprofissional, dupla checagem ao preparar, dispensar e administrar medicamentos, gestão de risco, identificação do paciente em pulseira, identificação visual de pacientes com risco de quedas, normas e rotinas assistenciais, organização do trabalho da enfermagem, padronização da prescrição de drogas, passagem de plantão médico presencial, diretrizes de acolhimento, prontuário único e segurança do paciente.

61 Ambulatório de especialidades, cirurgia ambulatorial, cirurgias de maior complexidade, urgência e emergência, internações.

Tabela 5 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para as categorias da dimensão de processo

	%			
	Mínimo	**Máximo**	**Média**	**Desvio Padrão**
Dispositivos	16,67	100,00	68,69	22,13
Monitoramento Indicadores Assistenciais	14,29	100,00	56,61	26,47
Processo de trabalho	25,00	100,00	72,98	13,52
Regulação	14,29	100,00	63,94	21,86
Serviços	20,00	100,00	71,98	20,46
Serviços Especializados	12,50	100,00	48,35	18,77

Fonte: elaborado pela autora

Na dimensão de resultados tem destaque a grande amplitude entre os valores mínimos e máximos para a frequência e valor médio das AIHs e também do total de procedimentos realizados pelos hospitais de pequeno porte.

Tabela 6 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para as categorias da dimensão de resultados

	Mínimo	**Máximo**	**Média**	**Desvio Padrão**
AIH - Frequência	1	4.956	812	704
AIH - Valor médio	202,65	2.301,85	425,41	151,91
Procedimentos	217	390.734	33.648	46.152

Fonte: elaborado pela autora

O perfil dos hospitais de pequeno porte, a partir das dimensões e categorias do estudo, evidencia lacunas importantes especialmente nas dimensões de estrutura e resultados que podem representar, ao mesmo tempo, potencial de melhoria naquelas categorias com menor frequência (ou menor valor médio) na realidade desses equipamentos de saúde.

4.2 CARACTERIZAÇÃO DOS HOSPITAIS

A distribuição geral de todos os hospitais de pequeno porte, independente de sua classificação como eficiente ou ineficiente, é feita por estado, região, quantidade de leitos e natureza jurídica[62]. A totalização dos percentuais (100%) nas tabelas está na linha horizontal de cada estado uma vez que os hospitais só foram comparados com aqueles do mesmo estado para definição do escore de eficiência, conforme demonstrado no percurso metodológico (semelhanças de perfil populacional, distribuição geográfica, ocorrência de doenças).

A tabela 7 apresenta a distribuição dos hospitais por estado e região, com concentração na região Nordeste (44,73%). As regiões Centro Oeste, Nordeste e Sul possuem nessa amostra percentual superior comparativamente ao universo nacional de hospitais de pequeno porte (3524 hospitais, conforme tabela 01) e a amostra dos hospitais que responderam ao instrumento de coleta de dados do estudo censitário (2.777, conforme tabela 03). Isso significa que nessas regiões foi menor o índice de respostas ausentes ou insuficientes fornecidas pelos hospitais no levantamento censitário. Para as regiões Sudeste e Norte a situação é oposta, ou seja, quantidade menor de hospitais pela maior ocorrência de respostas incompletas que inviabilizam a inclusão dos hospitais no modelo de eficiência.

Por outro lado, independente da região os estados do Paraná (14,39%), Bahia (13,82%) e Goiás (11,54%) possuem quantitativo maior de hospitais de pequeno porte, na amostra para o modelo de eficiência do estudo em tela, comparativamente aos demais estados. Os estados de Sergipe, Amapá, Rondônia, Tocantins, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul possuem total de 5 ou menos hospitais no modelo de eficiência. Importante destacar que nenhum hospital de pequeno porte do Distrito Federal (total de 25) e do estado de Roraima (total de 13) permaneceu no modelo de eficiência pela insuficiência de respostas. Por esse motivo não consta nas tabelas a seguir informações sobre o Distrito Federal e estado de Roraima.

---

[62] Por natureza jurídica define-se a esfera de gestão (público ou privado) acrescida do ente público ao qual o hospital está vinculado.

Tabela 7 - Hospitais por região e estado

Região/Estado	Qtde	Total
Centro Oeste	**130**	**18,52%**
Goiás	81	11,54%
Mato Grosso	19	2,71%
Mato Grosso do Sul	30	4,27%
Nordeste	**314**	**44,73%**
Alagoas	21	2,99%
Bahia	97	13,82%
Ceará	37	5,27%
Maranhão	44	6,27%
Paraíba	11	1,57%
Pernambuco	63	8,97%
Piauí	21	2,99%
Rio Grande do Norte	17	2,42%
Sergipe	3	0,43%
Norte	**56**	**7,98%**
Acre	9	1,28%
Amapá	2	0,28%
Amazonas	17	2,42%
Pará	20	2,85%
Rondônia	4	0,57%
Tocantins	4	0,57%
Sudeste	**73**	**10,40%**
Espírito Santo	15	2,14%
Minas Gerais	35	4,99%
Rio de Janeiro	5	0,71%
São Paulo	18	2,56%
Sul	**129**	**18,38%**
Paraná	101	14,39%
Rio Grande do Sul	4	0,57%
Santa Catarina	24	3,42%
Total	**702**	**100,00%**

Fonte: elaborado pela autora

Em relação ao intervalo da quantidade de número de leitos, a tabela 8 demonstra que predominam hospitais com até 39 leitos por instituição (78,78%) independente da região. Em relação aos hospitais acima de 50 leitos tem destaque a região Norte com a inexistência de hospitais desse porte (apenas 1 hospital no estado do Pará) e os estados de Goiás, Bahia, Piauí e Paraná com no mínimo 5 hospitais com essa característica.

Tabela 8 - Hospitais por região, estado e número de leitos

	Intervalo de leitos											
Região/estado	**0 a 19**		**20 a 29**		**30 a 39**		**40 a 49**		**acima de 50**		**total**	
Centro Oeste	**42**	**32,31%**	**42**	**32,31%**	**33**	**25,38%**	**3**	**2,31%**	**10**	**7,69%**	**130**	**100,00%**
Goiás	31	38,27%	21	25,93%	18	22,22%	3	3,70%	8	9,88%	81	100,00%
Mato Grosso	4	21,05%	7	36,84%	7	36,84%	0	0,00%	1	5,26%	19	100,00%
Mato Grosso do Sul	7	23,33%	14	46,67%	8	26,67%	0	0,00%	1	3,33%	30	100,00%
Nordeste	**63**	**20,06%**	**101**	**32,17%**	**74**	**23,57%**	**48**	**15,29%**	**28**	**8,92%**	**314**	**100,00%**
Alagoas	2	9,52%	2	9,52%	6	28,57%	8	38,10%	3	14,29%	21	100,00%
Bahia	16	16,49%	31	31,96%	27	27,84%	16	16,49%	7	7,22%	97	100,00%
Ceará	12	32,43%	11	29,73%	4	10,81%	7	18,92%	3	8,11%	37	100,00%
Maranhão	4	9,09%	23	52,27%	9	20,45%	7	15,91%	1	2,27%	44	100,00%
Paraíba	4	36,36%	0	0,00%	3	27,27%	1	9,09%	3	27,27%	11	100,00%
Pernambuco	20	31,75%	21	33,33%	15	23,81%	4	6,35%	3	4,76%	63	100,00%
Piauí	3	14,29%	4	19,05%	7	33,33%	2	9,52%	5	23,81%	21	100,00%
Rio Grande do Norte	2	11,76%	8	47,06%	2	11,76%	3	17,65%	2	11,76%	17	100,00%
Sergipe	0	0,00%	1	33,33%	1	33,33%	0	0,00%	1	33,33%	3	100,00%
Norte	**12**	**21,43%**	**24**	**42,86%**	**7**	**12,50%**	**12**	**21,43%**	**1**	**1,79%**	**56**	**100,00%**
Acre	5	55,56%	2	22,22%	1	11,11%	1	11,11%	0	0,00%	9	100,00%
Amapá	0	0,00%	1	50,00%	0	0,00%	1	50,00%	0	0,00%	2	100,00%
Amazonas	3	17,65%	9	52,94%	1	5,88%	4	23,53%	0	0,00%	17	100,00%
Pará	4	20,00%	6	30,00%	4	20,00%	5	25,00%	1	5,00%	20	100,00%
Rondônia	0	0,00%	2	50,00%	1	25,00%	1	25,00%	0	0,00%	4	100,00%
Tocantins	0	0,00%	4	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	100,00%
Sudeste	**9**	**12,33%**	**17**	**23,29%**	**27**	**36,99%**	**12**	**16,44%**	**8**	**10,96%**	**73**	**100,00%**
Espírito Santo	1	6,67%	5	33,33%	5	33,33%	3	20,00%	1	6,67%	15	100,00%
Minas Gerais	5	14,29%	7	20,00%	14	40,00%	5	14,29%	4	11,43%	35	100,00%
Rio de Janeiro	0	0,00%	1	20,00%	2	40,00%	1	20,00%	1	20,00%	5	100,00%
São Paulo	3	16,67%	4	22,22%	6	33,33%	3	16,67%	2	11,11%	18	100,00%
Sul	**18**	**13,95%**	**43**	**33,33%**	**41**	**31,78%**	**14**	**10,85%**	**13**	**10,08%**	**129**	**100,00%**
Paraná	18	17,82%	38	37,62%	27	26,73%	10	9,90%	8	7,92%	101	100,00%
Rio Grande do Sul	0	0,00%	0	0,00%	3	75,00%	0	0,00%	1	25,00%	4	100,00%
Santa Catarina	0	0,00%	5	20,83%	11	45,83%	4	16,67%	4	16,67%	24	100,00%
Total	**144**	**20,51%**	**227**	**32,34%**	**182**	**25,93%**	**89**	**12,68%**	**60**	**8,55%**	**702**	**100,00%**

Fonte: elaborado pela autora

A natureza jurídica predominante é de hospitais públicos municipais especialmente nas regiões Centro Oeste, Nordeste e Sul (acima de 50%). Na região Norte a distribuição entre os públicos estadual e municipal é praticamente igual e na região Sudeste a frequência é maior para os hospitais privados sem fins lucrativos. É inexpressiva a quantidade de hospitais públicos federais.

Tabela 9 - Hospitais por região, estado e natureza jurídica

Região/estado	Privado com fins lucrativos		Privado sem fins lucrativos		Público Estadual		Público Federal		Público Municipal		Total	
Centro Oeste	**12**	**9,23%**	**19**	**14,62%**	**1**	**0,77%**	**1**	**0,77%**	**97**	**74,62%**	**130**	**100,00%**
Goiás	9	11,11%	4	4,94%	1	1,23%	1	1,23%	66	81,48%	81	100,00%
Mato Grosso	3	15,79%	3	15,79%	0	0,00%	0	0,00%	13	68,42%	19	100,00%
Mato Grosso do Sul	0	0,00%	12	40,00%	0	0,00%	0	0,00%	18	60,00%	30	100,00%
Nordeste	**8**	**2,55%**	**16**	**5,10%**	**32**	**10,19%**	**4**	**1,27%**	**254**	**80,89%**	**314**	**100,00%**
Alagoas	1	4,76%	0	0,00%	3	14,29%	0	0,00%	17	80,95%	21	100,00%
Bahia	4	4,12%	7	7,22%	8	8,25%	2	2,06%	76	78,35%	97	100,00%
Ceará	0	0,00%	2	5,41%	0	0,00%	0	0,00%	35	94,59%	37	100,00%
Maranhão	1	2,27%	0	0,00%	4	9,09%	1	2,27%	38	86,36%	44	100,00%
Paraíba	1	9,09%	0	0,00%	2	18,18%	0	0,00%	8	72,73%	11	100,00%
Pernambuco	0	0,00%	2	3,17%	2	3,17%	0	0,00%	59	93,65%	63	100,00%
Piauí	1	4,76%	1	4,76%	7	33,33%	0	0,00%	12	57,14%	21	100,00%
Rio Grande do Norte	0	0,00%	3	17,65%	4	23,53%	1	5,88%	9	52,94%	17	100,00%
Sergipe	0	0,00%	1	33,33%	2	66,67%	0	0,00%	0	0,00%	3	100,00%
Norte	**2**	**3,57%**	**1**	**1,79%**	**27**	**48,21%**	**2**	**3,57%**	**24**	**42,86%**	**56**	**100,00%**
Acre	0	0,00%	0	0,00%	9	100,00%	0	0,00%	0	0,00%	9	100,00%
Amapá	0	0,00%	0	0,00%	1	50,00%	0	0,00%	1	50,00%	2	100,00%
Amazonas	1	5,88%	0	0,00%	14	82,35%	0	0,00%	2	11,76%	17	100,00%
Pará	1	5,00%	1	5,00%	2	10,00%	2	10,00%	14	70,00%	20	100,00%
Rondônia	0	0,00%	0	0,00%	1	25,00%	0	0,00%	3	75,00%	4	100,00%
Tocantins	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	100,00%	4	100,00%
Sudeste	**3**	**4,11%**	**40**	**54,79%**	**2**	**2,74%**	**0**	**0,00%**	**28**	**38,36%**	**73**	**100,00%**
Espírito Santo	1	6,67%	7	46,67%	2	13,33%	0	0,00%	5	33,33%	15	100,00%
Minas Gerais	2	5,71%	25	71,43%	0	0,00%	0	0,00%	8	22,86%	35	100,00%
Rio de Janeiro	0	0,00%	1	20,00%	0	0,00%	0	0,00%	4	80,00%	5	100,00%
São Paulo	0	0,00%	7	38,89%	0	0,00%	0	0,00%	11	61,11%	18	100,00%
Sul	**19**	**14,73%**	**34**	**26,36%**	**4**	**3,10%**	**2**	**1,55%**	**70**	**54,26%**	**129**	**100,00%**
Paraná	17	16,83%	18	17,82%	3	2,97%	2	1,98%	61	60,40%	101	100,00%
Rio Grande do Sul	0	0,00%	3	75,00%	0	0,00%	0	0,00%	1	25,00%	4	100,00%
Santa Catarina	2	8,33%	13	54,17%	1	4,17%	0	0,00%	8	33,33%	24	100,00%
Total	**44**	**6,27%**	**110**	**15,67%**	**66**	**9,40%**	**9**	**1,28%**	**473**	**67,38%**	**702**	**100,00%**

Fonte: elaborado pela autora

A caracterização geral dos hospitais, quanto às regiões do país, porte/número de leitos e natureza jurídica, constitui elemento importante para interpretação dos resultados do modelo de eficiência.

4.3 RESULTADOS DO MODELO DE EFICIÊNCIA

O resultado do modelo de eficiência, conforme tabela 10, demonstra que **46,87%** dos hospitais (329 unidades) atingiram a fronteira de **eficiência**, com predomínio das **regiões Norte e Sudeste** (62,50% e 56,16% respectivamente). Embora com uma frequência pequena

de hospitais, os estados de **Sergipe, Amapá, Rondônia, Tocantins, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul possuem todos os hospitais, que fazem parte do modelo, na fronteira de eficiência**. Ainda os estados do Mato Grosso, Ceará, Piauí, Rio Grande do Norte, Pará e Espírito Santo apresentam mais de 60% de hospitais eficientes. Por outro lado, **53,13%** (373 unidades) dos hospitais, comparativamente pela fronteira do modelo aplicado, foram considerados **ineficientes** com maior incidência para as regiões **Centro Oeste e Sul** (58,46% e 63,57% respectivamente). Os estados de Goiás, Pernambuco, Minas Gerais e Rio Grande do Sul possuem acima de 60% de hospitais ineficientes. Já em relação às características regionais somente as regiões Norte e Sudeste possuem mais de 50% dos hospitais da amostra na fronteira de eficiência.

Quanto ao número de leitos, independente da região, é maior a frequência de hospitais eficientes que possuem acima de 30 leitos e entre os hospitais ineficientes a maior concentração está no intervalo entre 20 e 29 leitos (20,51%) e 0 a 19 leitos (15,10%). Importante destacar que entre os hospitais acima de 50 leitos, quase a totalidade, está na fronteira de eficiência. As diferenças desse padrão ocorreram: i) na região Norte com percentual maior de hospitais eficientes, comparativamente aos ineficientes, no intervalo de 20 a 29 leitos (23,21%) e ii) na região Sul com percentual maior de hospitais ineficientes no intervalo de 30 a 39 leitos e percentual equivalente para aqueles com 40 a 49 leitos.

Tabela 10 - Hospitais eficientes e ineficientes por número de leitos, região e estado

	1 - Eficiente												2 - Ineficiente													
Região/Estado	0 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		acima de 50		Total 1		0 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		acima de 50		Total 2		Total Geral	
Centro Oeste	**8**	**6,15%**	**19**	**14,62%**	**17**	**13,08%**	**1**	**0,77%**	**9**	**6,92%**	**54**	**41,54%**	**34**	**26,15%**	**23**	**17,69%**	**16**	**12,31%**	**2**	**1,54%**	**1**	**0,77%**	**76**	**58,46%**	**130**	**100,00%**
Goiás	3	3,70%	7	8,64%	8	9,88%	1	1,23%	7	8,64%	26	32,10%	28	34,57%	14	17,28%	10	12,35%	2	2,47%	1	1,23%	55	67,90%	81	100,00%
Mato Grosso	2	10,53%	5	26,32%	5	26,32%		0,00%	1	5,26%	13	68,42%	2	10,53%	2	10,53%	2	10,53%		0,00%		0,00%	6	31,58%	19	100,00%
Mato Grosso do Sul	3	10,00%	7	23,33%	4	13,33%		0,00%	1	3,33%	15	50,00%	4	13,33%	7	23,33%	4	13,33%		0,00%		0,00%	15	50,00%	30	100,00%
Nordeste	**18**	**5,73%**	**35**	**11,15%**	**44**	**14,01%**	**31**	**9,87%**	**24**	**7,64%**	**152**	**48,41%**	**45**	**14,33%**	**66**	**21,02%**	**30**	**9,55%**	**17**	**5,41%**	**4**	**1,27%**	**162**	**51,59%**	**314**	**100,00%**
Alagoas	1	4,76%		0,00%	4	19,05%	5	23,81%	2	9,52%	12	57,14%	1	4,76%	2	9,52%	2	9,52%	3	14,29%	1	4,76%	9	42,86%	21	100,00%
Bahia	3	3,09%	8	8,25%	15	15,46%	11	11,34%	4	4,12%	41	42,27%	13	13,40%	23	23,71%	12	12,37%	5	5,15%	3	3,09%	56	57,73%	97	100,00%
Ceará	7	18,92%	7	18,92%	3	8,11%	4	10,81%	3	8,11%	24	64,86%	5	13,51%	4	10,81%	1	2,70%	3	8,11%		0,00%	13	35,14%	37	100,00%
Maranhão	3	6,82%	13	29,55%	6	13,64%	3	6,82%	1	2,27%	26	59,09%	1	2,27%	10	22,73%	3	6,82%	4	9,09%		0,00%	18	40,91%	44	100,00%
Paraíba		0,00%		0,00%	2	18,18%	1	9,09%	3	27,27%	6	54,55%	4	36,36%		0,00%	1	9,09%		0,00%		0,00%	5	45,45%	11	100,00%
Pernambuco	1	1,59%		0,00%	6	9,52%	2	3,17%	3	4,76%	12	19,05%	19	30,16%	21	33,33%	9	14,29%	2	3,17%		0,00%	51	80,95%	63	100,00%
Piauí	2	9,52%	1	4,76%	6	28,57%	2	9,52%	5	23,81%	16	76,19%	1	4,76%	3	14,29%	1	4,76%		0,00%		0,00%	5	23,81%	21	100,00%
Rio Grande do Norte	1	5,88%	5	29,41%	1	5,88%	3	17,65%	2	11,76%	12	70,59%	1	5,88%	3	17,65%	1	5,88%		0,00%		0,00%	5	29,41%	17	100,00%
Sergipe		0,00%	1	33,33%	1	33,33%		0,00%	1	33,33%	3	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	3	100,00%
Norte	**4**	**7,14%**	**13**	**23,21%**	**7**	**12,50%**	**10**	**17,86%**	**1**	**1,79%**	**35**	**62,50%**	**8**	**14,29%**	**11**	**19,64%**		**0,00%**	**2**	**3,57%**		**0,00%**	**21**	**37,50%**	**56**	**100,00%**
Acre	1	11,11%	2	22,22%	1	11,11%	1	11,11%		0,00%	5	55,56%	4	44,44%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	44,44%	9	100,00%
Amapá		0,00%	1	50,00%		0,00%	1	50,00%		0,00%	2	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	100,00%
Amazonas	1	5,88%	3	17,65%	1	5,88%	3	17,65%		0,00%	8	47,06%	2	11,76%	6	35,29%		0,00%	1	5,88%		0,00%	9	52,94%	17	100,00%
Pará	2	10,00%	1	5,00%	4	20,00%	4	20,00%	1	5,00%	12	60,00%	2	10,00%	5	25,00%		0,00%	1	5,00%		0,00%	8	40,00%	20	100,00%
Rondônia		0,00%	2	50,00%	1	25,00%	1	25,00%		0,00%	4	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	100,00%
Tocantins		0,00%	4	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	100,00%
Sudeste	**3**	**4,11%**	**8**	**10,96%**	**14**	**19,18%**	**9**	**12,33%**	**7**	**9,59%**	**41**	**56,16%**	**6**	**8,22%**	**9**	**12,33%**	**13**	**17,81%**	**3**	**4,11%**	**1**	**1,37%**	**32**	**43,84%**	**73**	**100,00%**
Espírito Santo	1	6,67%	4	26,67%	5	33,33%	3	20,00%	1	6,67%	14	93,33%		0,00%	1	6,67%		0,00%		0,00%		0,00%	1	6,67%	15	100,00%
Minas Gerais	1	2,86%		0,00%	6	17,14%	4	11,43%	3	8,57%	14	40,00%	4	11,43%	7	20,00%	8	22,86%	1	2,86%	1	2,86%	21	60,00%	35	100,00%
Rio de Janeiro		0,00%	1	20,00%	2	40,00%	1	20,00%	1	20,00%	5	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	5	100,00%
São Paulo	1	5,56%	3	16,67%	1	5,56%	1	5,56%	2	11,11%	8	44,44%	2	11,11%	1	5,56%	5	27,78%	2	11,11%		0,00%	10	55,56%	18	100,00%
Sul	**5**	**3,88%**	**8**	**6,20%**	**17**	**13,18%**	**7**	**5,43%**	**10**	**7,75%**	**47**	**36,43%**	**13**	**10,08%**	**35**	**27,13%**	**24**	**18,60%**	**7**	**5,43%**	**3**	**2,33%**	**82**	**63,57%**	**129**	**100,00%**
Paraná	5	4,95%	7	6,93%	8	7,92%	6	5,94%	5	4,95%	31	30,69%	13	12,87%	31	30,69%	19	18,81%	4	3,96%	3	2,97%	70	69,31%	101	100,00%
Rio Grande do Sul		0,00%		0,00%	3	75,00%		0,00%	1	25,00%	4	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	100,00%
Santa Catarina		0,00%	1	4,17%	6	25,00%	1	4,17%	4	16,67%	12	50,00%		0,00%	4	16,67%	5	20,83%	3	12,50%		0,00%	12	50,00%	24	100,00%
Total	**38**	**5,41%**	**83**	**11,82%**	**99**	**14,10%**	**58**	**8,26%**	**51**	**7,26%**	**329**	**46,87%**	**106**	**15,10%**	**144**	**20,51%**	**83**	**11,82%**	**31**	**4,42%**	**9**	**1,28%**	**373**	**53,13%**	**702**	**100,00%**

Fonte: elaborado pela autora

O resultado do modelo de eficiência quanto à natureza jurídica evidencia a maior parte dos hospitais de gestão pública municipal fora da fronteira de eficiência conforme demonstrado na tabela 11. Em âmbito nacional os hospitais privados com e sem fins lucrativos, públicos estaduais e federais a frequência maior é de hospitais eficientes. As configurações que diferenciam dessa referência em nível regional são: i) no Nordeste é equivalente a frequência de hospitais eficientes e ineficientes classificados como privados sem fins lucrativos; ii) no Norte é maior a frequência de hospitais públicos municipais na fronteira de eficiência; iii) no Sudeste é equivalente a distribuição entre os hospitais eficientes e ineficientes na gestão pública municipal e iv) no Sul a menor a frequência de hospitais eficientes entre os hospitais privados com e sem lucrativos e também públicos estaduais.

Tabela 11 - Distribuição dos hospitais eficientes e ineficientes por natureza jurídica, região e estado

	1 – Eficiente												2 – Ineficiente											
Região/Estado	Privado com fins lucrativos		Privado sem fins lucrativos		Público Estadual		Público Federal		Público Municipal		Total 1		Privado com fins lucrativos		Privado sem fins lucrativos		Público Estadual		Público Federal		Público Municipal		Total 2		Total Geral	
Centro Oeste	**8**	**6,15%**	**10**	**7,69%**		**0,00%**		**0,00%**	**36**	**27,69%**	**54**	**41,54%**	**4**	**3,08%**	**9**	**6,92%**	**1**	**0,77%**	**1**	**0,77%**	**61**	**46,92%**	**76**	**58,46%**	**130**	**100,00%**
Goiás	5	6,17%	3	3,70%		0,00%		0,00%	18	22,22%	26	32,10%	4	4,94%	1	1,23%	1	1,23%	1	1,23%	48	59,26%	55	67,90%	81	100,00%
Mato Grosso	3	15,79%	2	10,53%		0,00%		0,00%	8	42,11%	13	68,42%		0,00%	1	5,26%		0,00%		0,00%	5	26,32%	6	31,58%	19	100,00%
Mato Grosso do Sul		0,00%	5	16,67%		0,00%		0,00%	10	33,33%	15	50,00%		0,00%	7	23,33%		0,00%		0,00%	8	26,67%	15	50,00%	30	100,00%
Nordeste	**4**	**1,27%**	**11**	**3,50%**	**26**	**8,28%**	**2**	**0,64%**	**109**	**34,71%**	**152**	**48,41%**	**4**	**1,27%**	**5**	**1,59%**	**6**	**1,91%**	**2**	**0,64%**	**145**	**46,18%**	**162**	**51,59%**	**314**	**100,00%**
Alagoas	1	4,76%		0,00%	3	14,29%		0,00%	8	38,10%	12	57,14%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	9	42,86%	9	42,86%	21	100,00%
Bahia	2	2,06%	6	6,19%	5	5,15%		0,00%	28	28,87%	41	42,27%	2	2,06%	1	1,03%	3	3,09%	2	2,06%	48	49,48%	56	57,73%	97	100,00%
Ceará		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	24	64,86%	24	64,86%		0,00%	2	5,41%		0,00%		0,00%	11	29,73%	13	35,14%	37	100,00%
Maranhão		0,00%		0,00%	4	9,09%	1	2,27%	21	47,73%	26	59,09%	1	2,27%		0,00%		0,00%		0,00%	17	38,64%	18	40,91%	44	100,00%
Paraíba	1	9,09%		0,00%	2	18,18%		0,00%	3	27,27%	6	54,55%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	5	45,45%	5	45,45%	11	100,00%
Pernambuco		0,00%	2	3,17%	2	3,17%		0,00%	8	12,70%	12	19,05%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	51	80,95%	51	80,95%	63	100,00%
Piauí		0,00%	1	4,76%	5	23,81%		0,00%	10	47,62%	16	76,19%	1	4,76%		0,00%	2	9,52%		0,00%	2	9,52%	5	23,81%	21	100,00%
Rio Grande do Norte		0,00%	1	5,88%	3	17,65%	1	5,88%	7	41,18%	12	70,59%		0,00%	2	11,76%	1	5,88%		0,00%	2	11,76%	5	29,41%	17	100,00%
Sergipe		0,00%	1	33,33%	2	66,67%		0,00%		0,00%	3	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	3	100,00%
Norte	**2**	**3,57%**	**1**	**1,79%**	**14**	**25,00%**	**1**	**1,79%**	**17**	**30,36%**	**35**	**62,50%**		**0,00%**		**0,00%**	**13**	**23,21%**	**1**	**1,79%**	**7**	**12,50%**	**21**	**37,50%**	**56**	**100,00%**
Acre		0,00%		0,00%	5	55,56%		0,00%		0,00%	5	55,56%		0,00%		0,00%	4	44,44%		0,00%		0,00%	4	44,44%	9	100,00%
Amapá		0,00%		0,00%	1	50,00%		0,00%	1	50,00%	2	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	2	100,00%
Amazonas	1	5,88%		0,00%	5	29,41%		0,00%	2	11,76%	8	47,06%		0,00%		0,00%	9	52,94%		0,00%		0,00%	9	52,94%	17	100,00%
Pará	1	5,00%	1	5,00%	2	10,00%	1	5,00%	7	35,00%	12	60,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	5,00%	7	35,00%	8	40,00%	20	100,00%
Rondônia		0,00%		0,00%	1	25,00%		0,00%	3	75,00%	4	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	100,00%
Tocantins		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	100,00%	4	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	100,00%
Sudeste	**3**	**4,11%**	**22**	**30,14%**	**2**	**2,74%**		**0,00%**	**14**	**19,18%**	**41**	**56,16%**		**0,00%**	**18**	**24,66%**		**0,00%**		**0,00%**	**14**	**19,18%**	**32**	**43,84%**	**73**	**100,00%**
Espírito Santo	1	6,67%	7	46,67%	2	13,33%		0,00%	4	26,67%	14	93,33%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	6,67%	1	6,67%	15	100,00%
Minas Gerais	2	5,71%	11	31,43%		0,00%		0,00%	1	2,86%	14	40,00%		0,00%	14	40,00%		0,00%		0,00%	7	20,00%	21	60,00%	35	100,00%
Rio de Janeiro		0,00%	1	20,00%		0,00%		0,00%	4	80,00%	5	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	5	100,00%
São Paulo		0,00%	3	16,67%		0,00%		0,00%	5	27,78%	8	44,44%		0,00%	4	22,22%		0,00%		0,00%	6	33,33%	10	55,56%	18	100,00%
Sul	**7**	**5,43%**	**16**	**12,40%**		**0,00%**	**2**	**1,55%**	**22**	**17,05%**	**47**	**36,43%**	**12**	**9,30%**	**18**	**13,95%**	**4**	**3,10%**		**0,00%**	**48**	**37,21%**	**82**	**63,57%**	**129**	**100,00%**
Paraná	5	4,95%	6	5,94%		0,00%	2	1,98%	18	17,82%	31	30,69%	12	11,88%	12	11,88%	3	2,97%		0,00%	43	42,57%	70	69,31%	101	100,00%
Rio Grande do Sul		0,00%	3	75,00%		0,00%		0,00%	1	25,00%	4	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	100,00%
Santa Catarina	2	8,33%	7	29,17%		0,00%		0,00%	3	12,50%	12	50,00%		0,00%	6	25,00%	1	4,17%		0,00%	5	20,83%	12	50,00%	24	100,00%
Total	**24**	**3,42%**	**60**	**8,55%**	**42**	**5,98%**	**5**	**0,71%**	**198**	**28,21%**	**329**	**46,87%**	**20**	**2,85%**	**50**	**7,12%**	**24**	**3,42%**	**4**	**0,57%**	**275**	**39,17%**	**373**	**53,13%**	**702**	**100,00%**

Fonte: elaborado pela autora

De acordo com as tabelas 12 a 14, a seguir, é possível visualizar, como esperado, que os hospitais eficientes possuem estrutura, processos e resultados com padrão superior àqueles não eficientes em âmbito nacional.

Para cada região os valores assinalados em negrito são aqueles que apresentam diferença estatisticamente significativa entre as médias dos hospitais eficientes e ineficientes (com intervalo de confiança de 95%), ou seja, as práticas entre os hospitais atingiram a fronteira de eficiência daqueles que não fazem parte dela podem ser caracterizadas de forma efetivamente distinta no conjunto das variáveis que compõem as categorias. Entretanto, pela natureza da técnica utilizada vale relembrar que o *score* é representativo da categoria que agrupa diferentes variáveis e por esse motivo não é possível especificar as variáveis que possuem maior diferença ou semelhança entre os hospitais.

A comparação, entre os hospitais eficientes e ineficientes, na dimensão de estrutura evidencia:

i) mesmo padrão entre as práticas dos hospitais eficientes e ineficientes na região Sudeste para todas as categorias de análise;

ii) na região Norte somente a categoria das políticas de recursos humanos possui padrão superior dos hospitais eficientes em relação aos ineficientes;

iii) nas regiões Centro Oeste e Nordeste somente as práticas referentes à categoria força de trabalho possuem padrão próximo entre os hospitais eficientes e ineficientes. Para as demais categorias as práticas dos hospitais eficientes é superior;

iv) na região Sul as condições referentes às salas de atendimento e urgência e emergência são equivalentes entre os hospitais eficientes e ineficientes.

Tabela 12 - Média dos *inputs* da dimensão de estrutura por região

	Centro Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Brasil	
	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente
Equipamentos	**56,82**	**48,60**	**49,48**	**38,01**	49,47	45,04	68,52	60,80	**62,25**	**53,78**	54,91	45,96
Força de trabalho	71,44	67,54	68,76	69,39	62,26	52,27	65,45	67,19	**68,99**	**61,13**	68,12	66,03
Número de leitos	31,24	22,18	35,84	25,89	31,40	22,29	37,12	29,44	35,45	27,83	34,72	25,66
Mecanismos de Gestão	**64,04**	**56,11**	**61,16**	**53,20**	51,32	50,61	60,93	56,77	**67,07**	**53,55**	61,40	54,03
Políticas de GRH	**51,35**	**38,89**	**43,74**	**31,36**	**41,67**	**27,27**	48,37	37,50	**52,54**	**33,94**	46,59	33,75
Salas atendimento	**68,27**	**54,49**	**63,09**	**49,97**	58,73	50,91	62,68	53,75	58,48	52,06	62,75	51,73
Urgência e emergência	**91,15**	**84,87**	**84,16**	**77,58**	84,71	73,64	91,22	90,63	90,43	86,02	87,14	81,79

Fonte: elaborado pela autora

Para a dimensão de processo a comparação entre hospitais eficientes e ineficientes demonstra:

i) mesmo padrão entre as práticas dos hospitais eficientes e ineficientes na região Norte para todas as categorias;

ii) na região Sudeste somente as categorias de serviços e monitoramento dos indicadores assistenciais indicam padrão superior dos hospitais eficientes em relação aos ineficientes;

iii) nas regiões Centro Oeste e Sul somente a categoria regulação possui padrão próximo entre os hospitais eficientes e ineficientes. Para as demais categorias as práticas dos hospitais eficientes é superior;

iv) na região Nordeste somente as práticas referentes aos dispositivos são equivalentes entre os hospitais eficientes e ineficientes. Para as demais categorias as práticas dos hospitais eficientes é superior.

Tabela 13 - Média dos *inputs* da dimensão de processo por região

	Centro Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Brasil	
	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente
Dispositivos	**73,72**	**72,01**	73,74	67,19	63,73	63,64	65,85	60,94	**72,10**	**62,25**	71,44	66,37
Monitoramento Indicadores Assistenciais	**74,27**	**51,74**	**61,22**	**41,76**	55,46	52,60	**78,92**	**52,68**	**81,36**	**49,66**	67,85	47,08
Processo de trabalho	**71,71**	**78,80**	**72,85**	**65,92**	70,87	68,60	78,90	79,83	**82,69**	**75,90**	75,78	70,62
Regulação	70,34	72,15	**70,10**	**63,67**	62,11	67,42	51,22	48,44	58,23	56,97	65,19	62,88
Serviços	**77,44**	**69,15**	**76,15**	**68,47**	73,92	66,06	**80,49**	**68,13**	**78,26**	**65,30**	76,98	67,75
Serviços Especializados	**54,09**	**44,78**	**55,25**	**42,85**	54,04	48,86	50,91	43,14	**54,35**	**41,65**	54,25	43,36

Fonte: elaborado pela autora

Em relação às variáveis de resultado, de acordo com a tabela 14:

i) a frequência de AIHs possui padrão superior entre os hospitais eficientes em todas as regiões;

ii) o valor médio das AIHs é equivalente entre hospitais eficientes e ineficientes somente na região Norte. Para as demais regiões é superior entre os hospitais eficientes;

iii) o total de procedimentos realizados é equivalente entre hospitais eficientes e ineficientes nas regiões Centro Oeste e Sudeste.

Tabela 14 - Média dos *inputs* da dimensão de resultados por região

	Centro Oeste		Nordeste		Norte		Sudeste		Sul		Brasil	
	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente	Eficiente	Não eficiente
AIH Frequência	**1.111**	**556**	**1.130**	**575**	**1.124**	**562**	**1.218**	**622**	**929**	**507**	1.109	560
Valor médio AIH	**461,79**	**348,70**	**443,40**	**379,90**	447,00	345,52	**515,89**	**432,84**	**559,01**	**423,58**	472,50	385,51
Procedimentos	35.487	24.729	**49.837**	**31.517**	**74.106**	**24.649**	46.063	20.545	**19.018**	**8.895**	45.199	23.861

Fonte: elaborado pela autora

A fronteira de eficiência é caracterizada por hospitais públicos de gestão municipal com quantitativo de leitos superior a 30 e com as práticas de estrutura, processo e resultados com padrão diferenciado em relação aos hospitais ineficientes. Destaque para estados que, embora com frequência pequena de hospitais, possuem todos os hospitais na amostra do estudo na fronteira de eficiência como Sergipe, Amapá, Rondônia, Tocantins, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul.

A próxima seção elucida as variáveis que potencializam, conforme modelo aplicado, a melhoria de eficiência dos hospitais que não atingiram a fronteira.

4.4 EFICIÊNCIA E SUAS DIFERENTES DIMENSÕES

A partir do resultado do modelo de eficiência (ver item 4.3) foi possível identificar as principais características dos hospitais que não atingiram a fronteira de eficiência quanto à distribuição nas regiões do país, número de leitos e natureza jurídica[63]. Essa delimitação serve como referência para o detalhamento do grupo de hospitais ineficientes frente ao conteúdo relacionado com a melhoria da eficiência. Pois

Para cada categoria, com seu respectivo agrupamento de variáveis, é calculado percentual de incremento necessário para atingir o alvo que desloca a unidade para a fronteira de eficiência. A tabela 15 apresenta por região a média de melhoria necessária para os *inputs* e *outputs* para cada agrupamento de variáveis.

[63] As tabelas detalhadas com essa a caracterização dos hospitais ineficientes quanto à distribuição regional, número de leitos e natureza jurídica encontra-se no apêndice II.

Tabela 15 - Média de melhoria dos *inputs* e *outputs* necessária para hospitais ineficientes atingirem fronteira de eficiência, por região e estado(N=373)

	Equipamento	Força de trabalho	Mecanismos gestão	Número de leitos	Políticas RH	Salas atendimento	Urgência e emergência	Dispositivos	Monitoramento indicadores assistenciais	Processo de trabalho	Regulação	Serviços	Serviços especializados	AIH Frequência	AIH valor médio	Total de procedimentos
								%								
Centro Oeste	**31,09**	**23,40**	**34,25**	**49,19**	**77,75**	**41,05**	**18,91**	**18,36**	**51,38**	**20,69**	**21,46**	**19,51**	**21,53**	**273,76**	**32,56**	**238,78**
Goiás	32,02	26,08	33,80	62,97	98,27	47,76	25,29	15,06	66,77	28,64	20,52	24,17	24,66	348,16	46,82	217,90
Mato Grosso	43,98	20,69	9,35	29,94	7,20	10,33	12,04	25,02	43,31	6,15	4,49	5,96	6,08	170,48	10,64	188,49
Mato Grosso do Sul	20,41	17,91	51,23	24,18	67,02	42,39	6,03	23,06	14,94	8,44	34,73	15,50	22,83	138,28	7,95	327,03
Nordeste	**38,11**	**11,20**	**24,02**	**36,60**	**45,44**	**41,36**	**24,04**	**24,41**	**66,14**	**16,40**	**22,31**	**21,86**	**41,31**	**376,01**	**15,23**	**317,62**
Alagoas	53,42	6,28	30,73	20,82	60,63	42,31	26,10	24,77	26,83	17,76	4,16	18,42	62,39	153,52	9,40	27,85
Bahia	45,01	6,93	15,03	26,19	39,70	56,46	30,71	24,27	41,39	17,88	22,13	15,63	54,29	115,29	15,21	289,39
Ceará	21,02	11,69	27,13	34,60	11,69	11,34	18,14	4,87	44,04	12,46	21,53	17,95	10,44	157,14	4,95	282,08
Maranhão	39,59	6,85	12,53	31,49	37,62	31,61	45,80	14,45	55,83	12,97	11,57	10,58	27,58	57,83	8,50	637,15
Paraíba	32,63	19,25	26,69	93,45	42,74	38,16	11,33	48,04	128,95	8,81	2,00	8,40	28,07	252,39	10,36	676,45
Pernambuco	40,15	24,69	51,74	64,56	87,20	67,04	14,14	53,64	141,61	27,80	46,75	53,93	53,71	1310,68	29,51	314,90
Piauí	21,71	1,00	14,60	14,40	9,65	4,46	4,87	1,04	29,96	0,95	10,13	6,66	7,06	252,30	17,04	151,39
Rio Grande do Norte	36,14	11,23	1,48	26,61	52,39	4,31	12,81	2,59	66,75	8,33	16,81	11,89	56,16	273,77	12,94	126,25
Sergipe	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Norte	**23,46**	**25,20**	**22,09**	**36,64**	**41,23**	**32,80**	**17,73**	**19,02**	**30,52**	**11,96**	**12,24**	**21,09**	**15,82**	**102,59**	**11,26**	**111,99**
Acre	41,21	22,07	72,70	75,68	43,42	85,56	19,90	0,00	96,67	8,18	1,84	29,36	13,74	215,58	5,72	143,11
Amapá	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Amazonas	43,25	42,74	32,80	41,14	72,21	44,11	36,41	17,21	28,84	20,78	18,95	40,93	34,25	143,11	24,84	192,02
Pará	10,40	24,30	1,25	33,56	34,54	15,84	9,75	38,63	17,45	12,15	17,33	11,04	9,00	68,61	7,85	85,96
Rondônia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tocantins	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sudeste	**26,22**	**10,67**	**34,72**	**31,55**	**60,56**	**40,95**	**11,89**	**21,18**	**42,57**	**7,45**	**5,05**	**27,99**	**27,62**	**101,10**	**15,86**	**388,34**
Espírito Santo	0,00	1,44	0,91	3,19	0,00	0,97	0,65	0,00	4,89	0,49	0,00	0,83	1,14	2,62	1,13	5,82
Minas Gerais	30,58	12,17	48,17	19,11	77,06	67,15	18,29	36,35	55,44	7,61	5,22	40,97	32,72	90,05	17,11	363,17
Rio de Janeiro	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
São Paulo	46,86	18,39	46,39	88,14	95,78	34,70	12,13	15,21	60,78	14,98	10,34	33,16	47,45	232,74	30,10	863,94
Sul	**26,88**	**34,16**	**60,27**	**13,25**	**74,01**	**28,21**	**19,20**	**16,58**	**48,78**	**16,44**	**23,41**	**34,65**	**72,03**	**183,53**	**35,57**	**950,83**
Paraná	26,01	36,55	67,42	10,42	86,30	23,76	21,78	19,14	53,60	16,67	26,01	39,61	87,57	222,34	38,37	1063,46
Rio Grande do Sul	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Santa Catarina	35,02	29,78	40,19	27,38	34,60	51,65	11,57	8,55	36,60	18,22	16,38	19,57	18,64	50,76	29,72	635,33
Total geral	**32,34**	**18,74**	**33,54**	**34,12**	**57,91**	**38,16**	**20,43**	**21,08**	**54,92**	**15,92**	**19,76**	**24,35**	**39,84**	**271,31**	**21,93**	**410,33**

Fonte: elaborado pela autora

A combinação das variáveis com maior potencial para melhoria da eficiência dos hospitais de pequeno porte é diferente região do país. Apresentam-se a seguir as três variáveis que possuem maior score para alcance da fronteira de eficiência:

i) Centro Oeste: políticas de RH, número de leitos e monitoramento indicadores assistenciais;

ii) Nordeste: monitoramento de indicadores assistenciais, políticas de RH e serviços especializados;

iii) Norte: políticas de RH, número de leitos e salas de atendimento;

iv) Sudeste: políticas de RH, número de leitos e monitoramento indicadores assistenciais;

v) Sul: políticas de RH, serviços especializados e mecanismos de gestão.

Na perspectiva estadual registra-se a seguir para todos os ***inputs*** do modelo a necessidade de maior ou menor ajuste.

i) **políticas de recursos humanos** (57,91%): os estados do **Mato Grosso, Ceará, Piauí e Espírito Santo** são aqueles que demonstram **menor dependência** dessa dimensão para atingir a fronteira de eficiência (7,20%, 11,69%, 9,65% e 0% respectivamente). Por outro lado, os estados com **maior índice de ajuste necessário são**: **Goiás** (98,27%), **Pernambuco** (87,20%), **Amazonas** (72,21%), **Minas Gerais** (77,06%), **São Paulo** (95,78%) e **Paraná** (86,30%);

ii) **monitoramento de indicadores assistenciais** (54,92%): os estados com menor necessidade de ajuste dessa dimensão são: **Mato Grosso do Sul** (14,94%), **Pará** (17,45%) e **Espírito Santo** (4,89%). e Já os estados com maior percentual de melhoria são: **Paraíba** (128,95%), **Pernambuco** (141,61%) e **Acre** (96,67%);

iii) **serviços e especialidades** (39,84%): os estados com menor necessidade de ajuste dessa dimensão são: **Mato Grosso** (6,08%), **Piauí** (7,06%), **Pará** (9%) e **Espírito Santo** (1,14%). Já os estados com maior percentual de melhoria são: **Alagoas** (62,39%) e **Paraná** (87,57%);

iv) **salas de atendimento** (38,16%): os estados com menor necessidade de ajuste dessa dimensão são: **Piauí** (4,46%), **Rio Grande do Norte** (4,31%) e **Espírito Santo** (0,97%). Já os estados com maior percentual de melhoria são: **Pernambuco** (67,04%), **Acre** (85,56%) e **Minas Gerais** (67,15%);

v) **número de leitos** (34,12%): os estados com menor necessidade de ajuste dessa dimensão são: **Espírito Santo** (3,19%) e **Paraná** (10,42%). Já os estados com maior percentual de melhoria são: **Paraíba** (93,45%), **Acre** (75,68%) e **São Paulo** (88,14%);

vi) **mecanismos de gestão** (33,54%): os estados com menor necessidade de ajuste dessa dimensão são: **Mato Grosso** (9,35%), **Rio Grande do Norte** (1,48%), **Pará** (1,25%) e **Espírito Santo** (0,91%). Já os estados com maior percentual de melhoria são: **Acre** (72,70%) e **Paraná** (67,42%);

vii) **equipamentos** (32,34%): os estados com menor necessidade de ajuste dessa dimensão são: **Pará** (10,4%) e **Espírito Santo** (0%). Já os estados com maior percentual de melhoria são: **Alagoas** (53,42%), **Bahia** (45,01%) e **São Paulo** (46,86%).

Importante destacar que o conjunto das principais variáveis, que podem contribuir para melhoria da eficiência, possui arranjos específicos para uma composição que maximize a eficiência. Destaque para o estado do Espírito Santo que possui menor necessidade de incremento em todos as variáveis com seus hospitais bastante próximos da fronteira de eficiência.

Por outro lado, os ***outputs*** demonstram uma necessidade de aumento expressivo para o **total de procedimentos realizados** nos hospitais, independente da região, e também da **quantidade de AIHs** que está diretamente relacionada ao quantitativo de procedimentos,

conforme a configuração por região e estado:

i) **total de procedimentos realizados** (410,33%): os estados com **menor índice de ajuste necessário são: Espírito Santo** (5,82%), **Alagoas** (27,85%) **e Pará** (85,96%). Por outro lado, os estados do **Paraná** (1063,46%), **São Paulo** (863,94%), **Paraíba** (676,45%), **Maranhão** (637,15%), **Santa Catarina** (635,33%), **Minas Gerais** (363,17%), **Mato Grosso do Sul** (327,03%) e **Pernambuco**(314,90%) são aqueles que precisariam no mínimo triplicar sua produtividade;

ii) **frequência de AIHs** (271,31%): os estados com menor necessidade de ajuste dessa dimensão são: **Maranhão** (57,63%), **Pará** (68,61%),**Espírito Santo** (2,62%), e **Santa Catarina** (50,76%). Já os estados com maior percentual de melhoria são: **Goiás** (348,16%), **Pernambuco** (1310,8%).

Com base no número de leitos a tabela 16, a seguir, demonstra que o percentual de incremento, para as todas as variáveis do modelo, é decrescente quanto maior o número de leitos e que a partir de 50 leitos não necessita aumento dessa variável para melhoria da eficiência dos hospitais, que comparativamente aos demais se encontram próximos da fronteira de eficiência.

Tabela 16 - Média de melhoria dos *inputs* necessária para hospitais ineficientes atingirem fronteira de eficiência, por número de leitos (N=373)

Intervalo de leitos	Equipamento	Força de trabalho	Mecanismos gestão	Número de leitos	Politicas RH	Salas atendimento	Urgência e emergência	Dispositivos	Monitoramento indicadores assistenciais	Processo de trabalho	Regulação	Serviços	Serviços especializados	AIH Frequência	AIH valor médio	Total de procedimentos
								%								
0 a 19	53,52	22,41	46,68	103,69	86,55	59,43	27,81	25,82	100,86	27,08	27,74	38,63	53,64	874,71	41,52	658,93
20 a 29	39,30	23,02	39,10	31,93	70,16	45,17	28,56	25,04	65,76	19,33	26,51	29,73	48,46	197,87	26,55	409,22
30 a 39	20,88	18,49	28,52	7,78	44,47	33,67	12,52	17,08	35,15	9,41	15,05	16,16	35,55	90,41	12,58	454,72
40 a 49	22,64	12,24	25,37	4,01	35,86	17,96	16,04	19,15	27,77	11,45	11,21	18,80	23,26	29,41	11,28	175,62
acima de 50	4,35	4,11	8,26	0,00	16,31	4,15	2,53	9,74	3,93	2,55	2,01	2,82	11,69	8,51	1,52	31,42
Total geral	**32,34**	**18,74**	**33,54**	**34,12**	**57,91**	**38,16**	**20,43**	**21,08**	**54,92**	**15,92**	**19,76**	**24,35**	**39,84**	**271,31**	**21,93**	**410,33**

Fonte: elaborado pela autora

No entanto, cada intervalo de leitos apresenta um arranjo específico das variáveis com potencial de melhoria. A variável do número de leitos somente tem efeito mais significativo para a eficiência entre os hospitais menores (0 a 19 leitos), e demonstra que a capacidade

deveria ser o dobro em relação à disponibilidade atual de leitos. Ao mesmo tempo o incremento necessário para o total de procedimentos e a frequência de AIHs é superior a cinco vezes ao praticado na realidade atual dos hospitais ineficientes.

Para cada região, de acordo com o número de leitos, a tabela 17 evidencia que independente da região os ***inputs*** **predominantes** para a melhoria da eficiência são: **política de recursos humanos, monitoramento indicadores assistenciais e mecanismos de gestão**. Para a região Norte, o número de leitos especialmente para os hospitais de 0 a 19 leitos, na região Sudeste a quantidade e disponibilidade de salas para atendimento e na região Sul a oferta de serviços especializados.

Para os ***outputs*** evidencia-se em todas as regiões a necessidade de incremento, de no mínimo o dobro, para o **total de procedimentos** e para a **frequência de AIHs**. Os estados da região Sul, exceto para os que possuem mais de 50 leitos, demonstram a necessidade maior para o total de procedimentos.

Tabela 17 - Média de melhoria dos *inputs* e *outputs* necessária para hospitais ineficientes atingirem fronteira de eficiência, por região e número de leitos(N=373)

	Equipamento	Força de trabalho	Mecanismos gestão	Número de leitos	Políticas RH	Salas atendimento	Urgência e emergência	Dispositivos	Monitoramento indicadores assistenciais	Processo de trabalho	Regulação	Serviços	Serviços especializados	AIH Frequência	AIH valor médio	Total de procedimentos
								%								
Centro Oeste	**31,09**	**23,40**	**34,25**	**49,19**	**77,75**	**41,05**	**18,91**	**18,36**	**51,38**	**20,69**	**21,46**	**19,51**	**21,53**	**273,76**	**32,56**	**238,78**
0 a 19	47,30	26,80	40,86	120,81	113,99	66,35	30,30	14,47	80,95	35,20	23,84	22,34	40,50	567,50	58,71	315,26
20 a 29	20,04	26,27	31,97	26,48	88,04	41,12	17,04	34,91	51,53	16,71	25,59	25,63	16,13	174,12	26,06	380,42
30 a 39	28,88	17,47	29,04	6,33	34,54	20,36	9,96	7,62	28,48	12,81	19,10	9,40	11,79	122,15	14,66	50,37
40 a 49	85,33	50,33	139,77	-0,03	104,23	42,90	47,13	20,57	43,57	27,93	27,80	63,23	5,77	126,53	52,97	43,57
acima de 50	0,45	8,63	1,60	0,00	17,00	2,25	0,00	0,00	4,46	0,29	0,00	2,16	1,37	3,04	3,04	3,04
Nordeste	**38,11**	**11,20**	**24,02**	**36,60**	**45,44**	**41,36**	**24,04**	**24,41**	**66,14**	**16,40**	**22,31**	**21,86**	**41,31**	**376,01**	**15,23**	**317,62**
0 a 19	66,49	15,58	43,69	104,94	53,85	54,84	33,21	28,86	114,09	25,94	38,22	39,67	54,18	1341,36	25,13	622,41
20 a 29	49,07	12,32	28,22	39,63	50,86	51,15	35,86	27,09	84,12	23,09	30,21	27,72	55,37	233,38	21,12	260,14
30 a 39	20,72	9,34	16,22	8,65	46,83	44,00	12,38	24,01	47,94	8,63	12,42	12,35	31,91	114,05	9,22	333,70
40 a 49	24,08	10,23	15,21	4,99	42,46	18,94	17,90	25,01	30,07	9,49	12,02	12,28	28,56	28,23	7,44	168,78
acima de 50	4,72	3,85	0,36	0,00	8,41	7,13	2,14	4,71	3,37	3,13	1,78	2,27	8,39	6,97	0,89	51,83
Norte	**23,46**	**25,20**	**22,09**	**36,64**	**41,23**	**32,80**	**17,73**	**19,02**	**30,52**	**11,96**	**12,24**	**21,09**	**15,82**	**102,59**	**11,26**	**111,99**
0 a 19	42,97	37,23	58,32	98,70	61,48	85,57	27,48	45,15	95,17	22,04	15,72	38,89	27,19	203,68	17,73	165,17
20 a 29	26,16	36,23	18,84	36,13	53,14	32,64	25,70	16,18	17,71	13,98	14,97	25,64	18,33	127,21	15,02	161,09
30 a 39	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
40 a 49	14,21	7,91	7,08	0,00	24,66	2,20	3,87	11,24	11,83	5,83	11,44	8,23	9,98	20,66	4,81	35,28
acima de 50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Sudeste	**26,22**	**10,67**	**34,72**	**31,55**	**60,56**	**40,95**	**11,89**	**21,18**	**42,57**	**7,45**	**5,05**	**27,99**	**27,62**	**101,10**	**15,86**	**388,34**
0 a 19	63,61	2,94	66,62	166,36	101,89	79,67	12,00	23,20	131,20	14,07	3,23	60,73	30,07	456,90	49,39	88,11
20 a 29	30,03	7,01	34,25	21,81	98,41	62,72	21,01	13,49	52,02	8,63	8,45	26,15	27,12	87,42	15,67	120,76
30 a 39	25,05	20,19	41,06	14,00	57,74	33,94	9,79	24,96	32,01	5,21	5,39	33,75	33,20	64,09	14,41	872,88
40 a 49	10,64	7,32	16,05	4,77	3,22	23,97	11,53	4,36	9,28	10,53	4,21	11,55	18,43	3,80	4,27	149,04
acima de 50	3,36	0,00	6,45	0,00	29,19	0,26	0,00	47,71	8,40	0,39	0,00	0,30	20,93	0,79	0,79	18,36
Sul	**26,88**	**34,16**	**60,27**	**13,25**	**74,01**	**28,21**	**19,20**	**16,58**	**48,78**	**16,44**	**23,41**	**34,65**	**72,03**	**183,53**	**35,57**	**950,83**
0 a 19	24,58	35,90	52,98	31,40	146,01	31,81	11,22	30,08	89,68	21,98	20,42	61,79	111,81	614,48	70,66	2203,21
20 a 29	46,16	43,94	84,83	20,83	96,36	35,17	27,25	20,11	68,80	20,26	32,31	42,16	89,07	220,75	50,54	1040,05
30 a 39	15,55	37,88	46,94	4,60	47,07	31,29	18,76	9,92	25,50	12,48	25,45	19,68	68,86	54,97	17,92	800,84
40 a 49	21,80	18,89	59,35	4,31	36,12	17,61	17,33	18,23	46,02	20,24	10,69	46,93	24,36	42,13	27,09	370,44
acima de 50	7,50	4,05	32,15	0,00	26,12	1,90	7,04	5,45	2,28	4,58	5,42	6,26	21,93	21,44	2,28	19,75
Total geral	**32,34**	**18,74**	**33,54**	**34,12**	**57,91**	**38,16**	**20,43**	**21,08**	**54,92**	**15,92**	**19,76**	**24,35**	**39,84**	**271,31**	**21,93**	**410,33**

Fonte: elaborado pela autora

Ainda, de acordo com a caracterização dos hospitais ineficientes quanto ao número de leitos com predomínio das instituições com até 29 leitos, vale destacar para cada variável as ocorrências quando o percentual de melhoria é maior em hospitais com número de leitos acima de 30:

i) equipamentos, força de trabalho, mecanismos de gestão, políticas de RH, regulação e serviços são variáveis que na região Centro Oeste possuem maior percentual de ajuste entre hospitais de 40 a 49 leitos;

ii) força de trabalho, serviços especializados e total de procedimentos demandam maior incremento para os hospitais de 30 a 39 leitos na região Sudeste, assim como os dispositivos para as instituições que possuem mais de 50 leitos

Com base na **natureza jurídica** dos hospitais, conforme tabela 18, os **principais *inputs* e *outputs***, com no mínimo 30% de melhoria para alcance da fronteira de eficiência são:

i) privados com fins lucrativos: força de trabalho, mecanismos de gestão, política de recursos humanos, monitoramento indicadores assistenciais, regulação, serviços, serviços especializados, AIH frequência e total de procedimentos;

ii) privados sem fins lucrativos: política de recursos humanos, mecanismos de gestão e monitoramento indicadores assistenciais, AIH frequência e total de procedimentos;

iii) público estadual: política de recursos humanos, mecanismos de gestão, monitoramento indicadores assistenciais, serviços especializados, AIH frequência e total de procedimentos;

iv) público federal: política de recursos humanos, monitoramento indicadores assistenciais, salas de atendimento, AIH frequência e total de procedimentos;

v) público municipal: equipamentos, mecanismos de gestão, número de leitos, política de recursos humanos, salas de atendimento, monitoramento indicadores assistenciais, serviços especializados, AIH frequência e total de procedimentos.

Em relação aos *outputs*, de acordo com a natureza jurídica, para melhoria da eficiência destaca-se o total de procedimentos para os hospitais privados com e sem fins lucrativos. E a frequência de AIHs para os públicos estaduais e municipais.

Tabela 18 - Média de melhoria dos *inputs* necessária para hospitais ineficientes atingirem fronteira de eficiência, por natureza jurídica (N=373)

	Equipamento	Força de trabalho	Mecanismos gestão	Número de leitos	Políticas RH	Salas atendimento	Urgência e emergência	Dispositivos	Monitoramento indicadores assistenciais	Processo de trabalho	Regulação	Serviços	Serviços especializados	AIH Frequência	AIH valor médio	Total de procedimentos
								%								
Privado com fins lucrativos	20,57	47,83	49,51	10,93	62,03	16,41	12,64	8,49	44,09	11,10	33,22	30,66	44,11	41,28	18,90	1330,95
Privado sem fins lucrativos	26,93	21,23	38,45	13,86	46,33	28,21	16,76	18,56	33,71	9,74	19,59	22,87	32,81	75,31	14,90	654,03
Público Estadual	21,50	16,89	32,75	29,60	39,85	27,24	15,17	7,16	36,48	11,73	7,67	18,20	31,50	160,66	15,17	140,68
Público Federal	29,16	17,13	10,19	12,93	81,09	41,17	24,13	24,36	50,51	14,18	22,42	13,07	8,13	86,16	17,68	136,37
Público Municipal	36,27	15,74	31,46	42,02	62,30	43,96	22,68	24,72	63,52	18,42	20,18	25,18	42,84	357,25	24,86	310,86
Total geral	**32,34**	**18,74**	**33,54**	**34,12**	**57,91**	**38,16**	**20,43**	**21,08**	**54,92**	**15,92**	**19,76**	**24,35**	**39,84**	**271,31**	**21,93**	**410,33**

Fonte: elaborado pela autora

Com base na distribuição dos hospitais por região e a natureza jurídica, embora a caracterização geral evidencie maior frequência dos públicos municipais é importante destacar que esse padrão não é o mesmo para todas as variáveis conforme demonstrado na tabela 19. Na região Centro Oeste o percentual de melhoria para serviços especializados e AIH frequência é maior entre os hospitais públicos estaduais; na região Nordeste os hospitais privados com fins lucrativos demandam maior investimento para melhoria da regulação, serviços e total de procedimentos; na região norte para quase totalidade das variáveis os hospitais públicos estaduais precisam de ajuste maior que os demais (exceto para as variáveis de dispositivo, regulação e total de procedimentos); na região Sudeste é maior a necessidade de incremento dos hospitais privados sem fins lucrativos para o total de procedimentos e na região Sul também os privados com fins lucrativos demonstram carência maior de melhoria para força de trabalho, regulação, serviços e total de procedimentos.

Especificamente para a variável da **política de recursos humanos** o maior percentual de melhoria para a fronteira de eficiência na região Centro Oeste está entre os hospitais públicos de gestão federal, na região Nordeste entre os públicos de gestão municipal e privados com fins lucrativos, na região Norte entre os públicos de gestão estadual, nas regiões Sudeste e Sul entre os públicos de gestão municipal.

Tabela 19 - Média de melhoria dos *inputs* necessária para hospitais ineficientes atingirem fronteira de eficiência, por região e natureza jurídica (N=373)

	Equipamento	Força de trabalho	Mecanismos gestão	Número de leitos	Políticas RH	Salas atendimento	Urgência e emergência	Dispositivos	Monitoramento indicadores assistenciais	Processo de trabalho	Regulação	Serviços	Serviços especializados	AIH Frequência	AIH valor médio	Total de procedimentos
								%								
Centro Oeste	**31,09**	**23,40**	**34,25**	**49,19**	**77,75**	**41,05**	**18,91**	**18,36**	**51,38**	**20,69**	**21,46**	**19,51**	**21,53**	**273,76**	**32,56**	**238,78**
Privado com fins lucrativos	13,98	47,87	9,30	23,23	72,81	14,44	12,38	7,31	38,31	8,63	8,59	20,06	15,88	32,90	15,38	1114,08
Privado sem fins lucrativos	41,31	14,15	80,11	19,61	37,51	16,98	7,82	21,55	15,19	9,38	31,13	12,39	12,16	78,31	7,95	250,54
Público Estadual	18,60	32,10	0,00	109,80	39,30	22,70	0,40	0,00	1,40	50,50	0,00	0,00	64,20	850,70	1,40	155,00
Público Federal	82,00	128,30	91,70	48,90	691,30	25,30	149,90	0,00	248,00	95,30	152,20	0,00	0,00	237,30	146,90	146,90
Público Municipal	30,81	21,02	28,12	57,58	80,32	49,41	20,73	19,48	58,57	23,32	20,03	21,24	23,84	336,27	38,65	130,01
Nordeste	**38,11**	**11,20**	**24,02**	**36,60**	**45,44**	**41,36**	**24,04**	**24,41**	**66,14**	**16,40**	**22,31**	**21,86**	**41,31**	**376,01**	**15,23**	**317,62**
Privado com fins lucrativos	21,98	7,90	23,41	10,96	47,90	10,76	3,45	2,05	50,38	8,69	37,71	25,59	42,19	18,09	14,34	2066,33
Privado sem fins lucrativos	36,45	8,24	15,46	19,23	40,47	15,41	19,27	0,64	24,63	9,73	21,79	12,06	37,86	86,44	4,21	306,48
Público Estadual	4,98	1,94	3,94	9,97	20,53	3,38	5,66	1,45	24,86	6,26	3,09	3,00	32,67	154,68	8,54	79,60
Público Federal	43,38	6,48	0,00	10,10	0,00	86,30	14,95	3,65	36,13	4,05	10,58	22,55	18,30	108,58	2,43	149,10
Público Municipal	42,81	12,73	27,49	42,28	49,53	48,03	27,45	29,83	74,93	18,53	24,46	24,73	42,95	437,62	16,99	295,88
Norte	**23,46**	**25,20**	**22,09**	**36,64**	**41,23**	**32,80**	**17,73**	**19,02**	**30,52**	**11,96**	**12,24**	**21,09**	**15,82**	**102,59**	**11,26**	**111,99**
Privado com fins lucrativos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Privado sem fins lucrativos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Público Estadual	40,97	34,26	44,89	51,13	59,94	56,29	29,56	10,83	50,38	15,81	12,54	35,56	26,15	161,96	17,55	168,61
Público Federal	3,45	0,00	0,00	13,55	19,25	0,00	3,75	102,30	31,05	8,05	3,65	13,70	0,00	51,90	1,25	242,00
Público Municipal	8,38	20,25	1,04	26,84	27,18	13,20	7,81	23,66	11,95	9,45	14,13	8,06	7,50	52,85	6,44	51,46
Sudeste	**26,22**	**10,67**	**34,72**	**31,55**	**60,56**	**40,95**	**11,89**	**21,18**	**42,57**	**7,45**	**5,05**	**27,99**	**27,62**	**101,10**	**15,86**	**388,34**
Privado com fins lucrativos	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Privado sem fins lucrativos	21,62	13,66	34,40	15,19	51,93	35,52	10,93	19,94	33,25	6,07	4,13	23,91	28,55	60,84	10,42	559,54
Público Estadual	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Público Municipal	37,47	8,29	41,37	60,56	83,71	56,02	15,39	26,73	63,50	10,75	7,26	38,83	31,23	176,67	26,45	213,13
Sul	**26,88**	**34,16**	**60,27**	**13,25**	**74,01**	**28,21**	**19,20**	**16,58**	**48,78**	**16,44**	**23,41**	**34,65**	**72,03**	**183,53**	**35,57**	**950,83**
Privado com fins lucrativos	29,56	77,19	98,92	6,03	77,49	24,36	19,99	14,19	56,71	16,61	55,62	47,57	74,36	67,20	28,02	1508,55
Privado sem fins lucrativos	21,44	40,84	31,90	6,97	48,79	32,73	27,94	24,24	49,88	14,56	30,88	33,26	47,93	87,63	29,53	1173,45
Público Estadual	33,68	23,80	205,78	36,13	78,88	36,70	5,45	33,50	62,73	24,18	17,20	36,35	65,78	107,53	63,20	507,53
Público Federal	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Público Municipal	29,17	20,80	56,96	17,34	87,14	27,38	16,08	13,01	46,68	17,34	12,07	32,72	85,52	271,27	39,99	743,82
Total geral	**32,34**	**18,74**	**33,54**	**34,12**	**57,91**	**38,16**	**20,43**	**21,08**	**54,92**	**15,92**	**19,76**	**24,35**	**39,84**	**271,31**	**21,93**	**410,33**

Fonte: elaborado pela autora

Em síntese, o modelo de eficiência aplicado demonstra que a dimensão de resultados, procedimentos realizados e AIH(frequência e valor) possui contribuição expressiva para melhoria do desempenho dos hospitais de pequeno porte juntamente com as políticas de GRH na dimensão de estrutura. A combinação ótima das variáveis que contribuem para a melhoria

da eficiência sofre influência da variável referente ao número de leitos e também da esfera jurídica da instituição.

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Os resultados do modelo de eficiência evidenciaram diferentes perspectivas relevantes sobre o desempenho dos hospitais de pequeno porte e a contribuição da gestão de recursos humanos. Para orientar a análise, é apresentado um quadro síntese para as principais temáticas que foram descritas no capítulo anterior e também resultados de outros estudos sobre eficiência hospitalar para complementar as reflexões quando pertinente (embora a variável sobre o número de leitos, para efeito de classificação do porte, nem sempre seja explicitada). De maneira geral, foi possível observar uma certa homogeneidade nos resultados baseada no número de leitos e natureza jurídica. Assim a análise considera os aspectos gerais, a partir dessa caracterização, e destaca o que está diferente dessa perspectiva geral.

A análise do modelo de eficiência, com característica fortemente quantitativa, possibilita reflexões importantes para interpretação da realidade dos hospitais de pequeno porte e auxilia inclusive na formulação de novas hipóteses com potencial de subsidiar estudos futuros nesse campo do conhecimento.

5.1 PERFIL DOS HOSPITAIS E CARACTERIZAÇÃO GERAL

A aplicação do modelo de eficiência em 702 hospitais traduz um paradoxo típico de estudos dessa natureza, pois representam 25,27% da amostra inicial de referência[64] (2.777 hospitais que participaram do estudo censitário) e ao mesmo tempo uma base com um quantitativo inédito de unidades entre os estudos nacionais. Essa condição consolida a confiabilidade dos dados pela amplitude da frequência de todas as variáveis estudadas no modelo de eficiência.

O quadro 16 a seguir apresenta a síntese do perfil e da caracterização geral do total de hospitais de pequeno porte que tiveram sua eficiência avaliada pela análise envoltória de dados.

---

[64] O modelo foi aplicado para o total de 2777 hospitais, mas pela natureza da técnica aplicada (DEA) permaneceram somente os que não apresentaram variáveis com valor igual a zero.

Quadro 16- Síntese da caracterização geral de todos os hospitais

Item	Amostra do estudo em tela (antes do modelo de eficiência)	Hospitais Eficientes	Hospitais Ineficientes
Total de unidades	702 hospitais	329 unidades (46,87%)	373 unidades (53,13%)
Distribuição	Maior frequência de hospitais na região Nordeste	Norte e Sudeste (62,50% e 56,16% respectivamente)	Centro Oeste e Sul (58,46% e 63,57% respectivamente)
Número de leitos	Maior frequência de hospitais com 20 a 29 leitos	Maior frequência de hospitais com 30 a 39 leitos	Maior frequência de hospitais com 20 a 29 leitos
Esfera de gestão	Maior frequência de hospitais de gestão pública municipal	Maior frequência de hospitais privados com e sem fins lucrativos e públicos estaduais	Maior frequência de hospitais de gestão pública municipal

Fonte: elaborado pela autora

A distribuição do total de hospitais de pequeno porte pelas regiões e estados brasileiros, com predominância no Nordeste, evidencia a prerrogativa histórica no país da construção de hospitais de pequeno porte para suprir carências regionais de saúde, inclusive como mecanismo político em municípios, por exemplo, com baixa densidade populacional. A criação de pequenos hospitais, principalmente em municípios do interior, deve-se aos mecanismos de investimento tradicionais no Brasil, particularmente às emendas parlamentares que, raras vezes, têm em consideração as necessidades de saúde mais prementes da localidade (UGÁ e LÓPEZ, 2007).

Esse ponto é importante, uma vez que a amostra que foi utilizada como base do modelo de eficiência replica a distribuição geral dos HPPs no Brasil, com exceção das regiões **Norte e Sudeste,** que possuem percentual menor de hospitais na distribuição geral, mas foram as regiões com **maior percentual de hospitais eficientes**. Chama a atenção o fato de que a região Sudeste foi aquela com maior redução dos hospitais da amostra inicial para a amostra do estudo, ou seja, aonde ocorreu maior frequência de hospitais com respostas insuficientes nas variáveis que foram escolhidas para o modelo de eficiência.

A grande variedade quanto à distribuição dos hospitais de pequeno porte, com o predomínio daqueles da esfera pública, reforça a ausência de mecanismos[65] convergentes com diretrizes mais amplas do sistema de saúde. Esse desenho corrobora, em certa medida, a organização do sistema público de saúde que define em sua operacionalização a descentralização da gestão da saúde para o ente municipal. Existe, na literatura, um relativo consenso sobre os avanços desta descentralização no que diz respeito não apenas às transferências de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal (LEVCOVITZ, LIMA e MACHADO, 2001). Para Silva (2004) o processo de descentralização na saúde é acompanhado de problemas relacionados à redefinição de competências entre as esferas de governo e apresenta um grande desafio que diz respeito à coordenação das relações intergovernamentais, pois se constata a presença de relações competitivas entre as instâncias de governo embora seja maior a influência por um modelo cooperativo para práticas de políticas públicas.

As nuances da administração pública, "transcorridas quase duas décadas do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde, a sua implantação e implementação evoluíram muito, especialmente em relação aos processos de descentralização e municipalização das ações e serviços de saúde" (BRASIL, 2005). Mas, a gestão de recursos na esfera municipal[66] é caracterizada pelo predomínio de atividades relativas à administração de pessoal, não-incorporação das ações de RH às práticas dos dirigentes, não-utilização dos sistemas de informação, baixa autonomia dos gestores, limitando suas ações às questões burocráticas e fragilidade de questões mais amplas, como autonomia da gestão financeira e processos que dizem respeito ao trabalho e educação, por exemplo, (PIERANTONI, VARELLA E FRANÇA, 2004).

Nesse mesmo sentido, o fato da gestão municipal representar o maior contingente de instituições, faz relembrar a reflexão já amplamente debatida quanto ao aperfeiçoamento das

---

[65] A demanda que deu origem ao estudo censitário é decorrente da necessidade de reestruturação da política nacional face aos desafios históricos para os hospitais de pequeno porte.

[66] Capacidade Gestora de Recursos Humanos em Instâncias Locais de Saúde em Municípios com População acima de 100 mil habitantes, pesquisa realizada pela Estação de Trabalho IMS/UERJ e Nescon/UFMG, 2004. Desenvolvida em 223 municípios e 26 capitais, cuja população representa 50% da população brasileira (estimativa populacional para 2003). Disponível em www.obsnet.ims.uerj.br

redes de atenção à saúde como mecanismo de gestão importante no contexto brasileiro com vistas à capacidade resolutiva do sistema.

Por outro lado, entre os hospitais norte-americanos, no estado da Califórnia, a aplicação do método DEA sugere que o tipo de propriedade do hospital afeta sua eficiência na medida em que os hospitais públicos e filantrópicos possuem fronteiras diferentes para as melhores práticas e sinaliza ainda que os públicos utilizem menos recursos para tal. Esses resultados podem refletir na qualidade do cuidado conforme o tipo de hospital (GROSSKOPF e VALDMANIS; 1987).

Essas evidências são convergentes com os principais resultados que Bittar[67] (1996) já apontava com base em pesquisa em hospitais sobre gestão de recursos humanos. Considera que os hospitais privados demonstram ter maior autonomia em relação às principais práticas de RH (recrutamento e seleção, administração de salários e benefícios, treinamento e desenvolvimento). Afirma, embora sem comprovação direta, que tais fatores refletem na produtividade dessas unidades, uma vez que esse arranjo possibilita colocação do profissional mais adequado a cada função. E também destaca que, de maneira geral, uma carência de maiores investimentos em hospitais na gestão de recursos humanos.

Reflexão importante diz respeito, portanto, ao papel esperado e/ou realizado pelos hospitais de pequeno porte no sistema de saúde brasileiro. Premissa que é abordada em diferentes pontos da análise do modelo de eficiência. Inicialmente a pactuação[68]da Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP), em 2013, representou um marco no processo de

[67] Pesquisa desenvolvida em 1993 em oito hospitais gerais de grande porte (6 privados e 2 públicos) localizados em São Paulo e foram escolhidos como representantes típicos dos hospitais públicos e privados. Com a diferenciação entre aqueles em que a população atendida é delimitada (funcionários municipais, da universidade, filiados a sindicatos) e outros em que a população atendida é coberta por seguro-saúde.

[68] Em reunião da Comissão Intergestora Tripartite (CIT) realizada no dia 26 de setembro de 2013 em Brasília. As Comissões Intergestores são espaços intergovernamentais, políticos e técnicos em que ocorrem o planejamento, a negociação e a implementação das políticas de saúde pública. As decisões se dão por consenso (e não por votação), o que estimula o debate e a negociação entre as partes. É constituída (em nível federal) paritariamente por representantes do Ministério da Saúde (MS), do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems). Na CIT, são definidas diretrizes, estratégias, programas, projetos e alocação de recursos do SUS. Tem composição formada por 15 membros, sendo cinco indicados pelo MS, cinco Conass e cinco pelo Conasems. A representação de estados e municípios é regional, sendo um representante para cada uma das cinco regiões do País (FACCHINI e BARBOSA, 2014).

implementação da Rede de Atenção em Saúde (RAS) e se enquadra no novo grupo de iniciativas voltadas para a melhoria dos aspectos atrelados aos HPPs e tem como objetivo estabelecer as diretrizes para a reorganização do componente hospitalar na Rede de Atenção à Saúde e define em seu art.3o, § 1o, que:

> os hospitais que prestam ações e serviços ao SUS constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e de acordo com o desenho da rede de atenção à saúde loco- regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada e/ou espontânea.

A delimitação do papel que os hospitais de pequeno porte deve desempenhar na rede de atenção à saúde é um dos principais desafios para gestão desses equipamentos de saúde. Com influência direta na oferta dos serviços em geral para a população de referência e também de serviços especializados. Possíveis respostas para essa inflexão caracterizada pelo estudo em tela são apresentadas no detalhamento de cada dimensão e categoria do modelo de eficiência para hospitais brasileiros de pequeno porte.

5.2 EFICIÊNCIA E SUAS DIFERENTES DIMENSÕES

O modelo aditivo aplicado para os HPPs possibilita analisar *inputs* e *outputs* simultaneamente para impacto na eficiência. O *score* de cada categoria, em termos percentuais, demonstra o acréscimo mínimo necessário para o conjunto das variáveis para o alcance da fronteira de eficiência.

A análise é feita em dois agrupamentos principais: o primeiro com base no *score* geral de melhoria que cada categoria apresentou e, o segundo a partir de uma síntese por região com base no número de leitos, natureza jurídica e a classificação como eficiente ou não eficiente. Essa sistematização busca organizar a sequência do texto, mas é importante reforçar que as diferentes variáveis estão inter-relacionadas e que o conteúdo é cumulativo em toda sua extensão para que compreensão mais abrangente e integrada.

5.2.1 Pela perspectiva das dimensões e categorias

O quadro 17 a seguir apresenta o percentual necessário de melhoria, para os hospitais de pequeno porte, para cada dimensão do modelo de eficiência à luz da classificação proposta a partir de Donabedian (1992).

Quadro 17 - Melhoria necessária para eficiência dos hospitais por dimensão e categorias

Estrutura (*inputs*)	**%**	**Processos (*inputs*)**	**%**	**Resultados (*outputs*)**	**%**
Políticas GRH	57,91	Monitoramento de indicadores assistenciais	54,92	Total de procedimentos	410,33
Salas para atendimento	38,16	Serviços especializados	39,84	Frequência AIH	271,31
Leitos disponíveis	34,12	Serviços	24,35	Valor médio de AIH	21,93
Mecanismos de gestão	33,54	Dispositivos	21,08		
Equipamentos	32,34	Regulação	19,76		
Urgência e emergência	20,43	Processo de trabalho/procedimentos	15,92		
Força de trabalho	18,74				

Fonte: elaborado pela autora

A melhoria da eficiência dos hospitais de pequeno porte é impactada fortemente pela dimensão de resultados, num segundo patamar pela dimensão de estrutura e por último pela dimensão de processos. O detalhamento de cada categoria é feito a seguir numa ordem decrescente quanto ao percentual de melhoria necessário e/ou pela interdependência dos conteúdos.

Pela **perspectiva dos resultados (*outputs*)** é significativa a necessidade do aumento da quantidade de procedimentos realizados pelos HPPs e de AIHs emitidas (visto que uma AIH pode registrar vários procedimentos). No entanto, o valor médio pago por AIH tem uma contribuição mais periférica para a melhoria da eficiência o que distancia a dependência "exclusiva" de recursos financeiros tão frequentemente anunciada como condição para qualidade dos resultados de instituições hospitalares. Embora seja questão relevante para o contexto da gestão hospitalar seu efeito está equiparado às dimensões com menor impacto para a eficiência.

A análise de eficiência de hospitais filantrópicos brasileiros[69] constatou também que o incremento de procedimentos tais como cirurgias e exames, quantidade de internações pacientes atendidos e também aumento das receitas constituem fonte direta para melhoria da eficiência (CUNHA, 2011).

O fator produtividade, com maior necessidade de ajuste para alcance da eficiência, pode ter peso preponderante quanto ao papel desses equipamentos de saúde, pois remete a discussão recorrente quanto às maneiras eficientes de utilizar e alocar os recursos em função das limitações de financiamento, por exemplo, (AKTAŞ et al., 2007). Adicionalmente ao desafio da gestão dos recursos financeiros, existem pressões para a redução de custos aliada ao incremento de qualidade dos serviços prestados nos hospitais provenientes de órgãos governamentais, seguradoras de planos de saúde, da comunidade e dos pacientes (LI; BENTON, 1996).

Para fomentar ainda essa reflexão é importante simular a partir dos valores previstos pela portaria do Ministério da Saúde (287/2004) a previsão de orçamentação dos hospitais de pequeno porte. O valor unitário de R$ 1.473,00 por cada leito e a garantia de um valor de R$ 10.000,00 mensal, ou seja, a necessidade de um mínimo de 6 leitos. Com base nesse valor e a quantidade mínima de leitos dos intervalos utilizados nesse estudo foi possível simular o orçamento mensal e anual a partir desses parâmetros:

i) 10 leitos: orçamento mensal de 14.730,00 e anual de 176.760,00;

ii) 20 leitos: orçamento mensal de 29.460,00 e anual de 353.520,00;

iii) 30 leitos: orçamento mensal de 44.190,00 e anual de 530.280,00;

iv) 40 leitos: orçamento mensal de 58.920,00 e anual de 707.040,00;

v) 50 leitos: orçamento mensal de 73.650,00 e anual de 883.800,00.

[69] Hospitais com até 70 leitos predominantes na amostra.

Nesse contexto, a partir dos resultados sobre total de procedimentos e valor médio para AIH (frequência e valor) estima-se a seguir, com base nos valores apresentados na tabela 06, o faturamento dos hospitais de pequeno porte:

i) Valor mínimo: 1 AIH anual com 217 procedimentos e valor médio para AIH de R$ 202,65, com faturamento anual estimado de R$ 2.431,80;

ii) Valor médio: 812 AIHs/ano, com média de 41 procedimentos, e valor médio por AIH de R$ 425,41, com faturamento anual estimado de R$ 345.432,92 e mensal de R$ 28.786,08;

iii) Valor máximo: 4.956 AIHs/ano, com média de 78 procedimentos, e valor médio por AIH de R$ 2.301,85, com faturamento anual estimado de R$ 11.407.968,60 e mensal de R$ 950.664,05.

A grande amplitude desses intervalos demonstra a relevância do modelo de financiamento desses equipamentos de saúde como interferência direta para sua eficiência. Para Bazzoli et al (2008) a relação entre performance financeira e qualidade do cuidado, de acordo com resultados empíricos, indica que problemas financeiros profundos podem ser importantes quanto à problemas de qualidade. Essa prerrogativa torna-se expressiva na medida em que, entre os hospitais de pequeno porte, predominam os de gestão pública municipal. No entanto, uma inflexão importante foi apontada pelos resultados do estudo em tela pelo fato de que a necessidade de melhoria do total de procedimentos é significativamente superior entre os hospitais de pequeno porte privados com fins lucrativos.

Na dimensão da estrutura, na perspectivados *inputs* utilizados no modelo, as **políticas de recursos humanos** possuem o maior escore para melhoria da eficiência dos hospitais de pequeno porte independente do número de leitos e natureza jurídica.

As variáveis para a categoria das políticas de recursos humanos, consideradas para o modelo de eficiência, representam as atividades tradicionais dessa função nas organizações. Importante relembrar que na média nacional somente 40% dessas práticas estavam presentes

nos hospitais da amostra do estudo. Um certo nível de precariedade dessa dimensão da gestão era até esperada entre os HPPs pela ausência de condições necessárias para adequada aplicação de um conjunto de técnicas e práticas que buscam assegurar o alcance dos resultados através das pessoas. Mas também da revisão de literatura demonstra que essa não é uma dificuldade que esteja relacionada somente ao porte dos hospitais.

Vale destacar que a função de gerenciar pessoas está presente também nessas organizações independente do grau de formalização de suas políticas ou práticas. Em meio a esta complexidade, aproximar as dimensões clássicas do debate sobre recursos humanos ao ambiente da saúde exige contemplar variáveis e indicadores que ampliem o olhar, especialmente no contexto dos hospitais de pequeno porte.

A partir do modelo de eficiência, embora não seja possível isolar a contribuição de uma variável em particular, vale destacar a capacitação para profissionais médicos, de enfermagem e demais categorias para conteúdo aplicado ao modelo assistencial vigente. Lins et al. (2007, p. 996), em estudo[70] com aplicação da metodologia DEA em 31 hospitais universitários brasileiros, observa que a transformação de ações punitivas em ações educativas e formativas é condição básica para melhoria de oferta e saúde para população.O investimento financeiro necessário para a capacitação dos profissionais da saúde pode ser um desafio, especialmente entre os hospitais públicos, além da grande pulverização das ações que nem sempre ocorrem de forma coordenada e com foco nas necessidades efetivas do próprio serviço de saúde. A educação permanente, com foco na formação inserida no processo de trabalho, tem sido um modelo amplamente adotado pelas instituições de saúde, embora com participação majoritária dos profissionais de enfermagem.

E também é necessário relembrar que a prática da gestão de recursos humanos em saúde é reconhecida por uma acentuada descaracterização desta função pela ênfase histórica nos aspectos quantitativos da força de trabalho do setor de saúde, nas políticas centralizadas na regulação do emprego e na pouca valorização dos profissionais (PIERANTONI, VARELLA e FRANÇA, 2004). Tal situação reflete um certo grau de desarticulação entre a

[70] Chama atenção para fato de que a literatura que utiliza DEA é escassa para variáveis na dimensão de ensino dos hospitais.

formulação e execução de ações do sistema de saúde focadas na gestão de recursos humanos.

Khatriet.al. (2006) ressaltam que a GRH pode afetar os resultados da assistência não apenas contratando pessoas adequadas à organização, mas principalmente retendo talentos, treinando pessoas, criando um ambiente de aprendizado e mantendo o comprometimento e motivação por meio de sistemas de gestão apropriados. Resultados de estudos internacionais sobre a contribuição da GRH em instituições de saúde destacam:

i) relação estatisticamente significativa entre a proporção de enfermeiros com diploma de bacharelado[71] e mestrado e o risco de mortalidade, antes e depois de controlar as características dos hospitais (tamanho do hospital, status de ensino e tecnologia) e dos pacientes. Não houve evidência que relação mais favorável de paciente por enfermeiro resulta em melhores resultados para os pacientes. Por outro lado, o tempo de experiência dos profissionais de enfermagem não foi preditor significativo da mortalidade (AIKEN et al., 2002, 2003);

ii) importância da incorporação da avaliação por diferentes *stakeholders* na determinação da efetividade de RH e da inclusão de indicadores tradicionais como, por exemplo, dados de absenteísmo para minimizar problemas típicos da tendenciosidade dos métodos, além da utilização de indicadores de performance de órgãos diversos para suplementar os indicadores de RH apontados pela literatura (RODWELL E TEO, 2008);

iii) conjunto de práticas de RH relacionadas com menor taxa de mortalidade dos pacientes, incluindo avaliação de desempenho, trabalho em equipe e treinamento, participação, segurança de emprego (WEST et al, 2002).

Outro ponto importante é a primazia da categoria médica na hierarquia entre os profissionais que atuam na saúde, que exerce na alocação e uso dos recursos como também a grande influência na modelagem da organização de saúde, ocupando lugar central na entrega

[71] Nos EUA a formação básica para enfermeiro pode acontecer através de 3 modalidades distintas: 1) diploma de 3 anos através de programas em hospitais; 2) diploma de enfermeiro por meio de programas em faculdades comunitárias; 2) bacharelado em universidade ou faculdades (AIKEN et al., 2003).

do cuidado ao paciente como também na própria política de saúde. O forte desenho do mercado para atuação como profissional autônomo alinhado aos múltiplos vínculos dos profissionais médicos no mercado de trabalho, situação, aliás, bastante típica para muitas profissões da saúde, acabam por dificultar a adesão às práticas e políticas de GRH estabelecidas em organizações de saúde.

A categoria **força de trabalho**, que mantém estreita interface com as políticas de recursos humanos, não apresenta percentual de melhoria expressivo comparativamente às demais dimensões. O principal conteúdo dessa categoria diz respeito ao dimensionamento de pessoal, para as diferentes categorias profissionais da saúde, frente ao modelo assistencial e demais recursos necessários. Nesse sentido, é possível evidenciar a frequente inflexão presente nas organizações de saúde na busca por um maior quantitativo de profissionais. Ou seja, para os hospitais de pequeno porte uma quantidade maior de profissionais tem impacto menor na melhoria da eficiência comparativamente às políticas para gerenciar as pessoas. Outros estudos corroboram essa prerrogativa quando encontram hospitais eficientes com menor número de funcionários e baixo grau de complexidade, com um nível mediano de admissões/leito (LINS et al., 2007).

Por outro lado, os profissionais de enfermagem, com atribuições técnicas relativamente próximas, representam numericamente o grupo mais significativo que atua em todas as áreas de um serviço de saúde. Tem sido a categoria mais afetada pelos desenvolvimentos recentes dos sistemas de saúde e expressa uma oportunidade de reavaliar os processos de trabalho com as mudanças organizacionais e os problemas relacionados a uma pobre gestão de recursos humanos nas instituições de saúde. No entanto, as categorias profissionais no setor da saúde são caracterizadas por uma forte interdependência entre os diferentes grupos e a prática dos médicos e dos profissionais de enfermagem é influenciada pelo trabalho de outras categorias profissionais que também cumprem funções importantes na entrega dos serviços de saúde (DUBOIS, NOLTE e MCKEE, 2006).

De maneira geral, a quantidade da força de trabalho depende do tamanho do hospital e da complexidade dos casos não sendo possível estabelecer normas internacionais para orientar a definição de metas ou padrões ideais. Atualmente os padrões existentes, estabelecidos por

associações profissionais, servem principalmente aos interesses das respectivas categorias (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

Especificamente sobre o indicador de funcionário por leito, Zucchi e Bittar (2002) destacam que se deve levar em conta o tipo de hospital e o nível de resolubilidade de atenção à saúde, à quantidade de especialidades médicas existentes, categoria econômica dos pacientes internados, equipamentos e aspectos administrativos dos serviços e também das áreas que servem de apoio às atividades administrativas e técnicas.

Em relação à **quantidade de leitos** é importante destacar que a partir do intervalo 'acima de 50 leitos' o modelo não identifica percentual necessário de incremento dessa variável para melhoria da eficiência. Essa evidência corrobora outros estudos que consideram que efeito do tamanho da organização, tipicamente utilizado nos estudos empíricos, é maior em indústrias de manufatura do que em organizações de serviços possibilitando, por exemplo, especular que esse impacto deve ser reduzido em serviços complexos de saúde, como hospitais (GUEST, 2011).

A quantidade de leitos por hospital das instituições apresenta, numa perspectiva comparativa, uma distribuição relativamente homogênea entre regiões e estados com predomínio dos hospitais com até 39 leitos. O quadro 18 a seguir sintetiza as melhorias necessárias de acordo com o número de leitos e reforça que quanto menor o número de leitos maior o incremento necessário na maioria das categorias.

Quadro 18 - Variáveis para melhoria da eficiência de acordo com o número de leitos

Leitos	*Inputs*	*Outputs*
0 a 19	Número de leitos (103,69%) Monitoramento de indicadores assistenciais (100,86%) políticas de recursos humanos (86,55%)	Total de procedimentos (658,93%) Frequência de AIH (874,71%)
20 a 29	políticas de recursos humanos (70,16%) monitoramento de indicadores assistenciais (65,76%) serviços especializados (48,46%)	Total de procedimentos (409,22%) Frequência de AIH (197,87%)
30 a 39	políticas de recursos humanos (44,47%) serviços especializados (35,55%) monitoramento de indicadores assistenciais (35,15%)	Total de procedimentos (454,72%) Frequência de AIH (90,41%)
40 a 49	políticas de recursos humanos (35,86%)	Total de procedimentos (175,62%)
acima de 50		Total de procedimentos (31,42%)

Fonte: elaborado pela autora

Estudos em hospitais gregos demonstraram que as variáveis que afetam a eficiência técnica e de escala são bastante similares, principalmente a taxa de ocupação de leitos, ou seja, quanto maior a quantidade de leitos ocupados maior a eficiência técnica e de escala (KOUNETAS e PAPATHANASSOPOULOS, 2013).

Na realidade brasileira, Cunha (2011) utilizou um agrupamento de variáveis para avaliação de desempenho de hospitais filantrópicos[72] de acordo com diferentes perspectivas: financeira, da qualidade, da acessibilidade, dos processos internos, das capacidades e de saúde e segurança. Com base em cada perspectiva foram definidos os indicadores de acordo, inclusive, com a disponibilidade de dados para as variáveis que foram propostas. Nesse estudo, os resultados com base na aplicação do método DEA demonstraram:

> "dentre as 10 DMUs mais eficientes, todas são de pequeno ou médio porte em termos de quantidade de leitos (que foi uma das variáveis de insumo), além de que nenhuma delas tem nível máximo de rendimento ou quantidade de pacientes atendidos. **Isso demonstra que os hospitais menores podem ser mais eficientes que os maiores**, o que reforça a possibilidade de que os retornos para hospitais são crescentes diante de baixos níveis de insumo" (pg. 162);

Para La Forgia e Couttolenc (2009) o tamanho do hospital é o fator mais importante na determinação de sua eficiência que, de acordo com a evidência internacional, é considerado

[72]De acordo com o escopo do estudo a população inicial de referência era constituída de 1.152 organizações de saúde, divididas entre hospitais filantrópicos e Santas Casas. Desse universo, 83 hospitais responderam o questionário e 70 foram considerados validos, com grau de aproveitamento de 84,3% dos questionários respondidos. A pesquisa contou com 5,45% de hospitais da população total de hospitais filantrópicos no Brasil.

ideal entre 150 a 250 leitos. A reflexão acerca da redução do número de leitos e adequada distribuição em todo território nacional para a realidade brasileira, assim como em outros países, tem sido ampliada e resultados de estudos sobre eficiência demonstram possibilidades diferentes de uma escala pré-determinada quanto ao porte dos hospitais a partir do número de leitos.

Ainda La Forgia e Couttolenc (2009)a partir de resultados de estudos[73] no Brasil, com aplicação do DEA em hospitais, apresentam que os hospitais maiores tiveram índices menores de eficiência e reforçam a importância de relativizar essa variável para a composição da fronteira de eficiência.

No estudo foi possível evidenciar que a quantidade de leitos é uma característica relevante para equacionar a relação entre *inputs* e *outputs*. Especialmente entre os hospitais abaixo de 39 leitos que precisam de um total de procedimentos 4 a 6 vezes maior, assim como a frequência de AIHs (de uma a oito vezes maior). Ou seja, ao inverter essa análise pode-se compreender que outras unidades atingem a fronteira de eficiência com um esforço significativamente menor.

Os **mecanismos de gestão** também possuem potencial de contribuição para aumento da eficiência entre os hospitais de pequeno porte. No contexto da gestão hospitalar esse grau de dificuldade se amplia na medida em que a formação técnica em saúde, na grande maioria das vezes, não está associada a nenhum tipo formação no campo da gestão, muitas vezes considerado somente pela via disfuncional da burocracia, inclusive com resistência entre os profissionais de saúde na assimilação desse tipo de ferramenta (RODRIGUES e RODRIGUES, 2009).

Além disso, estudos em diversos países[74] (desenvolvidos ou não) já identificaram desafios em se administrar custos provenientes de recursos escassos e sob contenções. A

[73]Marinho (2001); Marinho e Façanha (2001); Calvo (2002); Pereira , Tusi e Lanser (1995), Holanda, Petrini e Nogueira (2004)

[74]Reino Unido (FITZGERALD, 1994; FITZGERALD; DUFOUR, 1998), Suécia (QUAYE, 1997), Canadá (LOO, 1997; FITZGERALD; DUFOUR, 1998), Holanda (SCHOLTEN; VAN DER GRINTEN, 1998), Estados Unidos (GOSS; VOZIKIS, 2002; SLOAN, 2007), Omã, Golfo Pérsico (ABRI et al., 2006), Espanha

busca de redução de custos traz efeitos diretos na administração hospitalar com um agravante que diz respeito a uma falta da expertise financeira para as tomadas de decisões em casos da administração médica, o que torna vulnerável a gestão realizada por médicos (LLEWELLYN, 2001).

La Forgia e Couttolenc (2009) destacam também: problemas no processo de compras e abastecimento, seguido pelo controle de inventários e atraso no pagamento de fornecedores e administração de recursos humanos como os principais problemas que afetam o desempenho das instituições estaduais e municipais com grande volume de pessoal não técnico especialmente pessoal administrativo e de apoio não especializado (totalizando 29% do quadro de pessoal, enquanto, por exemplo, na França esse total representa 19%).

O aumento da quantidade de procedimentos é diretamente dependente das demais dimensões da perspectiva da estrutura com significativo percentual de melhoria, a saber: **salas de atendimento e equipamentos** (inclusive de **urgência e emergência**). O potencial de melhoria da eficiência em função da maior quantidade dessas variáveis retoma o debate sobre o financiamento hospitalar no Brasil, especialmente entre os hospitais públicos (predominantes no estudo em questão) quanto às restrições para as rubricas de investimento diretamente relacionada à tal possibilidade de melhoria (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Em síntese, as variáveis da dimensão estrutura influenciam fortemente a definição do papel dos hospitais de pequeno porte pelo direcionamento quanto ao modelo assistencial em função da estrutura física, recursos humanos e demais recursos disponíveis. Essa composição afeta sobremaneira a eficiência desses equipamentos de saúde.

Na **perspectiva de processos**, a dimensão do **monitoramento de indicadores assistenciais** é que apresenta **maior impacto para melhoria da eficiência** e revela um desafio complexo para a realidade das instituições pesquisadas. Importante destacar iniciativa

---

(SÁNCHEZ-MARTÍNEZ et al., 2006), França (BELLANGER; TARDIF, 2006), Polônia (KOZIERKIEWICZ et al., 2006), Turquia (AKTAŞ et al., 2007), Tanzânia (GILSON, 1995).

no âmbito do Sistema Único de Saúde as iniciativas como a contratualização[75], em diversos estados e municípios brasileiros, que estabelece a vinculação entre indicadores e respectivas metas ao valor do orçamento global com foco na melhoria contínua de desempenho dessas instituições.

No contexto da gestão da saúde é importante identificar que os indicadores assistenciais possuem papel de destaque uma vez que revelam o resultado da convergência de múltiplas frentes de trabalho dentro de uma lógica de modelo do cuidado da saúde dos pacientes, preferencialmente de modo acessível, econômico, com potencial de padronização e por meios não invasivos de mensurar a performance.

No entanto, constata-se uma grande pulverização dos indicadores hospitalares nem sempre com nível confiabilidade obtido pela validade científica e das evidências científicas requeridas (CUNHA, 2011). Muitos problemas podem ocorrer na utilização dos indicadores, tais como: interpretação dos dados, mesmo depois dos ajustamentos pelo mix de casos ou severidade, e também a dependência de muitas variáveis sociais e econômicas que estão além do controle do hospital. Hospitais podem modificar seus dados internos para alinhar com metas externas ou até mesmo negar intervenções para indivíduos de alto risco para melhorar seus resultados. Além do julgamento de que os indicadores utilizados para os objetivos governamentais de inspeção são identificados como pobres e insuficientes pelos hospitais que disponibilizam os dados e visto como irreais e inválidos (WHO, 2003).

Copnell et al. (2009) em revisão de literatura, com base em artigos a partir de 1999 em língua inglesa, sobre indicadores hospitalares de 22 projetos diferentes (Austrália, América do Norte, Reino Unido e demais países europeus), trabalharam com um conjunto

[75] Processo de contratualização como o meio pelo qual as partes, representante legal do hospital de ensino e gestor local do SUS, estabelecem metas quantitativas e qualitativas do processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa e de gestão hospitalar que deverão ser acompanhadas e atestadas pelo Conselho Gestor da Instituição ou Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos. O Plano Operativo Anual – POA, parte integrante do convênio ou contrato, é um instrumento no qual são apresentadas as ações, os serviços, as atividades, as metas quantitativas e qualitativas e os indicadores a pactuados entre gestores e prestadores de serviços de saúde. Representa, na prática, o modus operandi das diretrizes previstas no Termo de Referência para a Contratualização. Essa prática ajudou a fomentar a utilização de indicadores entre as instituições hospitalares que são contempladas por esse arranjo.

total de 383 indicadores que foram classificados conforme as categorias a seguir e constataram:

i) **domínio** (tamanho do hospital, departamento e especialidades clínicas cirúrgicas e não cirúrgicas): quase metade dos indicadores (46,7%) são relevantes para **especialidades não cirúrgicas, departamentos individuais e condições específicas**. E entre as especialidades quase metade dos indicadores estão direcionados para cirurgia cardíaca;

ii) **aspectos do cuidado** (estrutura, processos e resultados): **maioria dos indicadores (54%) utilizados estão vinculados à dimensão de processo e 38,9% aos resultados. Entre os indicadores de especialidades cirúrgicas a maior parte (61%) está relacionada aos resultados;**

iii) **dimensões da qualidade** (segurança, efetividade, eficiência, pontualidade, centralidade no paciente e equidade): **indicadores de segurança do paciente e efetividade do cuidado são os mais frequentes**(57,2% e 32,1% respectivamente).

Importante ressaltar que a predominância dos **indicadores de processo** pode estar relacionada a maior facilidade de mensuração, mas ainda demonstra **limitações severas na geração de evidências científicas na relação com os resultados do processo de cuidado**. E também a grande frequência dos indicadores de segurança retrata, em certa medida, os objetivos dos programas de qualidade e também as prioridades dos *stakeholders*.

Já os indicadores de efetividade refletem a ampla implementação de *guidelines* e maior necessidade de controle dos recursos utilizados. No entanto, enfatizam que o **balanceamento ideal entre os indicadores de estrutura, processo e resultados permanece carente de elucidação**. Além da baixa mensuração de indicadores voltados para os profissionais de saúde e o fato de que muitos aspectos da qualidade do cuidado podem ser diretamente sensíveis ao cuidado prestado pela enfermagem como, por exemplo, os erros de administração de medicamentos e infecções (COPNELL et al., 2009).

Na perspectiva nacional é frequente a vinculação de indicadores à qualidade do cuidado através de iniciativas diversas, tais como: i) programa nacional do Compromisso com a Qualidade (CQH)[76]; ii) Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAPH)[77]; iii) Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH)[78] e iv) Associação de Hospitais de Minas Gerais[79].A partir do que é comum entre essas diferentes iniciativas vale destacar os principais indicadores: procedimentos realizados por tipo, estrutura disponível (leitos e equipamentos), diferentes fontes de receitas e despesas (por tipo) e composição da força de trabalho, absenteísmo e rotatividade. No entanto, ainda representa um desafio o acesso aos dados como fonte de pesquisa e, especialmente, a confiabilidade dos dados para efeito de comparação uma vez que cada base de dados utiliza sua própria definição para atender objetivos específicos.

A oferta de **serviços e serviços especializados** também possui contribuição direta para o aumento dos procedimentos nos hospitais de pequeno porte e estão vinculados aos requisitos de estrutura (como salas de atendimento e equipamentos) para sua viabilidade de forma mais abrangente. Em especial, a composição das equipes, associada às políticas no campo da educação, fomenta a oferta de serviços especializados. Fator crítico está associado a maior ou menor intensidade da formação de algumas categorias em detrimento de outras. A

76O programa Compromisso com a Qualidade (CQH) teve sua criação inspirada nos trabalhos da Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Saúde (CCAOS), dos EUA, por meio da participação de diversas entidades ligadas ao atendimento médico-hospitalar no Estado de São Paulo, catalisada pelo Serviço de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde. Teve início em 1989-1990 e atualmente possui em torno de 200 participantes, sendo que alguns estão fora do Estado de São Paulo. Tem como foco o desenvolvimento de modelos de gestão para a qualidade e o benchmarking direto entre os hospitais participantes que realizam reuniões periódicas de orientação e troca de experiências, além das visitas periódicas de avaliação por equipe técnica para reconhecimento através de um "selo" de conformidade que distingue os hospitais que conseguem manter o padrão de qualidade definido como referência. Nessa dinâmica de funcionamento os hospitais participantes preenchem mensalmente uma planilha padronizada que contempla uma relação de indicadores considerados para avaliação da instituição no modelo de qualidade.

77Entidade representativa dos principais hospitais privados de excelência do país criada em 2001 para defender os interesses e necessidades do setor e expandir as melhorias alcançadas pelas instituições privadas para além das fronteiras da Saúde Suplementar, favorecendo a todos os brasileiros. Atualmente, representa 46 hospitais reconhecidos pela certificação de qualidade e segurança no atendimento hospitalar. Em 2002 o Comitê de Informação, Análise e Qualidade (CIAQ), desenvolveu o SINHA (Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares ANAHP) para oferecer aos associados, indicadores periódicos e permanentes que estimulassem os processos de melhoria, tanto na oferta de serviços médico-hospitalares como no setor de recursos humanos e financeiros. Em 2009 a ANAHP apresenta o 'Observatório ANAHP' que trata, entre outras ações, da publicação periódica de indicadores relacionados ao desempenho institucional e assistencial.

78 O SIPAGEH existe desde junho de 1998, por iniciativa de um grupo de hospitais do Rio Grande do Sul, com o objetivo de selecionar um conjunto de indicadores que pudesse ser compartilhado pelos hospitais, como forma de comparação de resultados e geração de planos de melhorias. Atualmente esse projeto de pesquisa é coordenado pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), caracterizando a absoluta confidencialidade e impessoalidade dos dados tornados públicos ou divulgados aos participantes.

79Em relação ao estado de Minas Gerais, na apresentação da Revista de Administração Hospitalar e Inovação na Saúde - RAHIS, que trata dos indicadores de desempenho hospitalar, ressalta-se que o estudo foi caracterizado como descritivo e ficou delimitado aos hospitais filiados à Associação Hospitalar de Minas Gerais (AHMG) que se encontram distribuídos em todo o Estado de Minas Gerais. Sendo que a proposição do rol de indicadores utilizou de fontes de informações primárias, secundárias e terciárias. Considerando inicialmente um trabalho comparativo descritivo entre o atual rol de indicadores da AHMG e os indicadores monitorados pelos hospitais dentro do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais do SUS (PRO-HOSP) e também da Organização Nacional de Acreditação (ONA).

esse respeito tem destaque especial à categoria dos profissionais médicos e os mecanismos estabelecidos, principalmente pelos conselhos profissionais ou outras entidades representativas, na regulação da formação de especialistas com impacto direto na oferta de serviços e suas condições, assim também como os mecanismos de gestão que a instituição adota para atração e retenção do corpo clínico compatível com seu modelo assistencial.

Por outro lado diferentes **dispositivos**[80] que estão associados aos modelos de prestação da assistência, de acordo com o perfil aos pacientes, juntamente com a **regulação e processos de trabalho e procedimentos**, representam as dimensões com menor impacto para melhoria da eficiência. Em especial, a regulamentação presente no contexto hospitalar através dos entes como Ministério da Saúde, Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, além de todas as instâncias que determinam diretrizes como é o caso da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), entre outras. Além disso, os conselhos que representam as profissões de saúde e determinam a atuação das diferentes categorias profissionais, inclusive quanto à carga horária máxima de trabalho.

A dimensão de processo, e suas respectivas variáveis, possui forte dependência da dimensão de estrutura, pois está relacionada ao desdobramento das atividades e rotinas dos hospitais com base no objetivo de cada hospital e os recursos disponíveis para tal. Chama a atenção à importância da variável referente ao monitoramento dos indicadores assistenciais com maior potencial de melhoria da eficiência nessa dimensão.

[80] Dispositivos de acessibilidade, acolhimento, acompanhamento da gestante, acompanhante 24 horas para idosos, horário de visita ampliado e visita aberta.

5.2.2 Pela perspectiva das regiões e estados

A descrição dos resultados no capítulo anterior identificou, com base na caracterização geral, particularidades das regiões e estados que são importantes para compreensão da realidade dos hospitais de pequeno porte em âmbito nacional.

O quadro 19 a seguir sintetiza por região os principais resultados dos hospitais ineficientes e identifica as variáveis para a melhoria da eficiência que necessitam de no mínimo 30% de incremento.

Quadro 19 - Hospitais ineficientes por região, número de leitos, natureza jurídica e variáveis para melhoria da eficiência

Região	Número de Leitos	Esfera de gestão	Melhoria da Eficiência (*inputs*)	Melhoria da Eficiência (*outputs*)
Centro Oeste	Maior frequência com 0 a 19 leitos	Maior frequência da esfera Público municipal	Política RH (77,75%) Monitoramento indicadores assistenciais (51,38%) Número de leitos (49,19%)	Frequência AIHs (273,76%) Total de procedimentos (238,78%)
Nordeste	Maior frequência com 20 a 29 leitos	Maior frequência da esfera Público municipal	Monitoramento indicadores assistenciais (66,14%) Política RH (45,44%) Salas de atendimento (41,36%)	Frequência AIHs (376,01%) Total de procedimentos (317,62%)
Norte	Maior frequência com 20 a 29 leitos	Maior frequência da esfera Público estadual	Política RH (41,23%) Número de leitos (36,64%) Salas de atendimento (32,80%)	Total de procedimentos (111,99%) Frequência AIHs (102,56%)
Sudeste	Maior frequência com 30 a 39 leitos	Maior frequência da esfera Privado sem fins lucrativos	Política RH (60,56%) Monitoramento indicadores assistenciais (42,57%) Salas de atendimento (40,95%)	Total de procedimentos (388,34%) Frequência AIHs (101,10%)
Sul	Maior frequência com 20 a 29 leitos	Maior frequência da esfera Público municipal	Política RH (74,01%) Serviços especializados (72,03%) Mecanismos de gestão (60,27%)	Total de procedimentos (950,83%) Frequência AIHs (183,53%)

Fonte: elaborado pela autora

De maneira geral, os resultados dos hospitais ineficientes evidenciam que independente da região do país, natureza jurídica e do número de leitos as variáveis da categoria gestão de recursos humanos podem contribuir para a melhoria da eficiência dos hospitais de pequeno porte. A necessidade de melhoria é maior entre os hospitais públicos municipais das regiões Centro Oeste e Sul.

Ainda na região Sul, para os hospitais com 20 a 29 leitos, o incremento do total de procedimentos deve ser nove vezes maior ao realizado à época da coleta de dados (informações referentes a 2013). Chama a atenção que na região Norte o dobro do total de procedimentos e AIHs é suficiente para atingir a fronteira de eficiência. Para as demais regiões essa razão é superior a duas ou três vezes essa referência.

Para complementar essa visão, destaca-se a seguir o conteúdo de cada região e seus respectivos estados (quando pertinente), com as principais particularidades que diferenciam do resultado geral sintetizado no quadro 19:

i) Região Centro Oeste possui maior incidência de hospitais ineficientes. No estado de Goiás e Mato Grosso acima de 60% dos hospitais são ineficientes; e no Mato Grosso do Sul o monitoramento de indicadores assistenciais é a variável com menor necessidade de ajuste;

ii) Nordeste apresentou uma equivalência da frequência de hospitais eficientes e ineficientes classificados como privados sem fins lucrativos. No estado de Alagoas a maior necessidade de incremento é das variáveis de serviços e especialidades e equipamentos e a menor necessidade de ajuste e para o total procedimento; no estado do Ceará observou-se menor dependência da GRH para atingir a fronteira de eficiência com mais de 60% de hospitais eficientes; na Paraíba maior necessidade de ajuste para número leitos; no estado do Piauí mais de 60% de hospitais eficientes (expressivo a quantidade de hospitais acima de 50 leitos); Rio Grande do Norte com mais de 60% de hospitais eficientes e Sergipe com todos os hospitais (embora com frequência baixa), que fizeram parte da amostra do modelo, na fronteira de eficiência;

iii) na região Norte a inexistência de hospitais acima de 50 leitos e a distribuição equivalente entre os públicos estadual e municipal com mais de 50% dos hospitais da amostra na fronteira de eficiência; no estado do Acre maior necessidade de ajuste do monitoramento de indicadores assistenciais, salas de atendimento e mecanismo de gestão; no estados do Amapá, Rondônia e Tocantins com todos os hospitais (embora com frequência baixa), que fizeram parte da amostra do modelo, na fronteira de eficiência; no Pará mais de 60% de hospitais eficientes;

iv) na região Sudeste com frequência é maior de hospitais privados sem fins lucrativos com mais de 50% dos hospitais da amostra na fronteira de eficiência e com equivalência na distribuição entre os hospitais eficientes e ineficientes na gestão pública municipal; o estado do Espírito Santo com mais de 60% de hospitais eficientes e com menor necessidade de incremento para todas as variáveis do modelo comparativamente aos estados da mesma região; Minas Gerais possui acima de 60% de hospitais ineficientes; estado do Rio de Janeiro com todos os hospitais (embora com frequência baixa), que fizeram parte da amostra do modelo, na fronteira de eficiência; e São Paulo com a maior ajuste necessário na região para o total de procedimentos;

v) região Sul com maior incidência de hospitais ineficientes e menor a frequência de hospitais eficientes entre os hospitais privados com e sem lucrativos e também públicos estaduais; o estado do Paraná com menor necessidade de ajuste para numero leitos e maior incremento necessário entre os hospitais da região para o total de procedimentos; Rio Grande do Sul com todos os hospitais (embora com frequência baixa), que fizeram parte da amostra do modelo, na fronteira de eficiência.

Esse cenário relembra resultados sobre a análise de eficiência, em todas as capitais brasileiras de hospitais públicos,[81] feita por Gonçalves et al. (2007), que demonstram que as capitais identificadas com o pior desempenho evidenciam um paradoxo, pois algumas possuem forte tradição em formação de recursos humanos (como é o caso da região Sul) e ao mesmo tempo outras bastante distantes dos centros tecnológicos e educacionais (como é o caso da região Centro Oeste).

[81] Total de 27 hospitais.

Outro estudo, realizado por Andrade e Maia (2007) no estado de Minas Gerais, indica que o problema dos hospitais mineiros é a eficiência interna que está diretamente vinculada à gestão do hospital. A questão de escala é outro fator extremamente associado à ineficiência dos hospitais nesse estado. Com base no conjunto de hospitais que fizeram parte do estudo e a esfera administrativa, tem-se que os hospitais federais são os mais eficientes, seguidos pelos privados, estaduais, municipais e filantrópicos.

O tipo de hospital, quanto à natureza jurídica, melhora a eficiência técnica, mas a eficiência de escala permanece inalterada (KOUNETAS e PAPATHANASSOPOULOS, 2013). Para os hospitais brasileiros de pequeno porte a frequência maior de hospitais ineficientes está na esfera de gestão pública municipal, pública estadual e privados sem fins lucrativos.

Deve-se considerar também que os hospitais públicos financiados por alguma forma de orçamento descentralizado, inclusive organizações sociais financiadas por orçamento global, são mais eficientes e menos caros do que os hospitais públicos tradicionais (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009; AROCENA E GARCIA-PRADO, 2007).

E, por fim, a análise dos principais pontos de ineficiência identificados por La Forgia e Coutollenc (2009) leva a uma reflexão sobre a insuficiência dos métodos puramente quantitativos (paramétricos ou não) para abordagem do desempenho hospitalar, especialmente aqueles que tratam da relação entre *inputs* e *outputs*, uma vez que para além de uma relação satisfatória entre insumos e produtos as múltiplas variáveis do dinâmico processo de gestão das instituições hospitalares interferem sobremaneira nos resultados alcançados que englobam outras dimensões que ultrapassam a eficiência.

A medida de eficiência deve ser utilizada como "pano de fundo" na alocação dos recursos em hospitais, uma vez que essa mensuração depende em grande parte do método utilizado e da qualidade dos dados considerados como *input* e *output*. O que nem sempre é de fato assegurado de maneira adequada, sendo um ponto pouco discutido, pela ampla utilização do DEA no setor hospitalar (MAGNUSSEN, 1996). E, ainda, entre *input* (GRH) e *output* (performance) tem-se uma interveniência moderada de possíveis variáveis remetendo ao

como e porque GRH melhora a performance. Esse estágio é o que justamente se chama da 'caixa preta' porque de fato se conhece pouco o que acontece nessa fase, e permanece uma grande incógnita sobre essa questão (poucos estudos procuram olhar dentro dessa 'caixa preta'). Estudos que se propõem a isso, por exemplo, empregam a percepção e experiência dos empregados como a primeira variável de mediação e recuperam as perspectivas positivistas e funcionalistas da GRH que são usualmente negligenciadas (BOSELIE, DIETZ e BOOM, 2005).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo tratou de temáticas originárias de diferentes áreas do conhecimento, pela abrangência do objetivo proposto, na busca de contribuir para a aproximação dos eixos centrais da tese que tratam dos resultados organizacionais e a respectiva contribuição da gestão de recursos humanos, com base em premissas de estudos empíricos que buscam alavancar o conhecimento acumulado nesse campo.

O desafio metodológico, para verificação das prerrogativas teóricas, foi ampliado pela escolha intencional quanto à tipologia de hospitais e utilização de dados secundários. A consistência da base de dados, em função do quantitativo expressivo de hospitais, alinhada ao objetivo de funcionar como um diagnóstico dos dados oficiais gerenciados pelo próprio Ministério da Saúde mitigou em grande medida as possíveis inconsistências para aplicação do modelo de eficiência.

O modelo de eficiência, pela quantidade de hospitais e variáveis consideradas evidenciou resultados expressivos frente às lacunas teóricas que acompanham essas temáticas, além do forte potencial para subsidiar políticas públicas ou o aperfeiçoamento da gestão das instituições que fazem parte da amostra do estudo. A análise dos resultados sugere reflexões sobre a lógica do sistema de saúde e a inserção dos HPP, ao mesmo tempo em que indica possíveis impactos de intervenção ou atuação em pontos específicos da gestão destes hospitais.

A análise sobre eficiência e ineficiência revelou aspetos que podem ajudar na compreensão da dinâmica hospitalar em municípios brasileiros, notadamente quando observados em suas peculiaridades locais e mesmo estaduais, que o estudo permite discernir. E sua contribuição para lançar luz à hipótese que norteou do trabalho de que a Gestão de Recursos Humanos contribui para o resultado dos hospitais de pequeno porte. Embora vale relembrar a ponderação de que a complexidade que circunda a eficiência hospitalar é tão grande que é impraticável estabelecer exatamente todos os indicadores e mensurar todas as dimensões possíveis existentes que influenciam direta ou indiretamente na avaliação de desempenho de uma organização (CUNHA, 2011).

Ainda sobre a avaliação em organizações de saúde tem-se como base o pressuposto de que as análises não podem ser exclusivamente quantitativas, dependendo também de elementos qualitativos para sua avaliação, o que restringe quando há predominância dos indicadores numéricos e objetivos. Além da possibilidade de que as medidas de desempenho possam marginalizar interesses alheios, construindo realidades falsas e deixando de lado aspectos de relevância para a avaliação da organização de saúde (CUNHA, 2011).

A relevância do estudo em tela está relacionada à qualificação das variáveis utilizadas, numa ampla amostra de hospitais, que contemplam os indicadores típicos do desempenho hospitalar sem desconsiderar a dimensão da qualidade do cuidado. Essa contribuição consolida-se na perspectiva acadêmica e de gestão mesmo que os hospitais de pequeno porte sejam reconhecidos pela estrutura precária ou ausente da GRH no âmbito formal. No entanto, essa condição é, em grande medida, recorrente entre hospitais de médio e grande porte com forte influência da natureza jurídica de gestão, especialmente o recorte entre público e privado.

Nesse sentido outra contribuição importante diz respeito às políticas de recursos humanos como fator preponderante, entre os *inputs* utilizados, para melhoria da eficiência. A predominância de hospitais públicos municipais remete às normatizações típicas dessa esfera de gestão, com estreita vinculação a uma instância central, caracterizada pela baixa amplitude de governança do próprio hospital. Importante destacar também que essa variável, independente do tipo hospital quanto à natureza jurídica, teve impacto de no mínimo um terço para melhoria da eficiência.

Ainda sobre as políticas de gestão de recursos humanos, no contexto da eficiência dos hospitais de pequeno porte é importante ponderar sobre as prioridades para essa função, assim como os fatores que poderiam contribuir para atração e retenção dos profissionais nesses estabelecimentos. De acordo com Rodrigues (2008) categorias como o vínculo entre profissional e população, a preferência por um atendimento ambulatorial, o conforto de um trabalho com horários regulares e a remuneração contribuem para a atração e retenção dos profissionais médicos, por exemplo. Embora outros dificultam tais como: capacitação, condições físicas da unidade de saúde, localização da unidade de saúde e a falta de apoio da

rede de urgência/emergência. Além do fato de que a gestão de Recursos Humanos envolve aspectos objetivos, baseados em processos técnicos, e subjetivos, que dizem respeito à relação que as pessoas estabelecem com o próprio trabalho (SILVA et alli , 2009). Tal característica inerente a essa função acarreta um certo grau de dificuldade em termos de formulação de políticas que estimulem a atração e a fixação dos profissionais.

Outro aspecto que a tese lança luz está associado ao número de leitos, ou seja, não se confirmou que hospitais com número superior de leitos seriam mais eficientes. Além do fato de que o aumento do número de leitos, para hospitais com mais de 50 leitos, não contribui para melhoria da eficiência. Por outro lado, a quantidade de procedimentos, e consequentemente de AIHs[82], desses hospitais demandam elevado grau de incremento com utilização, em grande medida, da mesma capacidade instalada (com exceção dos hospitais com 0 a 19 leitos que precisariam dobrar a quantidade de leitos) e sem indicativo de que o valor pago pelas AIHs seja imprescindível para melhoria da eficiência. Esse tipo de constatação coloca uma reflexão importante quanto às estratégias em dotar estes equipamentos e o sistema como um todo de recursos materiais e também financeiros na busca de melhores resultados.

De outro lado, os resultados sobre eficiência não podem prescindir de uma dimensão intangível e que em certa medida acaba por ser depreciada pela sua forte componente política. Ou seja, na medida em que em diferentes localidades o HPP assume uma posição de destaque na comunidade, muitas vezes sendo a referência de saúde, não necessariamente atingindo indicadores de eficiência compatíveis àqueles que a literatura internacional e nacional preconizam, a eficiência ganha contornos que tornam a capacidade gerencial e a racionalidade limitada, considerando os preceitos clássicos indicados por Simon (1955)[83].

---

[82] Embora o estudo tenha utilizado o total de procedimentos e a frequência de AIHs, na dimensão de resultados, a avaliação dos hospitais de pequeno porte deve considerar também o papel dessas instituições na rede loco-regional de atenção à saúde *vis a vis* os resultados assistenciais, conforme perfil epidemiológico da população assistida. Ou seja, nem sempre o melhor resultado estará necessariamente vinculado ao aumento de procedimentos e AIHs.

[83] SIMON, H. A. A behavioral model of rational choice. **Quarterly Journal of Economics**, 69:99–118, 1955.

Nesta perspectiva o adequado balanceamento e equilíbrio entre indicadores tangíveis e voltados à eficiência e a capacidade gerencial em sinalizar leituras capazes de não comprometer a inserção de um HPP tornam-se um desafio demasiado complexo.

À luz destas considerações, os resultados da tese podem contribuir para a continuidade da consolidação do conhecimento nesse campo através de novos estudos, como por exemplo: i) estudos de caso, com hospitais da amostra, para gerar *insights* sobre a relação entre as variáveis do modelo de eficiência; ii) avaliação qualitativa de cada região ou estado para subsidiar propostas para melhoria dos serviços de saúde com base em dimensões específicas do estudo; iii) replicação do modelo de eficiência aplicado no estudo para hospitais de médio e grande porte numa perspectiva comparativa; iv) verificar relação de interdependência entre o tamanho do orçamento do hospital e a eficiência total; v) questão relativa ao tamanho do hospital, quanto ao número de leitos e o ganho de escala em produtividade permanece um desafio para futuras pesquisas e gestão.

As principais limitações do estudo em tela estão relacionadas às ponderações típicas sobre os estudos empíricos que buscam elucidar a contribuição da GRH para os resultados organizacionais. A prática de RH pode ser mensurada de diferentes formas: pela sua presença (dicotomicamente – sim ou não), pela sua abrangência (proporção da força de trabalho abrangida) ou pela sua intensidade (em que medida os empregados estão expostos à prática ou política). O instrumento utilizado na coleta de dados e, consequemente, na base de dados secundários, registrou somente a presença da prática de RH sem considerar a qualidade da implementação da GRH como condição necessária para sua efetividade. (BOSELIE, DIETZ e BOOM, 2005; PAAUWE, 2009). E também a ausência de um modelo com perspectiva longitudinal para viabilizar a definição da causalidade (DELERY E DOTY, 1996; WOOD e WALL, 2005; WRIGHT et al., 2005). A possível vulnerabilidade quanto ao informante principal que pode não estar pronto para recuperar acuradamente práticas analisadas pelo modelo o que pode causar racionalizações inadequadas ou super simplificações ou simplesmente lapsos de memória (WRIGHT, et al. 2005).

Nesse contexto, e juntamente com a característica determinística da técnica utilizada (DEA) torna-se apropriado uma certa ponderação quantos aos resultados que associaram fortemente a GRH com a melhoria de eficiência que foi considerada pela perspectiva da relação entre *inputs* e *outputs* e representa uma das diversas possibilidades para avaliação do desempenho hospitalar. Por outro lado, o fato de que as variáveis ligadas à gestão contribuem para o deslocamento dos hospitais para a fronteira de eficiência, também reforça que a GRH como componente da gestão possui papel relevante pela característica inerente às organizações de saúde quanto ao uso intensivo da força de trabalho para alcance de seus resultados.

Por fim, destaca-se a coerência entre uma amostra bastante ampla e a quantidade também extensa de variáveis envolvidas no estudo em alinhamento com o desafio de explicitar como e porque as políticas de RH podem fazem a diferença para os resultados organizacionais (WOOD e WALL, 2005). No caso específico dos hospitais de pequeno porte essa articulação remete à necessidade de melhor ou maior delimitação sobre o papel que esses estabelecimentos devem desempenhar no sistema de saúde. Pois essa definição deve subsidiar a própria gestão do hospital, na busca de respostas perguntas como: os hospitais de pequeno porte poderiam, por exemplo, não existir em todas ou em algumas regiões do país? Ou quais seriam os investimentos adequados em gestão de recursos humanos para alavancagem dessas instituições? O quantitativo de profissionais seria tanto maior quanto o número de leitos para assegurar a eficiência?

Essa síntese ilustra os múltiplos desafios que a tese incorporou ao longo do seu desenvolvimento. Desde a revisão da literatura de temas complexos e com pouca interlocução no campo teórico, com aplicação de técnica determinística para avaliação da eficiência numa amostra muito ampla de hospitais de pequeno porte até o imenso volume de dados gerados e a diversidade colocada para sua interpretação de forma consistente.

Ao finalizar o trabalho o surgimento de novas perguntas e hipóteses reafirmam ora a contribuição da tese ora suas fragilidades. E, em especial, é importante destacar que os resultados, embora aderentes à hipótese central do estudo devam ser considerados em certa

medida sempre cautela pela natureza determinística da técnica aplicada. Ainda que sinalize inevitavelmente a relevância da gestão, de maneira mais ampla, para a melhoria da eficiência dos hospitais de pequeno porte.

7. REFERÊNCIAS

ABRUCIO, F. L. O impacto do modelo gerencial na administração pública: *um breve estudo sobre a experiência internacional recente*. CLAD, 1997.

AIKEN, L. H. et al.. *Educational levels of hospital nurses and surgical patient mortality*. Journal of American Medical Association (JAMA), vol. 290, n. 12, 2003.

AIKEN, L. H. et al... *Hospital nursing staff and patient mortality, nurse burnout and job dissatisfaction*. Journal of American Medical Association (JAMA), vol. 288, n. 16, 2002.

AKTAŞ, E.; ÜLENGIN, F.; ŞAHIN, S. Ö. *A Decision Support System to Improve the Efficiency of Resource Allocation in Healthcare Management*. Socio Economic Planning Sciences, v. 41, n. 2, pp. 130-146, 2007.

ALBARELLO, L. et al.. *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais: trajectos*. Lisboa: Gradiva, 1997.

ALBUQUERQUE, L.G. *O papel estratégico de Recursos Humanos*. São Paulo: FEA/USP. 1987 (tese de livre docência).

ANDRADE, M.V. e MAIA, A.C. *Análise de eficiência hospitalar no estado de Minas Gerais*. Belo Horizonte: CEDEPLAR/UFMG, Relatório Técnico, 2007.

AROCENA, P., GARCÍA-PRADO, A. *Accounting for quality in the measurement of hospital performance: evidence from Costa Rica*. HEALTH ECONOMICS, Volume 16, Issue 7, July 2007, Pages: 667–685.

ASSISTÊNCIA MÉDICO-SANITÁRIA (AMS). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. *Diretoria de Pesquisas*. Departamento de População e Indicadores Sociais. 2002.

AZEVEDO, A.C. *Avaliação de desempenho de serviços de saúde*. Revista de saúde pública, São Paulo, vol. 25, p. 64-71, 1991.

BARBOSA, A. C. Q. *Recursos Humanos e Vínculos Profissionais - Análise Descritiva em Hospitais de Pequeno Porte do Brasil*. Belo Horizonte: FACE/UFMG, Tese de Professor Titular, 2015.

BARBOSA, A. C. Q.; RODRIGUES, J. M. (organizadores). *1º Censo de Recursos Humanos da Atenção Primária do estado de Minas Gerais*. OBSERVATÓRIO DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE. Belo Horizonte, 2006.

BARTRAM, T., STANTON, P., LEGGAT, S., CASIMIR, G., FRASER, B. *Lost in translation: exploring the link between HRM and performance in healthcare*. Human Resource Management Journal, 2007, vol. 17, number 1, p. 21-41.

BAZZOLI, G. J., Chen, HF., LINDROOTH, R. C. *Hospital financial condition and the quality of patient care*. HEALTH ECONOMICS. Volume 17, Issue 8, Pages: 977–995, 2008.

BIORN, E.; HAGEN, T. P.; IVERSEN, T.; MAGNUSSEN, J.; *The effect of activity-based financing on hospital efficiency: a panel data analysis of DEA efficiency scores 1992-2000.* Health Care Management Science, 2003, p. 271-283.

BITTAR, O. J. N. V. *Política de Recursos Humanos em hospitais.* Revista de Administração, São Paulo, vol. 31, n. 1, pg. 91-96, 1996.

BOSELIE, P., DIETZ, G., BOOM, C. *Commonalities and contradictions in HRM and performance research.* Human Resource Management Journal, 2005, vol, 15, number 3, p. 67-94.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Nota Técnica. Considerações sobre a instituição de um processo de monitoramento e avaliação do SUS. Brasília:MS; 2005b

CAMARGO, T.A. *Gestão de Recursos Humanos no Contexto da Nova Gestão Pública: Um Estudo Comparativo Brasil – Portugal.* Dissertação de Mestrado, CEPEAD/FACE/UFMG, 2011.

COOK, W. D.; SEIFORD, L. M. *Data Envelopment Analysis (DEA) – Thirty Years.* European Journal of Operational Research, v. 192, n. 1, pp. 1-17, 2009.

COPNELL, B.; HAGGER, V.; WILSON, S.G.; EVANS, M.; SPRIVULIS, P.C.; CAMERON, P.A. *Measuring the quality of hospital care: an inventory of indicators.* Internal Medicine Journal, 2009. P. 352-360.

CORRÊA, L. R. C. *Os hospitais de pequeno porte do sistema único de saúde brasileiro e a segurança do paciente.* Dissertação de Mestrado. São Paulo (SP): Fundação Getúlio Vargas; 2009.

COSTA, J.S.M. *Serviços de urgência e emergência hospitalar: atendimento não urgente nas redes de atenção às urgências, num contexto de transformações demográficas.* Tese de Doutorado, CEDEPLAR/FACE/UFMG 2011.

CRESWELL, J. W. *Procedimentos qualitativos In: Projeto de Pesquisa – Métodos qualitativo e quantitativo e misto.* 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CUNHA, J. A. C. *Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde: um estudo em hospitais filantrópicos.* São Paulo: FEA/USP, 2011 (tese de doutorado).

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. *O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. Rev. bras. enferm.* [online]. 2006, vol.59, n.1, pp. 84-88. ISSN 0034-7167.

DAMÁZIO, L. F. *Fatores Críticos de sucesso da estratégica para desempenho superior em hospitais privados.* Belo Horizonte: UFMG. Tese de Doutorado. 2011.

DAMÁZIO, L.F. e Gonçalves, C.A. (org) *Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde: desafios e perspectivas.* Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

DELERY, J. E., DOTY, D. H. *Modes of theorizing in strategic human resource management: tests of universalistic, contingency and configurational performance predictions*. Academy of Management Journal, 1996, vol. 39, number 4, p. 802-835.

DONABEDIAN, A. *Some basic issues in evaluating the quality of healthcare*. NLN Publ. Aug;(21-2194):3-28, 1987.

DONABEDIAN, A. *The definition of quality and approaches to its assessment*. Volume I. The Universityof Michigan Health Administration Press Ann Arbor, Michigan 1980.

DONABEDIAN, A. *The role of outcomes in quality as sess mentandas surance. QualityRevBulletin*, Nov;18(11):356-60, 1992.

DUBOIS, C-A.; MCKEE, M.; NOLTE, E. *Human Resource for health in Europe*. Open Press University, England, 2006.

DUSSAULT, G.; SOUZA, L. E. *Gestão de recursos humanos em saúde*. Departamento de Administração da Saúde, Faculdade de Medicina, Universidade de Montreal, 1999.

EATON, S.C. *Beyond 'unloving care: linking human resource management and patient care quality in nursing homes*. The International Journal of Human Resource Management, 2000, vol 11 number 3, p. 591-616.

FACCHINI, L. A., BARBOSA, A. C. Q., (coord) *Estudo de Hospitais de Pequeno Porte Brasileiros – Diagnóstico, Avaliação e Espacialização*. Belo Horizonte/Pelotas: UFPel e Observatório de Recursos Humanos em Saúde da FACE/UFMG, 2014. (relatório de pesquisa).

FISCHER, A. L. *A constituição do modelo competitivo de gestão de pessoas no Brasil – um estudo sobre as empresas consideradas exemplares*. São Paulo: FEA/USP, 1998 (tese de doutorado).

FOLLAND, S.; GOODMAN, A.C; STANO, M. *A economia da saúde*. Porto Alegre: Bookman, 2008.

GIL, A. C. *Como elaborar projetos de pesquisa*. 3ª edição, São Paulo: Atlas, 1991.

GLOUBERMAN S, et al.. *Managing the care of health and curing the Disease, Part I: Differentiation*. Healthcare Management Review 2001; p. 56-69.

GONÇALVES, A. C.; NORONHA, C. P.; LINS, M. P. E.; ALMEIDA, R. V. R. *Análise Envoltória de Dados na avaliação de hospitais públicos nas capitais brasileiras*. Revista SaúdePública, v. 41, n. 3, p. 427-35, 2007.

GONZALEZ REY, F. *Pesquisa Qualitativa e Subjetividade: os processos de construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GROENE, O.; SKAU, J.K.H.; FROLICH, A.; *An international review of projects on hospital performance assessment*. International Journal for Quality in Health Care, 2008: volume 20, number 3, p. 162-171.

GROSSKOPF, S.; VALDMANIS, V. *Measuring Hospital Performance: A Non-Parametric Approach. Journal of Health Economics*, v. 6, n. 2, pp. 89-107, 1987.

GUEST, D. E. *Human resource management and performance: a review and research agenda.* The International Journal of Human Resource Management, 1997, vol 8 number 3, p. 263-276.

GUEST, D. *Human resource management and performance: still searching for some answers.* Human Resource Management Journal, 2011, vol, 21, number 1, p. 3-13.

HAIR, J. F.; BABIN, B.; MONEY, A.H.; SAMOUEL, P. *Análise Multivariada de Dados.* Porto Alegre: Bookman, 2005.

HARRIS, C., CORTVRIEND, P., HYDE, P. *Human resource management in healthcare organizations.* Journal of Health Organization and Management, 2007, vol. 21, number 4/5, p. 448-459.

HOFMARCHER, M.M.; PATERSON, I.; RIEDEL, M.; *Measuring hospital efficiency in Austria – a DEA approach.* Health Care Management Science, 2002, p. 7-14.

HORNBY, P.; FORTE, P. *Human resources indicators to monitor health service performance.* Prepared for the World Health Organization. Centre for Health Planning and Management, Keele University, England, 2000.

HUSELID, M.A. *The impact of Human Resource Management practices on turnover, productivity, and corporate financial performance.* Academy of Management Journal, 1995, vol. 38, number 3, p. 635-672.

JACOBS, R. Alternative Methods to Examine Hospital Efficiency: *Date Envelopment Analysis and Stochastic Frontier Analysis.* Health Care Management Science, v. 4, n. 2, pp. 103-115, 2001.

JANUÁRIO, J.J.H. *Factores que podem influenciar os indicadores de performance: indicadores de gestão hospitalar.* Lisboa: Instituto Universitário de Lisboa, 2009 (dissertação de mestrado).

KHATRI, N.; WELLS, J.; McKUNE, J.; BREWER, M. *Strategic human resource management issues in hospitals: a study of a university and a community hospital.* Heldref Publications. Vol. 84, no. 4 Fall 2006.

KOUNETAS, K.; PAPATHANASSSOPOULOS, F.; *How efficient are Greek hospitals? A case study using a double bootstrap DEA approach.* European Journal of Health Economics, 2013, p. 979-994.

LA FORGIA, G. M. e COUTTOLENC, B. F. *Desempenho hospitalar no Brasil: em busca de excelência.* São Paulo: Singular, 2009.

LACOMBE, B. M. B. e ALBUQUERQUE, L. G. *Avaliação e mensuração de resultados em gestão de pessoas: um estudo com as maiores empresas instaladas no Brasil.* Revista Administração, São Paulo, vol.43, n.1, p.5-16, jan./fev./mar. 2008

LACOMBE, B.M.B.; e CHU, R.A.; *Políticas e práticas de gestão de pessoas: as abordagens estratégica e institucional.* São Paulo: RAE, vol. 48, n 1, 2008.

LAKATOS, E. M. *Fundamentos de metodologia científica.* São Paulo: Atlas, 1999.

LAVILLE, C. e DIONNE, J. *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.* Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LEMIEUX-CHARLES, L.; McGUIRE, W.; CHAMPAGNE, F.; BARNSLEY, J.; COLE, D.; SICOTTE, C.; *The use of multilevel performance indicators in managing performance in health care organizations.* Management Decision, 2003, p. 760-770.

LEVCOVITZ, E.; LIMA, L. D. de; MACHADO, C. V. *"Política de saúde nos anos 90: relações intergovernamentais e o papel das Normas Operacionais Básicas".* Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro: vol. 6, nº 2, 2001.

LI, L. X.; BENTON, W. C. *Performance Measurement Criteria in Health Care Organizations: Review and Future Research Directions.* European Journal of Operational Research, v. 93, n. 3, pp. 449-468, 1996.

LINS, M. E. et al.. *O uso da Análise Envoltória de Dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros.* Ciência e Saúde Coletiva, vol. 12(4):985-998, 2007.

LLEWELLYN, S. 'Two-Way Windows': *Clinicians as Medical Managers.* Organization Studies, v. 22, n. 4, pp. 593-623, 2001.

LÓPEZ E. M. *Uma revisão do papel dos hospitais de pequeno porte no SUS.* Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro (RJ): ENSP/Fiocruz; 2004.

MACHADO, J. P.; MARTINS, A.C.M.; MARTINS, M.S. *Avaliação da qualidade do cuidado hospitalar no Brasil: uma revisão sistemática.* Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 29(6): 1063-1082, 2013.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. *Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil.* Ciência e saúde coletiva, vol.12 no.4 Rio de Janeiro July/Aug. 2007.

MAGNUSSEN, J. *Efficiency measurement and the operationalization of hospital production.* Health Services Research, 1996, vol. 31(1), p.21-37.

MARINHO, A. *Estudo de Eficiência em Alguns Hospitais Públicos e Privados com Geração de Rankings.* Rio de Janeiro: IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada), Texto para Discussão n. 794, 2001.

MASCARENHAS, A.O. *Gestão estratégica de pessoas.* São Paulo: Cengage Learning, 2008.

MELLO, J. C. C.; MEZA, L.; GOMES, E. G.; NETO, L. *Integrated System for Decision Support (SIAD Sistema Integrado de Apoio a Decisão): A Software Package for Data Envelopment* Analysis Model, Pesquisa Operacional, 25(3),493-503, 2005.

MINTZBERG, H. *Estrutura e Dinâmica das Organizações*, Lisboa: Publicações Dom Quixote, (1995). (Trabalho original em inglês publicado em 1979)

MORICI, M.C. e BARBOSA, A.C.Q. *A gestão de recursos humanos em hospitais do sistema único de Saúde (SUS) e sua relação ao modelo de assistência: um estudo em hospitais de Belo Horizonte, Minas Gerais.* Rio de Janeiro: Revista de Administração Pública, vol. 47, pg. 205-225, 2013.

MORICI, M.C. *Recursos Humanos em hospitais do Sistema Único de Saúde: Entre a Assistência e a Gestão*. Dissertação de Mestrado, CEPEAD/FACE/UFMG, 2011.

NEELY, A.; GREGORY, M.; PLATTS, K. Performance Measurement System Design. A Literature Review and Research Agenda. *International Journal of Operations & Production Management*, v. 15, n. 4, pp. 80-116, 1995.

NEELY, A.; RICHARDS, H.; MILLS, J.; PLATTS, K.; BOURNE, M. Designing Performance Measures. A Structured Approach. *International Journal of Operations & Production Management*, v. 17, n. 11, pp. 1131-1152, 1997.

NETO, G. V.; MALIK, A. M. *Tendências na assistência hospitalar* (debate). Rio de Janeiro: Ciência e saúde coletiva, vol.12 no.4 July/Aug. 2007.

PAAUWE, J. *HRM and performance: achievements, methodological issues and prospects.* Journalof Management Studies, 2009, vol. 46, number 1, p.129-142.

PAIM, J. S. *Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos.* São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP. 1994. p. 1-80.

PALOCCI, P. A. (org). *Melhores Práticas em Gestão de Pessoas - experiências dos hospitais da Associação Nacional de Hospitais Privados*. Rio de Janeiro: Medbook, 2011.

PERTENCE, Poliana Priosteand MELLEIRO, Marta Maria. *Implantação de ferramenta de gestão de qualidade em Hospital Universitário*. Rev. esc. enferm. USP [online]. 2010, vol.44, n.4, pp. 1024-1031. ISSN 0080-6234.

PIERANTONI, C. R. *As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades*. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2001 v.6, n.2.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C.; FRANÇA, T. *Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: da teoria à prática.* In: **Barros, A.F.R. (org.) et.al. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises**. Brasília, Ministério da Saúde, 2004.

PORTER, M.E. e TEISBERG, E.O. *Repensando a saúde: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos*. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PROWSE, P., PROWSE, J. *Whatever happened to human resource management performance?* International Journal of Productivity and Performance Management, 2010, vol. 59, number 2, p.145-162.

PURBEY, S.; MUKHERJEE, K.; BHAR, C. *Performance measurement system for healthcare processes*. International Journal of Productivity and Performance Management. Vol. 56 Iss: 3, pp.241 – 251, 2007.

QUIVY, R. e CAMPENHOUDT, L. *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações, 1998.

REIS, E. J. F. B. dos et al. *Avaliação da qualidade dos serviços de saúde*: notas bibliográficas. Cad. Saúde Pública [online]. 1990, vol.6, n.1, pp. 50-61. ISSN 0102- 311X.

ROCHA, T.A.H. *Práticas de gestão de recursos humanos e processo de trabalho na estratégia saúde da família: uma interface necessária - um estudo em Belo Horizonte.* Dissertação de Mestrado, CEPEAD/FACE/UFMG, 2011.

RODRIGUES, J. M.; RODRIGUES, R. B. *A gestão de pessoas em serviços de saúde: realidade atual e perspectivas em hospitais brasileiros*. In: **DAMÁZIO, L.F. e Gonçalves, C.A. (Org.). Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde**. 1ed.São Paulo: Elsevier, 2012, v. 1, p. 75-108.

RODRIGUES, J. M.; Rodrigues, R. B. *A gestão de pessoas em serviços de saúde: realidade atual e perspectivas em hospitais brasileiros*. In: **DAMÁZIO, L.F. e Gonçalves, C.A. (Org.). Desafios da gestão estratégica em serviços de saúde**. 1ed.São Paulo: Elsevier, 2012, v. 1, p. 75-108.

RODRIGUES, R.B. *Atração e Retenção e a Lógica da Gestão de Recursos Humnaos - Um estudo sobre médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) em Belo Horizonte.* Dissertação de Mestrado, CEPEAD/FACE/UFMG, 2008.

RODWELL, J.J., TEO, S.T.T. *The influence of strategic HRM and sector on perceived performance in health services organizations*. The International Journal of Human Resource Management, 2008, vol 19 number 10, p. 1825-1841.

SANTELICES, E.C.; ORMENO, H.C.; DELGADO, M.S.; LUI, C.M.; VALDEZ, R.V.; DURAN, L.C.; *Análisis de los determinantes de La eficiencia hospitalaria: el caso de Chile*. Revista Medica do Chile, 2013, p. 457-463.

SEIFORD, L. M. Data Envelopment Analysis: *The Evolution of the State of the Art* (1978-1995). Journal of Productivity Analysis, v. 7, n. 2 / 3, pp. 99-137, 1996.

SELLTIZ. *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: E.P.U, 1974.

SEXTON, T.R., SILKMAN, R.H., HOGAN, A.J. *Data envelopment analysis: Critique and extensions*. In: **Silkman, R.H. (Ed.), Measuring Efficiency: An Assessment of Data Envelopment Analysis.** Jossey-Bass, San Francisco, 1986, p. 73– 105.

SILVA, A. C. Z. *SUS: avanços e obstáculos no processo de descentralização e coordenação intergovernamental*. Revista do Serviço Público, ano 55, número 4, 2004.

SILVA, L. M. V. da e FORMIGLI, V. L. A.. *Avaliação em saúde: limites e perspectivas.* Cad. Saúde Pública [online]. 1994, vol.10, n.1, pp. 80-91. ISSN 0102- 311X.

SILVA, N. C. *Gestão de recursos humanos na saúde da família : fato ou ficção?* Belo Horizonte: Observatório de Recursos Humanos em Saúde do Nig. One/UFMG, 2009. 98 p.

SNELLING, I.; *Do star ratings really reflect hospital performance*? Journal of Health Organization Management, 2003, vol. 17, number 3, p. 210-223.

TOWNSEND, K. e WILKINSON, A. *Managing under pressure: HRM in hospitals.*HumanResource Management Journal, vol. 20 no 4, 2010.

UGA, M. A. D.; LOPEZ, E. M. *Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS.* Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 12, n. 4, Aug. 2007.

ULRICH, D. *Recursos humanos estratégicos: novas perspectivas para os profissionais de RH.* São Paulo: Futura, 2000.

VEILLARD, J. CHAMPAGNE, F., KLAZINGA, N., KAZANDJIAN, V., ARAH, O. A. , GUISSET, A.-L. *A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project.* International Journal for Quality in Health Care Volume 17, Number 6: pp. 487–496, 2005.

VIACAVA, F.; SORBERO, M.E.; MEHROTRA, A.; LIU, H.; DAMBERG, C.L. *Episode based performance measurement and payment: making it a reality.* Milwood: Health Aff, 2009.

VIACAVA, F.; UGÁ, M.A.D.; PORTO, S.; LAGUARDIA, J.; MOREIRA, R.S. *Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde: um modelo de análise.* Rio de Janeiro: Ciência e saúde coletiva, vol.17 no.4, 921-934, 2012.

VIEIRA, M. A. *Gestão do Trabalho no Sistema Único de Saúde. In: Textos de apoio em políticas de saúde.* Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio Rio de Janeiro, 2005. p.99-116.

WENG et al.. *An extended DEA model for hospital performance evaluation and improvement.*Health Serv Outcomes Res Method, 2009 9:39–53. DOI 10.1007/s10742-008-0042-y.

WEST, A.M., BORRILL, C., DAWSON, J., SCULTY, J., CARTER, M., ANELAY, S., PATTERSON, M., WARING, J. *The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals.* The International Journal of Human Resource Management, 2002, vol 13, number 8, p. 1299-1310.

WOOD, S. J., WALL, T.D. *The romance of human resource management and business performance, and the case for big science.* Human Relations, 2005, vol. 58, number 4, p. 429-462.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Performance Assesment Tool for Quality Improvement in Hospitals.*Regional Office for Europe/Denmark, 2003.

WRIGHT, P.M, TIMOTHY, M. G., MOYNIHAN, L. M., ALLEN, M. R. *The relationship between HR practices and firm performance: examining causal order.* Personnel Psychology, 2005, vol. 58, p-409-446.

WRIGHT, P.M., ROGERS, E.M. *Measuring organizational performance in strategic human resource management: problems, prospects, and performance information markets.*Human Resource Management Review, 1998, vol. 8, number 3, p. 311-331.

YAVAS, U.; e ROMANOVA, N. *Assessing performance of multi-hospital organizations: A measurement approach.* Leadership in Health Services. Volume 02; p:193-203, 2005.

YOKOMIZO, C. A.; CARNEIRO DA CUNHA, J. A.; CORRÊA, H. L. *Mapping Literature to Find Approaches for Evaluating Organizational Performance: The First Step Toward Innovative Concepts and Practices.* In: 5th Conference on Performance Measurement and Management Control, 5, 2009, Nice (França). Anais... Brussels (Bélgica): EIASM (The European Institute for Advanced Studies in Management), 2009.

ZIGAN, K., FRASER, M., DESOMBRE, T. *Intangible resources as performance drivers in European hospitals.* International Journal of Productivity and Performance Management, 2008, vol. 57, number 1, p.57-71.

ZUCCHI, P; BITTAR, O.J.N.V. *Funcionários por leito: estudo em alguns hospitais públicos e privados.* RAS. Vol. 4, n 14, 2002.

8. ANEXO I – Instrumento da coleta de dados in loco (censo)

1 Identificação dos entrevistados

1.1.1 Nome do 1° entrevistado
1.1.2 Cargo
1.1.3 Telefone para contato
(☐☐)☐☐☐☐-☐☐☐☐

1.1.4 Email para contato
1.1.5 Nome do 2° entrevistado
1.1.6 Cargo
1.1.7 Telefone para contato
(☐☐)☐☐☐☐-☐☐☐☐

1.1.8 Email para contato
1.1.9 Nome do 3° entrevistado
1.1.10 Cargo
1.1.11 Telefone para contato
(☐☐)☐☐☐☐-☐☐☐☐

1.1.12 Email para contato
1.1.13 Nome do 4° entrevistado
1.1.14 Cargo
1.1.15 Telefone para contato
(☐☐)☐☐☐☐-☐☐☐☐

1.1.16 Email para contato

2 Identificação da instituição

2.1.1 Nome do estabelecimento
2.1.2 Razão Social:
2.1.3 Qual é o CNPJ do hospital:
2.1.3.1 O CNPJ é próprio do hospital?

1. Não
2. Sim
3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

2.1.3.2 Caso não seja próprio, de quem é o CNPJ do hospital?

1. Prefeitura
2. Fundo Municipal de saúde
3. Outro
4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

2.1.4 Logradouro do hospital:

2.1.5 CEP:
☐☐☐☐☐-☐☐☐

2.1.6 Município:
2.1.7 Estado:
2.1.8 Região de Saúde:
2.1.9 E-mail para contato:
2.1.10 Telefone para contato
(☐☐)☐☐☐☐-☐☐☐☐

2.1.11 Quais são as coordenadas geográficas de localização do estabelecimento:
☐☐°☐☐'☐☐"☐☐ Latitude

☐☐°☐☐'☐☐"☐☐ Longitude

2.1.11.1 Caso não tenha sido possível obter as coordenadas, escreva abaixo o motivo:

2.1.12 CNES do estabelecimento:

2.1.13 Data da última atualização do cadastro do CNES:
☐☐/☐☐/☐☐☐☐

2.1.14 Qual é a categoria do hospital:

1. Hospital geral (Presta atendimento somente as clínicas básicas ginecologia/obstetrícia, clínica médica, pediatria)
2. Hospital geral com especialidades (Presta atendimento em outras especialidades para além das clínicas básicas, inclusive podendo atuar como maternidade)
3. Hospital especializado

2.1.14.1 O hospital atua como maternidade?

1. Não
2. Sim

2.1.14.2 O hospital realiza partos regularmente?

1. Não
2. Sim

2.1.14.3 Quantos partos realiza em média por mês?

2 Identificação da instituição

2 Identificação da instituição

2.1.15 Natureza Jurídica:

1. Público Federal - Administração direta –Ministério da Educação
2. Público Federal- Administração direta –Ministério da saúde
3. Público Federal- Administração direta –Ministério da Defesa
4. Público Federal - Fundações
5. Público Federal- Autarquias (agências executivas e reguladoras)
6. Público Federal - Empresa pública
7. Público Estadual - Administração direta;
8. Público Estadual - Fundações de direito público,
9. Público Estadual - Fundações de direito privado,
10. Público Estadual - Autarquia
11. Público Estadual - Gerenciado por terceiros - Organizações sociais
12. Público Estadual - Gerenciado por terceiros - Parcerias público-privadas
13. Público Estadual - Gerenciado por terceiros - Outra. Qual?
14. Municipal - Administração direta,
15. Municipal - Fundações de direito público,
16. Municipal - Fundações de direito privado,
17. Municipal - Autarquia
18. Municipal - Gerenciado por terceiros - Organizações sociais
19. Municipal - Gerenciado por terceiros - Parcerias público-privadas
20. Municipal - Gerenciado por terceiros - Outra. Qual?
21. Privado com fins lucrativos - Sociedade (incluso Economia mista)
22. Privado com fins lucrativos - Cooperativa
23. Privado com fins lucrativos - Associação profissional
24. Privado com fins lucrativos - Sindicato
25. Privado com fins lucrativos - Serviço Social Autônomo (SESi, SESC)
26. Privado com fins lucrativos - Outras associações
27. Privado sem fins lucrativos - OSCIP
28. Privado sem fins lucrativos - Entidade Social COM Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social
29. Privado sem fins lucrativos - Entidade Social SEM Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social

2.1.16 Qual é o perfil da clientela atendida pelo hospital (*múltipla escolha*): (ciclo 1)

1. SUS
2. Saúde suplementar
3. Desembolso direto

2.1.17 Quem arca com os custos do Hospital:

1. Gestão Municipal
2. Gestão estadual
3. Gestão Municipal e Estadual
4. Gestão Privada
5. Gestão federal

2.1.18 Número de inscrição do alvará da vigilância sanitária: Caso isento pela Lei Federal 6.437/77 (Art. 10 - Unidade Pública) digitar 000000 / caso não saiba digitar 999999.

2 Identificação da instituição

☐☐☐☐☐

2.1.19 O estabelecimento é contratualizado com o SUS?

1. Sim, com base na Portaria GM/MS 1.044/2.004;
2. Sim
3. Não
4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

2.1.20 Qual é o tempo de vigência da última contratualização SUS em meses?

☐☐

2.1.21 O imóvel em que funciona o hospital é:

1. Público municipal
2. Público estadual
3. Público federal
4. Próprio
5. Alugado, cedido, emprestado, outra forma.
6. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

2.1.21.1 Caso seja Alugado, cedido, emprestado, outra forma, de quem é?

3 Identificação da Instituição mantenedora

3.1.1 O hospital possui uma mantenedora?

0. Não
1. Sim

3.1.1.1 Nome da mantenedora

3.1.1.2 Razão Social:

3.1.1.3 Qual é o CNPJ da mantenedora?

3.1.1.4 Logradouro:

3.1.1.5 CEP:

☐☐☐☐☐-☐☐☐

3.1.1.6 Município:

3.1.1.7 Estado:

3.1.1.8 Região de Saúde

3.1.1.9 E-mail para contato

3.1.1.10 Telefone para contato

(☐☐)☐☐☐☐-☐☐☐☐

4 Informações gerais do Hospital		
4.1 ITENS DE ORGANIZAÇÃO DE GESTÃO		
*O hospital possui algum dos seguintes itens?	0.Não	1.Sim
4.1.1 Organograma		
4.1.2 Regimento interno do corpo clínico		
4.1.3 Regulamento interno		
4.1.4 Normas e rotinas das áreas assistenciais		
4.1.5 Planejamento institucional		
4.1.6 Colegiado interno de gestão		
4.1.7 Comissão interna de prevenção de acidentes		
4.1.8 Comissão de documentação médica e estatística		
4.1.9 Comissão de ética médica		
4.1.10 Comissão de ética em pesquisa		
4.1.11 Comissão de mortalidade materna		
4.1.12 Comissão de mortalidade neonatal		
4.1.13 Comissão de prevenção e controle de infecção hospitalar		
4.1.14 Comissão de revisão e análise de óbitos		
4.1.15 Comissão de revisão e análise de prontuários		
4.1.16 Núcleo de segurança do paciente		
4.1.17 O hospital possui programa de Atenção domiciliar		
4.1.18 O hospital possui algum programa de desospitalização (mesmo que não seja saúde em casa)		
4.1.19 Quanto à identificação dos serviços que o hospital oferta, existe:	0.Não	1.Sim
4.1.19.1 Placa de identificação visível e contendo a descrição de serviços com a informação de que oferta serviços pelo SUS		

4.1.19.2 Placa, painel ou similar visível com telefone da ouvidoria do Ministério da Saúde		
4.1.19.3 Placa, painel ou similar visível com horário de funcionamento dos serviços		
4.1.19.4 Placa, painel ou similar visível com horário de trabalho dos médicos		

4.2 QUANTO À APURAÇÃO DE INDICADORES

*Indicador	Monitora o indicador?		Frequência de apuração do indicador em dias	O hospital divulga estes dados? 0.Não 1.Sim 2.N.S/N.R.
	0.Não	1.Sim		
4.2.1 Absenteísmo				
4.2.2 Custo/internação				
4.2.3 Índice de rotatividade de leitos				
4.2.4 Índice de satisfação do usuário				
4.2.5 Número de profissionais/leito				
4.2.6 Taxa de cesárea				
4.2.7 Taxa de infecção hospitalar				
4.2.8 Taxa de infecção pós-cirúrgica				
4.2.9 Taxa de mortalidade institucional				
4.2.10 Taxa de ocupação hospitalar				
4.2.11 Taxa de reinternação				
4.2.12 Tempo médio de permanência				

4.3 QUANTO À EXISTÊNCIA DE DISPOSITIVOS DE HUMANIZAÇÃO				
*Quais dos seguintes dispositivos estão implantados	0.Não	1.Sim	Caso NÃO tenha implantado, quais as dificuldades para a implantação? 1. Inexistência/inadequação de área física 2. Inexistência/inadequação de recursos humanos 3. Desconhecimento do dispositivo 4. Falta de recurso financeiro 5. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu	
4.3.1 Acessibilidade				
4.3.2 Acolhimento				
4.3.3 Acompanhamento da gestante durante o parto e pós-parto imediato				
4.3.4 Acompanhante 24 horas para crianças				
4.3.5 Acompanhante 24 horas para idosos				
4.3.6 Acompanhante de indígenas				
4.3.7 Atividades de brincar				
4.3.8 Gestão participativa				
4.3.9 Horário ampliado para além de 1 hora				
4.3.10 Valorização do trabalhador				
4.3.11 Visita aberta				

4.4 QUANTO ÀS INFORMAÇÕES QUE CONSTAM NOS PRONTUÁRIOS			
4.4.1 Como se caracteriza o prontuário utilizado pelo hospital? 1. Prontuário Único 2. Prontuário por serviço/clínica 3. Prontuário exclusivo do médico 4. Prontuário eletrônico 5. Ficha de atendimento (não utiliza prontuário)			
*Quais dos seguintes dados constam no prontuário	0.Não	1.Sim	
4.4.1.1 CPF			
4.4.1.2 Data de nascimento			
4.4.1.3 Endereço completo			
4.4.1.4 Identidade			
4.4.1.5 Nome completo			
4.4.1.6 Telefone para contato			
4.4.1.7 Número do Cartão Nacional de Saúde			
4.4.1.8 Sexo			
4.5 QUANTO AOS CANAIS DE COMUNICAÇÃO QUE A INSTITUIÇÃO POSSUI			
*Quais dos seguintes itens o hospital possui	0.Não	1.Sim	
4.5.1 Boletins/informativos			
4.5.2 Murais/quadros			
4.5.3 Ouvidoria própria			
4.5.4 Página de internet			
4.5.5 Sala de situação			
4.5.6 Serviço de som			
4.6 QUANTO AOS MECANISMOS DE AFERIÇÃO DA SATISFAÇÃO DO USUÁRIO			
*Quais dos seguintes itens o hospital possui	0.N	1.Sim	

	ão	
4.6.1 O hospital realiza algum levantamento de satisfação do usuário?		
4.6.1.1 Pesquisa de satisfação		
4.6.1.2 Caixa de sugestões		
4.6.1.3 Formulários on-line		
4.6.1.4 Ouvidoria própria		
4.6.1.5 Outro mecanismo de aferição de satisfação do usuário		

4.7 QUANTO AOS MECANISMOS DE CERTIFICAÇÃO E QUALIDADE		
*O hospital possui alguma dessas certificações?	0.Não	1.Sim
4.7.1 ONA		
4.7.2 ISO(todos os setores)		
4.7.3 ISO Setor (somente parte do conjunto de setor)		
4.7.4 JCI		
4.7.5 Outra certificação		
4.8 QUANTO AOS MECANISMOS DE INCENTIVO ÀS PRÁTICAS DE QUALIDADE		
*O hospital participa de alguma iniciativa específica para incentivo a práticas de qualidade?	0. Não	1. Sim
4.8.1 Maternidade segura		
4.8.2 Hospital amigo da criança		
4.8.4 Gestão ambiental		
4.8.5 Gestão de risco		
4.8.6 Gestão por processos		
4.8.7 Saúde do trabalhador		
4.8.8 Responsabilidade social		
4.8.9 Outros		
4.8.10 O hospital já participou da avaliação do programa de avaliação dos serviços de saúde (PNASS) (caso sim, em qual data)		
4.8.10.1 Em qual data?	☐☐/☐☐/☐☐☐☐	
4.9 QUANTO À REALIZAÇÃO DE CENSO HOSPITALAR		
4.9.1 O hospital realiza censo hospitalar 1. Sim, diário 2. Sim, mas não diariamente 3. Não realiza		
4.9.2 De que forma é realizado censo hospitalar 1. Manual 2. Informatizado 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		

4.10 QUANTO ÀS VISITAS

*Como são organizadas as visitas aos pacientes?

4.10.1 SUS
1. Em dias e horários pré-determinados
2. Em dia e horário livres
3. Em horário e dia livres, mas somente durante período diurno
4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

4.10.2 Saúde suplementar
1. Em dias e horários pré-determinados
2. Em dia e horário livres
3. Em horário e dia livres, mas somente durante período diurno
4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

4.10.3 Desembolso direto
1. Em dias e horários pré-determinados
2. Em dia e horário livres
3. Em horário e dia livres, mas somente durante período diurno
4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

9. 4.11 Oferta de Serviços

4.11.1 O hospital realiza internações?

1. Não 2. Sim

4.11.2 O hospital realiza cirurgia ambulatorial?

1. Não 2. Sim

4.11.3 O hospital realiza cirurgias de maior complexidades (inclusive parto)?

1. Não 2. Sim

5 Infraestrutura predial

5.1 QUANTO À EDIFICAÇÃO DO IMÓVEL NO QUAL FUNCIONA O HOSPITAL

5.1.1 O imóvel no qual funciona o hospital foi?
1. Construído especificamente para a unidade
2. Adaptado para o funcionamento
3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

5.1.2 Qual é a área construída do imóvel? (m²) [10-99999999] | | | | | | | | , | |

5.1.3 Qual a idade do edifício sede? | | anos

5.1.4 Quais as fontes de gases em funcionamento no hospital? (*múltiplas escolha*)
1. Oxigênio fonte fixa
2. Oxigênio torpedo
3. Ar comprimido fonte fixa

4. Ar comprimido torpedo
5. Vácuo
6. Protóxido (óxido nitroso)
7. Nenhuma das anteriores

5.2 QUANTO À ADEQUAÇÃO DA ESTRUTURA PREDIAL		
*O hospital realizou algum dos itens a seguir?	0. Não	1. Sim
5.2.1 Há gerador de energia elétrica no hospital?		
5.2.2 Há para raios no hospital?		
5.2.3 O imóvel sofreu alguma reforma na área administrativa nos últimos dois anos?		
5.2.4 O imóvel sofreu alguma reforma na área assistencial nos últimos dois anos?		
5.2.5 O imóvel sofreu alguma reforma na área de apoio assistencial nos últimos dois anos? (Laboratório, Serviço de Imagem, Farmácia, Serviços de Central de Material Esterilizados/Serviços de Nutrição/Lavanderia/Manutenção Predial)		

5.3 QUANTO À ACESSIBILIDADE PARA PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS		
*O hospital dispõem de algum dos itens a seguir?	0.Não	1.Sim
5.3.1 Acesso por meio de rampas		
5.3.2 Bebedores adaptados		
5.3.3 Corredores ampliados		
5.3.4 Corrimão nos corredores		
5.3.5 Instalações sanitárias adaptadas		
5.3.6 Portas com abertura para fora		
5.3.7 Totem em braile		

5.4 QUANTO À EXISTÊNCIA DE ESTACIONAMENTO/VEÍCULOS		
*O hospital dispõem de algum dos itens a seguir?	0. Não	1. Sim
5.4.1 Estacionamento para ambulância		
5.4.2 Estacionamento para funcionários		
5.4.3 Estacionamento para visitantes		

5.4.4 O hospital dispõem de ambulância para transporte?		

5.5 QUANTO À EXISTÊNCIA DE EQUIPAMENTOS				
5.5.1 Terapia/Diagnóstico por imagem				
**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?				
*Equipamento	Forma de utilização 1. Não utiliza/possui equipamento 2. Próprio 3. Contratado	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)	Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)
5.5.1.1 Aparelho laparoscópio				
5.5.1.2 Aparelho para colonoscopia				
5.5.1.3 Aparelho para Hemodinâmica				
5.5.1.4 Equipamento para Endoscopia de via respiratória				
5.5.1.5 Equipamento para endoscopia digestiva				
5.5.1.6 Gama câmara (medicina nuclear)				
5.5.1.7 Litotripsor				
5.5.1.8 Mamógrafo com comando simples				
5.5.1.9 Mamógrafo com estereotaxia				
5.5.1.10 PET SCAN				
5.5.1.11 Raio X até 110mA				
5.5.1.12 Raio X com fluoroscopia				
5.5.1.13 Raio X de 100 a 500mA				
5.5.1.14 Raio X mais de 500mA				
5.5.1.15 Raio X odontológico intra-oral				
5.5.1.16 Raio Xondotológicoextra-oral				

5.5.1.17 Raio X para densitometria óssea				
5.5.1.18 Raio X para hemodinâmica				
5.5.1.19 Ressonância magnética				
5.5.1.20 Tomógrafo computadorizado				
5.5.1.21 Ultrassom doppler colorido				
5.5.1.22 Ultrassom ecógrafo				

5.5.2 Terapia/Diagnóstico por métodos gráficos

**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?

*Equipamento	Forma de utilização 1. Não utiliza/possui equipamento 2. Próprio 3. Contratado	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)	Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)
5.5.2.1 Eletrocardiógrafo				
5.5.2.2 Eletroencefalógrafo				
5.5.2.3 Eletrofisiologia cardíaca				
5.5.2.4 Holter				
5.5.2.5 Mapa				

5.5.3 Terapia por radiação

**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?

*Equipamento	Forma de utilização 1. Não utiliza/pos	Total em funcion a-	Disponíveis para o SUS	Disponibili-dade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)

	sui equipamento 2. Próprio 3. Contratado	mento	(NS/NR : 999)	
5.5.3.1 Acelerador linear				
5.5.3.2 Bomba de cobalto				
5.5.3.3 Braquiterapia de alta taxa				
5.5.3.4 Braquiterapia de baixa taxa				

5.5.4 Equipamentos para manutenção da vida				
**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?				
*Equipamento	Forma de utilização 1. Não utiliza/possui equipamento 2. Próprio 3. Contratado	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS (NS/NR : 999)	Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)
5.5.4.1 Berço aquecido				
5.5.4.2 Cânulas de guedel				
5.5.4.3 Carrinho de emergência				
5.5.4.4 Conjunto laringoscópio Adulto				
5.5.4.5 Conjunto laringoscópio pediátrico				

5.5.4.6 Desfibrilador				
5.5.4.7 Equipamento de fototerapia				
5.5.4.8 Incubadora				
5.5.4.9 Marcapasso temporário				
5.5.4.10 Monitor de ECG				
5.5.4.11 Monitor de pressão invasivo				
5.5.4.12 Monitor de pressão não invasivo				
5.5.4.13 Oxímetro				
5.5.4.14 Reanimador pulmonar (AMBU) adulto				
5.5.4.15 Reanimador pulmonar (AMBU) pediátrico				
5.5.4.16 Respirador/ventilador – adulto				

5.5.5 Equipamentos para uso geral

**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?

*Equipamento	Forma de utilização 1. Não utiliza/possui equipamento 2. Próprio 3. Contratado	Total em funcionamento	Disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)	Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)

5.5.5.1 Balança antropométrica adulto				
5.5.5.2 Balança pediátrica				
5.5.5.3 Centrífuga				
5.5.5.4 Contador de células sanguíneas				
5.5.5.5 Equipamento para cauterização				
5.5.5.6 Esfignomanômetro adulto				
5.5.5.7 Esfignomanômetro pediátrico				
5.5.5.8 Espectrofotômero				
5.5.5.9 Estetoscópio de Pinard/doppel fetal				
5.5.5.10 Microscópio				
5.5.5.11 Nebulizador				
5.5.5.12 Oftalmoscópio				
5.5.5.13 Otoscópio				
5.5.5.14 Refrigerador para vacina e para medicamentos que exigem conservação em baixa temperatura				

5.5.6 Outros equipamentos				
**Como se dá disponibilidade dos equipamentos a seguir?				
*Equipamento	Forma de utilização 1. Não utiliza/possui equipamento 2. Próprio 3. Contratado	Total em funcionamento	Disponí- veis para o SUS (NS/NR: 999)	Disponibilidade do serviço em horas por dia (NS/NR: 999)
5.5.6.1 Aparelho de diatermia por ultrassom/ondas curtas				
5.5.6.2 Aparelho de eletroestimulação				
5.5.6.3 Bomba de infusão de hemoderivados				
5.5.6.4 Cicladora DPA/DPAC				
5.5.6.5 Equipamento de aferese				
5.5.6.6 Equipamento de circulação extracorpórea				
5.5.6.7 Equipamento para audiometria				
5.5.6.8 Equipamento para gasometria sanguínea				
5.5.6.9 Equipamento para hemodiálise				
5.5.6.10 Equipamento para oxigenoterapia hiperbárica				
5.5.6.11 Equipo móvel				
5.5.6.12 Equipo odontológico				
5.5.6.13 Forno de bier				
5.5.6.14 ND YAG laser				

5.5.6.15 Outros				

5.6 QUANTO AOS LEITOS EXISTENTES NO HOSPITAL				
5.6 Qual o número total de leitos existentes no hospital?				
*Qual o número total de leitos existentes no hospital?	Total de leitos existentes	Leitos disponíveis para o SUS (NS/NR: 999)	Leitos operacionais para o SUS (NS/NR: 999)	Leitos bloqueados no dia (NS/NR: 999)
5.6.1 Berçário				
5.6.2 Berço em alojamento conjunto				
5.6.3 Berços de cuidado intermediário				
5.6.4 Leito de unidade intermediária adulto				
5.6.5 Leito de unidade intermediária pediátrica				
5.6.6 Leito de UTI adulto				
5.6.7 Leito de UTI coronariana				
5.6.8 Leito de UTI de queimados				
5.6.9 Leito de UTI neonatal/berços de cuidados intensivos				
5.6.10 Leito de UTI pediátrico				
5.6.11 Leito hospitalar de clinica cirúrgica				
5.6.12 Leito hospitalar de clínica médica				
5.6.13 Leito hospitalar de ginecologia/obstetrícia				
5.6.14 Leito hospitalar de pediatria				

5.6.15 Leito hospitalar de psiquiatria				
5.6.16 Quarto/apartamento				
5.6.17 Enfermarias				
5.6.17.1 Quantas enfermarias existem no hospital?				☐☐ unidades
5.6.17.2 Quantidade total de leitos em todas as enfermarias do hospital				☐☐ unidades
5.6.17.3 Quantas enfermarias são de uso exclusivo (feminino ou masculino)?				☐☐ unidades
5.6.17.4 Quantas enfermarias possuem banheiros?				☐☐ unidades
5.6.17.5 Quantas enfermarias possuem adaptação para cadeirante?				☐☐ unidades

5.7 QUANTO À EXISTÊNCIA DE INSTALAÇÕES		
*O hospital dispõem de alguma instalação listada a seguir?	Total de instalações(NS/NR: 999)	Disponíveis para atendimento ambulatorial(NS/NR: 999)
5.7.1 Curetagem		
5.7.2 Outras salas e consultórios		
5.7.3 Parto normal		
5.7.4 Pré-parto		
5.7.5 Quarto de isolamento		
5.7.6 Recuperação pós anestésica		
5.7.7 Sala de cirurgia ambulatorial		
5.7.8 Sala de curativo		
5.7.9 Sala de emergência adulto		
5.7.10 Sala de emergência pediátrica		
5.7.11 Sala de enfermagem		
5.7.12 Sala de gesso		
5.7.13 Sala de imunização		
5.7.14 Sala de medicação		
5.7.15 Sala de pequenas cirurgias (sutura)		
5.7.16 Sala de reidratação/inalação		
5.7.17 Sala de repouso/observação adulto		
5.7.18 Sala de repouso/observação pediátrico		
5.7.19 Espaço específico para guarda de materiais de limpeza		

*Em relação aos banheiros como se caracteriza a sua presença no hospital?	Quantidade com banheiros	Quantidade com pia	Quantidade com dispensador de sabonete	Quantidade com dispensador de álcool em gel	Quantidade que possui lixeira com pedal	Quantidade que possui toalhas de papel

(NS/NR: 999)			líquido			
5.7.21 Consultório de enfermagem						
5.7.22 Consultório médico						
5.7.23 Consultório odontológico						
5.7.24 Ante sala cirúrgica						

5.8 SERVIÇOS DE ANÁLISES CLÍNICAS						
**Como se dá disponibilidade dos serviços a seguir?						
*Serviço	Está disponível?	Como? (*múltiplas escolhas*) 1. SUS 2. Saúde suplementar 3. Desembolso direto	Está disponível 24 horas?	É próprio?	Atende a outros hospitais da rede?	Está presente fisicamente dentro das instalações do hospital?

5.8.1 Serviço de apoio diagnóstico e terapia						
5.8.1.1 Patologia Clínica						
5.8.1.2 Baciloscopia						
5.8.1.3 Biologia molecular						
5.8.1.4 Bioquímica						
5.8.1.5 Hematologia						
5.8.1.6 Imunologia						
5.8.1.7 Microbiologia						
5.8.1.8 Urina						
5.8.2 Serviço de imagem						
5.8.2.1 Endoscopia de vias respiratórias						
5.8.2.2 Endoscopia digestiva						
5.8.2.3 Mamografia						
5.8.2.4 Radiologia médica						
5.8.2.5 Radiologia odontológica						
5.8.2.6 Ressonância magnética						
5.8.2.7 Tomografia computadorizada						
5.8.2.8 Ultrassonografia						
5.8.2.9 Videolaparoscopia						
5.8.3 Serviços gráficos						
5.8.3.1 Eletrocardiografia						
5.8.3.2 Eletroencefalografia						
5.8.3.3 Hemodinâmica						
5.8.4 Serviços especiais/outros serviços						
5.8.4.1 Atenção Psicossocial						

5.8.4.2 Serviço de Fisioterapia						
5.8.4.3 Serviço de Fonoaudiologia						
5.8.4.4 Serviço de Terapia Ocupacional						
5.8.5 Serviços de alta complexidade						
5.8.5.1 Cardiologia de alta complexidade						
5.8.5.2 Neurocirurgia de alta complexidade						
5.8.5.3 Oncologia						
5.8.5.4 Ortopedia de alta complexidade						
5.8.5.5 Prótese de cabeça de fêmur						
5.8.5.6 Queimados						
5.8.5.7 Terapia renal substitutiva						
5.8.5.8 Transplante cardíaco						
5.8.5.9 Transplante de córnea						
5.8.5.10 Transplante de fígado						
5.8.5.11 Transplante de medula						
5.8.5.12 Transplante de pulmão						
5.8.5.13 Transplante renal						
5.8.5.14 Tratamento de SIDA (AIDS)						
5.8.5.15 Outros						
5.8.5.16 Ambulatório de Especialidades						
5.8.5.17 Serviço de medicina nuclear						

5.8.5.18 Serviço de Quimioterapia						
5.8.5.19 Serviço de Radioterapia						
5.8.5.20 Urgência / Emergência						

6 Tecnologia da informação

6.1 Quanto à infraestrutura de tecnologia de informação

6.1.1 Qual são os sistemas operacionais predominantes nos computadores do hospital?

1. Windows 98
2. Windows XP
3. Windows ME
4. Windows Vista
5. Windows 7
6. Windows 8
7. Linux (Fedora, Debian, UBUNTU, outros)
8. OSX (Mac/Apple)
9. Não soube precisar
10. Não existe nenhum computador no hospital

6.2 Quanto à quantidade de computadores com acesso à internet

*Local	Quantidade com internet (NS/NR: 999)
6.2.1 Administração	
6.2.2 Direção	
6.2.3 Recepção	
6.2.4 Consultórios	
6.2.5 Bloco cirúrgico	
6.2.6 Unidades de internação	
6.2.7 Unidade de tratamento Intensivo	
6.2.8 Outros locais	

6.2.9 Qual é o tipo de conexão à internet utilizada? (*múltiplas escolha*)

1. Discada
2. Banda larga dedicada ADSL/Cabo/Link
3. Satélite
4. Operadores de celular (EDGE/3G/4G)
5. Outro
6. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

6 Tecnologia da informação

6.3 QUANTO AOS SISTEMAS INSTITUCIONAIS DE INFORMAÇÃO

6.3.1 O hospital utiliza algum sistema de gestão próprio? (caso sim, qual?)
0. Não

1. Sim

6.3.1.1 Quais os sistemas utilizados?

6.3.1.2 Quais os sistemas utilizados?

6.3.1.3 Quais os sistemas utilizados?

6.3.1.4 Quais os sistemas utilizados?

6.3.2 Qual é o valor gasto com sistema de informação por mês?
☐☐☐.☐☐☐,☐☐

6.4 QUANTO À PROGRAMAÇÃO DE AÇÕES/SUPERVISÃO HOSPITALAR	
*Quais dos seguintes sistemas o hospital alimenta	
6.4.1	A programação física do SIA/SUS é realizada com a participação da gestão do hospital em conjunto com o gestor local do SUS? 1. Não 2. Sim 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu
6.4.2	A programação física do Sistema de Informações Hospitalares Descentralizado (SIHD)/SUS é realizada com a participação da gestão do hospital em conjunto com o gestor local do SUS? 1. Não 2. Sim 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu.
6.4.3	A disponibilização da numeração da Autorização de Internação hospitalar (AIH) é realizada em que momento? 1. No processo de internação 2. Após a alta do paciente 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu
6.4.4	Existe auditoria hospitalar com visita presencial do auditor? 1. Não 2. Sim 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu
6.4.5	Qual a periodicidade da visita? 1. Mensal 2. Bimensal 3. Outra periodicidade 4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu
6.4.6	Como é autorizada a internação-laudo? 1. Pré-autorizado 2. Pós autorizado 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

7 Quanto à segurança do paciente		
7.1 QUANTO ÀS AÇÕES PRECONIZADAS PELO PROGRAMA NACIONAL DE SEGURANÇA DO PACIENTE		
*Itens	0. Não	1. Sim
7.1.1 Assegura os padrões mínimos de segurança para equipes cirúrgicas e atividades na sala de cirurgia		
7.1.1.1 Checagem de instrumentos e equipamentos antes da cirurgia		
7.1.1.2 Checagem da identificação do paciente a ser operado		
7.1.1.3 Marcação do local da cirurgia com caneta de marcação		
7.1.1.4 Conferência/contagem de compressas utilizadas durante procedimentos cirúrgicos		
7.1.2 Fornece orientações sistemáticas sobre higienização de mãos:		
7.1.2.1 Antes de tocar o paciente,		
7.1.2.2 Antes de realizar procedimento,		
7.1.2.3 Após contato com fluidos corporais,		
7.1.2.4 Após tocar o paciente ou superfícies próximas a ele		
7.1.3 Adota medidas para a prevenção de úlceras por pressão:		
7.1.3.1 Adoção de cuidados com a posição do paciente e mudanças de decúbito		
7.1.3.2 Avaliação diária da pele em relação ao surgimento de lesões		
7.1.3.3 Avaliação de macas e colchões utilizados		
7.1.4 Adota ações para a prevenção de quedas:		
7.1.4.1 Identificação visual de pacientes com risco de quedas		
7.1.4.2 Camas/macas com grades laterais		
7.1.4.3 Orientação aos pais que mantenham crianças internadas constantemente acompanhadas		
7.1.5 Adota ações para a identificação de pacientes:		
7.1.5.1 Conferência dos dados do paciente antes de realizar exames e procedimentos		

7.1.5.2 Conferência dos dados do paciente antes da administração de medicamentos		
7.1.5.3 Identificação do paciente em pulseira, na prescrição médica e no rótulo de medicamento/hemocomponente antes de sua administração		
7.1.5.4 Checagem da pulseira da mãe e bebê antes da alta médica		
7.1.6 Controla o uso e administração de medicamentos:		
7.1.6.1 Uso de etiquetas coloridas ou sinais de alerta para diferenciar embalagens		
7.1.6.2 Padronização da prescrição de drogas, sem abreviações e uso de nomes comerciais		
7.1.6.3 Dupla checagem ao preparar, dispensar e administrar medicamentos		
7.1.6.4 Checagem antes da administração: paciente certo, medicamento certo, hora certa, via de administração certa, dose certa, anotação correta		
7.1.7 Adota medidas para promover a boa comunicação entre os profissionais:		
7.1.7.1 Registro nos prontuários de todas as informações referentes ao cuidado, procedimentos e condutas realizadas com os pacientes		
7.1.7.2 Passagem de plantão médico presencial		
7.1.7.3 Relatórios médicos no caso de transferência para outra unidade		
7.1.7.4 Como ocorre a comunicação entre os profissionais sobre o acompanhamento de casos? (*múltiplas escolha*) 1. Prontuário único 2. Reuniões de discussão de casos 3. Corrida de leito multiprofissional 4. Caderno de relatório 5. Não há atividade estruturada		

7.2 QUANTO ÀS INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE			
	*Itens	0. Não	1. Sim
7.2.1	Ocorre a administração de antibiótico profilático antes das cirurgias?		
7.2.2	O hospital monitora as infecções relacionadas à assistência à saúde. Caso sim, de quem?		

7.2.2.1 Pacientes de UTI		
7.2.2.2 Pacientes imunodeprimidos (transplantados/portadores de neoplasias)		
7.2.2.3 Pacientes cirúrgicos		
7.2.2.4 Neonatos		
7.2.3 O hospital conta com uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH? Caso sim, como ela se caracteriza?		
7.2.3.1 CCIH é Própria		
7.2.3.2 CCIH é Compartilhada com outras unidades		
7.2.3.3 Há médicos na CCIH?		
7.2.3.4 Há enfermeiros na CCIH?		
7.2.4 A CCIH possui indicadores de monitoramento?		
7.2.4.1 Taxa infecção hospitalar geral para o hospital ou para cada unidade de internação		
7.2.4.2 Taxa de infecção da corrente sanguínea associada a cateter venoso central		
7.2.4.3 Taxa de pneumonia associada à ventilação mecânica		
7.2.4.4 Taxa de infecção do trato urinário associada à sonda vesical de demora		
7.2.4.5 Taxa de infecção em sítio cirúrgico em cirurgias limpas		
7.2.4.6 Taxa de sepse precoce em neonatos		
7.2.4.7 Taxa de sepse tardia em neonatos		

8 Inserção do hospital nas redes de atenção à saúde		
8.1 INSERÇÃO NAS REDES TEMÁTICAS		
8.1.1.1 Como se realizam as internações neste hospital? (*múltiplas escolhas*) 1. Serviço móvel de urgência SAMU 2. Central de regulação de urgência 3. Demanda espontânea		
*Em quais redes o hospital está inserido	0. Não	1. Sim
8.1.2 O hospital está inserido na rede cegonha? (caso sim em qual componente)		
8.1.2.1 Pré-natal		
8.1.2.2 Parto e nascimento		
8.1.2.3 Puerpério e atenção integral à saúde da criança		
8.1.2.4 Sistema logístico: transporte sanitário e regulação		
8.1.3 O hospital está inserido na rede de urgência e emergência? (caso sim em qual componente)		
8.1.3.1 Portas hospitalares de urgência		
8.1.3.2 Enfermarias de retaguarda clínicas e de longa duração		
8.1.3.3 Leitos de cuidados intensivos		
8.1.3.4 Reorganização das linhas de cuidado prioritárias		
8.1.3.5 Sala de Estabilização		
8.1.3.6 Promoção, prevenção e vigilância à saúde		
8.1.4 O hospital está inserido na rede de atenção psicossocial? (caso sim em qual componente)		
8.1.4.1 Sala de estabilização		
8.1.4.2 Portas hospitalares de atenção à urgência / pronto socorro		
8.1.4.3 Enfermaria especializada em hospital geral		
8.1.4.4 Serviço hospitalar de referência para atenção às pessoas com sofrimento mental e necessidades decorrentes de uso de álcool, crack e outras drogas		
8.1.5 O hospital está inserido na rede de atenção a pessoas com doenças crônicas? (caso sim em qual componente)		

8.1.5.1 Atenção básica		
8.1.5.2 Ações eletivas em média e alta complexidade		
8.1.5.3 Atenção hospitalar		
8.1.5.4 Urgência e emergência		
8.1.6 O hospital está inserido na rede de cuidados à portadores de necessidades especiais? (caso sim em qual componente)		
8.1.6.1 Atenção básica		
8.1.6.2 Atenção especializada em reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências		
8.1.6.3 Atenção hospitalar de urgência e emergência		

8.2 QUANTO AO DESENVOLVIMENTO CONJUNTO DE AÇÕES			
*Quais ações são desenvolvidas	0. Não	1. Sim	2.N.S./N.R. não sabe ou não respondeu
8.2.1 O estabelecimento atua de forma conjunta com a atenção básica?			
8.2.2 Há compartilhamento de médicos do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?			
8.2.3 Há compartilhamento de enfermeiros do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?			
8.2.4 Há compartilhamento de profissionais de enfermagem de nível médiodo hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?			
8.2.5 Há compartilhamento de outros profissionais de nível superior do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?			
8.2.6 Há compartilhamento de ações de educação permanente do hospital com a atenção básica ou outros pontos da rede?			
8.2.7 O município abastece o hospital com medicamentos?			
8.2.8 O município concede algum apoio para a realização de manutenção de equipamentos?			
8.2.9 O município concede algum apoio para o gerenciamento de materiais?			

8.3 QUANTO À REGULAÇÃO			
*Quais ações são desenvolvidas		0.Não	1.Sim
8.3.1 O hospital atua sob regulação?			
*Caso sim, para quais níveis	0. Não	1. Sim	Qual é o nível da instância reguladora 1. Municipal 2. Estadual 3. Dupla
8.3.1.1 Internação?			
8.3.1.2 Exames?			

8.3.1.3 Atendimento ambulatorial geral?			
8.3.1.4 Atendimento ambulatorial especializado?			
8.3.1.5 O HPP é referencia para a UPA 24 horas?			
8.3.1.6 O HPP atua sob central de regulação de Urgências SAMU 192?			

8.4 QUANTO À EXISTÊNCIA DE PACTUALIZAÇÕES			
*Quais ações são foram consolidadas	0. Não	1. Sim	2.N.S./N.R. não sabe ou não respondeu
8.4.1 Há existência de fluxos pactuados entre os serviços do município?			
8.4.2 Há fluxos intergestores pactuados?			
8.4.3 Há protocolos formalizados para Regulação de acesso?			
8.4.4 Há protocolos formalizados para transferência inter-hospitalar			
8.4.5 O gestor hospitalar conhece as atribuições do hospital junto ao sistema de saúde local?			
8.4.6 O Hospital é referência para atendimento à população indígena?			

8.4.7 Quais são as principais causas para referenciamento de pacientes? (*múltiplas escolhas*)

1. Ausência de médicos 24 horas
2. Dificuldades para a realização de exames clínicos laboratoriais
3. Dificuldades para a realização de exames radiológicos
4. Ausência de especialistas
5. Inexistência de leitos de CTI
6. Impossibilidade de realização de procedimentos cirúrgicos
7. Impossibilidade de realização de procedimentos ortopédicos
8. Outros

8.4.8 Quais são as dificuldades enfrentadas para o referenciamento a outros pontos de atenção? (*múltiplas escolha*)

1. Protocolos de difícil execução para o serviço de apoio à diagnose e terapia
2. Inexistência de protocolos de transferência de pacientes
3. Inexistência de pactuação para transferências de pacientes
4. Transporte inadequado por ausência de profissionais ou ausência de veículo
5. Inexistência de transporte
6. Inexistência de médicos durante 24 horas.
7. Tempo maior que 3 horas para o deslocamento do paciente
8. Condições inapropriadas das estradas para o transporte de pacientes

8.4.9 Qual é o tempo médio para se conseguir uma vaga de transferência?

1. Até 6 horas
2. Até 12 horas
3. Até 24 horas
4. Até 48 horas
5. Mais que 48 horas
6. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

8.4.10 Como é feito o transporte de pacientes em casos de transferência? (*múltiplas escolhas*)
(Carros de passeio devem ser assinalados na opção Outros)

1. SAMU
2. Ambulância própria
3. Transporte terceirizado privado
4. Transporte sanitário da secretaria estadual ou municipal
5. Outro

8.4.11 O hospital participa de algum programa do Ministério da saúde para aumento do acesso aos procedimentos Cirúrgicos Eletivos (PT 1.340 de 2012) e aos procedimentos de Traumato- Ortopedia de media complexidade (TOM – PT 880 de 2013)?

1. Sim
2. Não
3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

8.5 QUANTO À EXISTÊNCIA DE PLANO DIRETOR HOSPITALAR		
*Em relação aos itens pode-se afirmar	0. Não	1. Sim
8.5.1 O hospital possui Plano Diretor Hospitalar?		
8.5.2 Há alguma necessidade de readequação para o perfil almejado?		
8.5.3 No PDH, há proposição de missão hospitalar?		
8.5.4 No PDH, há proposição de metas institucionais?		
8.5.5 No PDH,Há proposição de investimentos em estrutura predial?		
8.5.6 No PDH, Há proposição de qualificação gerencial?		
8.5.7 No PDH, Há proposição de ampliação dos serviços assistências prestados?		
8.5.8 No PDH Há proposição de alteração do perfil assistencial?		

8.6 QUANTO AOS CONSELHOS ASSISTENCIAIS		
*Em relação aos itens pode-se afirmar	0. Não	1. Sim
8.6.1 O hospital possui Conselho de saúde próprio?		
8.6.2 O hospital possui Conselho Gestor?		
8.6.3 O hospital tem participação nas instâncias de governança? (caso sim, em quais?)		
8.6.3.1 Conselho municipal de saúde		
8.6.3.2 Fórum de reunião com outros hospitais		

8.6.3.3 Fórum de reunião com a atenção básica		
8.6.3.4 Colegiado municipal de dirigentes de saúde		
8.6.3.5 Colegiado regional de dirigentes de saúde		

9 Unidades de urgência		
9.1 QUANTO AOS ATENDIMENTOS		
*Unidade de urgência possui o atendimento?	0. Não	1. Sim
9.1.1 Pediatria		
9.1.2 Cirurgia geral		
9.1.3 Cardiologia		
9.1.4 Obstetrícia/ginecologia		
9.1.5 Psiquiatria		
9.1.6 Clínica médica		
9.1.7 Traumato-ortopedia		
9.1.8 Neurocirurgia		
9.1.9 Cirurgia bucomaxilofacial		
9.1.10 Outras especialidades cirúrgicas		
9.1.11 Pequenas cirurgias		

9.2 QUANTO AO REGIME DE FUNCIONAMENTO	
*Item	Regime 1. Menor que 24 horas 2. 24 horas
9.2.1 Qual é o regime de funcionamento do serviço de urgência	
9.2.2 Como se dá o atendimento na unidade de urgência para demandas espontâneas?	
9.2.3 Como se dá o atendimento na unidade de urgência para demandas referenciadas?	

9.3 QUANTO AO ATENDIMENTO DE DEMANDAS		
*Item	0. Não	1. Sim
9.3.1 O hospital pratica as diretrizes de acolhimento?		
9.3.2 O hospital pratica as diretrizes de classificação de risco?		
9.3.2.1 Qual é o protocolo utilizado 1. Manchester 2. Canadense 3. Australiano 4. Outro		
9.3.3 Qual é o tempo médio de espera por atendimento médico? (minutos)		
9.3.4 Como se dá a presença do profissional médico na urgência/emergência em dias úteis? 1. Plantão inferior a 24 horas 2. Plantão 24 horas 3. Sobreaviso 4. À distância		
9.3.5 Como se dá a presença do profissional médico na urgência/emergência nos finais de semana (de sexta às 19 h até segunda às 7 horas)? 1. Plantão inferior a 24 horas 2. Plantão 24 horas 3. Sobreaviso 4. À distância		
9.3.6 Como se dá a presença do profissional enfermeiro na urgência/emergência nos dias úteis? 1. Plantão inferior a 24 horas 2. Plantão 24 horas 3. Sobreaviso 4. À distância		
9.3.7 Como se dá a presença do profissional enfermeiro na urgência/emergência nos finais de semana (de sexta às 19 h até segunda às 7 horas)? 1. Plantão inferior a 24 horas 2. Plantão 24 horas 3. Sobreaviso 4. À distância		

9.4 QUANTO AO REGIME DE FUNCIONAMENTO		
*Como é feita a supervisão dos casos em observação	0. Não	1. Sim
9.4.1 Pelo médico diarista		
9.4.2 Pelo médico plantonista		
9.4.3 A equipe de atenção da urgência é a mesma da atenção nas enfermarias?		

9.4.4	Qual é quantidade média de atendimentos considerando todas as especialidades dentro de 24 horas?	☐☐☐

10 Unidades de internação
10.1 QUANTO AO PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE
10.1.1 A organização do trabalho da enfermagem se dá por: 1. Grupos de pacientes em cuidado integral 2. Tarefa e procedimento 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu
10.1.2 Há necessidade de manter pacientes monitorados / entubados em ambiente diverso do CTI/UTI? 1. Não 2. Sim 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu
10.1.2.1 Qual local permanecem esses pacientes? 1. Na urgência 2. Nas enfermarias
10.1.3 Há disponibilidade médico para a realização de interconsultas? 1. Não 2. Sim 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

10.2 QUANTO AO PROCESSO DE TRABALHO DA UNIDADE			
*Em relação aos turnos, responda:	Existe plantão 24 horas? 1. Não 2. Sim 3. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu	Turno Diurno 1. Diarista 4 horas 2. Plantão exclusivo 12 horas 3. Plantão compartilhado com urgência 12 horas 4. À distância 5. Sobreaviso 6. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu	Turno Noturno 1. Plantão exclusivo 12 horas 2. Plantão compartilhado com urgência 12 horas 3. A distância 4. Sobreaviso 5. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu
10.2.1 2ª a 6ª			
10.2.2 Sábado			
10.2.3 Domingo e feriados			

11 Unidades de bloco cirúrgico

11.1 QUANTO AO SERVIÇO DE ANESTESIOLOGIA

*Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0. Não	1. Sim	2.N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu
11.1.1 É próprio			
11.1.2 Atende cirurgias eletivas			
11.1.3 Atende cirurgias de urgência			

11.1.4 Como se dá a presença de médicos cirurgiões?
1. Apenas em cirurgias eletivas
2. Apenas nos atendimentos de urgência
3. Presença inferior a 24 horas
4. Presença 24 horas
5. Sobreaviso
6. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

11.1.5 Como se dá a presença de médicos pediatra na sala de parto?
1. Telemedicina
2. Sem disponibilidade
3. Presença inferior a 24 horas
4. Presença durante 24 horas
5. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu

12 Unidades de apoio diagnóstico e terapêutico

12.1 QUANTO AO SERVIÇO LABORATORIAL

*Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0. Não	1. Sim
12.1.1 O hospital conta com o serviço de laboratório		
12.1.1.1 O funcionamento é de 24 horas?		
12.1.1.2 O serviço de laboratório é próprio?		
12.1.1.3 O laboratório atende exclusivamente o hospital?		
12.1.1.4 O laboratório realiza exames de rotina?		
12.1.1.5 O laboratório realiza exames de urgência/emergência?		

12.2 QUANTO AO SERVIÇO DE IMAGEM

*Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0.Não	1.Sim

12.2.1 O hospital conta com o serviço de imagem?		
12.2.1.1 O funcionamento é de 24 horas?		
12.2.1.2 O serviço de imagem é próprio?		
12.2.1.3 O serviço de imagem atende exclusivamente o hospital?		
12.2.1.4 O serviço de imagem realiza exames de rotina?		
12.2.1.5 O serviço de imagem realiza exames de urgência/emergência?		

12.3 QUANTO À FARMÁCIA		
*Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0. Não	1. Sim
12.3.1 Há ações para a padronização de medicamentos?		
12.3.2 Há normalização por escrito?		
12.3.3 O funcionamento é de 24 horas?		
12.3.4 Como é o sistema de dispensação de medicamentos? 1. Coletivo 2. Dose individualizada 3. Dose unitária 4. Misto		
12.3.5 Como é feito o controle de medicamentos de uso controlado? 1. Armário específico com chave 2. Armário específico sem uso de chave 3. Sala específica 4. Não há controle		

12.4 QUANTO AOS SERVIÇOS DE CENTRAL DE MATERIAL ESTERILIZADOS/SERVIÇOS DE NUTRIÇÃO/LAVANDERIA/MANUTENÇÃO PREDIAL		
*Quais dos seguintes tópicos caracterizam o serviço	0. Não	1. Sim
12.4.1 O hospital dispõe de serviço próprio de material esterilizado		
12.4.2 O hospital dispõe de serviço próprio de nutrição e dietética		
12.4.3 O hospital dispõe de serviço próprio de lavanderia		
12.4.4 O hospital dispõe de serviço próprio de manutenção predial		

13 informações sobre ensino e pesquisa		
13.1 PROGRAMAS DE RESIDÊNCIA		
*Quais dos seguintes itens caracterizam a inserção de atividades de ensino e pesquisa no hospital	0. Não	1. Sim
13.1.1 O hospital oferta vagas para programas de residência médica		
13.1.1.1 As vagas são para clínicas básicas? Caso sim, quais?		
13.1.1.1.1 Ginecologia e obstetrícia		
13.1.1.1.2 Pediatria		
13.1.1.1.3 Clínica médica		
13.1.1.2 As vagas são para especialidades?		
13.1.1.2.1		
13.2 PROGRAMAS DE ESTÁGIO		
*Quais dos seguintes itens caracterizam a inserção de atividades de ensino e pesquisa no hospital	0. Não	1. Sim
13.2.1 O hospital oferta vagas para estágios de graduação de cursos superiores		
13.2.1.1 Para quais cursos?		
13.2.2 As vagas são para instituições públicas		
13.2.3 As vagas são para instituições privadas		
13.2.4 O hospital oferta vagas para estágios de cursos técnicos ou de nível médio		
13.3 PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO PERMANENTE		
*Quais dos seguintes itens caracterizam a inserção de atividades de ensino e pesquisa no hospital	0. Não	1. Sim
13.3.1 O hospital possui projetos de educação permanente		
13.3.1.1 O projeto de educação permanente é próprio		
13.3.1.2 O projeto de educação permanente é realizado em parceria com o Município		

13.3.1.3 O projeto de educação permanente é realizado em parceria com o estado		
13.3.1.4 O hospital promove reuniões científicas		
13.4 PARTICIPAÇÃO EM PROJETOS DE PESQUISA		
*Quais dos seguintes itens caracterizam a inserção de atividades de ensino e pesquisa no hospital	0. Não	1. Sim
13.4.1 O hospital participa de projetos de pesquisa?		
13.4.2 O hospital recebe recursos adicionais pela participação em projetos de pesquisa?		
13.4.3 De qual origem são oriundos os recursos adicionais fruto de pesquisa?		

14 informações econômico financeiras	
14.1 RECEITAS	
*Em relação às receitas do hospital pode-se afirmar	R$
14.1.1 Qual foi a receita anual do hospital no último ano (R$)?	
*Qual é a origem das receitas e seus respectivos valores	R$
14.1.2 No último ano, quanto da receita foi de origem Público federal (SIA, AIH, transferência em bloco, incentivo pesquisa e ensino) (R$)?	
14.1.3 No último ano, quanto da receita foi de origem Público estadual (R$)?	
14.1.4 No último ano, quanto da receita foi de origem Público municipal (repasses ou transferências regulares) (R$)?	
14.1.5 No último ano, quanto da receita foi de origem Privada (R$)?	
14.1.6 No último ano, quanto da receita foi de origem via venda de serviços a operadoras de plano de saúde(R$)?	
14.1.7 No último ano, quanto da receita foi de origem via Desembolso direto (R$)?	
14.1.8 No último ano, quanto da receita foi de origem via doações e contribuições (R$)?	
14.1.9 No último ano, quanto da receita foi de outras origens (alugueis, estacionamento, lanchonete) (R$)?	
14.2 BENEFÍCIOS OU SUBSÍDIOS	
*Em relação aos subsídios ou benefícios do hospital pode-se afirmar	R$
14.2.1 No último ano, informe o valor referente a redução de impostos (COFINS, PIS, PASEP, INSS patronal, CSLL) devido a Filantropia (CEBAS) (R$)?	

14.2.2 No último ano, informe o valor referente à Redução de tarifa de energia(R$)?		
14.2.3 No último ano, informe o valor referente à Redução na tarifa de água(R$)?		
14.2.4 No último ano, informe o valor referente a Outros subsídios ou benefícios do hospital(R$)?		
14.3 REPASSE DE RECURSOS PARA INVESTIMENTOS NOS ÚLTIMOS 36 MESES		
*Em relação ao repasse de recursos dos últimos 36 meses qual foi a destinação dos mesmos	0.Não	1.Sim
14.3.1 Nos últimos 36 meses, o hospital recebeu recursos para investimento?		
*Como os recursos para investimento foram utilizados?	R$	
14.3.1.1 Nos últimos 36 meses, quanto foi investido em Obras de reforma e ampliação (R$)		
14.3.1.2 Nos últimos 36 meses, quanto foi investido em Aquisição de equipamentos e instalações (R$)		
14.3.1.3 Nos últimos 36 meses, quanto foi investido em Capacitações (R$)		
14.3.1.4 Nos últimos 36 meses, quanto foi investido em Melhorias físicas e operacionais para melhora de segurança do paciente (R$)		
14.3.1.5 Nos últimos 36 meses, quanto foi investido em Melhorias físicas operacionais visando articulação com a rede de atenção à saúde (R$)		
*Qual foi a origem dos recursos destinados a investimento mencionados anteriormente?	R$	
14.3.1.6 Quanto dos recursos de investimento possuíam origem Público federal (R$)		
14.3.1.7 Quanto dos recursos de investimento possuíam origem Público estadual (R$)		
14.3.1.8 Quanto dos recursos de investimento possuíam origem em Empréstimo de recursos privados (R$)		
14.3.1.9 Quanto dos recursos de investimento possuíam origem em Empréstimo de recursos públicos (R$)		
*Naqueles casos em que foi feito empréstimo qual fonte será utilizada para fins de pagamento do mesmo?	0. Não	1. Sim
14.3.1.9.1 Receita corrente pública?		
14.3.1.9.2 Receita corrente privada		
14.3.1.9.3 Recursos da mantenedora?		
14.4 DÍVIDAS		
*Em relação às eventuais dívidas que o hospital possua	0. Não	1. Sim
14.4.1 O hospital possui dívidas?		
*Como se dá a distribuição da mesma?	R$	
14.4.1.1 Qual o valor da dívida do hospital		
14.4.1.2 Trabalhista		
14.4.1.3 Tributária		

14.4.1.4 Previdenciária	
14.4.1.5 Indenizações não trabalhistas	

14.5 DESPESAS COM FOLHA DE PAGAMENTO		
*Categoria	Quanto é a soma das horas dedicadas POR MÊS	
14.5.1 Médicos		
14.5.2 Enfermeiros		
14.5.3 Profissionais de saúde de nível superior		
14.5.4 Profissionais de saúde de nível médio		
14.5.5 Qual é o valor do plantão médico de 24h?		
14.5.6 Qual é o valor do plantão médico de 12h?		
14.5.6.1 Outros		

*Em relação às despesas do hospital	0. Não	1. Sim
14.5.7 O hospital possui centro de custo?		
*Como se dá a distribuição das despesas?	R$	
14.5.8 Qual o custo leito/dia (Definido como o valor total das despesas do hospital dividido pelo número de leitos dividido por 365)		
14.5.9 No último ano, qual foi o valor total de despesas do hospital (R$)?		
14.5.10 No último ano, qual foi a despesa anual com folha de pagamento(R$)?		
14.5.11 Como se dá a distribuição das despesas?		
*Qual o valor de despesas gastas com	R$	
14.5.12 No último ano, qual foi o valor da despesa com Médicos (R$)?		
14.5.13 No último ano, qual foi o valor da despesa com Enfermagem (R$)?		
14.5.14 No último ano, qual foi o valor da despesa com Outros profissionais de saúde (nível médio e superior) (R$)?		
14.5.15 No último ano, qual foi o valor da despesa com Corpo administrativo (despesa anual em 2013) (R$)?		
14.5.16 No último ano, qual foi o valor da despesa com Medicamentos (despesa anual em 2013) (R$)?		
14.5.17 No último ano, qual foi o valor da despesa com Gases medicinais (despesa anual em 2013) (R$)?		
14.5.18 No último ano, qual foi o valor da despesa com Material médico hospitalar (despesa anual em 2013) (R$)?		

14.5.19 No último ano, qual foi o valor da despesa com Outros materiais (despesa anual em 2013) (R$)?	
14.5.20 No último ano, qual foi o valor da despesa com Manutenção de equipamentos (despesa anual em 2013) (R$)?	
14.5.21 No último ano, qual foi o valor da despesa com Manutenção predial (despesa anual em 2013) (R$)?	
14.5.22 No último ano, qual foi o valor da despesa com Serviços terceirizados (despesa anual em 2013) (R$)?	
14.5.23 No último ano, qual foi o valor da despesa com Demais gastos (despesa anual em 2013) (R$)?	

15 Gestão de recursos humanos		
15.1 PRÁTICAS DE RH		
*Em relação às práticas de GRH quais são praticadas pelo hospital?	0. Não	1. Sim
15.1.1 O hospital desenvolve ações de treinamento e desenvolvimento?		
15.1.1.1 Qual o orçamento dedicado?		
15.1.1.2 Os médicos passaram por capacitações de urgência/emergência nos últimos 2 anos?		
15.1.1.3 Os enfermeiros passaram por capacitações de urgência/emergência nos últimos 2 anos?		
15.1.1.4 Outros profissionais passaram por capacitações de urgência/emergência nos últimos 2 anos?		
15.1.1.5 O hospital registra o total de horas de treinamento por funcionário?		
15.1.1.6 Qual o total de horas de treinamento (considerar somente os empregados treinados)		
15.1.2 O hospital desenvolve ações de avaliação de desempenho?		
15.1.2.1 Qual a frequência da avaliação de desempenho 1. Anual 2. Bianual 3. Sem periodicidade definida 4. N.S./N.R. - não sabe ou não respondeu		
15.1.2.2 O hospital possui plano de cargos, carreiras e salários?		
15.1.2.3 Há critérios definidos para a promoção de funcionários? Caso sim, quais?		
15.1.2.3.1 Tempo de serviço		
15.1.2.3.2 Mérito		
15.1.2.3.3 Qualificação		
15.1.2.3.4 Desempenho		
15.1.3 O hospital registra indicadores de Gestão de Recursos Humanos?		
15.1.3.1 Há indicador de rotatividade de pessoal?		
15.1.3.1.1 Número de desligamentos no último mês		
15.1.3.1.2 Quantidade de funcionários no último mês		
15.1.3.1.3 Número de desligamentos no penúltimo mês		
15.1.3.1.4 Quantidade de funcionários no penúltimo mês		
15.1.3.1.5 Número de desligamentos no antepenúltimo mês		

15.2 QUANTO AO CUSTO DAS AÇÕES DE GRH												
**Qual é a distribuição, EM 2013, dos gastos com os seguintes tópicos?												
*Item	Médicos QTS	Médicos R$	Enfermeiro QTS	Enfermeiro R$	Nível superior saúde QTS	Nível superior saúde R$	Nível médio saúde QTS	Nível médio saúde R$	Nível superior apoio/administrativo QTS	Nível superior apoio/administrativo R$	Nível médio apoio/administrativo QTS	Nível médio apoio/administrativo R$
15.2.1 Estatutário Federal												
15.2.2 Estatutário Estadual												
15.2.3 Estatutário Municipal												
15.2.4 CLT												
15.2.5 Terceiros												
15.2.6 Autônomos												
15.2.7 Cooperativa												
15.2.8 Contrato administrativo												
15.2.9 Bolsistas												
15.2.10 Sem vínculo formal												
15.2.11 Pessoa Jurídica (PJ)												
15.2.12 Gasto total												

15.3 QUANTO AO CUSTO DAS AÇÕES DE GRH												
**Qual é a distribuição, EM 2013, dos gastos com os seguintes tópicos?												
*Item	Médicos QTS	Médicos R$	EnfermeiroQTS	Enfermeiro R$	Nível superior saúde QTS	Nível superior saúde R$	Nível médio saúde QTS	Nível médio saúde R$	Nível superior apoio/administrativo QTS	Nível superior apoio/administrativo R$	Nível médio apoio/administrativo QTS	Nível médio apoio/administrativo R$
15.3.1 Estatutário Federal												
15.3.2 Estatutário Estadual												
15.3.3 Estatutário Municipal												
15.3.4 CLT												
15.3.5 Terceiros												
15.3.6 Autônomos												
15.3.7 Cooperativa												
15.3.8 Contrato administrativo												
15.3.9 Bolsistas												
15.3.10 Sem vínculo formal												
15.3.11 Pessoa Jurídica (PJ)												
15.3.12 Gasto total												

9. APÊNDICE I- Tabelas com score de cada categoria por região e estado

Tabela 20 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria equipamentos

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**9,09**	**81,82**	**51,89**	**16,27**
Goiás	81	18,18	81,82	50,06	16,52
Mato Grosso	19	9,09	72,73	47,85	16,83
Mato Grosso do Sul	30	36,36	81,82	59,40	13,02
Nordeste	**314**	**9,09**	**100**	**43,46**	**17,37**
Alagoas	21	18,18	81,82	45,89	20,83
Bahia	97	9,09	90,91	43,58	18,51
Ceará	37	18,18	72,73	39,31	13,56
Maranhão	44	9,09	100	40,91	22,05
Paraíba	11	27,27	90,91	47,93	21,16
Pernambuco	63	27,27	72,73	45,74	11,77
Piauí	21	9,09	72,73	39,39	15,03
Rio Grande do Norte	17	18,18	81,82	46,52	17,28
Sergipe	3	45,45	63,64	57,58	10,50
Norte	**56**	**18,18**	**72,73**	**47,73**	**14,94**
Acre	9	27,27	63,64	41,41	14,46
Amapá	2	27,27	54,55	40,91	19,29
Amazonas	17	27,27	72,73	50,27	16,11
Pará	20	27,27	72,73	50,00	13,36
Rondônia	4	36,36	63,64	54,55	12,86
Tocantins	4	18,18	54,55	36,36	16,60
Sudeste	**73**	**18,18**	**100**	**65,13**	**17,34**
Espírito Santo	15	18,18	72,73	55,76	15,32
Minas Gerais	35	27,27	90,91	66,50	16,90
Rio de Janeiro	5	63,64	81,82	76,37	8,13
São Paulo	18	18,18	100	67,17	19,26
Sul	**129**	**18,18**	**90,91**	**56,80**	**15,58**
Paraná	101	27,27	90,91	55,90	15,45
Rio Grande do Sul	4	18,18	81,82	59,09	28,27
Santa Catarina	24	36,36	90,91	60,23	13,88
Total	**702**	**9,09**	**100**	**50,06**	**18,13**

Tabela 21 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria força de trabalho

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**16,67**	**100**	**69,10**	**18,78**
Goiás	81	25	100	72,18	18,29
Mato Grosso	19	33,33	83,33	59,65	16,96
Mato Grosso do Sul	30	16,67	100	66,78	19,41
Nordeste	**314**	**16,67**	**100**	**69,09**	**18,15**
Alagoas	21	33,33	100	68,25	16,59
Bahia	97	33,33	100	75,19	15,11
Ceará	37	16,67	100	70,27	17,63
Maranhão	44	25	100	70,64	20,74
Paraíba	11	33,33	83,33	63,64	17,98
Pernambuco	63	16,67	100	64,29	17,22
Piauí	21	33,33	83,33	61,11	14,27
Rio Grande do Norte	17	33,33	100	62,35	26,03
Sergipe	3	33,33	83,33	55,55	25,46
Norte	**56**	**16,67**	**100**	**58,33**	**20,60**
Acre	9	50	100	74,07	14,70
Amapá	2	83,33	83,33	83,33	0,00
Amazonas	17	33,33	83,33	57,84	19,65
Pará	20	16,67	66,67	45,84	20,14
Rondônia	4	50	66,67	62,50	8,34
Tocantins	4	66,67	83,33	70,84	8,33
Sudeste	**73**	**33,33**	**100**	**66,21**	**18,42**
Espírito Santo	15	33,33	100	58,89	16,51
Minas Gerais	35	33,33	100	68,09	18,69
Rio de Janeiro	5	66,67	83,33	73,33	9,13
São Paulo	18	33,33	100	66,67	20,61
Sul	**129**	**16,67**	**100**	**63,93**	**19,06**
Paraná	101	16,67	100	63,76	18,66
Rio Grande do Sul	4	50	66,67	58,34	9,62
Santa Catarina	24	16,67	100	65,56	22,10
Total	**702**	**16,67**	**100**	**66,99**	**18,90**

Tabela 22 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria mecanismos de gestão

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**20**	**100**	**59,28**	**21,46**
Goiás	81	20	100	57,57	20,04
Mato Grosso	19	20	100	55,79	18,58
Mato Grosso do Sul	30	20	100	66,11	25,73
Nordeste	**314**	**20**	**100**	**56,98**	**20,70**
Alagoas	21	20	100	58,73	24,17
Bahia	97	20	100	59,52	22,32
Ceará	37	20	80	60,54	17,94
Maranhão	44	20	100	53,75	20,23
Paraíba	11	20	80	49,70	17,48
Pernambuco	63	20	100	53,89	20,07
Piauí	21	20	100	58,57	21,51
Rio Grande do Norte	17	25	80	53,43	15,21
Sergipe	3	40	80	66,67	23,09
Norte	**56**	**20**	**80**	**51,04**	**18,56**
Acre	9	20	80	42,22	23,33
Amapá	2	20	80	50,00	42,43
Amazonas	17	40	80	57,65	13,93
Pará	20	20	80	51,42	18,73
Rondônia	4	20	60	42,50	17,08
Tocantins	4	40	60	50,00	11,55
Sudeste	**73**	**20**	**100**	**59,11**	**21,56**
Espírito Santo	15	20	80	48,89	21,48
Minas Gerais	35	20	100	60,48	19,20
Rio de Janeiro	5	20	80	60,00	24,49
São Paulo	18	20	100	64,72	24,10
Sul	**129**	**20**	**100**	**58,37**	**21,63**
Paraná	101	20	100	58,37	21,60
Rio Grande do Sul	4	40	80	60,00	16,33
Santa Catarina	24	20	100	58,13	23,26
Total	**702**	**20**	**100**	**57,41**	**20,99**

Tabela 23 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria número de leitos

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**9**	**62**	**25,95**	**11,46**
Goiás	81	9	62	26,14	12,70
Mato Grosso	19	12	50	26,32	9,50
Mato Grosso do Sul	30	11	50	25,20	9,07
Nordeste	**314**	**4**	**117**	**30,71**	**14,71**
Alagoas	21	10	52	36,81	10,92
Bahia	97	10	85	31,18	13,88
Ceará	37	7	60	27,97	13,70
Maranhão	44	4	117	29,93	16,56
Paraíba	11	10	105	40,00	29,48
Pernambuco	63	8	58	26,43	10,81
Piauí	21	12	65	34,86	14,35
Rio Grande do Norte	17	14	67	30,76	14,19
Sergipe	3	29	68	44,33	20,79
Norte	**56**	**12**	**64**	**27,98**	**11,25**
Acre	9	15	49	23,78	11,48
Amapá	2	28	45	36,50	12,02
Amazonas	17	12	46	25,88	10,13
Pará	20	14	64	31,30	12,63
Rondônia	4	20	44	30,25	10,66
Tocantins	4	20	28	23,25	3,59
Sudeste	**73**	**3**	**77**	**33,75**	**12,45**
Espírito Santo	15	13	50	32,33	10,66
Minas Gerais	35	12	51	33,40	10,55
Rio de Janeiro	5	28	60	42,60	12,24
São Paulo	18	3	77	33,17	16,72
Sul	**129**	**10**	**57**	**30,60**	**11,02**
Paraná	101	10	56	28,86	10,69
Rio Grande do Sul	4	30	51	38,00	9,27
Santa Catarina	24	20	57	36,71	10,32
Total	**702**	**3**	**117**	**29,91**	**13,19**

Tabela 24 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria políticas de RH

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**16,67**	**100**	**43,87**	**25,17**
Goiás	81	16,67	100	47,78	27,09
Mato Grosso	19	16,67	83,33	30,70	16,91
Mato Grosso do Sul	30	16,67	83,33	41,67	21,33
Nordeste	**314**	**16,67**	**100**	**37,23**	**22,46**
Alagoas	21	16,67	100	45,24	23,65
Bahia	97	16,67	100	41,55	25,59
Ceará	37	16,67	66,67	30,63	16,44
Maranhão	44	16,67	100	39,28	22,49
Paraíba	11	16,67	66,67	30,30	17,98
Pernambuco	63	16,67	100	30,42	18,34
Piauí	21	16,67	66,67	34,92	16,59
Rio Grande do Norte	17	16,67	100	42,16	28,33
Sergipe	3	33,33	66,67	50,00	16,67
Norte	**56**	**16,67**	**100**	**36,01**	**19,53**
Acre	9	16,67	83,33	44,44	20,41
Amapá	2	50	50	50,00	0,00
Amazonas	17	16,67	100	40,20	24,34
Pará	20	16,67	66,67	30,00	15,86
Rondônia	4	16,67	33,33	25,00	9,62
Tocantins	4	16,67	50	33,33	13,61
Sudeste	**73**	**16,67**	**100**	**43,61**	**23,83**
Espírito Santo	15	16,67	100	44,44	22,42
Minas Gerais	35	16,67	100	36,19	19,17
Rio de Janeiro	5	50	83,33	56,67	14,91
São Paulo	18	16,67	100	53,70	30,55
Sul	**129**	**16,67**	**100**	**40,57**	**22,71**
Paraná	101	16,67	100	40,59	23,14
Rio Grande do Sul	4	16,67	50	37,50	15,96
Santa Catarina	24	16,67	83,33	40,97	22,51
Total	**702**	**16,67**	**100**	**39,64**	**23,09**

Tabela 25 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria salas de atendimento

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**10**	**100**	**60,00**	**23,19**
Goiás	81	10	100	61,36	23,49
Mato Grosso	19	20	90	53,16	21,10
Mato Grosso do Sul	30	20	100	60,67	23,63
Nordeste	**314**	**10**	**100**	**56,19**	**23,04**
Alagoas	21	30	90	58,10	18,06
Bahia	97	10	100	57,53	23,89
Ceará	37	10	100	53,51	23,48
Maranhão	44	10	100	57,27	23,86
Paraíba	11	20	90	56,36	22,48
Pernambuco	63	10	100	56,26	23,68
Piauí	21	20	90	50,95	20,47
Rio Grande do Norte	17	30	100	55,88	21,81
Sergipe	3	20	100	53,33	41,63
Norte	**56**	**10**	**100**	**55,65**	**25,30**
Acre	9	20	100	64,32	27,76
Amapá	2	50	77,78	63,89	19,64
Amazonas	17	20	90	55,88	20,93
Pará	20	20	100	62,00	24,84
Rondônia	4	10	60	32,50	22,17
Tocantins	4	10	30	22,50	9,57
Sudeste	**73**	**10**	**100**	**58,77**	**23,80**
Espírito Santo	15	20	100	50,00	22,04
Minas Gerais	35	10	100	59,43	23,38
Rio de Janeiro	5	10	100	54,00	32,09
São Paulo	18	30	100	66,11	23,04
Sul	**129**	**10**	**100**	**54,35**	**22,13**
Paraná	101	10	100	54,57	22,45
Rio Grande do Sul	4	20	60	35,00	17,32
Santa Catarina	24	20	100	56,67	20,57
Total	**702**	**10**	**100**	**56,78**	**23,18**

Tabela 26 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria urgência e emergência

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**40**	**100**	**87,38**	**16,36**
Goiás	81	40	100	86,17	17,22
Mato Grosso	19	40	100	85,26	18,67
Mato Grosso do Sul	30	60	100	92,00	11,26
Nordeste	**314**	**20**	**100**	**80,70**	**22,74**
Alagoas	21	20	100	80,95	27,19
Bahia	97	20	100	80,62	23,35
Ceará	37	20	100	76,22	23,96
Maranhão	44	20	100	67,73	25,60
Paraíba	11	40	100	80,00	21,91
Pernambuco	63	60	100	93,65	12,35
Piauí	21	40	100	72,38	17,29
Rio Grande do Norte	17	60	100	85,88	16,98
Sergipe	3	80	100	86,67	11,55
Norte	**56**	**40**	**100**	**80,36**	**21,06**
Acre	9	40	100	82,22	18,56
Amapá	2	60	80	70,00	14,14
Amazonas	17	40	100	81,18	22,88
Pará	20	40	100	78,00	21,42
Rondônia	4	80	100	95,00	10,00
Tocantins	4	40	100	75,00	30,00
Sudeste	**73**	**40**	**100**	**90,96**	**17,01**
Espírito Santo	15	80	100	94,67	9,15
Minas Gerais	35	40	100	89,14	19,61
Rio de Janeiro	5	80	100	96,00	8,94
São Paulo	18	40	100	90,00	18,47
Sul	**129**	**20**	**100**	**87,60**	**17,17**
Paraná	101	20	100	86,53	17,91
Rio Grande do Sul	4	60	100	85,00	19,15
Santa Catarina	24	60	100	92,50	12,94
Total	**702**	**20**	**100**	**84,25**	**20,34**

Tabela 27 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria dispositivos

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**16,67**	**100**	**72,69**	**21,06**
Goiás	81	16,67	100	76,34	18,61
Mato Grosso	19	33,33	100	54,39	19,12
Mato Grosso do Sul	30	16,67	100	74,44	23,05
Nordeste	**314**	**16,67**	**100**	**70,30**	**22,39**
Alagoas	21	16,67	100	66,67	20,41
Bahia	97	16,67	100	69,62	20,86
Ceará	37	33,33	100	68,47	22,49
Maranhão	44	16,67	100	69,02	26,22
Paraíba	11	16,67	83,33	50,00	22,36
Pernambuco	63	16,67	100	74,34	22,96
Piauí	21	50	100	80,95	14,23
Rio Grande do Norte	17	16,67	100	66,67	20,41
Sergipe	3	83,33	100	94,44	9,62
Norte	**56**	**16,67**	**100**	**63,69**	**21,11**
Acre	9	33,33	83,33	68,52	17,57
Amapá	2	50	50	50,00	0,00
Amazonas	17	50	100	76,47	15,65
Pará	20	16,67	100	53,33	22,68
Rondônia	4	16,67	66,67	50,00	23,57
Tocantins	4	66,67	83,33	70,84	8,33
Sudeste	**73**	**16,67**	**100**	**63,70**	**21,93**
Espírito Santo	15	16,67	83,33	50,00	18,90
Minas Gerais	35	16,67	100	65,71	23,20
Rio de Janeiro	5	66,67	83,33	73,33	9,13
São Paulo	18	33,33	100	68,52	20,52
Sul	**129**	**16,67**	**100**	**65,76**	**22,18**
Paraná	101	16,67	100	62,87	21,33
Rio Grande do Sul	4	66,67	100	83,34	19,24
Santa Catarina	24	33,33	100	75,00	23,05
Total	**702**	**16,67**	**100**	**68,69**	**22,13**

Tabela 28 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria monitoramento indicadores assistenciais

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**14,29**	**100**	**60,75**	**25,82**
Goiás	81	14,29	100	58,35	26,79
Mato Grosso	19	14,29	100	52,63	23,83
Mato Grosso do Sul	30	14,29	100	72,38	20,86
Nordeste	**314**	**14,29**	**100**	**50,99**	**26,17**
Alagoas	21	14,29	100	53,17	24,01
Bahia	97	14,29	100	52,63	25,45
Ceará	37	14,29	85,71	46,72	22,50
Maranhão	44	14,29	100	55,52	30,06
Paraíba	11	14,29	100	38,96	27,91
Pernambuco	63	14,29	100	47,82	26,89
Piauí	21	14,29	85,71	48,64	23,65
Rio Grande do Norte	17	14,29	100	54,62	28,23
Sergipe	3	57,14	85,71	76,19	16,49
Norte	**56**	**14,29**	**100**	**54,34**	**26,75**
Acre	9	14,29	100	50,79	28,67
Amapá	2	28,57	100	64,29	50,51
Amazonas	17	42,86	100	69,75	20,75
Pará	20	14,29	100	55,00	22,36
Rondônia	4	14,29	42,86	21,43	14,29
Tocantins	4	14,29	28,57	21,43	8,24
Sudeste	**73**	**14,29**	**100**	**67,42**	**27,43**
Espírito Santo	15	14,29	100	63,81	24,07
Minas Gerais	35	14,29	100	65,51	28,70
Rio de Janeiro	5	42,86	100	82,86	25,55
São Paulo	18	14,29	100	69,84	28,52
Sul	**129**	**14,29**	**100**	**60,97**	**24,01**
Paraná	101	14,29	100	59,48	23,99
Rio Grande do Sul	4	42,86	85,71	64,29	18,44
Santa Catarina	24	14,29	100	66,67	24,80
Total	**702**	**14,29**	**100**	**56,61**	**26,47**

Tabela 29 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria processo de trabalho

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**35,29**	**100**	**74,55**	**12,46**
Goiás	81	35,29	100	74,00	13,61
Mato Grosso	19	50	87,5	70,11	10,68
Mato Grosso do Sul	30	62,5	93,75	78,84	8,72
Nordeste	**314**	**25**	**100**	**69,21**	**14,11**
Alagoas	21	37,5	100	74,45	17,06
Bahia	97	29,41	100	69,09	14,52
Ceará	37	31,25	87,5	65,47	15,69
Maranhão	44	41,18	94,12	67,25	12,89
Paraíba	11	56,25	93,75	72,65	12,51
Pernambuco	63	25	93,75	70,72	13,97
Piauí	21	56,25	87,5	70,58	9,71
Rio Grande do Norte	17	50	93,75	67,86	11,37
Sergipe	3	43,75	87,5	64,58	21,95
Norte	**56**	**35,71**	**93,75**	**69,98**	**14,36**
Acre	9	68,75	93,75	86,81	7,93
Amapá	2	71,43	93,75	82,59	15,78
Amazonas	17	47,06	88,24	69,49	11,17
Pará	20	37,5	81,25	66,88	10,94
Rondônia	4	35,71	81,25	50,89	20,56
Tocantins	4	50	75	62,50	10,21
Sudeste	**73**	**50**	**100**	**79,31**	**11,87**
Espírito Santo	15	50	85,71	71,96	8,90
Minas Gerais	35	56,25	93,75	78,85	10,77
Rio de Janeiro	5	81,25	100	89,64	9,63
São Paulo	18	57,14	100	83,43	13,43
Sul	**129**	**56,25**	**93,75**	**78,32**	**9,85**
Paraná	101	56,25	93,75	77,41	9,83
Rio Grande do Sul	4	68,75	85,71	76,12	8,70
Santa Catarina	24	62,5	93,75	82,52	9,35
Total	**702**	**25**	**100**	**72,98**	**13,52**

Tabela 30 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria regulação

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**14,29**	**100**	**71,43**	**22,87**
Goiás	81	33,33	100	79,72	18,69
Mato Grosso	19	14,29	100	57,14	21,82
Mato Grosso do Sul	30	14,29	100	58,10	23,63
Nordeste	**314**	**14,29**	**100**	**66,72**	**21,16**
Alagoas	21	42,86	100	66,33	17,22
Bahia	97	14,29	100	69,27	21,61
Ceará	37	28,57	100	66,41	21,68
Maranhão	44	16,67	100	77,50	20,25
Paraíba	11	50	100	58,44	15,26
Pernambuco	63	14,29	100	61,45	20,67
Piauí	21	14,29	100	59,18	24,13
Rio Grande do Norte	17	28,57	85,71	60,50	15,18
Sergipe	3	42,86	71,43	61,91	16,49
Norte	**56**	**28,57**	**100**	**64,20**	**22,13**
Acre	9	28,57	100	57,94	24,08
Amapá	2	100	100	100,00	0,00
Amazonas	17	33,33	100	71,15	25,96
Pará	20	28,57	85,71	61,43	18,45
Rondônia	4	50	71,43	58,93	8,99
Tocantins	4	50	50	50,00	0,00
Sudeste	**73**	**14,29**	**100**	**50,00**	**18,36**
Espírito Santo	15	28,57	71,43	43,81	13,19
Minas Gerais	35	14,29	85,71	47,14	15,61
Rio de Janeiro	5	28,57	100	71,43	26,73
São Paulo	18	14,29	100	54,76	20,50
Sul	**129**	**14,29**	**100**	**57,42**	**19,07**
Paraná	101	14,29	100	59,26	19,50
Rio Grande do Sul	4	14,29	85,71	48,22	29,37
Santa Catarina	24	14,29	85,71	51,19	13,76
Total	**702**	**14,29**	**100**	**63,94**	**21,86**

Tabela 31 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria serviços

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**20**	**100**	**72,46**	**20,24**
Goiás	81	33,33	100	69,14	20,94
Mato Grosso	19	40	100	73,68	17,70
Mato Grosso do Sul	30	20	100	80,67	17,80
Nordeste	**314**	**20**	**100**	**72,11**	**20,95**
Alagoas	21	20	100	60,48	19,62
Bahia	97	33,33	100	78,35	20,44
Ceará	37	20	100	67,57	19,64
Maranhão	44	33,33	100	73,49	18,44
Paraíba	11	40	100	74,55	23,82
Pernambuco	63	20	100	69,21	22,67
Piauí	21	40	100	70,48	18,57
Rio Grande do Norte	17	40	100	69,41	21,35
Sergipe	3	40	80	66,67	23,09
Norte	**56**	**20**	**100**	**70,83**	**20,28**
Acre	9	60	100	75,56	16,67
Amapá	2	60	100	80,00	28,28
Amazonas	17	33,33	100	68,63	24,92
Pará	20	60	100	72,00	13,61
Rondônia	4	20	100	55,00	34,16
Tocantins	4	60	100	75,00	19,15
Sudeste	**73**	**20**	**100**	**75,07**	**22,06**
Espírito Santo	15	40	100	80,00	18,52
Minas Gerais	35	20	100	73,14	19,97
Rio de Janeiro	5	40	100	76,00	32,86
São Paulo	18	20	100	74,44	26,40
Sul	**129**	**20**	**100**	**69,92**	**18,56**
Paraná	101	20	100	69,11	18,87
Rio Grande do Sul	4	20	80	65,00	30,00
Santa Catarina	24	40	100	74,17	15,01
Total	**702**	**20**	**100**	**71,98**	**20,46**

Tabela 32 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria serviços especializados

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**12,5**	**100**	**48,50**	**17,17**
Goiás	81	12,5	100	49,85	18,06
Mato Grosso	19	25	87,5	47,37	15,35
Mato Grosso do Sul	30	12,5	87,5	45,60	15,85
Nordeste	**314**	**12,5**	**100**	**48,73**	**19,91**
Alagoas	21	25	87,5	57,14	18,78
Bahia	97	12,5	87,5	45,14	18,14
Ceará	37	25	75	47,06	15,57
Maranhão	44	12,5	87,5	46,02	18,04
Paraíba	11	25	100	57,95	22,55
Pernambuco	63	12,5	100	50,51	23,76
Piauí	21	12,5	87,5	52,98	19,33
Rio Grande do Norte	17	12,5	87,5	49,26	24,79
Sergipe	3	62,5	62,5	62,50	0,00
Norte	**56**	**12,5**	**87,5**	**52,01**	**15,59**
Acre	9	12,5	62,5	44,44	14,13
Amapá	2	37,5	50	43,75	8,84
Amazonas	17	25	75	47,06	15,01
Pará	20	37,5	87,5	63,75	12,76
Rondônia	4	37,5	62,5	46,88	11,97
Tocantins	4	37,5	50	40,63	6,25
Sudeste	**73**	**12,5**	**87,5**	**47,50**	**18,76**
Espírito Santo	15	12,5	62,5	33,33	13,08
Minas Gerais	35	12,5	75	44,34	14,54
Rio de Janeiro	5	37,5	87,5	65,00	22,36
São Paulo	18	25	87,5	60,62	18,43
Sul	**129**	**12,5**	**100**	**46,18**	**18,69**
Paraná	101	12,5	100	45,99	20,27
Rio Grande do Sul	4	37,5	50	46,88	6,25
Santa Catarina	24	25	75	46,88	12,36
Total	**702**	**12,5**	**100**	**48,35**	**18,77**

Tabela 33 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria AIH – frequência

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**56**	**2806**	**778,13**	**683,48**
Goiás	81	56	2806	829,21	743,12
Mato Grosso	19	87	2593	781,00	748,10
Mato Grosso do Sul	30	151	2228	638,40	423,97
Nordeste	**314**	**1**	**4956**	**838,64**	**738,60**
Alagoas	21	147	2391	817,29	704,26
Bahia	97	37	3301	1.004,42	683,11
Ceará	37	36	3047	588,89	605,18
Maranhão	44	98	2329	1.137,23	531,71
Paraíba	11	162	3696	1.103,27	1.130,58
Pernambuco	63	1	3142	408,21	458,21
Piauí	21	46	4956	1.044,48	1.140,68
Rio Grande do Norte	17	46	2789	605,82	683,11
Sergipe	3	1565	3434	2.276,33	1.011,29
Norte	**56**	**52**	**4372**	**903,45**	**813,18**
Acre	9	144	1965	608,78	622,00
Amapá	2	575	935	755,00	254,56
Amazonas	17	93	2058	598,41	531,56
Pará	20	496	4372	1.498,70	913,19
Rondônia	4	100	1429	672,50	591,49
Tocantins	4	52	377	191,75	142,78
Sudeste	**73**	**29**	**3261**	**956,37**	**705,76**
Espírito Santo	15	119	2397	1.189,53	661,60
Minas Gerais	35	191	2561	704,54	510,52
Rio de Janeiro	5	342	1546	887,00	476,14
São Paulo	18	29	3261	1.271,00	943,28
Sul	**129**	**24**	**3472**	**657,56**	**551,92**
Paraná	101	24	3472	678,46	581,28
Rio Grande do Sul	4	337	1067	619,25	313,60
Santa Catarina	24	65	2087	576,00	451,93
Total	**702**	**1**	**4956**	**811,57**	**704,25**

Tabela 34 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria AIH – valor médio

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**220,95**	**2.038,69**	**393,93**	**175,86**
Goiás	81	220,95	2.038,69	389,74	219,19
Mato Grosso	19	321,41	519,42	412,94	56,92
Mato Grosso do Sul	30	305,42	547,79	393,22	52,35
Nordeste	**314**	**202,65**	**961,10**	**410,04**	**78,92**
Alagoas	21	344,36	961,10	474,10	145,61
Bahia	97	230,78	620,30	414,80	64,22
Ceará	37	337,47	588,11	406,41	51,67
Maranhão	44	269,76	603,61	379,26	66,04
Paraíba	11	328,52	472,20	386,59	42,99
Pernambuco	63	233,86	628,25	407,30	78,04
Piauí	21	202,65	581,06	388,99	91,39
Rio Grande do Norte	17	282,37	557,83	426,63	81,96
Sergipe	3	498,18	503,90	500,29	3,14
Norte	**56**	**213,45**	**2.301,85**	**407,13**	**267,66**
Acre	9	249,48	402,33	328,43	45,53
Amapá	2	311,01	329,83	320,42	13,31
Amazonas	17	319,34	2.301,85	493,76	470,75
Pará	20	299,59	605,23	407,22	76,99
Rondônia	4	213,45	390,98	326,51	80,38
Tocantins	4	306,99	371,87	339,57	32,00
Sudeste	**73**	**250,91**	**1.335,94**	**479,49**	**156,92**
Espírito Santo	15	337,52	822,09	450,58	121,13
Minas Gerais	35	368,05	1.335,94	511,27	185,07
Rio de Janeiro	5	385,27	658,87	495,11	115,20
São Paulo	18	250,91	837,86	437,43	125,80
Sul	**129**	**261,37**	**1.743,60**	**471,87**	**172,54**
Paraná	101	261,37	1.273,89	446,07	129,17
Rio Grande do Sul	4	519,08	1.006,41	675,56	224,28
Santa Catarina	24	358,12	1.743,60	546,52	265,74
Total	**702**	**202,65**	**2.301,85**	**425,41**	**151,91**

Tabela 35 - Perfil dos hospitais, em âmbito nacional, para a categoria total de procedimentos

Região/Estado	Total	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Centro Oeste	**130**	**353**	**390.734**	**29.032**	**47.798**
Goiás	81	368	390.734	36.108	57.653
Mato Grosso	19	426	90.999	19.622	25.855
Mato Grosso do Sul	30	353	56.342	15.886	14.214
Nordeste	**314**	**298**	**293.406**	**40.210**	**43.484**
Alagoas	21	540	114.566	48.880	35.632
Bahia	97	298	208.344	29.474	34.783
Ceará	37	433	293.406	57.481	64.571
Maranhão	44	763	179.808	42.969	47.369
Paraíba	11	509	54.284	23.509	14.838
Pernambuco	63	1.029	210.081	55.623	43.071
Piauí	21	718	51.716	16.733	17.950
Rio Grande do Norte	17	1.501	113.953	27.985	30.341
Sergipe	3	3.084	121.681	44.323	67.043
Norte	**56**	**381**	**285.109**	**54.676**	**62.535**
Acre	9	8.497	103.886	39.718	28.134
Amapá	2	38.786	39.946	39.366	820
Amazonas	17	1.145	285.109	37.437	68.237
Pará	20	9.474	232.879	88.958	70.291
Rondônia	4	26.835	59.376	41.466	13.559
Tocantins	4	381	29.215	11.056	12.561
Sudeste	**73**	**466**	**381.988**	**34.877**	**56.941**
Espírito Santo	15	5.101	77.614	34.780	23.654
Minas Gerais	35	486	39.526	12.624	11.722
Rio de Janeiro	5	602	66.478	36.533	25.421
São Paulo	18	466	381.988	77.768	99.379
Sul	**129**	**217**	**186.043**	**12.505**	**21.514**
Paraná	101	217	186.043	13.553	23.008
Rio Grande do Sul	4	227	9.215	4.334	4.557
Santa Catarina	24	421	72.222	9.456	15.667
Total	**702**	**217**	**390.734**	**33.648**	**46.152**

9.1 Apêndice II - Caracterização dos hospitais ineficientes

Tabela 36 - caracterização dos hospitais ineficientes quanto à distribuição regional

Região/Estado	Total	%
Centro Oeste	**76**	**20,38%**
Goiás	55	14,75%
Mato Grosso	6	1,61%
Mato Grosso do Sul	15	4,02%
Nordeste	**162**	**43,43%**
Alagoas	9	2,41%
Bahia	56	15,01%
Ceará	13	3,49%
Maranhão	18	4,83%
Paraíba	5	1,34%
Pernambuco	51	13,67%
Piauí	5	1,34%
Rio Grande do Norte	5	1,34%
Norte	**21**	**5,63%**
Acre	4	1,07%
Amazonas	9	2,41%
Pará	8	2,14%
Sudeste	**32**	**8,58%**
Espírito Santo	1	0,27%
Minas Gerais	21	5,63%
São Paulo	10	2,68%
Sul	**82**	**21,98%**
Paraná	70	18,77%
Santa Catarina	12	3,22%
Total geral	**373**	**100,00%**

Tabela 37 - caracterização dos hospitais ineficientes quanto ao número de leitos

Região/Estado	0 a 19		20 a 29		30 a 39		40 a 49		acima de 50		Total	
Centro Oeste	**34**	**44,74%**	**23**	**30,26%**	**16**	**21,05%**	**2**	**2,63%**	**1**	**1,32%**	**76**	**100,00%**
Goiás	28	50,91%	14	25,45%	10	18,18%	2	3,64%	1	1,82%	55	100,00%
Mato Grosso	2	33,33%	2	33,33%	2	33,33%		0,00%		0,00%	6	100,00%
Mato Grosso do Sul	4	26,67%	7	46,67%	4	26,67%		0,00%		0,00%	15	100,00%
Nordeste	**45**	**27,78%**	**66**	**40,74%**	**30**	**18,52%**	**17**	**10,49%**	**4**	**2,47%**	**162**	**100,00%**
Alagoas	1	11,11%	2	22,22%	2	22,22%	3	33,33%	1	11,11%	9	100,00%
Bahia	13	23,21%	23	41,07%	12	21,43%	5	8,93%	3	5,36%	56	100,00%
Ceará	5	38,46%	4	30,77%	1	7,69%	3	23,08%		0,00%	13	100,00%
Maranhão	1	5,56%	10	55,56%	3	16,67%	4	22,22%		0,00%	18	100,00%
Paraíba	4	80,00%		0,00%	1	20,00%		0,00%		0,00%	5	100,00%
Pernambuco	19	37,25%	21	41,18%	9	17,65%	2	3,92%		0,00%	51	100,00%
Piauí	1	20,00%	3	60,00%	1	20,00%		0,00%		0,00%	5	100,00%
Rio Grande do Norte	1	20,00%	3	60,00%	1	20,00%		0,00%		0,00%	5	100,00%
Norte	**8**	**38,10%**	**11**	**52,38%**		**0,00%**	**2**	**9,52%**		**0,00%**	**21**	**100,00%**
Acre	4	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	4	100,00%
Amazonas	2	22,22%	6	66,67%		0,00%	1	11,11%		0,00%	9	100,00%
Pará	2	25,00%	5	62,50%		0,00%	1	12,50%		0,00%	8	100,00%
Sudeste	**6**	**18,75%**	**9**	**28,13%**	**13**	**40,63%**	**3**	**9,38%**	**1**	**3,13%**	**32**	**100,00%**
Espírito Santo		0,00%	1	100,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	100,00%
Minas Gerais	4	19,05%	7	33,33%	8	38,10%	1	4,76%	1	4,76%	21	100,00%
São Paulo	2	20,00%	1	10,00%	5	50,00%	2	20,00%		0,00%	10	100,00%
Sul	**13**	**15,85%**	**35**	**42,68%**	**24**	**29,27%**	**7**	**8,54%**	**3**	**3,66%**	**82**	**100,00%**
Paraná	13	18,57%	31	44,29%	19	27,14%	4	5,71%	3	4,29%	70	100,00%
Santa Catarina		0,00%	4	33,33%	5	41,67%	3	25,00%		0,00%	12	100,00%
Total geral	**106**	**28,42%**	**144**	**38,61%**	**83**	**22,25%**	**31**	**8,31%**	**9**	**2,41%**	**373**	**100,00%**

Tabela 38 - caracterização dos hospitais ineficientes quanto à natureza jurídica

Região/Estado	Privado com fins lucrativos		Privado sem fins lucrativos		Público Estadual		Público Federal		Público Municipal		Total	%
Centro Oeste	**4**	**5,26%**	**9**	**11,84%**	**1**	**1,32%**	**1**	**1,32%**	**61**	**80,26%**	**76**	**100,00%**
Goiás	4	7,27%	1	1,82%	1	1,82%	1	1,82%	48	87,27%	55	100,00%
Mato Grosso		0,00%	1	16,67%		0,00%		0,00%	5	83,33%	6	100,00%
Mato Grosso do Sul		0,00%	7	46,67%		0,00%		0,00%	8	53,33%	15	100,00%
Nordeste	**4**	**2,47%**	**5**	**3,09%**	**6**	**3,70%**	**2**	**1,23%**	**145**	**89,51%**	**162**	**100,00%**
Alagoas		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	9	100,00%	9	100,00%
Bahia	2	3,57%	1	1,79%	3	5,36%	2	3,57%	48	85,71%	56	100,00%
Ceará		0,00%	2	15,38%		0,00%		0,00%	11	84,62%	13	100,00%
Maranhão	1	5,56%		0,00%		0,00%		0,00%	17	94,44%	18	100,00%
Paraíba		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	5	100,00%	5	100,00%
Pernambuco		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	51	100,00%	51	100,00%
Piauí	1	20,00%		0,00%	2	40,00%		0,00%	2	40,00%	5	100,00%
Rio Grande do Norte		0,00%	2	40,00%	1	20,00%		0,00%	2	40,00%	5	100,00%
Norte		**0,00%**		**0,00%**	**13**	**61,90%**	**1**	**4,76%**	**7**	**33,33%**	**21**	**100,00%**
Acre		0,00%		0,00%	4	100,00%		0,00%		0,00%	4	100,00%
Amazonas		0,00%		0,00%	9	100,00%		0,00%		0,00%	9	100,00%
Pará		0,00%		0,00%		0,00%	1	12,50%	7	87,50%	8	100,00%
Sudeste		**0,00%**	**18**	**56,25%**		**0,00%**		**0,00%**	**14**	**43,75%**	**32**	**100,00%**
Espírito Santo		0,00%		0,00%		0,00%		0,00%	1	100,00%	1	100,00%
Minas Gerais		0,00%	14	66,67%		0,00%		0,00%	7	33,33%	21	100,00%
São Paulo		0,00%	4	40,00%		0,00%		0,00%	6	60,00%	10	100,00%
Sul	**12**	**14,63%**	**18**	**21,95%**	**4**	**4,88%**		**0,00%**	**48**	**58,54%**	**82**	**100,00%**
Paraná	12	17,14%	12	17,14%	3	4,29%		0,00%	43	61,43%	70	100,00%
Santa Catarina		0,00%	6	50,00%	1	8,33%		0,00%	5	41,67%	12	100,00%
Total geral	**20**	**5,36%**	**50**	**13,40%**	**24**	**6,43%**	**4**	**1,07%**	**275**	**73,73%**	**373**	**100,00%**