

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS CONTÁBEIS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS CONTÁBEIS
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: CONTROLADORIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

USO DO *BALANCED SCORECARD* (BSC) NA MEDIÇÃO DE DESEMPENHO
ORGANIZACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS DO PARANÁ

JULIANA MORAES DA SILVA

MARINGÁ

2016

JULIANA MORAES DA SILVA

USO DO *BALANCED SCORECARD* (BSC) NA MEDIÇÃO DE DESEMPENHO
ORGANIZACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS DO PARANÁ

MARINGÁ

2016

JULIANA MORAES DA SILVA

USO DO *BALANCED SCORECARD* (BSC) NA MEDIÇÃO DE DESEMPENHO
ORGANIZACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS DO PARANÁ

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre. Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, Mestrado – Área de Concentração Controladoria, do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Estadual de Maringá.

Orientador: Prof. Dr. Edwin Vladimir Cardoza Galdamez

MARINGÁ

2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

S586u Silva, Juliana Moraes da
 Uso do *Balanced Scorecard* (BSC) na medição de desempenho organizacional de hospitais privados do Paraná / Juliana Moraes da Silva. -- Maringá, 2011. 107 f. : il. col., figs., tabs.

 Orientador: Prof. Dr. Edwin Vladimir Cardoza Galdamez.

 Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Sociais Aplicadas..., Departamento de Ciências Contábeis, Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, 2016.

 1. *Balanced Scorecard* (BSC). 2. Sistema de controle gerencial - Hospital - Paraná. 3. Medição de desempenho organizacional - Hospital - Paraná. I. Galdamez, Edwin Vladimir Cardoza, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Ciências Contábeis. Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis. III. Título.

CDD 21.ed. 658.151

ECSL-003207

JULIANA MORAES DA SILVA

**USO DO *BALANCED SCORECARD* (BSC) NA MEDIÇÃO DE
DESEMPENHO ORGANIZACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS DO
PARANÁ**

Dissertação apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Ciências Contábeis, do Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis, da Universidade Estadual de Maringá, sob apreciação da seguinte banca examinadora:

Aprovada em 31 de março de 2016.

Prof. Dr. Edwin Vladimir Cardoza Galdamez (PCO-UEM)
(Presidente)



Prof. Dr. Emanuel Rodrigues Junqueira (UFES)
(Membro convidado)

Profa. Dra. Katia Abbas (PCO-UEM)
(Membro)

Maringá
2016

À minha família

“É no meio das dificuldades que surgem as oportunidades.”

Albert Einstein

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente a Jesus, que me deu o maior ensinamento: “Tudo posso naquele que me fortalece” (Filipenses 4:13). Foi Deus que me ensinou que tudo isso seria possível.

Ao meu filho Gustavo, que aprendeu ainda pequenininho que o trabalho e o estudo faz parte das nossas vidas.

Ao meu esposo Claidson por cumprir muitas vezes o papel de pai e também de mãe em todos os momentos que precisei estar ausente de casa para ocupar as cadeiras da sala de aula.

A minha querida mãe Aparecida, sem sua ajuda, eu jamais teria conseguido chegar até aqui. Obrigada pelo seu amor, por nunca medir esforços em me incentivar e apoiar.

Um agradecimento especial ao meu orientador Edwin, pelas ideias, correções, contribuições e principalmente por acreditar no meu trabalho.

Aos meus colegas de turma, agradeço pelas contribuições e conversas.

Obrigada a cada um dos meus professores que tiveram uma participação de honra na minha formação, ora incentivando, ora acreditando, ora discordando, mas sempre me possibilitando evoluir. O céu é o limite. É pra lá que vou.

A todos vocês, minha eterna gratidão.

RESUMO

A variedade de serviços de assistência prestados, a dificuldade de utilização de incentivos fiscais e os limites orçamentários tornam a gestão hospitalar um dos maiores desafios da administração. Diante da necessidade de implantação de estratégias capazes de melhorar o desempenho, os gestores buscam ferramentas de gestão relacionadas ao sistema de controle gerencial (SCG) e à medição de desempenho (MD). Neste contexto, o objetivo deste trabalho é verificar a existência de relação entre as dimensões uso de medição de desempenho, uso de sistema de controle gerencial e satisfação no desempenho organizacional (DO) em hospitais de esfera administrativa no estado do Paraná. O estudo foi realizado por meio de um *survey*, no qual o questionário foi enviado para 185 hospitais do Estado do Paraná. Foram obtidas 102 respostas, submetidas a técnica estatística de Análise Fatorial para agrupamento das variáveis em fatores e Análise de Correlação de Pearson para verificação das relações. Os resultados obtidos demonstraram confiabilidade dos modelos e indicaram que 61% dos hospitais respondentes tem até 50 leitos e 58% deles tem até 100 empregados, parâmetros que caracterizam a participação de instituição de menor porte. Observa-se que existe uma relação moderada entre uso de MD e uso de SCG. A relação existente entre uso do SCG e o DO também é considerada moderada. A pesquisa não encontrou evidências que sustente a relação da MD nas perspectivas financeiras e clientes com o DO de clientes, de processos internos e de aprendizado. Já a relação entre MD de aprendizagem com o DO é fraca, considerada desprezível. Algumas limitações como a percepção do respondente da controladoria e a estratificação de hospitais privados do Paraná, impossibilitam a generalização dos resultados para os estabelecimentos de saúde, no entanto, contribui com a possibilidade da reaplicação de pesquisa com respondentes de outro perfil e em diferentes tipos de estabelecimento. Apesar das limitações de uma amostra não probabilística, a base de dados pode ser utilizada para aplicação de outras técnicas estatísticas.

Palavras-chave: Uso de Sistema de Controle Gerencial, Uso de Medição de Desempenho, Análise Fatorial.

ABSTRACT

The hospital management has become one of the hardest challenges of administration due to the variety of assistance services provided to society, the difficulty of using tax incentives and budgetary limits. Therefore, the implementation of capable strategies, to improve the performance in that context of services, has become a necessity. Managers have been looking for management tools related to Management Control System (MCS) and performance measurement (MP). Aligned with this theme, this research aimed to identify the existence of a connection between performance measurement using dimensions, use of management control system and satisfactory results in organizational performance (OP) at the administrative level hospitals in the state of *Paraná*. The study was conducted through a survey, in which the questionnaire was sent to 185 of *Paraná* state hospitals. They obtained 102 responses submitted to factor analysis statistical technique for grouping of variables factors and Pearson correlation analysis for verification of relations. The results obtained demonstrated the reliability of models and indicated that 61% of respondents hospitals have 50 beds and 58% of them have up to 100 employees; there is a moderate relation between the use of MP and the use of MCS. The relation between use of the MCS and the OP is also considered moderate; although there is a moderate relation between the use of financial MP and customers with financial OP, the research did not find evidence that supported the relationship of financial MP and clients with customer OP, internal and learning processes; with respect to the relation between MP learning with the OP, it is weak, considered negligible. Some limitations as the perception of the respondent of controllership and the stratification of private hospitals in *Paraná*, make impossible the generalization of results to health institutions. However, it contributes to a possible application survey with respondents of new profile, and different types of establishments. Despite the limitations of a non-probabilistic sample, the database can be used for application of other statistical techniques.

Keywords: Use of Management Control System, Performance Measurement Use, Factor Analysis.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mecanismo de implementação do controle gerencial	23
Figura 2. Dimensões do sistema de controle gerencial	24
Figura 3. Modelo do uso do sistema de controle gerencial	26
Figura 4. Fatores que afetam a evolução das medições de desempenho	30
Figura 5. Perspectivas de desempenho do <i>balanced scorecard</i>	35
Figura 6. Relação de causa e efeito do BSC	38
Figura 7. Objetivos organizacionais nas perspectivas do BSC	41
Figura 8. Revisão sistemática	50
Figura 9. Finalidades e modelos de pesquisa <i>survey</i>	52
Figura 10. Desenho da pesquisa	54
Figura 11. População	59
Figura 12. Proporção de respondentes	66
Figura 13. Divisão dos hospitais por número de leitos	67
Figura 14. Divisão dos hospitais por número de empregados	67
Figura 15. <i>Scree Plot</i> SCG.....	72
Figura 16. <i>Scree Plot</i> da MD.....	79
Figura 17. <i>Scree Plot</i> do DO	86

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Técnicas de sistema de controle gerencial	25
Quadro 2. Medidas de desempenho tradicionais e não tradicionais	31
Quadro 3. Medidas da perspectiva financeira	42
Quadro 4. Medidas da perspectiva cliente	42
Quadro 5. Medidas da perspectiva processos internos	43
Quadro 6. Medidas da perspectiva inovação e aprendizado	44
Quadro 7. KPIs para os objetivos estratégicos	45
Quadro 8. Enquadramento metodológico	50
Quadro 9. Uso do sistema de controle gerencial	55
Quadro 10. Uso da medição de desempenho.....	56
Quadro 11. Avaliação do desempenho organizacional	57
Quadro 12. Proporção de estabelecimento de saúde no Brasil	58
Quadro 13. Proporção de hospital geral por habitante no Brasil	59
Quadro 14. Coleta de dados	60
Quadro 15. Estatística KMO	63
Quadro 16. Interpretação da MAS	63
Quadro 17. Coeficiente de correlação linear de Pearson	65

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Média e desvio padrão do SCG	68
Tabela 2. Frequência do uso do sistema de controle gerencial	69
Tabela 3. Estatística de confiabilidade do SCG	70
Tabela 4. Matriz correlação do SCG	70
Tabela 5. Teste de KMO e Barlett do SCG	71
Tabela 6. Matriz anti-imagem do SCG	71
Tabela 7. Comunalidade – análise dos componentes principal do SCG	71
Tabela 8. Variação total explicada do SCG	72
Tabela 9. Matriz de componente do SCG	72
Tabela 10. Média e desvio padrão da MD	74
Tabela 11. Frequência do uso da medição de desempenho	75
Tabela 12. Estatística de confiabilidade da MD	76
Tabela 13. Matriz correlação da MD	76
Tabela 14. Teste de KMO e Barlett da MD	77
Tabela 15. Matriz anti-imagem da MD	77
Tabela 16. Comunalidade da MD	78
Tabela 17. Variação total explicada da MD	78
Tabela 18. Matriz componente rotacionada	79
Tabela 19. Estatística descritiva do desempenho organizacional	81
Tabela 20. Frequência de desempenho organizacional	82
Tabela 21. Estatística de confiabilidade do DO	83
Tabela 22. Matriz correlação do DO	84
Tabela 23. Teste de KMO e Bartlett do DO	84
Tabela 24. Matriz anti-imagem do DO.....	85
Tabela 25. Comunalidade do DO	85
Tabela 26. Variação total explicada do DO	86
Tabela 27. Matriz componente rotacionada	87
Tabela 28. Matriz correlação de fatores	88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP: Análise dos Componentes Principais

AFC: Análise dos Fatores Comuns

Anahp: Associação Nacional de Hospitais Privados

ANS: Agencia Nacional da Saúde

ABC: Custeio Baseado em Atividades

AF: Análise Fatorial

BSC: *Balanced Scorecard*

DEA:

DO: Desempenho Organizacional

IBGE: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

KMO: Kaiser-Meyer-Olkin

KPI: Indicadores Chave de Desempenho

MD: Medição de Desempenho

MSA: *Measure of Sampling Adequacy*

QUALISS: Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde

PR: Paraná

RS: Revisão Sistemática

SCG: Sistema de Controle Gerencial

SPSS: *Statistical Package for the Social*

SUS: Sistema Único da Saúde

TQIP: Indicador de Qualidade de Projetos

TQM: *Total Quality Management*

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

VBM: Gestão Baseada em Valor

SUMÁRIO

LISTA DE FIGURAS	11
LISTA DE QUADROS	12
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	14
SUMÁRIO	15
1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Contextualização	16
1.2 Formulação da questão de pesquisa.....	19
1.3 Objetivos.....	19
1.4 Justificativa.....	19
1.5 Estrutura do trabalho.....	21
2. REVISÃO DA LITERATURA	22
2.1 Sistema de controle gerencial.....	22
2.1.1 Estrutura do sistema de controle gerencial.....	23
2.1.2 Uso do sistema de controle gerencial.....	26
2.2 Medição de desempenho.....	29
2.2.1 Medidas financeiras e não financeiras	30
2.2.2 Uso de medição de desempenho.....	32
2.2.3 <i>Balanced scorecard</i>	34
2.3 Indicadores de desempenho do setor hospitalar	40
3 METODOLOGIA.....	48
3.1 Revisão sistemática da literatura.....	48
3.1.1 Busca de dados.....	48
3.1.2 Seleção de dados.....	49
3.2 Delineamento da pesquisa.....	50
3.3 Planejamento de pesquisa <i>survey</i>	52
3.3.1 Identificação da questão de pesquisa.....	53
3.3.2 Elaboração do instrumento.....	54
3.3.3 Pré-teste do instrumento	57
3.3.4 Coleta de dados.....	58
3.3.4.1 População e amostra	58
3.3.4.2 Procedimento de coleta de dados	59
3.3.5 Tabulação de dados.....	61
3.3.6 Análise dos resultados.....	61
3.3.6.1. Análise Fatorial	61
3.3.6.2 Correlação linear de Pearson	64
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS.....	66
4.1 Descrição da amostra	66
4.2 Caracterização dos estabelecimentos pesquisados	66
4.3 Análise do uso do sistema de controle gerencial	68
4.3.1 Análise descritiva	68
4.3.2 Análise fatorial do uso do sistema de controle gerencial	69
4.4 Análise do uso da medição de desempenho	73
4.4.1 Análise descritiva	73
4.4.2 Análise fatorial do uso da medição de desempenho	76
4.5 Análise do desempenho organizacional	80
4.5.1 Análise descritiva	80
4.5.2 Análise fatorial do desempenho organizacional	83

4.6 Análise de relação das hipóteses	87
4.6.1 Uso diagnóstico e interativo do SCG	88
4.6.2 Uso da medição de desempenho.....	89
5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	90
5.1 Considerações finais da análise descritiva e fatorial	90
5.2 Considerações finais da correlação de Pearson	91
5.3 Limitações da pesquisa	92
5.4 Estudos futuros	92
5.5 Contribuições da pesquisa	92
REFERÊNCIAS	94
APÊNDICES	100

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

Nos últimos anos, o contexto de prática médico-hospitalar tem almejado a melhoria significativa das suas atividades, contemplando não apenas a área médica, como também as demais áreas que tornam a oferta desse serviço no que tange a sua qualidade e a viabilidade econômica possível para as instituições.

O hospital é uma empresa, seja este público ou privado, que exige estratégias norteadoras para decisões cruciais no âmbito hospitalar interno ou instâncias externas. Tal estrutura, que se configura nos dias atuais, requer, portanto, uma nova configuração administrativa para as ações cotidianas. Ações que vislumbrem a complexa estrutura hospitalar que resulte em uma eficaz e viável oferta de serviços à sociedade. Sendo assim, a área hospitalar tem exigido referências teóricas que auxiliem o repensar a prática por meio de novas possibilidades de gestão administrativa.

É importante salientar que a gestão hospitalar se constitui como um dos maiores desafios da administração, visto que ela engloba uma rede distinta de serviços como hotelaria, laboratório, farmácia, manutenção de equipamentos, esterilização de materiais, nutrição e dietética, dentre outros, que precisam interagir de forma harmônica, e, por meio de processos multiprofissionais e interdisciplinares, dar sustentação e segurança a todo o processo assistencial no âmbito de um hospital (Gonçalves et al. 2012).

Avaliar o desempenho das organizações hospitalares é complexo porque envolve uma variedade de serviços de assistência prestados que devem ser considerados na avaliação, assim como a existência de interesses múltiplos e conflitantes do gestor, dos médicos, dos enfermeiros e demais usuários (Gonçalves et al. 2012).

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), a ausência de informações confiáveis sobre a eficiência dos serviços hospitalares é inerente a todos os problemas que permeiam o cerne da estrutura hospitalar, e prejudica qualquer esforço no sentido de melhorar o desempenho organizacional.

Decerto, há a necessidade de desenvolver e instalar sistemas que gerem informações essenciais que venham ao encontro de conhecimentos corretos para a tomada de decisões que contemplem as lacunas existentes, desta forma, é notório afirmar que a atividade operacional do setor hospitalar concentra recursos humanos altamente capacitados, tecnologia de última geração e grande variedade de itens de consumo (Mintzberg, 1990). Neste sentido, a

organização hospitalar, que compreende suas equipes de profissionais, é considerada complexa, não apenas pela nobreza e amplitude da sua missão, mas por apresentar uma equipe multidisciplinar com elevado grau de autonomia que visa dar assistência à saúde em caráter preventivo, curativo e reabilitador a pacientes em regime de internação, onde se utiliza tecnologia de ponta (Mintzberg, 1990).

Este universo de indivíduos com autonomias distintas e ações diferenciadas torna o seu controle um desafio para gestores e pesquisadores, visto que a dificuldade de utilização de incentivos monetários, a influência e o poder de médicos e enfermeiros, que dominam os processos operacionais, juntamente os fortes limites orçamentais, criam complexidades sem paralelo para o controle destas organizações.

Para que as organizações hospitalares possam obter e focar em informações mais acuradas, é necessário que seus gestores busquem ferramentas de gestão que tenham comprovada eficácia no meio empresarial (Guptill, 2005). Para este autor, dentre essas ferramentas, destacam-se as relacionadas ao controle gerencial e à avaliação de desempenho, que demandam o desenvolvimento de uma gestão eficiente e o monitoramento de indicadores de desempenho.

Nesse sentido, para atingir o objetivo de prestação de serviços de saúde à sociedade, é necessário que os gestores hospitalares realizem a avaliação do desempenho organizacional, a fim de melhorar o processo da gestão, ainda, para uma avaliação e controles eficientes, os gestores das organizações necessitam de conhecimentos avançados e específicos sobre a gestão, as operações de investimento e de financiamento, além disso, é necessário utilizar indicadores que possibilitem aos gestores avaliar o desempenho da organização (Shaw, 2003).

A utilização de indicadores que contemplem todas as áreas constitutivas do trabalho hospitalar pode ser de grande utilidade para a gestão das organizações hospitalares, pois ao ser abordado tanto a perspectiva financeira, quanto as do cliente e do processo, subsídios importantes serão obtidos para o processo decisório da alta administração (Pontes, Silva, Allevato & Pinto, 2008).

Shaw (2003) defende que os conhecimentos decorrentes da utilização de indicadores de desempenho do setor hospitalar podem influenciar os diversos níveis e áreas organizacionais, tais como: atendimento, finanças, recursos humanos e tratamento. Ainda para este autor, o conhecimento sobre o desempenho da organização, de forma geral, pode disponibilizar informações para um desenvolvimento gerencial eficiente por meio da utilização de sistemas de informações.

Percebe-se que o setor hospitalar tem sido exposto a grandes processos de reformas gerenciais durante as últimas décadas, como consequência, o uso de informações contábeis tornou-se um tema importante nos hospitais, e o conceito de medição de desempenho é uma palavra chave a este respeito, mas, poucos estudos empíricos no que concerne a eficiência hospitalar no Brasil têm sido observados. A maioria deles concentra-se na avaliação de índices de produtividade, como taxa de produção por leito ou por funcionário (Pettersen & Nyland, 2006; La Forgia & Couttolenc, 2009).

Por outro lado, a literatura internacional apresenta diversos estudos que abordam o uso de medição de desempenho nos processos de tomada de decisão no setor hospitalar (Chen et al., 2006; Pettersen & Nyland, 2006; Grigoroudis, Orfanoudaki & Zopounidis, 2012).

Conforme apontam La Forgia e Couttolenc (2009), é preciso desenvolver e implementar sistemas padronizados de avaliação da gestão dos serviços prestados, onde esses sistemas, cuja configuração devem considerar as necessidades dos gestores locais, priorizar informações críticas à tomada de decisões e, ao mesmo tempo, se basear em padrões, para possibilitar um *benchmarking* entre hospitais de diferentes estados e regiões.

Nesse sentido, Franco-Santos, Lucianetti e Bourne (2012) e outros autores, afirmam que a contabilidade gerencial pode contribuir para responder à necessidade de informação, fornecendo ferramentas como os sistemas de avaliação de desempenho, frequentemente recomendados, por serem capazes de auxiliar a implantação de estratégias e conduzir as entidades à melhoria do desempenho, sendo que os resultados do processo de avaliação, por meio de indicadores, são informações utilizadas para o planejamento e controle da gestão organizacional. Assim, a avaliação dessas informações destaca-se como a finalidade central da utilização dos indicadores.

1.2 Formulação da questão de pesquisa

Existe uma relação entre o uso da medição de desempenho e satisfação no desempenho organizacional de hospitais de esferas administrativas privadas do Paraná?

1.3 Objetivos

O objetivo geral desta pesquisa é identificar a existência de relação entre o uso da medição de desempenho e o uso do sistema de controle gerencial no desempenho organizacional em hospitais privados no estado do Paraná.

Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos:

- i) identificar se os hospitais usam indicadores de desempenho;
- ii) analisar se os estabelecimentos usam medidas financeiras e não financeiras; e
- iii) descrever as dimensões do *balanced scorecard* (BSC) que são implementadas nas empresas pesquisadas.

1.4 Justificativa

A busca pelo desempenho satisfatório nas unidades de saúde é uma preocupação constante do setor, uma vez que o resultado é um importante instrumento no monitoramento do desempenho organizacional. Assim, é relevante verificar o uso da medição de desempenho e o uso do sistema de controle gerencial, como forma de contribuição para o desempenho organizacional.

A escolha do setor hospitalar, para a análise e discussão nessa pesquisa, se justifica em razão do serviço prestado ser de interesse de toda a população. Dos mais de 200 milhões de residentes no Brasil, de acordo com dados do Censo 2013, 71,2% – ou seja, 142,8 milhões de brasileiros consultaram um médico nos 12 meses anteriores à data de referência da Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, divulgada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A pesquisa comprovou, ainda, que 14,1 milhões (7% dos residentes em domicílios particulares) deixaram de trabalhar, ir à escola ou realizar uma atividade habitual, porque estavam resfriados, com enxaqueca, ou não se sentiam bem.

Os dados da pesquisa citada revelam um número significativo de indivíduos que fazem uso do setor médico, reforçando o alerta dos especialistas que afirmam ser o problema da saúde no Brasil não apenas de financiamento das assistências prestadas, como também de gestão dos recursos.

Corroborando com essa linha de pensamento, faz-se pertinente mencionar que uma investigação empírica no setor hospitalar norueguês analisou o uso de medidas de desempenho no controle de gestão e processos de tomada de decisão, chegando a principal conclusão de que a informação ambígua que existe nas medidas de desempenho utilizados em nível de contexto hospitalar, mantém a dissociação entre as atividades clínicas e as práticas de controle de gestão (Pettersen & Nyland, 2006).

Outra justificativa para essa pesquisa é o caráter interdisciplinar do estudo, embora tenha havido inúmeras contribuições empíricas e teóricas na literatura acerca do exame independente do uso da medição de desempenho, sistema de controle gerencial e desempenho organizacional, existem poucas pesquisas no contexto acadêmico que examinam a interdependência entre estas variáveis.

Portanto, especificamente, o presente estudo baseou-se em um modelo estatístico – a Análise Fatorial, para investigar o conjunto de variáveis, com vistas a analisar as hipóteses levantadas em organizações hospitalares privada no Paraná.

A contribuição indireta desse estudo se configura na possibilidade de colaborar com o aumento do interesse de pesquisadores por trabalhos na área do desempenho hospitalar. Certamente abrirá caminhos e levantará hipóteses para estudos posteriores. Os hospitais são organizações complexas, o campo de pesquisa é amplo, e os resultados obtidos nesse estudo poderão servir de apoio para a elaboração de trabalhos que tragam soluções concretas para analisar o impacto do uso da medição de desempenho no contexto do desempenho organizacional.

Acrescenta-se também a essa justificativa, o interesse da autora pelo assunto a ser desenvolvido. Ao estudar o uso da medição de desempenho e o uso do sistema de controle gerencial no desempenho organizacional de hospitais no Paraná, é possível avaliar o uso destes sistemas em outras áreas de atuação da saúde, os quais são capazes de propiciar benefícios para a organização e, por conseguinte, para a população que necessita utilizar esse serviço.

No âmbito empresarial, a contribuição esperada é a identificação dos indicadores financeiros e não financeiros que podem ser utilizados para obtenção de desempenho tanto no contexto hospitalar como em outros contextos de aplicabilidade.

1.5 Estrutura do trabalho

O presente estudo é composto por cinco capítulos. A introdução corresponde ao capítulo um, a revisão da literatura encontra-se no capítulo dois, e se refere ao Sistema de Controle Gerencial e Medição de Desempenho, já a metodologia está apresentada no capítulo três, e se subdivide em Revisão da Literatura, Delimitação da Pesquisa e Planejamento da Pesquisa *Survey*, o capítulo quatro contempla os resultados obtidos, e por fim, no capítulo cinco, encontram-se as considerações finais com as contribuições, limitações do estudo, bem como as sugestões para trabalhos futuros.

2 REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo contempla uma revisão teórica sobre o tema desta pesquisa acerca do uso da medição de desempenho e do uso do sistema de controle gerencial, elaborada a partir da realização de uma revisão sistemática que permite identificar as publicações relacionadas ao tema proposto (protocolo de pesquisa no Apêndice A). Em seguida, apresenta-se uma abordagem da literatura sobre as organizações hospitalares com seus indicadores de medição de desempenho.

2.1 Sistema de Controle Gerencial

A Contabilidade Gerencial, o Sistema de Contabilidade Gerencial, o Sistema de Controle Gerencial e os Controles Organizacionais são por vezes utilizados como sinônimos (Chenhall, 2003). Segundo este mesmo autor, enquanto a contabilidade gerencial aborda um conjunto de práticas como orçamento ou custeio de produtos, o sistema de contabilidade gerencial refere-se à utilização sistemática de contabilidade gerencial para alcançar algum objetivo. O termo Sistema de Controle Gerencial é mais amplo, engloba o sistema de contabilidade gerencial e também outros controles, como controles pessoais ou culturais, por fim, os Controles Organizacionais são utilizados para se referir a controles internos em atividades e processos, como o controle estatístico da qualidade e gestão *just-in-time* (Chenhall, 2003).

Historicamente, o controle gerencial foi estudado ao examinar práticas individuais relacionadas com orçamentos, medidas de desempenho, incentivos, no entanto, esta suposição de que as práticas podem ser examinadas de forma independente uma das outras tem sido fortemente criticada, favorecendo a abordagem de práticas de controles gerenciais que formam sistemas (Grabner & Moers, 2013). Por corresponder a um conceito mais amplo, este trabalho foca no Sistema de Controle Gerencial.

Uma organização com um conjunto de controles tem maior probabilidade de obter bom desempenho quanto aos seus objetivos (Merchant & Otley, 2007).

Os controles gerenciais são ferramentas que os gestores podem usar na implementação das estratégias desejadas. Na Figura 1, as estratégias são implementadas não somente por controles gerenciais, mas estes juntamente com o meio da estrutura da organização, com a gestão de recursos humanos a partir da cultura da empresa.

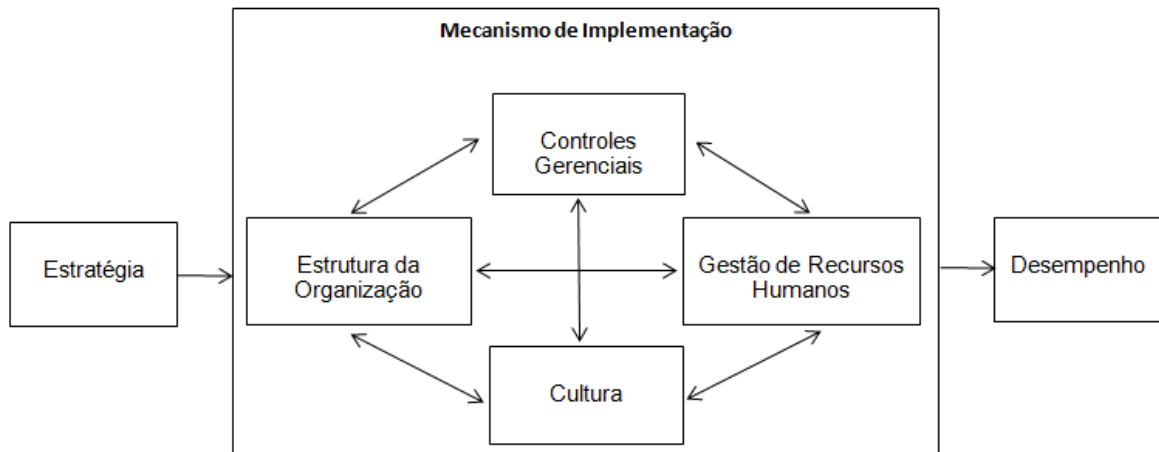


Figura 1. Mecanismo de implementação do controle gerencial
 Fonte: Anthony e Govindarajan (2008)

De acordo com Anthony e Govindarajan (2008), o controle gerencial se inicia com o planejamento estratégico, onde são elaborados e revisados os planos sobre a direção que a organização tomará no futuro, desta forma, a primeira atividade do planejamento de longo prazo consiste na definição dos objetivos da empresa e das estratégias para se atingir esses objetivos.

Em quanto a contabilidade gerencial é operacionalizada pelo SCG (Merchant e Van Der Stede, 2007), este último inclui todos os sistemas que os gerentes usam para influenciar e assegurar que o comportamento e as decisões dos subordinados sejam consistentes com os objetivos e as estratégias organizacionais (Anthony & Govindarajan, 2008).

2.1.1 Estrutura do Sistema de Controle Gerencial

Anthony e Govindarajan (2008) mencionam que uma das correntes do escopo do scg considera que o SCG deve ser ajustado à estratégia das organizações. Nesta corrente, o SCG prioriza dirigir e também influenciar o comportamento dos empregados para alcançar as metas das organizações (Malmi & Brown, 2008; Merchant & Van Der Stede, 2007).

Ainda, Anthony e Govindarajan (2008) consideram que o SCG pode influenciar e afetar o desenvolvimento das estratégias que surgem a partir da experimentação. Nesta corrente o SCG pode ser modelado pelas estratégias estabelecidas como também pode moldar as estratégias.

Por ser mais amplo, este trabalho segue a segunda corrente, na qual além de ser utilizado no processo decisório, o SCG afeta a formulação das estratégias. De acordo Beuren e Teixeira (2014), a estratégia é influenciada pelo ambiente externo e afeta o uso dos SCG. O

SCG vai além do direcionamento do comportamento dos empregados para atingir objetivos organizacionais, ele pode ser utilizado para outras finalidades, como monitoramento, aprendizagem, sinalização, vigilância e motivação (Simons, 1995).

Aguiar, Pace e Frezatti (2009), mencionam que a estrutura do SCG nas dimensões desenho do sistema e uso (Figura 2):

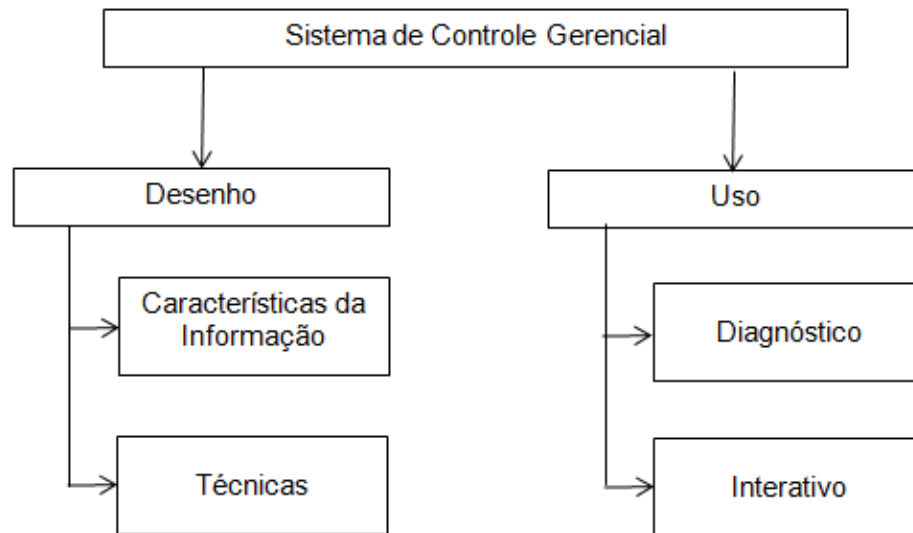


Figura 2. Dimensões do Sistema de Controle Gerencial
Fonte: Adaptado de Aguiar, Pacce e Frezatti (2009)

O desenho de um SCG pode ser entendido como sua dimensão técnica, cuja ênfase está na escolha do desenho apropriado, visando à mensuração do desempenho econômico-financeiro, entretanto, nem sempre a escolha apropriada do desenho parte da identificação das necessidades de informação dos usuários (Aguiar et al., 2009).

A evolução da dimensão da característica da informação do SCG foca na prestação de informação quantificável no auxílio ao processo decisório gerencial para um escopo muito mais amplo de informações, com o intuito de auxiliar a coordenação nas decisões de planejamento e controle organizacional, tendo em vista à melhoria das decisões coletivas dentro da organização (Chenhall, 2003). Isso inclui informações externas relacionadas com os mercados, clientes, concorrentes, informação não financeira relacionada com processos de produção, informação preditiva e uma ampla gama de mecanismos de apoio à decisão, controles pessoais e sociais (Chenhall, 2003; Horngren, Foster & Datar, 2004).

No desenho do SCG, as técnicas foram agrupadas em tradicionais e contemporâneas (Quadro 1), (Chenhall & Langfield-Smith, 1998; Ferreira & Otley, 2006). Chenhall e Langfield-Smith (1998) denominam de técnicas contemporâneas aquelas que enfatizam o desenvolvimento do custo dos produtos, fornecem foco mais amplo na avaliação do

desempenho de processos de produção e incluem atividades e processos para resultados estratégicos, por outro lado, as técnicas tradicionais fornecem informações financeiras que incluem uso de sistemas de orçamento para planejamento e controle.

Chenhall e Langfield-Smith (1998)		Ferreira e Otley (2006)	
Tradicionais	Contemporâneas	Tradicionais	Contemporâneas
<ul style="list-style-type: none"> • Sistemas Orçamentários para Planejamento e Controle • Medidas de Desempenho (ROI) • Relatórios de Resultado por Departamento • Análise Custo-Volume-Lucro 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Benchmarking</i> • Técnicas Baseadas em Atividades (ABC e ABM) • Medidas de Desempenho Balanceadas • Medidas de Desempenho Baseadas em Equipe • Medidas Baseadas em Empregados • Planejamento Estratégico 	<ul style="list-style-type: none"> • Planejamento Estratégico • Orçamento • Análise de Variação Orçamentária • Técnicas Tradicionais de Custeio • Análise de Lucratividade do Produto • <i>Tableau de Bord</i> • Lucro Residual • Retorno sobre o Investimento • Análise Custo-Volume-Lucro • Técnicas de Pesquisa Operacional 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Balanced Scorecard</i> • Orçamento Baseado em Atividades • Custeio Baseado em Atividades • Custeio Alvo • Análise de Lucratividade de Cliente • <i>Economic Value Added (EVA)</i> • Análise do Ciclo de Vida do Produto • <i>Benchmarking</i>

Quadro 1. Técnicas de sistema de controle gerencial

Fonte: Adaptado de Aguiar, Pace e Frezatti, 2009.

Os primeiros estudos de contabilidade gerencial enfatizava o uso de recursos financeiros como medidas de desempenho para melhorar a estratégia organizacional e gerencial para avaliar o desempenho (Otley, 1999). Estudar o papel de práticas novas de SCG dentro de uma atmosfera contemporânea é necessário para garantir que a investigação SCG seja relevante, neste sentido, há necessidade de estudos em situações em que SCG contemporâneos pode ser mais adequado (Chenhall, 2003). Ferreira e Otley (2006) mencionam que o uso compreende a maneira pela qual os gestores utilizam a informação.

Simons (1995) classifica o uso do SCG em: uso diagnóstico e uso interativo. O uso diagnóstico ocorre quando o SCG cumpre seu papel tradicional de monitorar o desempenho organizacional e corrigir os desvios que ocorram em relação às metas de desempenho (Ferreira & Otley, 2006). O uso interativo, por sua vez, ocorre quando o SCG é utilizado para monitorar as incertezas estratégicas e para permitir diálogo entre gestores e subordinados (Ferreira & Otley, 2006).

2.1.2 Uso de Sistema de Controle Gerencial

Para o construto Uso do SCG esta pesquisa utiliza o modelo *Levers of Control* desenvolvido por Simons (1995), reconhecido como um modelo amplo para estudo do uso do SCG (Ferreira & Otley, 2006). A opção pelo modelo de Simons deve-se ao fato de que o mesmo correspondeu à tipologia mais evidenciada na revisão sistemática.

O modelo do uso do SCG proposto por Simons (1995) é composto por quatro alavancas de controle para estudar a implementação e o controle da estratégia de negócios (Figura 3):

- i) Sistema de Crenças (*Belief Systems*);
- ii) Sistema de Restrição (*Boundary Systems*);
- iii) Sistemas de Controles Diagnósticos (*Diagnostic Control Systems*); e
- iv) Sistema de Controle Interativo (*Interactive Control Systems*).

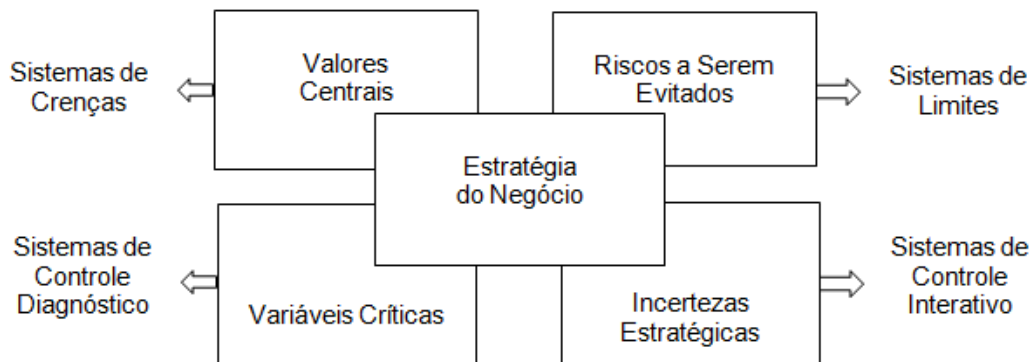


Figura 3. Modelo do uso do sistema de controle gerencial
Fonte: Adaptado de Simons (1995)

Este modelo empírico é validado com base em estudos de casos e pesquisa *survey* aplicado por outros pesquisadores (Henri 2006; Naranjo-Gil & Hartmann, 2006; Ferreira & Otley, 2006; Kober, Ng & Paul, 2007).

Os sistemas de crenças correspondem ao uso de sistema de controle gerencial para definir, comunicar, direcionar a busca de novas oportunidades e realizar os valores organizacionais (Simons, 1995). Para este pesquisador, o sistema de crença pode ser utilizado através de documentos que comunicam a visão ou missão da empresa.

Sistemas de limites definem os limites do comportamento e as ações aceitáveis para os membros da entidade, define como dirigir as atividades para alinhar com as estratégias da organização, ainda, pode ser utilizado sob forma de políticas e procedimentos, sob controle administrativo ou sob a forma de controle orçamental (Simons, 1995).

Sistemas de controle diagnóstico correspondem a uma forma tradicional de utilização de sistemas de controle gerencial, monitora as atividades, objetivando corrigir pequenos

desvios e ajustando os processos de modo que os gestores possam alcançar as metas previamente estabelecidas (Henri, 2006). Por meio do uso diagnóstico os gestores analisam as variações de desempenho, avaliando se os objetivos estão sendo atingidos e, por meio das discussões, recebem e fornecem *feedbacks* para melhorar o desempenho (Simons, 2000).

Sistema de controle interativo refere-se a utilização de sistema de medição de desempenho, de modo que a alta administração presta atenção para um sistema de controle e dessa forma, participa na tomada de decisão (Simons, 1995).

Para que o uso de um sistema seja considerado interativo, há 04 (quatro) características que podem ocorrer (Marques, 2012; Simons, 1995):

- a) informação gerada pelo SCG é dirigida pelos níveis mais altos da gestão;
- b) o processo demanda atenção frequente e regular dos gestores de operação de todos os níveis;
- c) os dados são interpretados e discutidos em reuniões de superiores, subordinados e seus pares; e
- d) o processo se apoia em desafios e debates contínuos dos dados fundamentais, suposições e plano de ação.

Com base em uma *survey* em entidades hospitalar, Naranjo-Gil e Hartmann (2006), concluíram que o uso interativo possui uma influência superior ao uso diagnóstico na implantação das estratégias, tendo em vista que o uso interativo permite que as organizações hospitalares se adaptem às mudanças ocorridas no setor através de novas estratégias.

Henri (2006) analisou as relações entre o uso dos sistemas de controle de gestão e as capacidades organizacionais, analisando o uso interativo, o uso diagnóstico e a tensão dinâmica relacionada com a estratégia. Para ele, os resultados mostraram que o uso diagnóstico exerce pressão negativa sobre as capacidades de orientação para o mercado, para o empreendedorismo, para a inovação e para a aprendizagem organizacional, enquanto o uso interativo favorece estas capacidades. Ainda, o uso diagnóstico contribui para o desenvolvimento de orientações de curto prazo e com comportamento disfuncional do gestor.

Naranjo-Gil e Hartmann (2006) investigaram como as equipes da alta administração utilizam o SCG para implementação da estratégia. Para eles, os resultados mostraram que o uso do SCG suporta a flexibilidade dos objetivos de custos das organizações ressaltando a importância do desempenho não financeiro para as estratégias de flexibilidade, argumentando que um estilo interativo promove a inovação, pesquisa e coordenação. Nos seus resultados, ressaltam a importância do apoio do SCG para a implementação da estratégia, e sugerem que o gestor é um importante fator de influência.

Kober, Ng e Paul (2007) realizaram estudo em um centro de pesquisas médica australiana e verificaram o relacionamento entre SCG e estratégia organizacional. Os autores concluíram que o uso interativo dos SCG contribuiu com a mudança na estratégia organizacional, provocando mudanças no mecanismo de SCG.

Pedrique (2010) analisou o uso do sistema de controle gerencial no processo decisório dos gestores de organizações de saúde e concluiu que o uso interativo dos sistemas de controle gerencial, tanto na dimensão do uso diagnóstico quanto no uso interativo, influencia a aprendizagem organizacional.

Oyadomari, Frezatti, Mendonça Neto, Cardoso e Bido (2011) pesquisaram os relacionamentos entre o uso do SCG, as competências organizacionais e o desempenho econômico organizacional através de uma *survey* em grandes empresas brasileiras. Os autores concluíram que: não existem evidências de relacionamento entre uso diagnóstico e competências organizacionais; não existem evidências significativas de relacionamento entre desenvolvimento de competências e desempenho econômico; existe relação entre uso interativo e o desenvolvimento de competências, exceto para a competência empreendedorismo.

Beuren, Magro e Dias (2014) verificaram a percepção do uso dos sistemas de controle gerencial no processo decisório dos gestores administrativos e clínicos em hospitais. Segundo os autores, os resultados apontaram diferenças sistemáticas na utilização dos SCG, no uso de informações financeiras e não financeiras, bem como na implantação de estratégias entre profissionais responsáveis pelo setor administrativo e os responsáveis pelo setor clínico.

No campo de atuação dos sistemas de controle gerencial estão os sistemas de avaliação de desempenho, que segundo Anthony e Govindarajan (2008) têm a finalidade de controlar a obediência adotada nas estratégias para alcançar as metas. Estudos foram desenvolvidos para identificar a existência de relação entre controle gerencial e o desempenho organizacional (Naranjo-Gil & Hartmann 2006; Ferreira & Otley, 2006). O sistema de medição de desempenho corresponde a uma das mais importantes áreas da contabilidade gerencial que desempenha um papel importante na avaliação da consecução dos objetivos organizacionais (Merchant, 1998).

2.2 Medição de Desempenho

Muitas definições de sistemas de medição de desempenho foram identificadas na literatura. Simons (2000) definiu um sistema de medição de desempenho como rotinas formais baseadas em informações e procedimentos que os gerentes usam para administrar os padrões das atividades organizacionais. Um sistema de medição de desempenho pode ser definido como o conjunto de métricas usadas para quantificar a eficiência e a eficácia das ações (Neely, Gregory & Platts, 1995).

A escolha de medidas de desempenho é um desafio para a organização (Franco-Santos et al., 2007; Henri, 2006, Neely et al., 1995; Ittner & Larcker, 1998^a, Kaplan e Norton (1992).

De acordo com Neely et al. (1995), um sistema de medição de desempenho pode ser examinado em três níveis diferentes:

- i) as medidas de desempenho individual;
- ii) o conjunto de medidas de desempenho - o sistema de medição de desempenho como uma entidade; e
- iii) a relação entre o sistema de medição de desempenho e do ambiente em que ela opera.

Para Neely et al. (1995), o desempenho é visto sob dois aspectos: eficiência e eficácia. Para estes autores, medidas de eficiência é como economicamente a organização utiliza os seus recursos e a eficácia capta a medida em que sejam cumpridos os requisitos do cliente.

Kennerley e Neely (2002) indicaram que em meados de 1980 houve notável mudança na medida de desempenho relacionado com o desenvolvimento de novas tecnologias e a crescente complexidade das organizações e mercados. Eles resumiram a evolução das medidas de desempenho em dois grupos: grupo dos fatores que causam a mudança e grupo de barreiras às mudanças (Figura 4).

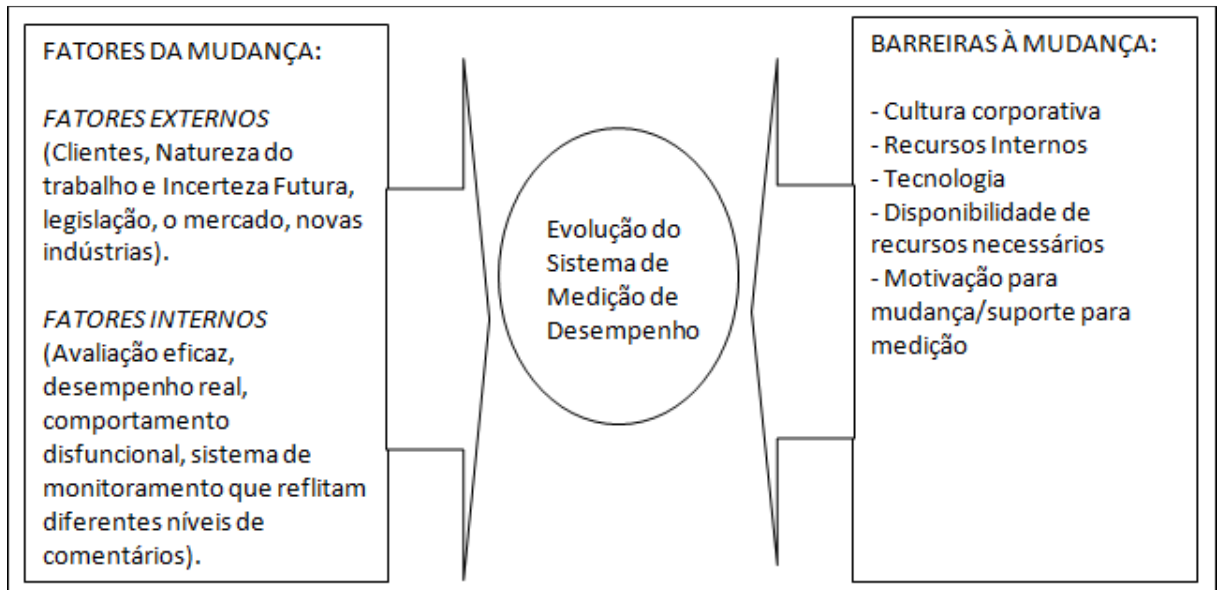


Figura 4. Fatores que afetam a evolução das medições de desempenho
Fonte: Kennerley e Neely (2002)

Neste sentido, é preciso compreender que a medição de desempenho é um mecanismo dinâmico que precisa ser adaptado para acompanhar as mudanças referentes ao ambiente interno e externo. A medição de desempenho evolui de medidas financeiras para medidas não financeiras.

2.2.1 Medidas financeiras e não financeiras

As medidas de desempenho financeiras são de importância primária em muitos países (Chenhall & Langfield-Smith, 1998). De acordo com um estudo realizado no Reino Unido, as empresas consideravam medidas financeiras internas mais importantes do que as medidas de mercado externas (Yeniyurt, 2003).

Horngren (1995), Ittner e Larcker (1998b), apoiaram a inclusão da medição de desempenho não financeira em relatórios de contabilidade gerencial. As medidas contábeis financeiras de curto prazo já não fornecem uma indicação adequada de um bom desempenho para empresas de manufatura (Kaplan, 1992). As medidas não financeiras podem ser usadas para ultrapassar algumas das limitações percebidas em medidas financeiras e para identificar os condutores de desempenho (Malmi & Brown, 2008).

As medidas de desempenho não financeiras foram propostas como um meio de superar as limitações das medidas de desempenho financeiro tradicional (Kaplan & Norton, 1992; Ittner & Larcker, 1998b). Para estes autores, as limitações de medidas tradicionais

referem-se a utilização de medidas de curto prazo, como lucros, sem considerar medidas de desempenho de longo prazo, como qualidade e satisfação do cliente.

Ghalayini e Noble (1996) identificaram e resumiram as diferenças entre medidas de desempenho tradicionais e contemporâneas, Quadro 2:

Medidas de desempenho tradicionais	Medidas de desempenho não tradicionais
1) Baseadas no sistema de contabilidade tradicional	1) Baseada na estratégia da empresa
2) Principalmente medidas financeiras	2) Principalmente as medidas não financeiras
3) Destinado a gerentes de nível médio e alto	3) Destinado a todos os funcionários
4) Métricas atrasadas (semanais ou mensais)	4) Métricas de tempo (por hora ou por dia)
5) Difícil, confusa e enganosa	5) Simples, preciso e fácil de usar
6) Levar frustração ao empregado	6) Traz satisfação ao empregado
7) Negligenciado no chão de fábrica	7) Frequentemente usado no chão de fábrica
8) Tenha um formato fixo	8) Não ter formato fixo (depende das necessidades)
9) Não variar entre locais	9) Varia entre locais
10) Não mude ao longo do tempo	10) Muda ao longo do tempo de acordo com as necessidades
11) Destinado para o monitoramento do desempenho	11) Destinado a melhorar o desempenho
12) Não é aplicável TQM	12) Aplicável
13) Dificulta a melhoria contínua	13) Ajuda na obtenção de melhoria contínua

Quadro 2. Medidas de desempenho tradicionais e não tradicionais

Fonte: Adaptado de Ghalayini e Noble (1996)

A evolução dos SCG levou ao crescimento de novas ferramentas de contabilidade gerencial, como *Activity Based Costing* (ABC), *Target Costing*, entre outros. Pesquisadores contábeis passam a estudar medidas de desempenho não financeira como o *Balanced Scorecard* (BSC), Gestão Baseada em Valor (VBM) e custeio alvo, com o objetivo de explicar o seu desenvolvimento, adoção, uso e impacto (Ittner & Larcker, 1998b; Malmi & Brown, 2008).

Kaplan e Norton (1996a) afirmaram que as empresas devem explorar produtos de alta qualidade, funcionários qualificados e cliente satisfeito, propiciando as empresas:

- 1) desenvolver relacionamentos com os clientes que mantêm a lealdade e permitir novos clientes a ser servidos de forma eficaz e eficiente;
- 2) a introdução de produtos e serviços inovadores; e
- 3) produção de produtos e serviços de alta qualidade a baixo custo e com prazos curtos.

Há perspectiva de que as medidas não-financeiras são melhores preditoras de desempenho de longo prazo da empresa, e que elas sustentam gestores em monitorar o progresso da empresa rumo aos objetivos estratégicos (Kaplan & Norton, 2001). Estudos

apoiam a ideia de que as medidas de desempenho não financeiro podem ser indicadores para o desempenho financeiro atual ou futuro (Ittner & Larcker, 1998b).

Com base em uma amostra de 140 empresas de serviços financeiros, Ittner, Larcker e Randall (2003), verificaram que medidas de diferentes categorias de desempenho (financeira, cliente, empregado, operacional, qualidade, alianças, fornecedor, inovação, comunidade e desempenho ambiental) são fatores determinantes de sucesso organizacional de longo prazo das empresas.

Por outro lado, estudos que investigaram a ligação entre as medidas não financeiras e desempenho financeiro futuro têm mostrado resultados mistos (Ittner & Larcker, 1998a). Além disso, estudos não fornecem qualquer evidência sobre a existência de retornos crescentes sobre o uso de medidas não financeiras.

Ittner et al. (2003) realizaram uma pesquisa de campo em mais de 60 empresas de manufatura e de serviços. Eles descobriram que a maioria das empresas fez pouco esforço para identificar áreas de medições não financeiras que possam avançar nas estratégias, eles não demonstraram uma relação de causa e efeito entre a melhorias no desempenho financeiro. Ittner et al. (2003) também identificaram vários erros cometidos, quando as medidas de desempenho não financeiras não estão ligadas com as medidas de desempenho estratégico.

Em resposta ao debate relativo às vantagens e desvantagens de se considerar as medidas de desempenho financeiras ou não financeiras e a escolha adequada de medições, algumas evidências empíricas indicam que medidas financeiras e não financeiras não são substitutos, mas que as medições não financeiras são utilizadas como aditivos para medições financeiras (Govindarajan & Gupta, 1985).

Investigadores como Kaplan e Norton, (1996a) e Ittner e Larcker, (1998b) têm argumentado que os novos desenvolvimentos em medições de desempenho giraram em torno dos quadros de medição de desempenho integrados, bem como a utilização de novos instrumentos financeiros medições de desempenho. Neste contexto, Otley (2001) afirma que as medidas de contabilidade e medidas de desempenho não financeiras são integradas em práticas de controle do mundo real, por isso é insensato manter uma artificial distinção que já não representa a realidade da prática.

2.2.2 Uso de Medição de Desempenho

Os estudos empíricos que abordam os diferentes papéis desses sistemas têm contado com várias classificações para definir e operacionalizar a utilização do sistema de medição de

desempenho. Henri (2006) propõe quatro tipos de uso do sistema de medição de desempenho, mas sua classificação apresenta acompanhamento, focando a atenção na tomada de decisão estratégica, e legitimação.

Franco-Santos et al. (2007) fornecem mais uma classificação, identificam 16 diferentes sistemas de medição de desempenho nas organizações. Eles, separam o grupo desses papéis em cinco grandes categorias:

- i) de medição de desempenho, incluindo o monitoramento de progresso, medição e avaliação de desempenho;
- ii) gestão da estratégia, que abrange planejamento, estratégia de formulação / implementação / execução, focando a atenção, e alinhamento;
- iii) comunicação interna e externa, *benchmarking*, e cumprimento dos regulamentos;
- iv) que influencia o comportamento, compreendendo comportamento gratificante, gerenciamento de relacionamentos e controle; e
- v) a aprendizagem e aperfeiçoamento, que capta *feedback*, aprendizagem de laço duplo, e melhoria de desempenho.

Kaplan e Norton (1996a) argumentam que a medição de desempenho equilibrada ajuda os gestores a traduzir a visão e a estratégia muitas vezes elevada de uma organização em termos concretos; comunicar a estratégia e os objetivos para os funcionários da organização; alinhar as ações de funcionários por estabelecimento de metas e ligando-os às metas de desempenho; integrar o planejamento estratégico e orçamentário, que geralmente ocorrem de forma independente e em paralelo; e validar e ajustar a estratégia escolhida. Tudo isso deve ser realizado através da aplicação - concepção, comunicação, revisão e agir sobre um conjunto equilibrado de medidas que quantificam objetivos e estratégia da organização. No entanto, esta visão baseada em estratégia revela muito pouco sobre como os gerentes realmente usam medidas em situações do dia a dia.

O foco na literatura é uma perspectiva de gestão de topo em processos de gestão e como os sistemas de gerenciamento de desempenho ajudam a implementar a estratégia de longo prazo. Em seu estudo, Bourne, Kennerley e Franco-Santos (2005) descobriram que o uso interativo de um sistema de medição de desempenho foi um diferencial entre o alto e o médio desempenho. Unidades de negócios de alto desempenho usaram medição de desempenho de forma mais interativa em comparação com a abordagem de controle simples tomada por unidades de negócios de médio desempenho.

Para uma visão mais detalhada do sistema de medição de desempenho, Simons (2000) sugere cinco grandes usos para as informações de um sistema de medição de desempenho: tomada de decisão, controle, sinalização, ensino e aprendizagem, e comunicação externa. Na categoria de tomada de decisão, gestores adquirem dados para compreender os efeitos prováveis de uma decisão e avaliam seus possíveis resultados antes de tomar a decisão, que pode envolver planejamento ou coordenação. Uso de controle significa que as informações de medição de desempenho são usados em um *feedback* em que os dados de desempenho são realimentados e comparados com as metas para ver se eles estão sendo cumpridos; se necessário, sejam tomadas ações corretivas para colocar o objeto controlado de volta sob controle. O objetivo do uso da sinalização é para notificar os funcionários sobre o que é importante: concentrando-se em certas informações, os gestores podem sinalizar prioridades e metas para os empregados. Com a educação e o uso aprendido, informações de desempenho podem ser utilizados pela organização para aprender sobre a dinâmica do negócio, bem como sobre mudanças nos ambientes internos e externos que possam afetar a organização. A última categoria de uso, a comunicação externa, concentra-se em comunicar o desempenho da empresa para seus *stakeholders* externos, tais como investidores, fornecedores e clientes.

Simons (2000) descreve formas genéricas de usar um sistema de medição de desempenho, mas não especifica as situações em que os gerentes usam as medidas. A capacidade de usar e manter os sistemas de medição de desempenho continuamente atualizados é um desafio para todas as empresas (Jamil & Mohamed, 2013).

2.2.3 *Balanced Scorecard*

O *BSC* tem sido adotado por várias organizações desde o início de 1990 como um método de inovação em gestão que integra as medidas de desempenho financeiras e não financeiras à luz da estratégia organizacional (Zhijun, Zengbiao & Zhang, 2014).

Em resposta à necessidade de incorporar medidas-chave de desempenho não financeira e integrar medidas as financeiras com as não financeiras, Kaplan e Norton (1992) criaram o *BSC* como um conjunto de medidas de desempenho para fornecer aos gestores uma visão abrangente da organização, e um *feedback* confiável para fins de controle de gestão e avaliação de desempenho. Estas são medidas equilibradas entre as medidas de resultados anteriores e as medidas que impulsionam o desempenho futuro.

Em seus escritos, Kaplan e Norton (1996a) salientaram que o BSC tem como objetivo fornecer respostas para as seguintes perguntas (Figura 5):

- i) como os clientes nos vêm? (Perspectiva do cliente).
- ii) o que devemos destacar? (Processo de negócio interno / perspectiva operacional).
- iii) será que podemos continuar a melhorar e criar valor? (Aprendizagem e crescimento / perspectiva de inovação).
- iv) como nós olhamos para os acionistas? (Perspectivas financeiras).

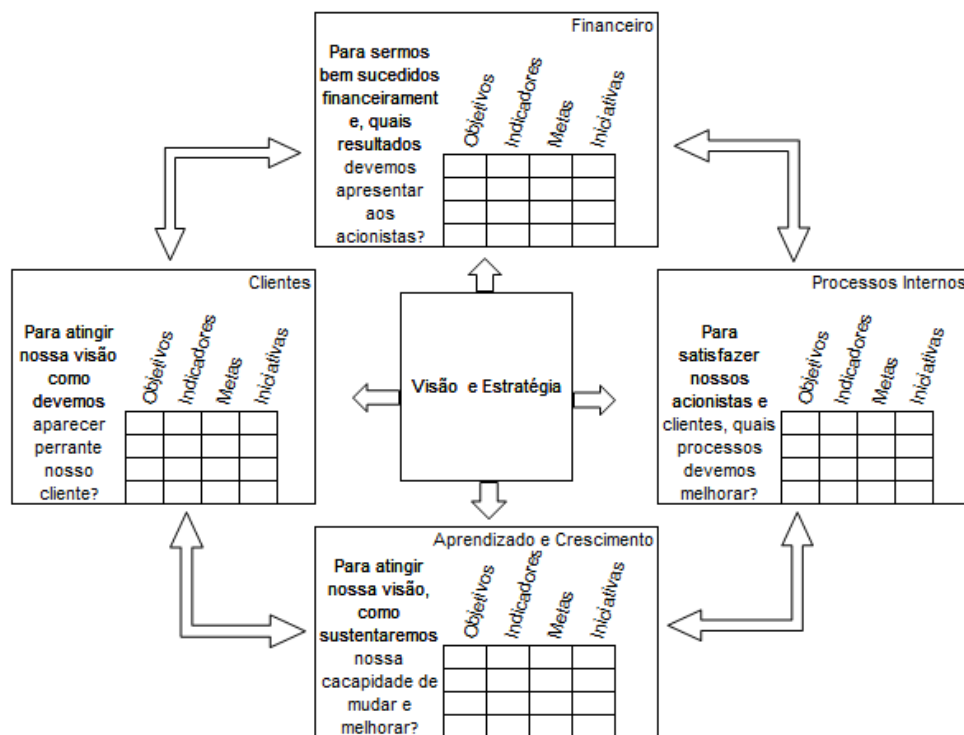


Figura 5. Perspectivas de desempenho do *balanced scorecard*.
Fonte: Kaplan e Norton (1996a)

Perspectiva do cliente: As medidas relativas a esta perspectiva exigem que os gerentes traduzam sua declaração de missão em segmentos específicos, em medidas que refletem os fatores que realmente importam para os clientes. Os gestores devem desenvolver medidas de desempenho, a fim de manter clientes satisfeitos e leais nos segmentos alvo. As preocupações dos clientes referem-se a tempo, qualidade, serviço e custo (Kaplan e Norton (1996a)).

Perspectiva de processos internos: As medidas dentro dessa perspectiva estão relacionadas com os processos internos críticos para os quais a organização deve implementar a estratégia. Os processos identificados devem decorrer dos requisitos necessários para alcançar perspectiva do cliente da organização. Kaplan e Norton (1996a) identificaram vários processos internos genéricos, tais como operação e processos de vendas, pós-serviço, e a

necessidade de desenvolver medidas de desempenho adequadas relativas a esses processos, tais como, medidas relacionadas ao tempo, qualidade e custo.

Perspectiva de aprendizado e crescimento: Estes tipos de medidas estão relacionadas com a construção de melhoria contínua em relação a produtos e processos, e também propiciar crescimento a longo prazo. Para Kaplan e Norton (1996a), as organizações podem melhorar e inovar para alcançar os objetivos do *scorecard* através da capacidade de lançar novos produtos, melhorar a eficiência operacional e criar mais valor para os clientes.

Perspectiva financeira: Medidas dentro dessa perspectiva são baseadas em métricas financeiras, tais como retorno sobre o investimento e renda residual Kaplan e Norton (1992).

A Figura 5 ilustra cada uma das perspectivas, nas quais os gestores identificam os aspectos que afetam o desempenho. Para cada aspecto, eles identificam objetivos, medidas, metas e iniciativas para criar melhorias.

As principais características da abordagem BSC de acordo com Kaplan e Norton (1996b) são:

- i) esta abordagem está ligada ao sistema de informação da organização;
- ii) ele relata uma série de indicadores que forneçam uma visão completa da organização do desempenho;
- iii) ele agrupa os indicadores em quatro perspectivas; cada uma reflete uma medida distinta no desempenho da organização; e
- iv) as medidas de desempenho no *scorecard* deve ser escolhida com base na sua ligação com a visão e estratégia da organização.

O BSC pode ser aplicado em diferentes negócios sob várias situações. Kaplan e Norton (1996b), afirmam que o BSC é melhor sucedido quando utilizado para conduzir a processo de mudança. Em suas publicações, Kaplan e Norton argumentaram que o processo de *scorecard* funciona melhor em unidades de negócios estratégicas, embora algumas organizações têm aplicado esta abordagem em um único nível organizacional.

Além disso, Kaplan e Norton (1996c) identificaram uma série de razões para utilizar a abordagem do BSC:

- i) esclarecer a estratégia de atualização;
- ii) comunique a estratégia em toda a organização;
- iii) alinhe metas individuais com a estratégia;
- iv) fazer a ligação entre objetivos estratégicos para as metas e orçamentos de longo prazo.
- v) identificar iniciativas estratégicas; e

vi) conduzir avaliação de desempenho periódica para melhorar a estratégia.

O BSC tem várias vantagens sobre os relatórios de gestão tradicional. Algumas destas vantagens incluem uma maior flexibilidade, avaliação da inovação e aprendizagem, e a capacidade de comunicar fatores chave que impulsionam o desempenho (Kaplan & Norton, 1996b).

Kaplan e Norton (2001) argumentaram que muitas organizações estão projetadas em torno das medidas de desempenho financeiro, que oferecem pouca relação com o progresso da organização na realização dos objetivos estratégicos de longo prazo. Portanto, eles indicaram que através da implementação do BSC, as organizações podem apresentar o seguinte processo de gestão que visa vincular objetivos estratégicos de longo prazo com atividades de curto prazo:

i) esclarecer e traduzir a visão: Este processo ajuda os gestores na construção de um consenso em torno da visão e estratégia da organização. O desenvolvimento de uma declaração de missão é uma grande responsabilidade da equipe de gerência sênior, e esta declaração deve ser expressa como um conjunto integrado de metas e medidas para gestores, a fim de traduzir a visão para ações do dia a dia;

ii) comunicar e vincular: Neste processo os gestores têm de comunicar a estratégia e vinculá-lo aos objetivos departamentais e individuais e este processo pode ser alcançado por alinhamento dos funcionários com a estratégia global;

iii) planejamento de negócios: Muitas organizações estão implementando programas de mudança, e estas alterações resultarão na diversidade com várias iniciativas, que podem afetar a realização dos objetivos. Portanto, o conjunto de metas e medidas do BSC irão ajudar os gestores a realizar e coordenar apenas as iniciativas que movem a organização para os objetivos estratégicos de longo prazo; e

iv) *feedback* e aprendizado: Este processo oferece às organizações o feedback e avaliação sobre se os processos dos departamentos ou funcionários tenham cumprido as metas financeiras orçadas.

Kaplan e Norton (1996b) destacaram que os novos processos de gestão contribuem coletivamente para a ligação entre os objetivos estratégicos de longo prazo e ações de curto prazo. Eles também alegaram que a abordagem do BSC não é primariamente um método de avaliação, mas um planejamento estratégico e dispositivo de comunicação para fornecer orientações aos gestores e para descrever as ligações entre as medidas indutivas e de desempenho financeiro e não financeiro.

Kaplan e Norton (1996c) acrescentaram que esta abordagem não é apenas um sistema de medição estratégica, mas também um sistema de controle estratégico que pode ser utilizado para:

- i) esclarecer e obter consenso sobre a estratégia;
- ii) alinhar os objetivos departamentais e pessoais à estratégia;
- iii) fazer a ligação objetivos estratégicos para as metas e orçamentos de longo prazo;
- iv) identificar e alinhar iniciativas estratégicas; e
- v) obter *feedback* para aprender sobre melhorar a estratégia.

Kaplan e Norton (1996c) assumem que o *scorecard* é baseado em relações de causa e efeito, em que as medidas de aprendizagem organizacional e crescimento são os condutores dos processos internos do negócio, Figura 6.

A suposição de que há uma relação de causa e efeito é necessária porque permite que as medições em perspectivas não financeiras possam ser usadas para prever desempenho financeiro futuro. Kaplan e Norton (1996) indicam que a cadeia de relações causa e efeito engloba todas as quatro perspectivas do BSC.

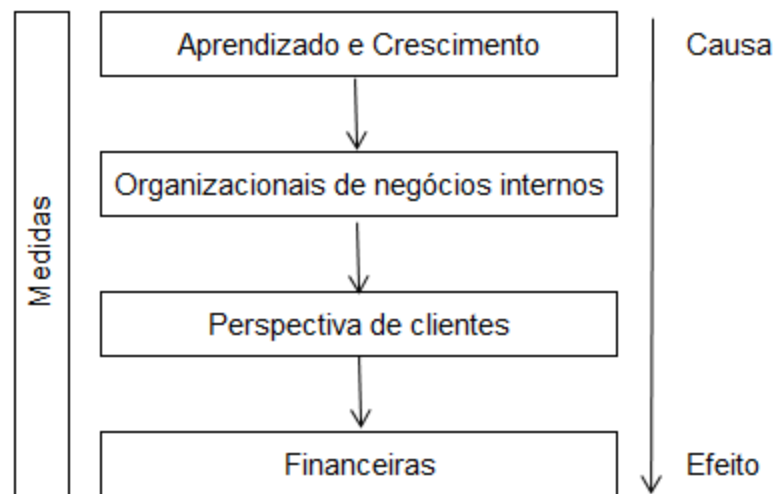


Figura 6. Relação de causa e efeito do BSC

Fonte: Elaborado pela autora

O BSC ajuda a encontrar um equilíbrio entre medidas de desempenho financeiras e não financeiras para construir relações causais entre os principais indicadores de resultado de curto prazo e medidas de desempenho internas e externas de longo prazo (Zhijun et al., 2014).

Zhijun et al. (2014) destacam a existência de vários trabalhos que confirmam que a aplicação do BSC pode contribuir positivamente para o desempenho organizacional.

Pesquisadores (Chenhall e Langfield-Smith, 1998; Otley, 1999) concordam que o BSC é um novo desenvolvimento em contabilidade gerencial, que tem atraído considerável interesse de empresas através do aumento da taxa de adoção e através do grande número de publicações.

Otley (1999) afirma que um dos principais pontos fortes da abordagem do *balanced scorecard* é a ênfase que coloca sobre a interligação de medidas de desempenho com a estratégia da unidade de negócios.

Em contraste, autores discordam com a suposição de que a abordagem BSC é baseado em relações de causa e efeito, porque essa suposição é ambígua e precisa de mais elaboração (Malmi & Brown, 2008).

Malmi e Brown (2008) argumentou que os sistemas de medição de desempenho sem lógica de causa e efeito pode também ser considerado abordagem BSC.

Em seus escritos, Kaplan e Norton (1996c) argumentaram que não existe uma teoria específica que é necessária e suficiente o número de perspectivas. Neste contexto, afirmam que há empresas utilizando menos do que esses quatro perspectivas, mas, dependendo das circunstâncias e da estratégia de uma unidade de negócios, uma ou mais perspectivas adicionais podem ser necessárias.

Este argumento foi apoiado por DeBusk, Brown e Killough (2003), que indicou que o número de perspectivas em um sistema de medição de desempenho deve depender de estratégias, ameaças e condições econômicas.

A crítica de Neely et al. (1995) indicam que o BSC ignorou o perspectiva concorrente. Kaplan e Norton (1996c), no entanto, indicam que a perspectiva empregado é certamente incorporada dentro da perspectiva de aprendizado e crescimento e a perspectiva dos fornecedores é incorporada dentro da perspectiva dos processos internos de negócios.

Investigadores como Malina e Selto (2001) argumentaram que o uso de um conjunto exaustivo de medidas de desempenho no BSC pode ser perturbador e confuso, especialmente em calcular estas medidas, e também em lidar com a saída dessas medidas. Outros pesquisadores têm argumentado que o uso dessas medidas de desempenho não faria resultam em sobrecarga de informação (Otley, 1999).

Segundo Kaplan e Norton (1996c), cada empresa é única e assim segue o seu próprio caminho para a construção de um BSC. Para estes autores, o BSC concentra-se em quatro perspectivas, no entanto, várias organizações podem ser afetadas pelo ambiente e concorrente. Assim, vários pesquisadores (Neely et al., 1995; Otley, 2001) têm defendido o uso de mais perspectivas, como fornecedor e perspectivas ambientais.

A literatura trás autores que apontam restrições ou limitações nas pesquisas para reivindicações e resultados do BSC (Beuren & Teixeira, 2014). Fernandes (2003) aborda vários pontos fracos identificados por autores, resultantes da modelagem do BSC:

- a) as relações de causa e efeito não são explicitados num circuito de retroalimentação (*feedback*);
- b) o mapa não é operacional, não contempla os *delays* entre as relações de causa e efeito; e
- c) o mapa não inviabiliza simulação confiável.

O sucesso da implementação e uso do BSC depende de habilidades dos usuários para fazer bons julgamentos (Norreklit & Mitchell, 2014).

2.3 Indicadores de Desempenho do Setor Hospitalar

As práticas de avaliação de desempenho hospitalar, por meio de indicadores, não avaliam apenas o desempenho financeiro, estão associadas a diversas abordagens para: melhoria da qualidade em saúde, acreditação e certificação hospitalar (La Forgia & Couttolenc, 2009).

A seleção de um grupo de indicadores passa a ser adotada, numa certeza de um melhor conhecimento do que ocorre na instituição, sendo que a introdução do BSC veio satisfazer a necessidade dos administradores, profissionalizando o conhecimento do desempenho institucional (Bittar, 2004). Purbey et al. (2007), menciona que vários autores têm sugerido diferentes quadros de medição de desempenho, sendo a estrutura do BSC uma destas estruturas utilizadas para medir o desempenho de uma organização.

De modo geral, os objetivos da organização nas perspectivas do BSC em hospitais abordada por (Grigoroudis et al., 2012) incluem os indicadores da Figura 7:



Figura 7. Objetivos organizacionais dos hospitais nas perspectivas do BSC
 Fonte: Grigoroudis et al., 2012

Já Bittar (2004) propõe a classificação dos indicadores que melhor atenda as necessidades para uma administração efetiva, eficaz, eficiente com qualidade e produtividade:

- i) estrutura;
- ii) processos;
- iii) resultados; e
- iv) meio externo.

Para Chang, Hsiao, Huang & Chang, (2011), os objetivos financeiros devem estar focados sobre a viabilidade financeira de longo prazo do hospital. As medidas financeiras, Quadro 3, são cruciais para garantir que a instituição será capaz de operar de forma eficiente no futuro:

Financeira		
Indicadores econômico-financeiros	Indicadores de liquidez	Indicadores de Economia da Saúde
	Índice de liquidez imediata	
	Índice de liquidez corrente	
	Índice de liquidez seco	
	Índice de liquidez global	
	Indicadores de atividade	
	Período médio de cobrança	
	Prazo médio de pagamento	
	Posição relativa	
	Rotação de estoques	
	Período médio de estocagem	
	Indicadores de rentabilidade	
	Margem operacional	
	Giro do ativo	
	Retorno sobre o total do ativo ou	
	Retorno sobre o patrimônio líquido	
	Indicadores de alavancagem	
	Grau de alavancagem	
	Indicadores de viabilidade econômica	
	Índice de viabilidade	
	Outros	
	Ponto de equilíbrio	
	Balanço/balancetes	
	Orçamento	
	Contabilidade de custos	
	Análise de custo-efetividade	
	Análise de custo-benefício	
	Análise de custo-utilidade	
	QALY	
	Índice de eficácia	
	Índice de efetividade	
	Índice de eficiência	
	Eficiência clínica	
	Eficiência na produção	
	Eficiência na distribuição	

Quadro 3. Medidas da perspectiva financeira
Fonte: Bittar, 2004

Em relação à perspectiva do cliente, Quadro 4, os objetivos estratégicos da organização referem-se principalmente à qualidade dos serviços médicos e eles estão fortemente relacionados com o principal papel do hospital como o maior provedor de serviços de clínica médica e na área de responsabilidade (Chang et al., 2011).

Clientes	
Indicadores hospitalares de qualidade	Taxa bruta de infecções
	Taxa de cesáreas
	Taxa de cirurgias desnecessárias
	Taxa de complicações ou intercorrências
	Taxa de infecção hospitalar (geral)
	Taxa de mortalidade geral hospitalar
	Taxa de mortalidade institucional
	Taxa de mortalidade materna hospitalar
	Taxa de mortalidade operatória
	Taxa de mortalidade pós-operatória
	Taxa de mortalidade por anestesia
	Taxa de mortalidade transoperatória
	Taxa de remoção de tecidos normais
	Indicadores de imagem
Satisfação do fornecedor	
Satisfação do visitante	
Satisfação do acompanhante	
Satisfação do funcionário	
Satisfação do corpo clínico	
Imagem perante o público	
Fidelidade dos clientes	
Inserções na mídia	
Balanço social	

Quadro 4. Medidas da perspectiva cliente

Fonte: Bittar, 2004

A importância dos recursos humanos de uma organização de saúde reflete-se nos objetivos estratégicos da perspectiva de negócios interno, Quadro 5, onde o último objetivo estratégico é relatado sob o prisma dos processos de negócio da organização, enfatizando as atividades internas necessárias e com foco em produtividade hospitalar (Chang et al., 2011).

Processos Internos	
Indicadores de Estrutura	Capacidade planejada (leitos e camas)
	Capacidade operacional (leitos e camas)
	Capacidade ociosa
	Número de consultórios
	Número de salas cirúrgicas
	Consultas/consultório/dia
	Cirurgias/sala cirúrgica/dia
	Exames/equipamento/dia
	Kg roupa lavada/máquina/dia
Indicadores de Produção	Número de atendimentos
	Número de internações
	Lista de espera e tempo de espera
	Pacientes-dias
	Taxa de ocupação hospitalar
	Taxa de necropsia
	Número de cirurgias e partos
	Rendimento/concentração
Indicadores de Produtividade	Índice de produção por funcionário da área
	Índice de renovação ou giro de rotatividade
	Índice intervalo de substituição
	Média de permanência
	Funcionários/Leitos e camas

Quadro 5. Medidas da perspectiva processos internos
Fonte: Bittar, 2004

Finalmente, a perspectiva de aprendizado e crescimento, Quadro 6, inclui objetivos estratégicos orientados principalmente para a transferência de *know-how*, a adoção de novas tecnologias, bem como a capacidade geral da organização para responder eficazmente em um ambiente em rápida mutação (Chang et al., 2011).

Inovação e Aprendizado	
Indicadores de Recursos Humanos	Taxa de absenteísmo
	Índice de rotatividade
	Número de cursos/treinamentos realizados
	Horas de treinamento/funcionário/ano
	Orçamento para treinamento
	Satisfação do funcionário
	Idade média dos funcionários
	Anos de escolaridade dos funcionários
	Facilidade para lidar com a tecnologia existente
	Facilidade para lidar com a tecnologia emergente
	Número e categoria profissional de diversas
	Salários/benefícios
	Capacidade de inovação
	Planejamento para novos desafios

Quadro 6. Medidas da perspectiva Inovação e Aprendizado
 Fonte: Bittar, 2004

As instituições hospitalares são complexas em razão das inúmeras peculiaridades inerentes aos programas, serviços, influências externas, internas e condições de trabalho, geralmente em emergência/urgência ou mesmo da ansiedade e pressão, por parte de pacientes, familiares e profissionais, assim, a utilização do BSC se traduz em forma metodológica de continuamente alertar os responsáveis pelas instituições das suas posições no mercado, ocorrências de eventos e sinais normais e anormais nos programas e serviços técnicos e administrativos, bem como a prestação de contas à sociedade, acionistas e proprietários das atividades e dos resultados por eles esperados, já que contribuem com impostos ou valores para a manutenção das mesmas (Bittar, 2004).

Inúmeros são os indicadores da parte estrutural das unidades de saúde e que têm importância na avaliação das mesmas, propiciando uma visão global da sua participação no mercado, alguns deles podem também ser utilizados na avaliação da perspectiva interna dos negócios (Grigoroudis et al., 2012).

Os indicadores chave de desempenho (KPIs) são o coração de qualquer sistema de BSC e eles são amplamente utilizados na literatura de negócios e gestão, Quadro 7, ainda, os KPIs podem ser descritos como medidas de desempenho quantificáveis utilizados para definir os fatores de sucesso e medir o progresso em direção à consecução dos objetivos de negócio (Grigoroudis et al., 2012).

É importante notar que, a fim de desenvolver um conjunto eficaz de KPI, uma compreensão clara para o seu significado é necessário, além disso, valores-alvo devem ser definidos para cada KPI, de modo que o sistema de BSC desenvolvido pode ser usado como um sistema de medição do desempenho BSC (Chen et al., 2006; Grigoroudis et al., 2012).

O processo de seleção de indicadores leva em conta o quão bem um KPI reflete o sucesso de um objetivo estratégico, sob uma perspectiva particular do sistema de BSC (Chen et al., 2006; Chang et al., 2011). O Quadro 7 corresponde aos KPI aplicados na pesquisa de Grigoroudis et al., 2012.

Perspectiva	Objetivo estratégico	KPI
Financeiro	Custos dos serviços prestados e de liquidez	Margem de lucro líquido
		Os proventos operacionais em relação ao ativo
	Dívidas e despesas operacionais	Relação atual
		Rácio da dívida
		O giro de estoques
Cliente	Qualidade dos serviços prestados	Índice de satisfação do paciente
		Número de queixas do paciente
		Tempo médio de espera
	Demanda por serviços médicos por área	Leitos hospitalares para cada 1000 pessoas
		Porcentagem de casos transferidos para outros hospitais
	Fiabilidade dos serviços	Porcentagem de readmissões
Eficácia dos serviços médicos	Duração média de hospitalização	
Processos internos	Satisfação dos empregados/lealdade	Índice de satisfação dos funcionários (médicos)
		Índice de satisfação do empregado (enfermagem e outro)
		Índice de retenção de funcionários
		Índice de absenteísmo
	Eficácia na utilização de recursos	Estoque em excesso (% do ativo circulante)
Aprendizado e crescimento	Colaboração de terceiros	Rácia de ocupação-cama
	Crescimento tecnológico	Número de projetos com outras organizações
		Porcentagem do orçamento utilizado para compra de novas tecnologias a alocação de recursos para tecnologia da informação/capitais
	Desenvolvimento de recursos humanos	Percentual de empregados treinados (enfermagem e outros)
		Porcentagem de pessoal médico participando de conferências

Quadro 7. KPIs para os objetivos estratégicos
Fonte: Chang et al., 2011

É desnecessário enfatizar a importância da utilização de indicadores que meçam a qualidade e quantidade do que é realizado em termos de programas e serviços de saúde e que os mesmos cubram a estrutura, os processos, os resultados e o meio ambiente que ora sofre influências das instituições de saúde ora influencia as mesmas (Bittar, 2004).

Chang et al. (2011), examinam o impacto da participação Taiwan Indicador de Qualidade de Projetos (TQIP) no crescimento da produtividade do hospital com a aplicação do índice de mudança produtividade com base na análise envoltória de dados

(DEA). Analisaram os dados das operações de 31 hospitais regionais ao longo do período 1998-2004 e descobriram que TQIP melhoraram a produtividade nos hospitais. Esta melhoria é atribuível a mudança de qualidade e progresso eficiência relativa.

Zhijun et al. (2014), investigam a aplicação do BSC e o impacto no desempenho do hospital na China. Estes autores verificaram que o BSC produz efeitos sinérgicos para a cooperação entre os diferentes departamentos de serviços médicos, alcançando desempenho organizacional desejável para os hospitais analisados.

Chen et al. (2006), confirma a viabilidade e o valor da utilização do BSC para medir o desempenho em dois hospitais de diferentes países, quando bem utilizados, os indicadores facilitam o enfrentamento do futuro. Por fim, deve-se enfatizar a necessidade de deixar claro o objetivo para a escolha deles.

A escolha dos indicadores utilizados pra medir o desempenho pode ser uma tarefa arbitrária. No Brasil, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em conjunto com o Comitê Gestor do Programa de Qualificação de Prestadores de Serviços de Saúde (QUALISS), por meio da Resolução Normativa número 275 de 01-11-2011 da ANS, categorizaram alguns indicadores hospitalares em essenciais e recomendáveis, utilizados para avaliar a qualidade dos prestadores de serviços na saúde suplementar.

Os indicadores de qualidade com informação obrigatória, para todos os prestadores de serviços participantes do QUALISS, de acordo com a sua estrutura são classificados de acordo com os domínios:

- segurança: Taxa de densidade de incidência de infecção de corrente sanguínea associada a cateter venoso central; Taxa de utilização de cateter venoso central; e Conformidade com os padrões de cirurgia segura;
- efetividade: Implantação de diretrizes e protocolos clínicos; e Taxas de mortalidade;
- eficiência: Taxas de ocupação; e Média de permanências;
- equidade: Acessibilidade à pessoa com deficiência; e Medidas para garantir nos atendimentos a prioridade às pessoas vulneráveis;
- acesso: Acolhimento com classificação de risco; e Tempo de espera na Urgência e Emergência; e
- centralidade no paciente: Satisfação do cliente; e Monitoramento da manifestação do cliente com avaliação de reclamações e sugestões.

A Agência Nacional de Hospitais Privados (Anahp) publica anualmente a Revista Observatório Anahp que se consolida cada vez mais no mercado de saúde como referência em indicadores hospitalares e uma das principais fontes de consulta para o setor, reunindo as melhores práticas assistenciais, além de indicadores de mercado, análises setoriais e pesquisas inéditas.

De acordo com o Observatório Anahp, (2015), o desempenho institucional corresponde a análise de indicadores econômico-financeiros, como:

- receita média líquida; e
- despesas hospitalares por saída hospitalar.

Como a proposta deste trabalho foi avaliar a dimensão uso do SCG e uso da MD, bem como a relação destes com a satisfação no desempenho organizacional, este capítulo evidenciou modelos que pudessem ser aplicados para análise da dimensão proposta. Por contemplar não apenas medidas financeiras, mas principalmente não financeiras, os modelos propostos originalmente por Simons, (1995) - *Levers of Control* e Kaplan e Norton (1992) – *Balanced Scorecard*, surgem como modelos viáveis para análise das relações. Na revisão da literatura evidenciou-se indicadores financeiros e também não financeiros sugeridos pela ANS e Anahp para gestão hospitalar.

3 METODOLOGIA

Este capítulo descreve os procedimentos metodológicos adotados para a realização da pesquisa.

3.1 Revisão Sistemática da literatura

A revisão sistemática, doravante RS, trata-se de um tipo de investigação focada em questão previamente definida, que visa identificar, selecionar, avaliar, sintetizar e incluir as evidências relevantes que estejam disponíveis para apoiar a pesquisa, com o auxílio dos estudos de melhor qualidade sobre o assunto (Galvão & Pereira, 2014).

Os critérios adotados na RS desta pesquisa podem ser identificados no protocolo de pesquisa pré-estabelecido (Apêndice A) e são: buscar, selecionar e extrair informações do uso de medição de desempenho e uso de sistema de controle gerencial, de referências publicadas desde 01 de janeiro de 2005 a 25 de junho de 2015.

A revisão sistemática foi estruturada em duas etapas, resumidas a seguir:

- busca de dados; e
- seleção dos estudos.

3.1.1 Busca de dados

As referências iniciais incluídas nesta revisão foram recolhidas da base de dados *Scopus* e *Google Scholar*. A busca de trabalhos relacionados ao tema dessa pesquisa não estabeleceu nenhum método, modelo ou técnica como critério de seleção, uma vez que o objetivo era justamente identificar os modelos e as técnicas evidenciados nas pesquisas atuais.

O *string* de busca utilizado na base *Scopus* foi o “*use of performance measures*” AND “*management control*”. Os documentos obtidos com essa busca resultaram em 07 (sete) trabalhos. Como o volume de pesquisa obtida foi insuficiente, precedeu-se a utilização de outra base de dados.

A escolha do *Google Scholar* ocorreu em razão do mesmo abranger artigos, teses, livros e outras publicações de diversas editoras acadêmicas e de organizações profissionais disponíveis na *web*. Os resultados de pesquisa são classificados segundo a relevância, exibindo primeiramente os mais citados. A expressão de busca construída foi a mesma aplicada na base *Scopus*, “*use of performance measures*” AND “*management control*”.

3.1.2 Seleção dos estudos

Para selecionar os trabalhos de estudo já realizados, foram considerados como critérios de inclusão na RS aqueles que observaram a relação entre sistema de medição de desempenho e desempenho organizacional, relação entre sistema de controle gerencial ou desempenho organizacional. Foram excluídos estudos classificados como não científicos, publicações anteriores ao ano de 2005, artigos que não atingiram o objetivo da pesquisa e referências que não possuíam versão completa em português ou inglês.

A análise da qualidade das publicações se realizou com base em 07 (sete) características observadas:

- i) relação entre medição de desempenho e sistema de controle gerencial;
- ii) relação entre sistema de controle gerencial e desempenho organizacional;
- iii) relação entre medição de desempenho e desempenho organizacional;
- iv) uso de sistema de controle gerencial;
- v) uso de medição de desempenho;
- vi) uso de medidas financeiras e não financeiras; e
- vii) aplicação de algum modelo.

Na base de dados identificou-se o ano de publicação, autores, título da pesquisa e características utilizadas na avaliação. A listagem das publicações foi realizada na planilha *Excel* do software da *Microsof*.

Os trabalhos obtidos na base *Scopus* também foram identificados no *Google Scholar*. Da pesquisa no *Google Scholar* resultaram 818 referências, das quais 59 foram excluídas: 51 por estarem incompletas ou indisponíveis na base de dados e 08 por estarem escritas em um idioma diferente do inglês ou português. Dos 759 incluídos, 05 (cinco) materiais possuíam pelo menos cinco características de qualidade, 126 referências possuíam quatro características de qualidade e os demais abordavam no máximo três das características de qualidade, Figura 8, fluxograma representativo da pesquisa.

Tendo em vista a revisão sistemática não contemplar publicações anteriores ao ano de 2005, as referências utilizadas para fundamentação da dissertação correspondeu aos estudos com cinco características de qualidade, bem como as referências citadas nestes trabalhos.

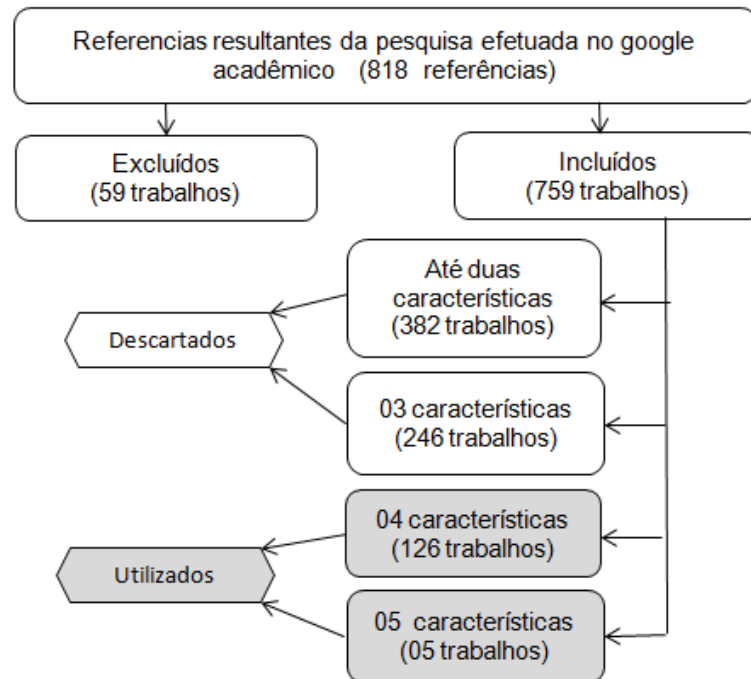


Figura 8. Revisão sistemática
Fonte: Elaborada pela autora

O material utilizado para nortear a construção do referencial teórico do Uso do Sistema de Controle Gerencial e do Uso de Medição de Desempenho foi extraído das publicações com cinco ou mais características, correspondentes a aproximadamente 17% de todas as publicações incluídas na revisão sistemática. A não utilização de trabalhos com quatro ou menos características deve-se pela falta de tempo para estudo e análise de outras 628 publicações.

Ainda, em razão da RS contemplar apenas trabalhos publicados a partir de 2005, pesquisas consagradas como as de Simons (1995) e de Kaplan e Norton (1992) não foram incluídas na RS. Tendo em vista a importância destes trabalhos, o referencial teórico foi construído com os 131 trabalhos incluídos na RS, bem como as pesquisas citadas nas referências destas publicações selecionadas RS.

3.2 Delineamento da pesquisa

Esta pesquisa caracteriza-se de acordo com Quatro 8, perspectivas metodológicas:

Descrição	Característica
Natureza da pesquisa	Aplicada
Forma de abordagem	Quantitativa
Para o objetivo proposto	Descritiva
Procedimento técnico	Survey (levantamento)

Quadro 8. Enquadramento metodológico
Fonte: Elaborada pela autora

O método de pesquisa científica, do ponto de vista da natureza e da forma de abordagem do problema proposto para essa dissertação, enquadra-se, de acordo com Silva e Menezes (2005), na categoria de pesquisa quantitativa; uma vez que o objetivo é verificar a relação entre o uso de sistema de controle gerencial, uso de medição de desempenho e desempenho organizacional.

Para Creswell (2007), na pesquisa quantitativa, as hipóteses e as questões de pesquisa são frequentemente baseadas em teorias que o pesquisador procura testar. Seguindo essa abordagem, a pesquisa quantitativa tem como objetivo gerar conhecimentos para aplicação prática, dirigida à solução de problemas específicos, com o uso de recursos e técnicas estatísticas.

Quanto aos procedimentos da pesquisa, a mesma trata-se de um levantamento (*survey*), em uma população finita de hospitais com esfera administrativa privada no estado do Paraná. De acordo com Gil (1999), a *survey* se caracteriza pela interrogação direta dos sujeitos, cujos comportamentos se deseja conhecer.

A pesquisa de levantamento é recomendada quando o propósito é identificar as relações estatísticas entre as variáveis estudadas (Martins & Theóphilo, 2007). Basicamente, procede-se à solicitação de informações a um grupo significativo de pessoas a cerca do problema estudado, para em seguida, mediante análise quantitativa, obter as conclusões correspondentes aos dados coletados. Corroborando, Babbie (1999) afirma que a *survey* é a uma ferramenta de pesquisa para pesquisadores sociais. Segundo a autora a pesquisa *survey* tem três finalidades principais:

- a) exploratória;
- b) descritiva; e
- c) explicativa.

Para atingir os objetivos propostos nesta dissertação, essa pesquisa tem um enfoque descritivo, por se tratar de uma pesquisa que busca identificar e analisar uma realidade (Figura 9). Para Gil (1999), as pesquisas descritivas têm como objetivo a descrição das características que determinam o estabelecimento de relações entre as variáveis.

Babbie (1999) menciona dois modelos da pesquisa *survey*, Figura 9:

- a) transversal; e
- b) longitudinal.

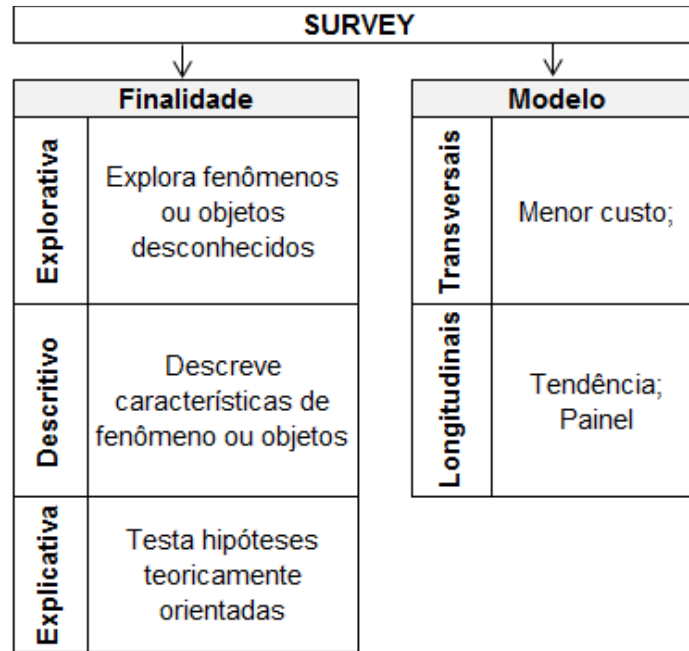


Figura 9. Finalidades e modelos de pesquisa *survey*
Fonte: Adaptado de Babbie, 1999.

No que concerne ao modelo de pesquisa *survey*, este trabalho caracteriza-se como transversal. Neste tipo de pesquisa, os dados são coletados em um determinado intervalo de tempo de uma amostra selecionada para descrever uma população (Paranhos, Figueiredo Filho, Rocha, & Silva Junior, 2013). Estes dados são válidos para descrever relações entre variáveis da população na mesma época de coleta (Babbie, 1999).

Oates (2006) expõe algumas críticas quanto a adoção da pesquisa *survey*:

- falta de profundidade;
- tende a focar o que pode ser contado e medido;
- prevê um retrato instantâneo em um particular ponto no tempo, ao invés de examinar processos em andamento e mudanças; e
- não estabelece relações de causa e efeito.

3.3 Planejamento de pesquisa *survey*

O planejamento de uma pesquisa *survey*, pode ser adaptado das etapas definidas por Paranhos et al. (2013):

- 1) identificação da questão de pesquisa;
- 2) elaboração do instrumento;
- 3) pré-teste do instrumento;

- 4) coleta dos dados;
- 5) tabulação dos dados; e
- 6) análise dos resultados.

3.3.1 Identificação da questão de pesquisa

A partir da revisão da literatura apresentada no capítulo dois, juntamente com as hipóteses elencadas a respeito do objeto de estudo, não foi encontrado estudo que relacionasse o uso do sistema de controle gerencial com o uso de medição de desempenho, bem como destes em relação ao desempenho organizacional dos hospitais de administração privada do Paraná.

Esse estudo almeja responder a pergunta de pesquisa: existe uma relação entre o uso da medição de desempenho e o uso do sistema de controle gerencial no desempenho organizacional de hospitais privados do Paraná?

A Figura 10 destaca as variáveis e hipótese propostas para responder a questão de pesquisa:

- H_1 – existe relação entre o uso da medição de desempenho e o sistema de controle gerencial em hospitais da esfera administrativa privada no Paraná;
- H_2 – existe relação entre o uso do sistema de controle gerencial e o desempenho em hospitais da esfera administrativa privada no Paraná;
- H_3 – existe relação entre o uso da medição de desempenho e o desempenho em hospitais da esfera administrativa privada no Paraná.

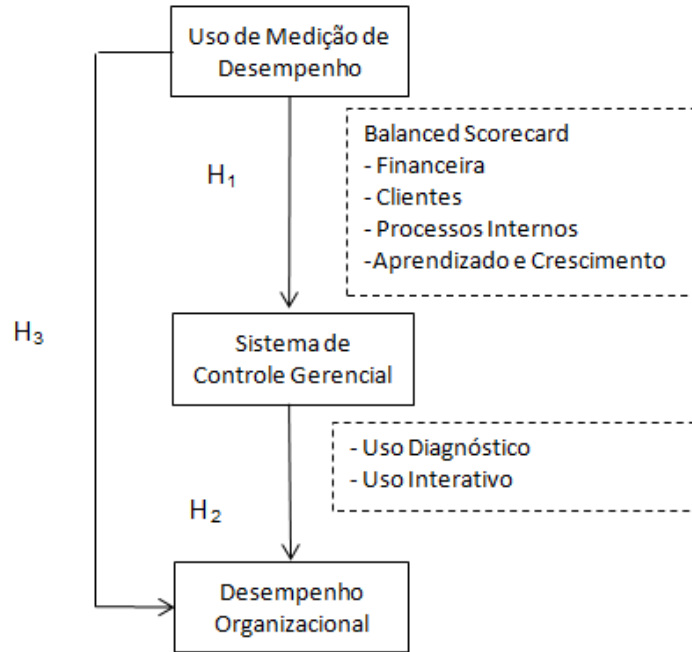


Figura 10. Desenho da pesquisa
Fonte: Elaborado pela autora

O modelo proposto representa uma simplificação do objeto de pesquisa. No entanto, vale destacar que outras variáveis internas e externas poderiam ter sido incluídas, como, por exemplo, o ambiente, a tecnologia, a cultura e outras variáveis, mas devido a falta de tempo e a extensão da pesquisa, não foram consideradas.

3.3.2 Elaboração do instrumento

O instrumento de pesquisa utilizado para a coleta de dados foi o questionário – Apêndice C (três), caracterizado como uma fonte primária para coleta de dados (Martins & Theóphilo, 2007).

O questionário foi construído e adaptado a partir das pesquisas realizadas por Henri (2006), Bisbe & Otley (2004), Simons (2000), Kaplan e Norton (1992). A utilização de instrumento aplicado em outras pesquisas atesta a confiabilidade e a validade dos dados observados (Martins & Theóphilo, 2007). Para análise das hipóteses manteve-se uma quantidade de questões superior à quantidade mínima recomendada por Hair, Anderson, Tatham e Black, (2005), de três variáveis (indicadores) para cada perspectiva do modelo.

A parte A do Apêndice C questionou 2 (duas) informações organizacionais sobre o número de leitos e o número de empregados, conforme extraído da Anahp (2015).

Para avaliar o uso do sistema de controle gerencial, o questionário se baseou no modelo de uso diagnóstico e uso interativo, proposto inicialmente por Simons (2000). O modelo, Quadro 9, tem sido validado por outros autores, entre eles Henri (2006), Bisbe & Otley (2004) em análise da dimensão uso do SCG.

A abordagem de uso de sistema de controle gerencial é composta por seis questões (B1, B2, B3, B4, B5 e B6) fechadas no instrumento de pesquisa (Apêndice C – Seção B), com opção de resposta em escala ordinal *Likert* de cinco pontos, para mensurar a opinião dos respondentes quanto à periodicidade do uso, que varia de “não usa” (1) a “usa para decisão” (5). Os níveis (2), (3) e (4) representam respectivamente “usa raramente”, “uso moderado” e “uso periódico”.

Indicador		Fonte	Frequência de Uso				
Uso diagnóstico							
B1	Acompanha e revê as metas com o que foi planejado	Henri (2006)	1	2	3	4	5
B2	Projeta os resultados mais prováveis	Henri (2006)	1	2	3	4	5
B3	Analisa somente as variações significativas entre o orçado e realizado	Bisbe e Otley (2004)	1	2	3	4	5
Uso interativo							
B4	Discute oportunidades de melhoria entre superiores, subordinados e pares	Henri (2006)	1	2	3	4	5
B5	Foca nas áreas críticas de desempenho do hospital	Henri (2006)	1	2	3	4	5
B6	Cria uma linguagem comum para gestores e diretoria	Henri (2006)	1	2	3	4	5

Quadro 9. Uso do Sistema de Controle Gerencial

Fonte: Adaptado de Henri (2006); Bisbe e Otley (2004); Simons (2000)

Para testar a hipótese sobre o uso da medição de desempenho, o modelo aplicado foi aquele identificado com maior recorrência na revisão sistemática, consiste no *Balanced Scorecard* proposto inicialmente por Kaplan & Norton (1992). Os indicadores de medição de desempenho da área da saúde descritos no questionário, (C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16 e C17) correspondem aos indicadores recomendados pelo Observatório da Anaph e aqueles classificados como essenciais ou recomendáveis pela ANS.

A abordagem de uso de medição de desempenho é composta por 17 questões fechadas no instrumento de pesquisa (Apêndice C – Seção C), com opção de resposta em escala ordinal de *Likert* de cinco pontos para mensurar a opinião dos respondentes quanto a periodicidade do uso em que variam de “não usa” (1) à “usa para decisão” (5), Quadro 10.

Medidas Financeiras		Fonte	Frequência de uso				
C1	Margem de lucro líquida	Observatório anahp	1	2	3	4	5
C2	Despesas gerais por saída hospitalar	Observatório anahp	1	2	3	4	5
C3	Receita líquida por paciente-dia	Observatório anahp	1	2	3	4	5
C4	Despesa líquida por paciente-dia	Observatório anahp	1	2	3	4	5
C5	Endividamento total	Observatório anahp	1	2	3	4	5
Clientes			Frequência de uso				
C6	Satisfação do Cliente	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
C7	Monitoramento da manifestação do cliente: avaliação de reclamações e sugestões	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
C8	Adequação de prontuário do paciente	Recomendáveis da ANS	1	2	3	4	5
C9	Tempo de espera na urgência e emergência	Observatório anahp	1	2	3	4	5
Processos Internos			Frequência de uso				
C10	Taxa de ocupação operacional	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
C11	Tempo médio de permanência	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
C12	Implantação de diretrizes e protocolos clínicos	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
C13	Taxa de mortalidade institucional	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
Aprendizado & Conhecimento			Frequência de uso				
C14	Trabalhos acadêmicos escritos por membro do pessoal médico	Observatório anahp	1	2	3	4	5
C15	Taxas de admissões e desligamento de empregados	Observatório anahp	1	2	3	4	5
C16	Treinamento de empregados	Observatório anahp	1	2	3	4	5
C17	Adaptação de novas tecnologias e novas ideias	Observatório anahp	1	2	3	4	5

Quadro 10. Uso da Medição de Desempenho

Fonte: Elaborado pela autora

O questionário elaborado para avaliar a satisfação do desempenho organizacional é composto por 17 questões fechadas (Apêndice C – Seção D) elaboradas em escala ordinal *Likert* com cinco pontos para mensurar a opinião dos respondentes quanto a satisfação dos resultados obtidos pela empresa que variam de “Não se aplica” na empresa (N/A) à “Totalmente Satisfeito” (5), Quadro 11. Os níveis (1), (2), (3) e (4) representam respectivamente “Totalmente Insatisfeito”, “Pouco insatisfeito”, “Dentro do Esperado” e “Pouco Satisfeito”.

Indicadores		Grau de Satisfação					
Medidas financeiras							
D1	Margem de lucro líquida	N/A	1	2	3	4	5
D2	Despesas gerais por saída hospitalar	N/A	1	2	3	4	5
D3	Receita líquida por paciente-dia	N/A	1	2	3	4	5
D4	Despesa líquida por paciente-dia	N/A	1	2	3	4	5
D5	Endividamento total	N/A	1	2	3	4	5
Clientes							
D6	Satisfação do Cliente	N/A	1	2	3	4	5
D7	Monitoramento da manifestação do cliente: avaliação de reclamações e sugestões	N/A	1	2	3	4	5
D8	Adequação de prontuário do paciente	N/A	1	2	3	4	5
D9	Tempo de espera na urgência e emergência	N/A	1	2	3	4	5
Processos Internos							
D10	Taxa de ocupação operacional	N/A	1	2	3	4	5
D11	Tempo médio de permanência	N/A	1	2	3	4	5
D12	Implantação de diretrizes e protocolos clínicos	N/A	1	2	3	4	5
D13	Taxa de mortalidade institucional	N/A	1	2	3	4	5
Aprendizado e Crescimento							
D14	Trabalhos acadêmicos escritos por membro do pessoal médico	N/A	1	2	3	4	5
D15	Taxas de admissões e desligamento de empregados	N/A	1	2	3	4	5
D16	Treinamento de empregados	N/A	1	2	3	4	5
D17	Adaptação de novas tecnologias e novas ideias	N/A	1	2	3	4	5

Quadro 11. Avaliação do Desempenho Organizacional

Fonte: Elaborado pela autora

3.3.3 Pré-Teste do instrumento

Para validar o conteúdo do instrumento de coleta e o uso da escala existente, a aplicação do pré-teste ocorreu em três etapas, conforme sugestão adaptada de (Henri, 2006):

- 1) docentes da banca da qualificação foram convidados a rever o questionário;
- 2) gestor de um hospital privado de Maringá foi convidado a preencher o questionário com o objetivo de analisar a clareza das questões e dimensionar o tempo necessário para preenchimento; e
- 3) questionário enviado por e-mail pelo *Google Doc's* para um hospital para avaliar a o nível de compreensão das questões.

As sugestões dos docentes, gestor e especialista foram acatadas, principalmente quanto ao tempo de preenchimento do questionário e quanto aos critérios de escolha dos indicadores – modelo de Simons (1995) para o uso do sistema de controle gerencial e indicadores indicados pela Anahp e ANS para uso da medição de desempenho e para o desempenho organizacional. A versão ajustada consta no Apêndice C.

3.3.4 Coleta de dados

3.3.4.1 População e amostra

Os estabelecimentos brasileiros de saúde são representados por 287.153 unidades que constam no cadastro do Ministério da Saúde – dados extraídos de www.cnes.datasus.gov.br, acesso em setembro de 2015. Como a população de estabelecimentos de saúde tem características homogênicas de serviços prestados, é possível dividir a população em estratos, classificado-a em 36 grupos diferentes, que vão desde posto de saúde até central de distribuição de órgãos estadual.

O estrato que foi objeto da análise corresponde a hospital geral. De acordo com este estrato, há quatro formas de esferas administrativas:

- 1) privada;
- 2) municipal;
- 3) estadual; e
- 4) federal.

Como muitos hospitais públicos, sejam eles da esfera municipal, estadual ou federal, podem não possuir um sistema de controle gerencial, o que poderia comprometer o trabalho, esta pesquisa contemplou apenas hospitais da esfera administrativa privada.

Os estabelecimentos escolhidos seguiram a técnica de amostragem não probabilística por julgamento. Dentre as 5 (cinco) regiões do Brasil, de acordo com o Ministério da Saúde, a região sul maior proporção de estabelecimentos de saúde por habitantes (Quadro 12).

Região	Estabelecimentos de Saúde	Número de Habitantes	Est Saúde por Habitantes
Norte	14.375	17.472.636	0,0008
Nordeste	58.454	56.560.081	0,0010
Sul	58.980	29.230.180	0,0020
Sudeste	131.482	85.745.520	0,0015
Centro-Oeste	23.862	15.442.214	0,0015
Total	287.153	204.450.631	

Quadro 12. Proporção de estabelecimento de saúde no Brasil
Fonte: Ministério da Saúde e IBGE

A escolha do Paraná deve-se ao fato de que este estado possui maior número de Hospital Geral por habitante, Quadro 13 (número de habitantes disponibilizado pelo IBGE).

Estados	Número de Hospital Geral	Número de Habitantes	Hosp Geral por Habitantes
Paraná	409	11.163.018	0,000037
Santa Catarina	199	6.819.190	0,000029
Rio Grande do Sul	310	11.247.972	0,000028

Quadro 13. Proporção de hospital geral por habitante no Brasil
 Fonte: Ministério da Saúde e IBGE

Da população de 287.153 estabelecimentos de saúde do Brasil, a pesquisa limitou-se no estrato de 259 hospitais geral de administração privada do estado do Paraná, Figura 11.

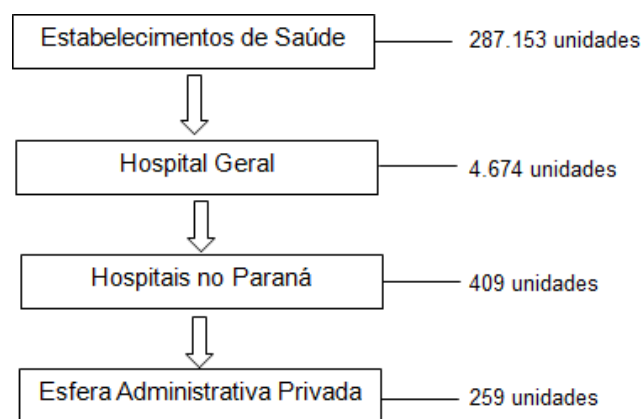


Figura 11. População
 Fonte: Elaborado pela autora

Para a seleção dos estabelecimentos, a amostragem aplicada foi a não probabilística por julgamento, uma vez que os elementos da população são selecionados intencionalmente e a análise de alguns hospitais ficou impossibilitada pela ausência de comunicação, ocasionada pela falta de informações de cadastro dos estabelecimentos.

3.3.4.2 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre os meses de outubro de 2015 a janeiro de 2016. O procedimento de coleta envolveu os seguintes procedimentos:

- 1) escolha dos respondentes – os escolhidos foram os empregados da controladoria ou aqueles equiparados a controladoria;
- 2) contato por telefone convidando – de outubro a dezembro de 2015, dois alunos da Unicesumar efetuaram ligações para todos os elementos da população, solicitando falar com um empregado da controladoria e convidando-o a participar da pesquisa,

além de informar que o preenchimento do questionário seria de no máximo 10 minutos;

3) envio de uma carta de apresentação da pesquisa - de outubro a dezembro de 2015, dois alunos da Unicesumar enviaram uma carta de apresentação para os elementos da população que informaram o e-mail por telefone, com instruções para o preenchimento do questionário propriamente dito e o *link* na internet para responder o questionário (<http://goo.gl/forms/rhKko13HwF>).

O instrumento utilizado para coleta de dados foi um questionário (Apêndice C) e a carta de apresentação, contendo o termo de consentimento livre e esclarecido, apresentado no Apêndice B.

O levantamento de dados desta pesquisa foi realizado por meio eletrônico no *Google Doc's*. Apresenta-se a abrangência da coleta de dados no Quadro 14.

Descrição	Abrangência
População alvo	<i>Controller</i> ou empregado que desempenha função similar ao profissional de controladoria
Critério de inclusão	Estabelecimento de saúde – hospital geral
Local de análise	Hospital Geral de Administração Privada do Paraná
Amostra tolerável (erro material = 5%)	101 hospitais
Amostragem	Não Probabilística: amostras intencionais ou por julgamento
Forma de obtenção dos dados	Questionário via <i>Google Doc's</i> [®]
Período de aplicação	Outubro a dezembro de 2015
Fórmula para determinar o tamanho da amostra em populações finitas com menos de 100.000 elementos (Bonini, 1979).	$n = \frac{Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N - 1) + Z_{\alpha}^2 \cdot p \cdot q}$ <p>Onde: n = tamanho da amostra N = tamanho da população p = proporção estimada de ocorrência da variável em estudo na população q = proporção estimada de não ocorrência da variável em estudo na população (p + q = 1) e = erro máximo permitido (5%) α = nível de significância Zα = 1,96 = Distribuição Normal Padrão (valor tabelado)</p>

Quadro 14. Coleta de dados
Fonte: Elaborado pela autora

Dos 259 estabelecimentos de saúde de esfera administrativa privada, o contato telefônico ocorreu apenas com 185 unidades, para os demais, ora não foi possível falar com alguém responsável pela controladoria para responder o questionário ou o cadastro estava desatualizado. Dos 185 e-mails encaminhados, retornaram 102, tendo-se uma taxa de retorno

de aproximadamente 39,38%, o que está dentro dos parâmetros esperados de retorno (Hair et al., 2005).

3.3.5 Tabulação dos dados

Após a coleta, os dados obtidos com os questionários foram exportados para planilha da *Microsoft Excel*. Uma vez tabulados, eles foram submetidos aos testes estatísticos utilizando-se o pacote *Statistical Package for the Social Science* (SPSS).

3.3.6 Análise dos resultados

O objetivo deste item é analisar os dados de acordo com a abordagem do tema na literatura. Para Freitas, Oliveira, Saccol e Moscarola (2000), os dados obtidos com a realização da *survey* devem ser analisados fazendo uso do ferramentas estatísticas para a obtenção das informações desejadas, devendo-se considerar o tipo de análise estatística aplicável às variáveis em estudo.

Para obtenção dos resultados e conclusão da pesquisa, a *survey* é combinada com técnica estatística multivariada. A análise multidimensional de dados (Hair et al., 2005), consiste em analisar simultaneamente mais de duas variáveis, visando sintetizar ou aprofundar a análise.

Na pesquisa *survey* os recursos que podem ser utilizados para resumir os dados e informações de grande número de indivíduos por diversas variáveis são Regressão Múltipla, Análise de Componentes Principais, Análise Fatorial, *Clustering* ou Tipologia (Freitas et al., 2000).

O método estatístico adotado para responder a questão de pesquisa proposta neste trabalho é a Análise Fatorial (AF) com Análise de Correlação Linear de Pearson com os fatores gerados na AF.

3.3.6.1 Análise Fatorial

Este método é uma técnica de análise multivariada que busca identificar um número relativamente pequeno de fatores comuns que podem ser utilizados para representar relações entre um grande número de variáveis inter-relacionadas (Fávero, Belfiore, Silva & Chan, 2009).

Para Hair et al., (2005) há algumas suposições em análise fatorial:

- normalidade e linearidade; e
- matriz de correlações com valores significativos.

Por outro lado, a análise de componentes principais não assume que as variáveis envolvidas no estudo sigam uma distribuição normal (Corrar, Paulo & Dias Filho, 2007).

O modelo de análise fatorial é, portanto, apresentada da seguinte forma:

$$X_i = a_{i1} F_1 + a_{i2} F_2 + \dots + a_{im} F_m + \varepsilon_i \quad (i = 1, 2, \dots, p)$$

Onde,

x_i = variável padronizada com média zero e desvio padrão igual a 1 (um)

a_i = carga fatorial

F_m = fatores comuns

ε_i = fatores específicos

A análise fatorial é uma técnica estatística utilizada para identificação de fatores que podem ser usados para explicar o relacionamento entre um conjunto de variáveis (Corrar et al., 2007). Cada variável do modelo de análise fatorial pode ser definida como uma combinação linear de fatores comuns capazes de explicar parte da variância de cada variável (Hair et al., 2009).

A realização da análise fatorial está dividida basicamente nas seguintes etapas (Fávero et al., 2009), análise da matriz de correlação e adequação da utilização da AF, análise estatística de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO), teste de esfericidade de *Bartlett* e matriz anti-imagem;

- extração dos fatores iniciais e determinação do número de fatores;
- rotação dos fatores; e
- interpretação dos fatores.

A análise da matriz de correlações tem o objetivo de verificar a existência de valores significativos para justificar a aplicação da técnica de análise fatorial. Caso haja um número substancial de valores inferiores a 0,30 nas correlações entre as variáveis, a utilização da técnica pode não ser apropriada (Fávero et al., 2009).

A estatística KMO avalia a adequação da amostra quanto ao grau de correlações parciais entre as variáveis. Os valores variam entre 0 e 1. Os intervalos de análise dos valores de KMO são apresentados no Quadro 15, (Fávero et al., 2009).

KMO	Análise Fatorial
Menor 0,5	Inaceitável
De 0,5 a 0,6	Má
De 0,6 a 0,7	Razoável
De 0,7 a 0,8	Média
De 0,8 a 0,9	Boa
De 0,9 a 1,0	Muito Boa

Quadro 15. Estatística KMO

Fonte: Fávero et al., 2009

O teste de esfericidade de Bartlett é utilizado para avaliar a hipótese de que a matriz de correlações pode ser a matriz identidade com determinante 1. A utilização da análise fatorial é considerada inadequada se a matriz de correlações for uma matriz identidade, ou seja, quando as variáveis não estão correlacionadas (Fávero et al., 2009).

Já a análise da matriz de correlações anti-imagem tem o intuito de obter os sinais acerca da necessidade de eliminação de alguma variável no modelo. A diagonal principal da matriz anti-imagem fornece a Medida de Adequação de Amostra (*Measure of Sampling Adequacy – MAS*), (Fávero et al., 2009). Esse valor varia entre zero e um, atingindo 1 (um) quando cada variável é perfeitamente prevista sem erro pelas demais variáveis. As orientações

O teste de esfericidade de *Bartlett* é utilizado para avaliar a hipótese de que a matriz de correlações pode ser a matriz identidade com determinante 1 (um). A utilização da análise fatorial é considerada inadequada, se a matriz de correlações for uma matriz identidade, isto é, quando as variáveis não estão correlacionadas (Fávero et al., 2009).

Já a análise da matriz de correlações anti-imagem tem o intuito de obter os sinais acerca da necessidade de eliminação de alguma variável no modelo. A diagonal principal da matriz anti-imagem fornece o índice de Medida de Adequação de Amostra *MSA* (Fávero et al., 2009). Esse valor varia entre zero e um, atingindo 1(um) quando cada variável é perfeitamente prevista sem erro pelas demais variáveis. As orientações sobre a interpretação da *MSA* são apresentadas no Quadro 16 (Hair et al., 2005).

MAS	Análise Fatorial
Menor 0,5	Inaceitável
De 0,5 a 0,6	Ruim
De 0,6 a 0,7	Regular
De 0,7 a 0,8	Bom
A partir de 0,8	Ótimo

Quadro 16. Interpretação da MSA

Fonte: Adaptado de Hair et al., 2005

Para Fávero et al. (2009), a baixa correlação de uma variável com as demais não implica necessariamente a sua eliminação da AF, uma vez que esta variável pode não estar relacionada com as demais, mas pode representar um fator isoladamente. Outro aspecto que

deve ser observado corresponde à avaliação das comunalidades, que representam a quantia de variância explicada pela solução fatorial de cada variável, sendo que comunalidades menores que 0,5 são consideradas como explicação insuficiente (Hair et al., 2005).

O número de fatores comuns que descreve os dados pode ser obtido pela Análise dos Componentes Principais (ACP), que contempla a variância total dos dados e, também, pela Análise dos Fatores Comuns (AFC), que é estimado com base na variância comum. A escolha do método de extração dos fatores depende do objetivo que se pretende alcançar. Caso seja a redução de dados, a ACP é a mais apropriada, por outro lado, se for a identificação de fatores ou dimensões latentes, a AFC é o método mais adequado a ser aplicado (Fávero et al., 2009).

A quantidade de fatores deve ser obtido pelo critério de Kaiser, critério de percentagem de variância e critério do gráfico *scree* (Fávero et al. (2009). Ainda de acordo com os autores, através do critério da raiz latente, escolhe-se a quantidade de fatores a reter, em função do número de *eigenvalues* acima de 1(um), pois, no mínimo, um componente deve explicar a variância de uma variável utilizada no modelo.

Destaca-se que os *eigenvalues* apresentam a variância explicada por cada fator. O critério da porcentagem de variância consiste na escolha de uma quantidade mínima de fatores necessários para que o percentual de variância explicada atinja o nível desejado, cabendo ao pesquisador a escolha desse nível (Fávero et al., 2009).

Com relação à rotação dos fatores, os métodos podem ser ortogonais e oblíquos. Os ortogonais produzem fatores que não estão correlacionados entre si, cuja interpretação ocorre a partir de suas cargas. Já nos métodos oblíquos, os fatores estão correlacionados, tornando-se imprescindível a consideração simultânea das correlações e das cargas para a interpretação da solução.

A interpretação e a nomeação dos fatores por meio das cargas fatoriais é tarefa do pesquisador. Segundo Hair et al. (2005), as cargas fatoriais acima de 0,3 atingem o nível mínimo, cargas fatoriais de 0,4 são mais importantes; e as maiores que 0,5 são consideradas estatisticamente significativas.

3.3.6.2 Correlação Linear de Pearson

O Coeficiente de Correlação de Pearson (r) mensura a direção e o grau da relação linear entre duas variáveis quantitativas (Figueiredo Filho & Silva Junior, 2009). O coeficiente varia no intervalo de -1 a 1, sendo -1 a correlação perfeita na direção negativa, 1 a

correlação perfeita na direção positiva e 0 (zero) corresponde a inexistência do correlação linear. (Figueiredo Filho & Silva Junior, 2009).

A interpretação do valor do Coeficiente de Correlação Linear de Pearson depende muito dos objetivos de sua utilização e as razões pela quais ele é calculado. Para Callegari-Jacques (2006), o coeficiente pode ser avaliado qualitativamente da forma apresentada no Quadro 17.

Coeficiente	Correlação linear
$0,9 \leq r < 1$	Muito forte
$0,6 \leq r < 0,9$	Forte
$0,3 \leq r < 0,6$	Moderada
$0 < r < 0,3$	Fraca

Quadro 17. Coeficiente de correlação linear de Pearson

Fonte: Adaptado de Callegari-Jacques (2006)

Dos intervalos apresentados, verifica-se que quanto mais próximos de 0 (zero), menor é a semelhança na distribuição dos seus escores.

Neste capítulo foram analisadas as etapas de planejamento da pesquisa, coleta de dados e procedimentos de análise. No próximo capítulo foram realizados os testes das hipóteses propostas nesta pesquisa com a submissão dos dados coletados às técnicas estatísticas de análise descritiva, análise fatorial e correlação de Pearson.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS

Este capítulo tem como objetivo apresentar e analisar os resultados obtidos com os dados cotelados.

4.1 Descrição da Amostra

A população de hospitais de esfera administrativa privada do estado do Paraná correspondia a 259 elementos em setembro-2015. Em razão da dificuldade de comunicação com todos os elementos da população, a análise ocorreu com 186 hospitais.

Considerando a população finita de 259 hospitais e admitindo-se um erro de 5%, estima-se um tamanho mínimo da amostra de 100,38 elementos. O questionário eletrônico foi enviado para 186 hospitais, sendo 1 (um) questionário enviado para pré-teste e os outros 185 enviados no período de outubro a dezembro de 2015 para compor a amostra. As respostas obtidas corresponderam a 102 questionários considerados válidos para processamento da técnica estatística de análise fatorial. O índice de retorno foi de 55%, conforme evidenciado na Figura 12.

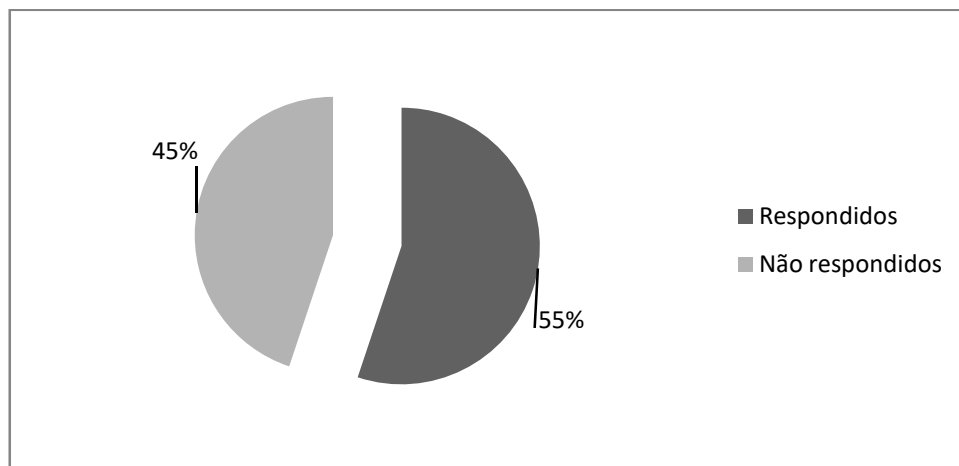


Figura 12. Proporção de respondentes
Fonte: Elaborado pela autora

4.2 Caracterização dos estabelecimentos pesquisados

Na parte A do instrumento de coleta questionou-se sobre o número de leitos e de empregados para identificar o porte dos hospitais respondentes.

Dos 102 estabelecimentos da amostra, 62 deles tem até 50 leitos, 27 unidades tem entre 51 e 100 leitos, 11 estabelecimentos tem entre 151 e 300 leitos e, por fim, apenas 2

hospitais tem entre 301 e 500 leitos. Nenhum dos respondentes informou possuir mais de 500 leitos. A representatividade de hospitais com até 50 leitos obtidos na pesquisa pode ser visualizado na Figura 13.

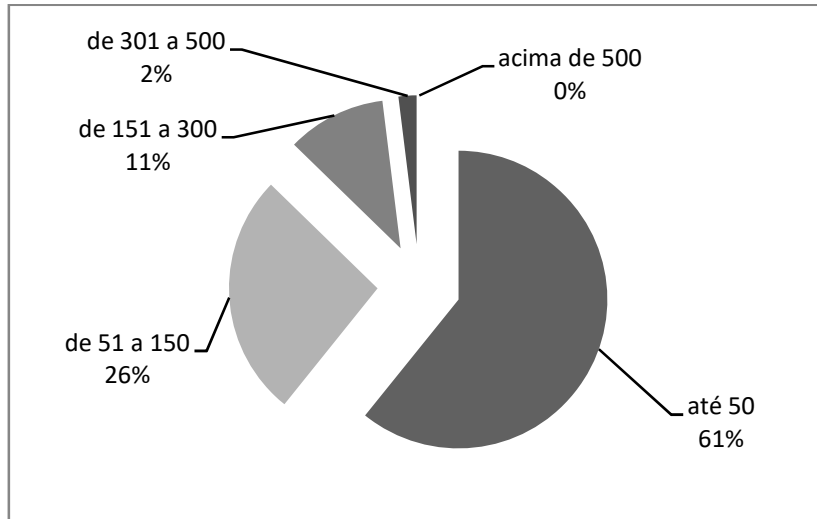


Figura 13. Divisão dos hospitais por número de leitos
Fonte: Elaborado pela autora

A confirmação de que os hospitais respondentes são pequenos ocorre no questionamento do número de empregados. Dos 102 estabelecimentos da amostra, 59 deles informaram possuir até 100 empregados, 13 unidades tem entre 101 e 200 empregados, 18 estabelecimentos tem entre 201 e 500 empregados, 8 hospitais tem entre 501 e 1000 empregados, e apenas 4 deles tem mais de 1000 empregados.

A Figura 14 demonstra o elevado número de hospitais na menor faixa de número de empregados.

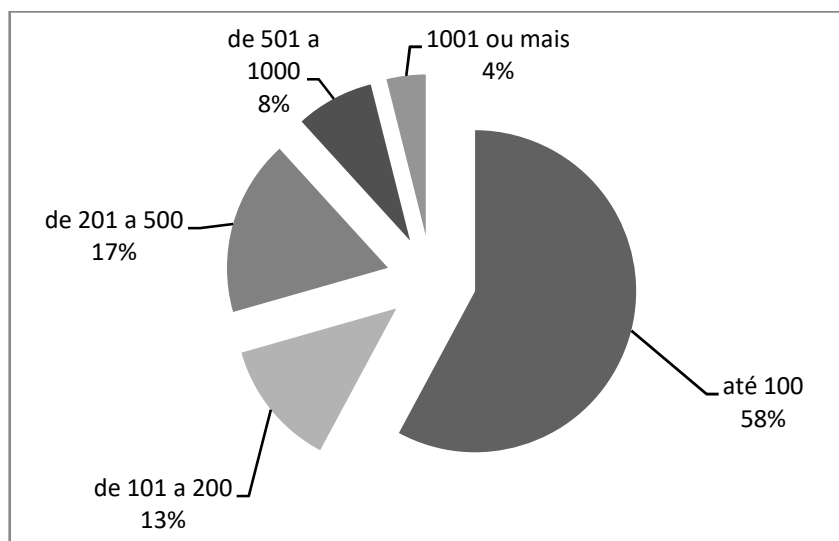


Figura 14. Divisão dos hospitais por número de empregados
Fonte: Elaborado pela autora

4.3 Análise do Uso do Sistema de Controle Gerencial

A análise do SCG baseou-se no uso diagnóstico e uso interativo do modelo *Control of Levers*, proposto originalmente por Simons (1995). A metodologia não consiste em aplicar o modelo nos hospitais, tão pouco aferir se os mesmos adotam o modelo em questão, mas apenas utilizar o modelo como técnica para estruturar os indicadores questionados na pesquisa. Os indicadores das pesquisas de Henri, 2006, Bisbe e Otley, 2004 e Simons, 2000, serviram de parâmetros para as práticas analisadas neste trabalho. Os dados coletados foram submetidos a técnica estatística de análise descritiva e análise fatorial no *SPSS*.

4.3.1 Análise descritiva

O questionário encaminhado aos hospitais contemplou 6 variáveis B1, B2, B3, B4, B5 e B6, Tabela 1. Os respondentes atribuíram frequência de uso de acordo com a escala *Likert*, de 1 a 5, sendo 1 “não uso”, 2 “uso raramente”, 3 “uso moderado”, 4 “uso periódico” e 5 “uso pra decisão”.

Variáveis	Média	Desvio Padrão
Uso diagnóstico		
Acompanhar e rever as metas com o que foi planejado – B1	3,00	1,320
Projetar os resultados mais prováveis – B2	2,99	1,375
Analisar somente as variações significativas entre o orçado e realizado – B3	3,08	1,333
Uso Interativo		
Discutir oportunidades de melhoria entre superiores, subordinados e pares – B4	3,31	1,357
Focar nas áreas críticas de desempenho do hospital – B5	3,41	1,330
Criar uma linguagem comum para gestores e diretoria – B6	3,21	1,367

Tabela 1. Média e desvio padrão do SCG

Fonte: Elaborado pela autora

Algumas considerações podem ser retiradas da Tabela 1:

- i) as médias próximas ou acima de 3 sugerem a predominância de respostas de uso do SCG;
- ii) de acordo com os respondentes, a variável “Projetar os resultados mais prováveis” pode ser considerada como a de menor uso, com média de 2,99;
- iii) as variáveis referentes ao uso interativo, B4, B5 e B6, são mais utilizados do que os indicadores de uso diagnóstico, B1, B2 e B3. Este resultado possibilita aferir que o SCG tem foco nas estratégias de curto prazo;

- iv) “Focar nas áreas críticas de desempenho do hospital” foi a variável citada com maior frequência de uso pelos respondentes, com média de 3,41.

A partir da amostra de respondente, foi possível realizar análise da distribuição de frequência, Tabela 2:

- i) duas das variáveis do uso interativo (B4 e B5) são utilizadas no processo decisório;
- ii) o acompanhamento e a revisão de metas (B1) são feitos raramente por 25,5% dos estabelecimentos; e
- iii) a proporção de entidades que trabalham sem utilizar os indicadores é superior a 10%, o que sugere um trabalho sem planejamento.

	Frequência de Uso do Sistema de Controle Gerencial	Não usa	Usa raramente	Uso moderado	Uso periódico	Uso para decisão
Uso Diagnóstico						
B1	Acompanhar e rever as metas com o que foi planejado	14,7%	25,5%	21,6%	21,6%	16,7%
B2	Projetar os resultados mais prováveis	18,6%	22,5%	15,7%	27,5%	15,7%
B3	Analisar somente as variações significativas entre o orçado e realizado	14,7%	23,5%	17,6%	27,5%	16,7%
Uso Interativo						
B4	Discutir oportunidades de melhoria entre superiores, subordinados e pares	13,7%	14,7%	22,5%	24,5%	24,5%
B5	Focar nas áreas críticas de desempenho do hospital	10,8%	15,7%	22,5%	23,5%	27,5%
B6	Criar uma linguagem comum para gestores e diretoria	12,7%	24,5%	13,7%	27,5%	21,6%

Tabela 2. Frequência do uso do sistema de controle gerencial

Fonte: Elaborado pela autora

4.3.2 Análise fatorial do uso do sistema de controle gerencial

Foi aplicada análise fatorial nos dados coletados para reduzir o número de variáveis para verificar a relação do uso diagnóstico e interativo do SCG na MD. Os dados coletados foram tabulados no pacote *SPSS*, submetidos ao teste de confiabilidade do Alfa *Cronbach*, análise da matriz de correlações, verificação estatística KMO e teste de esfericidade de

Bartlett, análise da matriz anti-imagem, comunalidade e análise dos componentes principais. O nível de significância adotado foi de 5%.

Analisando-se as variáveis obtidas no modelo de Alfa de *Cronbach*, que avalia o grau de consistência entre as múltiplas variáveis (grau em que as variáveis se encontram livres de erros aleatórios), percebe-se confiabilidade interna de 0,939, Tabela 3, portanto, adequado para o propósito que foi designado. O nível mínimo de confiabilidade aceitável para este teste é de 0,7 (Hair et al. 2009).

Alfa de Cronbach	Nº de itens
0,939	6

Tabela 3. Estatística de confiabilidade do SCG
Fontes: dados da pesquisa obtidos no SPSS

De acordo com a matriz correlação aos pares das variáveis, Tabela 4, verificou-se que os Coeficientes de Pearson são diferentes de zero, assim, rejeita-se a hipótese nula (H_0 : coeficientes igual a zero), portanto, há correlação entre as variáveis.

	B1	B2	B3	B4	B5	B6
B1	1	,895**	,743**	,685**	,722**	,680**
B2	,895**	1	,714**	,612**	,690**	,681**
B3	,743**	,714**	1	,660**	,674**	,654**
B4	,685**	,612**	,660**	1	,816**	,750**
B5	,722**	,690**	,674**	,816**	1	,819**
B6	,680**	,681**	,654**	,750**	,819**	1

Tabela 4. Matriz correlação de Pearson do SCG
Fonte: SPSS

Nota: ** A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Como as correlações são superiores a 0,30, de acordo com Fávero et al., 2009, pode-se dar continuidade à aplicação da técnica de AF. Para dar continuidade à aplicação da AF utilizou-se dos testes de KMO e de esfericidade de Bartlett. O critério de KMO obtido na Tabela 5 resultou em um valor de 0,868, indicando que a adequação da análise fatorial é boa. O resultado do teste de esfericidade de *Bartlett*, para testar a significância da correlação dos itens da escala, obtido no Tabela 5, resultou em uma estatística de teste $\chi^2 = 563,347$ e valor de $Sig = 0,000 < 0,001$. A significância baixa indica que há uma correlação forte entre os itens, desta forma, rejeita-se a hipótese nula (H_0 : a matriz de correlações é uma matriz identidade), e concluí-se que a análise fatorial é um método adequado.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,868
Teste de esfericidade de Bartlett	563,347
Significância	0,000

Tabela 5. Teste de KMO e Bartlett do SCG

Fonte: SPSS

Para explicitar a adequação da utilização da AF, observa-se a matriz anti-imagem da Tabela 6. Os valores constantes da diagonal principal da matriz inferior identificam valores que estimam as correlações entre variáveis que não decorrem dos fatores comuns. Analisando a matriz da presente pesquisa, depreende-se que as variáveis tem coeficiente acima de 0,8, portanto, nenhuma variável precisa ser eliminada da análise.

		B1	B2	B3	B4	B5	B6
Covariância anti-imagem	B1	,161	-,126	-,051	-,045	-,015	,015
	B2	-,126	,182	-,035	,041	-,014	-,042
	B3	-,051	-,035	,385	-,052	-,016	-,032
	B4	-,045	,041	-,052	,286	-,112	-,060
	B5	-,015	-,014	-,016	-,112	,219	-,109
	B6	,015	-,042	-,032	-,060	-,109	,285
Correlação anti-imagem	B1	,815 ^a	-,734	-,207	-,208	-,082	,068
	B2	-,734	,807 ^a	-,131	,181	-,068	-,184
	B3	-,207	-,131	,961 ^a	-,156	-,055	-,096
	B4	-,208	,181	-,156	,880 ^a	-,447	-,209
	B5	-,082	-,068	-,055	-,447	,873 ^a	-,437
	B6	,068	-,184	-,096	-,209	-,437	,902 ^a

Tabela 6. Matriz anti-imagem do SCG

Fonte: SPSS

Nota: a. Medidas de adequação da amostragem (MSA)

Na Tabela 7 estão apresentadas as comunalidades para cada variável. Quanto maior a comunalidade, maior será o poder de explicação da variável. Percebe-se que todas as variáveis apresentam comunalidades acima de 0,70. Como nenhuma extração foi inferior a 0,50, todas as variáveis explicam a variância.

Variável	Extração
B1	0,811
B2	0,765
B3	0,712
B4	0,740
B5	0,810
B6	0,762

Tabela 7. Comunalidade – análise do componente principal do SCG

Fonte: SPSS

De todas as variáveis utilizadas, o resultado da análise de componente principal apontou a presença de um único autovalor com valor superior a 1, Tabela 8. Esse fator foi encontrado através da análise fatorial e é capaz de explicar 76,671% do total da amostra.

Compo nente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variação	% cumulativa	Total	% de variação	% cumulativa
1	4,600	76,671	76,671	4,600	76,671	76,671
2	,569	9,485	86,156			
3	,327	5,450	91,606			
4	,251	4,184	95,789			
5	,158	2,627	98,416			
6	,095	1,584	100,000			

Tabela 8. Variação total explicada do SCG
Fonte: SPSS

A Figura 15 corrobora a retenção de apenas 1 fator com valor superior a 1.

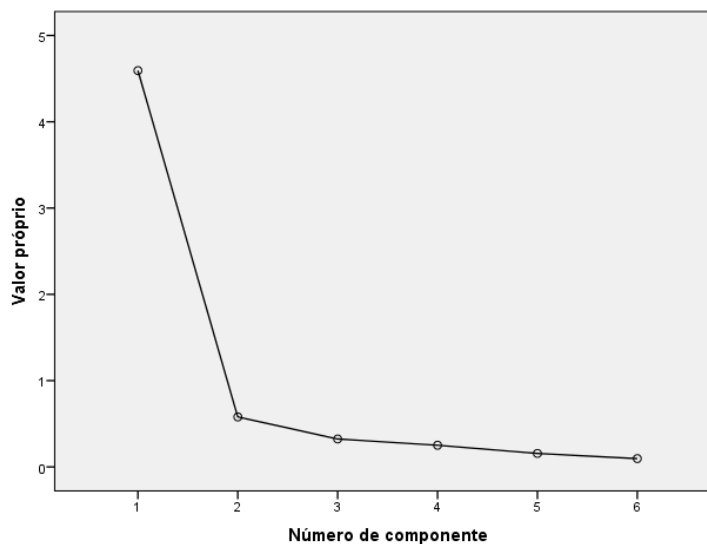


Figura 13. Scree Plot SCG
Fonte: SPSS

A matriz componente, Tabela 9, apresenta as cargas que correlacionam as variáveis com o fator antes da rotação.

Variável	Componente 1
B1	0,901
B2	0,875
B3	0,844
B4	0,861
B5	0,900
B6	0,873

Tabela 9. Matriz de componente do SCG
Fonte: SPSS

Da análise fatorial do Uso do SCG foi extraído apenas um fator, sugerindo a unidimensionalidade do construto uso do SCG.

O fator 1 corresponde único fator gerado na AF, representa as 6 variáveis do uso diagnóstico e interativo do SCG, explica 76,671% da variância dos dados originais.

De acordo com Fávero et. al. (2009), ao permitir que um conjunto de variáveis correlacionadas seja transformado em um fator, os escores fatoriais proporcionados pela AF pode ser utilizado, em substituição às variáveis originais, como *input* em outras técnicas multivariadas, como a correlação bivariada.

4.4 Análise do Uso da Medição de Desempenho

Os indicadores considerados como recomendável ou essencial pela ANS e aqueles publicados no Observatório Anaph de 2015, serviram de base para análise do uso da medição de desempenho. Na revisão sistemática, o modelo amplamente abordado como ferramenta de gestão foi o BSC, proposto originalmente por Kaplan e Norton, 1992.

Muito embora o objetivo não seja verificar se os hospitais tenham o BSC implantado, estruturou-se os indicadores propostos pela ANS e Anaph nas 4 perspectivas do BSC apenas para analisar o uso dos indicadores.

4.4.1 Análise descritiva

O questionário encaminhado aos hospitais contemplou 17 (dezessete) variáveis: C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9, C10, C11, C12, C13, C14, C15, C16 e C17 (Tabela 10). Os respondentes atribuíram frequência de uso em uma escala *Likert* de 1 a 5, sendo 1 “não uso”, 2 “uso raramente”, 3 “uso moderado”, 4 “uso periódico” e o 5 “uso pra decisão”.

Variável		N	Média	Desvio padrão
Financeira				
C1	Margem de lucro líquida	102	3,06	1,399
C2	Despesas gerais por saída hospitalar	102	3,39	1,329
C3	Receita líquida por paciente-dia	102	2,94	1,441
C4	Despesa líquida por paciente-dia	102	2,95	1,438
C5	Endividamento total	102	3,41	1,437
Cliente				
C6	Satisfação do Cliente	102	3,47	1,310
C7	Monitoramento da manifestação do cliente: avaliação de reclamações e sugestões	102	3,27	1,358
C8	Adequação de prontuário do paciente	102	3,50	1,341
C9	Tempo de espera na urgência e emergência	102	3,42	1,465
Processos Internos				
C10	Taxa de ocupação operacional	102	3,39	1,394
C11	Tempo médio de permanência	102	3,52	1,311
C12	Implantação de diretrizes e protocolos clínicos	102	3,49	1,264
C13	Taxa de mortalidade institucional	102	3,23	1,448
Crescimento e Aprendizado				
C14	Trabalhos acadêmicos escritos por membro do pessoal médico	102	2,06	1,296
C15	Taxas de admissões e desligamento de empregados	102	2,90	1,506
C16	Treinamento de empregados	102	3,33	1,300
C17	Adaptação de novas tecnologias e novas ideias	102	3,06	1,363

Tabela 10. Média e desvio padrão da MD

Fonte: SPSS

Algumas considerações podem ser retiradas da Tabela 10:

- i) as médias próximas ou acima de 3 sugerem a predominância de respostas de uso da MD;
- ii) tanto as medidas financeiras como as não financeiras são utilizadas pelos hospitais respondentes; e
- iii) os indicadores com menor frequência de uso estão relacionados com crescimento e aprendizagem, o que sugere a falta de pesquisas dos colaboradores dos hospitais.

A partir da amostra de respondente, foi possível elaborar a Tabela 11 para análise da distribuição de frequência.

Frequência de Uso da Medição de Desempenho		Não usa	Usa raramente	Uso moderado	Uso periódico	Uso para decisão
Financeira						
C1	Margem de lucro líquida	18,6%	17,6%	23,5%	19,6%	20,6%
C2	Despesas gerais por saída hospitalar	13,7%	9,8%	24,5%	27,5%	24,5%
C3	Receita líquida por paciente-dia	22,5%	21,6%	11,8%	27,5%	16,7%
C4	Despesa líquida por paciente-dia	22,5%	20,6%	12,7%	27,5%	16,7%
C5	Endividamento total	16,7%	11,8%	13,7%	29,4%	28,4%
Cliente						
C6	Satisfação do Cliente	13,7%	7,8%	19,6%	35,3%	23,5%
C7	Monitoramento da manifestação do cliente: reclamações e sugestões	14,7%	13,7%	24,5%	23,5%	23,5%
C8	Adequação de prontuário do paciente	11,8%	12,7%	17,6%	29,4%	28,4%
C9	Tempo de espera na urgência e emergência	18,6%	9,8%	10,8%	32,4%	28,4%
Processos Internos						
C10	Taxa de ocupação operacional	16,7%	7,8%	21,6%	27,5%	26,5%
C11	Tempo médio de permanência	12,7%	8,8%	17,6%	35,3%	25,5%
C12	Implantação de diretrizes e protocolos clínicos	10,8%	9,8%	23,5%	31,4%	24,5%
C13	Taxa de mortalidade institucional	20,6%	11,8%	13,7%	32,4%	21,6%
Crescimento e Aprendizado						
C14	Trabalhos acadêmicos escritos por membro do pessoal médico	50,0%	18,6%	12,7%	12,7%	5,9%
C15	Taxas de admissões e desligamento de empregados	25,5%	20,6%	12,7%	20,6%	20,6%
C16	Treinamento de empregados	13,7%	11,8%	21,6%	33,3%	19,6%
C17	Adaptação de novas tecnologias e novas ideias	19,6%	15,7%	18,6%	31,4%	14,7%

Tabela 11. Frequência do uso da medição de desempenho

Fonte: SPSS

A distribuição de frequência da Tabela 11 possibilita algumas análises:

- i) metade dos respondentes (50%) não utilizam ou não realizam trabalhos acadêmicos;
- ii) os indicadores mais utilizados correspondem aqueles relacionados com processos internos;
- iii) os hospitais fazem uso dos indicadores financeiros, clientes e processos internos, mas não os utilizam para o processo decisório.

4.4.2 Análise fatorial do uso de medição de desempenho

As 17 variáveis coletadas foram submetidas ao teste de confiabilidade do Alfa *Cronbach*, análise da matriz de correlações, estatística KMO e teste de esfericidade de *Bartlett*, análise da matriz anti-imagem, comunalidade e análise dos componentes principais. O nível de significância adotado foi de 5%.

Analisando-se as variáveis obtidas no modelo de Alfa de *Cronbach*, percebe-se que o constructo utilizado apresenta confiabilidade interna de 0,955, Tabela 12, portanto, adequado para o propósito que foi designado.

Alfa de <i>Cronbach</i>	Nº de itens
0,955	17

Tabela 12. Estatística de confiabilidade da MD

Fontes: dados da pesquisa obtidos no SPSS

De acordo com a matriz correlação, Tabela 13, verificou-se um número substancial de coeficientes superiores a 0,30, exceto pela variável C14, assim, há correlação entre as variáveis e a utilização da técnica pode ser apropriada.

	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10	C11	C12	C13	C14	C15	C16	C17
C1	1	,728**	,522**	,494**	,515**	,503**	,460**	,480**	,572**	,521**	,545**	,526**	,321**	,298**	,477**	,485**	,403**
C2	,728**	1	,633**	,617**	,656**	,644**	,543**	,617**	,585**	,616**	,689**	,580**	,458**	,331**	,519**	,560**	,588**
C3	,522**	,633**	1	,959**	,581**	,560**	,570**	,677**	,518**	,662**	,614**	,527**	,476**	,437**	,572**	,513**	,572**
C4	,494**	,617**	,959**	1	,580**	,569**	,570**	,634**	,513**	,637**	,581**	,476**	,462**	,453**	,542**	,486**	,532**
C5	,515**	,656**	,581**	,580**	1	,606**	,586**	,560**	,500**	,551**	,590**	,547**	,416**	,343**	,495**	,498**	,498**
C6	,503**	,644**	,560**	,569**	,606**	1	,822**	,592**	,509**	,586**	,640**	,624**	,465**	,345**	,545**	,622**	,650**
C7	,460**	,543**	,570**	,570**	,586**	,822**	1	,620**	,484**	,596**	,598**	,595**	,492**	,384**	,633**	,598**	,579**
C8	,480**	,617**	,677**	,634**	,560**	,592**	,620**	1	,633**	,625**	,673**	,660**	,569**	,450**	,574**	,597**	,672**
C9	,572**	,585**	,518**	,513**	,500**	,509**	,484**	,633**	1	,650**	,699**	,646**	,533**	,320**	,481**	,518**	,488**
C10	,521**	,616**	,662**	,637**	,551**	,586**	,596**	,625**	,650**	1	,879**	,648**	,647**	,316**	,603**	,555**	,504**
C11	,545**	,689**	,614**	,581**	,590**	,640**	,598**	,673**	,699**	,879**	1	,777**	,616**	,262**	,558**	,618**	,565**
C12	,526**	,580**	,527**	,476**	,547**	,624**	,595**	,660**	,646**	,648**	,777**	1	,647**	,351**	,639**	,695**	,581**
C13	,321**	,458**	,476**	,462**	,416**	,465**	,492**	,569**	,533**	,647**	,616**	,647**	1	,320**	,664**	,633**	,550**
C14	,298**	,331**	,437**	,453**	,343**	,345**	,384**	,450**	,320**	,316**	,262**	,351**	,320**	1	,470**	,441**	,480**
C15	,477**	,519**	,572**	,542**	,495**	,545**	,633**	,574**	,481**	,603**	,558**	,639**	,664**	,470**	1	,710**	,577**
C16	,485**	,560**	,513**	,486**	,498**	,622**	,598**	,597**	,518**	,555**	,618**	,695**	,633**	,441**	,710**	1	,710**
C17	,403**	,588**	,572**	,532**	,498**	,650**	,579**	,672**	,488**	,504**	,565**	,581**	,550**	,480**	,577**	,710**	1

Tabela 13. Matriz correlação da MD

Fonte: SPSS

Para dar continuidade à aplicação da AF utiliza os testes de KMO e de esfericidade de Bartlett. O critério de KMO obtido pela Tabela 14 resultou em um valor de 0,909, indicando

que a adequação da análise fatorial é muito boa. O resultado do teste de esfericidade de Bartlett resultou em uma estatística de teste $\chi^2 = 1.541,785$ e valor de $Sig = 0,000 < 0,001$, desta forma, concluí-se que a análise fatorial é um método adequado.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,909
Teste de esfericidade de Bartlett	1541,785
Significância	0,000

Tabela 14. Teste de KMO e Bartlett da MD

Fonte: SPSS

Para explicitar a adequação da utilização da AF, observa-se a matriz anti-imagem da Tabela 15. Os valores constantes da diagonal principal da matriz inferior identificam valores que estimam as correlações entre variáveis que não decorrem dos fatores comuns. Analisando a matriz da presente pesquisa, depreende-se que as variáveis tem coeficiente acima de 0,8, portanto, nenhuma deve ser eliminada.

Correlação anti-imagem	C1	,892 ^a	-,509	-,105	,089	,003	,002	-,024	,064	-,259	-,107	,135	-,129	,216	-,022	-,091	-,112	,146
	C2	-,509	,916 ^a	-,003	-,052	-,245	-,185	,149	-,075	,030	,121	-,253	,146	-,062	,023	-,028	,032	-,146
	C3	-,105	-,003	,844 ^a	-,914	,018	,151	,015	-,194	,151	-,133	,037	-,159	,132	,134	-,092	,042	-,192
	C4	,089	-,052	-,914	,840 ^a	-,076	-,166	-,023	,094	-,144	,031	-,007	,194	-,115	-,194	,053	-,018	,167
	C5	,003	-,245	,018	-,076	,980 ^a	-,057	-,115	-,029	-,015	,004	-,029	-,072	,035	-,038	-,017	,009	,025
	C6	,002	-,185	,151	-,166	-,057	,899 ^a	-,630	,100	,023	-,017	-,029	-,144	,087	,079	,131	-,078	-,258
	C7	-,024	,149	,015	-,023	-,115	-,630	,907 ^a	-,188	,039	-,079	,026	,019	,034	-,019	-,257	,002	,067
	C8	,064	-,075	-,194	,094	-,029	,100	-,188	,959 ^a	-,212	,064	-,090	-,103	-,080	-,128	,044	,045	-,226
	C9	-,259	,030	,151	-,144	-,015	,023	,039	-,212	,957 ^a	-,065	-,136	-,128	-,097	-,034	,062	,029	-,021
	C10	-,107	,121	-,133	,031	,004	-,017	-,079	,064	-,065	,880 ^a	-,723	,285	-,290	-,108	-,157	,103	,115
	C11	,135	-,253	,037	-,007	-,029	-,029	,026	-,090	-,136	-,723	,871 ^a	-,460	,120	,208	,167	-,107	-,046
	C12	-,129	,146	-,159	,194	-,072	-,144	,019	-,103	-,128	,285	-,460	,912 ^a	-,230	-,092	-,148	-,153	,096
	C13	,216	-,062	,132	-,115	,035	,087	,034	-,080	-,097	-,290	,120	-,230	,922 ^a	,105	-,270	-,151	-,119
	C14	-,022	,023	,134	-,194	-,038	,079	-,019	-,128	-,034	-,108	,208	-,092	,105	,912 ^a	-,143	-,077	-,205
	C15	-,091	-,028	-,092	,053	-,017	,131	-,257	,044	,062	-,157	,167	-,148	-,270	-,143	,935 ^a	-,294	,007
	C16	-,112	,032	,042	-,018	,009	-,078	,002	,045	,029	,103	-,107	-,153	-,151	-,077	-,294	,948 ^a	-,332
	C17	,146	-,146	-,192	,167	,025	-,258	,067	-,226	-,021	,115	-,046	,096	-,119	-,205	,007	-,332	,924 ^a

Tabela 15. Matriz anti-imagem da MD

Fonte: SPSS

No Tabela 16 estão apresentadas as communalidades para cada variável. Quanto maior a communalidade, maior será o poder de explicação da variável. Percebe-se que todas as variáveis apresentam communalidades acima de 0,50, assim, todas as variáveis foram mantidas.

Variável	Inicial	Extração
C1	1,000	,612
C2	1,000	,744
C3	1,000	,830
C4	1,000	,832
C5	1,000	,597
C6	1,000	,633
C7	1,000	,626
C8	1,000	,678
C9	1,000	,647
C10	1,000	,745
C11	1,000	,854
C12	1,000	,777
C13	1,000	,712
C14	1,000	,685
C15	1,000	,705
C16	1,000	,757
C17	1,000	,687

Tabela 16. Comunidade da MD

Fonte: SPSS

De todas as variáveis utilizadas, foram extraídos 3 fatores na Tabela 17. Esses fatores foram encontrados através da análise fatorial e é capaz de explicar 71,304% do total da amostra. Esse valor é considerado adequado, pois de acordo com Hair et al. (2005), o valor mínimo para validação deverá estar por volta de 60%.

Componente	Valores próprios iniciais			Somadas de extração de carregamentos ao quadrado			Somadas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variação	% cumulativa	Total	% de variação	% cumulativa	Total	% de variação	% cumulativa
1	9,995	58,796	58,796	9,995	58,796	58,796	4,863	28,609	28,609
2	1,077	6,337	65,133	1,077	6,337	65,133	4,635	27,262	55,871
3	1,049	6,171	71,304	1,049	6,171	71,304	2,624	15,433	71,304
4	,810	4,763	76,067						
5	,714	4,201	80,268						
6	,541	3,183	83,451						
7	,496	2,919	86,370						
8	,443	2,606	88,976						
9	,365	2,145	91,121						
10	,323	1,897	93,018						
11	,297	1,745	94,763						
12	,259	1,524	96,287						
13	,207	1,217	97,503						
14	,193	1,135	98,639						
15	,130	,762	99,401						
16	,069	,407	99,808						
17	,033	,192	100,000						

Tabela 17. Variação total explicada da MD

Fonte: SPSS

O gráfico *Scree* corrobora a retenção de 2 fatores com valor superior a 1, Figura 16.

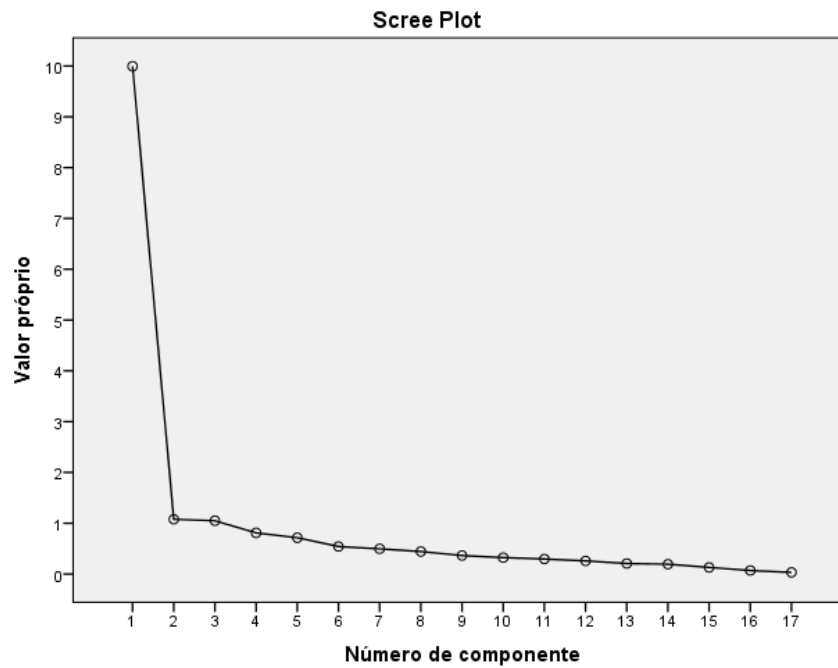


Figura 16. Scree Plot da MD
Fonte: SPSS

A matriz componente rotativa, Tabela 18, apresenta as cargas que correlacionam as variáveis com o fator.

	Componente		
	1	2	3
C1	,734	,254	,095
C2	,765	,340	,205
C3	,717	,174	,535
C4	,714	,129	,553
C5	,654	,293	,290
C6	,514	,491	,358
C7	,440	,500	,427
C8	,509	,503	,408
C9	,590	,546	,035
C10	,625	,586	,105
C11	,644	,663	,022
C12	,413	,765	,146
C13	,186	,793	,219
C14	,104	,185	,800
C15	,255	,647	,470
C16	,236	,727	,416
C17	,286	,550	,551

Tabela 18. Matriz componente rotacionada
Fonte: SPSS

O fator 1 corresponde as **Perspectivas financeira e clientes** gerado na AF e explica 58,796% da variância dos dados originais. O fator é composto pelos indicadores C1, C2, C3, C4, C5, C6, C8, C9 e C10. O agrupamento destas variáveis para a formação de apenas um fator sugere a similaridade na frequência de uso dos indicadores destas duas perspectivas.

O fator 2 corresponde predominantemente as **Perspectivas processos internos** gerado na AF e explica 6,337% da variância dos dados originais. O fator é composto pelos indicadores C7, C11, C12, C13, C15 e C16.

O fator 3 corresponde a **Perspectiva aprendizado e crescimento** gerado na AF e explica 6,171% da variância dos dados originais. O fator é composto pelos indicadores C14 e C17.

Tem-se que a perspectivas de processos internos e a perspectiva de aprendizado e crescimento, geraram um fator cada. Tal resultado possibilitar aferir que os indicadores destas perspectivas são utilizados com frequência distintas.

4.5 Análise do Desempenho Organizacional

Os indicadores considerados como recomendável ou essencial pela ANS e aqueles publicados no Observatório Anaph de 2015, serviram de base para análise da satisfação dos respondentes quanto o desempenho organizacional.

4.5.1 Análise descritiva

O questionário encaminhado aos hospitais contemplou 17 (dezessete) variáveis: D1, D2, D3, D4, D5, D6, D7, D8, D9, D10, D11, D12, D13, D14, D15, D16 e D17 (Tabela 19). Os respondentes atribuíram frequência de uso em uma escala *Likert* de 1 a 5, sendo 1 “não uso”, 2 “uso raramente”, 3 “uso moderado”, 4 “uso periódico” e o 5 “uso pra decisão”, bem como N/A quando não se aplica o indicador no hospital.

	N	Média	Desvio padrão
D1	102	2,19	1,487
D2	102	2,23	1,334
D3	102	2,09	1,523
D4	102	2,05	1,478
D5	102	2,24	1,568
D6	102	3,12	1,531
D7	102	2,78	1,669
D8	102	2,82	1,544
D9	102	2,61	1,695
D10	102	2,63	1,528
D11	102	2,82	1,417
D12	102	2,65	1,602
D13	102	2,38	1,791
D14	102	1,24	1,606
D15	102	2,48	1,565
D16	102	2,86	1,635
D17	102	2,45	1,675

Tabela 19. Estatística descritiva do desempenho organizacional
Fonte: SPSS

Algumas considerações podem ser retiradas da Tabela 19:

- i) as médias próximas ou acima de 2 sugerem que os respondentes estejam um pouco insatisfeitos com o desempenho organizacional;
- ii) a medida “Satisfação dos Clientes” – D6 apresentou maior média, sugerindo maior satisfação do hospital no desempenho deste item;
- iii) a média baixa em D14 (1,24), evidencia a insatisfação quanto aos trabalhos realizados pelos colaboradores.

A partir da amostra de respondente, foi possível elaborar a Tabela 20 para análise da distribuição de frequência.

Grau de Satisfação do Desempenho Organizacional		N/A	Totalmente insatisfeito	Pouco insatisfeito	Dentro do esperado	Pouco Satisfeito	Totalmente Satisfeito
Financeira							
D1	Margem de lucro líquida	22,5%	8,8%	15,7%	39,2%	7,8%	5,9%
D2	Despesas gerais por saída hospitalar	16,7%	11,8%	19,6%	38,2%	11,8%	2,0%
D3	Receita líquida por paciente-dia	26,5%	7,8%	16,7%	31,4%	14,7%	2,9%
D4	Despesa líquida por paciente-dia	26,5%	7,8%	16,7%	34,3%	12,7%	2,0%
D5	Endividamento total	20,6%	12,7%	17,6%	30,4%	8,8%	9,8%
Clientes							
D6	Satisfação do Cliente	12,7%	2,9%	6,9%	33,3%	25,5%	18,6%
D7	Monitoramento da manifestação do cliente: reclamações e sugestões	19,6%	4,9%	4,9%	32,4%	24,5%	13,7%
D8	Adequação de prontuário do paciente	13,7%	6,9%	10,8%	35,3%	18,6%	14,7%
D9	Tempo de espera na urgência e emergência	21,6%	5,9%	9,8%	28,4%	21,6%	12,7%
Processos Internos							
D10	Taxa de ocupação operacional	17,6%	3,9%	14,7%	34,3%	20,6%	8,8%
D11	Tempo médio de permanência	10,8%	4,9%	16,7%	40,2%	13,7%	13,7%
D12	Implantação de diretrizes e protocolos clínicos	15,7%	9,8%	14,7%	26,5%	20,6%	12,7%
D13	Taxa de mortalidade institucional	25,5%	8,8%	11,8%	27,5%	8,8%	17,6%
Aprendizado e Crescimento							
D14	Trabalhos acadêmicos escritos por membro do pessoal médico	53,9%	10,8%	10,8%	11,8%	7,8%	4,9%
D15	Taxas de admissões e desligamento de empregados	18,6%	8,8%	11,8%	38,2%	11,8%	10,8%
D16	Treinamento de empregados	13,7%	7,8%	15,7%	22,5%	21,6%	18,6%
D17	Adaptação de novas tecnologias e novas ideias	20,6%	10,8%	12,7%	27,5%	15,7%	12,7%

Tabela 20. Frequência de desempenho organizacional

Fonte: SPSS

Da Tabela 20 foi possível extrair alguns resultados:

- i) os respondentes estão satisfeitos com o resultado operacional, exceto para o indicador D14;
- ii) para os indicadores de perspectivas financeiras, a satisfação dos respondentes está “dentro do esperado”, com percentual de frequência próximo de um resultado “pouco insatisfeito”;
- iii) nas perspectivas clientes, processos internos e crescimento, a satisfação está “dentro do esperado” com percentual de frequência próximo de um resultado “pouco satisfeito”.

4.5.2 Análise fatorial do desempenho organizacional

Na primeira tentativa, o processamento da técnica de análise fatorial utilizou as 17 variáveis coletadas, todas submetidas ao teste de confiabilidade do Alfa *Cronbach*, análise da matriz de correlações, estatística KMO e teste de esfericidade de *Bartlett*, análise da matriz anti-imagem, comunalidade e análise dos componentes principais. O nível de significância adotado foi de 5%.

Para as 17 variáveis, o Alfa de *Cronbach* apresentou muita confiabilidade interna (0,948). De acordo com a matriz correlação verificou-se seis coeficientes inferiores a 0,3, o que sugere a possibilidade da técnica não ser apropriada com todas as variáveis. Embora o teste de KMO tenha resultado um valor elevado de 0,903 e a matriz anti-imagem com valores da diagonal principal da matriz superiores a 0,8, na análise da comunalidade percebe-se a existência de duas variáveis com valores abaixo de 0,5, evidenciando a explicação insuficiente das variáveis C13 e C14. Optou-se por tentar melhorar o poder de explicação dos dois fatores encontrados de 67,413%.

Procedeu-se novamente o processamento da análise fatorial excluindo apenas a variável C14, em razão da menor comunalidade no processamento anterior. Comparando os resultados obtidos neste processamento com o anterior, constatou-se um aumento na confiabilidade do Alfa de Cronbach para 0,950 e um pequeno aumento no teste de KMO para 0,907. Por outro lado, na análise da comunalidade verificou-se a existência de valor abaixo de 0,5 para a variável C13, sugerindo a sua retirada do processo. Assim, embora os dois fatores gerados tenham melhorado o poder de explicação para 70,040%, uma nova tentativa de processamento foi realizada.

Após a retirada da variável C13, observou-se a aceitação da análise fatorial.

Processando as variáveis de C1 a C17, exceto as variáveis C13 e C14, obteve-se confiabilidade interna de 0,949, Tabela 21, portanto, adequado para o propósito que foi designado.

Alfa de <i>Cronbach</i>	Nº de itens
0,949	15

Tabela 21. Estatística de confiabilidade do DO
Fontes: dados da pesquisa obtidos no SPSS

Na matriz correlação, Tabela 22, verificou-se um número substancial de coeficientes superiores a 0,30, assim, a utilização da técnica pode ser apropriada.

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D15	D16	D17
D1	1	,752**	,731**	,698**	,711**	,495**	,339**	,377**	,284**	,427**	,453**	,373**	,446**	,389**	,224*
D2	,752**	1	,809**	,812**	,651**	,569**	,431**	,452**	,433**	,517**	,513**	,515**	,483**	,464**	,419**
D3	,731**	,809**	1	,948**	,671**	,505**	,424**	,550**	,439**	,512**	,567**	,528**	,526**	,450**	,400**
D4	,698**	,812**	,948**	1	,644**	,452**	,406**	,516**	,403**	,495**	,548**	,521**	,477**	,380**	,359**
D5	,711**	,651**	,671**	,644**	1	,496**	,406**	,357**	,363**	,529**	,567**	,498**	,466**	,457**	,355**
D6	,495**	,569**	,505**	,452**	,496**	1	,758**	,675**	,617**	,641**	,749**	,619**	,629**	,746**	,640**
D7	,339**	,431**	,424**	,406**	,406**	,758**	1	,650**	,547**	,558**	,641**	,616**	,537**	,642**	,549**
D8	,377**	,452**	,550**	,516**	,357**	,675**	,650**	1	,635**	,622**	,723**	,675**	,539**	,622**	,582**
D9	,284**	,433**	,439**	,403**	,363**	,617**	,547**	,635**	1	,684**	,704**	,674**	,482**	,577**	,593**
D10	,427**	,517**	,512**	,495**	,529**	,641**	,558**	,622**	,684**	1	,751**	,657**	,572**	,475**	,434**
D11	,453**	,513**	,567**	,548**	,567**	,749**	,641**	,723**	,704**	,751**	1	,735**	,650**	,673**	,551**
D12	,373**	,515**	,528**	,521**	,498**	,619**	,616**	,675**	,674**	,657**	,735**	1	,613**	,741**	,599**
D15	,446**	,483**	,526**	,477**	,466**	,629**	,537**	,539**	,482**	,572**	,650**	,613**	1	,753**	,566**
D16	,389**	,464**	,450**	,380**	,457**	,746**	,642**	,622**	,577**	,475**	,673**	,741**	,753**	1	,750**
D17	,224*	,419**	,400**	,359**	,355**	,640**	,549**	,582**	,593**	,434**	,551**	,599**	,566**	,750**	1

Tabela 22. Matriz correlação do DO

Fonte: SPSS

Embora o teste de KMO tenha baixado para 0,899, Tabela 23, o resultado do teste de esfericidade de Bartlett resultou em uma estatística de teste $\chi^2 = 1.541,785$ e valor de $Sig = 0,000 < 0,001$, desta forma, concluí-se que a análise fatorial é um método adequado.

Medida Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)	0,899
Teste de esfericidade de Bartlett	1437,603
Significância	0,000

Tabela 23. Teste de KMO e Bartlett do DO

Fonte: SPSS

Na observância da matriz anti-imagem da Tabela 24, depreende-se que as variáveis tem coeficiente acima de 0,8, portanto, nenhuma deve ser eliminada.

	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D15	D16	D17
D1	,885 ^a	-0,332	-0,14	0,019	-0,401	-0,171	0,096	-0,108	0,031	0,032	0,068	0,126	-0,07	-0,093	0,301
D2	-0,332	,927 ^a	-0,029	-0,309	0,003	-0,229	0,053	0,17	-0,06	-0,114	0,172	-0,076	0,071	-0,028	-0,115
D3	-0,14	-0,029	,863 ^a	-0,812	-0,13	-0,016	0,087	-0,163	-0,113	0,007	0,087	0,133	-0,073	-0,122	0,027
D4	0,019	-0,309	-0,812	,829 ^a	0,012	0,134	-0,111	-0,019	0,109	0,082	-0,169	-0,188	-0,05	0,254	-0,069
D5	-0,401	0,003	-0,13	0,012	,898 ^a	0,079	-0,076	0,305	0,146	-0,196	-0,231	-0,081	0,119	-0,073	-0,131
D6	-0,171	-0,229	-0,016	0,134	0,079	,905 ^a	-0,437	-0,077	0	-0,172	-0,283	0,243	0,063	-0,267	-0,136
D7	0,096	0,053	0,087	-0,111	-0,076	-0,437	,937 ^a	-0,186	-0,002	-0,02	0,062	-0,107	-0,01	-0,051	0,037
D8	-0,108	0,17	-0,163	-0,019	0,305	-0,077	-0,186	,936 ^a	-0,034	-0,13	-0,218	-0,14	0,106	-0,036	-0,157
D9	0,031	-0,06	-0,113	0,109	0,146	0	-0,002	-0,034	,933 ^a	-0,303	-0,224	-0,164	0,152	-0,013	-0,236
D10	0,032	-0,114	0,007	0,082	-0,196	-0,172	-0,02	-0,13	-0,303	,890 ^a	-0,218	-0,242	-0,317	0,391	0,055
D11	0,068	0,172	0,087	-0,169	-0,231	-0,283	0,062	-0,218	-0,224	-0,218	,933 ^a	-0,121	-0,12	-0,076	0,14
D12	0,126	-0,076	0,133	-0,188	-0,081	0,243	-0,107	-0,14	-0,164	-0,242	-0,121	,911 ^a	0,095	-0,468	0,071
D15	-0,07	0,071	-0,073	-0,05	0,119	0,063	-0,01	0,106	0,152	-0,317	-0,12	0,095	,909 ^a	-0,492	-0,025
D16	-0,093	-0,028	-0,122	0,254	-0,073	-0,267	-0,051	-0,036	-0,013	0,391	-0,076	-0,468	-0,492	,841 ^a	-0,382
D17	0,301	-0,115	0,027	-0,069	-0,131	-0,136	0,037	-0,157	-0,236	0,055	0,14	0,071	-0,025	-0,382	,904 ^a

Tabela 24. Matriz anti-imagem do DO

Fonte:

Na Tabela 25 estão apresentadas as communalidades. Percebe-se que todas as variáveis apresentam communalidades acima de 0,50, assim, todas as variáveis foram mantidas.

Variável	Inicial	Extração
D1	1,000	,780
D2	1,000	,808
D3	1,000	,872
D4	1,000	,851
D5	1,000	,669
D6	1,000	,751
D7	1,000	,638
D8	1,000	,674
D9	1,000	,642
D10	1,000	,611
D11	1,000	,771
D12	1,000	,721
D15	1,000	,599
D16	1,000	,745
D17	1,000	,624

Tabela 25. Comunalidade do DO

Fonte: SPSS

Das variáveis utilizadas, foram extraídos 2 fatores, Tabela 26, capazes de explicar 71,713% do total da amostra.

Compo nente	Valores próprios iniciais			carregamentos ao quadrado			carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variação	% cumulativa	Total	% de variação	% cumulativa	Total	% de variação	% cumulativa
1	8,828	58,855	58,855	8,828	58,855	58,855	6,325	42,164	42,164
2	1,929	12,857	71,713	1,929	12,857	71,713	4,432	29,548	71,713
3	,779	5,194	76,907						
4	,605	4,033	80,941						
5	,545	3,636	84,576						
6	,455	3,036	87,613						
7	,374	2,496	90,108						
8	,317	2,112	92,221						
9	,301	2,003	94,224						
10	,241	1,608	95,832						
11	,217	1,445	97,277						
12	,138	,919	98,196						
13	,132	,877	99,073						
14	,097	,646	99,719						
15	,042	,281	100,000						

Tabela 26. Variação total explicada do DO

Fonte: SPSS

O gráfico *Scree* corrobora a retenção de 2 fatores com valor superior a 1, Figura 17.

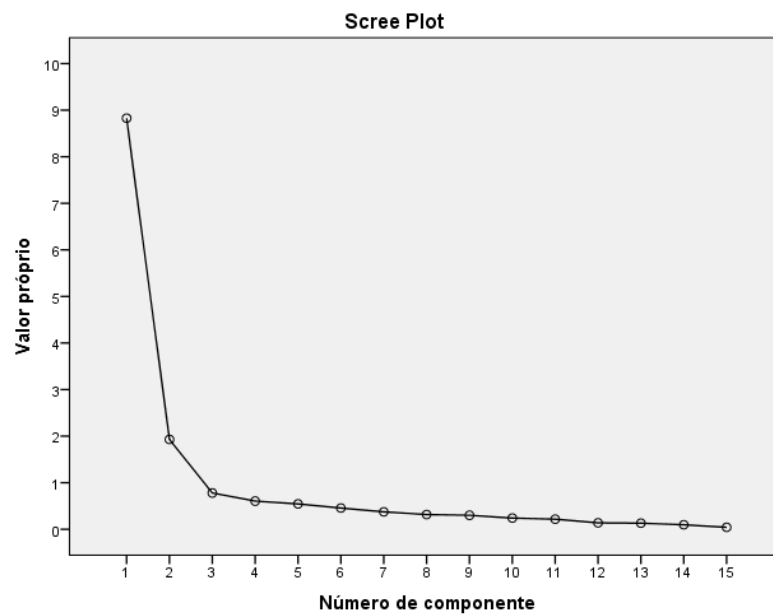


Figura 17. Scree Plot do DO

Fonte: SPSS

A matriz componente rotativa, Tabela 27, apresenta as cargas que correlacionam as variáveis com o fator antes da rotação.

	Componente	
	1	2
D1	,175	,866
D2	,322	,839
D3	,320	,877
D4	,273	,881
D5	,312	,757
D6	,801	,331
D7	,769	,215
D8	,770	,284
D9	,778	,194
D10	,677	,390
D11	,792	,380
D12	,787	,318
D15	,689	,353
D16	,836	,216
D17	,779	,127

Tabela 27. Matriz componente rotacionada

Fonte: SPSS

O fator 1 representa as **Perspectivas Clientes, Processos Internos e Aprendizado** e explica 58,855% da variância dos dados originais. O fator é composto pelos indicadores de 3 das 4 perspectivas do BSC, Clientes, Processos Internos e Aprendizado.

O fator 2 representa a **Perspectiva Financeira** e explica 12,857% da variância dos dados originais.

A formação destes dois fatores caracteriza a predominância de dois graus de satisfação. Comparando a análise fatorial com a análise descritiva, tem-se um resultado pouco insatisfatório para as medidas financeiras e o resultado pouco satisfeito para as demais perspectivas do BSC

4.6 Análise de relação das hipóteses

Com base nos fatores formados a partir da análise fatorial procedeu-se a análise de correlação, Tabela 28, para três condições:

- i) fatores da Medição de Desempenho e o fator do SCG;
- ii) fatores do Desempenho Organizacional e os fatores da Medição de desempenho; e
- iii) fatores do Desempenho Organizacional e o fator do SCG.

	SCG	MD - Fin e Clie	MD - P Inter	MD - Aprend	DO - Clie, P Inter e Apre	DO - Finan
SCG – Uso diagnóstico e Interativo	1	,478**	,424**	,326**	,391**	,306**
		,000	,000	,001	,000	,002
MD – Financeira e Clientes	,478**	1	,000	,000	,133	,480**
	,000		1,000	1,000	,181	,000
MD – Processos Internos	,424**	,000	1	,000	,595**	,126
	,000	1,000		1,000	,000	,207
MD – Aprendizagem	,326**	,000	,000	1	,211*	,144
	,001	1,000	1,000		,033	,148
DO - Clientes, Processos Internos e Aprendizagem	,391**	,133	,595**	,211*	1	,000
	,000	,181	,000	,033		1,000
DO – Financeira	,306**	,480**	,126	,144	,000	1
	,002	,000	,207	,148	1,000	

Tabela 28. Matriz correlação de fatores

Fonte: Dados da pesquisa obtidos no SPSS

Na análise dos resultados encontrados, algumas relações com o dados passam as feitas, buscando identificar se existem correlações entre as variáveis representadas pelos fatores gerados na técnica estatística de análise fatorial.

4.6.1 Uso diagnóstico e interativo do SCG

A primeira relação realizada foi entre o uso do sistema de controle gerencial e o uso da medição de desempenho, Tabela 28. O resultado desta correlação indica uma relação moderada entre os fatores. O coeficiente da correlação entre o fator representativo do uso do SCG e o fator das Perspectivas Financeiras e Cliente correspondeu a 0,478. O coeficiente de correlação entre o fator uso do SCG do fator de processos internos da medição de desempenho foi 0,424. O coeficiente de correlação entre o fator uso do SCG e o fator representativo das variáveis de aprendizado foi ainda mais fraco, 0,326. Ambos os coeficientes são insuficientes para estabelecer uma relação linear de dependência entre o uso diagnóstico e interativo com a Medição de Desempenho, representada pelos indicadores das quatro perspectivas do BSC.

A relação obtida através dos coeficientes de correlação linear entre o uso do SCG com os fatores do desempenho organizacional pode ser considerada moderada. A correlação linear entre o uso diagnóstico e interativo do SCG com o Desempenho Organizacional nas Perspectivas Clientes, Processos Internos e Aprendizado é de 0,391 e com o DO na Perspectiva Financeira é de 0,306.

4.6.2 Uso da medição de desempenho

Não há correlação linear entre o Uso de indicadores de Aprendizagem e Crescimento com o Desempenho Organizacional. Na Tabela 28 observa-se o coeficiente de Correlação de Pearson de 0,211, o que sugere uma relação muito fraca, considerada desprezível entre Aprendizagem e Crescimento com Desempenho organizacional nas perspectivas clientes, processos internos e aprendizagem. De forma análoga, inexistente correlação entre a perspectiva Aprendizagem da MD com desempenho operacional na perspectiva financeira.

O coeficiente de correlação linear mais forte foi obtido na correlação entre os processos internos da medição de desempenho e a satisfação nas perspectivas cliente, processos internos e aprendizagem.

A correlação entre perspectivas financeiras, uso da medição de desempenho financeira e desempenho operacional financeiro, pode ser considerada de grau moderado (0,480).

5 CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O propósito desta dissertação foi verificar a existência de relação entre o Uso da Medição de Desempenho e Uso do Sistema de Controle Gerencial, bem como destes com o Desempenho Organizacional em hospital de administração privada no Paraná.

Para atingir o objetivo proposto, obteve-se na revisão sistemática o modelo *Control of Levers* de Simons (1995) nas dimensões uso diagnóstico e uso interativo. Os indicadores do uso diagnóstico e interativo, obtidos com base nas pesquisas de Henri, 2006, Bisbe e Otley, 2004 e Simons, 2000, serviram de parâmetros para analisar a dimensão Uso do Sistema de Controle Gerencial.

Para análise do uso da medição de desempenho aplicou-se o método do *Balanced Scorecard* de Kaplan e Norton (1992). Os indicadores considerados como recomendáveis e essenciais pela ANS e os indicadores publicados pela Anaph, foram alocados nas quatro perspectivas do BSC, medidas financeiras, clientes, processos internos e aprendizagem. Tais indicadores foram utilizados para analisar a dimensão Uso da medição de desempenho.

O instrumento de coleta da pesquisa *survey* contemplou quatro seções: informações organizacionais, uso da medição de desempenho, uso do sistema de controle gerencial e desempenho organizacional. Os dados foram coletados por questionários via *Google Doc's*, estruturados em planilhas de *Excel* da *Microsoft* e finalmente submetidos as técnicas de estatística descritiva, análise fatorial e coeficiente de correlação. O retorno de 102 questionários, superior a 50% dos estabelecimentos pesquisados, foram suficientes para validação das técnicas aplicadas.

5.1 Considerações finais da análise descritiva e fatorial

A partir da análise descritiva foi possível aferir o uso de indicadores financeiros e de indicadores não financeiros. A frequência de uso evidenciou utilização de indicadores estruturados nas quatro perspectivas do BSC.

As seis variáveis utilizadas no SCG submetidas a AF geraram apenas 1 fator, sugerindo a unidimensionalidade do conjunto de variáveis. Este fator representa o uso diagnóstico e interativo do SCG e explica 76,671% da variância dos dados originais.

As dezessete variáveis do uso da medição de desempenho foram agrupadas em três fatores na técnica de AF. O fator 1 correspondeu as **Perspectivas financeira e clientes**, o

fator 2 correspondeu as **Perspectivas processos internos** e o fator 3 correspondeu a **Perspectiva aprendizado e crescimento**.

As dezessete variáveis do desempenho organizacional submetidas a AF formaram dois fatores. O fator 1 representa as **Perspectivas Clientes, Processos Internos e Aprendizado** e o fator 2 que representa a **Perspectiva Financeira**. A formação destes dois fatores evidencia dois graus de satisfação distintos no desempenho organizacional, um grau de satisfação menor quanto as medidas financeiras e uma satisfação maior com as variáveis não financeiras.

5.2 Considerações finais da correlação de Pearson

A análise de correlação de Pearson foi realizada entre os fatores obtidos na análise fatorial com a finalidade de testar as hipóteses H_1 , H_2 e H_3 propostas. Os resultados revelam:

- i) H_1 : Existe relação entre uso da medição de desempenho e sistema de controle gerencial

O uso da medição de desempenho está presente no sistema de controle gerencial dos hospitais da amostra, com utilização de medidas financeiras e não financeiras. Os resultados evidenciam a existência de relacionamento moderado entre o uso diagnóstico e interativo com os indicadores do BSC.

- ii) H_2 : Existe relação entre uso do sistema de controle gerencial e desempenho organizacional

Há uma relação moderada entre o uso do SCG e a satisfação dos respondentes quanto ao desempenho organizacional.

- iii) H_3 : Existe relação entre uso da medição de desempenho e satisfação no desempenho organizacional

A análise de correlação evidenciou a inexistência de relação linear do uso de medidas financeira no desempenho organizacional com clientes, processos internos e aprendizagem, por outro lado, a partir dos resultados obtidos, pode-se afirmar a existência de uma relação moderada entre uso de medidas financeiras no desempenho financeiro. A relação entre uso de medidas não financeiras de aprendizagem com a satisfação organizacional pode ser considerada desprezível. Outro resultado obtido consiste na relação forte entre o uso dos processos internos com a satisfação de resultados não financeiros. De acordo com os dados coletados, a utilização de indicadores como taxa de ocupação, tempo de permanência e implantação de diretrizes contribuem para a satisfação da empresa quanto ao atendimento aos clientes.

5.3 Limitações da pesquisa

A primeira limitação que emerge desta pesquisa corresponde a técnica de amostragem. Por tratar-se de uma amostragem não probabilística, a técnica não permite generalizações a respeito da população em estudo.

Por corresponder a uma pesquisa *survey*, pode-se considerar o aspecto relacionado à coleta de dados como um fator limitador, visto que a pesquisa depende da resposta ofertada pelo ser humano. Neste trabalho, os principais respondentes foram os empregados da controladoria ou equiparados a este setor, consultados primeiramente por telefone quanto a sua pré-disposição em participar da pesquisa.

Mesmo com as limitações encontradas nesta pesquisa, o estudo alcançou seus objetivos, desenvolvendo um instrumento capaz de verificar o uso do SCG, uso da MD e a satisfação quanto ao Desempenho Organizacional nos 102 estabelecimentos respondentes da pesquisa.

5.4 Estudos futuros

O presente trabalho pode desdobrar-se numa série de estudos futuros, seja a partir de desdobramentos de novas técnicas de análise ou explorando outras dimensões.

A pesquisa não abordou a dimensão desenho do SCG e não considerou variáveis como cultura, estratégia e tecnologia na análise de relacionamento do SCG com o DO, de maneira que se recomenda como oportunidade de pesquisas futuras.

A análise de resultados baseia-se em uma amostra de 102 do total de 259 hospitais de administração privada do Paraná. Os resultados poderiam ser divergentes dos encontrados neste trabalho se os respondentes fossem profissionais de outros setores das empresas pesquisadas ou se a coleta de dados fosse realizada em outras unidades de saúde.

5.5 Contribuições da pesquisa

Esta pesquisa gerou algumas contribuições: um estudo descritivo sobre os modelos de SCG e de MD obtidos na RS; uma proposta de análise na dimensão uso de três constructos distintos, o SCG, a MD e o DO.

Espera-se que os resultados deste trabalho contribuam para o desenvolvimento das pesquisas sobre SCG e MD e, também, para maior efetividade de seu uso nas organizações, provendo informações relevantes para uma melhor compreensão de sua relação com a percepção satisfação dos gestores quanto ao desempenho organizacional.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, A. B., Pace, E. S. U., & Frezatti, F. (2009). Análise do Inter-relacionamento das Dimensões da Estrutura de Sistemas de Controle Gerencial: um Estudo Piloto. *RAC-Eletrônica*, 3(1), 1-21.
- Anthony, R. N., & Govindarajan, V. (2008). *Sistemas de controle gerencial*. McGraw Hill Brasil.
- Associação Nacional de Hospitais Privados. (2015). *Observatório 2015*, publicação anual, edição 07.
- Babbie, E. R. (1999). *Métodos de pesquisas de survey*. Belo Horizonte: UFMG.
- Beuren, I. M. & Teixeira, S.A. (2014). Avaliação dos sistemas de controle gerencial em instituições de ensino superior com o performance management and control. *Revista de Gestão da Tecnologia e Sistemas de Informação*, 11(1), 169-192.
- Beuren, I. M., Magro, C. B. D. & Dias, D. R. (2014). Sistemas de controle gerencial no processo decisório em hospitais: uma comparação entre os gestores administrativos e os gestores do corpo clínico. *Revista de contabilidade e organizações*, 20, 65-83.
- Bisbe, J., & Otley, D. (2004). The effects of the interactive use of management control systems on product innovation. *Accounting, organizations and society*, 29(8), 709-737.
- Bittar, O. J. N. (2004). Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev. adm. saúde*, 6(22), 15-18.
- Bonini, E. E. (1979). Principais tabelas estatísticas aplicadas à contabilidade e à auditoria. *Revista de Administração de Empresas*, 19(3), 79-86.
- Bourne, M., Kennerley, M., & Franco-Santos, M. (2005). Managing through measures: a study of impact on performance. *Journal of Manufacturing Technology Management*, 16(4), 373-395.
- Callegari-Jacques, S. M. (2006). *Bioestatística: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artmed.
- Chang, S. J., Hsiao, H. C., Huang, L. H., & Chang, H. (2011). Taiwan quality indicator project and hospital productivity growth. *Omega*, 39(1), 14-22.
- Chen, X. Y., Yamauchi, K., Kato, K., Nishimura, A., & Ito, K. (2006). Using the balanced scorecard to measure Chinese and Japanese hospital performance. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 19(4), 339-350.
- Chenhall, R. & Langfield-Smith, K. (1998). Doption and benefits of management accounting practices: an Australian study, *Management Accounting Research*, 9(1), 1-19.
- Chenhall, R. (2003). Management control systems design within its organizational context: findings from contingency-based research and directions for the future, *Accounting, Organizations and Society*, 28(2/3), 127-168.
- Corrar, L. J., Paulo, E. & Dias Filho, J. M. (2007). *Análise multivariada: para os cursos de administração, ciências contábeis e economia*. São Paulo: Atlas.
- Creswell, J. W. (2007). Qualitative enquiry and research design: Choosing among five approaches.
- DeBusk, G. K., Brown, R. M., & Killough, L. N. (2003). Components and relative weights in

- utilization of dashboard measurement systems like the balanced scorecard. *British Accounting Review*, 35(3), 215-231.
- Fávero, L. P., Belfiore, P., Silva, F. L. & Chan, B. L. (2009). *Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões*. Rio de Janeiro: Campus.
- Fernandes, A. C. (2003). Scorecard dinâmico: integrando a dinâmica de sistemas com o balance scorecard. In: Encontro nacional de engenharia de produção – ENEGEP, 23, Ouro Preto. *Anais ...* Ouro Preto: Aberpro.
- Ferreira, A., & Otle, D. (2006). Exploring inter and intra-relationships between the design and use of management control system. In *Social Science Research Network* <http://ssrn.com/abstract> (Vol. 896228).
- Figueiredo Filho, D. B & Silva Junior, J. A. (2009). Desvendando os mistérios do coeficientes de correlação de Pearson (r). *Revista Política Hoje*, 18(1), 115-156.
- Franco-Santos, M., Kennerley, M., Micheli, P., Martinez, V., Mason, S., Marr, B., Neely, A. (2007). Towards a definition of a business performance measurement system. *International Journal of Operations & Production Management*, 27(8), 784-801.
- Franco-Santos, M., Lucianetti, L., & Bourne, M. (2012). Contemporary performance measurement systems: A review of their consequences and a framework for research. *Management Accounting Research*, 23(2), 79-119.
- Freitas, H., Oliveira, M., Saccol, A. Z., & Moscarola, J. (2000). O método de pesquisa survey. *Revista de Administração da Universidade de São Paulo*, 35(3).
- Galvão, T. F. & Pereira, M. G. (2014). Revisões sistemáticas da literatura: passos para sua elaboração. *Epidemiol Serv Saúde*, 23(1), 183-184.
- Ghalayini, A. & Noble, J. (1996). The changing basis of performance measurement, *International Journal of Operations & Production Management*, 16(8), 63-80.
- Gil, A. C. (1999). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, M. A., Gonçalves, C. A., Capanema, F. D., Drumond, H. A., Alemão, M. M., & TORGA, E. (2012). Acordo Externo de Resultados: inclusão de nova variável no Modelo de Gestão FHEMIG e sua possível influência. *Revista Médica de Minas Gerais. Belo Horizonte*, 22, 35-43.
- Govindarajan, V. & Gupta, A. (1985). Linking control systems to business unit strategy: impact on performance, *Accounting, Organizations and Society*, 10 (1), 51-66.
- Grabner, I., & Moers, F. (2013). Controlo de gestão como um sistema ou um pacote? Questões conceituais e empíricas. *Contabilidade, Organizações e Sociedade*, 38 (6), 407-419.
- Grigoroudis, E., Orfanoudaki, E., & Zopounidis, C. (2012). Strategic performance measurement in a healthcare organisation: A multiple criteria approach based on balanced scorecard. *Omega*, 40(1), 104-119.
- Guptill, J. (2005). Knowledge management in health care. *J Health care finance*, 31(3), 10-14.
- Hair Jr., J.; Anderson, R.; Tatham, R. & Black, W. (2005). *Análise multivariada de dados*. 5. Ed. Porto Alegre: Bookman.
- Henri, J. F. (2006). Management control systems and strategy: A resource-based perspective. *Accounting, organizations and society*, 31(6), 529-558.

- Hornigren, C. T., Foster, G., & Datar, S. (2004). *Contabilidade de custos*. Rio de Janeiro: LTC.
- Hornigren, C. (1995). Management accounting this century and beyond, *Management Accounting Research*, 6 (3), 281-286.
- Ittner, C. & Larcker, D. (1998a). Innovations in performance measurement: trends and research implications, *Journal of Management Accounting Research*, 10, 205-238.
- Ittner, C. & Larcker, D. (1998b). Are non-financial measures leading indicators of financial performance? An analysis of customer satisfaction, *Journal of Accounting Research*, 36 (3), 1-35.
- Ittner, C., Larcker, D. & Randall, T. (2003). Performance implications of strategic performance measurement in financial services firms, *Accounting, Organizations and Society*, 28 (7/8), 715-741.
- Jamil, C. Z. M., & Mohamed, R. (2013). The Effect of Management Control System on Performance Measurement System at Small Medium Hotel in Malaysia. *International Journal of Trade, Economics and Finance*, 4(4), 202-208.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1992). The balanced scorecard measures that drive performance, *Harvard Business Review*, 70 (1), 71-79.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1996a). Using the balanced scorecard as a strategic management system, *Harvard Business Review*, 74 (1), 75-85.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1996b). Linking the balanced scorecard to strategy, *California Management Review*, 39 (1), 53-79.
- Kaplan, R. & Norton, D. (1996c). *The balanced scorecard*, Harvard Business School Press.
- Kaplan, R. & Norton, D. (2001). Transforming the balanced scorecard from performance measurement to strategic management, *Accounting Horizons*, 15(1), 87-104.
- Kennerley, M. & Neely, A. (2002). A framework of the factors affecting the evolution of performance measurement systems, *International Journal of Operations & Production Management*, 22 (11), 1222-1245.
- Kober, R., Ng, J., Paul, B. J. (2007). The interrelationship between management control mechanisms and strategy. *Contabilidade Gerencial Research*, vol. 425-452 18, pp., 2007.
- La Forgia, G. M., & Couttolenc, B. F. (2009). *Desempenho hospitalar no Brasil. São Paulo: Singular*.
- Lima, S. M. L., Barbosa, P. R., Portela, M. C., Ugá, M. A. D., Vasconcellos, M. M., & Gerschman, S. (2004). Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil Management characteristics in charity hospitals in Brazil. *Cad. Saúde Pública*, 20(5), 1249-1261.
- Malina M.A. and F.H. Selto (2001). Communicating and controlling strategy : an empirical study of the effectiveness of the Balanced Scorecard. Paper at the EIASM international workshop on Manufacturing Accounting, Pisa, June 6-8, 2001.
- Malmi, T., & Brown, D. (2008). Management control systems as a package – opportunities, challenges and research directions. *Management Accounting Research*, 19(4), 287-300.
- Marques, K. C. M. (2012). Custeio alvo à luz da teoria da contingência e da nova sociologia institucional estudo de caso sobre sua adoção, implementação uso. *Tese (doutorado em*

- Controladoria e Contabilidade*) – Universidade de São Paulo, Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, São Paulo.
- Martins, G. A., & Theóphilo, C. R. (2007). *Metodologia da investigação científica para ciências sociais aplicadas*. São Paulo: Atlas.
- Merchant, K. A. (1998). *Modern management control systems: text and cases*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Merchant, K. A., & Van der Stede, W. A. (2007). *Management control systems: performance measurement, evaluation and incentives*. Pearson Education.
- Merchant, K., & Otley, D. (2007). A review of the literature on control and accountability. I *Handbook of Management Accounting Research*, CS Chapman, AG Hopwood & MD Shields.
- Mintzberg, H. (1990). The manager's job: Folklore and fact. *Harvard business*.
- Naranjo-Gil, D., & Hartmann, F. (2006). How top management teams use management accounting systems to implement strategy. *Journal of Management accounting research*, 18(1), 21-53.
- Neely, A., Gregory, M. & Platts, K. (1995). Performance measurement system design: a literature review and research agenda, *International Journal of Operations & Production Management*, 15 (4), 80-116.
- Norreklit, H.; Mitchell, F. (2014). Contemporary issues on the balanced scorecard, *Journal of Accounting & Organizational Change* (10) 4.
- Oates, B. J. (2006). *Researching information systems and computing*. Sage Publications.
- Otley, D. (1999). Performance management: a framework for management control systems research. *Management Accounting Research*, 10(10), 363-382.
- Otley, D. (2001). Extending the boundaries of management accounting research: Developing systems for performance management, *British Accounting Review*, 33 (3), 243-261.
- Paranhos, R., Figueiredo Filho, D. B., da Rocha, E. C., & da Silva Júnior, J. A. (2013). Corra que o survey vem aí: Noções básicas para cientistas sociais. *Revista Latino americana de Metodologia de la Investigacion Social*, 3(6), 07-24.
- Pedrique, A. L. (2010). Controles gerenciais e decisões em organizações do segmento de saúde. *Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Universidade Presbiteriana Mackenzie*, São Paulo.
- Pettersen, I. J. & Nyland, K. (2006). Management and control of public hospitals – the use of performance measures in Norwegian hospitals: a case-study. *International Journal of Health Planning and Management: Int J Health Plann Mgmt*; 21, 133-149.
- Pontes, A. T., Silva, R. F., Allevato, R. C. G. & Pinto, M. A. C. (2008). A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares: uma revisão de literatura. In: *Encontro Nacional de Engenharia de Produção*, 28, 2008, Rio de Janeiro. A integração de cadeias produtivas com a abordagem da manufatura sustentável. Rio de Janeiro.
- Purbey, S., Mukherjee, K. & Bhar, C. (2007). Performance measurement system to health processes. *International Journal of Produtividade e Performance Management*, 56(3).
- Raimundini, S. L., Souza, A., Reis, L., Struett, M. A. M., & Botelho, E. M. (2004). Aplicabilidade do Sistema ABC e Análise de Custos Hospitalares: comparação entre hospital público e hospital privado. *XXVIII EnANPAD*.

- RIPSA – Rede Interagencial de Informação para a Saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. (2008) Brasília: *Organização Pan -Americana da Saúde*, Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/php/level.php?lang=pt&component=68&item=20>
- Shaw, C. D. (2003). Avaliando acreditação. *Jornal Internacional de Qualidade em Cuidados de Saúde*, 15 (6), 455-456.
- Silva, E. L., & Menezes, E. M. (2005). Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação. *UFSC, Florianópolis, 4a. ed.*
- Simons, R. (1995). Levers of control: how managers use innovative control systems do drive strategic renewal. *Harvard Business Review*, vol. 80-88.
- Simons, R. (2000). *Performance Measurement & Control Systems for Implementing Strategy*, Prentice Hall, Upper Saddle River, NJ.
- Souza, A., Guerra, M., Guerra, C. O., Gomide, P. L. R., Pereira, C. M., & Freitas, D. A. (2009). Controle de gestão em organizações hospitalares. *REGE Revista de Gestão*, 16(3), 15-29.
- Tian, G., Bruce, G., & Guoxing, W. (2008). Balance the Paradox between Limited Health Resources and Growing Demands for Medical Services. *Chinese Journal of Population Resources and Environment*, 6(1), 57-62.
- Yeniyurt, S. (2003). A literature review and integrative performance measurement framework for multinational companies, *Marketing Intelligence & Planning*, 21 (3), 134-142.
- Zhijun, Lin, Zengbiao, Yu, & Zhang, L. (2014). Resultados de desempenho de aplicação do balanced scorecard em administração hospitalar na China. *China Economic Review*, 30, 1-15.

APÊNDICE A

PROTOCOLO DE PESQUISA

1. INTRODUÇÃO

Este Protocolo de Pesquisa foi desenvolvido por Juliana Moraes da Silva, orientada pelo professor Dr. Edwin Vladimir Cardoza Galdámez para a realização da Revisão da Literatura para dissertação do PCO – que tem como título Uso da Medição de Desempenho e Uso do Sistema de Controle Gerencial no Setor Hospitalar de administração privada do Paraná.

2. PLANEJAMENTO:

2.1 Objetivo da Revisão

O objetivo é executar uma revisão de literatura para identificar, selecionar e avaliar criticamente métodos que possa auxiliar na análise das relações entre controles gerenciais e uso de métricas de medição de desempenho no desempenho organizacional a partir de um levantamento das bases de dados no período de 2005 a 2015. A análise crítica dos métodos de associação no setor hospitalar será realizada a partir dos critérios de avaliação apresentados neste Protocolo de Pesquisa.

2.2 Questões de Pesquisa:

- **Questões Primárias de Pesquisa**

- RQ1. Existe relação entre o uso de medição de desempenho e sistema de controles gerenciais?
- RQ2. Existe relação entre o uso de medição de desempenho e satisfação no desempenho organizacional?
- RQ3. Existe relação entre sistema de controles gerenciais e satisfação no desempenho organizacional?

2.3 Itens Relacionados às Questões de Pesquisa

- **População:** Modelos e Sistemas de Controles Gerenciais e Medição de Desempenho Propostos para a satisfação quanto ao Desempenho Organizacional.
- **Resultados:** Os Resultados Obtidos serão análise da relação entre os construtos.

- **Aplicação:** Projetos Avaliação de Desempenho relacionados com uso de Sistema de Controle Gerencial e Medição de Desempenho.

2.4 Estratégia de Busca:

Através das bases de dados listadas no Quadro 1 é feita a pesquisa com operadores booleanos que são chamados de *String* de Busca retonando em trabalhos filtrados de acordo com a *String* de Busca construída.

- **Listagem das Fontes / Máquinas de Busca**

Quadro 1 - Base de Dados Consultada

Máquina de Busca	Área	Endereço Eletrônico
Scopus (Elsevier)	Todas as áreas do conhecimento	www.scopus.com
ScienceDirect (Elsevier)	Ciências Exatas, Saúde, Sociais e Humanas	www.sciencedirect.com
JSTOR Health Sciences	Ciência da Saúde	
Business Source Premier	Área de negócios, inclui administração, contabilidade, finanças e economia e outras	
Capes	Todas as áreas	www.capes.gov.br
Scielo		www.scielo.br
Google Scholar	Todas as áreas	http://scholar.google.com.br/
Anpcont	Ciências Sociais	www.anpcont.org.br
Enanpad	Ciências Sociais	www.anpad.org.br
Semead	Ciências Sociais	www.semead.com.br

- **Tipos de Documentos para a Seleção**
 - Artigos Científicos Completos Publicados em Periódicos Nacionais e Estrangeiros
 - Artigos Científicos Completos Publicados em Congressos Nacionais e Estrangeiros
 - Teses e/ou Dissertações
 - Livros ou Capítulos de Livros
- **Idioma dos Documentos:** Português e Inglês
- **Período de Publicação:** De 2005 a 2015
- **Palavras-chave**
 - Uso de Medição de Desempenho / *Performance Measurement Use*
 - Controle Gerencial / *Management Control*
 - Desempenho Organizacional / *Organizational Performance*

- **String de Busca**

No Quadro 2 encontra-se as fontes que serão utilizadas, o período em que a busca será feita, a *String* de busca construída e o número de artigos retornados através da aplicação dos operadores booleanos nas máquinas de busca.

Quadro 1 – Consultas Realizadas

Fonte / Máquina de Busca	Período de Busca - Previsto	String de Busca Construída	Número de Artigos Retornados
Scopus (Elsevier)	Março/2015	• “Performance Measurement” AND “Management Control” AND “Performance Organizational Performance” AND “User”	
Google Scholar	Março/2015	• “use of performance measure” AND “management control”	

2.5 Critérios e Processos de Seleção dos Estudos Primários

- **Critérios de Inclusão**

Questão primária

- CI1. Estudos que descrevem um modelo para relacionamento entre medição de desempenho e sistema de controle gerencial.
- CI2. Estudos que descrevem um modelo para relacionamento entre sistema de controle gerencial e desempenho organizacional.
- CI3. Estudos que descrevem um modelo para relacionamento entre medição de desempenho e desempenho organizacional.

Qualidade incluída

- CI4. Estudos que descrevem o uso de sistema de controle gerencial.
- CI5. Estudos que descrevem o uso de medição de desempenho.
- CI6. Uso de medidas financeiras e não financeiras.
- CI7. Utiliza modelo.

- **Critérios de Exclusão**

- CE1. Publicações realizadas antes do ano de 2005.
- CE2. Publicações que não possuem a versão completa disponível.
- CE3. Publicações não científicas (revistas, *blogs*, jornais, resenhas).
- CE4. Artigos que não atingem o objetivo da pesquisa em questão.
- CE5. Publicações que não sejam em português ou inglês.

- **Pré-Seleção**

Nos trabalhos encontrados, primeiramente será realizada a leitura do título e em seguida do resumo. Caso o trabalho seja repetido, o mesmo entrará para uma lista de trabalhos repetidos e não serão avaliados os critérios de inclusão e exclusão. Se o trabalho possuir algum critério de exclusão, este será incluso em uma lista de trabalhos excluídos por justificativa. Enfim, se o trabalho não possuir nenhum critério de exclusão e sim, critério(s) de inclusão, o mesmo entrará para a lista de trabalhos selecionados com justificativa(s) de inclusão para em seguida ser lido na íntegra.

- **Seleção Final**

Será realizada a leitura completa dos trabalhos selecionados na etapa de pré-seleção.

De cada um dos estudos que for selecionado e classificado como primários será elaborado um relatório com os tópicos mais importantes e destacadas as contribuições do trabalho para responder as questões de pesquisa do projeto.

2.6 Procedimento para Avaliação da Qualidade dos Estudos

Para esta etapa da revisão sistemática serão considerados Cinco Critérios de Avaliação da Qualidade (CQ) dos estudos selecionados conforme o Quadro 2.

CQ1. O trabalho descreve os indicadores financeiros e não-financeiros da medição de desempenho.

CQ2. O trabalho lista ou relata recomendações sobre o uso de medição de desempenho.

CQ3. O trabalho utiliza um modelo de referência (*framework*) para o desenvolvimento de um projeto de sistema de avaliação de desempenho organizacional.

CQ4. O trabalho recomenda um procedimento ou formaliza o processo de medição de desempenho organizacional.

Quadro 2 – Sumário da Avaliação de Qualidade dos Trabalhos Selecionados

n.	Trabalho	Fonte	Critério de Avaliação de Qualidade				
			CQ1	CQ2	CQ3	CQ4	CQ5
02							
04							

Legenda: Critério de qualidade confirmado

2.7 Estratégia de Extração de Dados

Para cada trabalho selecionado durante a execução do processo de avaliação da qualidade dos estudos primários será utilizado o **Formulário de Extração de Dados: Autor, Ano, Fonte / Máquina de Retorno, Título, Palavras-chave, Critérios de Inclusão e Qualidade, Resumo**. Além disso, a análise descritiva dos resultados será realizada com o apoio da ferramenta *Excel – Office*.

2.8 Estratégia de Síntese / Sumarização dos Dados

Para a elaboração da síntese dos dados será utilizada a estrutura descrita no **Quadro 3**

Quadro 3 – Sumarização dos Dados

Resultado	Item	Descrição
Relatório da Revisão Sistemática	1. Introdução	É um item que contextualiza o tema investigado, destaca o objetivo do projeto, justifica e os resultados alcançados.
	2. Método de Pesquisa	Descreve conceitualmente o Método de Revisão Sistemática e o Protocolo de Pesquisa elaborado na Fase do Planejamento.
	3. Resultado da Revisão Sistemática	Devem ser elaborados e descritos os quadros e figuras: Quadro 1 – Distribuição dos Trabalhos Encontrados de Acordo com a Fonte na Fase de Busca, Pré-seleção, Seleção (Estudos Primários). Quadro 2 – Lista de Estudos Primários – Formulário de Extração de Dados Quadro 3 – Avaliação da Qualidade dos Estudos Primários Figura 1 – Número de Artigos Encontrados por Fonte Figura 2 – Número de Estudos Primários (Selecionados) Publicados por Ano
	4. Discussão dos Estudos Primários	Descrever as características das Questões Investigadas a partir da Leitura Completa dos Estudos Primários.
	5. Considerações Finais	Descrever as características da revisão sistemática conduzida, resultados alcançados e limitações.

APÊNDICE B

CHAMADA PARA A PESQUISA QUANTITATIVA

Prezado(a) Senhor(a)

Meu nome é Juliana Moraes da Silva, sou aluna do programa de mestrado em Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Estou coletando dados para uma pesquisa sobre o uso da medição de desempenho no sistema de controle gerencial em hospitais paranaenses privados.

Sabemos como seu tempo é precioso, portanto, o tempo necessário para responder o questionário é de no máximo 10 minutos.

A plataforma de pesquisa on-line utilizada é chamada *Google Docs*. Todos os dados serão tratados com absoluta confiabilidade e os resultados serão totalmente anônimos.

Por favor, clique no link abaixo para acessar o questionário:

<http://goo.gl/forms/2sNyRK5qOc>

Ao final do questionário o respondente deve informar seu e-mail caso queira concorrer a um *Tablet*, para tanto, basta marcar a opção de participar do sorteio no final da pesquisa.

Agradecemos antecipadamente a sua colaboração e nos colocamos a disposição para quaisquer esclarecimentos

Mestranda: Juliana Moraes da Silva - jmsrcr_14@hotmail.com – telefones (44) 3015-2011 e (44) 9911-3122

Professor Orientador: Edwin Vladimir Cardoza Galdamez – evcgaldamez@uem.br

Programa de Pós-Graduação em Ciências Contábeis da Universidade Estadual de Maringá
Avenida Colombo 5790, Maringá – Paraná – Bloco C23 – Sala 03 – Telefone (44) 3011-6025

APÊNDICE C

QUESTIONÁRIO

Seção A: Informações organizacionais

A1. Número total de leitos atualmente

- () até 50
 () de 51 a 150
 () de 151 a 300
 () de 301 a 500
 () acima de 500

A2. Especifique o número de empregados

- () até 100
 () de 101 a 200
 () de 201 a 500
 () de 501 a 1000
 () 1001 ou mais

Seção B: Uso do sistema de controle gerencial

(baseado em Henri, 2006; Bisbe e Otley, 2004 e Simons, 2000)

Marque o número que melhor avalia a frequência em cada uma das medidas é atualmente utilizada para controle no hospital.

Considere:

- **Não usa (1):** a empresa não conhece ou não usa o indicador
- **Usa raramente (2):** embora a empresa conheça o indicador, usa de forma esporádica
- **Uso moderado (3):** usa o indicador frequentemente, mas não faz uso sistemático em uma base de tempo obrigatória (diário, mensal, anual, etc.)
- **Uso periódico (4):** mensura o indicador sistematicamente em uma base de tempo (diário, mensal, anual, etc.)
- **Usa para decisão (5):** além de usar sistematicamente, utiliza para tomar decisões

Práticas		Frequência de Uso				
Uso Diagnóstico						
B1	Acompanhar e rever as metas com o que foi planejado	1	2	3	4	5
B2	Projetar os resultados mais prováveis	1	2	3	4	5
B3	Analisar somente as variações significativas entre o orçado e realizado	1	2	3	4	5
Uso Interativo						
B4	Discutir oportunidades de melhoria entre superiores, subordinados e pares	1	2	3	4	5
B5	Focar nas áreas críticas de desempenho do hospital	1	2	3	4	5
B6	Criar uma linguagem comum para gestores e diretoria	1	2	3	4	5

Seção C: Uso de medição de desempenho

(baseado nos indicadores do Observatório da Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp e da Agência Nacional da Saúde Suplementar - ANS)

Marque a número que melhor avalia a frequência em que cada um dos indicadores é atualmente utilizado no hospital.

Medidas Financeiras		Fonte	Frequência de uso				
C1	Margem de lucro líquida	Observatório Anahp	1	2	3	4	5
C2	Despesas gerais por saída hospitalar	Observatório Anahp	1	2	3	4	5
C3	Receita líquida por paciente-dia	Observatório Anahp	1	2	3	4	5
C4	Despesa líquida por paciente-dia	Observatório Anahp	1	2	3	4	5
C5	Endividamento total	Observatório Anahp	1	2	3	4	5
Clientes			Frequência de uso				
C6	Satisfação do Cliente	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
C7	Monitoramento da manifestação do cliente: avaliação de reclamações e sugestões	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
C8	Adequação de prontuário do paciente	Recomendáveis da ANS	1	2	3	4	5
C9	Tempo de espera na urgência e emergência	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
Processos Internos			Frequência de uso				
C10	Taxa de ocupação operacional	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
C11	Tempo médio de permanência	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
C12	Implantação de diretrizes e protocolos clínicos	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
C13	Taxa de mortalidade institucional	Essenciais da ANS	1	2	3	4	5
Aprendizado & Conhecimento			Frequência de uso				
C14	Trabalhos acadêmicos escritos por membro do pessoal médico	Observatório Anahp	1	2	3	4	5
C15	Taxas de admissões e desligamento de empregados	Observatório Anahp	1	2	3	4	5
C16	Treinamento de empregados	Observatório Anahp	1	2	3	4	5
C17	Adaptação de novas tecnologias e novas ideias	Observatório Anahp	1	2	3	4	5

Seção D: Desempenho organizacional

(baseado nos indicadores do Observatório da Associação Nacional de Hospitais Privados – Anahp e da Agência Nacional da Saúde Suplementar - ANS)

Em relação aos indicadores de desempenho abaixo, assinale o grau de satisfação em relação às metas estabelecidas no hospital nos últimos 12 meses.

Considere:

- Totalmente insatisfeito (1):
- Pouco insatisfeito (2):
- Dentro do esperado (3):
- Pouco satisfeito (4):
- Totalmente satisfeito (5):
- Utilize N/A (não se aplica) caso este indicador não seja utilizado em sua organização

Medidas Financeiras		Grau de Satisfação					
D1	Margem de lucro líquida	N/A	1	2	3	4	5
D2	Despesas gerais por saída hospitalar	N/A	1	2	3	4	5
D3	Receita líquida por paciente-dia	N/A	1	2	3	4	5
D4	Despesa líquida por paciente-dia	N/A	1	2	3	4	5
D5	Endividamento total	N/A	1	2	3	4	5
Clientes							
D6	Satisfação do Cliente	N/A	1	2	3	4	5
D7	Monitoramento da manifestação do cliente: avaliação de reclamações e sugestões	N/A	1	2	3	4	5
D8	Adequação de prontuário do paciente	N/A	1	2	3	4	5
D9	Tempo de espera na urgência e emergência	N/A	1	2	3	4	5
Processos Internos							
D10	Taxa de ocupação operacional	N/A	1	2	3	4	5
D11	Tempo médio de permanência	N/A	1	2	3	4	5
D12	Implantação de diretrizes e protocolos clínicos	N/A	1	2	3	4	5
D13	Taxa de mortalidade institucional	N/A	1	2	3	4	5
Aprendizado & Conhecimento							
D14	Trabalhos acadêmicos escritos por membro do pessoal médico	N/A	1	2	3	4	5
D15	Taxas de admissões e desligamento de empregados	N/A	1	2	3	4	5
D16	Treinamento de empregados	N/A	1	2	3	4	5
D17	Adaptação de novas tecnologias e novas ideias	N/A	1	2	3	4	5

AGRADECIMENTO

Obrigada por participar da pesquisa. Os resultados consolidados serão enviados por e-mail para aqueles que deixarem seus contatos e se manifestaram em recebê-los.

e-mail: _____

Quer participar do sorteio de um *Tablet*

() Sim

() Não