



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PLANEJAMENTO E CONTROLE DE
GESTÃO

Camila Silva Chedid

As Ferramentas de Gestão Estratégica, controle e desempenho: um estudo em
organizações públicas de saúde

Santa Catarina

2023

Camila Silva Chedid

As Ferramentas de Gestão Estratégica, controle e desempenho: um estudo em organizações
públicas de saúde

Trabalho de Conclusão de Curso submetido ao Programa
de Pós-Graduação em Planejamento e Controle de
Gestão da Universidade Federal de Santa Catarina para a
obtenção do título de Mestre em Planejamento e Controle
de Gestão

Orientador: Prof. Dr. Valmir Emil Hoffmann

Santa Catarina

2023

Chedid, Camila Silva

As ferramentas de gestão estratégica, controle e desempenho:
um estudo em organizações públicas de saúde / Camila Silva
Chedid ; orientador, Valmir Emil Hoffmann, 2023.
93 p.

Dissertação (mestrado profissional) - Universidade Federal de
Santa Catarina, Centro Socioeconômico, Programa de Pós-Graduação
em Controle de Gestão, Florianópolis, 2023.

Inclui referências.

1. Controle de Gestão. 2. Gestão Hospitalar. 3. Ferramentas
de Gestão Estratégica. 4. Organizações Públicas. 5. QCA. I.
Hoffmann, Valmir Emil . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão. III.
Título.

Camila Silva Chedid

As Ferramentas de Gestão Estratégica, Controle e Desempenho: um estudo em Organizações
Públicas de Saúde

O presente trabalho em nível de mestrado foi avaliado e aprovado por banca examinadora
composta pelos seguintes membros:

Prof. Dra. Luiza Santangelo Reis - Presidenta
PPGCG-UFSC

Prof. Dr. Sérgio Murilo Petri - Interno
PPGCG-UFSC

Prof. Dr. Carlos Ricardo Rossetto - Externo
PPGA/PPGIL

Prof. Dr. Hans Michael Van Bellen - Suplente
PPGCG-UFSC

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi
julgado adequado para obtenção do título de mestre em Planejamento e Controle de Gestão.

Coordenação do Programa de Pós-Graduação

Prof. Dr. Valmir Emil Hoffmann
Orientador

Santa Catarina, 2023.

Este trabalho é dedicado à minha mãe, com toda gratidão, pelo apoio incondicional.

RESUMO

A administração do setor público tem passado por profunda modificação apropriando-se de ferramentas utilizadas no setor privado, para obter melhores resultados na entrega de serviços a sociedade, com foco na gestão estratégica. As ferramentas de gestão estratégica são responsáveis por munir o gerente de informações a fim de manter o controle da organização e subsidiar a tomada de decisão. O Objetivo do estudo é determinar se existe relação entre a Ferramenta de Gestão Estratégica implementada nas organizações hospitalares do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e o desempenho no período de 2018 a 2022. A pesquisa foi realizada em organizações hospitalares, de médio (51 a 150 leitos) ou grande porte (acima de 151 leitos), que atuam na realização de procedimentos de média e alta complexidade, com foco cirúrgico. Trata-se de um estudo descritivo, com abordagem qualitativa e quantitativa, através de estatística descritiva e a utilização do método QCA (Qualitative Comparative Analysis), através da análise realizada pelo software Tosmana. O resultado da análise de desempenho das organizações hospitalares demonstrou que todas as ferramentas de gestão estratégica possuíam presença de alta frequência em pelo menos quatro das nove organizações estudadas, com repercussão positiva. Observou-se que os casos de sucesso não dependem do uso exclusivo de uma ferramenta, pois nenhuma delas foi suficiente para garantir sozinha o alto desempenho da organização, em todos os indicadores analisados e o sucesso da organização tinha relação direta com a presença conjunta de ferramentas de gestão que tivessem o escopo de estratégia, de orçamento e controle e de informação, divisão realizada pelo estudo para fins didáticos e análise dos dados.

Palavras-chave: Ferramentas de Gestão, Estratégia, Orçamento, Controle, Organização Pública, QCA.

ABSTRACT

Public sector administration has undergone profound changes, appropriating tools used in the private sector, to obtain better results in the delivery of services to society, with a focus on strategic management. Strategic management tools are responsible for providing managers with information to maintain control of the organization and support decision making. The aim of the study is to determine whether there is a relationship between the Strategic Management Tool implemented in Ministry of Health hospital organizations in Rio de Janeiro and performance in the period from 2018 to 2022. The research was carried out in medium sized (51 to 150 beds) or large sized (over 151 beds), hospital organizations that perform medium and high complexity procedures, with a focus on surgery. This is a descriptive study, with a qualitative and quantitative approach, using descriptive statistics and the QCA (Qualitative Comparative Analysis) method, through the analysis using the Tosmana software. The results of the performance analysis of the hospital organizations demonstrated that all strategic management tools were present at high frequency in at least four of the nine organizations studied, with positive repercussions. It was observed that the success cases do not depend on the exclusive use of one tool, since none of them was sufficient to guarantee the organization's high performance on its own, in all the indicators analyzed, and the organization's success was directly related to the joint presence of management tools that had the scope of strategy, budget and control and information, a division made by the study for didactic purposes and data analysis.

Keywords: Management Tools, Strategy, Budget, Control, Public Organization, QCA.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – PESQUISAS SIMILARES OU CORRELATAS SOBRE O FERRAMENTAS DE GESTÃO ESTRATÉGICA E DESEMPENHO.....	33
QUADRO 2 – DEFINIÇÃO DAS VARIÁVEIS DE DESEMPENHO.....	38
QUADRO 3 – QUESTIONÁRIO	39
QUADRO 4 – CÁLCULO DA FREQUÊNCIA MÉDIA POR FERRAMENTA NAS ORGANIZAÇÕES	44
QUADRO 5 – EXEMPLO DO QUESTIONÁRIO PARA FINS DE DEMONSTRAÇÃO DO CÁLCULO	46
QUADRO 6 – FAIXA ETÁRIA.....	48
QUADRO 7 – ÁREA DE ATUAÇÃO.....	499
QUADRO 8 – ÁREA DE FORMAÇÃO	49
QUADRO 9: RESUMO DO DESEMPENHO TOCC:.....	60
QUADRO 10: RESUMO DO DESEMPENHO TOH:	61
QUADRO 11: RESUMO DO DESEMPENHO TSCC:	63
QUADRO 12: RESUMO DO DESEMPENHO IR:	644
QUADRO 13: RESUMO DO DESEMPENHO TMP:	655
QUADRO 14: RESUMO DO DESEMPENHO TMI:	66
QUADRO 15: RESUMO DO DESEMPENHO TMH:	67
QUADRO 16 - RESUMO GERAL.....	67

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – DADOS COMPLEMENTARES DAS ORGANIZAÇÕES ESTUDADAS	36
TABELA 2 – RESPONDENTES POR ORGANIZAÇÃO	42
TABELA 3 – CRITÉRIO DE DESEMPENHO DOS HOSPITAIS E SEUS VALORES.....	43
TABELA 4 – FERRAMENTAS DE GESTÃO E SEU VALOR.....	45
TABELA 5 – SOBRE O CONHECIMENTO E A IMPORTÂNCIA DAS FERRAMENTAS	49
TABELA 6 – SOBRE A UTILIZAÇÃO E A REPERCUSSÃO DA FERRAMENTA NA ORGANIZAÇÃO	50
TABELA 7 – ANO APROXIMADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA ORÇAMENTO.....	51
TABELA 8 – ANO APROXIMADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	522
TABELA 9 – ANO APROXIMADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA BALANCED SCORECARD	52
TABELA 10 – ANO APROXIMADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA BENCHMARKING	52
TABELA 11 – ANO APROXIMADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA PLANEJAMENTO E GERENCIAMENTO DE CONTRATAÇÕES.....	533
TABELA 12 – ANO APROXIMADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA GESTÃO POR COMPETÊNCIA.....	53
TABELA 13 – ANO APROXIMADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA SWOT	53
TABELA 14 – ANO APROXIMADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA CICLO PDCA.....	544
TABELA 15 – ANO APROXIMADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA MATRIZ GUT.....	54
TABELA 16 – ANO APROXIMADO DE IMPLEMENTAÇÃO DA FERRAMENTA MÉTODO LEAN.....	54
TABELA 17 – IMPACTO POSITIVO NA EFICIÊNCIA	55
TABELA 18 – LOCAL ONDE CONHECERAM A FERRAMENTA	56
TABELA 19 – LOCAL ONDE CONHECERAM A FERRAMENTA	56
TABELA 20 – LOCAL ONDE CONHECERAM A FERRAMENTA	57
TABELA 21 – LOCAL ONDE CONHECERAM A FERRAMENTA	57
TABELA 22 – LOCAL ONDE CONHECERAM A FERRAMENTA	57
TABELA 23 – LOCAL ONDE CONHECERAM A FERRAMENTA	58
TABELA 24 – DESEMPENHO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	58
TABELA 25 – ORGANIZAÇÕES E FERRAMENTAS DE GESTÃO ESTRATÉGICA	59

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
1.1	Objetivo.....	15
1.1.1	Objetivo Geral	16
1.1.2	Objetivos Específicos	16
1.2	Justificativa	16
1.3	DELIMITAÇÃO DA PESQUISA	16
2	REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1	Gestão Hospitalar	17
2.1.1	Gestão Hospitalar Pública	18
2.1.2	Resource-Based View - RBV	20
2.2	Ferramentas de Gestão Estratégica	22
2.2.1	Orçamento	22
2.2.2	Planejamento Estratégico	23
2.2.3	Balanced Scorecard - BSC	24
2.2.4	Benchmarking	26
2.2.5	Sistema De Informação	27
2.2.6	Planejamento e Gerenciamento de Contratações – PGC	27
2.2.7	Gestão Por Competência	28
2.2.8	SWOT	29
2.2.9	Ciclo PDCA	30
2.2.10	Matriz GUT	31
2.2.11	Método LEAN	32
2.3	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO	32
2.4	Pesquisas Similares ou Correlatas.....	33
3	METODOLOGIA	34
3.1	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	34
3.2	A ESCOLHA DOS CASOS	35

3.3	Procedimentos Metodológicos	38
3.3.1	Coleta de Dados	38
3.3.2	Tratamento de dados	42
3.4	Instrumento Utilizado.....	46
4	RESULTADOS.....	47
4.1	Apresentação dos dados Coletados	48
4.1.1	Perfil dos respondentes	48
4.1.2	Percepção sobre as ferramentas de gestão estratégica	49
4.1.3	Desempenho das organizações hospitalares	58
4.1.4	Ferramentas de gestão estratégica das organizações hospitalares	59
4.1.5	Ferramentas de gestão estratégica vinculadas ao desempenho das organizações hospitalares	59
4.1.5.1	Desempenho das Organizações e Taxa de Ocupação de Centro Cirúrgico - TOCC	59
4.1.5.2	Desempenho das Organizações e Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH.....	60
4.1.5.3	Desempenho das Organizações e Taxa de Suspensão de Cirurgias no Centro Cirúrgico - TSCC	62
4.1.5.4	Desempenho das Organizações e Índice de Renovação (Giro de Leito).....	63
4.1.5.5	Desempenho das Organizações e Tempo Médio de Permanência – TMP	64
4.1.5.6	Desempenho das Organizações e Taxa de Mortalidade Institucional – TMI	65
4.1.5.7	Desempenho das Organizações e Taxa de Mortalidade Hospitalar - TMH.....	66
4.2	DISCUSSÃO	68
5	CONCLUSÃO	71
	REFERÊNCIAS	74
	ANEXO A - Questionário aplicado aos servidores das Organizações.....	83
	ANEXO B - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TOCC	91
	ANEXO C - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TOH	92
	ANEXO D - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TSCC.....	93
	ANEXO E - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho IR.....	94
	ANEXO F - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TMP.....	95
	ANEXO G - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TMI.....	96

ANEXO H - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TMH	97
---	-----------

1 INTRODUÇÃO

A administração do setor público tem passado por profunda modificação apropriando-se de ferramentas utilizadas no setor privado, para obter melhores resultados na entrega de serviços a sociedade, com foco na gestão estratégica, desde a década de 1970 (Blonski, Prates, Costa & Vizeu, 2017).

Uma ferramenta é qualquer instrumento necessário para o desenvolvimento da prática profissional, segundo Frezatti, Nascimento e Junqueira (2009). Ferramentas como planejamento estratégico e Balanced Scorecard tiveram seu desenvolvimento relacionado à consecução de objetivos que podem levar a uma posição desejada (Idenburg, 1993; Blonski *et al.*, 2017).

A definição de estratégia tem sido amplamente difundida nas literaturas gerenciais e remontam a década de 1960, embora sua popularização tenha ocorrido na década de 1980 (Mintzberg; Ahlstrand & Lampel, 2000). Dos diversos conceitos abordados, o norteador do estudo é o entendimento de estratégia como um padrão, isto é, consistência em comportamento ao longo do tempo (Idenburg, 1993; Mintzberg *et al.*, 2000), especialmente por concentrar-se na área pública, passível de descontinuidade face às mudanças de governo.

O movimento *New Public Management* ou Nova Administração Pública - NAP ganhou força na década de 1980 no Brasil e trouxe profundas modificações na forma como o serviço público nacional é pensado e executado (Pereira, 2015; Costa, 2022). A necessidade de dinamizar a máquina pública face ao aumento do endividamento estatal e a crise do modelo de Estado vigente, contribuíram para a apropriação dos princípios dessa nova forma de gerir a coisa pública (Blonski *et al.*, 2017).

A reforma gerencial foi observada no Brasil especialmente pelo advento do Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado e o rompimento da burocracia clássica (Blonski *et al.*, 2017).

Após esse movimento, algumas iniciativas transformaram-se em legislação, como aconteceu com a gestão por competências, por exemplo, conforme o Decreto nº 5.707, de 23 de fevereiro de 2006 (Brasil, 2006), Decreto nº 9.991, de 28 de agosto de 2019 (Brasil, 2019) e o planejamento estratégico, de acordo com o Decreto nº 10.180, de 06 de fevereiro de 2001 (Brasil, 2001).

Segundo Blonski *et al.* (2017), a gestão gerencial constitui um fator fundamental para o aumento da eficiência das ações governamentais, visando à melhoria da prestação dos

serviços ao cidadão e não apenas focada em seus processos burocráticos internos, sem impactos significativos sobre a população.

Trata-se, portanto, de um enfoque baseado na administração pública gerencial em detrimento da burocrática, caracterizada pela adoção de conceitos, discursos e práticas gerenciais típicas do mundo corporativo (Oliveira, Sant'Anna & Vaz, 2010; Blonski *et al.*, 2017).

Destaca-se que a administração de empresas está voltada para o lucro privado, para a maximização dos interesses dos acionistas, esperando-se que, através do mercado, o interesse coletivo seja atendido, enquanto a administração pública gerencial está explícita e diretamente voltada para o interesse público, conforme o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado, 1995 (Brasil, 1995).

Portanto, destaca-se que como principais objetivos da reforma gerencialista: aumentar a eficiência e efetividade do Estado, fortalecer a necessidade de promoção do desenvolvimento econômico e social, assegurar um serviço público democrático e voltado para o cidadão e responsabilizar o servidor público pelo resultado obtido, reduzir custos, eliminar o empreguismo e eliminar a corrupção (Blonski *et al.*, 2017).

A transição da gestão pública burocrática para gerencial afetou diversas esferas de gestão de autarquias públicas (Zucatto & Minuzzi, 2021), prefeituras (Fares, Bastos & Fortunatto, 2019; Soares & Rosa, 2021), estados (Ferreira, Reis, Sediya & Silva, 2016), diferentes áreas como educação (Carvalho & Ferreira, 2021) e saúde (Martins, Tavares & Braga, 2021).

Assim sendo, foi necessário repensar o serviço público no sentido de profissionalizar seus gestores, estimular a gestão por resultados e a tomada de decisão embasada em ferramentas de gestão estratégica para o acompanhamento de resultados, o alcance de metas e o aprimoramento da qualidade dos serviços prestados para a sociedade (Bemfica & Callado, 2019).

A gestão estratégica consiste na coordenação entre os meios adotados para o alcance dos objetivos e os recursos da organização, atribuindo-se flexibilidade ao processo em decorrência de variações no ambiente interno e externo (Tavares, 2007; Oliveira, Paschoalotto, Terence & Escrivão Filho, 2022).

As ferramentas de gestão estratégica são responsáveis por munir o gerente de informações a fim de manter o controle da organização e subsidiar a tomada de decisão (Panosso, Camacho, Espejo & Abbas, 2020).

Sobre os desafios enfrentados pelos gerentes, relacionados à adaptação de determinadas ferramentas a realidade da área pública, Bemfica e Callado (2019) apontam a falta de recursos e apoio da gestão, participação mínima da sociedade, problemas culturais da organização, ausência de recompensas para os servidores envolvidos nos processos e precariedade dos sistemas de informação.

Diversas ferramentas de controle gerencial estão consolidadas na literatura, conforme sustenta Panosso *et al.* (2020), como planejamento estratégico, orçamento, métodos de custeio, *balanced scorecard*, análise de medidas econômicas de desempenho (EVA, Lucro Residual), visão baseada em valor, análise de *stakeholders*, *SWOT*, *PDCA*, controle estatístico de processo, sistema de informação estratégica, visão baseada em recursos, orçamento, dentre outras.

A adoção de ferramentas de gestão por parte de entes públicos pode repercutir no desempenho desses entes. Um possível ganho é a adoção de uma visão de longo prazo para a administração pública (Fares *et al.*, 2019).

A literatura aborda a experiência da adoção de ferramentas de gestão estratégica em diferentes organizações como: indústrias (Panosso *et al.*, 2020), micro e pequenas empresas (Silva, Ettinger, Silva & Santos, 2021), setor agrícola (Cavalheiro, Kremer, Gimenes, Baratelli & Pitteri, 2020), Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (Ubarana, Cruz & Vitorino, 2019), instituições de ensino superior (Falqueto, Hoffmann, Gomes & Mori, 2020) e organizações do ramo particular de saúde (Vendruscolo, Hoffmann & Freitas, 2012).

No setor de saúde e em hospitais públicos, por exemplo, a adoção dessas ferramentas pode até repercutir na organização de rotinas (Blonski *et al.*, 2017) e consequente ganho de eficiência.

Diante desse contexto questiona-se qual a relação entre as Ferramentas de Gestão Estratégicas implementadas nas organizações hospitalares do Ministério da Saúde do Rio de Janeiro e o desempenho dessas organizações?

1.1 OBJETIVO

Nas seções abaixo estão descritos o objetivo geral e os objetivos específicos do estudo.

1.1.1 Objetivo Geral

Nesse sentido, o objetivo geral do estudo é determinar se existe relação entre a Ferramenta de Gestão Estratégica implementada nas organizações hospitalares do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e a presença de alto desempenho dessas organizações.

1.1.2 Objetivos Específicos

Para o alcance dessa finalidade, o estudo fundamenta-se em (1) definir quais ferramentas demonstraram os melhores resultados no âmbito público e (2) quais práticas gerenciais devem ser mantidas de forma consistente, para o alcance do alto desempenho.

1.2 JUSTIFICATIVA

Se por um lado a NPM é um movimento de quase quarenta anos, a pesquisa sobre as ferramentas de gestão é mais recente. Uma busca na base Spell (spell.org.br) mostrou que o primeiro trabalho sobre planejamento estratégico em instituição pública surge apenas na metade dos anos 1990 (Silva, 1996), e que dos 28 trabalhos encontrados, dez foram publicados nos últimos seis anos.

Já sobre os termos “orçamento” e “*public*” o Spell retornou 46 trabalhos, com o primeiro sendo de Pinto & Machado (1968), com os dez trabalhos mais recentes entre 2017 e 2022. E, ainda, há de se considerar que o grande volume de publicações sobre esse tema envolve a questão do orçamento participativo. Então estamos tratando de um tema que continua na pauta da pesquisa científica.

1.3 DELIMITAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa delimita-se quanto ao aspecto espacial em organizações hospitalares, por serem complexas e, em geral, prestarem serviços de diagnóstico, prevenção, tratamento, hospedagem, educação, pesquisa (Silva, Borgert & Schultz, 2009).

Essas organizações possuem semelhanças no sentido de serem de médio (51 a 150 leitos) ou grande porte (acima de 151 leitos), bem como atuarem na realização de procedimentos de média e alta complexidade, com foco cirúrgico.

A complexidade do tema torna-se um aspecto que chama a atenção, já que trabalhos anteriores ligados à saúde pública (Martins *et al.*, 2021), tiveram o foco em políticas públicas mais que do que em hospitais. Então essa complexidade ainda não foi explorada.

O Rio de Janeiro concentra o maior número de organizações hospitalares do Ministério da Saúde no país, totalizando 9 (nove) organizações: Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal Servidores do Estado, Instituto Nacional de Cardiologia, Instituto Nacional do Câncer e Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (Brasil, 2023). Essa concentração de hospitais públicos federais justifica a escolha pelo lócus.

Inicialmente foi pensado a delimitação temporal entre os anos de 2016 a 2022, justificando-se pelo fato de apresentar uma pesquisa que abarcasse três governos diferentes e com distintos aspectos e particularidades de Gestão. Contudo, não foi possível a obtenção de dados, a partir de 2016, o que fez com que houvesse um ajuste na delimitação temporal. Além disso, a análise abará um período anterior e outro posterior à Pandemia de COVID-19, conferindo análises comparativas de dados no que se refere às ferramentas utilizadas nesse contexto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

No capítulo do referencial teórico são abordados os temas que sustentam a pesquisa, tais como gestão hospitalar e as especificidades desse tipo de administração. Especificamente, o foco será em torno da gestão hospitalar na área pública e serão abordadas as ferramentas de gestão estratégica utilizadas na área pública e, por fim, o desempenho das organizações hospitalares.

2.1 GESTÃO HOSPITALAR

A gestão de organizações hospitalares, reconhecidamente um nicho dinâmico e complexo (Ferreira, Garcia & Vieira, 2010; Santos, Carvalho & Pinhatti, 2022), já foi, no Brasil, um setor com desenvolvimento aquém das necessidades do mercado e dos usuários (Malik & Pena, 2003). A formação acadêmica e o perfil profissional inadequado dos gestores e seu pouco trato com a administração estratégica, a falha nos processos internos e a deficiência de incorporação de sistemas de informação foram os principais motivadores dessa lacuna (Malik & Pena, 2003).

Ainda hoje, conflitos entre a área técnica e gerencial persistem (Farias & Araújo, 2017), com a desconsideração de aspectos gerenciais pela área médica, especialmente no que tange à redução de custos, aumento de produtividade e padronização de processos de trabalho (Vendemiatti, Siqueira, Filardi, Binotto & Simioni, 2010) e desafios como a exigência de conhecimentos específicos, na gestão de recursos humanos e físicos (Ferreira *et al.*, 2010), acesso à tecnologia e ausência ou ineficiência de mecanismos de avaliação de desempenho continuam atuais (Schiesari, 2014).

Segundo Nascimento, Hoffmann e Farias (2014), a gestão hospitalar exige diferentes conhecimentos indispensáveis na administração de recursos humanos e físicos. Historicamente, os hospitais são reconhecidos por administrações realizadas por religioso, militares e médicos proprietários de organizações.

A título de exemplo, aponta-se as antigas instituições Santas Casas de Misericórdia do Rio de Janeiro, fundada no século XVI com a missão de atender os desvalidos e o Hospital Real Militar da Corte do Rio de Janeiro, criado no século XVIII para atender somente militares da alta patente (Fundação Oswaldo Cruz, 2023).

Observa-se que um tema abordado em estudos diversos, atinente à gestão hospitalar, é a gestão participativa ou colegiada, que consiste na “busca dentro da gestão hospitalar por práticas mais dialógicas e democráticas, numa forma de administração horizontal, onde cria-se um espaço, preferencialmente físico, destinado à realização de reuniões orientadas ao debate de ideias e a identificação e resolução de problemas” (Bernardes, Cecílio, Nakao & Évora, 2007).

A gestão colegiada influencia diretamente na resolução de outro desafio da gestão hospitalar ligada à comunicação entre os setores da organização hospitalar (Farias & Araújo, 2017)

2.1.1 Gestão Hospitalar Pública

Embora a gestão hospitalar de organizações públicas enfrente desafios idênticos aos das organizações privadas, a busca por resultados mais eficientes na área pública possui uma finalidade distinta do setor privado (Ghelman, 2006).

É indiscutível a relação entre lucro e sobrevivência no ramo particular, enquanto o gestor público persegue o aprimoramento do desempenho para aperfeiçoar os serviços entregues à sociedade. Ou seja, essa busca abre espaço para uma gestão estratégica da saúde.

Um dos pilares da administração pública gerencial é a busca pela capacitação e avaliação do desempenho dos servidores, corte de custos e acompanhamento dos avanços tecnológicos, transformar o cidadão em cliente e, em última e moderna análise, trazê-lo para dentro da Administração Pública (Carvalho & Ferreira, 2021).

Destaca-se, inclusive, que a Portaria SAES/MS nº 27, publicada no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde nº 40, de 02 de outubro de 2023, página 57, (Brasil, 2023) estabeleceu a Ativação dos Conselhos de Gestão Participativa, no âmbito dos 6 (seis) Hospitais Federais localizados no Rio de Janeiro, com a participação da alta gestão, dos funcionários e dos usuários dos serviços.

De acordo com Mintzber *et al.* (2000), a estratégia é um padrão, isto é, consistência em comportamento ao longo do tempo. Observa-se empiricamente que é comum a nomeação para cargos de alta gestão nas unidades hospitalares de profissionais cujo conhecimento técnico não é a principal exigência. Tais escolhas são habituais e as mudanças no cenário político interferem nas estratégias das organizações públicas ou privadas (Silva & Santos, 201) e na continuidade de processos de gestão.

Como consequência, presencia-se a descontinuidade dos processos de gestão em curso e dos objetivos da organização, que são modificados pelas trocas de governo ou de grupo político (Ghelman, 2006; Alves, Borba, Ramos, Barros & Ceolin, 2021). Portanto, o gerenciamento na área pública está sujeito ao alvitre político do momento, em detrimento do que de fato é relevante para a comunidade (Ghelman, 2006; Silva & Santos, 2012; Farias & Araújo, 2017).

Lopez (2015) apontou que é muito importante encontrar arranjo qualificado que abarque técnica e a política, qualificar a gestão ampliando na burocracia o espaço dos profissionais advindos de carreiras na burocracia de livre nomeação, ao passo que deve ser evitado o risco de apropriação corporativa desses locais por essas carreiras, fato que é um processo ainda em curso no Brasil.

Um estudo com hospitais universitários federais aponta (Littike & Sodré, 2015) que organizações muito compartimentadas, com setores independentes e atribuições bem definidas, compromete a eficiência na prestação do serviço e compromete a comunicação. Essa compartimentação é a base da estruturação dos regimentos internos e organogramas das organizações do Ministério da Saúde.

2.1.2 Resource-Based View - RBV

No que se refere à capacidade organizacional, Barney e Hersterly (2011) foram autores que contribuíram a partir das experiências promovidas em outros países trazendo possibilidades de recursos estratégicos no setor público.

A *Resource-Based View* ou Visão Baseada em Recursos é uma ferramenta de diagnóstico interno que trouxe recursos para análise de desempenho e que os autores utilizavam como estratégicos, financeiros, humanos, organizacionais, físicos e estruturais, tecnológicos e reputacionais. Portanto, a utilização de tais recursos impacta no desempenho.

Apesar de originalmente ter sido proposta por Barney (1991) com escopo de explicar as fontes de vantagem competitiva das empresas, a RBV também tem sido usada em organizações públicas, disponibilizando informações que possibilitam alcançar os objetivos dessa gestão: garantia de bons serviços à população.

Bryson, Ackermann e Eden (2007) são autores que apresentaram a experiência das entidades públicas do Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido. A pesquisa adotou o modelo VRIO - *value, rareness, imitability and organization* (valor, raridade, imitabilidade e organização), utilizado por Barney (2001).

Barney (1991), apontou que ao apresentar um modelo dos recursos internos de uma organização, os resultados obtidos permitem a elaboração de uma estratégia que impactaria na melhoria de desempenho das organizações, englobando todos os recursos possíveis, sendo eles: processos organizacionais, capacitação, atributos da organização, informações e conhecimentos.

Os autores Bryson *et al.* (2007) e Barney (2001), além de trazer a visão baseada em recursos das organizações, colaboraram identificando e apresentando “esquema de subsistência”, que seria um método apropriado para o setor público, vinculando competência distintiva às aspirações e metas organizacionais.

O sucesso do modelo VRIO, deve levar em consideração não somente o modelo da gestão interna, mas os recursos locais, buscando agregar aspectos geográficos, culturais, sociais e econômicos.

No setor público, a utilização do RBV evidencia uma importante ferramenta que tem por objetivo apontar indicadores de desempenho e seus resultados apresentam questões acerca da insuficiência de orçamento, identificando a importância dos recursos humanos e organizacionais como estratégia.

Pee e Kankanhalli (2016) também estudaram os recursos humanos com o escopo vinculado à estratégia. Os autores analisaram a RBV em 101 organizações no setor público da Europa. Consideraram que a adoção de práticas de gestão do conhecimento no setor público garante melhorias nessa gestão e promove maior agilidade no desenvolvimento de políticas públicas e prestação de serviços de qualidade à população. Dessa maneira, a gestão do conhecimento seria a melhor forma de o setor público realizar aprimoramentos na gestão e garantir uma boa qualidade nos serviços prestados.

Lee e Whitford (2012) enfatizam a classificação de recursos financeiros, físicos, humanos e organizacionais baseados nos estudos de Barney e Hesterly (2011) e utilizaram como análise as estratégias de funcionamento de organizações governamentais norte-americanas e os impactos diferenciais de uma variedade de recursos organizacionais das agências federais. Esses autores trouxeram um novo recurso não reconhecido teoricamente, mas com capacidade de interlocução com os demais: o recurso político. Esse novo recurso seria considerado como estratégico, embora não tenha sido inserido nas categorias originais apontadas nos estudos anteriores.

Mintzberg *et al.* (2000) apontam que todas as organizações imagináveis, privadas e públicas, assumem, moderada ou ocasionalmente, formas políticas. Somente aquelas menores ou dirigidas da forma mais autocrática podem evitar totalmente a política aberta durante certo tempo.

Por outro lado, algumas organizações são inteiramente cooptadas por política e, assim, cada decisão estratégica torna-se um campo de batalha. O local se transforma em uma ‘arena política’, não muito diversa dos governos caracterizando uma forma de gestão complexa. Mintzberg *et al.* (2000) acredita que estratégias possam emergir de processos políticos e que em alguns casos, uma única decisão à qual se chegou por meios políticos pode estabelecer um precedente e, a partir deste, um padrão.

Mintzberg *et al.* (2000) aponta que “quando as estratégias surgem por fora da dos processos políticos, elas tendem a ser mais emergentes do que deliberadas e vêm, provavelmente, mais na forma de posições do que de perspectiva”. Portanto, a partir de Mintzberg *et al.* (2000) e utilizando as constatações apresentadas por Lee e Whitford (2012) o recurso político também seria considerado como parte da RBV.

2.2 FERRAMENTAS DE GESTÃO ESTRATÉGICA

A gestão estratégica é um processo que visa definir missão, visão, valores, metas e objetivos, definir os mecanismos de atingimento das metas determinadas, monitorar e controlar o desempenho (Cavalheiro *et al.*, 2020).

Na área pública, é comum que as mudanças e avanços sejam recebidos com maior morosidade devido a diversos fatores, incluindo a escassez de recursos e os processos burocráticos complexos (Cavalheiro *et al.*, 2020). Dessa forma, a gestão estratégica e o uso de ferramentas parecem imprescindíveis.

De acordo com Clark (1997), são consideradas ferramentas para o desenvolvimento desse processo as “técnicas, métodos, modelos, *frameworks*, abordagens e metodologias que estão disponíveis para apoiar a tomada de decisão dentro da gestão estratégica”.

Algumas ferramentas serão abordadas adiante como o Orçamento, Planejamento Estratégico, *Balanced Scorecard*, *Benchmarking*, Sistema de Informação, Planejamento e Gerenciamento de Contratações, Gestão por Competência, *SWOT*, Ciclo PDCA, Matriz GUT e Método Lean.

2.2.1 Orçamento

O uso do orçamento data de 1970 no Brasil. Para Miranda e Lobonati (2002), trata-se do uso intensivo de contabilidade para registrar, classificar e avaliar bens. Na década de 1980, Welsch (1983) definiu o orçamento como “um enfoque sistemático e formal à execução das responsabilidades de planejamento, coordenação e controle da administração”.

De forma integrada à gestão estratégica, a função do orçamento é a de planejar e controlar (Welsch, 1983; Erasmo, Duarte & Lima, 2019). O Orçamento, representando o planejamento financeiro, foi definido por Lunkes (2003) como "uma demonstração dos planos em termos financeiros. Caracteriza-se por não ser estática, devendo ser adequada às realidades apresentadas à organização”.

Segundo Brookson (2000), orçamento é um plano de atividades futuras. Pode assumir diversas formas, mas normalmente reflete os departamentos e o conjunto da empresa em termos financeiros, fornecendo as bases para se aferir o desempenho da organização.

O autor colaborou com a ideia de que orçamentos são essenciais para o planejamento e o controle da empresa, auxiliam na coordenação das ações dos líderes de diferentes áreas, estabelecem um compromisso com os objetivos da instituição, garantem

autoridade ao gerente de cada área para despesas e metas claras de receitas (Brookson, 2000), destacando seis objetivos do orçamento: planejamento, coordenação, comunicação, motivação, controle e avaliação.

Trazendo para um contexto mais atual e conforme recente experiência vivenciada nas unidades hospitalares com o advento da pandemia de COVID 19, identificou-se empiricamente que o orçamento precisou ser rapidamente revisado e a estratégia de atuação reavaliada, com a suspensão de cirurgias eletivas para tratamentos diversos de saúde e investimento em fármacos e material médico hospitalar para tratamento dos pacientes infectados pelo vírus. Portanto, no uso da ferramenta orçamento, o gestor precisa aprimorar o processo decisório, beneficiando um objeto em detrimento de outro (Farias & Araújo, 2017).

Erasmu *et al.* (2019) realizaram estudo na Universidade Federal do Tocantins – UFT e corroboraram o entendimento de que a integração entre planejamento e orçamento na gestão pública é condição de transparência à execução orçamentária com a apresentação de informações gerenciais aos tomadores de decisão.

2.2.2 Planejamento Estratégico

O Planejamento estratégico é definido como um processo de análise sistemática dos pontos fortes ligados às competências e pontos fracos ligados às possibilidades de melhorias da organização e das oportunidades e ameaças do ambiente externo, a fim de definir quais ações estratégicas serão adotadas pelas organizações num período de tempo definido (Pereira, 2010; Matos, Duarte, Camargo, Perez, & Silva, 2023).

Seu objetivo é formular metas e objetivos com o intuito de melhorar os serviços oferecidos e seu grau de resolutividade. O planejamento estratégico deve ser participativo com o envolvimento das esferas tática e operacional na definição das ações estratégicas, devendo ser adaptável quando houver necessidade de revisão, pelo seu caráter dinâmico, podendo ser reavaliado e corrigido (Pereira, 2010; Matos *et al.*, 2023).

Sua aplicação no Brasil iniciou-se na década de 1980 na área privada. Na administração pública essa ferramenta consolidou-se especialmente pela mudança do modelo de gestão tradicional para o modelo gerencial, com foco na eficiência, eficácia e efetividade (Bandeira & Amorim, 2020).

Nos estudos apresentados por Malik e Pena (2003) os autores buscaram relacionar estratégias de hospitais em São Paulo e Atlanta, nos Estados Unidos e a partir da coleta de dados e conseguiram identificar grandes diferenças de planejamento entre eles. O resultado obtido foi

que o hospital brasileiro apresentou um desempenho inferior e sua visão não era bem definida. O hospital de Atlanta possuía um planejamento estratégico bem estruturado e apresentou um ótimo desempenho.

O planejamento estratégico é capaz de realizar o diagnóstico estratégico da organização e entregar como produto a definição de missão, visão e valores. A partir dessa definição, é possível realizar o diagnóstico de ambiente interno e externo (Matos *et al.*, 2023).

Em pesquisa realizada por Silva e Assis (2016), através da aplicação de questionários em vinte Hospitais Universitários Federais com o objetivo de definir os elementos basilares do planejamento estratégico, que são a missão, os valores e a visão (Kaplan; Norton, 2008), os autores identificaram que todos elaboraram uma estratégia e que a metodologia pode ser identificada nos Planos Diretores Estratégicos das instituições.

Segundo os autores, “além da análise ambiental, utilizou-se análise de gaps, definição de macroproblemas, construção de árvores explicativas, definição de nós críticos e seleção dos principais problemas” (Silva & Assis, 2016).

Matos *et al.*, 2023 elaboraram o planejamento estratégico do Subsecretaria de Assuntos Administrativos do Ministério da Saúde, para o período de 2020 à 2023 e concluíram que o instrumento é de fundamental importância para o avanço da estratégia na gestão pública, melhorando a eficiência do órgão pelo alinhamento das metas estabelecidas com às necessidades sociais e a otimização dos recursos.

2.2.3 *Balanced Scorecard* - BSC

O *Balanced Scorecard* - BSC é uma ferramenta de controle gerencial desenvolvida por Kaplan e Norton na década de 1990, cujo objetivo é a integração de estratégias, ao comunicar-se com processos e sistemas de uma determinada organização, com o objetivo de desenvolver indicadores de desempenho diversos, em detrimento do uso exclusivo de dados contábeis e financeiros. Na avaliação de desempenho da organização, outros valores seriam levados em consideração, inclusive os intangíveis (Blonski *et al.*, 2017; Bandeira & Amorim, 2020).

Alguns estudos apontaram o *Balanced Scorecard* como ferramenta gerencial capaz de auxiliar a tomada de decisão do gestor, melhorar o desempenho e com avaliação positiva dos clientes/usuários do serviço, seja no âmbito privado ou de organizações do governo (Inamdar & Kaplan, 2002; Kaplan & Norton, 2004; Funck, 2007; Bandeira & Amorim, 2020).

Segundo Bandeira e Amorim (2020), os precursores da ferramenta apontaram os quatro eixos de perspectivas do BSC: (1) Perspectiva do cliente: identificam quem são os clientes e a expectativa desses com relação a organização, bem como a melhor proposta de serviço e o valor cobrado; (2) Perspectiva dos processos internos: identificam os processos de trabalho, recursos e as estratégias que garantam o bom desempenho; (3) Perspectiva financeira: no setor público visam o alcance da eficiência com a entrega dos melhores serviços e otimização dos recursos empregados e (4) Perspectiva de aprendizado e crescimento: Identificação dos resultados, com a criação de série histórica para utilização nas futuras decisões (Kaplan & Norton, 2004).

Portanto, a análise conjunta dessas perspectivas confere uma visão holística da estratégia adotada pela organização, facilitando a compreensão (Bandeira & Amorim, 2020). A materialização desta visão ampla e objetiva é representada pelo mapa estratégico, ou seja, uma representação gráfica entre as quatro perspectivas do BSC e dos objetivos estratégicos da organização (Kaplan & Norton, 2004; Bandeira & Amorim, 2020).

Segundo a literatura, observam-se cinco princípios na implantação do BSB: (1) definição da estratégia organizacional a partir da elaboração de mapas estratégicos e criação de valores a partir da perspectiva financeira, do cliente, de processos internos e do aprendizado e crescimento; (2) alinhamento da missão e visão com os valores da organização; (3) estabelecimento do caráter participativo e cooperativo, em todos os níveis da organização, com a divulgação da estratégia; (4) implantação da cultura organizacional de que a estratégia é um processo contínuo, através de ações concretas juntos aos colaboradores e (5) comprometimento das altas lideranças da organização com os processos de estratégia organizacional. (Kaplan & Norton, 2004; Bandeira & Amorim, 2020)

O BSC e suas bases metodológicas, inicialmente concentradas na área privada, foram incorporadas a administração pública com algumas modificações para melhor adaptação ao escopo da área pública (Bemfica & Calado, 2016), sendo inclusive proposto um BSC com seis perspectivas, que relacionem eficiência, eficácia e efetividade (Ghelman, 2006).

No modelo adequado para as organizações públicas, não importa a literatura seguida, as perspectivas tradicionais são desmembradas para fazer incluir cidadão, sociedade e administração pública, bem como a perspectiva financeira, agora posicionada na base do modelo, seria renomeada para orçamentária (Ghelman, 2006; Félix, Félix & Timóteo, 2011; Rosa, Petri, Petri & Casagrande, 2014)

2.2.4 *Benchmarking*

O Benchmarking surgiu na década de 1970 nas empresas privadas e pode ser visto como um modelo de identificação de oportunidades com o intuito de aumentar a competitividade em ambientes turbulentos. Seu contexto de surgimento foi originado pelas falhas dos métodos tradicionais de fixação de metas que algumas empresas americanas adotavam para enfrentar a concorrência externa, principalmente pelos produtos japoneses. Foi definido por Zairi e Leonard (1995) como ponto de referência, o padrão no qual a organização deve se pautar.

Essa ferramenta gerencial aperfeiçoa o desempenho organizacional ao identificar e aplicar as melhores práticas encontradas no mercado ou internamente na empresa e tem como principal objetivo buscar um maior desempenho ou dinâmica de um processo, ao incorporar e aprimorar essas técnicas (Rigby, 2009; Furquim, Queirós, Sousa Junior & Oliveira, 2022).

Camp (1998) apontou que *Benchmarking* é definido por meio do atingimento de desempenho superior, o que num processo de aprimoramento, seja na própria empresa, ou fora dela, ocorre através da constante busca pela superioridade e pela obtenção de resultados. O autor afirmou que *Benchmarking* é o processo contínuo de medição de serviços, produtos e práticas em relação aos mais fortes concorrentes, ou às empresas reconhecidas como líderes em suas indústrias.

O *Benchmarking* é capaz elevar o nível de competitividade da organização através do aprendizado, à base de tentativa e erro, sem gastos para a organização (Vendruscolo *et al.*, 2012). É um processo gerencial continuado, que visa à melhoria contínua através de informações e inspirações nas melhores práticas.

Carlini Junior e Vital (2004) estabelecem 3 etapas no processo da ferramenta: (1) planejamento que consiste na escolha do que será medido ou comparado e da organização parâmetro de excelência; (2) execução: análise do desempenho da organização parâmetro, das estratégias utilizadas para o alcance do bom desempenho e comparar com as da própria organização e (3) implantação das melhorias: desenvolvimento do plano de ação para obtenção das melhores práticas, disseminá-las na organização, implementar e controlar os resultados.

No Brasil, os exemplos de instituições públicas hospitalar que utilizam-se dessa ferramenta para melhoria são (1) os Hospitais Federais Universitários, por meio do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), contendo 45 hospitais e 50 indicadores; (2) as Organizações Sociais de Saúde em São Paulo, com 19

indicadores; (3) Sistema de Avaliações dos Hospitais de Ensino de São Paulo, vinculado à Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo, contendo 30 hospitais e 60 indicadores (Couttolenc, 2014).

Ao oferecer *Benchmarks* – padrões ideais para comparar e monitorar atividades concretas – constituem uma forma confiável de analisar o real desempenho da organização. Representam, assim, um modo de gerar informações para que a empresa possa aferir o andamento de suas atividades e definir como adaptar-se aos planos traçados (Brookson, 2000).

2.2.5 Sistema De Informação

Os Sistemas de Informação são um “conjunto de componentes interrelacionados que coletam, processam, armazenam e distribuem a informação para apoiar o processo de tomada de decisão e auxiliar no controle das organizações de saúde” (Marin, 2010, 21).

Tendo em vista a complexidade das organizações de saúde (Silva *et al.*, 2009), os sistemas de informação implementados devem ser interligados para que a eficiência da área técnica e gerencial sejam adunadas, com a facilitação da comunicação, integração das equipes e coordenação das ações (Marin, 2010).

Um estudo realizado nos Sistemas de Informação do SUS detectou que os sistemas foram desenvolvidos ou adquiridos, sem uma análise da articulação entre si dessas ferramentas, sendo certo que “na sua maioria as informações não possibilitam, com agilidade, a tomada de decisões administrativas, técnicas, epidemiológicas, ambientais” (Bittar, Biczuk, Serinolli, Zago & Moura, 2018, 7).

Farias e Araújo (2017) entendem que o uso de Sistemas de Informação podem ser uma vantagem competitiva na gestão hospitalar.

2.2.6 Planejamento e Gerenciamento de Contratações – PGC

O PGC consiste em uma ferramenta gerencial eletrônica, regulamentada pelo Decreto nº 10.947, de 25 de janeiro de 2022, da Presidência da República (Brasil, 2022), onde concentram-se informações das contratações dos órgãos e entidades da administração pública para o exercício subsequente, permitindo a elaboração do Plano Anual de Contratações.

De acordo com o artigo 5º do Decreto, os objetivos do PGC, a partir da elaboração do plano de contratações anual pelos órgãos e pelas entidades, são (1) racionalizar as contratações das unidades administrativas de sua competência, através da promoção de

contratações centralizadas e compartilhadas, com objetivo de obter economia de escala, (2) padronização de produtos e serviços e garantir a redução de custos processuais; (3) garantir o alinhamento com o planejamento estratégico, o plano diretor de logística sustentável e outros instrumentos de governança existentes; (4) fomentar a elaboração das leis orçamentárias; (5) não permitir fracionamento de despesas e (6) sinalizar intenções ao mercado fornecedor, de forma a aumentar o diálogo potencial com o mercado e incrementar a competitividade.

Segundo informações contidas no Portal [comprasnet.gov](http://comprasnet.gov.br) do Governo Federal (BRASIL, 2023), com a elaboração dos Planos Anual de Contratações, esses órgãos e entidades aperfeiçoam a governança e a gestão de suas contratações, melhorando o desempenho a partir da otimização do uso de recursos públicos, relacionam o planejamento das aquisições com o orçamento, das contratações com o planejamento estratégico da organização e da possibilidade de aquisição em conjunto com outros órgãos, trazendo eficiência no uso do dinheiro público (Leonez, 2021)

Portanto, essa ferramenta gerencial própria da administração pública deverá ser conjugada com outras ferramentas previamente elaboradas, como o orçamento e o planejamento estratégico, sendo condição para o prosseguimento de qualquer contratação o prévio lançamento do planejamento da despesa no sistema próprio.

Em prévio levantamento bibliográfico não foram localizadas pesquisas que possuam correlação entre PGC e orçamento. A lacuna bibliográfica em torno do tema, deve-se ao fato de que se trata de uma ferramenta recente, regulamentada em janeiro de 2022.

2.2.7 Gestão Por Competência

Historicamente a gestão pública é reconhecida pelas discontinuidades, tendo em vistas os recursos políticos que se estabelecem nas organizações (Ghelman, 2006). O movimento de modernização da administração pública calcado na priorização da eficiência para alcance de melhores resultados, tem como um dos pilares, a gestão dos servidores públicos com foco nas competências (Sano & Abrucio, 2008; Almeida Neto, Barbosa & Barbosa, 2020).

A gestão por competências foi instituída através do Decreto Federal nº 5.707/2006, que definiu gestão por competências como a administração da capacitação direcionada para o desenvolvimento do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias ao desempenho das funções dos servidores, visando ao alcance dos objetivos da instituição.

O Decreto Federal nº 9.991, de 28 de agosto 2019 (BRASIL, 2019), revogou o anterior e estabeleceu em seu Art. 1º que dispõe sobre a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoas – PNDP, com o objetivo de promover o desenvolvimento dos servidores públicos nas competências necessárias à consecução da excelência na atuação dos órgãos e das entidades da administração pública federal direta, autárquica e fundacional.

Portanto, o mapeamento de competências é realizado através da avaliação do próprio colaborador sobre suas habilidades, pontos positivos, pontos negativos e objetivos na organização (Siqueira & Nascimento, 2016). Além da adequação laboral, existe a possibilidade de mapeamento de capacitação necessária para os colaboradores da organização.

Estudo realizado em um Hospital Universitário Federal, gerido pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH (Siqueira; Nascimento, 2016), constatou que a implementação da ferramenta trouxe resultados positivos para a organização, que estava diretamente ligada ao planejamento estratégico, com a pactuação de metas e a negociação com a equipe das responsabilidades e indicação de competência. Após o período de execução e monitoramento, são identificadas as necessidades de desenvolvimento e o Plano é elaborado.

Almeida Neto et al. (2020) realizou pesquisa para identificar quais as contribuições da gestão por competências ao desempenho do IBGE na Paraíba e identificaram que o ponto fraco da organização se concentra na gestão de pessoas, especialmente porque a gestão por competência ainda é um assunto pouco conhecido pelos colaboradores, ainda que em nível gerencial, demonstrando que a administração pública ainda precisa aprofundar-se na capacitação de seus servidores.

2.2.8 SWOT

A Matriz SWOT é uma ferramenta de diagnóstico, que analisa a competitividade de uma organização segundo quatro variáveis: *Strengths* (Forças), *Weaknesses* (Fraquezas), *Opportunities* (Oportunidades) e *Threats* (Ameaças), sendo capaz de oferecer uma visão sistêmica do posicionamento da organização, colaborando como uma ferramenta útil para o planejamento estratégico e a elaboração de boas práticas de gestão (Menezes, Pessanha, Silva Neto & Hora, 2022).

Sua técnica abarca os principais fatores internos e externos que englobam o contexto organizacional de um serviço, na medida que a finalidade é identificar o grau em que as forças e fraquezas atuais são relevantes e capazes de lidar com as ameaças ou capitalizar as

oportunidades no âmbito institucional (Mendes, Santos, Santos, Silva, Silva, Oliveira & Silva, 2016).

Estudo realizado no Hospital Universitário Clemente de Faria aponta para o resultado positivo da aplicação da ferramenta de gestão, tendo em vista que seu caráter objetivo no diagnóstico da organização, possibilita o estabelecimento de metas, a partir dos fatores influenciadores da tomada de decisão (Mendes *et al.*, 2016).

Na Universidade Estadual do Norte Fluminense – UENF foi realizado um estudo com a utilização da ferramenta como instrumento de gestão e concluiu-se que a análise SWOT demonstrou um panorama global das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças para a missão institucional da UENF, evidenciando a necessidade de realização de diagnósticos estratégicos periódicos, inclusive com maior participação da comunidade universitária (Menezes *et al.*, 2022).

2.2.9 Ciclo PDCA

O Ciclo PDCA - *Plan, Do, Check e Act* (planejar, executar, verificar e agir), foi desenvolvido por Walter A. Stewart nos anos de 1930 e difundido por Willian Edwards Deming, a partir da década de 1950 (Pakes, Silva, Cruz & Rocha, 2022). O método foi desenvolvido com êxito nas empresas japonesas para otimização de seus processos e controle.

Tal método pode ser utilizado de forma contínua para garantir o gerenciamento em uma organização, por meio de uma diretriz de controle (planejamento da qualidade), do monitoramento do nível de controle a partir de padrões e da manutenção da diretriz atualizada.

Segundo Costa, Santana e Trigo (2005), cada uma das quatro etapas possui desdobramentos que sejam executados em suas respectivas especificidades, da seguinte forma:

(1) *plan*: toda atividade tem seu início a partir de um planejamento, avaliando a conjuntura atual e fomentando a investigação do que é pretendido para estabelecer a mudança e otimização;

(2) a fase *do* é colocar o plano de ação em prática, com a divulgação a todos da organização, assim como, aplicar as técnicas de treinamento, verificar fisicamente o local das ações propostas, registrar todas as atitudes e os resultados bons e ruins, com intuito de obter um bom histórico real da situação;

(3) *check* é o momento de checar e comparar os dados apresentados com a execução e que foi estabelecido no plano, com intuito de apurar se os resultados foram alcançados. A equação da diferença entre o desejável, o que foi planejado, e o resultado real alcançado institui

um problema a ser resolvido. Esse momento envolve uma etapa com a coleta de dados do processo e a comparação destes com os do padrão e a análise dos dados do processo garantindo subsídios relevantes à próxima etapa (Bueno, 2010).

(4) *action* consiste em tomar ações com objetivo de correção das diferenças significativas entre os resultados reais e planejados, estudar as diferenças para determinar suas causas. Determinar onde aplicar as mudanças que incluem a melhoria do processo ou produto.

Quando uma passagem por estas quatro etapas não resultar na necessidade de alguma melhora, o PDCA pode ser refinado com maiores detalhes na iteração seguinte do ciclo. Segundo Longo (1996), caso tenha necessidade, o gestor da unidade deve traçar novos planos com intuito de melhorar os procedimentos, corrigindo as falhas e aprimorando o processo de atuação da instituição.

A atuação deve ser corretiva, ou seja, caso a operação realizada não esteja de acordo com o planejado, deve-se atuar corretivamente com planos de ação para a correção de rumo visando atingir a meta estabelecida (Kotler, 2012).

Estudo realizado por Pakes et al. (2022) em indústria têxtil localizada no interior do Estado de São Paulo apontou que a aplicação da ferramenta contribuiu para a redução do principal problema diagnosticado, resultando na melhoria da qualidade do produto final, na redução de defeitos no aumento da produção e lucro.

2.2.10 Matriz GUT

A ferramenta foi desenvolvida por Kepner e Tregoe (1981). A matriz de prioridade de GUT refere-se à gravidade, urgência e tendência. A partir da aplicação é possível priorizar ações para subsídios de informações para a tomada de decisões (Periard, 2011).

O principal benefício de sua utilização é o auxílio ao gestor no sentido de avaliar de forma quantitativa os problemas existentes, tornando possível priorizar as ações corretivas e preventivas para a resolução total ou parcial do problema.

A ferramenta foi aplicada no Departamento de Direito da Universidade Federal de Santa Catarina, para identificação dos principais processos críticos, com o dimensionamento dos problemas, mapeamento das prioridades, capacidade de instruir o Planejamento Estratégico e na tomada de decisão (Alves, Kinchescki, Da Silva, Vecchio, De Oliveira & Cancelier, 2017).

A instrumentalização da ferramenta consiste na pontuação e classificação dos processos, utilizando-se os parâmetros da gravidade, urgência e tendência, para definir as prioridades (Aguiar, Da Silva, Tajra, Travededo, Gouveia, Aguiar, Lira & Lima, 2014).

2.2.11 Método LEAN

O método foi aplicado no contexto do sistema Toyota de Produção no Japão e sua adoção vem crescendo e assumindo posição em diversos setores, inclusive na saúde (Gijo & Antony, 2014). O principal objetivo do método é a identificação do valor nas etapas do processo e a máxima eliminação dos desperdícios.

Assim, garante-se o foco no valor e na garantia da qualidade. Oliveira (2004) apontou que o conceito *LeanHealthcare*, é voltado a uma filosofia de gestão que pretende desenvolver uma cultura organizacional de melhoria contínua, beneficiando não só os pacientes, mas também os demais envolvidos em um ambiente hospitalar.

Os autores Toussaint e Gerad (2012) trouxeram a aplicabilidade do *LeanHealthcare* para área de saúde e pontuaram três princípios básicos, tais como: 1) o ponto central é o estabelecimento do processo com foco no paciente; 2) identificação do valor para o paciente e evitar o desperdício e 3) minimização ao máximo o tempo de estadia do paciente no hospital e para as etapas do processo.

O Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, PROADI-SUS, com o propósito de apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde, implantou o projeto Lean nas Emergências de diversos hospitais que aderiram ao programa. (PROADI-SUS, 2024).

2.3 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO

Segundo Vieira (2016), a administração pública gerencial orienta-se por resultados, integra a descentralização, a delegação de autoridade e de responsabilidade ao gestor público, o rígido controle sobre o desempenho, analisado mediante indicadores combinados e definidos por contrato que contêm estratégias efetivas na busca por efetividade e eficácia na gestão pública.

A avaliação é a operação na qual é julgado o valor de uma iniciativa organizacional, a partir de um quadro referencial ou padrão comparativo previamente definido (Garcia, 2022). Assim sendo, o esse processo é considerado a última etapa dos ciclos e identificado como o momento que estimula a evolução ou da reconsideração das ações estabelecidas (Zucatto & Minuzzi, 2019).

Existem critérios que são considerados para a análise sistemática desses resultados: a economicidade, que se refere ao nível de utilização dos recursos; a eficiência econômica, que trata dos recursos utilizados (*inputs*) e produtividade (*outputs*); a eficiência administrativa (execução); a eficácia, que corresponde ao alcance das metas estabelecidas; e, a equidade que trata dos beneficiários da política (Secchi, 2012).

Complementa-se a isso os aspectos tecnicistas e quantitativos, como o uso de indicadores, os aspectos qualitativos como compreender as relações dos atores envolvidos, o desenho institucional que está sendo construído por meio dessa política, enfim a sua realização no cotidiano da instituição (Jannuzzi, 2002).

Nas organizações públicas, esses critérios estabelecidos serão aplicados para avaliar a qualidade do serviço público entregue a população e, conseqüentemente, a eficiência no uso do recurso público aplicado.

2.4 PESQUISAS SIMILARES OU CORRELATAS

O Quadro 1 apresenta uma amostra de algumas pesquisas que envolvem o uso das Ferramentas de Gestão Estratégica, em especial, com a demonstração do alto desempenho obtido pelo uso dessas ferramentas, reafirmando a gestão estratégica como uma realidade a ser seguida pela Administração pública gerencial.

Esse enfoque baseado em pesquisas recentes demonstra que o presente trabalho se encontra coadunado com as linhas atuais de estudos sobre ferramentas e desempenho.

Quadro 1 – Pesquisas similares ou correlatas sobre o Ferramentas de Gestão Estratégica e Desempenho

AUTOR/ANO	OBJETIVOS	MÉTODO	RESULTADOS
de Souza, de Proença & Soares (2022).	Compreender as conexões entre os autores e as teorias que pesquisaram a avaliação de desempenho organizacional e as ferramentas de gestão.	Bibliométricos e por meio da Análise Fatorial Exploratória.	Possibilitou traçar a estrutura intelectual do campo de avaliação do desempenho organizacional e algumas das ferramentas de gestão, deixando aberta a possibilidade de novas pesquisas com outras ferramentas e a relação destas com a performance organizacional.
Quesado & Marques (2020).	Elaborar uma proposta de implementação do <i>Balanced Scorecard</i> (BSC) numa grande empresa portuguesa que	Análise qualitativa e quantitativa dos dados.	o BSC é uma ferramenta muito útil para a melhoria do desempenho organizacional com vista ao cumprimento dos

	opera no setor têxtil.		objetivos estratégicos.
Panosso, Espejo, Camacho & Abbas (2020)	Investigar a influência das prioridades estratégicas na adoção de ferramentas de controle gerencial e no desempenho de empresas industriais paranaenses.	Revisão de literatura, aplicação de questionário e regressão logística.	As prioridades estratégicas de diferenciação demonstraram influência no uso de três ferramentas de controle gerencial: o orçamento, a análise custo/volume/lucro e o <i>balanced scorecard</i> .
Oliveira (2021)	Determinar a relação entre ferramentas de gestão e controle (FGC) e o desempenho de empresas juniores (EJs).	QCA	Os resultados apontam que as ferramentas mais utilizadas são o orçamento e o planejamento e análise <i>SWOT</i> . Entre as ferramentas menos utilizadas destaca-se o <i>Balanced Scorecard</i> e a Curva ABC.
Vasconcelos, Lopes, Frare, Cruz & Barbosa (2023)	Analisar quais as práticas de controle gerencial podem promover o alto desempenho da inovação de startups.	QCA	Conclui-se pela contribuição das práticas de controle gerencial em prol do alto desempenho da inovação de startups.

Fonte: Elaboração própria.

3 METODOLOGIA

Nessa etapa do trabalho são abordados a classificação da pesquisa, as organizações hospitalares estudadas, o instrumento utilizado para coletar os dados primários e o seu pré-teste para validação e o tratamento desses dados.

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

A pesquisa tem caráter descritivo, de corte longitudinal para o uso das ferramentas, mas transversal, do ponto de vista da resposta das pessoas.

A abordagem contempla aspectos qualitativos e quantitativos, através de estatística descritiva e a utilização do método QCA (*Qualitative Comparative Analysis*), qualitativo e quantitativo, com análise realizada pelo software Tosmana - *Tool for Small-N Analysis*, tratando-se de um estudo de multicascos.

A natureza da pesquisa será aplicada e busca a solução de um problema relevante para a administração pública com o levantamento de informações a fim de subsidiar a tomada de decisão na gestão das organizações do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro.

3.2 A ESCOLHA DOS CASOS

O estudo foi realizado em 9 (nove) organizações do Ministério da Saúde, constituídos por Hospitais e Institutos Federais do Rio de Janeiro: Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal Servidores do Estado, Instituto Nacional de Cardiologia, Instituto Nacional do Câncer e Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia. Esses casos foram selecionados por serem a maior rede federal de hospitais no Brasil.

As organizações estudadas possuem semelhanças no sentido de serem de médio (51 a 150 leitos) ou grande porte (acima de 151 leitos), bem como atuam na realização de procedimentos de média e alta complexidade, com foco cirúrgico.

Para a melhor avaliação do perfil e tamanho das organizações estudadas, foi realizado um resumo (Tabela 1) com o período de criação, o perfil assistencial, o número de médicos, efetivos ou temporários, o número de profissionais administrativos, efetivos ou temporários e o número total de profissionais (Bellen, Richartz & Duarte, 2022)

Além disso, a média dos anos de 2018 a 2022, das seguintes informações: o número médio de leitos operacionais por ano, o número médio de consultas por ano e o número médio de cirurgias por ano (Tabela 1).

Decidiu-se pela média do período estudado por uma questão de equidade entre as organizações, já que no período da pandemia de COVID 19, algumas foram mais afetadas que outras.

Registre-se que os dados em branco não foram fornecidos pelas organizações.

Tabela 1 – Dados complementares das organizações estudadas

Organização	Criação	Perfil assistencial	Nº de médicos (servidores efetivos e temporários)	Nº de profissionais administrativos (servidores efetivos e temporários)	Nº total de profissionais	Nº médio de leitos operacionais/ano	Nº médio de consultas/ano	Nº médio de cirurgias/ano
HFA	Década de 40	Neurocirurgia, Traumato-Ortopedia, Cirurgia Geral/bariátrica, Cirurgia Coloproctológica, Cirurgia Vasculard, Cirurgia Urológica, Cirurgia Ginecológica, Cirurgia Plástica/tratamento de queimados, Otorrinolaringologia, Cirurgia Bucomaxilofacial, Odontologia, Clínica Médica e Oncologia Clínica/Cirúrgica, além de ser habilitado com uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).	350	232	2.427	253	72.078	3.172
HFB	Década de 40	Nefrologia/ Transplante Renal, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Maternidade de Alto Risco, Neonatologia/ UTI Neonatal e Pediátrica, Cirurgias Oncológicas, Endoscopia Digestiva, Oftalmologia/ Transplante de Córnea, Ortopedia e Cirurgia Cardíaca, Vasculard/ Hemodinâmica.	599	367	2.797	315	109.941	5.847
HFCF	Década de 40	39 serviços assistenciais de subespecialidades e especialidades, dentre estas, a Clínica de Oncologia	312	145	1.432	176	65.647	2.714
HFSE	Década de 40	45 serviços médicos especializados, contando com oncologia adulto e pediátrica	572	321	2.355	329	189.028	5.026

HFI	Década de 50	Oncologia. É referência em diversas especialidades como ginecologia/mastologia, urologia, cirurgia geral/bariátrica, cirurgia plástica reparadora, endoscopia CPRE, entre outras. Na área clínica, algumas referências são a pneumologia, a dermatologia e a infectologia.	303	127	1.179	107	95.253	4.529
INCA	Década de 50	Oncologia clínica e cirúrgica. Quimioterapia e Radioterapia. Cuidados Paliativos			2.957	390	178.639	6.280
HFL	Década de 60	Cirurgias oncológicas, Mastologia, Cirurgia vascular, Oftalmologia, Cirurgia de mão e a Otorrinolaringologia, sendo conhecido pela excelência no Serviço de Hematologia Pediátrica, além de ser habilitado com uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON).	406	120	1.469	178	145.291	5.804
INC	Década de 70	Tratamento de alta complexidade em doenças cardíacas, com destaque em procedimentos hemodinâmicos, cirurgias cardíacas de alta complexidade, incluindo as neonatais. Atualmente é o único hospital público que realiza transplantes cardíacos em adultos e crianças no Estado do Rio de Janeiro e é o segundo centro que mais realiza cirurgias de cardiopatias congênitas no Brasil.				141	60.691	4.613
INTO	Década de 90	Traumatologia, Ortopedia e reabilitação				199	170.851	7.186

Fonte: Elaboração própria

3.3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A seguir são apresentados detalhadamente como foi realizada a coleta, o tratamento e a tabulação dos dados.

3.3.1 Coleta de Dados

Os dados assistenciais dos Hospitais Federais foram obtidos a partir da Cesta de Indicadores de Desempenho do período do período de 2018 a 2022, instrumento utilizado pelo Departamento de Gestão Hospitalar do Rio de Janeiro – DGH/RJ para monitoramento do desempenho dos hospitais, através de pedido realizado via Sistema Eletrônico de Informação – SEI, utilizado como sistema de gestão de processos e documentos eletrônicos no Ministério da Saúde.

As variáveis utilizadas para análise de desempenho assistencial são (1) Taxa de ocupação de centro cirúrgico; (2) taxa de ocupação hospitalar; (3) taxa de suspensão de cirurgias no centro cirúrgico; (4) índice de renovação (giro); (5) tempo médio de permanência; (6) taxa de mortalidade institucional e (7) taxa de mortalidade hospitalar, no período de 2018 a 2022 (Quadro 2).

Quadro 2 – Definição das variáveis de desempenho

Taxa de Ocupação do Centro Cirúrgico TOCC	Representa a relação percentual entre o tempo total de uso da sala de operação (em minutos) mais o tempo utilizado para limpeza e preparo da sala de operação pelo tempo total que o Centro Cirúrgico estava disponível às especialidades. Tem como objetivo acompanhar o uso efetivo da capacidade operacional do Centro Cirúrgico.
Taxa de Ocupação Hospitalar TOH	Representa a relação percentual de pacientes-dia e de leitos-dia em determinado período, considerando-se para o cálculo dos leitos-dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras, a partir da Portaria SAS/MS nº 312 de 30/04/02. Tem como objetivo medir o grau de ocupação do hospital.
Taxa de suspensão de cirurgias em centro cirúrgico TSCC	Representa a relação percentual de cirurgias eletivas do Centro Cirúrgico suspensas/canceladas e as cirurgias eletivas programadas em Mapa Cirúrgico. Tem como objetivo acompanhar o percentual de cirurgias em Centro Cirúrgico suspensas no referido período.
Índice de renovação (giro de leito) IR	Representa a relação entre o total de saídas e o número de leitos operacionais no período. Tem como objetivo acompanhar quantos pacientes ocuparam o mesmo leito no período.

	Nota: Saídas hospitalares - número total de saídas dos pacientes da unidade de internação por alta (curado, melhorado ou inalterado), evasão, transferência externa ou óbito (antes ou após 24 horas).
Tempo Médio de Permanência TMP	Representa a relação percentual entre o total de pacientes-dia das unidades de internação e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos, a partir da Portaria SAS/MS nº 312 de 30/04/02. Tem como objetivo acompanhar o tempo de internação dos pacientes.
Taxa de mortalidade institucional TMI	Representa a relação percentual entre o número de óbitos após 24 horas de internação e o total de saídas em determinado período, a partir da Portaria SAS/MS nº 312 de 30/04/02. Tem como objetivo acompanhar os óbitos ocorridos após as primeiras 24 horas de internação.
Taxa de mortalidade hospitalar TMH	Representa a relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período, a partir da Portaria SAS/MS nº 312 de 30/04/02. Tem como objetivo medir a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.

Fonte: Elaboração própria.

No âmbito dos Institutos, a solicitação dos dados foi igualmente realizada através do SEI, com êxito na obtenção de resposta apenas no INC. No que tange ao INCA e ao INTO, tendo em vista a estagnação do processo, foi realizada solicitação de acesso à informação no Fala.BR, plataforma integrada de Ouvidoria e acesso à informação do Poder Executivo Federal. O INTO apresentou os dados e o INCA, apesar de não apresentar, reportou ao Relatório Anual de Gestão e as informações foram parcialmente obtidas.

Igualmente, foi utilizado outro instrumento de coleta de dados com a aplicação de questionário elaborado na plataforma eletrônica *Google Forms*, no período de julho a agosto de 2023, com a participação de membros das nove organizações objeto do estudo. Da mesma forma, foram utilizadas as variáveis frequência da utilização de ferramentas de gestão estratégica, por organização hospitalar. (Quadro 3)

Quadro 3 – Questionário

1. Entendo o que é uma ferramenta de gestão estratégica
2. A minha organização hospitalar costuma utilizar ferramenta (s) de gestão estratégica
3. Entendo que ferramenta de gestão estratégica pode ser usada como apoio à ação gerencial
4. Entendo que ferramenta de gestão estratégica é usada como ferramenta de apoio à tomada de decisão
5. Minha organização hospitalar utiliza a ferramenta de gestão estratégica na frequência como indicado
6. As ferramentas de gestão estratégica foram implementadas em (ano aproximado):
7. Local onde conheci as ferramentas de gestão estratégica

8. Espaço para registrar OUTRAS ferramentas de gestão estratégica utilizadas na organização hospitalar e não listadas anteriormente. Indique também o ano de implementação
9. Entendo que as ferramentas de gestão estratégica com que trabalho foram compradas ou implementadas especialmente para a minha organização hospitalar
10. Recebi capacitação do Ministério da Saúde (MS) ou de terceiros contratados pelo MS para a implementação da ferramenta de gestão estratégica
11. Houve repercussão positiva na utilização de ferramentas de gestão estratégica na minha organização hospitalar
12. Os resultados obtidos pelo uso de ferramentas de gestão estratégica são utilizados pela minha organização para definir estratégias
13. A minha organização hospitalar quando decide utilizar ferramentas de gestão estratégica, leva em consideração visão, missão e valores
14. Os objetivos para a adoção da ferramenta de gestão estratégica se mantêm em minha organização hospitalar
15. O uso da ferramenta de gestão estratégica é diretamente ligado aos indicadores de desempenho hospitalar
16. O uso da ferramenta de gestão estratégica da minha organização pode ser associado a princípios da administração pública como eficiência e economicidade
17. Na minha organização hospitalar, a ferramenta de gestão estratégica que impactou positivamente a eficiência foi
18. Minha organização Hospitalar é
19. Espaço para Informar a área de atuação na organização hospitalar
20. Meu tempo na área de atuação é de
21. Minha formação é na área de
22. Minha faixa etária é

Fonte: Elaboração própria.

O questionário baseou-se no instrumento de coleta utilizada na pesquisa de Vendruscolo et al. (2012), que objetivava o levantamento de informações sobre as ferramentas utilizadas e sua quantidade, de controle, indicadores e desempenho da organização. O questionário precisou ser adaptado a realidade da área pública, especificamente às organizações de saúde estudadas.

Como medida de validação, foi realizado um pré-teste do questionário. O pré-teste é fundamental para a pesquisa, pois possibilita ao pesquisador constatar por meio de questões se a escala foi entendida e interpretada de forma correta pelos respondentes (Malhotra; 2002). Além disso, auxilia nos ajustes e detecta possíveis incoerências, o que garante maior validade do instrumento.

Para aplicação do pré-teste, utilizou-se das lições de Malhotra (2002), que sugere que ao aplicar o questionário deve ser levado em conta não somente a compreensão dos itens apresentados, mas também as questões referentes à compreensão da escala, dificuldades ou facilidades de compreensão das perguntas, instruções e layout do questionário e a atenção dos respondentes.

O pré-teste foi aplicado a oito gestores já exonerados de organizações federais, ligados à área de planejamento e gestão e que não participariam do estudo. Foram obtidas cinco respostas e a análise delas direcionam para o desenvolvimento de um conjunto de recomendações, críticas e sugestões, relacionadas à definição da pesquisa, resultando no objetivo desejado com a emissão do grau de concordância e entendimento, conforme lição de Silva Júnior e Costa (2014).

Os participantes do pré-teste trouxeram contribuições consideradas na versão final do formulário, uma vez que o conteúdo versava sobre a clareza e o propósito das questões apresentadas. Da mesma forma, foram acatadas as sugestões de inclusão de outras ferramentas de gestão estratégica, como Gestão por Competência, PDCA, SWOT, GUT, LEAN, inicialmente não previstas na pesquisa.

A versão final do questionário contém 22 perguntas relacionadas à ferramenta de gestão estratégica, com a percepção dos entrevistados quanto às suas respectivas organizações e a caracterização desses respondentes, embora permanecessem anônimos, uma vez que o foco do estudo é a organização.

Foi utilizada a Escala *Likert* no questionário, com categoria de resposta de grau de concordância de 7 (sete) níveis, com os extremos em concordo totalmente e discordo totalmente.

Segundo Feijó, Vicente e Petri (2020) escala é o modelo mais utilizado para mensurar atitudes, preferências e perspectivas, sendo a escala de medição mais conhecida no mundo, tendo em vista à sua facilidade de entendimento e aplicação, bem como à sua capacidade de adaptação a diferentes necessidades nos mais diversos projetos de pesquisa (ver o Anexo A).

A pesquisa foi respondida por 52 profissionais do Ministério da Saúde, distribuídos pelas 9 organizações hospitalares estudadas. Registre-se que 1 respondente foi retirado da pesquisa uma vez que afirmou desconhecer o que era ferramenta de gestão hospitalar, o que o desqualificou para as demais respostas. Assim sendo, o estudo conta com 51 respostas válidas (Tabela 2).

Tabela 2 – Respondentes por organização

Organização	Respondentes	Percentual
HFA	6	12%
HFB	4	8%
HFCF	6	12%
HFI	5	10%
HFL	6	12%
HFSE	9	18%
INC	6	12%
INCA	5	10%
INTO	4	8%
Total	51	

Fonte: Elaboração própria.

3.3.2 Tratamento de dados

No que tange aos dados relativos aos Indicadores de Desempenho, foi realizada a média desses indicadores, no período de 2018 a 2022, por organização hospitalar e, ao final, a definição da mediana, através da estatística descritiva, para definição de presença de alto desempenho, com atribuição de valor 1 e ausência de alto desempenho, com atribuição de valor 0, com tabulação no software Excel.

Inicialmente, o estudo analisou oito indicadores de desempenho assistenciais: (1) Taxa de ocupação de centro cirúrgico; (2) Taxa de ocupação hospitalar; (3) Taxa de suspensão de cirurgias no Centro Cirúrgico; (4) Taxa de suspensão de cirurgia ambulatorial; (5) índice de renovação (giro); (6) Tempo Médio de Permanência; (7) Taxa de mortalidade Institucional e (8) Taxa de mortalidade Hospitalar.

Tendo em vista a grande quantidade de dados, optou-se por agrupá-los por índices, considerando Índice 1 para as Taxas de Ocupação (de Centro cirúrgico e Hospitalar); Índice 2 para as Taxas de Suspensão (de Cirurgias Ambulatoriais e de Centro Cirúrgico); Índice 3 para Taxas de Mortalidade (Institucional e Hospitalar) e Índice 4 para Taxa de Renovação (Giro de Leito e Permanência).

Contudo, um aspecto levado em consideração é que algumas taxas possuem interpretações diferentes. A título de exemplo, o Tempo Médio de Permanência deve ser interpretado no sentido de que quanto maior for sua média, pior o desempenho da organização. Enquanto o Índice de Renovação (giro de leito) deve ser lido quanto maior a média, melhor o desempenho. Portanto, agrupar tais índices seria arriscado para a segurança do resultado da pesquisa.

Registramos que o indicador Taxa de suspensão de Cirurgia Ambulatorial foi retirado do estudo, tendo em vista que o cálculo do indicador não era padronizado e algumas unidades não realizavam o procedimento, restando sete indicadores de desempenho, que serão individualmente analisados.

Ademais, pela não disponibilização de alguns dados, algumas organizações foram retiradas dos índices de desempenho no momento da análise final do software Tosmana, nos indicadores Taxa de Ocupação de Centro Cirúrgico no INC e INCA, Índice de Renovação (Giro de Leito) no INCA e Taxa de Mortalidade Institucional no INCA e INTO. (Tabela 3). Registre-se que as taxas TSCC, TMP, TMI e TMH devem ser consideradas de forma que quanto menor a taxa, melhor o desempenho da Organização.

Tabela 3 – Critério de desempenho dos hospitais e seus valores

Indicador de desempenho	Mediana	Dicotomização
Taxa de Ocupação de Centro Cirúrgico TOCC	70,9%	1 = valor acima da mediana 0 = valor igual ou abaixo da mediana
Taxa de Ocupação Hospitalar TOH	75,6%	1 = valor acima da mediana 0 = valor igual ou abaixo da mediana
Taxa de Suspensão de Cirurgias no Centro Cirúrgico TSCC	19%	1 = valor abaixo da mediana 0 = valor igual ou acima da mediana
Índice de Renovação (Giro de Leito) IR	2,8	1 = valor acima da mediana 0 = valor igual ou abaixo da mediana
Tempo Médio de Permanência TMP	7,9	1 = valor abaixo da mediana 0 = valor igual ou acima da mediana
Taxa de Mortalidade Institucional TMI	6,2%	1 = valor abaixo da mediana 0 = valor igual ou acima da mediana
Taxa de Mortalidade Hospitalar TMH	6,8%	1 = valor abaixo da mediana 0 = valor igual ou acima da mediana

Fonte: Elaboração própria.

Quanto aos dados coletados no questionário, a tabulação foi realizada no software Excel, de forma que as linhas representam os dados de cada organização hospitalar e as colunas os dados que serão trabalhados para definição da presença ou ausência de alta frequência na organização ou a média de concordância do respondente.

O cálculo para aferição da frequência média foi realizado a partir da atribuição de valor para as frequências lançadas na Questão 5 do questionário. Esses valores atribuídos levaram em consideração a frequência dentro do período de 1 ano.

Assim, se houve utilização da ferramenta “uma vez ao ano”, o valor atribuído foi 1; “uma vez a cada semestre”, o valor foi 2, pois presume-se uma consulta por semestre; “uma

vez a cada trimestre”, o valor foi 4, já que a presunção é de uma consulta a cada três meses; “uma vez a cada bimestre”, presume-se 6 consultas ao ano; “uma vez ao mês”, presume-se 12 consultas em um ano; “mais de uma vez ao mês”, arbitrou-se o valor 18, supondo três consultas a cada dois meses; “nunca”, tem valor zero e, por fim, “não sei informar” não tem qualquer valor para fins de cálculo de frequência. (Quadro 3)

Quadro 4 – Cálculo da frequência média por ferramenta nas organizações

FERRAMENTA DE GESTÃO											
	0		1	2	4	6	12	18			
	Nunca	Não sei informar	Uma vez ao ano	Uma vez a cada semestre	Uma vez a cada trimestre	Uma vez a cada bimestre	Uma vez ao mês	Mais de uma vez ao mês	Total Geral de respondentes	Cálculo com o valor atribuído	Frequência média $=k/(j-C)$
HFA											
HFB											
HFCF											
HFI											
HFL											
HFSE											
INC											
INCA											
INTO											
										mediana	

Fonte: Elaboração própria.

Assim sendo, o número de respondentes daquela frequência foi multiplicado pelo valor atribuído a ela e somado ao resultado das demais frequências, por organização. O resultado é o cálculo com o valor atribuído, que foi dividido pelo número total de respondentes, menos o número de respondentes “não sei informar”. Todo esse processo foi realizado com cada uma das ferramentas. E ao final, será realizada a atribuição de valor de presença ou ausência de alta frequência.

O resultado da análise de presença ou ausência de alta frequência das ferramentas foi combinado com a dicotomização de cada um dos sete índices de desempenho (Tabela 4) no software Tosmana, para que, a partir do método QCA, sejam apontados os casos de sucesso e suas condições.

Tabela 4 – Ferramentas de Gestão e seu valor

Ferramenta de Gestão Estratégica	Sigla	Dicotomização
Orçamento	ORC	1 = presença de alta frequência na organização 0 = ausência de alta frequência na organização
Planejamento Estratégico	PE	
<i>Balanced Scorecard</i>	BSC	
<i>Benchmarking</i>	BENCH	
Sistema de Informação (<i>Software</i>)	SI	
Planejamento e Gerenciamento de Contratações	PGC	
Gestão por Competência	GC	
SWOT	SWOT	
Ciclo PDCA	PDCA	
Matriz GUT	GUT	
Método LEAN	LEAN	

Fonte: elaboração própria.

Assim, as ferramentas de gestão, para fins de análise final dos resultados, serão agrupadas em três conjuntos: (1) Ferramentas de Estratégia: Planejamento Estratégico, *Balanced Scorecard*, *SWOT*, Ciclo PDCA; (2) Ferramentas de Orçamento e Controle: Orçamento, Planejamento e Gerenciamento de Contratações e Método Lean e (3) Ferramentas de Informação: Sistema de Informação, Matriz GUT e *Benchmarking*.

As ferramentas estratégicas são ligadas implantação de diagnóstico da organização, para definição dos objetivos; As ferramentas de orçamento e controle têm relação com a definição das necessidades da organização, da execução do orçamento e do controle financeiro, através da otimização dos custos e, por fim, as ferramentas de informação foram agrupadas a partir da análise de semelhança na função dessas ferramentas para coletar, analisar dados e definir as prioridades dentre os objetivos anteriormente definidos, munindo o gestor para a tomada de decisão.

As outras questões do questionário foram tratadas a partir do cálculo da proporção dos que concordam, para o resultado final da média da opinião dos respondentes, podendo citar as questões 1, 2, 3, 4, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16 e 17.

Foi utilizada a Escala *Likert* no questionário, com categoria de resposta de grau de concordância, onde um significa discordo totalmente e sete, concordo totalmente.

Inicialmente, estabeleceu-se que o parâmetro máximo é calculado pelo número total de respondentes da organização multiplicado por 7, que é a nota máxima possível. A seguir, foi multiplicado o número total de respondente daquele nível, pela nota referente àquele nível, somando-se todas as notas de frequências, chegando-se a soma total das notas. Por fim, divide-

se a soma total das notas pelo parâmetro máximo, para se chegar ao indicador de média de concordância. (Quadro 5)

Quadro 5 – Exemplo do questionário para fins de demonstração do cálculo

QUESTÃO 3 - Entendo que ferramenta de gestão estratégica pode ser usada como apoio à ação gerencial.										
	1	2	3	4	5	6	7	Total geral de respondentes	Soma total das notas	Parâmetro máximo
HFA										
HFB										
HFCF										
HFI										
HFL										
HFSE										
INC										
INCA										
INTO										
									mediana	

Fonte: Elaboração própria

3.4 INSTRUMENTO UTILIZADO

A abordagem será a partir do método QCA, Análise Comparativa Qualitativa (*Qualitative Comparative Analysis*), conectando análises qualitativos e quantitativos, através do software Tosmana - *Tool for Small-N Analysis*, com a importação de dados já dicotomizados, ou seja, com atribuição de valor 0 ou 1, através do software Excel.

Importante destacar que o método QCA utilizado na presente pesquisa é o *Crisp-set - csQCA*, numa análise clássica de presença ou ausência e impacto na utilização.

O QCA foi pensado por Charles Ragin, no campo das ciências sociais e divulgado no livro *The Comparative Method: moving beyond qualitative and quantitative strategies*, lançado em 1987, conforme Dias, Hoffmann e Fernandez (2019). Este método busca comparar um número pequeno ou intermediário de casos, a partir de uma análise de configurações de condições dadas pela teoria.

De acordo com Ragin, garante uma abordagem que permite correlacionar a teoria e os dados coletados na pesquisa. Comparar sem perder de vista a complexidade dos casos e as implicações teóricas dos resultados obtidos. O método parte do pressuposto que nem sempre técnicas puramente quantitativas ou qualitativas respondem aos objetivos da pesquisa e das características particulares do objeto em estudo (Freitas & Neto, 2015).

Conforme destacam Schneider e Rohlfing (2016), QCA é um método de análise que funciona melhor quando complementado por estudos de casos que focam sobre a qualidade

causal da solução e de seus termos apresentados. O método permite avaliar o alcance das teorias nos casos em análise.

Constitui-se por uma técnica comparativa de pesquisa para determinados casos específicos e que possui seus procedimentos baseados na teoria dos conjuntos e da álgebra booleana (Alves & Gonçalves, 2017). De acordo com Ragin (1989), a lógica booleana tem como ênfase o foco na interação entre as condições guiadas a partir da teoria, tendo como objeto um pequeno número de casos.

Quando comparado ao método convencional, o QCA permite ao pesquisador uma gama de possibilidades de análise que distingue da generalização estática. O método traz a possibilidade de uma análise de um conjunto de relações e correlação com a teoria, fornecendo ao pesquisador uma estratégia de pesquisa e aplicação de um conjunto de técnicas (Dias, 2011).

Um recente exemplo de utilização do método QCA foi a dissertação de mestrado de Costa (2022), que apresentou em sua pesquisa as características econômicas, de infraestrutura e de políticas públicas durante a pandemia do COVID-19, entre os anos de 2020 e 2021. O autor aplicou a técnica de QCA, utilizando-se dos conjuntos *crisp set-csQCA*, com foco na identificação, investigação e verificação de algumas condições capazes de influenciar o desempenho da gestão pública no enfrentamento no contexto pandêmico.

Segundo Rihoux (2006) o modelo que utiliza condições dicotômicas, em *crisp-sets*, é mais apropriado para estudos com pequeno número de casos. Quando se trabalha com muitos casos na pesquisa com estudos em que as condições possuam múltiplos valores é recomendável o uso da modalidade *multi-value QCA*.

Já o *fuzzy-set QCA* é direcionado para estudos com grande número de casos, apontado por Rihoux “como um desafio para generalizar o tratamento dos dados estatísticos” (2006).

4 RESULTADOS

Nessa etapa são abordados os resultados e as discussões fundamentadas no tratamento dos dados, especialmente com a utilização do software Tosmana, na modalidade *Crisp-set* do QCA.

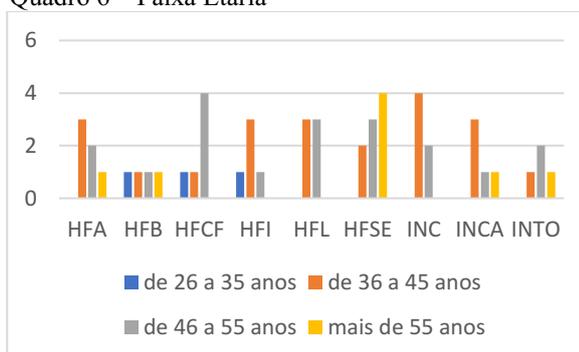
4.1 APRESENTAÇÃO DOS DADOS COLETADOS

Nesta seção apresentar-se-á 4.1.1 que fornece informações demográficas dos respondentes, a seção 4.1.2 trata da percepção sobre ferramentas de gestão estratégica, a seção 4.1.3 analisa o desempenho das organizações, a seção 4.1.4 apresenta a presença das ferramentas nas organizações e a seção 4.1.5 relaciona o desempenho com o uso dessas ferramentas. Essas seções combinadas fornecem uma análise abrangente do seu estudo sobre a relação entre o uso de ferramentas de gestão estratégica e o desempenho das organizações hospitalares do Rio de Janeiro

4.1.1 Perfil dos respondentes

Dos 51 profissionais que responderam ao questionário, a faixa etária apontada divide-se da seguinte forma: 6% afirmam ter de 26 a 35 anos; 41% desses profissionais, de 36 a 45 anos; 37%, de 46 a 55 anos e, finalmente, 16%, mais de 55 anos, conforme Quadro 6.

Quadro 6 – Faixa Etária

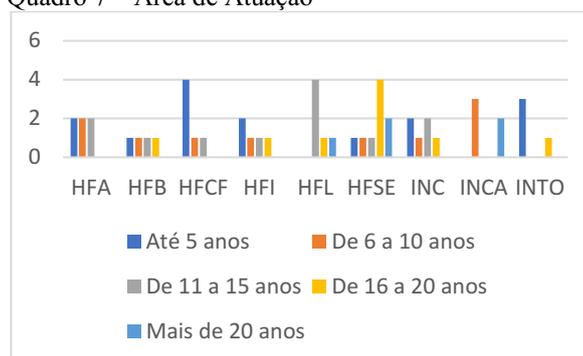


Fonte: Elaboração própria.

Sobre a área de atuação desses respondentes, 50% afirmam ser da área de planejamento, 14% da área de gestão hospitalar e demais distribuídos entre às áreas de Controle e Contratos, Aquisições Hospitalares, Gestão da Enfermagem, Controle Interno e Gerenciamento de Risco.

Verificou-se que 29% dos respondentes afirmam que o tempo na área de atuação é de até 5 anos; 20%, de 6 a 10 anos; 24%, de 11 a 15 anos; 18%, de 16 a 20 anos e, 10%, mais de 20 anos de atuação, conforme Quadro 7.

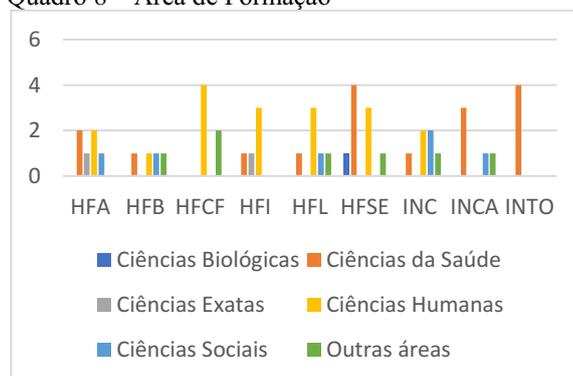
Quadro 7 – Área de Atuação



Fonte: Elaboração própria.

No que tange à área de formação, as ciências humanas lideram com 35% dos profissionais, seguida da área de Ciências da Saúde, com 33% dos respondentes e Ciências Sociais, com 12%, conforme Quadro 8.

Quadro 8 – Área de Formação



Fonte: Elaboração própria.

4.1.2 Percepção sobre as ferramentas de gestão estratégica

Dos 51 respondentes válidos da pesquisa, em média, 93% concordam totalmente sobre saber o que é uma ferramenta de gestão estratégica e esse percentual mantém-se alto quando afirmada a importância do uso dessas ferramentas (Tabela 5).

Tabela 5 – Sobre o conhecimento e a importância das ferramentas

	Entendo o que é uma ferramenta de gestão estratégica	Entendo que ferramenta de gestão estratégica pode ser usada como apoio à ação gerencial	Entendo que ferramenta de gestão estratégica é usada como ferramenta de apoio à tomada de decisão
HFA	98%	95%	95%
HFB	89%	96%	96%
HFCF	98%	95%	93%
HFI	80%	97%	97%
HFL	93%	95%	93%
HFSE	90%	97%	94%
INC	93%	100%	93%
INCA	94%	100%	100%

INTO	100%	100%	100%
média das respostas	93%	97%	96%

Fonte: Elaboração própria.

Apesar do alto percentual quanto ao conhecimento do conceito e a importância do uso de ferramentas de gestão estratégica, esse número diminui quando a afirmação leva em consideração o efetivo uso pela organização hospitalar do respondente, sendo certo que, em média, 70% concordam que sua organização utiliza e 83% concordam que houve repercussão positiva na sua organização com o uso. (Tabela 6)

Ou seja, os respondentes sabem o que é, entendem tratar-se de instrumento de apoio à ação gerencial e tomada de decisão, mas identificam em menor percentual o uso por parte de sua organização hospitalar, além de 67% deles concordarem que essas ferramentas são diretamente ligadas aos indicadores de desempenho e 64% concordam que os resultados obtidos são utilizados para definir as estratégias da organização. (Tabela 6)

Tabela 6 – Sobre a utilização e a repercussão da ferramenta na organização

	A minha organização hospitalar costuma utilizar ferramenta (s) de gestão estratégica	Houve repercussão positiva na utilização de ferramentas de gestão estratégica na minha organização hospitalar.	O uso da ferramenta de gestão estratégica é diretamente ligado aos indicadores de desempenho hospitalar	Os resultados obtidos pelo uso de ferramentas de gestão estratégica são utilizados pela minha organização para definir estratégias
HFA	71%	100%	81%	83%
HFB	50%	50%	68%	32%
HFCF	79%	83%	60%	52%
HFI	69%	80%	63%	49%
HFL	74%	83%	74%	69%
HFSE	44%	56%	41%	38%
INC	62%	100%	67%	64%
INCA	80%	100%	63%	69%
INTO	100%	100%	93%	100%
média	70%	83%	67%	64%

Fonte: Elaboração própria.

Vale ressaltar essas questões foram tratadas a partir do cálculo da proporção dos que concordam, para o resultado final da média da opinião dos respondentes. Foi utilizada a Escala *Likert* no questionário, com categoria de resposta de grau de concordância, onde um significa discordo totalmente e sete, concordo totalmente, chegando-se do final na média ponderada, conforme apontado 3.3.2 do tratamento dos dados.

Perguntado sobre o ano de implementação nas organizações das ferramentas de gestão estratégica apontadas no estudo, observa-se que, embora 64% dos respondentes estejam concentrados nas áreas de planejamento e gestão, a maioria informou não saber o período.

Comparando à frequência média de utilização das ferramentas de gestão estratégica com a informação sobre o ano aproximado de implementação, observa-se uma coerência nas

respostas tendo em vista que as ferramentas com menor frequência média (BSB, GUT, GC, BENCH e LEAN), possuem maior percentual de resposta “não sei”, demonstrando menor utilização na rotina gerencial das organizações do MS. (Tabelas 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15 e 16).

Observa-se também, que as respostas apontam um menor percentual de implementação de ferramentas no período de 2018 a 2022. As ferramentas com maior incidência de implantação nesse período foram as envolvidas em programas do Governo Federal como o Planejamento Estratégico, SWOT, Ciclo PDCA e Gestão por Competência. Trata-se do Termo de Execução Descentralizada - TED 18/2020, firmado entre o Ministério da Saúde e a Fundação de Pesquisas Socioeconômicas – FEPESE, fundação de apoio da Universidade Federal de Santa Catarina, visando a modernização da gestão dos hospitais federais do Rio de Janeiro, para atender as demandas por bons desempenhos contínuos e excelência em gestão e dentre outros objetivos, implantar práticas gerenciais com foco no planejamento.

Da mesma forma, o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, PROADI-SUS, com o propósito de apoiar e aprimorar o SUS por meio de projetos de capacitação de recursos humanos, pesquisa, avaliação e incorporação de tecnologias, gestão e assistência especializada demandados pelo Ministério da Saúde, implantou o projeto Lean nas Emergências (PROADI-SUS, 2024).

Tabela 7 – Ano aproximado de implementação da ferramenta Orçamento

ORÇAMENTO								
	Não sei	Antes de 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HFA	83%						17%	
HFB	50%	25%						25%
HFCF	50%	33%	17%					
HFI	100%							
HFL	40%	40%				20%		
HFSE	57%		14%		29%			
INC		80%			20%			
INCA		100%						
INTO	50%	50%						
média	48%	36%	3%		5%	2%	2%	3%

Fonte: elaboração própria.

Tabela 8 – Ano aproximado de implementação da ferramenta Planejamento Estratégico

PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO								
	Não sei	Antes de 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HFA					17%	17%	67%	
HFB	75%					25%		
HFCF	33%	50%	17%					
HFI	20%				40%	20%	20%	
HFL	17%	33%				50%		
HFSE	25%	13%		13%		50%		
INC		67%			17%			17%
INCA		100%						
INTO		100%						
média	19%	40%	2%	1%	8%	18%	10%	2%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 9 – Ano aproximado de implementação da ferramenta Balanced Scorecard

BALANCED SCORECARD								
	Não sei	Antes de 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HFA	83%						17%	
HFB	50%			25%		25%		
HFCF	50%	33%		17%				
HFI	100%							
HFL	20%	20%				40%	20%	
HFSE	86%		14%					
INC	60%	20%			20%			
INCA	80%				20%			
INTO	25%	75%						
média	62%	16%	2%	5%	4%	7%	4%	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 10 – Ano aproximado de implementação da ferramenta Benchmarking

BENCHMARKING								
	Não sei	Antes de 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HFA	67%						33%	
HFB	75%					25%		
HFCF	33%	67%						
HFI	100%							
HFL	60%	20%				20%		
HFSE	86%			14%				
INC	40%	40%			20%			
INCA	40%	40%					20%	
INTO		100%						
média	56%	30%		2%	2%	5%	6%	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 11 – Ano aproximado de implementação da ferramenta Planejamento e Gerenciamento de Contratações

PGC								
	Não sei	Antes de 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HFA	83%						17%	
HFB	25%			25%		25%		25%
HFCF	33%	17%	50%					
HFI	20%			20%	20%	20%	20%	
HFL	20%		20%			40%	20%	
HFSE	50%	13%	13%	13%		13%		
INC		33%	17%	17%	17%	17%		
INCA		20%		60%	20%			
INTO	50%	25%				25%		
média	31%	12%	11%	15%	6%	15%	6%	3%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 12 – Ano aproximado de implementação da ferramenta Gestão por competência

GESTÃO POR COMPETÊNCIA								
	Não sei	Antes de 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HFA	67%						33%	
HFB	75%							25%
HFCF	100%							
HFI	40%					20%	40%	
HFL	20%	20%			20%	20%		20%
HFSE	71%	14%	14%					
INC	40%	20%			40%			
INCA	20%			20%		20%	40%	
INTO	33%	33%					33%	
média	52%	10%	2%	2%	7%	7%	16%	5%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 13 – Ano aproximado de implementação da ferramenta SWOT

SWOT								
	Não sei	Antes de 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HFA					17%	17%	67%	
HFB	67%					33%		
HFCF	33%	67%						
HFI	20%				40%	40%		
HFL	17%			17%	17%	50%		
HFSE	71%	14%		14%				
INC	40%	40%			20%			
INCA		100%						
INTO		100%						
média	28%	36%		3%	10%	16%	7%	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 14 – Ano aproximado de implementação da ferramenta Ciclo PDCA

PDCA								
	Não sei	Antes de 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HFA	33%						67%	
HFB	75%					25%		
HFCF	50%	50%						
HFI	40%				20%	40%		
HFL	20%					80%		
HFSE	63%	25%	13%					
INC	20%	20%	20%		40%			
INCA	20%	80%						
INTO		100%						
média	36%	31%	4%		7%	16%	7%	

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 15 – Ano aproximado de implementação da ferramenta Matriz GUT

GUT								
	Não sei	Antes de 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HFA	83%						17%	
HFB	67%					33%		
HFCF	33%	67%						
HFI	60%				20%		20%	
HFL	40%					40%		20%
HFSE	86%			14%				
INC	20%	40%	20%		20%			
INCA	80%	20%						
INTO	25%	75%						
média	55%	22%	2%	2%	4%	8%	4%	2%

Fonte: Elaboração própria

Tabela 16 – Ano aproximado de implementação da ferramenta Método LEAN

LEAN								
	Não sei	Antes de 2018	2018	2019	2020	2021	2022	2023
HFA	83%						17%	
HFB	50%					50%		
HFCF	33%			50%		17%		
HFI	40%	20%		20%			20%	
HFL	60%					40%		
HFSE	63%	13%	13%			13%		
INC		17%	17%		67%			
INCA	20%	20%			40%	20%		
INTO	25%	25%				25%	25%	
média	42%	10%	3%	8%	12%	18%	7%	

Fonte: Elaboração própria.

Esse movimento de implementação através de programas de governo pode ser a explicação para que 49% dos entrevistados concordem que as ferramentas de gestão estratégica

utilizadas por eles no trabalho foram compradas ou implementadas especialmente para a sua organização hospitalar. Ou seja, quando há implantação de uma ferramenta de gestão, não é de forma individualizada e contempla organizações diversas do MS.

Da mesma forma, 60% informam que receberam capacitação do MS ou de terceiros contratados pelo MS para a implementação da ferramenta de gestão estratégica e 71% concordam que a visão, missão e valores da sua organização são levados em consideração quando da implementação, embora ela não seja específica para determinada organização.

Além disso, 67% concordam que os objetivos para a adoção de ferramentas de gestão estratégica se mantêm na sua organização, sendo certo que 76% concordam que o uso é associado aos princípios da administração pública como eficiência e economicidade, corroborando que o uso está diretamente ligado ao desempenho das organizações. (Tabela 17)

Tabela 17 – Impacto positivo na eficiência

NA MINHA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR, A FERRAMENTA DE GESTÃO ESTRATÉGICA QUE IMPACTOU POSITIVAMENTE NA EFICIÊNCIA FOI:											
	ORÇ	PE	BSC	BENCH	SI	PGC	GC	SWOT	PDCA	GUT	LEAN
HFA	14%	76%	12%	17%	38%	17%	29%	88%	60%	31%	29%
HFB	38%	32%	10%	29%	10%	38%	10%	29%	29%	29%	29%
HFCF	45%	74%	48%	60%	52%	48%	31%	57%	52%	52%	57%
HFI	18%	71%	7%	7%	57%	51%	40%	54%	54%	29%	31%
HFL	38%	74%	48%	60%	57%	62%	43%	55%	60%	43%	31%
HFSE	20%	45%	10%	20%	10%	29%	31%	29%	35%	10%	27%
INC	86%	64%	38%	64%	83%	79%	26%	38%	55%	43%	79%
INCA	86%	74%	21%	77%	80%	69%	51%	74%	74%	17%	14%
INTO	39%	100%	68%	93%	93%	64%	50%	75%	96%	93%	61%
média	43%	68%	29%	47%	53%	51%	34%	55%	57%	38%	40%

Fonte: Elaboração própria.

No que concerne ao local onde conheceram as ferramentas de gestão estratégica, as Tabelas 18, 19, 20, 21, 22 e 23 indicam que:

- (i) 47% dos respondentes conheceram a ferramenta Orçamento na organização hospitalar onde trabalha;
- (ii) o primeiro contato com o Planejamento Estratégico foi durante a formação superior, com 41%, seguido por na organização hospitalar onde trabalha, com 38%;
- (iii) no caso do *Balanced Scorecard*, 35% afirmam que conheceram durante sua formação superior e 29% em outro ambiente fora da organização onde trabalha e da faculdade;
- (iv) 43% afirmam que o primeiro contato com o *Benchmarking* foi na formação superior, seguido por em outro ambiente fora da organização onde trabalha e da faculdade, com 31%;

(v) o Sistema de Informação concentra maior incidência de conhecimento na organização onde trabalha, com 47% e em outro ambiente fora da organização onde trabalha e da faculdade, com 35%;

(vi) o PGC, por ser uma ferramenta própria da administração pública, concentra 65% das respostas na organização onde trabalha, e 15% em outro ambiente fora da organização onde trabalha e da faculdade;

(vii) 35% responderam que a Gestão por Competência foi apresentada na organização onde trabalha e 27% em outro ambiente fora da organização onde trabalho e da faculdade;

(viii) o SWOT e Ciclo PDCA concentram 45% das respostas durante a formação superior dos respondentes, seguido por outro ambiente fora da organização onde trabalho e da faculdade;

(ix) 34% afirmam que conheceram a Matriz GUT durante a formação profissional e 27% em outro ambiente fora da organização onde trabalho e da faculdade e, por fim,

(x) o Método LEAN concentra 45% das respostas na organização onde trabalho.

Tabela 18 – Local onde conheceram a ferramenta

ORÇAMENTO					PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO				
	Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade		Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade
HFA	40%	20%	20%	20%	HFA		60%	40%	
HFB		50%	25%	25%	HFB			75%	25%
HFCF		50%		50%	HFCF		33%	17%	50%
HFI	25%	25%	50%		HFI	20%	40%	40%	
HFL		20%	60%	20%	HFL		17%	50%	33%
HFSE	22%	22%	11%	44%	HFSE		22%	44%	33%
INC		80%		20%	INC		33%	67%	
INCA		80%		20%	INCA		40%	40%	20%
INTO	25%	75%			INTO		100%		
média	12%	47%	18%	22%	média	2%	38%	41%	18%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 19 – Local onde conheceram a ferramenta

BALANCED SCORECARD					BENCHMARKING				
	Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade		Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade
HFA		33%	50%	17%	HFA	33%	17%	50%	
HFB	25%		50%	25%	HFB			50%	50%
HFCF		67%		33%	HFCF		33%	17%	50%
HFI	25%		75%		HFI	25%		75%	
HFL	17%		50%	33%	HFL	17%		33%	50%
HFSE	44%		11%	44%	HFSE	22%		33%	44%
INC		40%	60%		INC		20%	60%	20%
INCA			20%	80%	INCA		20%	40%	40%
INTO	25%	50%		25%	INTO		50%	25%	25%
média	15%	21%	35%	29%	média	11%	16%	43%	31%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 20 – Local onde conheceram a ferramenta

SISTEMA DE INFORMAÇÃO					PGC				
	Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade		Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade
HFA	17%	67%		17%	HFA	83%	17%		
HFB		25%	25%	50%	HFB		25%	25%	50%
HFCE		33%	17%	50%	HFCE		67%		33%
HFI	20%	60%		20%	HFI		100%		
HFL		17%	50%	33%	HFL	20%	60%		20%
HFSE	22%	11%	11%	56%	HFSE		44%	22%	33%
INC		67%		33%	INC		100%		
INCA		40%		60%	INCA		100%		
INTO		100%			INTO	25%	75%		
média	7%	47%	11%	35%	média	14%	65%	5%	15%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 21 – Local onde conheceram a ferramenta

GESTÃO POR COMPETÊNCIA					SWOT				
	Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade		Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade
HFA	17%	17%	33%	33%	HFA	17%	17%	50%	17%
HFB			50%	50%	HFB			50%	50%
HFCE		50%	17%	33%	HFCE		33%	33%	33%
HFI	20%	60%	20%	0%	HFI	20%	20%	60%	
HFL	33%	17%		50%	HFL	17%		50%	33%
HFSE	11%		33%	56%	HFSE		11%	33%	56%
INC	20%	40%	40%		INC		40%	60%	
INCA	20%	80%			INCA			40%	60%
INTO		50%	25%	25%	INTO		50%	25%	25%
média	13%	35%	24%	27%	média	6%	19%	45%	30%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 22 – Local onde conheceram a ferramenta

PDCA					GUT				
	Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade		Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade
HFA			67%	33%	HFA	33%	17%	33%	17%
HFB			50%	50%	HFB	25%		50%	25%
HFCE		33%	33%	33%	HFCE		50%		50%
HFI	20%	20%	60%		HFI	50%		50%	
HFL	17%		50%	33%	HFL	33%		17%	50%
HFSE	11%	22%	22%	44%	HFSE	22%	11%	33%	33%
INC		40%	60%		INC		40%	60%	
INCA		20%	40%	40%	INCA		20%	40%	40%
INTO		50%	25%	25%	INTO		50%	25%	25%
média	5%	21%	45%	29%	média	18%	21%	34%	27%

Fonte: Elaboração própria.

Tabela 23 – Local onde conheceram a ferramenta

MÉTODO LEAN				
	Não conheço a ferramenta	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade
HFA	33%	33%	33%	
HFB	25%		50%	25%
HFCF		83%		17%
HFI	40%	40%	20%	
HFL	17%	17%	33%	33%
HFSE	33%	33%	11%	22%
INC		67%	33%	
INCA		60%	20%	20%
INTO		75%	25%	
média	16%	45%	25%	13%

Fonte: Elaboração própria.

4.1.3 Desempenho das organizações hospitalares

Foi analisada a dicotomia dos indicadores de desempenho, considerando o cálculo com base nas medianas, produto entre as médias desses indicadores, no período de 2018 a 2022, por organização hospitalar e, ao final, a atribuição de valor 1 para a presença de alto desempenho, atribuição de valor 0 para a ausência de alto desempenho. (Tabela 24).

Tabela 24 – Desempenho das Organizações Hospitalares

	TOCC	TOH	TSCC	IR	TMP	TMI	TMH
HFA	0	1	0	0	0	0	0
HFB	0	0	0	0	0	1	1
HFCF	0	1	1	0	0	0	0
HFI	1	1	0	1	1	1	1
HFL	1	0	1	1	0	0	0
HFSE	0	0	0	0	0	0	0
INC		1	0	1	1	1	1
INCA		0	1		1		0
INTO	1	0	1	1	1		1

Fonte: Elaboração própria.

Nota-se que a presença de alto desempenho está presente em pelo menos três organizações hospitalares. E dos quatro indicadores que contemplam todas as nove organizações (TOH, TSCC, TMP e TMH), o alto desempenho está presente em quatro organizações.

4.1.4 Ferramentas de gestão estratégica das organizações hospitalares

Igualmente, foi analisada a dicotomia entre a presença ou ausência de alta frequência das ferramentas de gestão hospitalar abordadas no estudo. São elas: Orçamento (ORÇ), Planejamento Estratégico (PE), Balanced Scorecard (BSC), Benchmarking (BENCH), Sistema de Informação (SI), Planejamento e Gerenciamento de Contratações (PGC), Gestão por Competência (GC), SWOT, Ciclo PDCA (PDCA), Matriz GUT (GUT) e Método Lean (LEAN). Os resultados na Tabela 25.

Tabela 25 – Organizações e Ferramentas de Gestão Estratégica

	ORÇ	PE	BSC	BENCH	SI	PGC	GC	SWOT	PDCA	GUT	LEAN
HFA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HFB	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HFCF	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1
HFI	0	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1
HFL	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
HFSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INC	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1
INCA	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0
INTO	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0

Fonte: Elaboração própria.

O resultado dessa análise demonstrou que todas as ferramentas de gestão estratégica possuíam presença de alta frequência em pelo menos quatro das nove organizações estudadas, exceto a Gestão por competência, que só apresentou alta frequência no HFL, e, tendo em vista essa pouca variabilidade, será retirada da análise final no Software Tosmana.

4.1.5 Ferramentas de gestão estratégica vinculadas ao desempenho das organizações hospitalares

Ao realizar a análise dos dados referentes às ferramentas com presença de alta frequência e os desempenhos verificados, utilizando-se o método QCA *Crisp-set*, o software Tosmana extraiu equações lógicas que demonstram as relações de necessidade e suficiência para a obtenção do sucesso.

4.1.5.1 Desempenho das Organizações e Taxa de Ocupação de Centro Cirúrgico - TOCC

A primeira análise a ser realizada é a relação da Taxa de Ocupação de Centro Cirúrgico e as ferramentas de gestão estratégica para a obtenção dos resultados de presença de alto desempenho (Ver anexo B). Foram geradas três equações, uma para cada organização, com presença de alto desempenho.

Tosmana Report

Algorithm: Guine

File: C:\Users\cschedid\Desktop\TOCC.xlsx

Settings:

Minimizing: 1

including:

Truth-Table:

ORGANIZAÇÃO	ORÇ	PE	BSC	BENCH	SI	PGC	SWOT	PDCA	GUT	LEAN	TOCC
HFA, HFSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HFCF	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
HFI	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
HFL	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
HFB	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1

Result(s):

$ORÇ\{0\} * PE\{1\} * BSC\{0\} * BENCH\{0\} * SI\{1\} * PGC\{1\} * SWOT\{1\} * PDCA\{1\} * GUT\{1\} * LEAN\{1\} +$
 (HFI)

$ORÇ\{0\} * PE\{1\} * BSC\{1\} * BENCH\{1\} * SI\{0\} * PGC\{1\} * SWOT\{1\} * PDCA\{1\} * GUT\{1\} * LEAN\{1\} +$
 (HFL)

$ORÇ\{1\} * PE\{1\} * BSC\{1\} * BENCH\{1\} * SI\{1\} * PGC\{1\} * SWOT\{1\} * PDCA\{1\} * GUT\{1\} * LEAN\{0\}$
 (INTO)

Created with Tosmana Version 1.61

Observa-se nas três equações para o resultado sucesso, presentes nas organizações HFI, HFL e INTO, a seguinte inferência: (1) todas as organizações com sucesso possuem alta frequência de pelo menos três ferramentas do grupo estratégica. O planejamento estratégico, SWOT e ciclo PDCA estavam presentes em todas essas organizações; (2) todas possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas do grupo orçamento e controle (3) todas possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas de informação.

Por fim, identificou-se que o Planejamento Estratégico, matriz SWOT, Ciclo PDCA, Planejamento e Gerenciamento de Contratações e a matriz GUT estão presente em todas as equações, tratando-se, portanto, de ferramentas necessárias para o sucesso, considerando o indicador TOCC. Não foram identificadas ferramentas que fossem suficientes, ou seja, que sozinhas garantissem o sucesso.

Quadro 9: Resumo do desempenho TOCC:

	Ferramentas de estratégia	Ferramentas de orçamento e controle	Ferramentas de informação
HFI	Presença de 3	Presença de 2	Presença de 2
HFL	Presença de todas	Presença de 2	Presença de 2
INTO	Presença de todas	Presença de 2	Presença de 2

Fonte: Elaboração própria.

4.1.5.2 Desempenho das Organizações e Taxa de Ocupação Hospitalar - TOH

A próxima análise a ser realizada é a relação da Taxa de Ocupação Hospitalar e as ferramentas de gestão estratégica para a obtenção dos resultados de presença de alto desempenho. (Ver anexo C). Também foram geradas três equações, uma para cada organização, com presença de alto desempenho.

Tosmana Report

Algorithm: Quine

File: C:\Users\cschedid\Desktop\TOH.xlsx

Settings:

Minimizing: 1

including:

Truth-Table:

ORGANIZAÇÃO	ORÇ	PE	BSC	BENCH	SI	PGC	SWOT	PDCA	GUT	LEAN	TOH
HFA(1), HFSE(0)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	C
HFCF	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
HFI	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
HFL	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
HFB	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INC	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1
INCA	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
INTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0

Result(s):

ORÇ(0) * PE(0) * BSC(1) * BENCH(1) * SI(0) * PGC(0) * SWOT(0) *
PDCA(0) * GUT(1) * LEAN(1) +
(HFCF)

ORÇ(0) * PE(1) * BSC(0) * BENCH(0) * SI(1) * PGC(1) * SWOT(1) *
PDCA(1) * GUT(1) * LEAN(1) +
(HFI)

ORÇ(1) * PE(0) * BSC(1) * BENCH(1) * SI(1) * PGC(1) * SWOT(0) *
PDCA(1) * GUT(0) * LEAN(1)
(INC)

Created with Tosmana Version 1.61

Observa-se nas três equações para o resultado sucesso, presentes nas organizações HFCF, HFI e INC, a seguinte conclusão: (1) apenas a presença de uma ferramenta do grupo de ferramentas estratégica é possível para obter alto desempenho; (2) apenas a presença de uma ferramenta do grupo de ferramentas de orçamento e controle é possível para obter alto desempenho; (3) todas possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas de informação.

Cabe destacar o caso do HFA que, embora tenha presença de alto desempenho no indicador Taxa de Ocupação Hospitalar, possui ausência de alta frequência de todas as ferramentas analisadas, não se tratando, portanto, de caso de sucesso.

Por fim, identificou-se que o método LEAN está presente em todas as organizações, tratando-se, portanto, de ferramenta necessária, mas não suficiente para explicar esse desempenho de sucesso. Não foram identificadas outras ferramentas que fossem suficientes, para esse indicador.

Quadro 10: Resumo do desempenho TOH:

	Ferramentas de estratégia	Ferramentas de orçamento e controle	Ferramentas de informação
HFCF	Presença de 1	Presença de 1	Presença de 2
HFI	Presença de 3	Presença de 2	Presença de 2
INC	Presença de 2	Presença de 3	Presença de 2

Fonte: Elaboração própria.

4.1.5.3 Desempenho das Organizações e Taxa de Suspensão de Cirurgias no Centro Cirúrgico - TSCC

Analisou-se igualmente a relação da Taxa de Suspensão de Cirurgias no Centro Cirúrgico e as ferramentas de gestão estratégica para a obtenção dos resultados de presença de alto desempenho (Ver anexo D). Foram geradas quatro equações, uma para cada organização, com presença de alto desempenho.

Tosmana Report

Algorithm: Quine

File: C:\Users\cschedid\Desktop\TSCC.xlsx

Settings:

Minimizing: 1

Including:

Truth-Table:

ORGANIZAÇÃO	ORÇ	PE	BSC	BENCH	SI	PGC	SWOT	PDCA	GUT	LEAN	TSCC
HFA, HFSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HFCF	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1
HFI	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0
HFL	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
HFB	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INC	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0
INCA	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
INTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1

Result(s):

$ORÇ\{0\} * PE\{0\} * BSC\{1\} * BENCH\{1\} * SI\{0\} * PGC\{0\} * SWOT\{0\} * PDCA\{0\} * GUT\{1\} * LEAN\{1\}$
 +
 (HFCF)

$ORÇ\{0\} * PE\{1\} * BSC\{1\} * BENCH\{1\} * SI\{0\} * PGC\{1\} * SWOT\{1\} * PDCA\{1\} * GUT\{1\} * LEAN\{1\}$
 +
 (HFL)

$ORÇ\{1\} * PE\{1\} * BSC\{0\} * BENCH\{0\} * SI\{1\} * PGC\{0\} * SWOT\{1\} * PDCA\{0\} * GUT\{0\} * LEAN\{0\}$
 +
 (INCA)

$ORÇ\{1\} * PE\{1\} * BSC\{1\} * BENCH\{1\} * SI\{1\} * PGC\{1\} * SWOT\{1\} * PDCA\{1\} * GUT\{1\} * LEAN\{0\}$
 +
 (INTO)

Created with Tosmana Version 1.61

Observa-se nas quatro equações o resultado sucesso, presentes nas organizações HFCF, HFL, INCA e INTO, no indicador TSCC, levando a pensar que para a obtenção de alto desempenho é necessário apenas a presença de uma ferramenta de cada grupo, conforme análise individualizada das equações.

Ou seja, na primeira equação, no grupo de ferramenta de estratégia, apenas o *Balanced Scorecard* obteve a presença de alta frequência, assim como o Método LEAN foi a única ferramenta do grupo orçamento e controle, seguidos de duas de ferramenta de informação.

Na segunda equação, observa-se a presença de alta frequência de pelo menos duas ferramentas dos grupos orçamento e controle e informação e todas as ferramentas do grupo estratégia. Na terceira equação, nota-se a presença de alta frequência de pelo menos duas ferramentas de estratégia, apenas uma de ferramenta de orçamento e controle e um uma de ferramenta de informação.

E, por fim, identificou-se na quarta equação, a presença de alta frequência de todas as ferramentas dos grupos de estratégia e de informação e duas ferramentas de orçamento e controle. Não foram identificadas ferramentas suficientes ou necessárias para obter alto desempenho.

Quadro 11: Resumo do desempenho TSCC:

	Ferramentas de estratégia	Ferramentas de orçamento e controle	Ferramentas de informação
HFCF	Presença de 1	Presença de 1	Presença de 1
HFL	Presença de 1	Presença de 1	Presença de 1
INCA	Presença de 1	Presença de 1	Presença de 1
INTO	Presença de 1	Presença de 1	Presença de 1

Fonte: Elaboração própria.

4.1.5.4 Desempenho das Organizações e Índice de Renovação (Giro de Leito)

Nesse momento, analisa-se a relação do Índice de Renovação (Giro de Leito) e as ferramentas de gestão estratégica para a obtenção dos resultados de presença de alto desempenho. (Ver anexo E). Foram geradas quatro equações, uma para cada organização, com presença de alto desempenho.

Tosmana Report

Algorithm: Quine

File: C:\Users\cschedid\Desktop\VR.xlsx

Settings:

Minimizing: 1

including:

Truth-Table:

ORGANIZAÇÃO	ORÇ	PE	BSC	BENCH	SI	PGC	SWOT	PDCA	GUT	LEAN	IR
HFA, HFSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HFCF	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0
HFI	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
HFL	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1
HFB	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INC	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1
INTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1

Result(s):

$$\begin{aligned}
 & \text{ORÇ}\{0\} * \text{PE}\{1\} * \text{BSC}\{0\} * \text{BENCH}\{0\} * \text{SI}\{1\} * \\
 & \text{PGC}\{1\} * \text{SWOT}\{1\} * \text{PDCA}\{1\} * \text{GUT}\{1\} * \text{LEAN}\{1\} \\
 & + \\
 & \text{(HFI)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & \text{ORÇ}\{0\} * \text{PE}\{1\} * \text{BSC}\{1\} * \text{BENCH}\{1\} * \text{SI}\{0\} * \\
 & \text{PGC}\{1\} * \text{SWOT}\{1\} * \text{PDCA}\{1\} * \text{GUT}\{1\} * \text{LEAN}\{1\} \\
 & + \\
 & \text{(HFL)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & \text{ORÇ}\{1\} * \text{PE}\{0\} * \text{BSC}\{1\} * \text{BENCH}\{1\} * \text{SI}\{1\} * \\
 & \text{PGC}\{1\} * \text{SWOT}\{0\} * \text{PDCA}\{1\} * \text{GUT}\{0\} * \text{LEAN}\{1\} \\
 & + \\
 & \text{(INC)}
 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned}
 & \text{ORÇ}\{1\} * \text{PE}\{1\} * \text{BSC}\{1\} * \text{BENCH}\{1\} * \text{SI}\{1\} * \\
 & \text{PGC}\{1\} * \text{SWOT}\{1\} * \text{PDCA}\{1\} * \text{GUT}\{1\} * \text{LEAN}\{0\} \\
 & + \\
 & \text{(INTO)}
 \end{aligned}$$

Created with Tosmana Version 1.61

Observa-se nas quatro equações para o resultado sucesso, presentes nas organizações HFI, HFL, INC e INTO, a conclusão: (1) todas as organizações com sucesso possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas do grupo estratégica; (2) todas possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas do grupo orçamento e controle (3) todas possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas de informação.

Assim, identificou-se que o Ciclo PDCA está presente em todas as equações, tratando-se, portanto, de ferramenta necessária para o sucesso, mas não necessária para explicar o desempenho, sendo certo que não foram identificadas outras ferramentas que fossem suficientes para esse indicador.

Quadro 12: Resumo do desempenho IR:

	Ferramentas de estratégia	Ferramentas de orçamento e controle	Ferramentas de informação
HFI	Presença de 3	Presença de 2	Presença de 2
HFL	Presença de 4	Presença de 2	Presença de 2
INC	Presença de 2	Presença de 3	Presença de 2
INTO	Presença de 4	Presença de 2	Presença de 3

Fonte: Elaboração própria.

4.1.5.5 Desempenho das Organizações e Tempo Médio de Permanência – TMP

A primeira análise a ser realizada é a relação da Taxa Média de Permanência e as ferramentas de gestão estratégica para a obtenção dos resultados de presença de alto desempenho. (Ver anexo F). Após análise do Tosmana, quatro equações foram geradas para justificar o sucesso das organizações no que tange ao indicado em tela.

Tosmana Report

Algorithm: Quine

File: C:\Users\cschedid\Desktop\TMP.xlsx

Settings:

Minimizing: 1

including:

Truth-Table:

ORÇAMENTO	ORÇ	PE	BSC	BENCH	SI	PGC	SWOT	PDCA	GUT	LEAN	TMP
HFA, HFSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HFCF	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
HFI	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
HFL	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
HFB	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
INC	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1
INCA	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1
INTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1

Result(s):

$ORÇ(0) * PE(1) * BSC(0) * BENCH(0) * SI(1) * PGC(1) * SWOT(1) * PDCA(1) * GUT(1) * LEAN(1)$
 +
 $ORÇ(1) * PE(0) * BSC(1) * BENCH(1) * SI(1) * PGC(1) * SWOT(0) * PDCA(1) * GUT(0) * LEAN(1)$
 +
 $ORÇ(1) * PE(1) * BSC(0) * BENCH(0) * SI(1) * PGC(0) * SWOT(1) * PDCA(0) * GUT(0) * LEAN(0)$
 +
 $ORÇ(1) * PE(1) * BSC(1) * BENCH(1) * SI(1) * PGC(1) * SWOT(1) * PDCA(1) * GUT(1) * LEAN(0)$
 (HFI) (INC) (INCA) (INTO)

Created with Tosmana Version 1.61

Observa-se nas quatro equações para o resultado sucesso, presentes nas organizações HFI, INC, INCA e INTO, a seguinte conclusão: (1) todas as organizações com sucesso possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas do grupo estratégia; (2) todas as organizações possuem alta frequência de pelo menos uma ferramenta do grupo orçamento e controle e (3) todas possuem alta frequência de pelo menos uma ferramenta de informação.

Na terceira equação, verifica-se que somente o Orçamento, do grupo de ferramenta de orçamento e controle e o Sistema de Informação, do grupo ferramenta de informação foram necessários para o sucesso do INCA no indicador, mas não suficientes para explicar o desempenho.

Quadro 13: Resumo do desempenho TMP:

	Ferramentas de estratégia	Ferramentas de orçamento e controle	Ferramentas de informação
HFI	Presença de 3	Presença de 2	Presença de 2
INC	Presença de 2	Presença de todas	Presença de 2
INCA	Presença de 2	Presença de 1	Presença de 1
INTO	Presença de todas	Presença de 2	Presença de todas

Fonte: Elaboração própria.

4.1.5.6 Desempenho das Organizações e Taxa de Mortalidade Institucional – TMI

A primeira análise a ser realizada é a relação da Taxa de Mortalidade Institucional e as ferramentas de gestão estratégica para a obtenção dos resultados de presença de alto desempenho (Ver anexo G). Após análise do Tosmana, três equações foram geradas para justificar o sucesso das organizações no que tange ao indicado em tela.

Tosmana Report

Algorithm: Quine

File: C:\Users\cschedid\Desktop\Pasta2.xlsx

Settings:

Minimizing: 1

including:

Truth-Table:

ORGANIZAÇÃO	ORÇ	PE	BSC	BENCH	SI	PGC	SWOT	PDCA	GUT	LEAN	TMI
HFA, HFSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HFCF	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
HFI	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
HFL	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
HFB	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
INC	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1

Result(s):

$$\text{ORÇ}(1) * \text{PE}(0) * \text{BSC}(0) * \text{BENCH}(0) * \text{SI}(0) * \text{PGC}(0) * \text{SWOT}(0) * \text{PDCA}(0) * \text{GUT}(0) * \text{LEAN}(0) +$$

$$\text{ORÇ}(0) * \text{PE}(1) * \text{BSC}(0) * \text{BENCH}(0) * \text{SI}(1) * \text{PGC}(1) * \text{SWOT}(1) * \text{PDCA}(1) * \text{GUT}(1) * \text{LEAN}(1) +$$

$$\text{ORÇ}(1) * \text{PE}(0) * \text{BSC}(1) * \text{BENCH}(1) * \text{SI}(1) * \text{PGC}(1) * \text{SWOT}(0) * \text{PDCA}(1) * \text{GUT}(0) * \text{LEAN}(1)$$

Created with Tosmana Version 1.61

Observa-se nas quatro equações para o resultado sucesso, presentes nas organizações HFB, HFI e INC, que a primeira equação demonstra o sucesso da organização HFB baseado unicamente no uso da ferramenta de gestão estratégica Orçamento.

O alto desempenho do indicador TMI pode ser justificado pela redução drástica das atividades do Hospital Federal de Bonsucesso - HFB em razão do início da pandemia do COVID 19, em março de 2020, em que manteve sua emergência fechada e não foi centro de atendimento e do agravamento da redução no recebimento de pacientes com a ocorrência do incêndio, em outubro do mesmo ano.

A organização reduziu o número de atendimentos e cirurgias nesse período (2020-2022), bem como, extinguiu alguns serviços. Assim sendo, essa contradição no resultado pode ser entendida com base na análise geral fática e dos indicadores de desempenho. Portanto, o

HFB será excluído dessa análise. Além disso, o INCA e o INTO não apresentaram os dados desse indicador e não entraram na análise.

As outras equações demonstram que (1) as demais organizações com sucesso possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas do grupo estratégia; (2) possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas do grupo orçamento e controle e (3) possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas de informação.

Assim sendo, fica demonstrado que para o indicador TMI é necessário para o sucesso, o uso de pelo menos 2 ferramentas, dos três grupos estabelecidos nesse estudo.

Quadro 14: Resumo do desempenho TMI:

	Ferramentas de estratégia	Ferramentas de orçamento e controle	Ferramentas de informação
HFI	Presença de 3	Presença de 2	Presença de 2
INC	Presença de 2	Presença de 3	Presença de 2

Fonte: Elaboração própria.

4.1.5.7 Desempenho das Organizações e Taxa de Mortalidade Hospitalar - TMH

A primeira análise a ser realizada é a relação da Taxa de Mortalidade Hospitalar e as ferramentas de gestão estratégica para a obtenção dos resultados de presença de alto desempenho (Ver anexo H). Após análise do Tosmana, quatro equações foram geradas para justificar o sucesso das organizações no que tange ao indicado em tela.

Tosmana Report

Algorithm: Quine

File: C:\Users\cschedid\Desktop\TMH.xlsx

Settings:

Minimizing: 1

including:

Truth-Table:

ORGANIZAÇÃO	ORÇ	PE	BSC	BENCH	SI	PGC	SWOT	PDCA	GUT	LEAN	TMH
HFA, HFSE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
HFCF	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0
HFI	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
HFL	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0
HFB	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1
INC	1	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1
INCA	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0
INTO	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1

Result(s):

$$\begin{aligned} & \text{ORÇ}(1) * \text{PE}(0) * \text{BSC}(0) * \text{BENCH}(0) * \text{SI}(0) * \\ & \text{PGC}(0) * \text{SWOT}(0) * \text{PDCA}(0) * \text{GUT}(0) * \text{LEAN}(0) \\ & + \\ & \text{(HFB)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{ORÇ}(0) * \text{PE}(1) * \text{BSC}(0) * \text{BENCH}(0) * \text{SI}(1) * \\ & \text{PGC}(1) * \text{SWOT}(1) * \text{PDCA}(1) * \text{GUT}(1) * \text{LEAN}(1) \\ & + \\ & \text{(HFI)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{ORÇ}(1) * \text{PE}(0) * \text{BSC}(1) * \text{BENCH}(1) * \text{SI}(1) * \\ & \text{PGC}(1) * \text{SWOT}(0) * \text{PDCA}(1) * \text{GUT}(0) * \text{LEAN}(1) \\ & + \\ & \text{(INC)} \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} & \text{ORÇ}(1) * \text{PE}(1) * \text{BSC}(1) * \text{BENCH}(1) * \text{SI}(1) * \\ & \text{PGC}(1) * \text{SWOT}(1) * \text{PDCA}(1) * \text{GUT}(1) * \text{LEAN}(0) \\ & + \\ & \text{(INTO)} \end{aligned}$$

Igualmente na Taxa de Mortalidade Hospitalar, é observada uma contradição no resultado do Indicador de desempenho do HFB, tendo em vista as razões analisadas no item 4.5.6. Portanto, o HFB foi excluído dessa análise. Entretanto, todas as organizações analisadas no estudo participam desse indicador de desempenho.

Observa-se, nesse momento, nas outras três equações para o resultado sucesso, presentes nas organizações HFI, INC e INTO, a seguinte conclusão: (1) todas as organizações com sucesso possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas do grupo estratégia; (2) todas as organizações possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas do grupo orçamento e controle e (3) todas possuem alta frequência de pelo menos duas ferramentas de informação.

Por fim, identificou-se que o Ciclo PDCA, Planejamento e Gerenciamento de Contratações e o Sistema de Informações estão presente em todas as equações, tratando-se, portanto, de ferramentas necessárias para o sucesso, considerando o indicador TMH. Não foram identificadas ferramentas que fossem suficientes, ou seja, que sozinhas garantissem o desempenho de sucesso.

Quadro 15: Resumo do desempenho TMH:

	Ferramentas de estratégia	Ferramentas de orçamento e controle	Ferramentas de informação
HFI	Presença de 3	Presença de 2	Presença de 2
INC	Presença de 2	Presença de todas	Presença de 2
INTO	Presença de todas	Presença de 2	Presença de todas

Fonte: Elaboração própria.

Apresenta-se, por fim, a comparação entre os Indicadores de Desempenho avaliados no estudo e a quantidade mínima de ferramentas de gestão estratégica utilizadas para a obtenção do alto desempenho, separadas pela finalidade de cada ferramenta, conforme classificação prevista nesse estudo. (Quadro 16)

Quadro 16 - Resumo Geral

	TOCC	TOH	TSCC	IR	TMP	TMI	TMH
Ferramenta de estratégia	Presença de pelo menos 3	Presença de pelo menos 1	Presença de pelo menos 1	Presença de pelo menos 2			
Ferramenta de orçamento e controle	Presença de pelo menos 2	Presença de pelo menos 1	Presença de pelo menos 1	Presença de pelo menos 2	Presença de pelo menos 1	Presença de pelo menos 2	Presença de pelo menos 2
Ferramenta de informação	Presença de pelo menos 2	Presença de pelo menos 2	Presença de pelo menos 1	Presença de pelo menos 2	Presença de pelo menos 1	Presença de pelo menos 2	Presença de pelo menos 2

Fonte: Elaboração própria.

4.2 DISCUSSÃO

Pode-se constatar que a tomada de decisão fundamentada em dados sistematizados através do uso de ferramentas de gestão estratégica (Bemfica & Callado, 2019) é uma realidade nas organizações hospitalares estudadas, conforme Tabela 5.

Existe repercussão positiva no uso dessas ferramentas de gestão estratégica (Fares *et al.*, 2019), em conformidade com a Tabela 6 (Sobre a utilização e repercussão da ferramenta na organização) e esses resultados são ligados aos indicadores de desempenho (Vieira, 2016). O trabalho de Vendrúscolo *et al.* (2012) não foi conclusivo sobre o uso de ferramentas de gestão e o desempenho. Por outro lado, Nascimento *et al.* (2014) indicaram que o uso de um maior número de ferramentas estava associado a um desempenho maior de empresas do setor de saúde. Este trabalho vai por outro caminho, ao indicar que não é a quantidade, mas a diversidade de ferramentas de gestão estratégica que podem se relacionar ao desempenho dos casos estudados.

Portanto, o uso de ferramentas está diretamente ligado à gestão estratégica (Cavalheiro *et al.*, 2020), conforme demonstrado por 71% dos respondentes que concordam que missão, visão e valores são levados em consideração quando uma ferramenta é implementada. Então, essas dimensões da estratégia nas organizações hospitalares são levadas em conta para a adoção dessas ferramentas, e essas ferramentas, por sua vez apoiam a tomada de decisões dentro da gestão estratégica, como afirma Clark (1997). Isso indica um processo que se autoalimenta, saindo dessas dimensões e voltado a elas, na hora de decidir.

Esse uso não é recente para algumas ferramentas, tendo em vista que os resultados apontados nas Tabelas 7, 8, 13 e 14, indicam que a implementação é anterior a 2018, portanto, já consolidadas e aptas a melhorar a gestão hospitalar (Farias & Araújo, 2017). Isso pode indicar que algumas dessas aplicações podem servir de benchmarking para os demais hospitais federais, evitando que se tenha que realizar um aprendizado por tentativa e erro (Vendrúscolo *et al.*, 2012).

O uso dessas ferramentas está associado à NAP (Oliveira *et al.*, 2010). E isso atingiu diversos setores, de autarquias (Zucatto & Minuzzi, 2021) à prefeituras (Fares *et al.*, 2019; Soares & Rosa, 2021) e da educação (Almeida, 2021; Carvalho Junior & Ferreira, 2021) à área da saúde (Martins *et al.*, 2021; Mendes *et al.*, 2021). Neste trabalho essa modernização da gestão pública, focada na eficiência e economicidade (Blonski *et al.*, 2017) com o uso de ferra-

mentas gerenciais que melhoram o desempenho é atestada por 76% dos respondentes do questionário. Sua incidência nas organizações estudadas pode ser observada na tabela 17, onde o impacto de todas as onze ferramentas propostas foi atestado pelos respondentes. Essa é uma maneira objetiva de entender como a NAP se cristaliza em uma organização como um hospital público.

Outro aspecto que merece destaque é que quando perguntados do local onde conheceram a ferramenta, o baixo percentual da resposta “não conheço a ferramenta”, demonstrado nas tabelas 18, 19, 20, 21, 22 e 23, corrobora a afirmação dos 60% que afirmaram receber treinamento pelo MS ou de terceiro contratado. Esse tipo de iniciativa – a capacitação para o uso de ferramentas – parece caracterizar que seu uso não seja um modismo da gestão do momento (Alves *et al.*, 2021), mas uma prática que se incorpora às rotinas do hospital (Costa *et al.*, 2015) por um lado, e que leva a um ganho em termos de visão de longo prazo (Fares *et al.*, 2019), por outro lado. Portanto, a administração pública tem capacitado seus servidores para a incorporação da gestão gerencial (Carvalho & Ferreira, 2021), ainda que persistam todos os desafios para a incorporação dessas práticas (Bemfica & Callado, 2019).

Esse investimento na contratação ou capacitação de administradores hospitalares permite a inferência de uma mudança no atributo padrão para o cargo de gestor hospitalar, que era a formação em medicina e não a experiência na área de gestão (Malik & Pena, 2003). Esse movimento pode ser considerado outro pilar do processo de modernização da gestão pública (Carvalho & Ferreira, 2021), que busca pela capacitação e avaliação do desempenho dos servidores, corte de custos e acompanhamento dos avanços tecnológicos, transformar o cidadão em cliente.

No que tange ao uso do método QCA foi possível estabelecer a relação do uso de ferramentas de gestão com o alto desempenho da organização, especialmente pela verificação da ausência de uma ferramenta que fosse suficiente para garantir o sucesso, conforme Quadro 16 (Resumo Geral). Observou-se nas equações que foi possível comparar os dados com a complexidade de cada caso analisado (Ragin, 1989).

5 CONCLUSÃO

O estudo avaliou 9 (nove) organizações do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro: Hospital Federal do Andaraí, Hospital Federal de Bonsucesso, Hospital Federal Cardoso Fontes, Hospital Federal da Lagoa, Hospital Federal de Ipanema, Hospital Federal Servidores do Estado, Instituto Nacional de Cardiologia, Instituto Nacional do Câncer e Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia.

Com a finalidade de auxiliar o Ministério da Saúde, assim como os seus gestores, a definir quais ferramentas demonstraram os melhores resultados no âmbito público e quais práticas gerenciais devem ser mantidas de forma consistente, apresentou-se o seguinte questionamento: existe relação entre a ferramenta de gestão adotada e o desempenho dos Hospitais no período de 2018 a 2022?

Portanto, o objetivo geral do estudo é determinar se existe relação entre a Ferramenta de Gestão Estratégica implementada nas organizações hospitalares do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e a presença de alto desempenho dessas organizações, definindo quais ferramentas demonstraram os melhores resultados no âmbito público e quais as práticas gerenciais devem ser mantidas de forma consistente, para o alcance do alto desempenho.

Para obter a resposta, dois processos foram realizados para levantamento de dados: coleta e análise dos indicadores de desempenho assistenciais das organizações e aplicação de questionário aos servidores das organizações.

Conclui-se, portanto, que os casos de sucesso não dependem do uso exclusivo de uma ferramenta, pois nenhuma delas foi suficiente para garantir sozinha o alto desempenho da organização, em todos os indicadores analisados.

Consequentemente, observou-se que para cada indicador de desempenho estudado, o sucesso da organização tinha relação direta com a presença conjunta de ferramentas de gestão que tivessem o escopo de estratégia, de orçamento e controle e de informação, divisão realizada pelo estudo para fins didáticos e análise dos dados. Ou seja, não há uma ferramenta necessária, mas a diversidade delas esteve presente em todos os casos de sucesso, e essa diversidade pode ser resumida pelo agrupamento feito neste trabalho: ferramentas de estratégia, de orçamento e controle e de informação. O caso do HFB corrobora esse entendimento, pois apresentava alta frequência do uso de apenas uma ferramenta (Orçamento), entretanto, não era um caso de sucesso, sendo inclusive retirado da análise.

O estudo demonstrou que a prática gerencial do uso de ferramentas de gestão, capacitação dos gestores e a avaliação do desempenho das organizações a partir do uso dessas ferramentas deve ser mantido de forma consistente, para a obtenção de desempenho superior. Este estudo mostrou que o uso dessas ferramentas nos hospitais é uma prática consolidada e se relaciona com a estratégia do hospital e a ela retorna. Ou seja, a decisão pela adoção decorre da reflexão sobre a missão e a visão por um lado, e sua aplicação visa a melhoria do desempenho. Dessa maneira, este estudo mostrou como a NAP pode ser percebida no conjunto de hospitais federais do Rio de Janeiro.

Por fim, no que tange ao Objetivo Geral do estudo comprovou-se que, no período avaliado, existe relação direta do uso de ferramentas de gestão estratégica e o desempenho das organizações. As organizações com o melhor desempenho demonstraram alta frequência do uso da combinação de diferentes ferramentas.

Do ponto de vista gerencial, conclui-se que os casos de sucesso não dependem do uso exclusivo de uma ferramenta, pois nenhuma delas foi suficiente para garantir sozinha o alto desempenho da organização, em todos os indicadores analisados.

Diante disso, recomenda-se a aplicação conjunta de ferramentas dos três agrupamentos: (i) ferramentas com função de estratégia, ou seja, são ligadas à implantação de diagnóstico da organização, para definição dos objetivos e para sua execução; (ii) ferramentas de orçamento e controle, que têm relação com a definição das necessidades da organização (Farias e Araújo, 2017), da execução do orçamento e do controle financeiro, através da otimização dos custos e, por fim, (iii) ferramentas de informação para coletar, analisar dados e definir as prioridades dentre os objetivos anteriormente definidos, munindo o gestor para a tomada de decisão.

Em termos de políticas públicas, o incremento na expectativa de vida do brasileiro e, conseqüentemente, o envelhecimento da população e o aumento de doenças crônicas obrigará o MS a repensar o desenvolvimento de políticas públicas na área de saúde pública, uma vez que o aumento da demanda nas organizações hospitalares é esperado (Noronha, Castro, Gadelha, 2023).

Para que esses programas sejam desenvolvidos com sucesso, apesar da alta demanda e escassez de recursos, recomenda-se que a visão gerencial seja difundida e conduzida pelo MS, de forma que todas as organizações possam melhorar seu desempenho. Ou seja, recomenda-se que a política pública se volta à busca pela eficiência, mais do que o investimento em novas infraestruturas. A capacitação dos servidores para atuação gerencial nessas políticas já se mostrou eficaz, mas é necessário que Governo Federal repense a forma de recompensar

esses servidores, a fim de estimular a modernização de suas organizações, conforme Bemfica e Callado (2019). Essa recomendação agrega a ideia de busca pela eficiência, com a premiação por sua consecução.

Recomenda-se também o investimento na capacitação dos servidores públicos, na área gerencial, considerando que 60% dos respondentes do questionário informaram ter recebido treinamento, ou seja, ainda existe uma considerável parcela desses profissionais nas áreas de planejamento e gestão que não receberam capacitação para sua atuação profissional.

Considerando que não há uma recompensa monetária para atuação na área gerencial, o incentivo através do provimento da capacitação poderia ser um estímulo aos profissionais e uma forma de aparelhar as organizações.

Acrescenta-se a isso o fato de que o último concurso no Ministério da Saúde, para cargos gerenciais, foi no ano de 2010, portanto, se não houver um estímulo por parte do Ministério para a atualização desses profissionais, a eficiência no uso dos recursos pode não ser alcançado.

Este estudo possui algumas limitações. A primeira delas se relaciona ao objeto de estudo. Por ser uma rede federal de hospitais, é possível que os achados tenham sofrido influência de decisões que são tomadas pelo MS, em Brasília, deslocando o objeto – os hospitais – de seu contexto – a cidade do Rio de Janeiro. A guisa dessa limitação, recomenda-se que esse estudo se amplie, envolvendo outros hospitais públicos.

Outra limitação foi a ausência dos dados oficiais. Nem todas as organizações possuem os indicadores de desempenho para o mesmo período de tempo. Embora a Cesta de Indicadores de Desempenho seja uma ferramenta padronizada para todos os hospitais federais, alguns hospitais não preenchem todos os dados e os Institutos não tem os dados coletados por essa Cesta.

Uma recomendação é ampliar o estudo aplicando técnicas que envolvem também outros indicadores de desempenho, assim, como aspectos de recursos – infraestrutura, recursos humanos, capacidade de investimento – que poderiam ampliar a explicação sobre o desempenho.

REFERÊNCIAS

- Aguiar, D. T., Silva, M. V., Tajra, F. S., Travecedo, S. P., Gouveia, A. M., Aguiar, D. M., Lira, G. V., & Lima, M. (2014). Matriz gut como estratégia de planejar as ações de auditoria no sus para subsidiar a gestão do município de Sobral - CE. In **11º Congresso Internacional Rede Unida**, Fortaleza, CE, Brasil.
- Almeida Neto, H. S. C., Barbosa, M. F. N. & Barbosa, E. M. (2020). Contribuições da gestão por competências na administração pública: um estudo no Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística da Paraíba. **Revista Brasileira de Administração Científica**, 1(3), 65-81.
- Alves, R., Kincheski, G. F., Silva, V. M., Vecchio, H. P., Oliveira, C. L., & Cancelier, M. V. (2017). Aplicabilidade da matriz Gut para identificação dos processos críticos: O estudo de caso do Departamento de Direito da Universidade Federal De Santa Catarina. In **XVII Colóquio Internacional de Gestão Universitária**, Mar del Plata, Argentina.
- Alves Junior, E., Gonçalves, C. A. (2017). Análise comparativa qualitativa como método de pesquisa em administração: uma revisão sistemática de literatura. **Métodos e Pesquisa em Administração**, 2(2), 4-18.
- Alves, M. C. M., Borba, M. C., Ramos, J. E. S., Barros, J. E. M., Ceolin, A. C. (2021). Gestão na Política Pública de Saúde e (des)continuidade na prevenção e combate a doenças em cinco municípios pernambucanos. **Revista Brasileira de Políticas Públicas e Internacionais**, 6(2), 125-142.
- Bandeira, H. T., & Amorim, T. N. G. F. (2020). Percepção dos servidores públicos sobre planejamento estratégico organizacional: o caso de uma unidade descentralizada do MPF através da implantação do balanced scorecard. **Revista de Administração Contabilidade e Sustentabilidade**, 10(2), 66-77.
- Barney, J. (1991). Firm resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, 17(1), 99-120.
- Barney, J. (2001). Resource-based theories of competitive advantage: a ten year retrospective on the resource-based view. **Journal of Management**, 27(6), 643-650.
- Barney, J. & Hersterly, W. (2011). **Administração Estratégica e Vantagem Competitiva: Conceitos e Casos**. (3. ed.). São Paulo: Pearson Universidades.
- Bellen, H. M. V., Richartz, F. & Duarte, M. R. B. (2022). **Hospital Federal da Lagoa: Plano Estratégico 2020-2023**. Florianópolis: UFSC.
- Bellen, H. M. V., Richartz, F. & Duarte, M. R. B. (2022). **Hospital Federal de Bonsucesso: Plano Estratégico 2020-2023**. Florianópolis: UFSC.
- Bellen, H. M. V., Richartz, F. & Duarte, M. R. B. (2022). **Hospital Federal de Ipanema: Plano Estratégico 2020-2023**. Florianópolis: UFSC.
- Bellen, H. M. V., Richartz, F. & Duarte, M. R. B. (2022). **Hospital Federal do Andaraí: Plano Estratégico 2020-2023**. Florianópolis: UFSC.

- Bellen, H. M. V., Richartz, F. & Duarte, M. R. B. (2022). **Hospital Federal dos Servidores do Estado: Plano Estratégico 2020-2023**. Florianópolis: UFSC.
- Bellen, H. M. V., Richartz, F. & Duarte, M. R. B. (2022). **Hospital Federal Cardoso Fontes: Plano Estratégico 2020-2023**. Florianópolis: UFSC.
- Bemfica, M. F. C. & Callado, A. A. C. (2019). Mapas Estratégicos do 'Balanced Scorecard' nos Ministérios Públicos Estaduais. **Sociedade, Contabilidade e Gestão**, 14(2), 40-56.
- Bernardes, A., Cecílio, L. C. de O., Nakao, J. R. S., & Évora, Y. D. M. (2007). Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(4), 861-870.
- Bittar, O. J. N. V., Biczuk, M., Serinolli, M. I., Novaretti, M. C. Z. & Moura, M. M. N. (2018). Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. **Revista de Administração em Saúde**, 18(70).
- Blonski, F., Prates, R. C., Costa, M. & Vizeu, F. (2017). O Controle Gerencial na Perspectiva do New Public Management: O Caso da Adoção *do Balanced Scorecard* na Receita Federal do Brasil. **Administração Pública e Gestão Social**, 9(1), 15-30.
- Brookson, S. (2000). **Como elaborar orçamentos**. São Paulo: Publifolha.
- Bryson, J. M., Ackermann, F. & Eden, C. (2007). Putting the Resource-Based View of Strategy and Distinctive Competencies to Work in Public Organizations. *Public Administration Review* - Wiley Online Library. **Public Administration Review**, 67, 702-717.
- Bueno, M. (2010). **Gestão pela qualidade total: uma estratégia administrativa - Um tributo ao Mestre do Controle da Qualidade Total Kaoru Ishikawa**. (1. ed). Rio de Janeiro.
- Camp, R. C. (1998). **Benchmarking: o caminho da qualidade total**. (3.ed) São Paulo: Pioneira.
- Carlini Junior, R. J., & Vital, T. W. (2004). A utilização do benchmarking na elaboração do planejamento estratégico: uma importante ferramenta para a maximização da competitividade organizacional. **Revista Brasileira de Gestão de Negócios**, 6(14), 60-66.
- Carvalho Junior, J. R. & Ferreira, M. (2021). Pós-Nova Gestão Pública no Planejamento Estratégico da Educação Profissional Brasileira. **Revista Eletrônica de Estratégia & Negócios**. 14, 167-173.
- Catuogno, S. (2017). Balanced performance measurement in research hospitals: the participative case study of a hematology department. **BMC health services research**, 17(1), 522.
- Cavalheiro, R. T., Kremer, A. M., Gimenes, R. M. T., Baratelli, M. & PITTERI, L. B. (2020). Uso de Ferramentas Estratégicas na Gestão Agrícola: Evidências do Campo Brasileiro. **Diário de Gestão & Conexões**, 9 (1), 28-49.
- Clark, D. N. (1997). Uso de ferramentas de gestão estratégica: um estudo comparativo. **Strategic Change**, 6(7), 417-427.

- Costa, I. P. R. (2022). Eficiência na Crise: economia, infraestrutura e políticas sociais foram condições para preservar vidas durante a pandemia de Covid-19? (Dissertação de mestrado). **Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico**. Programa de Pós-Graduação em Controle de Gestão. Florianópolis- SC.
- Costa, A. S. C., Santana, L. C. & Trigo, A. C. (2015). Qualidade do atendimento ao cliente: um grande diferencial competitivo para as organizações. **Revista de Iniciação Científica–RIC Cairu**, 2(2), 155-172.
- Couttolenc, B. (2014). Benchmarking Hospitalar: Uma ferramenta para a melhoria do desempenho. In Governança e Gestão. **Fundação Getúlio Vargas (org)**. São Paulo.
- De Souza, C. J., de Proença, O. & Soares, T. (2022). Desempenho Organizacional e Ferramentas De Gestão: Uma análise das publicações e agenda de pesquisa. **Revista Estudos E Pesquisas Em Administração**, 6(1).
- Decreto nº 10.180, de 06 de fevereiro de 2001. Organiza e disciplina os Sistemas de Planejamento e de Orçamento Federal, de Administração Financeira Federal, de Contabilidade Federal e de Controle Interno do Poder Executivo Federal, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/110180.htm.
- Decreto nº 9.991, de 28 de agosto de 2019. Dispõe sobre a Política Nacional de Desenvolvimento de Pessoas da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, e regulamenta dispositivos da Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, quanto a licenças e afastamentos para ações de desenvolvimento. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Decreto/D9991.htm#art35.
- Decreto nº 10.947, de 25 de janeiro de 2022. Regulamenta o inciso VII do caput do art. 12 da Lei nº 14.133, de 1º de abril de 2021, para dispor sobre o plano de contratações anual e instituir o Sistema de Planejamento e Gerenciamento de Contratações no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em <https://in.gov.br/en/web/dou/-/decreto-n-10.947-de-25-de-janeiro-de-2022-376059032>.
- Decreto nº 11.798, de 28 de novembro de 2023. Aprova a Estrutura Regimental e o Quadro Demonstrativo dos Cargos em Comissão e das Funções de Confiança do Ministério da Saúde e remaneja e transforma cargos em comissão e funções de confiança. Brasília, DF: Presidência da República. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2023/decreto/D11798.htm
- Dias, C. N., Hoffmann, V. E. & Martinez-Fernandez, M. T. (2019). Resource complementarities in R&D network for innovation performance: evidence from the agricultural sector in Brazil and Spain. **International Food and Agribusiness Management Review**, 22, 193-213.
- Dias, O. C. (2011). Análise Qualitativa Comparativa (QCA) Usando Conjuntos Fuzzy: uma abordagem inovadora para estudos organizacionais no Brasil. In **Encontro ANPAD**, Rio de Janeiro, RJ. ANPAD, 35.

- Erasmus, E. A. L., Duarte, M., & Lima, J. N. (2019). Integração do processo de planejamento e orçamento por meio do sistema Sie. **Revista Observatório**, 5(5), 638-666.
- Felix, R., do Prado Felix, P., & Timóteo, R. (2011). Balanced Scorecard: adequação para a gestão estratégica nas organizações públicas. **Revista do Serviço Público**, 62(1), 51-74.
- Falquedo, J. M. Z., Hoffmann, V. E., Gomes, R. C. & Mori, S. O. (2020). Strategic planning in higher education institutions: what are the stakeholders' roles in the process? **Higher Education**, 79, 1039-1056.
- Fares, F. A., Bastos, S. A. P. & Fortunato, G. (2019). Proposição de um processo de planejamento estratégico apoiado no BSC para o serviço público: o caso de um serviço de licenciamento municipal de pequenas reformas. **Gestão & Regionalidade**, 35(103).
- Farias, D. C., & Araujo, F. O. (2017). Gestão hospitalar no Brasil: Revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 22(6), 1895-1904.
- Feijó, A. M., Vicente, E. F. R. & Petri, S. M. (2020). O Uso das Escalas Likert nas Pesquisas de Contabilidade. **Revista Gestão Organizacional**, 13(1), 27-41.
- Ferreira, L. C. M., Garcia, F. C. & Vieira, A. (2010). Relações de Poder e Decisão: conflitos entre médicos e administradores hospitalares. **Revista de Administração Mackenzie**, 11(6), 31-54.
- Ferreira, M. A. M., Reis, A. de O., Sediyaama, G. A. S. & Silva, A. A. P. (2016). Integração entre Planejamento e Orçamento na Administração Pública Estadual: o Caso de Minas Gerais. **Contabilidade, Gestão e Governança**, 19(1), 3-22.
- Freitas, V. S., & Bizzarro Neto, F. (2016). Qualitative Comparative Analysis (QCA): usos e aplicações do método. **Revista Política Hoje**, 24(2), 103-118.
- Frezatti, F., Nascimento, A. R. & Junqueira, E. (2009). Desenvolvimento da pesquisa em Contabilidade Gerencial: as restrições da abordagem monoparadigmática de Zimmerman. **Revista Contabilidade & Finanças**, 20(49), 6-24.
- Funck, E. (2007). The balanced scorecard equates interests in the healthcare organizations. **Journal of Accounting & Organizational Change**, 30, 88-103.
- Fundação Oswaldo Cruz. (2023). **Ciência da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. Disponível em: <https://www.coc.fiocruz.br/index.php/pt/todas-as-noticias/2496-dicionario-historico-biografico-das-ciencias-da-saude-no-brasil-1832-1970-tem-nova-edicao.html#>
- Furquim, M., Queirós, L., Sousa Júnior, J. & Oliveira, D. (2022). Avaliação da implantação do centro de comercialização no município de Iporá, Goiás, a partir do uso da ferramenta benchmarking. **Revista Principia Divulgação Científica e Tecnológica do IFPB**. 10.18265/1517-0306a2022id7229.

- Garcia, R. C. (2022). Subsídios para Organizar Avaliações da Ação Governamental. **Planejamento E Políticas Públicas**, (23). Recuperado de [//www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/72](http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/view/72)
- Gijo, E. V. & Antony, J. (2014). Reducing patient waiting time in outpatient department using Lean six sigma methodology. **Quality and Reliability Engineering International**, 30(8), 1481-1491.
- Ghelman, S. (2006). Adaptando o Balanced Scorecard aos preceitos da nova gestão pública. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, Brasil.
- Idenburg, P. (1993). **Four styles of strategy development**. **Long Range Planning**, 26(6), 132-137.
- Inamdar, N. & Kaplan, R. S. (2002). Applying the balanced scorecard in healthcare provider organizations. **Journal of Health Care Management**, 47(3), 179-195.
- Jannuzzi, P. M. (2002). Considerações sobre o uso, mau uso e abuso dos indicadores sociais na formulação e avaliação de políticas públicas municipais. **Revista de Administração Pública**, 36(1), 51-72.
- Kaplan, R. & Norton, D. P. (2004). **Mapas estratégicos: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis**. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Kaplan, R. & Norton, D.P. (2008). Using the Balanced Scorecard as a Strategic Management System. **Harvard Business Review**, 74 (1), 75-85.
- Kepner, C. H. & Tregoe, B. B. (1981). **O administrador racional**. São Paulo: Atlas.
- Kotler, P. (2002) **Marketing para o século XXI: Como criar, conquistar e dominar mercados**. São Paulo: Futura.
- Lee, S. Y. & Whitford, A. B. (2012). Assessing the effects of organizational resources on public agency performance: Evidence from the US federal government. **Journal of Public Administration Research and Theory**, 23, 687-712.
- Leonez, A. (2021). **O Plano Anual de Contratações e os desafios na sua operacionalização**. In Repositório da Universidade Federal de Santa Catarina, SC, p. 1-7. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/222191/o%20plano%20anual%20de%20contratacoes%20e%20o%20desafio%20na%20sua%20operacionalizacao%20-%20portal%20L%26C.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Littike D. & Sodre F. (2015). A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. **Ciência e Saúde Coletiva**. 20(10), 3051-3062.
- Longo, R. M. J. (1996). Gestão da Qualidade: Evolução História, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação. In Seminário Gestão da Qualidade na Educação: Em Busca da Excelência, Centro de Tecnologia de Gestão Educacional, São Paulo, SP.
- Lopes, F. G. (2015). **Cargos de confiança no Brasil. No presidencialismo de coalizão**. Brasília: IPEA. Disponível: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/4613>.

- Lunkes, R. J. (2003). **Manual de orçamento**. (2.ed.) São Paulo: Atlas.
- Malhotra, N. K. (2006). **Pesquisa de Marketing. Uma orientação aplicada**. (4 ed.) Porto Alegre: Bookman.
- Malik, A. M. & Pena, F. P. M. (2003). **Administração estratégica em hospitais**. Relatório 21. São Paulo: FGV/EAESP-NPP.
- Matos, L. dos S., Duarte, M. R. B., Camargo, A. da S., Perez, M. C. & da Silva, I. S. F. (2023). Planejamento estratégico aplicado no setor público: o caso da Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Revista Ibero-Americana De Estratégia**, 22(1), 244-61.
- Marin, H. F. (2010). Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. **Journal of Health Informatics**, 2(1).
- Martins, J. N. S., Tavares, B. & Braga, G. B. (2021). Cooperação no Âmbito Público como Estratégia para a Saúde. **Revista Gestão & Planejamento**, 22(1), 104-117.
- Mendes, V. R., Santos, E. M., Santos, I. C. de J., Silva, I. R. da, Silva, L. S. da, & Silva, C. S. de O. e. (2016). Matriz SWOT como ferramenta estratégica no gerenciamento da assistência de enfermagem: um relato de experiência em um hospital de ensino. **Revista Gestão & Saúde**, 7(3), Pág. 1236–1243.
- Menezes, K. S. V., Pessanha, P. A. M. R., Silva Neto, R. & Hora, H. R. M. (2022). A matriz SWOT como instrumento de gestão estratégica de uma instituição pública de ensino superior. **Sistemas & Gestão**, 17(2).
- Miranda, L. C. & Libonati, J. (2002). **Planejamento operacional In Schimidt, P. Controladoria: agregando valor para a empresa**. (1. ed.) Porto Alegre: Bookman.
- Mintzberg, H., Ahlstrand, B. & Lampel, J. (2000). **Safári de estratégia. Um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman.
- Nascimento, T. G., Hoffmann, V. E. & Farias, D. D. (2014). Medindo o desempenho organizacional: um estudo no ramo particular de saúde do Distrito Federal utilizando a análise envoltória de dados. **Revista Brasileira de Estratégia**. n. 7(2), 154-173.
- Noronha, J. C., Castro, L. & Gadelha, P. (2023). Doenças crônicas e longevidade: desafios para o futuro. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro: **Edições Livres**.
- Oliveira, P. H., Paschoalotto, M. A. C., Terence, A. C. F., & Escrivão Filho, E. (2022). A (des)construção da gestão estratégica em escolas públicas municipais: um estudo da utilização do balanced scorecard e mapa estratégico. **Revista Gestão & Planejamento**, 23(1), 778-799.
- Oliveira, T. S. (2004). **Proposta de aplicação das ferramentas do Leanhealthcare à logística hospitalar**. (Dissertação do Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

- Oliveira, F. B., Sant'Anna, A. de S. & Vaz, S. L. (2010). Liderança no contexto da nova administração pública: uma análise sob a perspectiva de gestores públicos de Minas Gerais e Rio de Janeiro. **Revista de Administração Pública**, 44(6), 1453-1475.
- Oliveira, M. A. D. (2021). Adoção de Ferramentas de Estratégia e de Controle e Desempenho: um estudo em Empresas Juniores de Santa Catarina. In Seminário de Iniciação Científica e Tecnológica. Universidade Federal de Santa Catarina, SC, Brasil.
- Pakes, P. R., Silva, B. B., Cruz, T., & Rocha, T. S. (2022). Análise da aplicação das ferramentas da qualidade e do ciclo PDCA: estudo de caso em uma empresa do setor têxtil. **Revista De Gestão E Secretariado**, 13(3), 812–827.
- Panosso, A., Espejo, M. M. D. S. B., Camacho, R. R., & Abbas, K. (2020). Influência das prioridades estratégicas na adoção de ferramentas de controle gerencial e no desempenho: um estudo empírico em empresas industriais paranaenses. **Enfoque: reflexão contábil**, 39(2), 01-25.
- Pee, L. G. & Kankanhalli, A. (2016). Interactions among factors influencing knowledge management in public-sector organizations: A resource-based view. **Government information Quarterly**, 33, 188-199.
- Pereira, L. C. B. (2015). Da administração pública burocrática à gerencial. **Revista do Serviço Público**, [S. l.], 47(1), 07 - 40.
- Pereira, M. F. (2010). **Planejamento Estratégico: teorias, modelos e processos**. São Paulo: Atlas.
- Periard, G. (2011). **Matriz Gut - Guia Completo**. Recuperado de: <http://www.sobreadministracao.com/matriz-gut-guia-completo/>. Acesso em 15 out. 2023.
- Pertence, P. P. & Melleiro, M. M., (2010). Implantação de ferramentas de gestão de qualidade em hospital universitário. **Revista Escola de Enfermagem USP**, 44(4), 1024-1031.
- Pizetta, L; Reis, A.C. & Mexas, M.P. (2022). Indicadores chave de desempenho para gestão hospitalar: percepções de gestores públicos de saúde. **Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**. 19(4).
- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado. (1995). Brasília, DF. Disponível em: <http://www.biblioteca.presidencia.gov.br/publicacoes-oficiais/catalogo/fhc/plano-diretor-da-reforma-do-aparelho-do-estado-1995.pdf>
- Portaria SAES/MS nº 27, publicada no Boletim de Serviço do Ministério da Saúde nº 40, de 02 de outubro de 2023. Ministério da Saúde, Brasília, DF. Disponível em: <https://bse.saude.gov.br/bse/arquivoPublicacao!consultaInterna.action>
- Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, PROADI-SUS. (2006). In Lean nas Emergências. Brasília, DF. Disponível em <https://hospitais.proadi-sus.org.br/projeto/apoio-as-aco-es-estrategicas-do-sus-lean-nas-emergencias1>
- Quesado, P., & Marques, S. (2020). O Balanced Scorecard como ferramenta de gestão estratégica no setor têxtil. In *XIX Encuentro AECA*, Espanha.

- Ragin, C. C. (1989). **The comparative method: moving beyond qualitative and quantitative strategies**. California: University of California Press.
- Rigby, D. K. (2009). **Ferramentas de gestão: um guia para executivos**. São Paulo: Bain & Company.
- Rosa, M. M., Petri, S. M., Petri, L. R. F., & Casagrande, M. D. H. (2014). O Balanced Scorecard como ferramenta de gestão estratégica e orçamentária da Fundação Cultural de Florianópolis. **Revista Evidenciação Contábil & Finanças**, 2(1), 39-58.
- Santos, G. F., Carvalho Silva, L. G., & Gabriel Pinhatti, E. D. (2022). Perspectivas e desafios na gestão de pessoas no contexto hospitalar. **Avanços em Enfermagem e Saúde**, 4, 64-66.
- Sano, H. & Abrucio, F. L. (2008). Promessas e resultados da Nova Gestão Pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, 48(3), 64-80.
- Satin, J. R. & Nascimento, A. G. (2019). Patrimonialismo na Gestão Pública: o Caso do Brasil. **RJLB**, 5(6), 1157-1178.
- Schiesari, L. M. C. (2014). Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, 19(10), 4229-4234.
- Schneider, C. Q. & Rohlfing, I. (2016). Estudos de caso aninhados em Fuzzy-set QCA sobre suficiência: formalizando a seleção de casos e a inferência causal. **Métodos Sociológicos e Pesquisa**, 45(3), 526-568.
- Secchi, L. (2012). Formação da Agenda: método de Policy Advocacy para ensino de Políticas Públicas. **Administração Pública e Gestão Social**, 4(1), 32-47.
- Silva, M. Z., Borgert, A. & Schultz, C. A. (2009). Sistematização de um método de custeio híbrido para o custeamento de procedimentos médicos: uma aplicação conjunta das metodologias ABC e UEP. **Revista de Ciências da Administração**, [S. l.], 11(23), 217-244.
- Silva, L. A. & Santos, J. N. (2012). Concepções e Práticas do Trabalho e da Gestão de Equipes Multidisciplinares na Saúde. **Revista de Ciências da Administração**, 14(34), 155- 168.
- Silva Junior, S. D. & Costa, F. J. (2014). Mensuração e Escalas de Verificação: uma Análise Comparativa das Escalas de Likert e Phrase Completion. **PMKT – Revista Brasileira de Pesquisas de Marketing, Opinião e Mídia**. 15, 1-16.
- Silva, C. L. & Assis, L. (2016). Aplicabilidade do Planejamento Estratégico em Hospitais Universitários Federais. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde -RGSS**, 5(2).
- Silva, R. S., Ettinger, T. O. S, Silva Filho, J. R. T. & Santos, J. M. (2021). Processo de Formação Estratégica como Ferramenta de Gestão: Análise do Processo Organizacional das Pequenas Empresas. **Revista da Micro e Pequena Empresa**, 15(1), 74-90.

- Siqueira, W. M. & Nascimento, D. C. (2016). Gestão por competências: desafios encontrados por uma instituição pública de Petrolina durante o processo de implementação. **Revista de psicologia**, 10(31), 43-62.
- Sistema de Planejamento e Gerenciamento de Contratações. (2023). Portal de Compras do Governo Federal. Brasília, DF. Disponível em www.gov.br
- Soares, Cristiano & Rosa, F. S. (2021). Recursos Estratégicos e Vantagens Competitivas na Gestão Pública Municipal: Um Estudo a partir da Percepção de Agentes Públicos com base na Resource Based-View. **Revista Gestão & Conexões**, [S. l.], 10(2), 71–102.
- Tavares, M. C. (2007). **Gestão estratégica**. São Paulo: Atlas.
- Toussaint, J. & Gerard, R. A. (2012). **Uma transformação na saúde: Como reduzir custos e oferecer um atendimento inovador**. Porto Alegre: Bookman.
- Ubarana, J. A., Cruz, M. M. & Vitorino, S. A. S. (2019). Avaliação da implantação do Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (Sistema e-Car) na Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde do Brasil, no período de 2012-2015. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, 28(2).
- Vasconcellos, S. M. L., Lopes, R. C., Frare, A. B., da Cruz, A. P. C. & Barbosa, M. A. G. (2023). Práticas de controle gerencial e desempenho da inovação em startups: uma abordagem fsQCA. **Enfoque: Reflexão Contábil**, 42(3), 18-32.
- Vendemiatti, M., Siqueira, E. S., Filardi, F., Binotto, E. & Simioni, F. J. (2010). Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15, 1301-1314.
- Vendruscolo, B., Hoffmann, V. E. & Freitas, C. A. (2012). Ferramentas de gestão estratégica, stakeholders e desempenho de organizações do ramo particular de saúde do Distrito Federal. **Revista Ibero-Americana de Estratégia**, 11(1), 30-61.
- Vieira, K. R. (2016). Uma revisão bibliográfica acerca da gestão de hospitais universitários federais após o advento da EBSEH. **Revista Brasileira De Administração Política**, 9(1), 157.
- Welsch, G. A. (1983). **Orçamento Empresarial**. São Paulo: Atlas.
- Zairi, M. & Leonard, P. (1995). **Benchmarking prático - o guia completo**. São Paulo: Atlas.
- Zucatto; L. C. & Minuzzi, R. C. (2021). Políticas públicas de fomento à CT&I: uma análise do alinhamento entre os projetos de pesquisa na UFSM e a estratégia nacional de CT&I. **Revista de Administração da Unimep**, n. 19(5), p. 114-135.

7. 7) Local onde conheci as ferramentas de gestão estratégica:

Marcar apenas uma oval por linha.

	Na organização hospitalar onde trabalho	Durante minha formação superior	Em outro ambiente fora da organização onde trabalho e fora da faculdade	Não conheço essa ferramenta
Orçamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planejamento Estratégico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Balanced Scorecard	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benchmarking	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sistema de informação (Software)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Planejamento e Gerenciamento de Contratações - PGC	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gestão por Competência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
SWOT (análise de pontos fortes e fracos, ameaças e oportunidades)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ciclo PDCA (planejar, executar, controlar e avaliar)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matriz GUT (gravidade, urgência e tendência)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Método LEAN (Modelo Toyota - otimização de resultados)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. 18) Minha organização Hospitalar é:

Marcar apenas uma oval.

- Hospital Federal do Andaraí - HFA
- Hospital Federal de Bonsucesso - HFB
- Hospital Federal Cardoso Fontes - HFCE
- Hospital Federal de Ipanema - HFI
- Hospital Federal da Lagoa - HFL
- Hospital Federal Servidores do Estado - HFSE
- Instituto Nacional de Cardiologia - INC
- Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia - INTO
- Instituto Nacional do Câncer - INCA

19. 19) Espaço para Informar a área de atuação na organização hospitalar.

20. 20) Meu tempo na área de atuação é de:

Marcar apenas uma oval.

- Até 5 anos
- De 6 a 10 anos
- De 11 a 15 anos
- De 16 a 20 anos
- Mais de 20 anos

21. 21) Minha formação é na área de:

Marcar apenas uma oval.

- Ciências Humanas
- Ciências Sociais
- Ciências Exatas
- Engenharias
- Ciências da Saúde
- Ciências Biológicas
- Outras áreas

22. 22) Minha faixa etária é:

Marcar apenas uma oval.

- de 18 a 25 anos
- de 26 a 35 anos
- de 36 a 45 anos
- de 46 a 55 anos
- mais de 55 anos

ANEXO B - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TOCC

csQCA / mvQCA

Not used:

Case Descriptor: ORGANIZAÇÃO

Outcome: TOCC

Conditions:

- ORÇ
- PE
- BSC
- BENCH
- SI
- PGC
- SWOT
- PDCA
- GUT
- LEAN

Include for reduction:

Outcome 0: Explain Include for reduction Exclude

Outcome 1: Explain Include for reduction Exclude

Contradictions: Explain Include for reduction Exclude

Remainders: Explain Include for reduction Exclude

Use upper-case/lower-case notation:

Include variable information in Output:

Close Reports on Exit:

Compute Simplifying Assumptions:

Output Mode: HTML

Show Truth Table

Visualize

just result

show implicants

full analysis

ANEXO C - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TOH

The screenshot shows the 'csQCA / mvQCA' software window. The interface is divided into several sections:

- Not used:** A large empty rectangular area on the left.
- Case Descriptor:** A text input field containing 'ORGANIZAÇÃO'.
- Outcome:** A text input field containing 'TOH'.
- Conditions:** A list of conditions: ORÇ, PE, BSC, BENCH, SI, PGC, SWOT, PDCA, GUT, LEAN.
- Include for reduction:** A table of radio buttons for different analysis options:

	Explain	Include for reduction	Exclude
Outcome 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Outcome 1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contradictions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Remainders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
- Options:** A series of checkboxes:
 - Use upper-case/lower-case notation
 - Include variable information in Output
 - Close Reports on Exit
 - Compute Simplifying Assumptions
- Output Mode:** A dropdown menu set to 'HTML'.
- Buttons:** 'Show Truth Table', 'Visualize', 'just result', 'show implicants', and 'full analysis' (highlighted with a blue border).

ANEXO D - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TSCC

csQCA / mvQCA

Not used:

Case Descriptor
 <- ORGANIZAÇÃO

Outcome
 <- TSCC

Conditions

ORÇ
 PE
 BSC
 BENCH
 SI
 PGC
 SWOT
 PDCA
 GUT
 LEAN

>

Show Truth Table

Visualize

just result

show implicants

full analysis

Include for

	Explain	Include for reduction	Exclude
Outcome 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Outcome 1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contradictions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Remainders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Use upper-case/lower-case notation

Include variable information in Output

Close Reports on Exit

Compute Simplifying Assumptions

Output Mode: HTML

ANEXO E - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho IR

The screenshot shows the 'csQCA / mvQCA' application window. The interface is divided into several sections:

- Not used:** A large empty rectangular area on the left.
- Case Descriptor:** A text input field containing 'ORGANIZAÇÃO'.
- Outcome:** A text input field containing 'IR'.
- Conditions:** A list box containing the following items: ORÇ, PE, BSC, BENCH, SI, PGC, SWOT, PDCA, GUT, LEAN.
- Include for reduction:** A table of radio buttons for selecting analysis options:

	Explain	Include for reduction	Exclude
Outcome 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Outcome 1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contradictions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Remainders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
- Options:** A series of checkboxes:
 - Use upper-case/lower-case notation
 - Include variable information in Output
 - Close Reports on Exit
 - Compute Simplifying Assumptions
- Output Mode:** A dropdown menu currently set to 'HTML'.
- Buttons:** 'Show Truth Table', 'Visualize', 'just result', 'show implicants', and 'full analysis' (highlighted with a blue border).

ANEXO F - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TMP

csQCA / mvQCA

Not used:

Case Descriptor

ORÇAMENTO

Outcome

TMP

Conditions

ORÇ
PE
BSC
BENCH
SI
PGC
SWOT
PDCA
GUT
LEAN

Outcome 0

Outcome 1

Contradictions

Remainders

Use upper-case/lower-case notation

Include variable information in Output

Close Reports on Exit

Compute Simplifying Assumptions

Output Mode: HTML

Show Truth Table

Visualize

just result

show implicants

full analysis

ANEXO G - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TMI

The screenshot shows the 'csQCA / mvQCA' software interface. The window title is 'csQCA / mvQCA'. The interface is divided into several sections:

- Not used:** A large empty rectangular area on the left.
- Case Descriptor:** A text input field containing 'ORGANIZAÇÃO'.
- Outcome:** A text input field containing 'TMI'.
- Conditions:** A list box containing the following items: ORÇ, PE, BSC, BENCH, SI, PGC, SWOT, PDCA, GUT, LEAN.
- Include for reduction / Exclude:** A table of radio buttons for selecting analysis options:

	Explain	Include for reduction	Exclude
Outcome 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Outcome 1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contradictions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Remainders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
- Options:** A series of checkboxes:
 - Use upper-case/lower-case notation
 - Include variable information in Output
 - Close Reports on Exit
 - Compute Simplifying Assumptions
- Output Mode:** A dropdown menu set to 'HTML'.
- Buttons:** 'Show Truth Table', 'Visualize', 'just result', 'show implicants', and 'full analysis'.

ANEXO H - Tela do Tosmana para o Indicador de Desempenho TMH

csQCA / mvQCA

Not used:

Case Descriptor: ORGANIZAÇÃO

Outcome: TMH

Conditions:

- ORÇ
- PE
- BSC
- BENCH
- SI
- PGC
- SWOT
- PDCA
- GUT
- LEAN

Include for:

	Explain	reduction	Exclude
Outcome 0	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Outcome 1	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contradictions	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
Remainders	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

Use upper-case/lower-case notation

Include variable information in Output

Close Reports on Exit

Compute Simplifying Assumptions

Output Mode: HTML

Show Truth Table

Visualize

just result

show implicants

full analysis