

UNIVERSIDADE DO GRANDE RIO “PROF. JOSÉ DE SOUZA HERDY”  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO (PPGA)  
ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

VERNECK FERREIRA DA SILVA

**ANÁLISE DOS SISTEMAS DE DESEMPENHO EM UNIDADES DE SAÚDE DO  
SEGMENTO ONCOLÓGICO SUPLEMENTAR DA REGIÃO  
METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO**

DUQUE DE CAXIAS - RJ

2022

VERNECK FERREIRA DA SILVA

**ANÁLISE DOS SISTEMAS DE DESEMPENHO EM UNIDADES DE SAÚDE DO  
SEGMENTO ONCOLÓGICO SUPLEMENTAR DA REGIÃO  
METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO**

Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Área de Concentração: Gestão Organizacional

Orientador: Prof. Dr. Roberto Pessoa de Queiroz Falcão

DUQUE DE CAXIAS - RJ

2022

**CATALOGAÇÃO NA FONTE**  
**UNIGRANRIO – NÚCLEO DE COORDENAÇÃO DE BIBLIOTECAS**

S586a

Silva, Verneck Ferreira da.

Análise dos sistemas de desempenho em unidades de saúde do segmento oncológico suplementar da região metropolitana do Rio de Janeiro / Verneck Ferreira da Silva. – Duque de Caxias, 2022.  
165 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, Escola de Ciências Sociais Aplicadas, 2022.  
“Orientador: Prof. Dr. Roberto Pessoa de Queiroz Falcão”.  
Referências: f. 130-150.

1. Administração. 2. Gestão organizacional. 3. Oncologia. 4. Saúde suplementar. 5. *Balanced scorecard*. I. Falcão, Roberto Pessoa de Queiroz. II. Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”. III. Título.

CDD – 658

Verneck Ferreira da Silva

Análise dos Sistemas de Desempenho em Unidades de Saúde do Segmento Oncológico  
Suplementar da Região Metropolitana do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada à Universidade do Grande Rio “Prof. José de Souza Herdy”, como parte dos requisitos parciais para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Área de Concentração:  
Gestão Organizacional

Aprovado em: 14 de janeiro de 2022.

Banca Examinadora



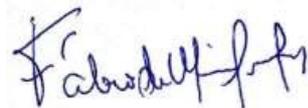
---

Prof. Dr. Roberto Pessoa de Queiroz Falcão  
Universidade do Grande Rio – UNIGRANIO



---

Prof. Dr. Paulo Vitor Jordão da Gama Silva  
Universidade do Grande Rio – UNIGRANIO



---

Prof. Dr. Fábio de Oliveira Paula  
Pontifícia Universidade Católica do  
Rio de Janeiro – PUC-Rio

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por tudo de bom e por sempre iluminar o meu caminho.

À minha querida Super Bibi. Seu incentivo fez com que os momentos mais difíceis se tornassem suportáveis. Sua ajuda foi essencial para superar as dúvidas e as incertezas de concluir esse caminho.

Aos meus pais, pois, com eles, aprendi a importância da dedicação aos estudos para mudar nosso futuro e a ser perseverante para conquistar nossas metas.

Aos amigos que, em algum momento, de alguma maneira, puderam contribuir para a realização deste trabalho.

A todos os professores com os quais tive a oportunidade de desenvolver e aprimorar visões e conhecimentos. Tenho certeza que colaboraram imensamente para o meu crescimento profissional.

Ao professor Roberto Falcão pela orientação e pelos conselhos em momentos decisivos para conclusão da pesquisa. Obrigado pela paciência e pela confiança.

Aos membros da banca examinadora por suas considerações que agraram muito a esse estudo.

Às unidades de saúde que atenderam ao convite para participar desta pesquisa.

“Acima de tudo, não perca seu desejo de prosseguir”

(Sören Kierkegaard)

## RESUMO

O número de casos de câncer no Brasil tem se mantido alto nos últimos anos, com uma estimativa média de 650.000 novas ocorrências anuais segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019). Como o tratamento contra o câncer é de alto custo e envolve inúmeros procedimentos, é necessário que os serviços de saúde estejam aptos a atender às necessidades desse público-alvo. Diante desse cenário, com o intuito de contribuir para novas perspectivas nessa área, a presente pesquisa buscou entender como funciona a saúde suplementar no Brasil, especialmente no segmento oncológico, descrevendo os principais indicadores de desempenho utilizados. Os estudos de Kaplan e Norton (1992, 1997, 2004, 2008), La Forgia e Couttolenc (2009), Reichheld e Markey (2012), Porter e Teisberg (2004, 2007), entre outros, serviram como embasamento teórico para esse levantamento. Além disso, para verificar como esses indicadores funcionam na prática, essa pesquisa também procurou analisar sistemas de medição de desempenho na saúde suplementar do segmento oncológico da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (segundo maior estado em número de beneficiários de planos de assistência médica no Brasil). Para atingir esse objetivo, foi feita uma investigação de como funciona a gestão de cinco clínicas oncológicas privadas, unidades prestadoras de serviços assistenciais, que aceitaram participar deste estudo. A coleta de dados, a partir de uma metodologia de caráter exploratório, incluiu entrevistas com gestores, levantamento de dados documentais e aplicação de questionários aos funcionários-chave. O estudo verificou que os sistemas de gerenciamento existentes nas unidades de oncologia analisadas, de modo geral, atendem à necessidade destas, visto que, nos resultados encontrados, foi possível identificar que a equipe de gestores dessas unidades faz uso do controle gerencial da instituição, que atende e reflete uma saúde financeira (faturamento) e o atendimento de seus beneficiários quando pertencentes às operadoras. Além disso, foi sugerida a taxa de *Churn* como indicador a ser usado nesse segmento. Este tem, entre seus motivos causadores, o serviço prestado ao cliente, a qualidade, o preço, a funcionalidade e a conveniência. Como a avaliação do usuário é um fator importante para a medição de desempenho, sugere-se seu uso associado ao *Net Promoter System* (NPS), porque este mostra como o cliente percebe determinada empresa, o que impacta na sua escolha de permanência ou não em uma determinada instituição. Dessa forma, pode-se reduzir a evasão dos pacientes que impacta no faturamento das unidades.

**Palavras-chave:** Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS); oncologia; indicadores de desempenho; gestão administrativa.

## ABSTRACT

The number of cancer cases in Brazil has remained high in recent years, with an average estimate of 650.000 new cases per year according to the National Cancer Institute (INCA, 2019). As cancer treatment is expensive and involves numerous procedures, health services must be able to meet the needs of this target audience. Given this scenario, to contribute to new perspectives in this area, the present research sought to understand how supplementary health works in Brazil, especially in the oncology segment, describing the main performance indicators used. Studies by Kaplan and Norton (1992, 1997, 2004, 2008), La Forgia and Couttolenc (2009), Reichheld and Markey (2012), Porter and Teisberg (2004, 2007), among others, were used as a theoretical basis for this survey. Furthermore, to verify how these indicators work in practice, this research also sought to analyze performance measurement systems in supplementary health in the oncology segment of the Metropolitan Region of Rio de Janeiro (the second largest state in terms of the number of beneficiaries of health care plans in Brazil). To achieve this objective, an investigation was carried out into how the management of five private oncology clinics, units providing care services, which agreed to participate in this study, works. Data collection, based on an exploratory methodology, included interviews with managers, collection of documentary data, and application of questionnaires to key employees. The study found that the existing management systems in the analyzed oncology units, in general, meet their needs since it was possible to identify in the found results that the management team of these units makes use of the institution's management control, which meets and reflects financial health (billing) and the service of its beneficiaries when they belong to the operators. In addition, the Churn rate was suggested as an indicator to be used in this segment. It has the service provided to the customer, quality, price, functionality, and convenience among its causes. As user evaluation is an important factor for performance measurement, its use in association with the Net Promoter System (NPS) is suggested, because it shows how the customer perceives a particular company, which impacts their choice to stay or not in a particular institution. Therefore, it is possible to reduce the evasion of patients that impacts the billing of the units.

**Keywords:** National Supplementary Health Agency (ANS); oncology; performance indicators; administrative management.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 — Óbitos Brasil (2020) .....	20
Figura 2 — Cadeia produtiva de bens e serviços no setor de saúde suplementar.....	27
Figura 3 — Participação das instituições de saúde com serviços de quimio/radioterapia no estado do Rio de Janeiro. ....	37
Figura 4 — Distribuição geográfica dos serviços suplementar oncológicos no estado do Rio de Janeiro .....	38
Figura 5 — Região Metropolitana do Rio de Janeiro .....	41
Figura 6 — Modelos de fluxo financeiro na medicina suplementar .....	47
Figura 7 — Distribuição das creditações ONA .....	49
Figura 8 — Distribuição das creditações JCI.....	50
Figura 9 — Método de desenvolvimento de um SMD .....	55
Figura 10 — O <i>Tableau de Bord</i> em cascata .....	61
Figura 11 — A trilogia de Juran .....	64
Figura 12 — Tipos de avaliação existentes conforme Buchele .....	66
Figura 13 — “Performance Pyramid” .....	70
Figura 14 — As quatro perspectivas que compõem o BSC.....	73
Figura 15 — A divisão de níveis de negócios da organização.....	74
Figura 16 — Modelo navegador Skandia .....	76
Figura 17 — Pilares bases para a o Sistema <i>Sigma Sustainability</i> .....	77
Figura 18 — O <i>Sigma Sustainability Scorecard</i> .....	78
Figura 19 — Representação do <i>Performance Prism</i> .....	79
Figura 20 — Grupos existentes no NPS .....	81
Figura 21 — Ciclos do Net Promoter System.....	83
Figura 22 — Ciclos de processos.....	84
Figura 23 — Diagrama metodológico.....	90
Figura 24 — Roteiro de Pesquisa.....	92
Figura 25 — Organograma Instituição A.....	98
Figura 26 — Exemplo de questão usada no <i>checklist</i> .....	100
Figura 27 — Organograma Instituição B.....	101
Figura 28 — Organograma Instituição C.....	103
Figura 29 — Organograma Instituição D.....	107
Figura 30 — Organograma Instituição E .....	109

Figura 31 — Número dos indicadores de cada instituição.....	111
Figura 32 — Relação entre meio ambiente e organização de saúde (modelo de Fleming) ...	115
Figura 33 — Início de atividade dos cursos.....	119
Figura 34 — Desenvolvimento de Resultado e medidas de processos .....	120
Figura 35 — Etapas da elaboração dos indicadores.....	121
Figura 36 — A nuvem de palavras mais citadas.....	122

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 — Pesquisas que convergem para os objetivos que serão apontados na próxima seção .....	23
Quadro 2 — Agentes que compõem o sistema de saúde suplementar brasileiro.....	29
Quadro 3 — Definição de hospital e clínica de acordo com o Ministério da Saúde .....	29
Quadro 4 — Estudos sobre indicadores em unidades hospitalares.....	30
Quadro 5 — Codificação TUSS atendimentos oncológicos no Brasil.....	36
Quadro 6 — Operadoras de planos de saúde da Oncorede .....	39
Quadro 7 — Prestadores de serviço de saúde .....	40
Quadro 8 — Classificação de benchmarking.....	53
Quadro 9 — Sistemas de medição de desempenho nos últimos 90 anos.....	56
Quadro 10 — Perguntas respondidas com o <i>Tableau de Bord</i> .....	60
Quadro 11 — Conjunto variáveis com sistemas de pontuação.....	62
Quadro 12 — Avaliação de Direita conforme Brucele .....	67
Quadro 13 — Módulos, objetivos e pontos avaliados por MADE-O .....	68
Quadro 14 — Perguntas respondidas com o MADE-O .....	68
Quadro 15 — Perspectivas e objetivos do BSC.....	72
Quadro 16 — Questões usadas no método prisma para definição de métricas de desempenho .....	80
Quadro 17 — Estrutura do instrumento de coleta de dados.....	88
Quadro 18 — Protocolo de entrevista.....	91
Quadro 19 — Etapas de organização das entrevistas proposta por Bardin.....	91
Quadro 20 — Informações sobre a amostra.....	94
Quadro 21 — Resumo do tempo e distribuição das entrevistas.....	95
Quadro 22 — Resumo dos entrevistados .....	95
Quadro 23 — Estrutura física assistencial da instituição A .....	96
Quadro 24 — Estrutura física assistencial da instituição B .....	99
Quadro 25 — Estrutura física assistencial da instituição C .....	102
Quadro 26 — Empresas do segmento saúde presentes na B3.....	104
Quadro 27 — Estrutura física assistencial da instituição D .....	105
Quadro 28 — Estrutura física assistencial da instituição E .....	108
Quadro 29 — Resumo dos indicadores.....	112
Quadro 30 — Indicadores comuns entre as instituições que participaram da pesquisa.....	113

Quadro 31 — Indicadores para a mesma finalidade .....	113
Quadro 32 — Indicadores exclusivos da instituição A .....	114
Quadro 33 — Resumo das unidades pesquisadas .....	116
Quadro 34 — Formação acadêmica .....	117
Quadro 35 — Estudo da taxa de <i>Churn</i> na área de saúde .....	123
Quadro 36 — Classificação da taxa de <i>Churn</i> adaptada à área da saúde.....	125

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 — Beneficiários em planos de assistência médica (por tipo de contratação) no Brasil .....	32
Tabela 2 — Beneficiários em planos de assistência médica (por tipo de contratação) no Rio de Janeiro .....	33
Tabela 3 — Participação do segmento oncológico no mapa assistencial no Brasil.....	35
Tabela 4 — Números de procedimentos oncológicos no Brasil ano base 2019 .....	35
Tabela 5 — Distribuição de instituições por macrorregião no estado do Rio de Janeiro .....	37
Tabela 6 — Números de atendimentos oncológicos no Rio de Janeiro com ano base de 2019 .....	38
Tabela 7 — Maiores Metrôpoles Brasileiras.....	42
Tabela 8 — Gestão das unidades oncológicas na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro .....	47
Tabela 9 — Respostas de concordância à participação da pesquisa .....	93
Tabela 10 — Categorias e número de indicadores-chaves .....	97
Tabela 11 — Distribuição dos cursos voltados para a gestão em saúde por estados.....	118

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRANGE	Associação Brasileira de Planos de Saúde
ACS	<i>American Cancer Society</i>
ADH	Avaliação do Desempenho Hospitalar
ANAHP	Associação Nacional de Hospitais Privados
ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APO	Administração por Objetivos
ARPEN	Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
CADE	Conselho Administrativo de Defesa Econômica
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CCQ	Círculos de Controle de Qualidade
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPERJ	Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro
CI	Capital Intelectual
CIS	Clínicas integradas da Saúde
CNA	Confederação Nacional da Saúde
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
DRG	<i>Diagnosis Related Groups</i>
EMPLASA	Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano de São Paulo
FNEM	Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IESS	Instituto de Estudos de Saúde Suplementar
INCA	Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
IPMS	<i>Integrated Performance Measurement System</i>
JCI	<i>Joint Comission Internacional</i>
KPI	<i>Key Performance Indicator</i>
KSF	<i>Key Success Factors</i>
MADE-O	Modelo de Avaliação do Desempenho Organizacional

MBA	<i>Master of Business Administration</i>
NPS	<i>Net Promoter Score</i>
OECD	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PMQ	<i>Performance Measurement Questionnaire</i>
POP	Procedimento Operacional Padrão
RMRJ	Região Metropolitana do Rio de Janeiro
SBDC	Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência
SMART	<i>Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique</i>
SMD	Sistemas de Medição de Desempenho
SUS	Sistema Único de Saúde
TQM	<i>Total Quality Management</i>
TUSS	Terminologia Unificada da Saúde Suplementar

## SUMÁRIO

	<b>PRÓLOGO</b> .....	17
<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	18
1.1	Contextualização do problema .....	19
1.2	Perguntas de pesquisa .....	20
1.3	Objetivo geral.....	21
1.4	Objetivos específicos.....	21
1.5	Delimitação do trabalho.....	21
1.6	Relevância do trabalho.....	22
1.7	Organização geral do trabalho.....	24
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	25
2.1	Saúde Suplementar no Brasil .....	25
2.2	A situação atual do mercado de saúde suplementar .....	31
2.3	O segmento oncológico .....	33
2.3.1	Sistema oncológico .....	34
2.3.2	Oncorede .....	39
2.3.3	Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) .....	41
2.4	Avaliação de desempenho em saúde .....	42
2.4.1	Gestão em unidades de saúde.....	44
2.4.2	Redes.....	46
2.4.3	Acreditação .....	48
2.4.4	Indicadores de Desempenho de Processo (KPI) .....	51
2.4.4.1	<i>Benchmarking in healthcare</i> .....	52
2.5	Sistemas de Medição de Desempenho (SMD) .....	53
2.5.1	<i>Tableau de Bord</i> .....	59
2.5.2	Método Martindell .....	61
2.5.3	Administração de Qualidade Total ( <i>Total Quality Management</i> ) .....	63
2.5.4	O método de Buchele.....	65
2.5.5	Modelo de Avaliação de Desempenho Organizacional (MADE-O) .....	67
2.5.6	<i>Performance Measurement Questionnaire</i> (PMQ).....	69
2.5.7	<i>Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique</i> (SMART).....	70
2.5.8	<i>Balanced Scorecard</i> .....	71
2.5.9	Modelo IPMS.....	73
2.5.10	<i>Skandia Navigator</i> .....	75

2.5.11	<i>Sigma Sustainability</i> .....	76
2.5.12	<i>Performance Prism (PRISM)</i> .....	79
2.5.13	<i>Net Promoter Score (NPS)</i> .....	80
2.5.14	<i>Net Promoter Score (NPS 2.0)</i> .....	83
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	<b>85</b>
<b>3.1</b>	<b>Seleção de sujeitos</b> .....	<b>85</b>
<b>3.2</b>	<b>Delimitação dos sujeitos</b> .....	<b>85</b>
<b>3.3</b>	<b>Sobre a condução do estudo de caso-piloto</b> .....	<b>86</b>
3.3.1	Pré-teste do instrumento de coleta de dados.....	86
<b>3.4</b>	<b>Método de coleta de dados</b> .....	<b>86</b>
<b>3.5</b>	<b>Coleta de dados</b> .....	<b>87</b>
<b>3.6</b>	<b>Análise dos dados</b> .....	<b>90</b>
<b>3.7</b>	<b>Análise das entrevistas</b> .....	<b>91</b>
<b>3.8</b>	<b>Roteiro de pesquisa</b> .....	<b>92</b>
<b>4</b>	<b>DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS</b> .....	<b>93</b>
<b>4.1</b>	<b>Seleção dos casos</b> .....	<b>93</b>
4.1.1	Instituição A.....	95
4.1.1.1	<i>Indicadores e sistemas de desempenho da instituição A</i> .....	96
4.1.1.2	<i>Controle gerencial da instituição A</i> .....	98
4.1.2	Instituição B.....	98
4.1.2.1	<i>Indicadores e sistema de desempenho da instituição B</i> .....	99
4.1.2.2	<i>Controle gerencial da instituição B</i> .....	100
4.1.3	Instituição C.....	101
4.1.3.1	<i>Indicadores e sistemas de desempenho da instituição C</i> .....	102
4.1.3.2	<i>Controle gerencial da instituição C</i> .....	103
4.1.4	Instituição D.....	105
4.1.4.1	<i>Indicadores e sistemas de desempenho da instituição D</i> .....	106
4.1.4.2	<i>Indicadores de desempenho no nível operacional da instituição D</i> .....	106
4.1.4.3	<i>Controle gerencial da instituição D</i> .....	107
4.1.5	Instituição E.....	108
4.1.5.1	<i>Indicadores e sistema de desempenho da instituição E</i> .....	108
4.1.5.2	<i>Controle gerencial da instituição E</i> .....	109
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>111</b>
<b>5.1</b>	<b>Discussão sobre os indicadores das instituições</b> .....	<b>111</b>
<b>5.2</b>	<b>Discussão sobre controle gerencial</b> .....	<b>115</b>

5.3	Indicador proposto .....	120
5.4	Taxa de <i>Churn</i> .....	123
6	CONCLUSÃO .....	127
	REFERÊNCIAS.....	130
	APÊNDICE A — CARTA DE APRESENTAÇÃO ACADÊMICO- PESQUISADOR.....	151
	APÊNDICE B — RESUMO DO TRABALHO.....	152
	APÊNDICE C — ROTEIRO DE ENTREVISTA .....	154
	ANEXO A — ONCOREDE .....	158
	ANEXO B — INDICADORES-CHAVES DA INSTITUIÇÃO A.....	160
	ANEXO C — INDICADORES OPERACIONAIS DA INSTITUIÇÃO A .....	161
	ANEXO D — INDICADORES DA INSTITUIÇÃO C .....	163
	ANEXO E — INDICADORES DA INSTITUIÇÃO D.....	164

## PRÓLOGO

Eu, farmacêutico atuando em hospitais com medicamentos estéreis, com experiência de 10 anos na área, identifiquei a necessidade de buscar conhecimento sobre o fluxo de trabalho e sobre os processos implantados nesse ambiente, pois muitas vezes me senti como uma pequena parte de um conjunto maior sem saber o motivo e a finalidade de determinadas situações. Na busca por respostas, realizei um curso de MBA em Gestão Hospitalar. A partir daí, pude analisar o antes e o depois de minha atuação clínica, verificar quais os pontos de retenção de fluxo processual e como poderia, de certa forma, usar meus conhecimentos na prática, sugerindo mudanças, mas que, muitas vezes, não possuíam uma resposta dos criadores. Em muitos casos, o Procedimento Operacional Padrão (POP) passa anos sem alteração e, assim, um processo outrora eficiente deixa-o de ser.

O farmacêutico é o responsável pelo estoque das unidades de saúde e realiza tudo que se refere ao gerenciamento deste. Nesse sentido, Lourenço e Castilho (2007), corroborando com Pereira *et al.* (2019), postulam que, por exemplo, as despesas com materiais e medicamentos no estoque das unidades de saúde hospitalares representam de 15% a 25% do total, podendo chegar a até 45%.

Sentindo-me um estranho no ninho em meio a administradores e contadores, mas, ao mesmo tempo, com o objetivo de conhecer mais sobre gestão, resolvi encarar o desafio de realizar um Mestrado em Administração, mesmo não sendo comum o fato de um profissional da área de saúde se arriscar em um curso de Ciências Sociais.

Dado que atuo no mercado oncológico, no qual os medicamentos são extremamente caros, a gestão e os controles gerenciais por meio de indicadores cruciais. Portanto, logo nas disciplinas iniciais cursadas no primeiro semestre do mestrado, surgiu o interesse de entender como as unidades de saúde fazem sua autoavaliação.

Nas páginas seguintes, é possível conhecer, sob a perspectiva de um farmacêutico cursando mestrado em administração, como ocorreu esse estudo sobre como as métricas são utilizadas (ou não) nas unidades de saúde.

## 1 INTRODUÇÃO

A assistência à saúde no Brasil foi fortemente influenciada pelo deslocamento da economia do setor agrário para o urbano a partir da década de 50. Dada a incapacidade do Estado em atender toda essa demanda que estava a surgir, o contexto levou à expansão do mercado de saúde, principalmente através da criação de empresas de grupo e de cooperativas médicas privadas. Isso favoreceu o surgimento e o desenvolvimento de um setor de saúde privado complementar ao sistema público brasileiro, também denominado de assistência médica suplementar, segundo o Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2020).

Na atualidade, o setor de saúde suplementar é regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pela Lei nº 9.656, de 03 de junho de 1998. Em linhas gerais, de acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (ZIROLDO; GIMENES; CASTELO JÚNIOR, 2013), o setor refere-se à participação de entidades privadas no fornecimento de serviços de assistência à saúde, regulamentados e fiscalizados pelo Estado, tendo como praticantes: beneficiários (tomadores do serviço), operadoras e prestadores de serviço. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) destaca-se como o órgão responsável por fiscalizar e regulamentar esse setor. Seu objetivo consiste em “promover a defesa do interesse público na assistência suplementar à saúde, regular as operadoras setoriais - inclusive quanto às suas relações com prestadores e consumidores - e contribuir para o desenvolvimento das ações de saúde no país” (ANS, 2020a, p. 1).

Em dezembro de 2019, o montante de beneficiários de planos de assistência médica totalizou 47,2 milhões, representando um incremento de 71,2 mil usuários em relação ao ano anterior e 26 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos. Eles são atendidos por 750 operadoras médico-hospitalares e 381 operadoras exclusivamente odontológicas. A receita de contraprestação gerada foi de R\$ 161,4 bilhões e R\$ 17,1 bilhões de outras receitas operacionais e a despesa de R\$137 bilhões, cobrindo um total de 24,7% da população brasileira (ANS, 2020a).

No contexto atual, as empresas desse setor enfrentam diversos desafios, especialmente pelas constantes mudanças na sua estrutura frente à ameaça de novos entrantes e, principalmente, pela própria característica do tipo de serviço prestado, dado que muitas vezes não é possível prever a forma na qual o usuário fará uso do sistema.

Essa incerteza ou imprevisibilidade de demanda pode ser definida como uma assimetria de informação, que, segundo Kudlawicz-Franco, Bach e Silva (2016), ocorre quando nem o

agente nem o principal conhecem todas as informações, e, deste modo geram falhas inconclusivas para a unidade hospitalar, a operadora e os pacientes em potencial. Em outros termos, a assimetria da informação se dá pelo fenômeno do risco moral (*Moral Hazard*), que ocorre quando o consumidor não utiliza os serviços racionalmente, ou mesmo quando os prestadores induzem a uma maior utilização de serviços, gerando uma demanda da criação de procedimentos desnecessários (LENHARD, 2017).

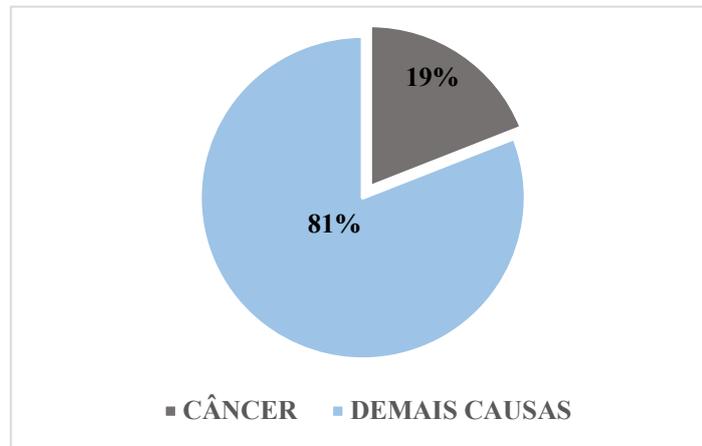
Os problemas de assimetria tornam-se ainda maiores quando consideramos o segmento oncológico, que tende a se expandir com o envelhecimento da população, pois o idoso é o tipo de paciente que mais faz uso desse tipo de serviço de saúde. Considerando-se, ainda, o aumento da concorrência e das crises econômicas, somados à crescente elevação dos padrões exigidos pelo mercado, a busca por indicadores de desempenho adequados ao setor pode vir a ser uma forma de mitigação dos riscos inerentes à atividade do setor, de modo a reduzir as assimetrias de informação, bem como garantir a qualidade na assistência prestada.

### **1.1 Contextualização do problema**

O número de casos de câncer no Brasil tem se mantido alto nos últimos anos, com uma estimativa média de 650.000 novas ocorrências anuais segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2019). O Rio de Janeiro é o segundo maior estado em número de beneficiários de planos de assistência médica no Brasil. A região conta com uma rede de 87 instituições assistenciais para atendimento desse público-alvo, das quais, 55% (48 unidades) são pertencentes à rede privada de saúde (BRASIL, 2020).

O câncer é um problema de saúde pública, correspondendo a 80% dos óbitos de idosos nos países de baixa e média renda (CARVALHO *et al.*, 2014). Essa afirmação pode ser exemplificada com o Figura 1, que demonstra o número de óbitos no ano de 2020.

Figura 1 — Óbitos Brasil (2020)



Fonte: adaptado de Sung *et al.* (2021) e Associação Nacional dos Registradores de Pessoas Naturais (ARPEN, 2021).

O tratamento contra o câncer é de alto custo devido aos inúmeros tipos de protocolos disponíveis para cada tipo de neoplasia, bem como os gastos inerentes no curso do tratamento com cirurgias, hormonioterapias, imunoterapia, quimioterapias, radioterapias e cuidados integrados a esses pacientes (ELIAS *et al.*, 2020).

Nesse caso, a literatura mostra que os pacientes com câncer são mais caros de tratar no primeiro ano após o diagnóstico e nos estágios finais da doença, por isso, há mais internações em estágios tardios (CIPRIANO *et al.*, 2011). Após um ano de diagnóstico, os custos do tratamento tendem a estabilizar, reduzindo significativamente com o estadiamento (classificação) e a ampliação do tumor (tamanho). Sendo assim, os serviços de saúde devem estar aptos para atender às necessidades iniciais desses pacientes (KNUST *et al.*, 2017).

Alguns modelos de atendimento à saúde em uso no Brasil são exemplos para o mundo, como o caso das campanhas de vacinação e o atendimento ao paciente com HIV, porém o mesmo fato não acontece nas campanhas para a prevenção do câncer (STEFANI *et al.*, 2014).

Por isso, apesar de existirem outros estudos sobre essa temática que, de fato, auxiliam o agir dentro desse campo investigado, este estudo busca contribuir para novas perspectivas na área ao lançar seu olhar a uma realidade específica de gestão — as unidades oncológicas privadas.

## 1.2 Perguntas de pesquisa

Para nortear essa pesquisa, os seguintes questionamentos foram realizados:

- a) PP1: os sistemas de medições de desempenho na gestão de saúde suplementar, no segmento oncológico, são adequados às necessidades do setor?
- b) PP2: existe (ou não) a possibilidade da criação de um novo indicador de desempenho para esse campo?

### **1.3 Objetivo geral**

O objetivo principal deste estudo, portanto, consiste na investigação e na análise dos sistemas de medição de desempenho na saúde suplementar do segmento oncológico da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ).

### **1.4 Objetivos específicos**

O presente estudo busca atender aos seguintes objetivos específicos:

- a) compreender o setor de saúde suplementar nacional, especificamente as empresas relativas ao segmento oncológico, a partir de uma amostra representativa;
- b) examinar os sistemas de medição de desempenho do setor suplementar oncológico por meio dos indicadores de desempenho;
- c) analisar e comparar os principais indicadores existentes no setor;
- d) descrever, sob a perspectiva dos gestores das unidades oncológicas do segmento suplementar, as vantagens e as desvantagens dos sistemas de medida de desempenho e dos indicadores já utilizados no setor;
- e) propor, a partir dos resultados obtidos, uma metodologia básica para construção de novo indicador para o segmento oncológico do setor de saúde suplementar nacional.

### **1.5 Delimitação do trabalho**

O presente trabalho busca aprofundar conhecimentos acerca dos indicadores não financeiros, visto que, segundo o argumento de Bortoluzzi et al. (2010), a complexidade gerencial é muito maior atualmente, portanto, um modelo com foco financeiro não é mais suficiente para avaliar o desempenho de uma organização. Sendo assim, deve-se considerar outros aspectos nessa análise, como a satisfação do cliente, o desenvolvimento da aprendizagem, a competência e a inovação.

Devido à impossibilidade de se investigar todas as organizações do universo da pesquisa, o levantamento de dados será realizado em cinco unidades de saúde do segmento oncológico suplementar localizadas na RMRJ. A seleção desses locais foi realizada por conveniência e baseada na acessibilidade do pesquisador. Como esse tipo de amostragem é a menos rigorosa de todas, esse fator pode ser considerado como um limitador deste estudo.

É importante ressaltar que o segmento oncológico possui grande amplitude no contexto da saúde suplementar, considerando que as complicações decorrentes do tratamento oncológico também geram inúmeros tratamentos. Nesse sentido, sem a realização da análise dos prontuários de cada paciente, torna-se impossível cruzar os dados em todo o segmento suplementar. Portanto, uma vez que se refere a um universo restrito, é possível que algumas unidades assistenciais representativas tenham sido suprimidas da pesquisa.

Outra limitação deste estudo refere-se à hipótese de que algumas entrevistas presenciais não foram realizadas devido a restrições de tempo para realizá-las, à impossibilidade de deslocamento ou ao não aceite ao convite por parte dos participantes. Dessa forma, visando complementar a coleta de dados, algumas entrevistas foram realizadas remotamente, via aplicativos, como *Zoom*, *Skype* ou *Google Meet*.

Além disso, mais um fator limitante desta pesquisa foi o fato de ela ter sido realizada em um período (2020 e 2021) no qual o Brasil estava passando por medidas para evitar a propagação da Covid-19, tal qual as práticas do distanciamento social.

Por fim, é preciso destacar que, dificilmente, seria possível obter das unidades oncológicas informações operacionais, como dados produtivos e indicadores, dado que estas são consideradas, de certa forma, confidenciais pelas organizações.

## **1.6 Relevância do trabalho**

Ao se buscar identificar lacunas e, conseqüentemente, buscar realizar um trabalho com potencial para contribuição científica, foram analisadas as linhas de pesquisas desenvolvidas no contexto dos sistemas de medidas de desempenho em instituições de saúde, quer sejam públicas ou privadas. Para isso, apresenta-se um levantamento dos estudos produzidos em periódicos nacionais e internacionais, conforme informações condensadas no Quadro 1.

Quadro 1— Pesquisas que convergem para os objetivos que serão apontados na próxima seção

<b>Autor(es)/ano de publicação</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Lacuna apresentada</b>
Madaleno (2015)	Dissertação	Avaliar a implementação da avaliação de desempenho por hospitais acreditados x hospitais não acreditados, buscando verificar o impacto destes na melhoria dos processos de gestão.
Mendes e Mirandola (2015)	Artigo	Verificar o impacto da acreditação no desempenho hospitalar.
Barbosa (2017)	Tese	Certificação do impacto dos indicadores no desempenho financeiro e operacional dos hospitais brasileiros sem fins lucrativos.
Brito <i>et al.</i> (2017)	Artigo	Estudar a prática de gestão em hospitais privados.
Rahimi <i>et al.</i> (2017)	Artigo	Pesquisar o uso do <i>Key Performance Indicator</i> (KPI) no <i>Balanced Scorecard</i> (BSC) em unidades hospitalares.
Buttigieg, Pace e Rathert (2017)	Artigo	Analisar o uso de painéis de controle em departamentos específicos (oncologia).
Lira <i>et al.</i> (2017)	Artigo	Estudar os indicadores de desempenho dos hospitais.
Rocha (2018)	Monografia	Analisar a relação do aspecto financeiro sob o aspecto operacional.
Silva, Sell e Ferla (2018)	Artigo	Analisar se hospitais maiores tendem a priorizar sistemas formais de qualidade, assim como comparar as características organizacionais e contábeis em hospitais públicos, privados, com e sem finalidade lucrativa.
Alves (2018)	Monografia	Quais fatores contribuem para a eficiência/ineficiência operacional e financeira de hospitais prestadores de serviços de saúde.
Elliot <i>et al.</i> (2018)	Artigo	Desenvolvimento de KPI para populações especiais.
Felipe e Lago (2019)	Artigo	Consolidação da pesquisa sobre ferramentas e técnicas relacionadas à gestão administrativa.
Lai e Yuen (2019)	Artigo	Listar os indicadores mais essenciais existentes em gestão da qualidade em hospitais.
Graça (2019)	Tese	Criação de novas ferramentas de medidas de desempenho hospitalar.
Zhang <i>et al.</i> (2020)	Artigo	Analisar os problemas na avaliação de KPI na gestão de desempenho hospitalar.

Fonte: elaboração própria (2021).

Na fase de delineamento desta pesquisa, com a leitura dos textos sobre a temática em análise, observou-se a necessidade de dar prosseguimento aos estudos que investigam os sistemas de medidas de desempenho em instituições de saúde (públicas ou privadas). No

entanto, busca-se agora entender como os indicadores contribuem para a melhoria dos serviços ofertados em unidades oncológicas do segmento complementar de saúde.

A investigação de tal lacuna é relevante, pois, embora os estudos apresentados se valessem de temas correlatos no campo do uso de KPI, nos serviços hospitalares, não se constatou, entre as publicações analisadas, nenhum estudo que se dedicasse a aprofundar os nuances dessas ferramentas no âmbito das unidades oncológicas.

Nesse sentido, considera-se que cada realidade fática requer um olhar específico, ou seja, cada fazer e agir humano impõe a existência de um conhecimento *ad hoc* ao meio. Por isso, apesar de existirem outros estudos que, de fato, auxiliam o agir dentro desse campo investigado, este estudo traz a sua contribuição ao campo por lançar seu olhar para uma realidade específica, o segmento oncológico complementar de saúde, pois qualquer campo do conhecimento social aplicado requer entendimentos e conhecimentos que só podem ser obtidos pelas idiossincrasias do pesquisador com aquele meio investigado em específico (MARCONI; LAKATOS, 2003).

## **1.7 Organização geral do trabalho**

A estrutura desta dissertação é constituída por seis capítulos. O primeiro, a introdução, fornece uma visão geral sobre o tema estudado e, para isso apresenta a justificativa, a problemática do trabalho, os objetivos e a delimitação do tema. O segundo apresenta o referencial teórico, que serve de embasamento para o estudo. É composto por uma descrição dos Sistemas de Medição de Desempenho (SMD) e uma discussão sobre processos de gestão, medição de desempenho e KPI. O terceiro trata da metodologia utilizada (instrumentos e métodos) para o desenvolvimento desta pesquisa. O quarto descreve os dados obtidos, por meio do questionário aplicado às unidades oncológicas selecionadas, e as entrevistas conduzidas com gestores. O quinto discute os resultados alcançados, fazendo um comparativo entre as instituições. Além disso, apresenta uma proposta de indicador a ser usado nesse segmento. O sexto contém as conclusões do estudo, suas limitações e um convite para futuros trabalhos. Por fim, são indicadas as referências, com as obras que contribuíram para a realização do estudo, e os apêndices, que contêm a carta de apresentação do acadêmico-pesquisador, entregue às unidades de saúde entrevistadas (Apêndice A); o resumo descritivo deste trabalho, também apresentado às instituições (Apêndice B); e o roteiro da entrevista (Apêndice C) que foi aplicado durante a pesquisa.

## **2 REFERENCIAL TEÓRICO**

Este segundo capítulo tem o objetivo de apresentar o embasamento teórico desta pesquisa. Além de um panorama sobre a saúde suplementar no Brasil e especificamente sobre o segmento oncológico, foram descritos os indicadores de desempenho mais utilizados.

### **2.1 Saúde Suplementar no Brasil**

As operadoras de planos de saúde surgiram como alternativa assistencial para suprir os trabalhadores do Banco do Brasil em 1944. Já no ABC Paulista, em meados de 1950, apareceram os planos de saúde comerciais com clientelas abertas. Nessa época, também surgiram os planos coletivos empresariais através da modalidade medicina de grupo (ANS, 2020a).

Assim nasceu um novo tipo de mercado, peculiar, multifacetado, vinculado ao poder aquisitivo, bem longe dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), que prega a universalização do atendimento e a saúde como um direito à cidadania para todas as pessoas. Além disso, esse sistema preconiza que cabe ao Estado assegurar esse direito, sendo que o acesso às ações e aos serviços deve ser garantido a todos os cidadãos, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais (ANS, 2020a). Esse afastamento dos princípios das políticas de saúde e da avaliação da qualidade da assistência prestada gerou a necessidade da criação de uma agência reguladora dos planos de saúde privados. Assim, com a assinatura da Lei nº 9.656/1998 (BRASIL, 1998), foi criada a ANS.

Fazendo-se um panorama histórico detalhado da evolução do setor de saúde nas décadas de 1950-1960, os trabalhadores do mercado formal passaram a custear, por formas privadas, seu acesso à saúde, implicando na mercantilização das instituições do segmento. A criação das operadoras de saúde ocorreu mediante o apoio governamental, sendo que o Estado financiou, por meio de benefícios, isenções, subsídios ou incentivos fiscais, os serviços de saúde, levando à redução dos custos para a população (SILVA, 2017).

No final da década de 1970, houve os primeiros sinais de recessão da economia e da crise financeira na Previdência Social, o que acarretou a redução da qualidade do atendimento e dos preços pagos ao setor privado, levando à ruptura unilateral de contratos com vários hospitais e operadoras. Em decorrência da deterioração dos serviços públicos de saúde, os trabalhadores assalariados e os profissionais liberais pertencentes à classe média passaram a

formar uma possível clientela para o segmento de serviços médicos (OCKE-REIS, 2018). Nessa época, os empresários e os trabalhadores passam a custear, parcial ou totalmente, os planos de saúde empresariais (MENICUCCI, 2007).

Na década de 1980, mais precisamente em 1988, o Brasil entrou em um novo arranjo econômico e político no sistema de saúde brasileiro quando ocorreu a criação do SUS, que é coordenado pelo Governo Federal, mas operado pelos municípios. A criação de um sistema de saúde gratuito, público e universal significou a afirmação do direito constitucional da assistência à saúde, promovendo a extensão de acesso para os segmentos sociais excluídos pelo modelo médico-previdenciário vigente até aquele momento (FARIAS; MELAMED, 2003).

Na década de 1990, a partir do governo de Fernando Henrique Cardoso, políticas para recuperar a economia foram implantadas por meio das reformas nas finanças públicas e da capacidade de governança do Estado (BRESSER-PEREIRA, 2000).

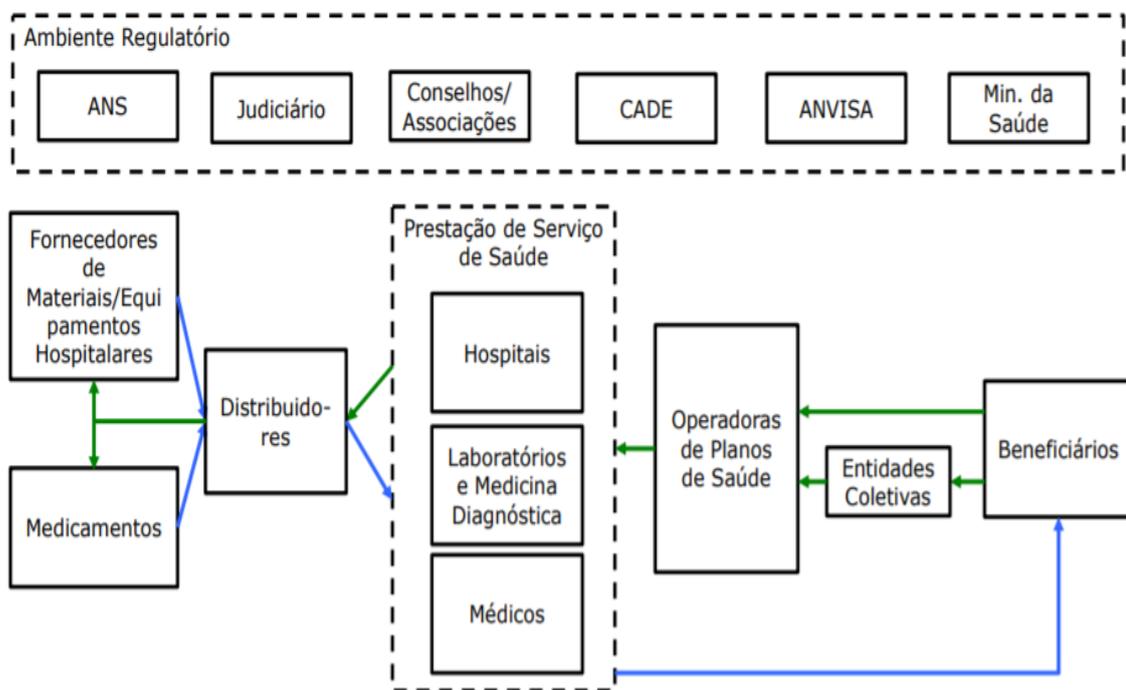
Até o ano 2000, havia pouco conhecimento sobre a expansão do mercado de saúde suplementar em âmbito nacional devido à fragmentação das fontes de informação ou ausência de fontes disponíveis. A partir da criação da ANS — autarquia reguladora do mercado de saúde suplementar — no ano 2000, as operadoras foram obrigadas a informar periodicamente dados econômico-financeiros; características dos planos comercializados, como rede prestadora, serviços cobertos, abrangência geográfica, tipo de contratação, segmentação assistencial e utilização de serviços; e dados sociodemográficos do perfil dos beneficiários, como local de residência, perfil etário e sexo (ALBUQUERQUE *et. al.*, 2008, BRESSER-PEREIRA; SPINK, 2015).

No Brasil, o setor de saúde suplementar é formado por um sistema privado de serviços de saúde, operado por meio de convênios ou operadoras de seguro saúde. A razão da existência desse segmento é o beneficiário que, embora tenha livre acesso ao sistema público, podendo usá-lo irrestritamente, opta por custear um serviço de saúde em paralelo (MENICUCCI, 2007). Sendo assim, o beneficiário ativa a criação de uma extensa cadeia de atividades para seu atendimento. Os agentes que integram essa longa cadeia, então, estabelecem relações que, em vários momentos, envolvem complexos arranjos organizacionais (AZEVEDO *et al.*, 2016).

No início dessa cadeia, há a indústria de suprimentos para saúde. Seus distribuidores proveem aos prestadores de serviços de saúde produtos, como medicamentos, materiais, equipamentos etc. Estes utilizam esses insumos para prestar serviços aos beneficiários de planos de saúde, que pagam pelos atendimentos realizados, por meio de mensalidades do plano contratado (OKANO; GOMES, 2020).

De acordo com Cechin (2008), esse sistema privado de assistência e prestação de serviços é regulamentado por seis órgãos: a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), o Poder Judiciário, os conselhos e as associações dos profissionais, o Conselho Administrativo de Defesa do Consumidor, a ANS e o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência (SBDC), conforme ilustrado em detalhe na Figura 2, incluindo as principais atividades realizadas para os atendimentos dos pacientes.

Figura 2 — Cadeia produtiva de bens e serviços no setor de saúde suplementar



Fonte: extraído de Azevedo *et al.* (2016).

O mapeamento apresentado na Figura 2 indica um fluxo comercial em que o movimento de bens e serviços coincide com o pagamento, mas no sentido inverso. No entanto, esse fluxo não ocorre no sistema de saúde suplementar, pois, frequentemente, os agentes que decidem por um procedimento ou que demandam por um serviço não são os mesmos que arcam com as consequências (AZEVEDO *et al.*, 2016).

Uma característica do setor de saúde suplementar é a incerteza de como o usuário fará uso do sistema. Essa característica pode ser classificada como uma assimetria de informação. Segundo Kudlawicz-Franco, Bach e Silva (2016), a assimetria de informação ocorre quando nem o usuário nem o prestador conhecem todas as informações, representando falhas inconclusivas para a unidade hospitalar, a operadora e os pacientes em potencial. A convicção

inicial é a de não existir previsão da necessidade de uso e da incerteza do diagnóstico. Portanto, a assimetria da informação se dá pelo fenômeno do risco moral (*moral hazard*), que ocorre quando o consumidor não utiliza os serviços racionalmente, ou quando os prestadores induzem a uma maior utilização de serviços (LENHARD, 2017), gerando uma demanda de procedimentos desnecessários. Esses são alguns motivos pelos quais tem crescido o número de planos com coparticipação em busca de se minimizar o risco moral.

O perfil do setor de saúde suplementar é composto por três elementos: beneficiários, operadoras e prestadores de serviços (GIACOMELLI; CHIAPINOTO; MARION FILHO, 2017). Com a atual configuração de mercado, há prestadores de serviços extremamente interessados em pacientes de operadoras de planos de saúde privados, que buscam uma alternativa para os serviços oferecidos pelo sistema público de saúde. Somando-se a esse cenário, o forte auxílio de uma espiral inflacionária encobriu as ineficiências e permitiu, com a ciranda financeira, ganhos acima das margens de lucratividade e rentabilidade do negócio. “Foi com uma rede de relacionamentos onde estavam preservados os interesses dos diversos agentes, que o setor da saúde suplementar cresceu no Brasil” (SILVA, 2003, p. 6).

A relação existente no segmento suplementar de saúde tem, de um lado, os prestadores de serviços, que desempenham o papel de promover a assistência ao paciente, seja ele particular ou que possua convênio com alguma operadora de plano de saúde. Já os prestadores de serviços médicos encontram-se vinculados, por outro lado, às operadoras dos planos de assistência médico-hospitalares e/ou odontológicos, por meio de contrato de prestação de serviços e através de um processo de credenciamento para ingresso na rede assistencial das operadoras (ANS, 2020a).

As unidades particulares de saúde obtêm seu faturamento de algumas formas, entre elas, cobranças dos pacientes que custeiam o tratamento de forma particular ou recebimentos dos planos de saúde credenciados à instituição, relativos aos serviços prestados. Em alguns casos, também há faturamento por meio de parcerias realizadas com o SUS.

Os planos de assistência dividem-se em planos de assistência médica e exclusivamente odontológicos. Eles podem ser contratados individual ou coletivamente, por uma pessoa jurídica para assistência aos seus associados, empregados ou sindicalizados. Os contratos coletivos podem ser empresariais por adesão ou com ingresso automático na vinculação à pessoa jurídica.

Os planos ainda são classificados em antigos ou novos, se anteriores ou posteriores à Lei nº 9656/98 (ANS, 2020a). Assim, o segmento suplementar é caracterizado por planos

privados oferecidos por pessoas jurídicas e por planos públicos ou patronais de assistência ao servidor público civil e militar, sendo ambos não regulamentados pela ANS (ALBUQUERQUE *et al.*, 2008). O Quadro 2 apresenta as diferentes configurações dos agentes que compõem o sistema de saúde suplementar brasileiro.

Quadro 2 — Agentes que compõem o sistema de saúde suplementar brasileiro

<b>Agente</b>	<b>Descrição</b>
Administradoras	Firmas especializadas em administrar planos de saúde.
Autogestão	Entidades que operam serviços de assistência à saúde em rede própria ou de terceiros, destinados exclusivamente aos seus empregados e dependentes.
Beneficiário	Pessoa física, titular ou dependente que possui direitos e deveres definidos na legislação e em contrato assinado com a operadora para garantia de assistência médico-hospitalar.
Cooperativa médica	Sociedades sem fins lucrativos, caracterizada por cooperativas de médicos conforme a Lei 5764/71.
Filantropia	Entidades sem fins lucrativos que operam planos privados e são certificadas como entidades filantrópicas no Conselho Nacional de Assistência Social.
Medicina de grupo	Demais empresas ou entidades que operam planos de saúde.
Seguradora especializada em saúde	Sociedades seguradoras autorizadas a operar planos de saúde.

Fonte: extraído de Zucchi, Del Nero e Malik (2000).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2021), hospitais e clínicas não são sinônimos, mesmo que ambas as instituições pertençam às redes assistenciais de saúde.

Quadro 3 — Definição de hospital e clínica de acordo com o Ministério da Saúde

<b>Unidade assistencial</b>	<b>Definição</b>
Hospital Geral	Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência. Deve dispor também de SADT (Serviço de Apoio à Diagnose e Terapia, ou Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia) de média complexidade.
Hospital Especializado	Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Pode dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT.
Clínica Especializada/ Amb. Especializado	Clínica Especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência (Centro Oncológico etc.).

Fonte: Ministério da Saúde (BRASIL, 2021, n. p.).

Considerando trabalhos anteriores que realizaram pesquisas de indicadores somente no âmbito particular e partindo das definições do Ministério da Saúde (BRASIL, 2021) sobre clínicas especializadas, a presente pesquisa foca na análise dos indicadores em uso nesse tipo de unidade assistencial, já que cada unidade possui sua particularidade.

Quadro 4 — Estudos sobre indicadores em unidades hospitalares

<b>Autor(es)/ano de publicação</b>	<b>Tipo de publicação</b>	<b>Objetivo</b>
Madaleno (2015)	Dissertação	Propor um modelo de sistema de medição de indicadores para um hospital
Brito <i>et al.</i> (2017)	Artigo	Analisa o efeito de práticas tradicionais de gestão no desempenho em hospitais de médio porte.
Avini (2017)	Dissertação	Propor um conjunto de indicadores hospitalares para subsidiar a criação de um modelo de referência de indicadores para <i>benchmarking</i> Hospitalar
Nunes e Erdmann (2018)	Artigo	Estudar a avaliação de desempenho hospitalar, tendo como objetivo conhecer a percepção dos gestores hospitalares de Santa Catarina acerca da utilização de indicadores.
Chiareto, Corrêa e Carneiro da Cunha (2018)	Artigo	Avaliar como elementos do sistema de avaliação de desempenho organizacional são utilizados na rotina gerencial de um hospital universitário.
Bastos, Bonato e Gomes (2019)	Artigo	Caracterização da produção científica sobre indicadores de desempenho para gestão administrativa.
Damasceno e Alves (2020)	Artigo	Compreender a aplicabilidade e contribuições dos principais indicadores hospitalares são abordados na literatura.
Nascimento <i>et al.</i> (2020)	Artigo	Analisar as características das publicações internacionais na temática avaliação do desempenho hospitalar (ADH)
Associação Nacional de Hospitais Privados (2021)	Relatório	Relatório sobre os indicadores dos hospitais associados.

Fonte: elaboração própria (2021).

O conhecimento sobre o gerenciamento em unidades especializadas é bem pequeno e restrito, como o trabalho de Éckeli, D. Barbosa e J. Barbosa (2020) sobre o desenvolvimento de um sistema de medição de desempenho a partir do modelo *balanced scorecard* em uma unidade de hemoterapia.

## 2.2 A situação atual do mercado de saúde suplementar

A assistência à saúde no país foi influenciada pelo deslocamento da economia do setor agrário para o urbano a partir da década de 1950. “A industrialização crescente somada à capitalização da medicina através do financiamento governamental levou à expansão do mercado de saúde e principalmente das empresas de grupo e das cooperativas médicas” (ABELHA, 2012, p. 22). Os planos inicialmente voltados para o trabalhador do mercado formal, a partir de 1980, expandiram-se para os clientes individuais.

As operadoras de planos de saúde agiam no mercado livremente até a regulamentação do setor com a promulgação da Lei nº 9656/98, que constituiu regras para a cobertura assistencial, prestação de contas, financeira e operacional, além da uniformização dos produtos oferecidos, definindo ainda carências e proibindo discriminação e limitação de consumidores (NOGUEIRA, 2004; NITÃO, 2004).

O setor de saúde suplementar sofre constantes mudanças na sua estrutura frente à ameaça de novos entrantes e à saída de operadoras de forma voluntária ou compulsiva, sem causar danos aos assegurados. Os contratos entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços sempre tiveram como determinante a capacidade de vendas que o credenciamento do prestador pudesse gerar e especialmente sua tabela de preços (SILVA, 2003). Isso se deve ao fato de que a própria ANS possui ferramentas para essa proteção junto ao cliente. Após a promulgação da Lei nº 9656/98, que é considerada um marco regulatório na saúde suplementar, houve maior incidência de cancelamento do que de entrada de novas operadoras no mercado (NOGUEIRA, 2004; CECHIN, 2008).

Segundo a Associação Brasileira de Planos de Saúde (ABRANGE, 2015), o mercado privado de assistência à saúde movimenta cerca de R\$ 90 bilhões no Brasil, mais do que o próprio setor público, que não ultrapassa R\$ 80 bilhões em investimentos (somando União, estados e municípios).

No Brasil, a cada R\$1,00 de gasto tributário na saúde no segmento suplementar, pode-se economizar até R\$ 3,00 na saúde pública. “No total, o gasto per capita do governo com o Sistema Único de Saúde (SUS) foi de R\$ 1.742,83 em 2018 (últimos dados disponíveis)” (LARA, 2020, p. 11). No mesmo período, “as deduções fiscais per capita por beneficiário dos planos de saúde somaram R\$ 442,32” (IESS, 2020, n. p.). Sendo assim, “o governo obteve uma economia total de R\$ 1.300,51 para cada beneficiário que se vale do incentivo fiscal e deixa de ir ao SUS para utilizar serviço privado” (IESS, 2020, n. p.).

Segundo a ANS (2020b), os prestadores de serviços de saúde suplementar em 2019 formavam uma rede credenciada com aproximadamente 121.105 unidades distribuídas em todo o país, sendo maior a possibilidade de acesso nas capitais e na Região Sudeste, que responde por 9,1% do Produto Interno Bruto (PIB) e 11,6% da força de trabalho no Brasil.

Em setembro de 2020, 66,8% do total das despesas das famílias com saúde se destinaram a pagar serviços privados, o que inclui integralmente os gastos com planos médico-hospitalares. As despesas das famílias com planos privados foram de R\$ 157,1 bilhões (ANS, 2020b). Nesse período, havia 47,3 milhões de beneficiários de planos de assistência médica, tendo uma leve oscilação positiva de 71,2 mil usuários em relação ao ano anterior e de 26 milhões de beneficiários em planos exclusivamente odontológicos, distribuídos em 381 operadoras em atividade, sendo 750 operadoras médico-hospitalares. A receita de contraprestação gerada foi de R\$ 163,4 bilhões e de R\$ 7,8 bilhões de outras receitas operacionais. Já a despesa foi de R\$153 bilhões, tendo obtido, até o mês de setembro, um lucro de 18,2 bilhões, cobrindo um total de 24,7% da população brasileira (ANS, 2020a). A Tabela 1 mostra a distribuição dos beneficiários por tipo de contratação junto às operadoras de saúde.

Tabela 1 — Beneficiários em planos de assistência médica (por tipo de contratação) no Brasil

Período	Total	Coletivo			Individual ou familiar	Não informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
Set/2020	47.360.821	31.990.781 (67,54%)	6.284.863 (13,27%)	440 (0,010%)	9.012.873 (19,03%)	71.864 (0,15%)

Fonte: adaptado de ANS (2020a).

Observa-se que o número de beneficiários do plano coletivo do tipo empresarial representa mais de 67,54% do número total de beneficiários, o que, em termos comparativos equivale a mais do que todos os habitantes da Região Sul do Brasil (29.975.984 habitantes). Na sequência quantitativa, vêm os planos individuais (19,03%), seguidos pelos planos coletivos por adesão (13,27%) (ANS, 2020a).

Já no estado do Rio de Janeiro, em setembro de 2020, havia 5,3 milhões de beneficiários de planos de assistência médica, distribuídos em 511 operadoras em atividade. A Tabela 2 mostra a distribuição dos beneficiários por tipo de contratação junto às operadoras de saúde no estado referido.

Tabela 2 — Beneficiários em planos de assistência médica (por tipo de contratação) no Rio de Janeiro

Período	Total	Coletivo			Individual ou familiar	Não informado
		Empresarial	Por adesão	Não identificado		
Set/2020	5.322.106	3.387.975 (63,66%)	1.011.474 (19,00%)	1 (0,0002%)	9.151.60 (17,2%)	7.419 (0,14%)

Fonte: adaptado de ANS (2020a).

Nota-se que os dados presentes na Tabela 2 possuem uma similaridade com aqueles apresentados na Tabela 1 **Erro! Fonte de referência não encontrada.**, visto que os beneficiários do plano coletivo do tipo empresarial são os de maior representatividade, com mais de 63% do número total de usuários, o que representa, em dados comparativos, mais do que a população de Brasília (3.055.149 habitantes). Na sequência quantitativa, vêm os planos coletivos por adesão (19,00%) e os planos individuais (17,2%), respectivamente.

Os beneficiários de planos de saúde realizaram 1,62 bilhão de procedimentos, como consultas, exames e internações, no ano de 2019. O número representa um aumento de 2,4% em relação ao total de procedimentos realizados em 2018 (1,57 bilhão).

### 2.3 O segmento oncológico

“O câncer é o principal problema de saúde pública no mundo e já está entre as quatro principais causas de morte prematura (antes dos 70 anos de idade) na maioria dos países” (INCA, 2019, p. 25). Nessa doença, que pode apresentar mais de 200 tipos diferentes, ocorre uma proliferação desordenada de células. Com o tempo, a enfermidade torna-se mais agressiva, podendo afetar tecidos próximos à sua origem e invadir a corrente sanguínea e os linfonodos, e por fim afetando órgãos e tecidos distantes (SANTOS *et al.*, 2018). Sua incidência e a letalidade vêm crescendo, em parte, pelo envelhecimento e pelo crescimento populacional, além da prevalência de fatores de risco, como aqueles que decorrem do desenvolvimento socioeconômico. Verifica-se ainda o aumento dos tipos de câncer associados à melhoria das condições socioeconômicas, com a incorporação de hábitos e atitudes associados à urbanização (alimentação inadequada, sedentarismo, entre outros), e um declínio dos tipos de câncer relacionados às infecções (BRAY *et al.*, 2018).

Em estudo realizado pela Sociedade Norte-Americana de Câncer (*American Cancer Society*), entre os anos 2010 e 2030, o número de novos casos no mundo aumentará 42%, passando de 14,6 para 20,2 milhões de casos por ano, com maior incidência em países do

terceiro mundo como o Brasil, onde os fatores de risco, os programas governamentais e os processos de prevenção e promoção de cuidados têm tido menor controle (ISLAMI *et al.*, 2018).

Já em 2021, *A Cancer Journal for Clinicians* mostrou uma estimativa de que haverá aproximadamente 1,8 milhão de novos casos nos Estados Unidos em 2021, com mais de 600.000 mortes por câncer. No entanto, a taxa global de mortalidade por câncer está em declínio, com queda de 2,2% entre 2016 e 2017. Essa taxa de declínio é a maior já registrada pela *American Cancer Society* (ACS). Esse estudo mostrou que um diagnóstico de câncer não é sinônimo de sentença de morte (SIEGEL; MILLER; JEMAL, 2020).

A cada biênio, o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) publica um estudo sobre a projeção de novos casos de câncer para o Brasil, com o propósito de fornecer dados para fins de implementação de ações de prevenção e controle. A estimativa para cada ano do triênio 2020–2022 aponta que ocorrerão 625 mil casos novos de câncer no Brasil, dos quais, estimava-se 67.220 novos casos para o ano de 2021 apenas no estado do Rio de Janeiro (INCA, 2019).

Segundo projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2020), a expectativa de envelhecimento da população é que o número de pessoas com 65 anos ou mais praticamente triplique, chegando a 58,2 milhões em 2060 — o equivalente a 25,5% da população. Com o envelhecimento, nossas reservas fisiológicas diminuem, levando à perda da capacidade de recuperação celular. Segundo o INCA (2019), a idade acima de 60 anos é um fator de risco para o câncer. Idosos com mais de 65 anos possuem 11 vezes mais chances de desenvolver neoplasias que os adultos. A projeção é que haja um aumento de 60% no número de novos casos de tumores e 70% na mortalidade em pacientes com mais de 65 anos nos próximos anos.

### 2.3.1 Sistema oncológico

O sistema oncológico de saúde desenvolve atividades de alta complexidade que exigem conhecimentos, habilidades, tecnologia e suporte administrativo capacitado. Para o controle, o planejamento e o aprimoramento de competências, como a qualidade clínica e a agilidade da resposta, é necessária a presença de um sistema de gestão focado em indicadores críticos e de informações concisas (MALIK, 2016).

O mapa assistencial da saúde suplementar tem como objetivo apresentar os dados de produção dos serviços de saúde prestados pelas operadoras de planos privados de assistência à

saúde por ano-base. Esse mapa apresenta indicadores de produção assistencial, permitindo uma avaliação da variação de alguns procedimentos selecionados em relação ao ano anterior (ANS, 2020a). A Tabela 3 apresenta a participação do segmento oncológico no mapa assistencial no Brasil.

Tabela 3 — Participação do segmento oncológico no mapa assistencial no Brasil

Período	Total realizado	Consultas			Internações	
		Emergencial	Ambulatório	Oncologia	Demais especialidades	Oncologia
Set/20	285.616.493	57.172.190	218.344.047	1.500.256	8.255.716	344.284
		20,01%	76,45%	0,53%	2,89%	0,12%

Fonte: adaptado de ANS (2020a).

Os dados apresentados na Tabela 3 mostram que a participação do setor de oncologia é relativamente pequena — 0,12% (taxa de internação) e 0,53% (consultas) — frente aos demais dados. Isso não condiz com os custos elevados que o tratamento oncológico gera desde seu diagnóstico e com os tratamentos subsequentes, pois nem sempre a resposta clínica é favorável, havendo troca de tratamento por medicamentos mais modernos e mais caros. Os dados brutos do mapa assistencial dificultam sua análise, pois não descrevem o que são terapias ou exames para fins de tratamento, diagnóstico e controle de neoplasias.

Dados da ANS sobre o segmento oncológico, apresentados na Tabela 4, mostram os números de procedimentos oncológicos realizados no Brasil em unidades assistenciais oncológicas do sistema suplementar — ano base 2019 (ANS, 2020b).

Tabela 4 — Números de procedimentos oncológicos no Brasil ano base 2019

Terapias oncológicas	Terapias realizadas	% correspondente
Radioterapia	545.070	23%
Quimioterapia	1.834.312	77%

Fonte: adaptado de ANS (2020b).

Os dados obtidos na Tabela 4 são informados pelas unidades assistenciais com base na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), que passou a ser obrigatória após a Criação da Resolução Normativa nº 305, de 9 de outubro de 2012. Esta adotou a padronização dos códigos dos procedimentos contidos na Tabela TUSS. O Quadro 5 mostra as codificações pertencentes aos grupos de radioterapia e quimioterapia da Tabela TUSS.

Quadro 5 — Codificação TUSS atendimentos oncológicos no Brasil

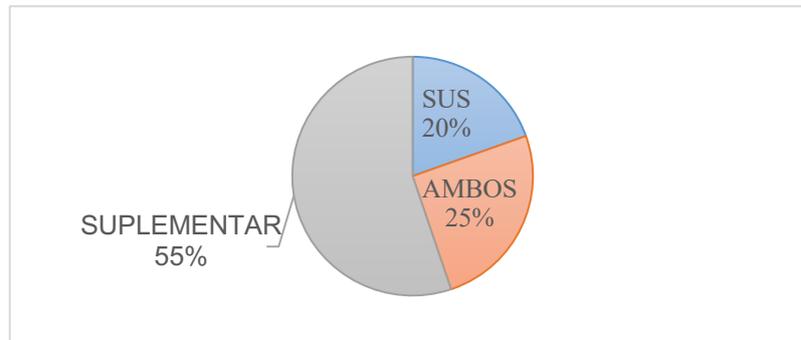
<b>Código</b>	<b>Procedimento</b>
20104251	Terapia oncológica com altas doses - por dia subsequente de tratamento
20104260	Terapia oncológica com aplicação de medicamentos por via intracavitária ou intratecal - por procedimento
20104278	Terapia oncológica com aplicação intra-arterial ou intravenosa de medicamentos em infusão de duração mínima de 6 horas - planejamento e 1º dia de tratamento
20104286	Terapia oncológica com aplicação intra-arterial ou intravenosa de medicamentos em infusão de duração mínima de 6 horas - por dia subsequente de tratamento
20104294	Terapia oncológica - planejamento e 1º dia de tratamento
20104308	Terapia oncológica - por dia subsequente de tratamento
41203054	Radioterapia com Modulação da Intensidade do Feixe (IMRT) - por tratamento
41203062	Radioterapia Conformada Tridimensional (RCT-3D) com Acelerador Linear
41203070	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear com Fótons e Elétrons
41203089	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Acelerador Linear só com Fótons
41203097	Radioterapia Convencional de Megavoltagem com Unidade de Telecobalto
41203100	Radioterapia de Corpo Inteiro - por tratamento
41203119	Radioterapia de Meio Corpo (HBI)
41203127	Radioterapia de Pele Total (TSI) - por tratamento
41203135	Radioterapia Estereotática - 1º dia de tratamento
41203143	Radioterapia Estereotática - por dia subsequente
41203151	Radioterapia Externa de Ortovoltagem Roentgenterapia) - por campo
41203160	Radioterapia Intra-operatória (IORT) - por tratamento
41203178	Radioterapia Rotatória com acelerador linear com fótons e elétrons - por volume tratado e por dia
41203186	Radioterapia Rotatória com acelerador linear só com fótons - por volume tratado e por dia
41203194	Radioterapia Rotatória com unidade de cobalto - por volume tratado e por dia

Fonte: adaptado de Agência Nacional de Saúde Suplementar (2015).

Os dados observados no Quadro 5 e enviados pelas unidades assistenciais representam o ano de 2019 em todo o Brasil. Pode-se observar que nem todos os procedimentos existentes para radioterapia e quimioterapia foram realizados conforme a base de dados da ANS.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), o estado do Rio de Janeiro possui 87 estabelecimentos para atendimento de paciente em tratamento contra o câncer. Além disso, todas as unidades para atendimento do SUS (17) estão localizadas na Região Metropolitana do estado. A Figura 3 descreve a participação das instituições de saúde conforme dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2020), com registro para atendimentos ao paciente com câncer.

Figura 3 — Participação das instituições de saúde com serviços de quimio/radioterapia no estado do Rio de Janeiro.



Fonte: adaptado de Brasil (2020).

Segundo Brasil (2020), das 87 instituições com serviço de oncologia, 48 prestam atendimento ao segmento suplementar de saúde (55%), 22 prestam serviços para ambos os pacientes (SUS e suplementar) e 17 são instituições públicas de saúde, como é o caso do próprio INCA. A atual distribuição das instituições no estado do Rio de Janeiro mostra uma dependência em relação às instituições privadas de saúde para atendimento desses pacientes. Esse fato fundamenta o trabalho de Fonseca (2004), o qual afirma que o Estado procura manter a saúde suplementar como um importante participante do sistema de saúde, visto que ela desafoga o atendimento público e universal do SUS. Já a distribuição das instituições que atendem ao segmento suplementar no estado segue a mesma tendência das públicas, havendo maior concentração na RMRJ. A Tabela 5 apresenta a distribuição entre regiões do estado.

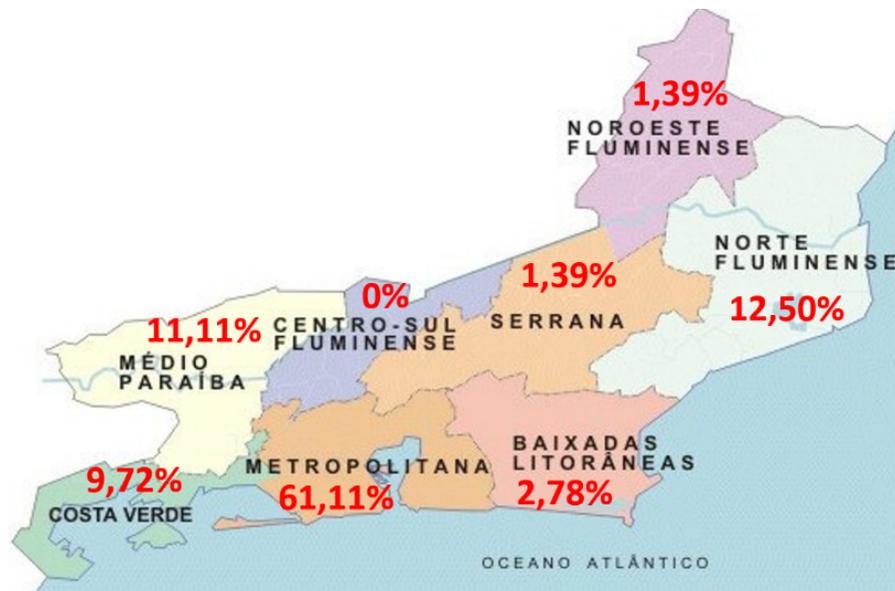
Tabela 5 — Distribuição de instituições por macrorregião no estado do Rio de Janeiro

Macrorregião	Instituições	Frequência relativa %	População estimada
Região Metropolitana	44	61,11	12.353.030
Região Norte Fluminense	9	12,50	967.943
Região Centro-Sul Fluminense	0	0,00	349.383
Região Serrana	7	9,72	868.753
Região das Baixadas Litorâneas	2	2,78	1.161.598
Região Noroeste Fluminense	1	1,39	336.596
Região Costa Verde	1	1,39	430.763
Região do Médio Paraíba	8	11,11	898.123
<b>TOTAL</b>	<b>72</b>	<b>100,00</b>	<b>17.366.189</b>

Fonte: adaptado de Brasil (2020) e IBGE (2020).

A Tabela 5 mostra a distribuição das instituições por macrorregião no estado do Rio de Janeiro. É possível observar que, mesmo com mais de um milhão de habitantes, a Região das Baixadas Litorâneas apresenta somente duas instituições. Já a Região Centro-Sul Fluminense, mesmo apresentando 349.383 habitantes, não possui nenhuma instituição para atendimento ao paciente em tratamento contra o câncer. Portanto, há uma concentração de 81,43% das instituições do estado na Região Metropolitana e do Médio Paraíba, havendo necessidade de longos deslocamento por via terrestre para tratamento.

Figura 4 — Distribuição geográfica dos serviços suplementar oncológicos no estado do Rio de Janeiro



Fonte: adaptado de IBGE (2020).

Tabela 6 — Números de atendimentos oncológicos no Rio de Janeiro com ano base de 2019

Terapias oncológicas	Terapias realizadas Estado do Rio de Janeiro	Terapias realizadas RMRJ (estimativa)
Radioterapia	31.177	19.052
Quimioterapia	58.708	35.876

Fonte: adaptado de ANS (2020b).

A base de dados da ANS trabalha com informações a nível nacional e por estado. Mediante tal fato, valeu-se da estimativa de atendimentos frente ao percentual de unidades existentes na Região Metropolitana 61,11% (44 unidades).

### 2.3.2 Oncorede

Em outubro de 2016, foi criado o projeto Oncorede, partindo da iniciativa da ANS em parceria com diversas instituições referências no segmento oncológico no país, associações de pacientes e demais representantes do setor oncológico (FUNDAÇÃO DO CÂNCER, 2016).

O projeto conta não somente com prestadores de serviços, mas também com operadoras de planos de saúde (Quadro 6) com o objetivo de obter um sistema de saúde organizado, com regras claras, profissionais capacitados e informação mais acessível. O resultado esperado é um diagnóstico mais preciso da situação atual da assistência oncológica, o incentivo a boas práticas na assistência ambulatorial e hospitalar e a melhoria dos indicadores de qualidade da assistência oncológica na saúde suplementar (ANS, 2021a).

Quadro 6 — Operadoras de planos de saúde da Oncorede

<b>Operadoras de planos de saúde</b>	<b>Tipo de Cobertura</b>
Amil	Nacional
Bradesco Saúde S/A	Nacional
Cemig Saúde	Regional - MG
Central Nacional Unimed Cooperativa Central	Nacional
Cooperativa de Trabalho Médico Unimed São Sebastião do Paraíso	Regional - SP
Fundação Fiat Saúde e Bem-estar	Regional - MG
FUNDAFFEMG	Regional - MG
GEAP Autogestão em Saúde	Nacional
Nossa Saúde Operadora de Planos Privados	Regional - PR
SOBAM	Regional - SP
SulAmérica	Nacional
SulAmérica Serviços de Saúde	Nacional
Unimed Belém	Regional - PA
Unimed BH	Regional - MG
Unimed Campo Grande	Regional - MS
Unimed Goiânia Cooperativa de Trabalho Médico	Regional -GO
Unimed Natal	Regional -RN
Unimed Porto Alegre – Cooperativa Médica Ltda	Regional - RS
Unimed Recife	Regional - PE
Unimed Teresina	Regional - PI

Fonte: ANS (2021b).

Das 21 operadoras vinculadas ao projeto, 71,42% são regionais. Desse percentual, três são da Região Nordeste (Unimed Natal, Recife e Teresina). Minas Gerais é o estado com maior representatividade com quatro operadoras, seguido de São Paulo com duas.

Já quanto à distribuição dos prestadores de serviços de saúde, há uma distribuição mais homogênea com seus vinte signatários conforme mostrado no Quadro 7 a seguir.

Quadro 7 — Prestadores de serviço de saúde

<b>Unidades assistenciais</b>	<b>Localização</b>
Américas Centro de Oncologia Integrado	RJ
Centro de Câncer de Brasília - CETTRO	DF
Centro de Combate ao Câncer - São Paulo	SP
Centro Paulista de Oncologia – CPONCO	SP
Hemomed Instituto de Oncologia e Hematologia	SP
Hospital Albert Einstein	SP
Hospital do Câncer de Muriaé	RJ
Hospital do Câncer do Norte de Minas	MG
Hospital Erasto Gaertner	PR
Hospital da Fundação do Câncer	RJ
Hospital Lifecenter Sistemas de Saúde	MG
Hospital Santa Paula	SP
Hospital Unimed Natal	RN
Instituto de Oncologia do Paraná - IOP	PR
Laboratório de Patologia HE	RJ
Núcleo de Oncologia da Bahia - NOB	BA
Oncocenter Serviços Médicos	SP
Oncocentro Oncologia Clínica	MG
Pró Care Serviços de Saúde Ltda	RJ
Sobam Centro Médico Hospitalar	SP

Fonte: ANS (2021b).

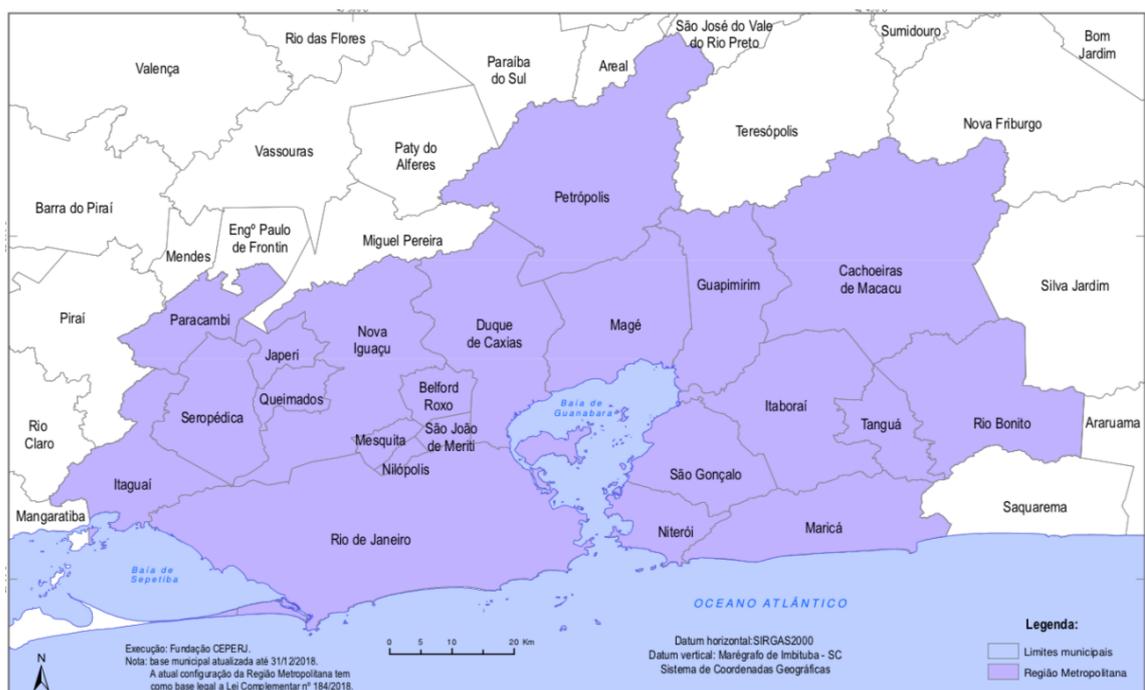
Os prestadores de serviço de saúde estão distribuídos a nível Brasil, mas a maior concentração está localizada na Região Centro-Sul da seguinte forma: Rio de Janeiro com cinco, São Paulo com sete, Minas Gerais e Paraná com dois. Já no Nordeste, a distribuição ocorre entre Bahia e Rio Grande do Norte com apenas um prestador cada. Dessas quantitativo, nove são unidades hospitalares (45%), dez são clínicas especializadas (50%) e um é laboratório de patologia (5%).

### 2.3.3 Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ)

As cinco unidades pesquisadas localizam-se na RMRJ. Essa região figura entre as cinco maiores aglomerações urbanas do mundo, com 13.131.590 habitantes sobre uma área de 7.535.778 km<sup>2</sup>, que corresponde a um pouco mais de 17% do território do estado do Rio de Janeiro (43.780.172 km<sup>2</sup>) (IBGE, 2020).

Como pode ser visto na Figura 5, a RMRJ reúne os seguintes municípios: Rio de Janeiro, Belfort Roxo, Cachoeira de Macacu, Duque de Caxias, Guapimirim, Itaboraí, Itaguaí, Japeri, Magé, Maricá, Mesquita, Nilópolis, Niterói, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, Rio Bonito, Seropédica, São Gonçalo, São João de Meriti e Tanguá. Além disso, contribui com 64% do PIB do estado de acordo com o Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas (FNEM, 2018).

Figura 5 — Região Metropolitana do Rio de Janeiro



Fonte: FNEM (2018).

Em uma visão conjunta com outras metrópoles brasileiras (Tabela 7), é possível identificar que há nelas uma relação mais direta entre a população e a produção, evidenciando uma grande desigualdade de tamanho e de peso econômico (IBGE, 2020). Este é o caso da Região Metropolitana de São Paulo com 7 946,84 Km<sup>2</sup> e 21 571 281 habitantes; da Região Metropolitana do Belo Horizonte com 14 979,1 km<sup>2</sup> e 6 006 091 habitantes e da Região Metropolitana de Porto Alegre com 10 346,00 Km<sup>2</sup> e 4 317 508 habitantes (IBGE, 2020).

A Região Metropolitana do Rio de Janeiro, conforme estimativa do IBGE (2020), possuía, em 2020, um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 758,8 bilhões, que corresponde a 64% do PIB do estado (IBGE, 2020).

Tabela 7 — Maiores Metrôpoles Brasileiras

	<b>População 2020</b>	<b>% população</b>	<b>PIB (R\$)</b>	<b>% PIB</b>
Brasil	213.385.942		7.400 bilhões	
RM Rio de Janeiro	13.131.590	6,15	759 bilhões	10,26
RM São Paulo	21 571 281	10,1	786 bilhões	10,64
RM Belo Horizonte	6 006 091	2,81	667 bilhões	1,04
RM Porto Alegre	4 317 508	2,02	77 bilhões	9,01

Fonte: adaptado de Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro (CEPERJ, 2020) e IBGE (2020).

As metrôpoles concentram grande parte do capital privado e a maioria das sedes brasileiras dos mais importantes complexos industriais, comerciais e principalmente financeiros, os quais controlam as atividades econômicas no país. Esse fenômeno ocasiona a existência de uma série de serviços sofisticados na região. No tocante à área da saúde, as capitais e suas regiões metropolitanas também concentram hospitais, clínicas e serviços médico-hospitalares, atraindo pacientes de todos os estados, que vêm em busca de atendimento em decorrência das várias especialidades e dos especialistas do segmento de saúde, segundo a Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano de São Paulo (EMPLASA, 2015).

## 2.4 Avaliação de desempenho em saúde

A avaliação do desempenho é um dispositivo capaz de fornecer informações, por meio de metodologias e ferramentas legítimas validadas científica e socialmente, sobre a saúde ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos que podem ter pensamentos diferentes se construírem e se posicionarem (individual ou coletivamente) diante de um pensamento capaz de se transformar em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

Os prestadores de serviços médicos e diagnósticos lutam com as operadoras de saúde para que as despesas com os pacientes sejam pagas integralmente. Há uma desconfiança recíproca entre os dois lados, causando custos e desperdícios. As operadoras de saúde contratam médicos, enfermeiros e farmacêuticos como auditores para conferir as contas hospitalares. Essa

é uma forma de controlar custos e possíveis desperdícios (SILBERSTEIN, 2006; ALMEIDA; GAVASSO, W.; GAVASSO, D., 2018).

Cada vez mais, há a incorporação de setores especializados, conhecidos como setores de contra-auditoria médica, que confrontam as auditorias das operadoras de saúde (SANTOS; ROSA, 2013). Pode-se afirmar que a contra-auditoria médica tem como finalidade conferir e gerenciar o faturamento enviado para as operadoras de saúde, verificando serviços de diagnósticos, gastos e procedimentos realizados. Além disso, visa investigar também a apropriação das despesas e os processos de pagamento, analisar dados estatísticos e indicadores hospitalares, verificar o sistema de faturamento de contas médicas e preparar processos de recursos, instruções técnicas e administrativas com operadoras de saúde (MORAIS; BURMESTER, 2014).

As cobranças de contas na saúde suplementar utilizam, preferencialmente, o modelo de pagamento de contas por serviço prestado. Por exemplo, em exames de imagem ou grupos de serviços (pacotes), todos os itens de despesas realizadas durante o atendimento devem ser descritos e contabilizados na conta hospitalar (RODRIGUES *et al.*, 2018).

O termo glosa significa a recusa total ou parcial de uma cobrança descrita na conta hospitalar, analisada pelo auditor da operadora de saúde (próprio ou terceirizado), quando este considera que aquela é incorreta ou ilegal, ou seja, quando não houver motivo para essa cobrança, seja por normas técnicas, contratuais ou práticas das instituições de saúde (FERREIRA *et al.*, 2009).

As glosas classificam-se em administrativas e técnicas. “As administrativas decorrem de falhas operacionais no momento da cobrança” (SANTOS; ROSA, 2013, p. 127), falta de autorização para realização dos procedimentos ou divergência de preços. As técnicas são realizadas por auditores e estão vinculadas à apresentação das quantidades e dos valores de serviços e medicamento (OLIVEIRA; COSTA; ARNDT, 2014).

No Brasil, a avaliação da saúde parte da premissa da utilização de indicadores tradicionais, baseados na relação produtividade e produção (cirurgias por sala, ocupação por leitos, taxa de óbitos etc.). No entanto, há a necessidade da utilização de outros indicadores que possam oferecer efetivamente ideias a respeito da qualidade dos serviços prestados. Nesse sentido, o controle da qualidade, ao eliminar ou reduzir procedimentos dispensáveis, torna-se um importante moderador de custos (AZEVEDO, 1991).

A eficiência e a qualidade são consideradas, tradicionalmente, como indicadores de desempenho conflitantes. Segundo Campos (2004), os potenciais conflitos de interesses no

sistema de saúde ocorrem devido às receitas dos prestadores de serviços, que representam custos para as operadoras. Por outro lado, as mensalidades do plano de saúde, para as operadoras, representam receita; já, para os beneficiários, representam uma despesa. Tais conflitos, na visão de Porter e Teisberg (2004), fomentam o pensamento individual em detrimento da eficiência do sistema como um todo.

Quando se analisa a eficácia de um serviço prestado no segmento de saúde por sua quantidade de procedimentos realizados (consultas, cirurgias etc.), o paciente é considerado apenas como um dado estatístico. Esses indicadores oferecem uma noção irreal da eficiência dos serviços prestados que, embora o volume de produção seja grande, não conseguem atender à demanda (GONÇALVES; OLIVEIRA; LEITÃO, 2006).

Uma perspectiva da gestão de qualidade seria a qualificação da gestão e da atenção ofertada pelos prestadores de serviços assistenciais aos pacientes. É ainda simples o conhecimento sobre tais prestadores e sobre sua estrutura de controle de qualidade, bem como sobre mecanismo das práticas relacionadas à gestão (PORTELA *et al.*, 2010).

#### 2.4.1 Gestão em unidades de saúde

O tratamento para um indivíduo deveria ser único, sendo resultado de um conjunto específico de serviços relacionados às suas necessidades durante o tratamento (AVINI, 2017). Noronha, Portela e Lebrão (2004, p. 242) citam o *Diagnosis Related Groups* (DRG), “um sistema de classificação de pacientes construído com o intuito de instrumentalizar a gestão administrativa, viabilizando a mensuração e avaliação do desempenho dos hospitais”, cujo foco de um sistema hospitalar é como ele é caracterizado através dos serviços prestados ao paciente (KOBEL *et al.*, 2011), no caso do presente trabalho, aqueles em tratamento contra o câncer.

Os principais norteadores do conceito de qualidade e desempenho em serviço de saúde englobam a percepção do cliente usuário do serviço, os resultados clínicos e a eficiência da organização (GILMORE; NOVAES, 1997).

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), a eficiência da gestão administrativa deve considerar três parâmetros:

- a) Eficiência Alocativa: associada ao tema de Custo – efetividade em saúde;
- b) Eficiência de Escala: demanda mínima para a sustentabilidade das unidades de saúde;
- c) Eficiência Técnica: relacionada ao gasto dos recursos da unidade.

Os pontos assinalados acima remetem ao custo inerente do tratamento oncológico, tema abordado no estudo realizado por Nobrega e Lima (2014, p. 1), no qual foi mensurado que o “custo total médio, por sessão de quimioterapia, correspondeu a R\$ 1.783,01 (100%), sendo R\$ 1.671,66 (93,75%) com fármacos, R\$ 74,98 (4,21%) com materiais, R\$ 28,49 (1,60%) com mão de obra e R\$ 7,88 (0,44%) com soluções”. Borba (2006) argumenta que, dos valores investidos na área de saúde, 30% são perdidos na forma de desperdícios ou retrabalho ou furto das complexidades dos processos.

Apesar de sua importância econômica e social, as unidades assistenciais apresentam várias deficiências ao nível da sua natureza administrativa, infraestrutura de abastecimento e domínio dos seus principais processos (ARAÚJO, A.; MUSETI; ARAÚJO, E., 2015).

Pink *et al.* (2001) conjecturam que, com a complexidade das organizações de saúde, não é possível o uso de uma métrica, sendo, assim, necessário o uso de diferentes dimensões, mas balanceadas entre si a fim de avaliar o desempenho da unidade de saúde. Porém, por outro lado, essa complexidade torna impraticável estabelecer com precisão todos os indicadores e mensurar todas as dimensões possíveis que afetam direta ou indiretamente a avaliação de desempenho da organização, principalmente porque alguns estudos focam em estabelecer detalhadamente indicadores para alguma especialidade hospitalar, como é o caso, por exemplo, do Extravasamento de quimioterapia (LIMA, 2019), do Manejo da Neutropenia Febril (FERREIRA *et al.*, 2017), ou de algum setor do hospital, como as unidades de urgência (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

No ano de 2019, o Ministério da Saúde, por meio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), disponibilizou um bilhão de reais para hospitais filantrópicos através de dois programas: o primeiro para a implementação de melhorias de gestão e governança; e o segundo com foco de modernização e eficiência operacional (BNDES, 2019). Esse tipo de programa remete a Reis (2004), o qual argumenta que os padrões gerenciais dos hospitais estão defasados em relação aos demais segmentos prestadores contemporâneos.

“Por isso, a avaliação de desempenho é um ponto chave para as organizações de saúde monitorarem seu andamento e poderem deter-se de informações quantitativas precisas para gerenciar pontos de melhoria” (CUNHA, 2011, p. 14). Nesse ponto, Porter e Teisberg (2007), na obra *Repensando saúde*, refletem o descontentamento dos envolvidos com o sistema de saúde:

Ninguém está feliz com o atual sistema – nem os pacientes, que se preocupam com o custo do seguro e com a qualidade dos tratamentos; nem os empregadores, que arcam com apólices mais onerosas e funcionários insatisfeitos; nem os médicos e demais prestadores, com rendimentos reduzidos, pareceres ignorados e dias de trabalho sobrecarregados de papelada burocrática; tampouco os planos de saúde, sempre criticados; tampouco os fornecedores de medicamentos e equipamentos, que lançaram várias terapias que salvam ou melhoram a vida, mas são acusados de provocar a elevação dos custos; e tampouco o governo, cujos orçamentos estão fugindo do controle (PORTER; TEISBERG, 2007, p. 19).

De acordo com Alemi e Sullivan (2007), faz-se necessário que os gestores dos serviços de saúde usem ferramentas gerenciais comprovadas no meio empresarial a fim de obter um melhor desempenho. Essa afirmação é confirmada por Guptill (2005) quando, valendo-se do uso de um controle de gestão eficiente, a avaliação de desempenho demandaria uma gestão eficiente e o monitoramento dos indicadores de desempenho. Nesse sentido, para determinar quais e quantos indicadores são necessários, é imprescindível determinar qual é o objetivo da análise, quais informações se pretende obter e quais usuários (como governos, fornecedores e clientes) receberam essas informações (GUERRA, 2011).

Mesmo que esta pesquisa aborde exclusivamente unidades do segmento complementar da RMRJ, essas unidades são integrantes do sistema de saúde nacional.

#### 2.4.2 Redes

Nos últimos anos, no setor da saúde, o número de fusões e aquisições de hospitais, operadoras de planos de saúde, clínicas de diagnóstico médico ou laboratórios de análises clínicas tem aumentado significativamente, mostrando que essas negociações são cada vez mais relevantes no mercado de saúde brasileiro (VOLPATO, 2019; AZEVEDO; MATEUS, 2014).

Com a promulgação da Lei nº 12.529/2011 (BRASIL, 2011), o Conselho Administrativo de Defesa Econômica (CADE) tornou-se o órgão que analisa e autoriza fusões e aquisições de empresas, preservando a defesa da concorrência no país (esse fato já foi mencionado na seção 2.2, que versa sobre a configuração do sistema de saúde complementar de saúde, em que o CADE se insere na cadeia produtiva de bens e serviços de saúde complementar — vide 2).

Segundo o diretor de saúde da Deloitte, Luis Fernando Joaquim (2018, n. p.) “entre os motivadores para fusões e aquisições nessa indústria, está o fato de o segmento [da saúde] ser carente de gestão e os investidores o enxergarem como um mercado potencial e de retorno”. Além disso, Joaquim (2018, n. p.) também afirma que se devem considerar nessas transições

quatro pontos: “Eficiência de Custos, Adaptação ao mercado, Compliance e Regulatório, e Inovação e Transformação Digital”.

A Tabela 8 corrobora com a ideia descrita acima e descreve atualmente o cenário gerencial suplementar oncológico na RMRJ segundo o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (BRASIL, 2020).

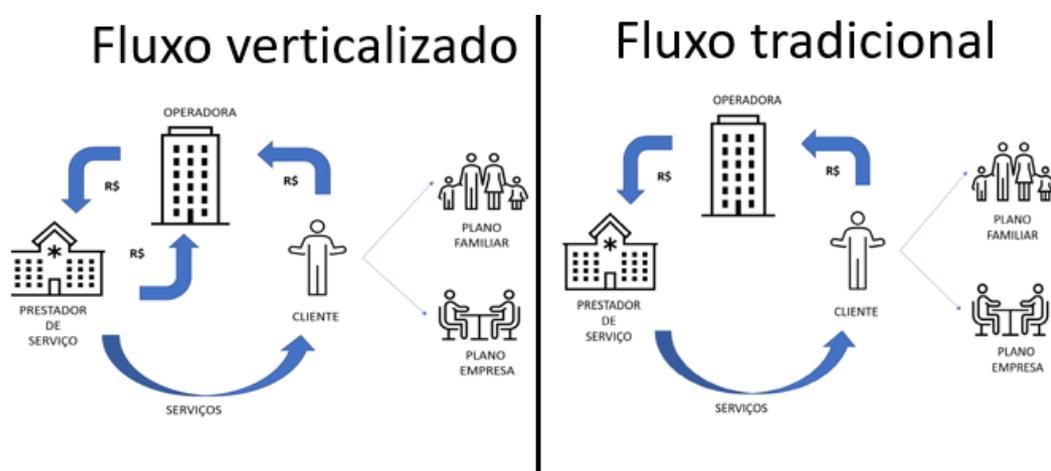
Tabela 8 — Gestão das unidades oncológicas na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro

Gestão	Unidades	Frequência relativa (%)
Rede de prestadores	20	50,00
Unidades independentes	12	12,50
Rede de plano de saúde	12	12,50
Total	44	100,00

Fonte: adaptado de Brasil (2020).

Segundo Okano e Gomes (2020), o cenário da distribuição das unidades de oncologia da RMRJ apresenta três tipos de gerenciamento: os prestadores que pertencem ao mesmo grupo, como o caso da Rede D’Or, formada por inúmeras fusões e aquisições; as unidades pertencentes a operadoras de saúde, como ASSIM Saúde, Amil, Notredame e Unimed, demonstrando um fenômeno da verticalização, em que as operadoras passam a construir sua própria rede assistencial a fim de controlar seus custos conforme ilustrado na Figura 6, comparando o fluxo financeiro na cadeia financeira tradicional e na cadeia financeira verticalizada; e as unidades independentes, as clínicas que não possuem relação com nenhum grupo e que são credenciadas às operadoras de saúde.

Figura 6 — Modelos de fluxo financeiro na medicina suplementar



Fonte: adaptado de Unimed (2021).

Gulbrandsen, Sandvik e Haugland (2009) conjecturam definições de integração vertical que pode ser dividida em três grupos de acordo com seu conceito e método de operação. A primeira abordagem trata a integração vertical como um conceito de classificação em que as atividades ou os tipos específicos de atividades podem estar integradas ou não à empresa. A segunda abordagem possui foco no valor agregado como parte da diferença entre vendas e os custos. Por fim, a terceira abordagem considera a integração vertical como o grau em que as empresas pretendem adquirir do prestador de serviço no futuro ou pretendem realizar os serviços.

Os benefícios obtidos pelos prestadores de saúde no processo de integração vertical incluem melhorias no controle dos custos de produção e a garantia ou melhoria da qualidade dos serviços prestados, seguido de um aumento das economias de escala (ALBUQUERQUE; FLEURY, M.; FLEURY, A., 2011).

#### 2.4.3 Acreditação

A acreditação é um método desenvolvido com a intenção de avaliar a qualidade dos serviços oferecidos pelos prestadores de saúde (CARDOSO; RIBEIRO, 2017). Já a Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2021b) considera como acreditação a metodologia de avaliação de recursos institucionais, de forma voluntária, regular e reservada, visando garantir uma melhoria na qualidade do atendimento por meio de padrões previamente definidos.

Os prestadores de serviços de saúde, especialmente hospitais e clínicas especializadas (como as oncológicas), requerem investimento financeiro e gestão de recursos diversificados devido à complexidade do atendimento. Nesse caso, a gestão desses prestadores tem como foco a qualidade do atendimento e destaca-se por promover ações estratégicas que incluem a otimização de recursos, a satisfação do cliente e a minimização dos riscos relacionados ao atendimento (AL-ABRI; AL-BALUSHI, 2014; VITURI; ÉVORA, 2015).

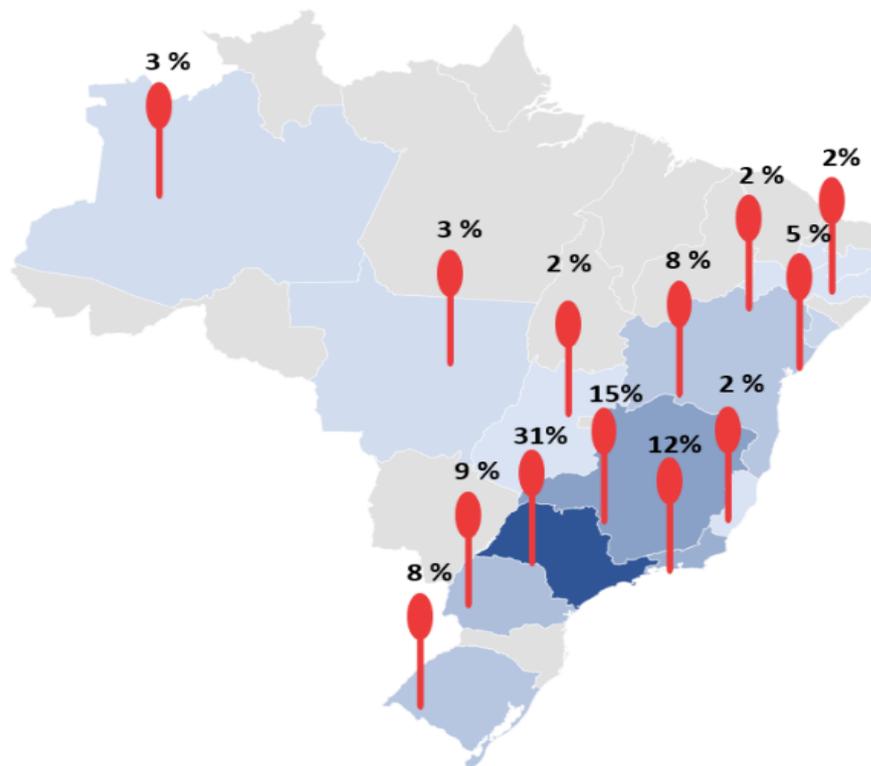
O mercado consumidor de hoje é mais rígido e seletivo na hora de decidir qual fornecedor escolher, obrigando as empresas a buscarem novas maneiras de ganhar fidelidade ou conquistar novos clientes. De certa forma, a empresa precisa agregar valor ao seu produto, serviço ou marca (CARDOSO; RIBEIRO, 2017).

Segundo Antunes e Ribeiro (2005), a acreditação hospitalar originou-se nos Estados Unidos e depois se tornou uma prática seguida por diversos prestadores de saúde em diversos

países. As creditações mais comuns no Brasil são de duas fontes. No campo internacional há a *Joint Comission Internacional* (JCI) (SHAW *et al.*, 2013), que possui parceria com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Já no cenário nacional, de acordo com a Confederação Nacional da Saúde (CNA, 2018), há a Organização Nacional de Acreditação (ONA), um órgão não governamental, de pessoa jurídica e de direito privado, sem fins lucrativos.

Não é o propósito desta dissertação discutir sobre os métodos de obtenção da acreditação, e sim observar a distribuição das unidades oncológicas na RMRJ. Segundo a ONA (2021a), existem 888 instituições acreditadas por essa organização, englobando diversos prestadores, como hospitais, serviços de diagnóstico, *home care*, entre outros, totalizando 26 tipos de prestadores. Entre eles, há 65 creditações pertencem a unidades de oncologia divididas em 13 estados. Já no estado do Rio de Janeiro, existem 53 instituições acreditadas pela ONA, divididas em 14 tipos de prestadores, dos quais 8 são de serviços oncológicos. A distribuição dos prestadores a nível Brasil está demonstrada na Figura 7 por estado segundo Certificação ONA para unidades de oncologia.

Figura 7 — Distribuição das creditações ONA

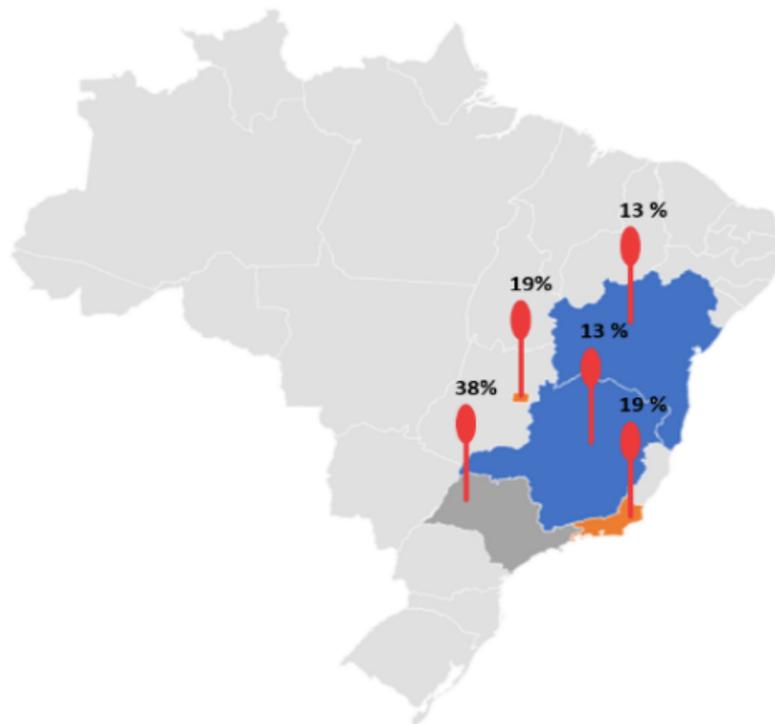


Fonte: ONA (2021a).

O Rio de Janeiro apresenta 12% de serviços acreditados, ocupando a terceira posição nacional (São Paulo ocupa o primeiro lugar com 31% serviços, e Minas Gerais, o segundo, com 15%). Já em uma análise regional, a Região Sudeste aparece com 60%; a Sul, com 17%; a Nordeste, 15%; a Centro-Oeste, 5%; e a Norte 3%.

Segundo o CBA (2021), no Brasil, atualmente, existem 61 instituições acreditadas pela JCI, divididas entre diversos prestadores, como hospitais, ambulatórios, unidades de resgate, entre outros, totalizando sete tipos de prestadores. Além disso, entre essas instituições, 17 unidades de creditações são de oncologia (um hospital e 16 ambulatórios). Só no estado do Rio de Janeiro, existem 11 instituições acreditadas pela JCI, divididas em sete tipos de prestadores, dos quais três são de serviços oncológicos. A distribuição dos prestadores por estados está demonstrada na Figura 8 de acordo com a Certificação JCI para unidades de oncologia.

Figura 8 — Distribuição das creditações JCI



Fonte: CBA (2021).

O Rio de Janeiro, com todas as unidades localizadas na região metropolitana, apresenta 19% de serviços acreditados, ocupando a segunda posição, juntamente ao Distrito Federal. São Paulo ocupa o primeiro lugar com 38% dos serviços. Em quarto, aparecem Minas Gerais e

Bahia com 15%. Já em uma análise regional, a Região Centro-Sul apresenta 100% dos prestadores acreditados pela JCI.

Handayani *et al.* (2015) reafirmam que a produtividade tem relação com o compromisso entre três esferas da instituição: a administração, os profissionais de saúde e os recursos empregados. Essa ideia corrobora com os estudos de Calabrese (2012), que discorre sobre a relação entre a alta produtividade do serviço e a percepção do cliente, originada das competências dos trabalhadores.

A obtenção da acreditação agrega reconhecimento a uma instituição, que tem seus serviços oferecidos caracterizados como de qualidade, gerando uma melhoria da imagem pública dos prestadores.

#### 2.4.4 Indicadores de Desempenho de Processo (KPI)

O conceito de avaliação de desempenho nas organizações pode ser tratado como a evolução dos ideais positivistas propostos por Auguste Comte, o qual liderou uma revolução científica, em que a matemática servia de respaldo para as experimentações e validações da ciência (LAVIERI; CUNHA, 2009).

“A principal função dos indicadores de desempenho é a de indicar oportunidades de melhoria dentro das organizações” (SCHIRIGATTI; FARIA, 2006, p. 1). Medidas de desempenho devem ser utilizadas para indicar pontos fracos e analisá-los, com o intuito de identificar os possíveis problemas que estão causando resultados indesejados. Nesse sentido, os indicadores podem, então, apontar para não conformidades.

Indicadores são elementos de gestão. Geralmente, fornecem e representam valores quantitativos de informações geradas pelo processo. Eles atuam como parâmetros para avaliação da eficácia, eficiência e efetividade organizacional. A definição de indicadores-chave de desempenho, conhecidos como KPI, auxilia na difusão e na divulgação dos objetivos, bem como na priorização de itens a compor planos de ação que assegurem a melhoria contínua (BARROS, 2017).

A multidimensionalidade refere-se aos diferentes aspectos dos indicadores e das características no conceito de desempenho. Segundo postulado por Jensen e Sage (2000), no transcorrer de mais de meio século, trabalhos concernentes à avaliação do desempenho tornaram-se expressivamente mais orientados para sistemas devido à crescente globalização, ao grau de complexidade dos negócios e aos avanços tecnológicos. Os autores reforçam que os

requisitos de informação sobre desempenho organizacional vêm evoluindo constantemente desde o modelo proposto por Frederick Taylor — no qual se esperava a máxima produtividade com o mínimo de esforço e tempo — até o presente momento (JENSEN; SAGE, 2000).

A escolha de um indicador de desempenho é fundamental para orientar e reportar a performance da organização. Uma vez que uma organização está sempre se reinventando no mercado, ela deve ser capaz de alterar as suas métricas de desempenho para melhor entendimento da situação atual (MALINA; SELTO, 2004). Segundo Hourneaux Junior (2005), os indicadores devem ser simples no entendimento e no uso, devem ter escopo específico, devem ter uma meta definida e serem objetivos, mantendo seu significado ao longo do tempo. Nesse sentido, a mensuração representa um instrumento valioso de gestão do segmento do serviço de saúde, à medida que subsidia o planejamento e a formulação de uma intervenção, assim como as decisões sobre a manutenção, aperfeiçoamento, mudança de rumo ou interrupção de práticas (BARROS, 2008).

A seleção dos indicadores KPI deve ser realizada pela alta administração, por se tratar de uma etapa posterior ao desdobramento estratégico da empresa. Ademais, os indicadores devem contribuir diretamente para a realização dos objetivos estratégicos da empresa. O KPI selecionado deve usar informações precisas e confiáveis para garantir a validade e integridade dos indicadores (BARROS, 2017).

#### 2.4.4.1 *Benchmarking in healthcare*

Segundo Camp e Tweet (1994), a essência do benchmarking pode ser definida pela palavra japonesa *dantotsu*, que significa o esforço para ser o “melhor dos melhores”, sendo que, por meio de práticas comparativas, pode-se achar e implementar melhores práticas.

Em 1989, nos Estados Unidos, Robert Camp da empresa Xerox apresentou pela primeira vez a técnica estruturada de *benchmarking* (CAMP, 1989), demonstrando benefícios claros em termos de desempenho aprimorado. Sua definição de *benchmarking*, amplamente usada por organizações industriais e comerciais, consiste em, de tempos em tempos, buscar por melhores práticas da indústria que levam a um desempenho superior.

Como uma ferramenta operacional, o *benchmarking* tradicionalmente não faz parte da estratégia e do planejamento estratégico. Seu objetivo é satisfazer o cliente final, portanto, as práticas devem ser voltadas para o interesse deste. Sendo assim, uma prática é avaliada como válida ou realmente melhor quando agrega valor ao cliente (ZAIRI, 2005).

Com relação ao conceito de *benchmarking* em saúde, Mosel e Gift (1994) o consideram como uma disciplina colaborativa e contínua de medição e comparação de resultados de processos-chaves realizada pelos melhores *performers*.

Avini (2017) considera como objetivo do *benchmarking* o encorajamento e a promoção de mudanças para melhorar o desempenho da organização por meio de duas formas do processo de aprendizagem:

- a) determinar resultados excelentes, geralmente por meio de indicadores;
- b) identificar melhores práticas que podem ser usadas como referência para trazer melhores resultados.

Segundo Bittar (2008), o *benchmarking* pode ser classificado em interno, funcional, genérico, competitivo, conforme esquematizado no Quadro 8 abaixo.

Quadro 8 — Classificação de benchmarking

<b>Benchmarking</b>	<b>Compara</b>
Interno	Processos semelhantes entre diferentes áreas ou subáreas. Exemplo: atendimento no centro infusional e na radioterapia.
Funcional	Processos semelhantes entre unidades assistenciais que atuam em mercados distintos. Exemplo: unidades oncológicas.
Genérico	A produtividade de várias áreas ou subáreas de uma unidade de saúde.
Competitivo	Processos semelhantes entre concorrentes diretos. Exemplo: a comparação do controle de estoques em unidades diferentes.

Fonte: Bittar (2008, p. 25).

No entanto, segundo Santana, Soares e Salles (2006), cada empresa deve possuir e usar um método de comparação de indicadores de desempenho, seja por meio de *benchmarking* ou qualquer outro meio comparativo como número de funcionários, estrutura assistencial ou serviços oferecidos.

## 2.5 Sistemas de Medição de Desempenho (SMD)

O Sistema de Medição de Desempenho (SMD) permite às empresas controlar, medir e planejar seu desempenho com base em estratégias definidas. Ele ainda possibilita que a empresa desempenhe melhor os seus negócios e não meramente conheça o seu desempenho (JOHNSON; BEIMAN, 2007).

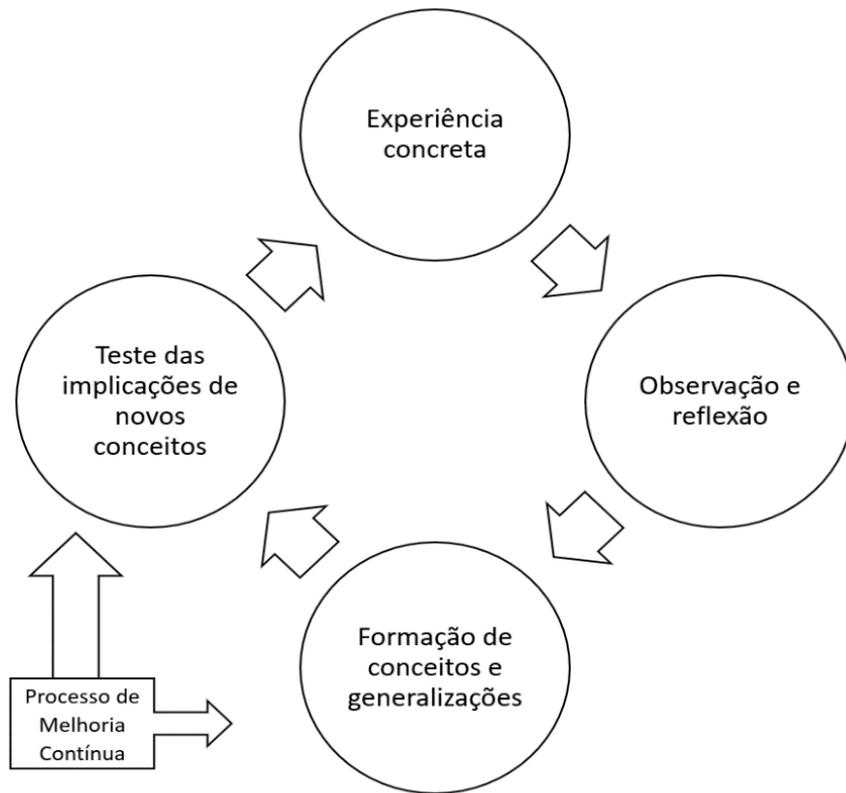
Segundo Stainer e Nixon (1997), um sistema de medição focado em metas pode ser uma ferramenta valiosa para apoiar mudanças na gestão de processos. Já segundo O'Mara, Hyland e Chapman (1998), um sistema de medição de desempenho vai além do fornecimento de dados imprescindíveis para controlar as várias atividades da empresa, mas também influencia na tomada de decisão e no comportamento organizacional. Martins (1999) aponta as características que um SMD deve possuir:

1. ser congruente com a estratégia competitiva;
2. ter medidas financeiras e não-financeiras;
3. direcionar e suportar a melhoria contínua;
4. identificar tendências e progressos;
5. facilitar o entendimento das relações de causa e efeito;
6. ser inteligível para os funcionários;
7. abranger todo o processo, desde o fornecedor até o cliente;
8. [ter] informações disponíveis em tempo real para toda a organização;
9. ser dinâmico;
10. influenciar a atitude dos funcionários; e
11. avaliar o grupo e não o indivíduo (MARTINS, 1999, p. 71).

Miranda (2005, p. 40) utilizou-se do modelo proposto por Santos, Belton e Howick (2002) para determinar as etapas de um SMD, com destaque para a melhoria sucessiva dos processos das organizações, visando, com isso, relacionar as atividades executadas à missão e à visão organizacional. As etapas do método seguirão com o planejamento, medição, análise e melhoria (vide Figura 9).

No planejamento, é necessário obter, analisar e compreender o processo da organização, pois este pode identificar corretamente as áreas-chave da organização, bem como seus respectivos indicadores de desempenho e metas definidas. Definir as propriedades do modelo de medição de desempenho constitui o segundo estágio do sistema, que corresponde às seguintes etapas: determinação da coleta de dados, rastreamento e localização de dados e métodos para feedback. “Na análise, ocorre a definição de um plano de ação, com objetivos e táticas, visando alcançar as metas. Por último, a etapa de melhoria, provendo informações para reavaliar e reestruturar o SMD e divulgando os resultados na organização” (MIRANDA, 2005, p. 35).

Figura 9 — Método de desenvolvimento de um SMD



Fonte: adaptado de Santos, Belton e Howick (2002).

No Quadro 9, são apresentados alguns sistemas de medição de desempenho encontrados na literatura sobre o tema, incluindo-se sua característica principal, limitações, autores, país de origem e ano de sua criação. Os dados são exibidos de acordo com a época de seu surgimento.

Quadro 9 — Sistemas de medição de desempenho nos últimos 90 anos

<b>Modelo</b>	<b>Característica</b>	<b>Limitações</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Ano</b>	<b>País de origem</b>	<b>Fontes</b>
<i>Tableau de Bord</i>	Mensura desempenho baseado em indicadores financeiros e não financeiros que traduzem a missão e os valores da empresa	Focado em medidas financeiras, tendo indicadores não financeiros em segundo plano	Engenheiros franceses	1930	França	Epstein; Manzoni (1997)
Martindell	Composto por um conjunto de 10 variáveis e sistemas de pontuação	Pouca estruturação conceitual e com certa subjetividade para a o estabelecimento de quesitos avaliativos	Martindell	1950	Estados Unidos da América	Corrêa (1986)
Administração de Qualidade Total ( <i>Total Quality Management</i> )	Satisfazer o cliente	Os aspectos de custo operacional devem ser constantemente monitorados de modo a não solapar os esforços de melhoria da qualidade e da gestão	Joseph Juran	1961	Estados Unidos da América	Krishna (2001)
Buchele	Visa a aspectos, tais como análise das ameaças e oportunidades, capacidade de inovação e habilidade para desenvolver novos produtos e serviços	Consideram apenas um pequeno conjunto de variáveis organizacionais, abrindo possibilidades de indicadores importantes não serem considerados.	R. Buchele	1971	Estados Unidos da América	Cezarino <i>et al.</i> (2014)
Corrêa MADE-O	Utilização de pontos, com a utilização de indicadores e definições de padrões, com avaliações e verificação de causas e efeitos de caráter permanente	O método não define padrões comparáveis entre empresas, o que pode causar dificuldades de comparabilidade em seu uso.	H. Corrêa	1986	Brasil	Horneaux Junior (2005)

Quadro 9 — Sistemas de medição de desempenho nos últimos 90 anos

<b>Modelo</b>	<b>Característica</b>	<b>Limitações</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Ano</b>	<b>País de origem</b>	<b>Fontes:</b>
<i>Performance Measurement Questionnaire (PMQ)</i>	Análise crítica do desempenho facilita avaliação organizacional. Informações retroalimentam o aprendizado organizacional	Não monitora o ambiente interno e externo. Carece de agilidade para obter informações sobre o ambiente, visando redimensionar as medidas	Dixon, Nanni e Vollmann	1990	Estados Unidos da América	Dixon; Nanni; Vollmann (1990)
<i>Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique (SMART)</i>	Desenvolvida com base nos conceitos da gestão de qualidade total e custeio por atividade	Necessitam de feedbacks para melhorias	Cross; Lynch	1990	Estados Unidos da América	Cross; Lynch (1988)
<i>Balanced Scorecard (BSC)</i>	Mensura desempenho que é baseado em indicadores financeiros e não financeiros	Não identifica se a estratégia concebida pela organização está coerente com a estrutura e as limitações que ela possui	Kaplan e Norton	1992	Estados Unidos da América	Kaplan; Norton (1992)
<i>Integrated Performance Measurement System (IPMS)</i>	Baseado em dois conceitos: integridade e desdobramento	Atende parcialmente ao aspecto de alinhamento estratégico	Bititci, Turner e Begemann	1997	Reino Unido	Pereira Junior; D'Avila; Pereira (2018)
<i>Skandia Navigator</i>	Avalia os ativos da organização, em que o valor da empresa é dado pelo capital financeiro somado ao capital intelectual, composto pelo capital humano e capital estrutural.	O valor da empresa deve estar integrado pelo capital financeiro e pelo capital intelectual	Edvinsson e Malone	1998	Suécia	Edvinsson Malone (1998)
<i>Sigma Sustainability Scorecard</i>	Auxilia as organizações a terem ações efetivas no desenvolvimento sustentável,	Limitações estão envolvidas com a comparação entre as empresas que fazem parte dos segmentos	British Standards Institution; Fórum pelo future; Accountability	1999	Reino Unido	Sigma Project (2003)

Quadro 9 — Sistemas de medição de desempenho nos últimos 90 anos

<b>Modelo</b>	<b>Característica</b>	<b>Limitações</b>	<b>Autor(es)</b>	<b>Ano</b>	<b>País de origem</b>	<b>Fontes:</b>
Prisma de Desempenho	O foco está nos <i>stakeholders</i> organizacionais	Sistema complexo e menos conhecido na América	Andy Neely	2001	Reino Unido	Neely; Adams; Crowe (2001)
<i>Net Promoter Score (NPS)</i>	Avalia e acompanha as percepções do cliente	Dificuldade entender as razões por trás das respostas dos clientes	Frederick Reichheld	2003	Estados Unidos da América	Rufino; Ciribeli (2019)
<i>Net Promoter Score (NPS 2.0)</i>	Mensura desempenho baseado em indicadores financeiros e não financeiros que traduzem a missão e os valores da empresa	Focado no relacionamento e não na operação	Fred Reichheld E Rob Markey	2011	Estados Unidos da América	Reichheld e Markey (2012)

Fonte: elaborado pelo autor (2020).

De acordo com o que se apresenta no Quadro 9 e segundo Martins (1999), antes da década de 1990, os sistemas baseavam-se somente nos indicadores financeiros e, após esse período, diversos sistemas passaram a buscar também o uso de indicadores de desempenho não financeiros.

A avaliação de desempenho deve ser entendida não somente como uma forma de medir a performance, mas também como um instrumento de gestão. Essa premissa abriu novas perspectivas para a área, juntamente com uma busca incessante por um modelo ideal. Os modelos até então desenvolvidos não atendiam plenamente aos *stakeholders*. Assim surgiu uma demanda por um sistema de avaliação de desempenho baseado no controle, na eficiência e na transparência nas operações dessas organizações (ALVES, 2015).

A formulação para os novos modelos não partiu somente da visão estratégica da organização para o desenvolvimento de metas mais específicas e/ou operacionais de desempenho. Os modelos mais recentes passaram a considerar aspectos externos da organização, entendendo que ela deveria atender, no primeiro momento, às necessidades e aos interesses das partes interessadas para depois estabelecer suas estratégias (NEELY; ADAM; CROWE, 2001).

Diante desse cenário, a seguir, exploram-se os principais modelos que deram suporte à evolução dos sistemas de medição de desempenho para posteriormente desenvolvimento de sua aplicação às organizações de saúde, em especial, ao segmento suplementar oncológico da RMRJ.

### 2.5.1 *Tableau de Bord*

O precursor dos sistemas de avaliação de desempenho organizacional é chamado de *Tableau de Bord*, criado na França, em 1932, quando “engenheiros de processos buscavam novas formas de melhorar a produção, desenvolvendo um melhor entendimento das relações de causa e efeito” (EPSTEIN; MANZONI, 1997, p.3). Já Marinho e Selig (2009), além de Russo (2015), afirmam que essa necessidade certamente tornou-se mais evidente após a Crise Mundial de 1929.

A origem do nome do método é devido à sua similaridade funcional a um painel de instrumentos ou de navegação existente em um avião ou automóvel. Entretanto, no início, o *Tableau de Bord* consistiu em um conjunto de medidas físicas de desempenho, com linguagem da engenharia, mas não para fins contábeis (EPSTEIN; MANZONI, 1997).

A partir dos anos 1950, o *Tableau de Bord* evoluiu devido à divulgação dos métodos de gestão norte-americanos, à inclusão dos dados orçamentais e à separação por centros de custo e de responsabilidade. Até os anos 1980, esse método não foi mais do que um documento de conferência e controle dos dados realizados com os orçamentos, objetivando a tomada de medidas corretivas. Só nos anos 1990, começaram a surgir preocupações com a coerência entre as ações e os objetivos estratégicos no âmbito do *Tableau de Bord*. Portanto, essa metodologia foi desenvolvida como uma ferramenta rápida para comparar a realidade à previsão, permitindo a análise e o diagnóstico para tomada de decisão de curto prazo, possibilitando que os gestores definam o que consideram mais relevantes (LIMA, 2005; OLIVEIRA, 2018).

Quadro 10 — Perguntas respondidas com o *Tableau de Bord*

Perguntas	Direcionamentos
Quem?	Deve representar quem são os responsáveis dentro da estrutura administrativa; como se dá a delegação das tarefas; e como funcionam os sistemas de comunicação e informação na empresa.
O quê?	Deve tornar possível saber quais as informações que interessam a uma determinada função e a uma determinada responsabilidade na organização.
Como?	Deve assinalar as tendências ou os acontecimentos incomuns e orientar em direção a uma análise mais aprofundada.
Quando?	Deve ter a frequência necessária para comunicar uma mesma informação em um ou mais níveis hierárquicos, ou em um mesmo nível hierárquico, variando a natureza das informações. Deve-se ainda respeitar as características dos negócios e da estrutura de cada organização.

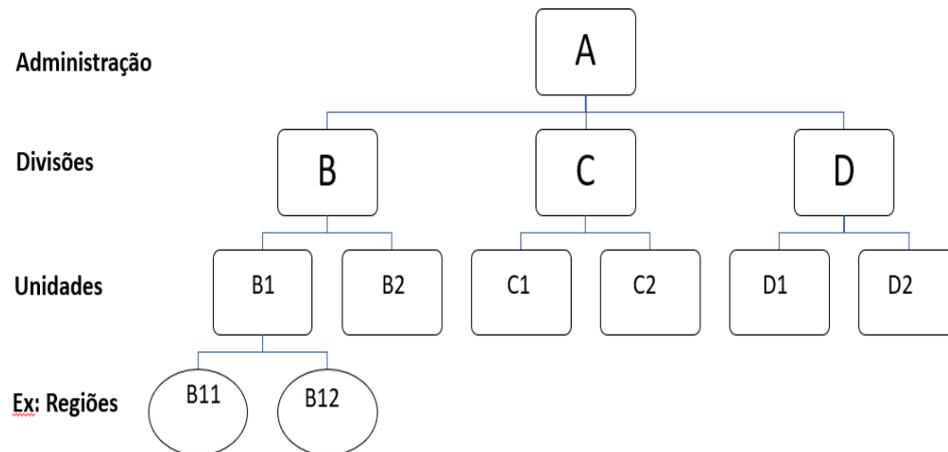
Fonte: adaptado de Oliveira (2018).

O *Tableau de Bord* facilita o entendimento das perguntas citadas no Quadro 10, ainda que estas sejam genéricas a outros modelos de avaliação de desempenho. Pode ser definido como um conjunto de métricas que abrange tanto as medidas financeiras quanto não financeiras, para que possa traduzir a missão e a visão das organizações em seus objetivos, dos quais derivariam os fatores críticos do sucesso da organização (*Key Success Factors* — KSF). Os respectivos indicadores (*Key Performance Indicators* — KPI), devido à sua importância, devem ser monitorados para medir o desempenho organizacional (CORRÊA; HOURNEAUX JUNIOR, 2008; KALLÁS, 2003).

Epstein e Manzoni (1998) estabeleceram que o *Tableau de Bord* não pode ser aplicado a toda organização da mesma forma, porque cada unidade tem diferentes responsabilidades e objetivos e, portanto, deverá haver um sistema de avaliação característico para cada uma. Estes

painéis serão integrados ao *Tableau de Bord* global da empresa, como apresentado na Figura 10.

Figura 10 — O *Tableau de Bord* em cascata



Fonte: extraído de Epstein e Manzoni (1998, p. 191).

*Tableau de Bord*  $A = B + C + D$ .

*Tableau de Bord*  $B = B1 + B2$ .

*Tableau de Bord*  $B1 = B11 + B12$ .

O desenvolvimento do *Tableau de Bord* "em cascata", conforme mostrado na Figura 10, possibilitaria incluir informações no *Tableau de Bord* global de forma condensada, facilitando a comparação de desempenho entre departamentos e setores na organização (EPSTEIN; MANZONI, 1998).

### 2.5.2 Método Martindell

Jackson Martindell publicou *The Appraisal of Management* (Gestão de avaliação de desempenho) em 1950, quando presidia o *American Institute of Management*, sediado em Nova York, nos EUA. Este descrevia um método que permitia a realização de uma “auditoria gerencial” para a medição de desempenho de diferentes tipos de organização. A metodologia desenvolvida por Martindell (1950) mensura e avalia o desempenho organizacional, com bases quantitativas, focadas nas principais dimensões identificadas pelo autor e com o propósito de manter o controle da organização. Para ele, o modelo serviria para nortear as tarefas dos

funcionários e seria útil para os interessados externos da informação da organização (CORRÊA, 1986).

Hourneaux Junior, Ruiz e Corrêa (2005, p. 4) relatam que a proposta é construir um “conjunto de 10 variáveis com sistemas de pontuação, em que a cada variável atribui-se um número de pontos máximos correspondentes” (vide Quadro 11). Assim, tem-se um *score* da organização em cada fator analisado.

Quadro 11 — Conjunto variáveis com sistemas de pontuação

Item	Pontuação máxima atingível
Função econômica	400
Estrutura Organizacional	500
Saúde da rentabilidade	600
Justiça para com os acionistas	700
Pesquisa e Desenvolvimento	700
Análise da direção	900
Políticas fiscais	1100
Eficiência na produção	1300
Vigor das vendas	1400
Avaliação dos executivos	2400
Total	10000

Fonte: adaptado de Martindell (1950).

A apuração seguiria com o somatório dos pontos obtidos em cada item. Ao final, deve-se atingir uma pontuação mínima para obter uma boa avaliação ou ainda uma avaliação que não resulte em um plano de recuperação em algum dos pontos analisados (MARTINDELL, 1950). Conforme Martindell (1950), o sistema de medida de desempenho deve atender aos seguintes critérios:

- a) flexibilidade: aplicação é estendida a diversos tipos de administração e a vários campos do conhecimento;
- b) inteligibilidade: entendimento quanto a questões que serão abordadas e retratarão a realidade da organização;
- c) comparabilidade: possibilidade de comparação entre organizações;
- d) mensurabilidade: as medidas refletem a qualidade da administração;
- e) enfoque sistêmico: consideram as várias inter-relações e a interdependência que ocorrem dentro das organizações.

### 2.5.3 Administração de Qualidade Total (*Total Quality Management*)

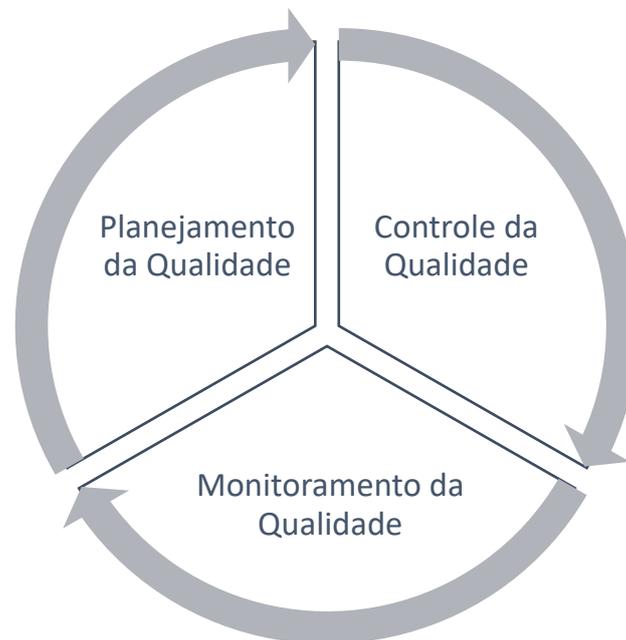
A Administração de Qualidade Total (*Total Quality Management* – TQM) originou-se a partir de estratégias de administração focadas na criação da consciência de qualidade em processos organizacionais das indústrias manufatureiras americanas, em meados dos anos 1950, como uma resposta à crescente expansão contínua da produção japonesa em todos os segmentos e não somente no automobilístico (KRISHNA, 2001).

Para exemplificar, pode-se citar a *Ford Motor Company* como a primeira empresa americana que implantou o gerenciamento da qualidade em suas abordagens utilizadas nos processos de transformação da indústria japonesa (KRISHNA, 2001). Daí surgiu a abordagem do Joseph Moses Juran, engenheiro, romeno-americano, que, em 1951, publicou o livro *Quality Control Handbook* (Manual de Controle de Qualidade). Este contribuiu decisivamente no movimento japonês em prol da qualidade após a Segunda Guerra Mundial. Segundo este, a administração da qualidade compreende três processos básicos: controle, planejamento e melhoria — a trilogia de Juran. Além disso, para o autor, as abordagens necessárias, ao gerenciamento dos três processos, são similares àquelas empregadas na administração financeira. Assim, enquanto Edward Deming afirmava que a administração da qualidade requer modificação, Juran afirmava que esta não difere muito da prática já adotada pela área de finanças da empresa, em discordância a “Philip Crosby, empresário, norte-americano, ao não acreditar que a implantação da qualidade seja simples, mas também não acredita que seja tão complexa quanto o primeiro propõe” (WOOD JUNIOR; URDAN, 1994, p. 1).

Juran (1992) não atribuía aos métodos estatísticos a mesma importância conferida por Deming, considerando-os ferramentas úteis, mas não fundamentais. “Define qualidade como adequação ao uso - produto adequado ao uso é o que atende às necessidades de seu consumidor” (WOOD JUNIOR; URDAN, 1994, p. 51).

Juran (1992, p. 13) definiu o planejamento da qualidade como: “a atividade de (i) estabelecer as metas de qualidade e (ii) desenvolver os produtos e processos necessários à realização dessas metas”. Também nos apresentou a trilogia de Juran, uma qualificação dos três processos gerenciais para a qualidade conforme demonstrado na Figura 11.

Figura 11 — A trilogia de Juran



Fonte: adaptado de Juran (1992).

Juran (1992) argumentava que o planejamento deve ser acompanhado e orientado criticamente, considerando a dinâmica do projeto decorrente das ações de garantia e controle, sendo seu planejamento impossível sem a criação e a definição de metas quantitativas com prazo estabelecidos. “As metas da qualidade são alvos móveis, portanto, é preciso que haja compreensão, por parte do responsável pelo gerenciamento da qualidade do projeto, da importância do plano de gerenciamento da qualidade” (LEWIN, 2011, p. 8).

Ishikawa, com base nos modelos criados por Deming e Juran, desenvolveu uma estratégia de qualidade exclusiva para o Japão. Conseguiu combinar as teorias comportamentais de Maslow e McGregor, e as de Deming, as quais resultaram nos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ), em que colaboradores, voluntários de um mesmo setor, reúnem-se semanalmente, durante o período de trabalho, a fim de desenvolver atividades de qualidade na empresa ou para resolverem algum problema (*apud* PINTO, 1993).

Em 1995, Juran, em sua obra *Managerial Breakthrough* (Gerenciamento de ruptura), colocou no topo das prioridades dos gestores o aumento da qualidade através de uma melhoria contínua. Para o autor, a ruptura estabelece mudança nos padrões de desempenho para níveis melhores, sendo feito o controle com aderência aos novos padrões (JURAN, 1995). Portanto, são geradas uma sistematização e uma dinâmica de iteratividade, podendo causar impactos

positivos e cumulativos no desempenho da organização (SHIBA; GRAHAM; WALDEN, 1997).

Analisando os pontos comuns dos conceitos de TQM de vários autores, pode-se afirmar que este é um modelo razoável representado pela continuidade da produção e da procura. Visando ao ambiente fortemente competitivo, com base nas várias dimensões da definição de qualidade, pode ser usado como um modelo adequado.

A empresa de sucesso, portanto, seria aquela que teria preocupação com seus clientes. Ela é vista como um sistema aberto a mudanças, que necessita de um modelo de gestão focado nessa realidade. Vale evidenciar que o TQM é um modelo de gestão parcial, porque basicamente resolve aspectos das operações diretas, sem considerar fatores estratégicos ou de gestão econômico-financeira da empresa (BIANCO; SALERNO, 2001).

#### 2.5.4 O método de Buchele

Robert B. Buchele, da Universidade do Haváí, publicou, em 1970, *Business Policy in Growing Firms* (Política de negócios em empresas em crescimento). Ele engloba uma análise das ameaças e das oportunidades, além da capacidade de inovação e da habilidade para desenvolver novos produtos e serviços. Esses aspectos são orientados não apenas para a situação atual, mas também para a sustentabilidade da organização.

Segundo esse autor, o modelo consiste em avaliar o desempenho empresarial sobre quatro aspectos: análise da força competitiva, análise dos principais negócios da organização, análise financeira e análise da cúpula administrativa. Ressalta, no entanto, algumas limitações desse método, ao reconhecer sua simplificação, e, ao levar em consideração apenas um pequeno conjunto de variáveis organizacionais, abrindo possibilidades de indicadores importantes não serem considerados (apud HOURNEAUX JUNIOR, 2005).

Buchele (1971) divide o livro em duas partes: a primeira, que aborda a avaliação de pequenas empresas e as possíveis crises; e a segunda, que é dedicada a empresas de médio e grande porte, onde expõe o método da avaliação direta, o qual tem o objetivo de examinar a qualidade da administração, através do estudo dos processos administrativos: planejamento, controle, organização, assessoria e direção. Para Buchele (1971), há três possíveis tipos de avaliação nas organizações, como disposto na Figura 12.

Figura 12 — Tipos de avaliação existentes conforme Buchele

Análise Financeira	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vantagens:</b> focaliza claramente em índices vitais para a organização; de fácil aplicação; fornece informações que mais interessam o sistema financeiro;</li> <li>• <b>Desvantagens:</b> contempla o passado e não o futuro; letargia na apuração; revela mais os sintomas que suas causas; instabilidade de informações.</li> </ul>
Análise pelos departamentos principais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vantagens:</b> serve de check list para o avaliador; apresenta ideias que podem ajudar na melhoria das operações;</li> <li>• <b>Desvantagens:</b> as avaliações não integram os departamentos; difícil aplicação devido às especificidades das firmas; foco no presente, sem considerar o futuro.</li> </ul>
Análise dos processos administrativos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Vantagens:</b> verifica o desempenho de cada um dos processos: planejamento, entre os diferentes processos administrativos, controle, organização, assessoria e liderança;</li> <li>• <b>Desvantagens:</b> dificuldade de separação clara entre os diferentes processos e da organização como um todo.</li> </ul>

Fonte: adaptado de Hourneaux Junior, Ruiz e Corrêa (2005).

De acordo com o método, devido à complexidade da administração empresarial, por não ser integrado e não possuir instruções claras para sua implementação, uma simples análise mecanicista do desempenho organizacional não é suficiente, o que explica as barreiras para a obtenção de métodos de avaliação de desempenho satisfatórios (CEZARINO *et al.*, 2014).

Outra metodologia elaborada por Buchele (1971) foi o método de avaliação direta, partindo da premissa de que o desempenho da empresa deve ser analisado tanto pelas habilidades em otimizar os processos internos existentes, como, em seus programas, para a prevenção de ameaças e oportunidades. Para isto, deve-se realizar quatro análises, como pode ser visto no Quadro 12.

Quadro 12 — Avaliação de Direita conforme Brucele

Análises	Verificações a serem tomadas
Análise da força competitiva	Planos e objetivos, produtos e serviços e capacidade de desenvolvimento de produtos e serviços.
Análise dos departamentos principais	Extensão do desenvolvimento dos departamentos, registro do desempenho e características da administração.
Análise financeira	Tendências da situação geral, posição atual, aproveitamento das informações, estrutura do capital e valor da empresa.
Análise da administração de cúpula	Identificação e registro da administração de cúpula, tendências da capacidade da administração de cúpula e sucessão administrativa.

Fonte: adaptado de Fevorini (2010).

### 2.5.5 Modelo de Avaliação de Desempenho Organizacional (MADE-O)

A metodologia foi desenvolvida por Hamilton Luiz Corrêa em 1986 na sua tese de Doutorado, realizada na FEA — USP, que posteriormente foi intitulada de MADE-O. “O modelo desenvolvido aplica conceitos de avaliação de desempenho global de organizações, podendo ser aplicado para qualquer tipo de organização” (ALVES, 2015, p. 27). Santos *et al.* (2011) reafirmam que o modelo MADE-O, mesmo com seu propósito inicial de ser um modelo para empresas estatais, também é passível de ser aplicado a outros tipos empresariais, como as organizações privadas.

Segundo Hourneaux Junior (2005), o modelo é formulado sob uma sequência e sugere os seguintes módulos para a avaliação de desempenho:

- a) descrição da empresa;
- b) definição do módulo;
- c) formulação de indicadores;
- d) definição de padrões;
- e) avaliação e feedback;
- f) verificação das causas de desempenho.

A avaliação do desempenho organizacional seria mensurada por meio de pontuação do módulo em análise. Ao final, seria obtida a pontuação alcançada pela organização (vide Quadro 13).

Quadro 13 — Módulos, objetivos e pontos avaliados por MADE-O

<b>Módulo</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Pontuação</b>
Econômico-financeiro	Mensura o desempenho financeiro	150
Operacional	Mensura a produtividade da empresa	150
Satisfação dos usuários/clientes	Avalia o desempenho dos recursos humanos	150
Recursos humanos	Mensura o nível de satisfação dos usuários ou clientes	100
Adaptação/ambiente	Mensura a capacidade da empresa de se adaptar ao ambiente presente e futuro	80
Avaliação técnica	Mensura o nível de qualidade dos equipamentos, máquinas e tecnologia da empresa	80
Clima organizacional	Mensura a qualidade da interação entre as pessoas e setores e as consequências geradas por essas interações	80
Benefícios sociais	Mensura os benefícios gerados pelas empresas	80
Potencialidade gerencial	Mensura a capacidade e potencialidade dos gerentes da organização	50
<b>TOTAL</b>		<b>1000</b>

Fonte: adaptado de Corrêa (1986).

A metodologia de pontuação usada pelo método MADE-O é semelhante à usada no método de Martindell, como é possível observar no Quadro 11. Através dos valores obtidos com o somatório dos pontos de cada item, obtém-se um *score*, e, através dele, ocorre a avaliação de desempenho.

Corrêa (2011) conjectura que o sistema de medição de desempenho deve ser capaz de responder seis perguntas (vide Quadro 14).

Quadro 14 — Perguntas respondidas com o MADE-O

<b>Perguntas</b>	<b>Definições</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Definições</b>
Para quê?	Quanto ao propósito da avaliação de desempenho, se servirá ao gerenciamento ou ao controle.	Como?	Das fases de implantação.
Para quem?	Os interessados na avaliação de desempenho, se são os gerentes, os <i>controllers</i> ou os sócios.	Quem?	Quem implementará o modelo de avaliação (se empregados da própria empresa ou consultores externos).
O quê?	Quais dimensões e variáveis serão avaliadas.	Quando?	Momento em que a avaliação de desempenho será implementada e com que periodicidade ela deve ser feita.

Fonte: adaptado de Corrêa (1986).

Vale ressaltar que o autor é o primeiro a considerar essas cinco características em conjunto, que são a base para um melhor entendimento das vantagens do modelo de avaliação de desempenho organizacional (MUNARETTO, 2013).

#### 2.5.6 *Performance Measurement Questionnaire* (PMQ)

*Performance Measurement Questionnaire* (PMQ) foi desenvolvido por Dixon, Nanni e Vollmann na década de 1990 nos Estados Unidos. O questionário tem como objetivo criar uma dinâmica de análise com capacidade de alterar continuamente as métricas de desempenho, com base em mudanças no ambiente, estratégias e táticas. Esse modelo avalia as relações entre os sistemas de desempenho e as percepções dos membros da organização sobre os principais fatores de sucesso (DIXON; NANNI; VOLLMANN, 1990).

Nesse cenário, tem-se o desenvolvimento de um questionário focado na validação da efetividade do sistema de desempenho, associado à análise das prioridades competitivas do mercado. Esse questionário é utilizado como ferramenta complementar para verificar os indicadores de desempenho e sua consistência em relação aos objetivos estratégicos da organização por meio da percepção dos colaboradores da empresa (ALVES, 2015; AYRES *et al.*, 2015).

O PMQ, basicamente, é composto por quatro partes principais. “O restante do PMQ é baseado nas percepções individuais de quais ações são importantes para melhorar a eficácia competitiva da empresa e até que ponto os sistemas de medição existente suportam ou impedem o alcance dessas ações” (ESPOSTO, 2003, p.50).

As quatro partes principais são:

- a) coleta de dados dos colaboradores, suas áreas e funções (visa à relação entre os níveis gerenciais e áreas funcionais);
- b) uma parte que focaliza as prioridades competitivas e o sistema de medição de desempenho para a sobrevivência da empresa;
- c) uma seção que focaliza os fatores de desempenho;
- d) uma parte com foco na autoavaliação de desempenho do colaborador.

### 2.5.7 Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique (SMART)

O *Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique* — Análise de Medição Estratégica e Técnica de Relatório (SMART) foi criado por Cross e Lynch no final da década de 1980. É um modelo de SMD baseado na “Performance Pyramid”, uma estrutura desenvolvida com foco na performance tanto do ponto de vista interno quanto externo (CROSS; LYNCH, 1988). Apresenta ainda medições de todo o conjunto de setores, desde os departamentos até os centros de trabalho, refletindo a visão e os objetivos corporativos como um todo (MARÇAL, 2008).

“É o primeiro modelo a tentar solucionar os problemas do uso excessivo de medidas de desempenho financeiras”. Utiliza a “Performance Pyramid” (FERRAZ, 2003, p. 20), conforme Figura 13, como um meio para traduzir a visão corporativa em objetivos financeiros e de mercado para as estações de trabalho.

Figura 13 — “Performance Pyramid”



Fonte: adaptado de Cross e Lynch (1988).

Cross e Lynch (1988) afirmam que os objetivos estratégicos seguem no sentido de cima para baixo (com base nas prioridades do cliente) em dois níveis:

- a) nível superior, uma visão para o negócio é articulada por empresas de alta administração. Essa visão forma a base da estratégia corporativa. A gerência pode então atribuir uma função de portfólio corporativo a cada unidade de negócios (fluxo de caixa, crescimento, inovação etc.) e alocar recursos para apoiá-las;
- b) segundo nível, os objetivos de cada unidade de negócios são definidos em termos de mercado financeiro. As estratégias para atender a esses objetivos são, então, delineadas. A maioria das unidades de negócios define o sucesso em termos de:
  - alcançar metas de curto prazo de níveis específicos de fluxo de caixa positivo e lucratividade;
  - atingir as metas de longo prazo de crescimento e penetração no mercado.

Utilizando a "pirâmide de desempenho", a organização adota uma visão de fornecer aos clientes soluções de alta qualidade. Depois que a organização faz melhorias significativas nas medidas de atendimento ao cliente, seu foco está na produtividade, ou seja, atender aos requisitos do cliente de forma mais eficaz do que os concorrentes. Cada departamento apoia os objetivos e as metas com medidas específicas que visam à melhoria da qualidade e à redução do tempo de ciclo, reduzindo o desperdício (FERRAZ, 2003).

#### 2.5.8 *Balanced Scorecard*

O *Balanced Scorecard* (BSC) foi criado em 1992 pelos professores da *Harvard Business School*, os consultores Robert Kaplan e David Norton, e foi resultado de um ano de estudo, realizado em 12 (doze) empresas líderes de medição de desempenho, por meio de um projeto denominado *Measuring Performance in the Organization of the future* (Avaliando o Desempenho das Organizações do Futuro) (KAPLAN; NORTON, 1992).

O BSC é um método de medição de gestão do desempenho com base em um conjunto de indicadores, que proporciona aos gestores uma visão rápida e abrangente de toda a empresa. As etapas do método incluem: definição da estratégia de negócios, gestão de negócios, do serviço e da qualidade, tendo sua implementação realizada através de indicadores de desempenho (KAPLAN; NORTON, 2004).

Dinesh e Palmer (1998) apontam as semelhanças existentes entre o BSC e a metodologia da Administração por Objetivos (APO). O primeiro é um sistema de gestão baseado na congruência de metas, cujo objetivo seria a melhoria do desempenho organizacional. Já o segundo é um conceito derivado do pensamento introduzido por Peter Drucker em meados da

década de 1950, em que as tomadas de decisões seriam norteadas pelos objetivos e resultados na busca por eficiência dos resultados organizacionais. “Mais do que um simples sistema de avaliação, o BSC é um sistema de gestão estratégica, que objetiva proporcionar o alcance de resultados a curto, médio e longo prazos, integrando as perspectivas mais relevantes da organização" (ROLIM, H.; ROLIM, F., 2013, p. 12). Além disso, tem como foco o alinhamento da organização, dos indivíduos e das iniciativas interdepartamentais, de sorte a propiciar a identificação de novos processos para o cumprimento da missão da instituição

Na definição dos indicadores de desempenho, relacionados aos objetivos estratégicos, tenta-se determinar indicadores de tendência, para evidenciar se o caminho escolhido está levando à realização dos objetivos traçados. Para cada indicador de desempenho, pelo menos um indicador de tendência deve ser monitorado de acordo com os princípios de causa e efeito que regem o BSC (ROLIM, H.; ROLIM, F., 2013).

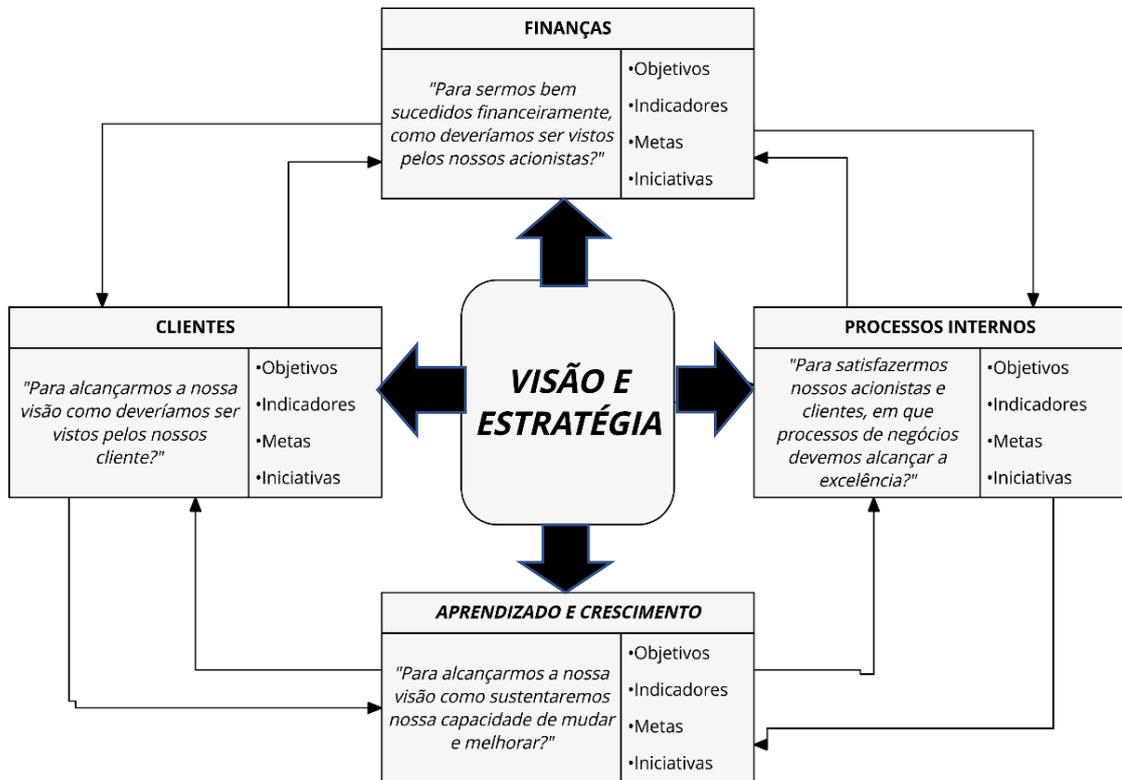
Kaplan e Norton (1997) afirmam que o BSC apresenta quatro perspectivas diferentes (ilustradas na Figura 8) que buscam “equilibrar os objetivos de curto e longo prazos, juntamente com os resultados desejados e os vetores de desempenho desses resultados, as medidas concretas e as medidas subjetivas mais imprecisas” (KAPLAN; NORTON, 1997, p. 26), conforme sintetizado no Quadro 15.

Quadro 15 — Perspectivas e objetivos do BSC

<b>Perspectivas</b>	<b>Objetivos</b>
Aprendizado e crescimento	Prioridades para criar uma atmosfera que dê apoio ao crescimento, à inovação e às mudanças organizacionais.
Cliente	Estratégia para criação de valor e diferenciação pela perspectiva do cliente.
Financeira	Estratégia para crescimento, lucro e risco percebido pela perspectiva dos acionistas.
Processos de negócios internos	Prioridades estratégicas para vários processos de negócios que levam à satisfação do cliente e do acionista.

Fonte: extraído de Debusk, Brown e Killough (2003, p. 217).

Figura 14 — As quatro perspectivas que compõem o BSC



Fonte: extraído de Kaplan e Norton (1997, p. 10).

A descrição detalhada do BSC inclui escolhas com base nas seguintes definições: visão, missão e estratégia da organização, lista de objetivos estratégicos, indicadores de desempenho, metas, iniciativas para superação e alcance destas (MIRANDA, 2005).

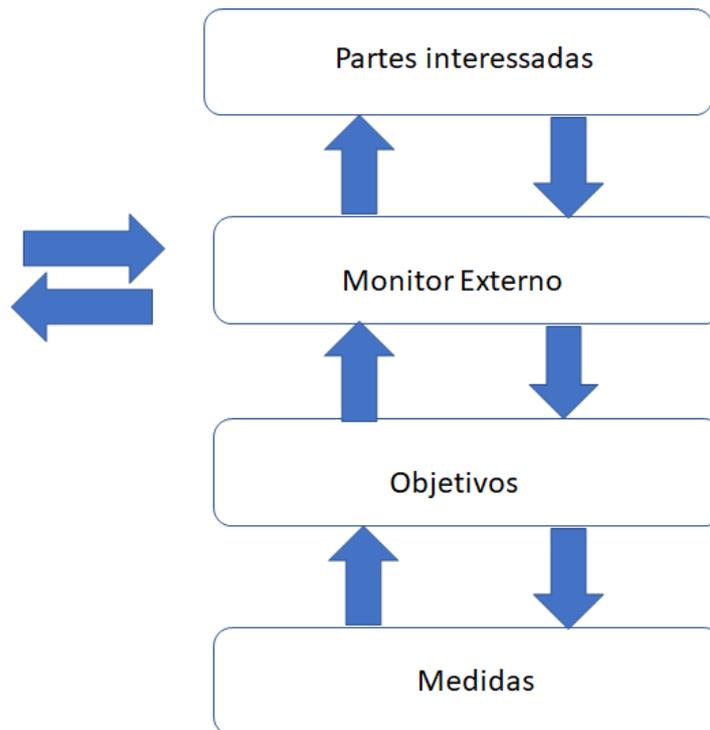
Outra contribuição que o BSC traz para a teoria da gestão empresarial é o conceito de mapa estratégico, que revela a relação causal dos indicadores estratégicos, possibilitando às empresas refletir sobre seus modelos de negócios e estratégias de feedback (CEZARINO *et al.*, 2014).

### 2.5.9 Modelo IPMS

O modelo de avaliação de desempenho *Integrated Performance Measurement System* (IPMS) foi desenvolvido em 1997 no Reino Unido por Bititci, Carrie e McDevitt. Esse modelo é baseado no desdobramento dos objetivos de forma consciente, com a hierarquia, e coesa, com as unidades de negócio (PEREIRA JUNIOR; D'AVILA; PEREIRA, 2018). Já Irhamni, Khotimah e Rahmawati (2017) definem o IPMS como um método de medição de desempenho

que descreve o sistema de forma precisa, integrada, eficaz e eficiente para ser usado como um sistema de suporte à decisão. Os quatro níveis de negócios no IPMS estão detalhados na Figura 15.

Figura 15 — A divisão de níveis de negócios da organização



Fonte: Irhamni, Khotimah e Rahmawati (2017, p. 321).

No IPMS, a organização empresarial deve ser dividida em vários níveis. Já os níveis de negócio do IPMS se dividem em quatro:

- a) negócios;
- b) unidades de negócios;
- c) processos de negócios;
- d) atividades.

Garengo, Biazzo, Bititci (2005) postulam que a maioria das métricas usadas para a avaliação de desempenhos são criadas para atender às necessidades das grandes empresas, mesmo que, se trabalhados corretamente, possam “atender às necessidades das pequenas e médias empresas” (MULLER, 2003, p. 141). O estudo proposto por Bortoluzzi *et al.* (2010) argumenta que o ISMP atende parcialmente ao aspecto de alinhamento estratégico, à clareza e à simplicidade, e não atende aos aspectos de desenvolvimento da estratégia e à adaptabilidade

dinâmica, ou seja, não se adapta rapidamente aos novos contextos internos e externos, e não busca relacionar a causa e os efeitos dos objetivos. Sendo assim, não busca entender o relacionamento entre os objetivos operacionais e os estratégicos.

Portanto, para que o IPMS funcione em uma empresa, os processos que executa devem estar em conformidade com os objetivos estratégicos e organizacionais. Dessa forma, o IPMS consegue integrar várias áreas de negócios e desdobrar os objetivos de negócios por toda a hierarquia da organização (PEREIRA JUNIOR; D'AVILA; PEREIRA, 2018).

#### 2.5.10 *Skandia Navigator*

Edvinsson e Malone (1998) afirmam que o *Skandia Navigator* Capital Intelectual (CI) foi criado pela companhia de seguros e serviços financeiros sueca Skandia no ano de 1990 pelo diretor de capital intelectual da empresa, Leif Edvinsson. O cerne do modelo baseia-se na ideia de que o verdadeiro valor do desempenho de uma empresa está em sua capacidade de criar valor sustentável por meio da adoção da visão de negócios e da estratégia resultante. A partir dessa estratégia, certos fatores de sucesso que devem ser maximizados podem ser determinados. Ainda de acordo com Edvinsson e Malone (1998, p. 15), “esses fatores de sucesso poderiam, por sua vez, ser agrupados em quatro áreas distintas de foco:”

- a) cliente;
- b) financeiro;
- c) processo;
- d) renovação;
- e) humana (presente em todas as áreas).

Yokomizo (2009, p. 36) afirma que a “Skandia foi a primeira organização a emitir um relatório público sobre capital intelectual, denominado de *Visualizing Intellectual Capital*”. O modelo Skandia é desenvolvido considerando as características da empresa, que possui muitos intangíveis representados pelo excesso de mão de obra, denominado pelo modelo de capital do conhecimento (Capital Intelectual). O navegador Skandia, por definição da visão e sua estratégia de negócios, busca maximizar os fatores-chave de sucesso, que podem ser divididos em cinco áreas principais. A Figura 16 demonstra o modelo do navegador Skandia, contemplando as principais áreas (perspectiva Skandia) (EDVINSSON; MALONE, 1998):

Figura 16 — Modelo navegador Skandia



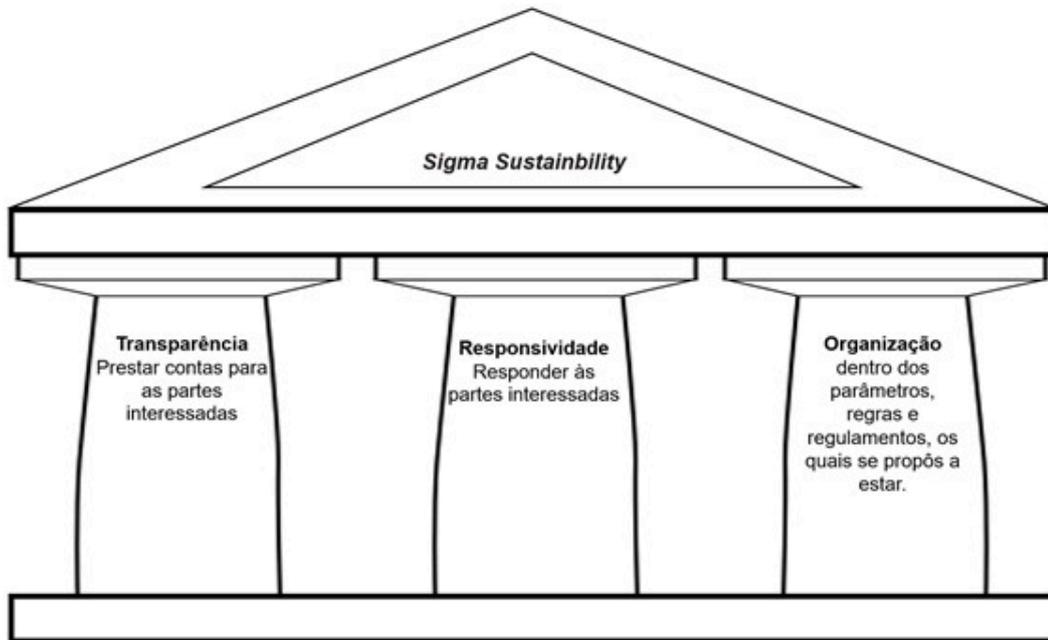
Fonte: Edvinsson e Malone (1998).

O maior diferencial da Skandia é que ele é baseado no desenvolvimento das pessoas da organização. O capital intelectual é altamente valorizado e se tornou o centro do modelo. Em uma empresa em que o indivíduo se desenvolve em capacidade ou vantagem competitiva indispensável, o modelo deve ser o mais adequado ou, pelo menos, adaptável. Embora outros também busquem o desenvolvimento pessoal (por exemplo, o *balanced scorecard* e o modelo de Corrêa), nenhum deles toma o desenvolvimento do capital intelectual como foco central do conceito do modelo (LUGOBONI, 2010).

#### 2.5.11 *Sigma Sustainability*

Originado na Grã-Bretanha, em 1999, com o apoio de três parceiros: *British Standards Institution* (órgão britânico), *Forum for the future* (organização britânica que promove a educação no desenvolvimento sustentável) e *Accountability* (instituto sem fins lucrativos dedicado ao desenvolvimento sustentável) (SIGMA PROJECT, 2003), consiste em um conjunto de diretrizes e instrumentos que avalia a capacidade da organização em termos de desempenho das atividades conforme Figura 17.

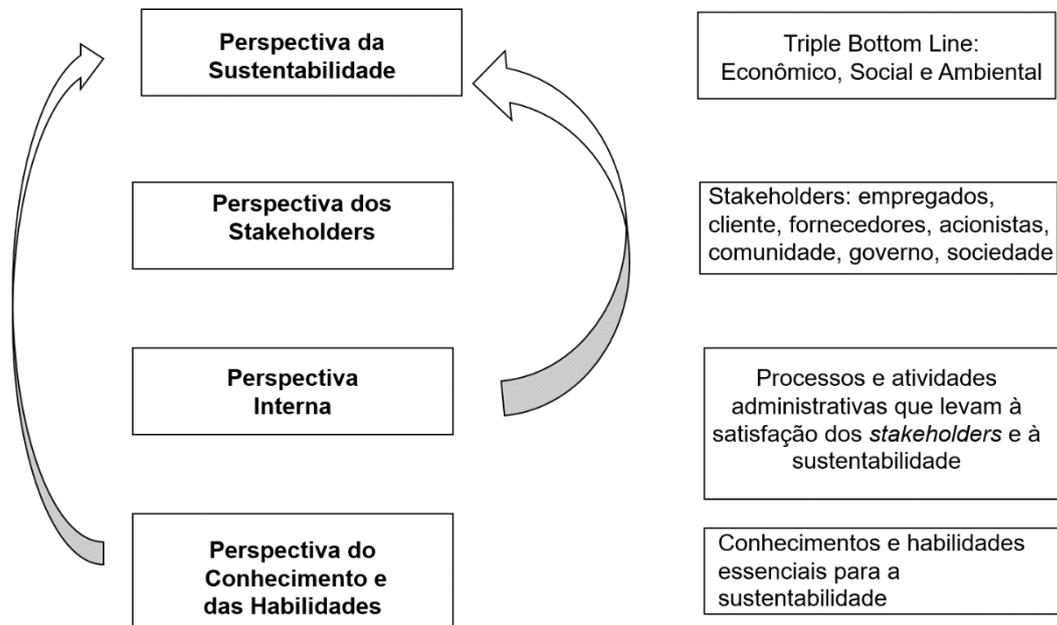
Figura 17 — Pilares bases para a o Sistema *Sigma Sustainability*



Fonte: adaptado de *Sigma Project* (2003).

Devido à sua estrutura, o Sistema *Sigma* é chamado de *Triple bottom line* — tripé da sustentabilidade ou triplo resultado —, mas é mais comum de ser chamado de “3Ps” — *People, Planet and Profit* – em referência aos resultados de uma empresa medindo questões sociais, ambientais e econômicas (SANT’ANNA, 2013).

Esse modelo apresenta duas grandes mudanças em relação aos tradicionais “*scorecards*”, como, por exemplo, o BSC. A primeira é buscar métodos sustentáveis em vez de métodos financeiros. Já a segunda busca a atenção dos *stakeholders*, ao invés dos clientes (SIGMA PROJECT, 2003). A Figura 18 a seguir apresenta o *Sigma Sustainability Scorecard*.

Figura 18 — O *Sigma Sustainability Scorecard*

Fonte: Sigma Project (2003).

Assim como o BSC, o *Sigma Sustainability Scorecard* também é composto por quatro perspectivas básicas de avaliação de desempenho, conforme Hourneaux Junior (2005):

- a) perspectiva da sustentabilidade: “como nós entendemos o sucesso desta organização em termos de desenvolvimento sustentável e objetivo de sustentabilidade? Que indicadores de desempenho sociais, econômicos e ambientais são relevantes, de acordo com a missão, a visão e os valores da organização?” (HOURNEAUX JUNIOR, 2005, p. 63):
- b) perspectiva do *stakeholder* externo: “quanto deve a organização se comprometer com, e ser responsável por, seus *stakeholders* a fim de alcançar sua contribuição para um desenvolvimento sustentável?” (HOURNEAUX JUNIOR, 2005, p. 63):
- c) perspectiva do *stakeholder* interno: “como devem ser realizadas as atividades da administração e os processos da organização a fim de satisfazer seus *stakeholders* e alcançar sua contribuição para um desenvolvimento sustentável?” (HOURNEAUX JUNIOR, 2005, p. 63):
- d) perspectiva do conhecimento e habilidade: “como a organização aprende, inova e melhora com o objetivo de obter excelência em suas atividades e processos administrativos para alcançar suas contribuições para o desenvolvimento sustentável?” (HOURNEAUX JUNIOR, 2005, p. 63).

Sant'Anna (2013) considera que o conceito definido pelo triplo resultado expressa o fato de que as empresas devem ser avaliadas com base em:

- a) desempenho financeiro, tendo como principal indicador o lucro;
- b) desempenho ambiental, cujos indicadores variam em função do ramo de atividade, mas que geralmente perpassam a questão da proteção ambiental;
- c) desempenho social, cujos indicadores utilizados são aqueles relacionados à forma de atuação da organização como agente de melhoria da vida de algum grupo de pessoas.

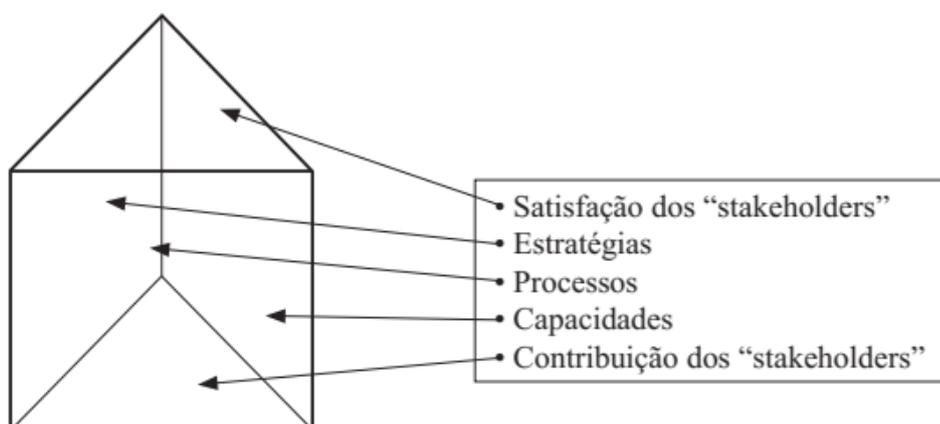
É importante ressaltar que, para Crawford (2012), a implantação do *Sigma* não deve ser realizada de forma isolada, e sim juntamente a outras ferramentas a fim de se garantir o êxito do sistema.

#### 2.5.12 *Performance Prism* (PRISM)

O *Performance Prism* (Prisma de Performance) foi desenvolvido na Inglaterra em 2001 por Andy Neely da Universidade de Cranfield, como pesquisador principal, e Chris Adams da Accenture (REAME JUNIOR; REAME, 2007).

Neely, Adams e Kennerley (2002) fazem uso da metáfora do prisma e como ele reflete a luz branca em diversas cores, representando algo complexo, escondido, que, à primeira vista, parecia simples. Partindo dessa metáfora, o trabalho teoriza como o modelo de avaliação de desempenho está apoiado em cinco perspectivas, que, metaforicamente, representam cada um dos lados do prisma, conforme mostra a Figura 19.

Figura 19 — Representação do *Performance Prism*



Fonte: Neely, Adams e Kennerley (2002, p. 3).

As perspectivas representadas no prisma são: a satisfação dos *stakeholder* (agentes reguladores, clientes, comunidade, empregados, fornecedores, intermediários, investidores); as estratégias; os processos; as capacidades e, por fim, as contribuições dos *stakeholders* (NEELY; ADAMS; CROWE, 2001).

Essas cinco perspectivas distintas, mas interligadas, são a base da estrutura do prisma de desempenho (vide Figura 19). Essencialmente, o prisma identifica cinco questões para as organizações abordarem ao definir um conjunto de métricas para desempenho.

Quadro 16 — Questões usadas no método prisma para definição de métricas de desempenho

Ponto analisados	Questões
Satisfação das partes interessadas	Quem são nossos principais interessados e o que eles querem e precisam?
Estratégias	Que estratégias devemos implementar para satisfazer os desejos e as necessidades dessas partes interessadas?
Processos	Quais processos críticos precisamos operar e melhorar?
Capacidades	De quais recursos precisamos para operar e aprimorar esses processos?
Contribuição das partes interessadas	Que contribuições exigimos de nossas partes interessadas se quisermos manter e desenvolver essas capacidades?

Fonte: adaptado de Kennerley e Neely (2002).

Por fim, Kennerley e Neely (2002) postulam que, ao ponderar a importância crescente de satisfazer os requisitos das partes interessadas, o prisma de desempenho reflete a importância cada vez mais importante de atender aos requisitos das partes interessadas e adota um método de avaliação de desempenho centrado nelas. Observa-se ainda que os indicadores de desempenho não pressupõem que todas as partes interessadas sejam igualmente importantes. Na verdade, é evidente que, em muitas organizações, os acionistas são considerados as partes interessadas mais importantes, mas outros grupos importantes, como clientes, funcionários e fornecedores, devem ser incluídos.

### 2.5.13 *Net Promoter Score* (NPS)

O *Net Promoter Score* (NPS) foi estabelecido no final de 2003 pelo diretor da Bain & Company, Fred Reichheld. O norte-americano publicou um artigo na "*Harvard Business Review*" intitulado "*The One Number You Need To Grow* (O número de que você precisa para

“crescer)” que, posteriormente, em 2006, acabou se tornando o livro *The ultimate question* (A pergunta definitiva). O *Net Promoter Score* é uma métrica desenvolvida para medir a satisfação e/ou fidelidade do cliente, além de mensurar a lealdade do relacionamento entre o consumidor e a empresa (RUFINO; CIRIBELI, 2019).

Reichheld e Markey (2012) classificam (Figura 20) três grupos de clientes existentes no NPS:

- a) promotores – são aqueles entusiastas que continuam comprando de uma instituição e insistem para que os amigos façam o mesmo. São os que deram notas 9 e 10 na escala proposta;
- b) neutros – são os satisfeitos, mas pouco entusiasmados, e que podem migrar para o concorrente. São os que deram notas 7 e 8 na escala proposta;
- c) detratores – são aqueles que estão infelizes com o produto ou serviço e se encontram presos a uma relação ruim. São os que deram notas iguais ou menores que 6 na escala proposta. Essa relação ruim muitas vezes é mantida ou sustentada através de diversas formas:
  - obrigatoriedade de usar o produto ou serviço pelo fato de não poder adquirir outro no momento;
  - por questões contratuais, está preso a eles, por exemplo, unidades próprias pertencentes aos planos de saúde que atendem a seus assegurados.

Figura 20 — Grupos existentes no NPS



Fonte: adaptado de Bain & Company (2021).

Para calcular o NPS, deve ser realizado o cálculo do percentual de clientes promotores (P) e subtraí-lo do percentual de clientes detratores (D) (REICHHELD; MARKEY, 2012; MIZUTANI, 2016), obtendo a seguinte equação:

$$\% \text{ NPS} = \% \text{ P} - \% \text{ D}$$

A escala adotada deve fazer sentido tanto para os clientes que estão a usando para responder ao questionário quanto para os funcionários da empresa que vão utilizá-la, para categorizar os clientes, interpretar suas respostas e agir para melhorar os resultados coletados. O ideal é que tanto a escala quanto a categorização dela decorrente sejam de fácil entendimento até mesmo para os investidores, jornalistas e órgãos regulatórios (MIZUTANI, 2016).

Tinoco e Ribeiro (2014) argumentam que, por ser um fator importante na tomada de decisões estratégicas de organizações públicas, nas empresas privadas, a satisfação do cliente tem atraído a atenção dos empresários, pois passou a ser considerada um dos principais determinantes das intenções do consumidor no futuro.

É válido salientar autores como Fisher e Kordupleski (2019), os quais postulam que o NPS não deve ser usado de maneira isolada como ferramenta de desempenho devido às limitações que apresenta:

- a) não fornece dados sobre o que fazer para melhorar;
- b) se concentra apenas em manter clientes, não em conquistar novos;
- c) não existe cliente “passivo”;
- d) não fornece dados competitivos;
- e) tem foco interno, não foco externo.

Já Rufino e Ciribeli (2019), em seu trabalho, consideram como fatores limitantes do uso do NPS:

- a) o anonimato das respostas, que impossibilita a empresa a adotar uma ação apropriada junto ao cliente,
- b) a falta de estratificação das questões dissertativas, impossibilitando a segmentação das respostas de acordo com os grupos de promotores, neutros e detratores.

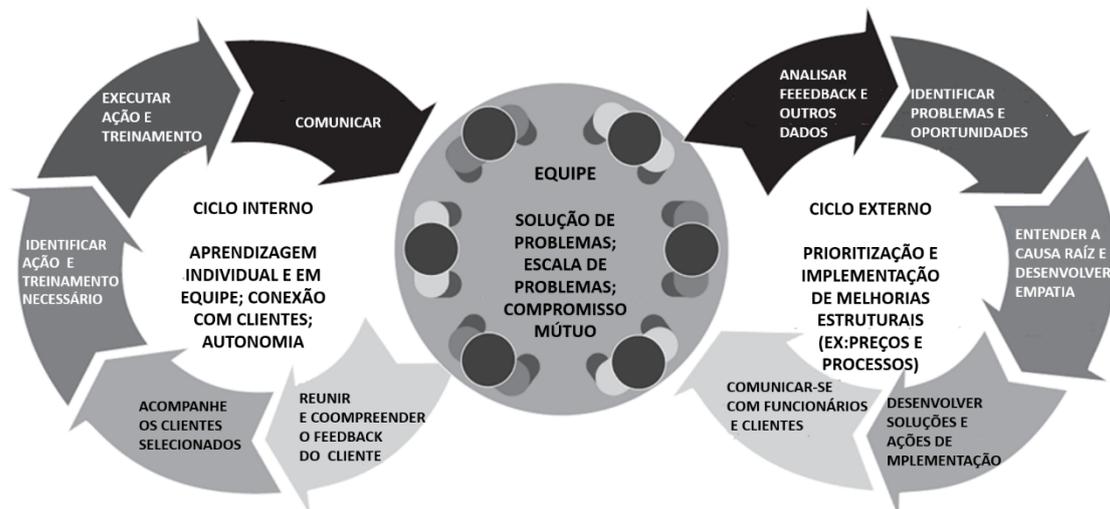
### 2.5.14 Net Promoter Score (NPS 2.0)

Contreras (2018) afirma que o *Net Promoter System* foi chamado anteriormente de *Net Promoter Score*, na obra *The Ultimate Question 2.0*, publicada em 2011, na qual Reichheld e Markey (2012) trazem relatos do uso do NPS e como a ferramenta foi importante no ganho de desempenho após a implantação do sistema em corporações, como *Facebook*, *Apple*, entre outras.

Outrora, o NPS atendida a perguntas do tipo: “você indicaria essa unidade de saúde?”. Nessa reformulação, além de mensurar a satisfação ou insatisfação, ela passou a buscar como a empresa pode melhorar a experiência do cliente, conectando o feedback deste aos principais processos de decisão em toda a organização, criando ciclos fechados de aprendizagem e melhoria (RAJASEKARAN; DINESH, 2018).

Segundo Marley (2015), existem, basicamente, dois ciclos: um interno (interação como cliente) e outro externo (ações processuais frente ao *feedback*), como demonstrado na Figura 21:

Figura 21 — Ciclos do *Net Promoter System*



Fonte: adaptado de Marley (2015).

O NPS 2.0 já foi estudado na área de saúde no trabalho realizado por Duarte *et al.* (2012), demonstrando os benefícios do uso do NPS no recrutamento e na manutenção dos doadores de sangue em um banco de sangue. Nesse mesmo trabalho, os autores afirmam que, apesar do desenvolvimento da medicina, o sangue é um insumo insubstituível e, sem os

doadores, seria impossível que procedimentos médicos que necessitam de transfusão ocorressem.

A Satmetrix (2021), uma empresa que trata do envio e das análises de *feedback* dos clientes, ilustra o fluxo de processos na Figura 22 abaixo.

Figura 22 — Ciclos de processos



Fonte: adaptado de Satmetrix (2021).

Já Rajasekaran e Dinesh (2018) argumentam que, no momento em que algum *feedback* é registrado por um cliente, primeiro a equipe tenta resolver os problemas do detrator e recuperá-los, depois o objetivo é transformá-los em promotores que contam a outras pessoas sobre a transformação de sua experiência. Essa abordagem é chamada de mobilização de promotores. Para conduzir ações e otimizar a experiência do cliente, deve-se descobrir os motivos da insatisfação, o que impulsiona a fidelidade do cliente e por que os detratores estão insatisfeitos.

A nível de esferas superiores, Rajasekaran e Dinesh (2018) conjecturam a existência de dois níveis:

- a) níveis dos gerentes: com o recebimento do *feedback*, pode-se observar oportunidades e iniciativas para melhoria da experiência do cliente;
- b) nível superior: pode-se realizar investimentos estratégicos com base no *feedback*, comunicando as metas aos clientes e aos funcionários, além de comprovar, inclusive, as realizações dessas ações.

### **3 METODOLOGIA**

O presente estudo valeu-se de diversos métodos de coletas de dados, visando compor um estudo de casos múltiplos. A coleta de dados incluiu entrevistas com gestores, levantamento de dados documentais e aplicação de questionários aos funcionários-chave. Essas estratégias e seus protocolos de pesquisa estão detalhados a seguir.

#### **3.1 Seleção de sujeitos**

O processo de seleção das unidades assistenciais no segmento suplementar oncológico teve início com a elaboração de uma listagem retirada do site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Nesse site, foram selecionadas 44 unidades de assistência da RMRJ. Inicialmente, pretendia-se pesquisar todas as unidades selecionadas as que tivessem seu cadastro vinculado à prestação de serviços oncológicos (quimioterapia/radioterapia), eliminando as unidades assistenciais que não atenderam a esses requisitos. A razão de ser desse critério está relacionada ao fato de se pretender abordar os SMD existentes nessas unidades de saúde. No final, obteve-se uma listagem de cinco empresas. Todas elas foram contatadas por e-mail e telefone para averiguar a sua disponibilidade e o seu interesse.

#### **3.2 Delimitação dos sujeitos**

A metodologia de caráter exploratório é, portanto, embasada no estudo de múltiplos casos. Das unidades contatadas, apenas cinco unidades de saúde do segmento oncológico suplementar, localizadas na RMRJ, responderam positivamente ao chamamento realizado.

A amostragem dos casos aqui relatados foi feita de acordo com as respostas das unidades interessadas em participar da pesquisa, presumindo que estas pudessem, de alguma forma, representar o universo do segmento suplementar de oncologia.

O período de realização dos estudos nas instituições coincidiu com a pandemia da COVID-19. Com isso, não foi possível visitar o responsável ou o setor que gerencia/mede os indicadores dessas instituições, por questões sanitárias para atender às medidas de distanciamento social estabelecidas pelos órgãos governamentais para evitar a propagação da doença. Como a análise *in loco* não pôde ser realizada, esta pesquisa foi realizada com base nos

relatórios disponibilizados e nas transcrições das entrevistas com os representantes das instituições, que foram realizadas de maneira remota.

### **3.3 Sobre a condução do estudo de caso-piloto**

O objetivo inicial do caso-piloto foi a validação do questionário como instrumento de coleta de dados, conforme recomendações de Yin (2005). A sua realização foi essencial para verificação de eventuais dúvidas na compreensão das questões propostas. Caso fosse necessário, as questões poderiam sofrer alteração para que atingissem seu real objetivo. Com a realização desse estudo de caso-piloto, foi possível clarificar e detalhar mais as questões de investigação, bem como definir mais claramente que dados investigar e como os recolher.

#### **3.3.1 Pré-teste do instrumento de coleta de dados**

O pré-teste ou pesquisa preliminar buscou verificar a adequação do questionário. As funções do pré-teste também incluem encontrar perguntas que possam conter ambiguidades, solicitar informações de cunho pessoal, limitar o escopo de respostas e apresentar respostas alternativas insuficientes. Com isso, é possível aperfeiçoar as metodologias que devem ser seguidas (TOMASZEWSKI, 2007).

No presente estudo, o pré-teste foi realizado com um diretor. O participante foi entrevistado pelo pesquisador, e, logo que a entrevista foi concluída, o respondente foi questionado sobre possíveis dúvidas quanto às perguntas, inadequações, lacunas e outros comentários sobre o questionário. O instrumento de pesquisa foi ajustado e aplicado aos demais respondentes participantes da pesquisa.

### **3.4 Método de coleta de dados**

Vasconcelos (2014) conjectura que a combinação de métodos de quantitativo e qualitativo pode fornecer aos pesquisadores novas possibilidades analíticas, pois pode esclarecer os resultados de pesquisas, revelar as novas perspectivas, descobrir as contradições e expandir o escopo dessas pesquisas. Já Minayo, Assis e Souza (2005) definem a combinação de métodos como triangulação, mas não consideram somente métodos de pesquisa, e sim uma estratégia de pesquisa que combinaria dados, métodos, teorias e investigadores.

Gioia, Corley e Hamilton (2013) defendem que a pesquisa qualitativa deve fazer uso de várias fontes de dados (arquivos, observação de campo, documentação da mídia etc.), mas o cerne desses estudos é a entrevista semiestruturada para obtenção de relatos retrospectivos e em tempo real por aquelas pessoas que vivenciam o fenômeno do interesse teórico.

Segundo Yin (2005), o uso da triangulação favorece a validade da pesquisa, uma vez que faz uso de diferentes fontes de dados, gerando, assim, várias avaliações simultâneas do mesmo fenômeno. Logo, múltiplas fontes de dados são melhores que uma única fonte de evidência.

Para compreender melhor os diferentes aspectos de realidade das unidades, evitando-se, assim, os enviesamentos oriundos de uma metodologia única, o presente trabalho segue a triangulação metodológica pelo uso de métodos múltiplos, a fim de obter os dados mais completos e detalhados sobre o fenômeno (AZEVEDO *et. al.*, 2013).

Os cuidados envolvidos na preparação para se realizar um estudo de caso envolvem habilidades prévias do pesquisador, treinamento e preparação para o estudo de caso específico, desenvolvimento de um protocolo de estudo de caso e condução de um estudo de caso-piloto (YIN, 2005). Nesse sentido, detalha-se o protocolo de coleta de dados a seguir.

Os SMD encontrados na revisão da literatura formaram a base teórica que norteou a coleta e orientou a análise e a interpretação dos dados, uma vez que o uso recorrente de práticas de medição de performance apenas pode ser avaliado no decorrer do estudo do caso-piloto, seguindo-se as recomendações de Yin (2005).

### **3.5 Coleta de dados**

De forma resumida, apresentam-se as três estratégias de coletas de dados utilizadas:

- a) levantamento de dados documentais como relatório e planilha, extraídos do sistema de gerenciamento;
- b) elaboração de questionário para levantamento de dados;
- c) entrevistas semiestruturadas com cinco representantes das unidades assistenciais.

Como este estudo é exploratório e tem como objetivo principal identificar e descrever como é realizada a avaliação de desempenho em unidades oncológicas do segmento suplementar, os principais instrumentos de coleta de dados foram as entrevistas semiestruturadas com gestores e a aplicação de questionário estruturados (Apêndice C), composto por três blocos de questões com perguntas abertas e fechadas. O primeiro bloco de

questões é composto pelo perfil dos respondentes. O segundo é formado pelos itens referentes às informações relevantes da empresa e da sua estrutura organizacional. O último é constituído por questões referentes à verificação dos instrumentos de controle utilizados pela empresa.

Para a coleta e a análise dos dados, foi elaborado um roteiro de entrevista, que norteou a entrevista presencial/videoconferência realizada com gestores das cinco unidades que atenderam ao convite para participação da pesquisa. Todas as entrevistas foram gravadas com posterior transcrição na íntegra, conforme a metodologia proposta por Gioia, Corley, Hamilton (2013), de forma a assegurar o que os autores chamam de “rigor qualitativo”.

Nas entrevistas, foi usado o questionário semiestruturado (vide Quadro 17), previamente testado no caso-piloto. Outra fonte de pesquisa foi a consulta aos relatórios disponibilizados, que se referiam aos sistemas de medições de desempenhos aplicados nas unidades.

Por fim, os dados foram compilados e tabulados para descrever como as métricas dos sistemas de medição são realizadas nas unidades no segmento oncológico suplementar na RMRJ. Ou seja, buscou-se estabelecer uma relação entre o perfil e o sistema de gerenciamento dessas instituições. Além disso, procurou-se verificar a existência de algum novo indicador.

Quadro 17 — Estrutura do instrumento de coleta de dados

Seções	Grupo de variáveis	Tipo de Pergunta	Questão	Aspectos considerados	
I	Qualificadoras do respondente	Fechada	1 a 7	Idade, gênero, formação, cargo tempo de experiência, tempo na instituição e tempo no cargo	
II	Qualificadoras da instituição empresa	Fechada	1 a 13	Produtos e serviços, número de funcionários, composição da diretoria, faturamento anual, participação em rede, pertence a operadora de plano de saúde, pertence a unidades hospitalar, possui acreditação, tipo de cliente, possui parceria com o SUS, da estrutura hierárquica, números de unidades, estrutura física	
			Aberta	14	Sistemas de desempenho em uso
				15	Tempo de utilização do método
	16	Mudanças ocorridas nos últimos anos			
	Avaliação do sistema	Aberta	17	Como o sistema é acompanhado	
			18	Periodicidade de revisão	
19			Função e nível de autonomia do respondente		

Quadro 17 — Estrutura do instrumento de coleta de dados

Seções	Grupo de variáveis	Tipo de Pergunta	Questão	Aspectos considerados
III	Sistemas existentes	Fechada	1	BSC ( <i>Balanced Scorecard</i> )
		Aberta	A	Importância
			B	Controle
			C	Vantagens e Desvantagens
		Fechada	2	<i>Net Promoter Score (NPS)</i>
		Aberta	A	Importância
			B	Controle
			C	Benefícios
		Fechada	3	Administração de Qualidade Total ( <i>Total Quality Management</i> )
		Aberta	A	Importância
			B	Controle
			C	Momentos de uso
		Aberta	6 a 8	Ferramentas não citadas, formas de avaliação, falta algum indicador no segmento

Fonte: elaboração própria (2021).

Para responder às questões de pesquisa, foram adotadas estratégias metodológicas demonstradas na

Figura 23, sendo que os objetivos específicos da pesquisa estão relacionados respectivamente às estratégias metodológicas de coleta e análise de dados.

A seguir os objetivos específicos do trabalho são expostos novamente, visando-se à clareza do diagrama metodológico:

- a) compreender o setor de saúde suplementar nacional, especificamente as empresas relativas ao segmento oncológico, de modo a detalhar sua estrutura de funcionamento;
- b) examinar os sistemas de avaliação de qualidade do setor suplementar oncológico por meio dos indicadores de desempenho;
- c) analisar e comparar os principais sistemas existentes no setor;
- d) descrever, sob a perspectiva dos gestores de uma organização de saúde suplementar, as vantagens, as desvantagens e as possibilidades de uso dos indicadores de desempenho já utilizados no setor e dos que poderão ser utilizados;
- e) propor, a partir dos resultados obtidos, uma metodologia básica para construção de novos indicadores para o segmento oncológico do setor de saúde suplementar nacional.

Figura 23 — Diagrama metodológico



Fonte: elaboração própria (2021).

### 3.6 Análise dos dados

Um aspecto importante da pesquisa qualitativa é o uso combinado de múltiplas técnicas de coleta de dados, o que traz maior consistência e amplitude à pesquisa, e se aplica aos métodos de estudo de caso, que devem ser baseados em múltiplas fontes de evidências (YIN, 2005). Para obter conclusões e análises irrefutáveis, além de eliminar possíveis explicações alternativas, é necessário definir uma estratégia analítica com antecedência. Yin (2005) apresenta dois tipos de estratégias gerais para a análise dos dados:

- basear-se nas proposições teóricas: essa é a abordagem mais comum, na qual se busca verificar se os dados obtidos confirmam, ou não, as proposições teóricas definidas no início do estudo;
- desenvolver uma descrição do caso: essa abordagem é mais adequada nos estudos de caráter descritivo, ou quando não há uma proposição teórica inicial. Com o objetivo de preparação da coleta de dados, é importante que se tenha um protocolo para o estudo de

caso, principalmente quando se trata de um estudo de casos múltiplos. Yin (2005) esclarece que o protocolo contém o instrumento, os procedimentos e as regras gerais que devem ser seguidas ao se utilizar o instrumento.

### 3.7 Análise das entrevistas

As entrevistas foram analisadas conforme o protocolo proposto por Bardin (2016), sendo organizadas em três fases:

Quadro 18 — Protocolo de entrevista

<b>Fases</b>	<b>Objetivos</b>
Pré-análise	Transformar a ideia preliminar do plano de análise em um plano preciso para o desenvolvimento das operações
Exploração do material	Tabular e identificar
Tratamento dos resultados, inferência e interpretação	A interpretação dos resultados obtidos

Fonte: adaptado de Bardin (2016).

Para a realização da fase de pré-análise, foi realizada a transcrição integral das entrevistas, como sugerido por Gioia, Corley, Hamilton (2013). Essa seria uma forma de assegurar “rigor qualitativo” das entrevistas realizadas. Nesse processo de organização, foram realizadas quatro subetapas:

Quadro 19 — Etapas de organização das entrevistas proposta por Bardin

<b>Subetapas</b>	<b>Procedimentos adotados</b>
Primeira leitura (ou leitura flutuante).	Primeiro contato com as transcrições das entrevistas.
Escolha dos documentos (ou trechos deles)	Realizando-se uma demarcação do que seria analisado.
Referenciação dos índices e elaboração de indicadores.	Recorte de passagens nos textos analisados.

Fonte: adaptado de Bardin (2016).

Na fase da pesquisa, foi realizada a exploração do material (relatórios, base de dados) fornecidos pelas unidades assistenciais. Segundo Bardin (2016), a análise do material é uma etapa vital para o entendimento do tema estudado. Na última etapa, ocorreu o tratamento dos

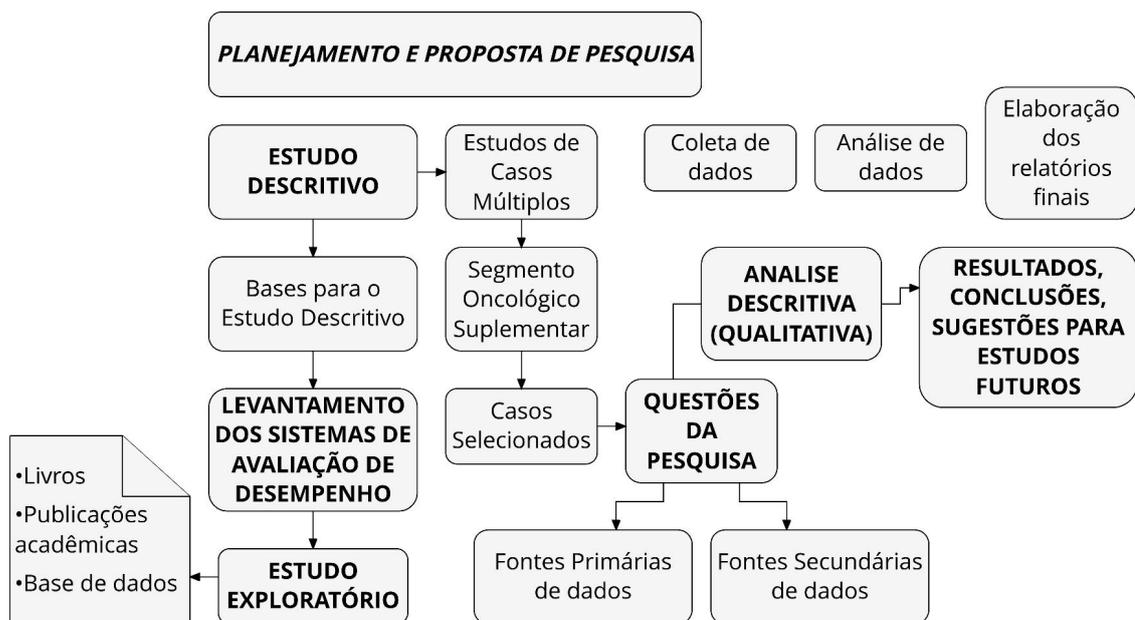
resultados e a interpretação destes, por meio de uma análise reflexiva e crítica dos relatos das entrevistas que foram realizadas (BARDIN, 2016).

Para que a pergunta de pesquisa 2: “existe (ou não) a possibilidade da criação de um novo indicador de desempenho para esse campo?” fosse respondida, as entrevistas transcritas foram analisadas com *software* NVIVO11® para que, através de uma nuvem de palavras, fosse possível analisar as palavras que tivessem a maior frequência e, assim, sugerir um indicador que atendesse às possíveis demandas das unidades aqui estudadas.

### 3.8 Roteiro de pesquisa

A pesquisa aqui realizada propõe um modelo conceitual representado graficamente. A Figura 24 demonstra o desenvolvimento da pesquisa, desde o planejamento até os relatórios finais na busca de listar quais os postos-chave sobre os métodos de avaliação de desempenho. Em seguida, por meio de entrevista com o gestor responsável pelos indicadores, buscou-se compreender a opinião dos responsáveis a respeito dos métodos citados.

Figura 24 — Roteiro de Pesquisa



Fonte: elaboração própria (2021).

## 4 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados e discutidos os resultados obtidos após a realização da coleta de dados, descrita na seção de metodologia.

### 4.1 Seleção dos casos

Por este trabalho estudar a avaliação de desempenho organizacional em unidades de oncologia e saúde, a pesquisa seguiu os procedimentos éticos, valendo-se da utilização dos processos necessários a uma pesquisa com seres humanos de acordo com a autorização dos Comitês de Ética em Pesquisa (CEP). No caso da presente dissertação só houve contato com os respondentes da pesquisa quando as entrevistas semiestruturadas e aplicação do questionário foram realizadas de forma presencial (com a instituição A). Ademais, para participar da pesquisa, foram inicialmente convidadas as 44 instituições existentes na CNES da RMRJ, obtendo-se as seguintes respostas:

Tabela 9 — Respostas de concordância à participação da pesquisa

Respostas	Unidades	Frequência relativa (%)
Sim	10	22,73
Não	24	54,54
Sem resposta	10	22,73
Total	44	100,00

Fonte: elaboração própria (2021).

As instituições que se negaram a participar relataram os seguintes argumentos:

- a) política de *compliance* (14)
- b) processos de reestruturação (6)
- c) política da instituição que não autoriza o recebimento de pesquisadores externos (4)

Mesmo sabendo-se que a presente amostra do estudo se configura como não probabilística e por conveniência (YIN, 2005), esta pode ser considerada apropriada para esta pesquisa por diversos motivos. O primeiro deles é devido à diversidade, que é importante para a compreensão dos diferentes perfis de instituições oncológicas, seja pela sua capacidade, pelo seu controle gerencial e pelas configurações adotadas pelas empresas para desenvolver sua medição de desempenho. Além disso, para capturar os aspectos gerenciais e seus sistemas de

desempenho e indicadores em uso, é importante analisar empresas em diferentes estágios de desenvolvimento e com diferentes capacidades de recursos para realizar seu gerenciamento. Para complementar os objetivos específicos e triangular a coleta de dados da pesquisa, foram ainda realizadas análises documentais relativas a todas as instituições que concordaram em participar do estudo. No Quadro 20 apresenta-se o perfil das cinco instituições analisadas.

Quadro 20 — Informações sobre a amostra

	Instituição A	Instituição B	Instituição C	Instituição D	Instituição E
<b>Tratamento oferecido</b>	Quimioterapia e radioterapia	Quimioterapia e radioterapia	Quimioterapia	Quimioterapia	Quimioterapia e radioterapia
<b>Pertencente à rede</b>	Sim	Não	Sim	Sim	Não
<b>Pertencente à operadora de saúde</b>	Não	Não	Sim	Sim	Não
<b>Empresa familiar</b>	Não	Sim	Não	Não	Sim
<b>Vinculada à hospital</b>	Não	Sim	Não	Sim	Não
<b>Acreditação</b>	Sim	Não	Não	Sim	Sim
<b>Parceria com o SUS</b>	Sim	Não	Não	Não	Sim

Fonte: elaboração própria (2021).

As cinco entrevistas semiestruturadas com aplicação de questionário duraram um total de 198 min (cerca de 3 horas), levando uma média de 39,6 minutos cada. Todas elas foram gravadas utilizando aplicativo de celular de gravador de voz. Vale se destacar que todos os entrevistados também exercem alguma função administrativa nas unidades, como coordenação de setores, chefia de departamento, entre outros. No Quadro 21, há um resumo da distribuição e do tempo das entrevistas realizadas. Ressalta-se que das cinco entrevistas apenas uma delas não foi realizada de maneira remota (on-line), dado que a coleta de dados se realizou durante o período da pandemia, sendo este protocolo de pesquisa adequado para atender às medidas de distanciamento social e evitar a propagação do novo *coronavírus* (SARS-CoV-2).

Quadro 21 — Resumo do tempo e distribuição das entrevistas

<b>Instituição</b>	<b>Cargo</b>	<b>Tempo de entrevista (min)</b>	<b>Modo de realização</b>
A	Diretor	50	Presencial
B	Coordenador	40	<i>Google Meet</i>
C	Gerente	45	<i>Google Meet</i>
D	Supervisor	30	<i>Zoom</i>
E	Supervisor	33	<i>Skype</i>

Fonte: elaboração própria (2021).

As transcrições das gravações foram realizadas pelo pesquisador em quase a sua totalidade do conteúdo, onde foram desconsideradas as apresentações iniciais e as considerações que não relacionam aos objetivos da pesquisa. Uma carta de apresentação (Apêndice A) foi enviada previamente a todas as unidades, contendo uma síntese dos objetivos do trabalho (Apêndice B). Portanto, não foi necessário apresentar o resumo do trabalho antes do início da entrevista pelo pesquisador.

Ressalta-se que os respondentes foram escolhidos pela direção das unidades para a participação da pesquisa conforme Quadro 22.

Quadro 22 — Resumo dos entrevistados

<b>Entrevistados</b>	<b>Unidade A</b>	<b>Unidade B</b>	<b>Unidade C</b>	<b>Unidade D</b>	<b>Unidade E</b>
Idade dos respondentes	42	32	35	36	32
Tempo na Instituição do Entrevistado	12	8	8	5	2
Tempo no cargo entrevistado	15	8	8	5	2
Cargo ocupado	Diretor	Coordenador	Gerente	Supervisor	Supervisor
Respondente	MV	MSC	HP	RPS	CNI

Fonte: elaboração própria (2021).

#### 4.1.1 Instituição A

Fundada na década de 1990 na cidade do Rio de Janeiro, a instituição serviu de caso-piloto para a dissertação. Trata-se de uma unidade de saúde pertencente a uma rede de clínicas (formada por seis unidades) com consultas e corpo clínico próprio, que presta os serviços de quimioterapia e radioterapia para pacientes internos e externos, além de tratamentos não oncológicos graças à presente estrutura e credenciamento para esse tipo de tratamento. Com

mais de 28 anos de mercado, possui um histórico de atuação no segmento oncológico. A unidade analisada é considerada a sede, e as demais unidades satélites. No Quadro 23, é descrita a estrutura física assistencial da instituição A.

Quadro 23 — Estrutura física assistencial da instituição A

<b>Estrutura Física Assistencial</b>	<b>Capacidade</b>
Consultórios	<b>8</b>
Box infusional	<b>22</b>
Equipamento para Radioterapia	<b>2</b>

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

#### 4.1.1.1 *Indicadores e sistemas de desempenho da instituição A*

A gestão dos indicadores ocorre a partir de um sistema informatizado com análises mensais, que vão desde a supervisão do setor até a alta Gerência, a Diretoria Operacional e a Diretoria Médica.

O respondente afirma que os dados são oriundos de várias fontes:

“O próprio sistema de gestão hospitalar em uso nas unidades, BI - *Business Intelligence* próprio desenvolvido pela organização e programas de finanças” (entrevistado MV da instituição A).

No nível operacional, a instituição A possui atualmente 56 indicadores que, para fins de síntese do trabalho, foram separados em dois grupos principais:

- a) assistência à saúde – áreas de segurança do paciente, qualidade e serviços assistenciais dos profissionais de saúde: 25 indicadores;
- b) gestão administrativa – engloba todos os indicadores de produção e estratégicos (atendimento, faturamento, manutenção, logística e financeiro): 31 indicadores.

Dos indicadores-chaves, a unidade faz o uso de 20 indicadores, que remetem ao serviço prestado, seja uma consulta, já que nem todo paciente que realiza esse tipo de atendimento na unidade segue o tratamento na rede a qual a instituição pertence, ou um tratamento de quimioterapia e radioterapia realizado por um paciente externo.

Tabela 10 — Categorias e número de indicadores-chaves

<b>Categoria</b>	<b>Nº de indicadores</b>
a) Ambulatório	3
b) Centro infusional	4
c) Radioterapia	3
d) Gestão Administrativa	10
Total	20

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

Devido à política de *compliance* e para fins de sigilo do planejamento estratégico, as fichas técnicas não foram autorizadas para divulgação. Foi disponibilizada somente uma síntese dos indicadores, com a omissão de alguns deles, justificando assim a divergência quantitativa entre os dados do Anexo B, do Anexo C e da Tabela 10.

Perguntado sobre os sistemas em uso na instituição, o respondente afirmou que o BSC era utilizado até o ano de 2018, mas, devido à vasta experiência no segmento assistencial de oncologia, os sistemas foram modificados para atender ao que ele chamou “de painel de oncologia do grupo”, no qual os principais grupos de indicadores existentes são:

- a) NPS (*Net Promoter System*) ao nível de clientes — serviço utilizado desde 2015 com bons resultados, mostrando a satisfação dos pacientes;
- b) indicadores de qualidade;
- c) indicadores financeiros, os quais, segundo o respondente, são “focados no EBIT e receitas líquida”;
- d) indicadores de processo para garantia de segurança;
- e) satisfação do colaborador.

Ainda falando sobre o BSC, o respondente fez a seguinte afirmação:

considero uma ferramenta importante para a gestão, mas não de maneira isolada (entrevistado MV da instituição A).

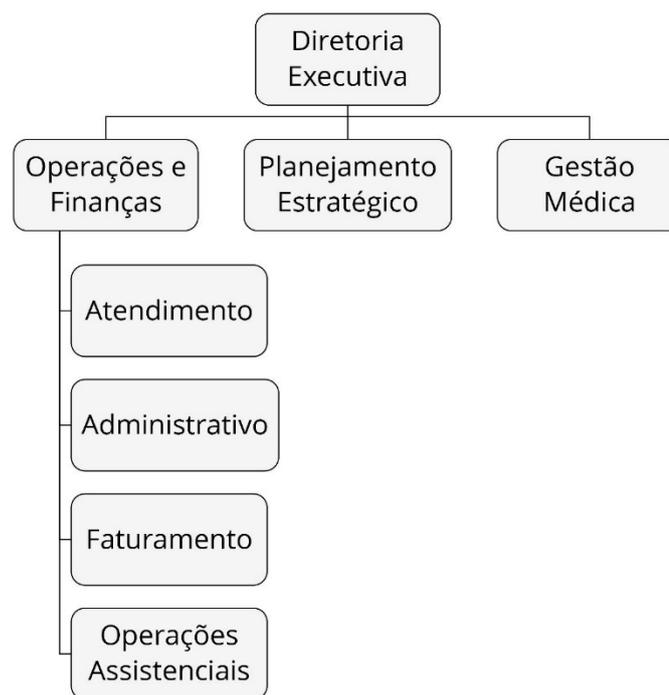
As fichas técnicas foram disponibilizadas e previamente analisadas. Após a análise da entrevista, foi possível perceber algumas inconsistências estruturais em relação ao BSC, considerando a divisão clássica das perspectivas deste — financeira, cliente, processos internos, aprendizado e crescimento (KAPLAN; NORTON, 1992). A organização renomeou perspectivas para “áreas dos indicadores”, sendo incluídas: segurança do paciente, qualidade e serviços assistenciais dos profissionais de saúde em perspectivas, o que provavelmente poderia

ser chamado de algo semelhante a “subperspectivas”. Entretanto, como já afirmado, o BSC foi adaptado e substituído após a criação do painel em oncologia já citado.

#### 4.1.1.2 Controle gerencial da instituição A

O *business* do grupo é o fornecimento de medicamentos e a radioterapia, além dos tratamentos não oncológicos, pela estrutura do centro infusional presente em todas as 6 unidades da rede com o mesmo *modus operandi* e sob a mesma estrutura operacional e organograma. O organograma abaixo (Figura 25) é uma síntese estrutural elaborada com base nas declarações do respondente, já que a estrutura oficial não foi disponibilizada para fins de publicação.

Figura 25 — Organograma Instituição A



Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

#### 4.1.2 Instituição B

Fundada no final da década de 1960, a instituição B, uma unidade de saúde que hoje conta com 19 funcionários, pode seguir a classificação proposta por Oliveira (1999) e ser considerada uma empresa familiar, pois sua gestão é sucessória e realizada por uma família.

Nesse sentido, o grande desafio de uma empresa familiar é a sucessão, pois, conforme estatísticas, a cada 100 empresas familiares fundadas no Brasil e no mundo, apenas 30 sobrevivem à segunda geração, 15 à terceira e quatro delas sobrevivem à quarta geração (SOUZA, 2020). Na contramão dessas perspectivas, a instituição B é gerida, atualmente, pela sua terceira geração.

A instituição não possui um organograma, porém estabeleceu uma estrutura clássica, na qual, no topo, estão os herdeiros (proprietários), seguidos por diretores, por gerentes e por coordenadores. Essa unidade não possui parceria com o SUS, e seus clientes são pacientes particulares e beneficiários de operadoras de saúde. No Quadro 24, é apresentada a estrutura física assistencial da instituição B.

Quadro 24 — Estrutura física assistencial da instituição B

<b>Estrutura Física Assistencial</b>	<b>Capacidade</b>
Consultórios	6
Box infusional	5
Equipamento para radioterapia	1

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

Sua única unidade fica na capital do Rio de Janeiro e atende a todos os tipos de serviços focados em pacientes oncológicos. Além disso, possui emergência 24h e consultas com especialistas nas áreas de oncologia, hematologia e radioterapia. Também conta com outros profissionais de saúde especializados em atendimentos oncológicos, assistentes sociais, psicólogos, dentistas e nutricionistas. Seus serviços atendem tanto a pacientes externos (vindos de outras instituições e prescritores) quanto a pacientes internos que realizam o tratamento nessa unidade, que tem, ainda, serviço de internação com enfoque oncológico.

#### 4.1.2.1 *Indicadores e sistema de desempenho da instituição B*

Nessa instituição, a entrevista para levantamento de dados durou 40 minutos, sendo realizada com a gestora de qualidade, de 33 anos e que possui experiência de cinco anos no negócio. Por questões de *compliance*, não foi autorizado o uso de nenhum relatório disponibilizado.

No nível operacional, a instituição B faz o uso de um questionário e de um sistema de auditoria interna, que mensura o desempenho por meio de visitas aos setores. Esse processo é realizado por gestores, com o uso de perguntas, como a que pode ser vista na Figura 26.

Figura 26 — Exemplo de questão usada no *checklist*

**Está definido o perfil de competências e reforçar a capacitação dos gerentes e supervisores e líderes das diversas áreas, visando à gestão completa de cada célula de negócio?**

Sim. Evidências?

Não. Plano de Ação?

---

Fonte: *checklist* institucional cedido pela instituição B.

Não foi revelado como os dados obtidos são analisados e quais foram as conclusões do último ciclo de auditoria realizado. Mas, em linhas gerais, das avaliações de desempenho, as análises e as tomadas de decisões são realizadas pela alta cúpula, juntamente aos herdeiros, e não existe um sistema integrado de gerenciamento. Além disso, as reuniões são periódicas, mas sem um padrão definido para sua realização.

Foram apresentados modelos de instrumentos de controle ao final da entrevista. A entrevistada afirmou que a instituição não faz uso de nenhum sistema, seja BSC, NPS ou *Total Quality Management*.

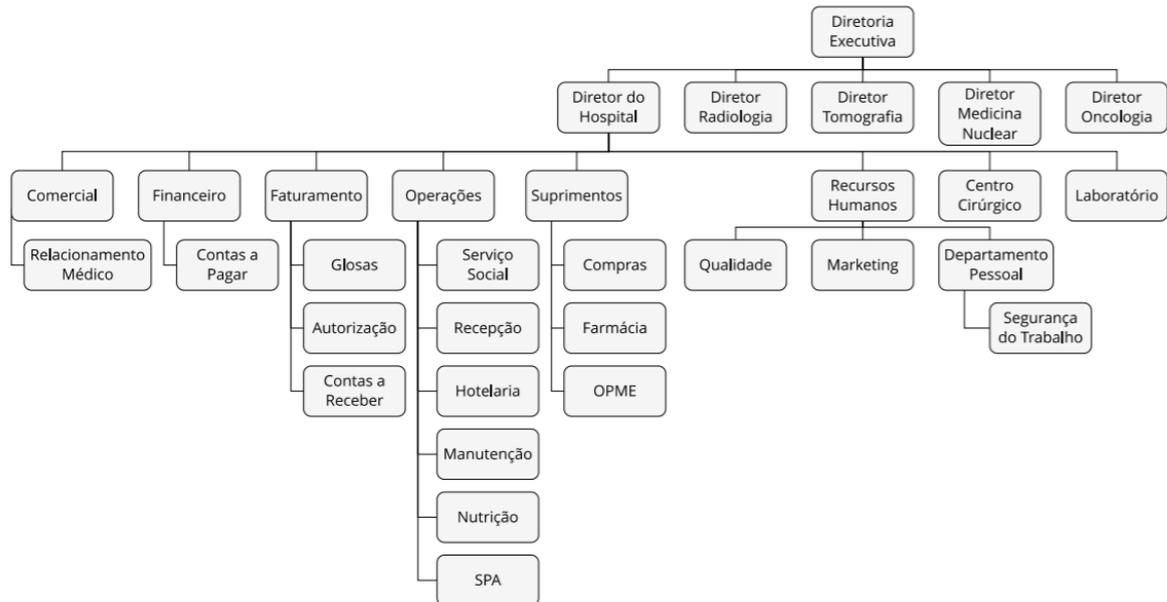
No trecho final da entrevista, a respondente MSC afirmou:

Mesmo sendo uma unidade de médio porte e com a inexistência de ferramentas mais centralizadas de coleta e análise dos dados obtidos e mesmo com a dificuldade muito grande na forma com que a avaliação de desempenho é usada, [esse sistema de avaliação] utilizado na unidade atende suas necessidades e os interesses dos herdeiros, que [basicamente o que importa] é o faturamento final. Por exemplo, no ano passado foram de R\$50 milhões, mas pode ser que, com a reestruturação em andamento os sistemas sejam modernizados (entrevistada MSC da instituição B).

#### 4.1.2.2 Controle gerencial da instituição B

Como já citado anteriormente, a instituição B oferece diversos serviços com foco específico no tratamento oncológico, e isso é corroborado com o organograma abaixo (Figura 27) elaborado com base na fala da respondente, já que o esquema oficial não foi disponibilizado pela instituição.

Figura 27 — Organograma Instituição B



Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

A estrutura da instituição B, semelhante a instituição D (hospital com serviço ambulatorial), é bem mais complexa (de forma dimensional) em relação as unidades A, C e E, que não são hospitais.

No topo hierárquico, constam os donos (dois médicos) e, abaixo deles, o Diretor da Unidade Hospitalar e os demais diretores, que são responsáveis pelos serviços assistenciais, como oncologia, radioterapia, diagnósticos e imagens.

Perguntado a entrevistada sobre como o controle era realizado, a respondente afirmou: “tudo é assinado pelos donos”. Com isso, é possível concluir que os donos gerenciam as unidades e que as tomadas de decisões são realizadas exclusivamente por eles. Ainda sobre o “tudo”, foi perguntado o que seria o tudo. Em resposta: “tudo que refere a investimento e compra, independente dos setores”.

#### 4.1.3 Instituição C

A instituição C foi implantada em 2018 no atual endereço, mas já esteve em várias regiões da cidade do Rio de Janeiro como um centro de saúde, oferecendo consultas médicas em várias especialidades, incluindo a oncologia e a hematologia.

A instituição pertence a uma operadora de plano de saúde (Grupo W — fundada em 1968) atuante em quatro estados na Região Centro-Sul do país e contando com diversos prestadores de serviços de saúde para atendimento exclusivo de seus beneficiários. Com mais de 50 anos, o Grupo W recentemente passou pelo processo de fusão com outra operadora de saúde (Grupo V). No Quadro 25, é descrita a estrutura física assistencial da unidade C.

Quadro 25 — Estrutura física assistencial da instituição C

<b>Estrutura Física Assistencial</b>	<b>Capacidade</b>
Consultórios	10
Box infusional	8
Equipamento para radioterapia	0

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

A instituição possui 60 funcionários em sua totalidade. Durante a entrevista, não foi fornecido um organograma, porém foi informado que a gestão da unidade é de responsabilidade do analista administrativo pleno; e a dos demais setores, dos seus respectivos supervisores.

#### 4.1.3.1 *Indicadores e sistemas de desempenho da instituição C*

A entrevista, realizada em 45 minutos, ocorreu com uma supervisora nomeada pela direção da unidade, com 34 anos, com tempo de experiência de dois anos. Por decisão da direção, não foi autorizado o uso de nenhum relatório disponibilizado, mas foram apresentados 18 indicadores por meio de uma listagem concedida.

Diferentemente da instituição A, não existem fichas técnicas dos indicadores, dificultando a análise de como eles são selecionados e a revisão dos dados obtidos. Ademais, a instituição não faz uso de nenhum sistema integrado de gerenciamento, além dos cadastros, na operadora, dos pacientes ativos aptos a receber atendimento na unidade.

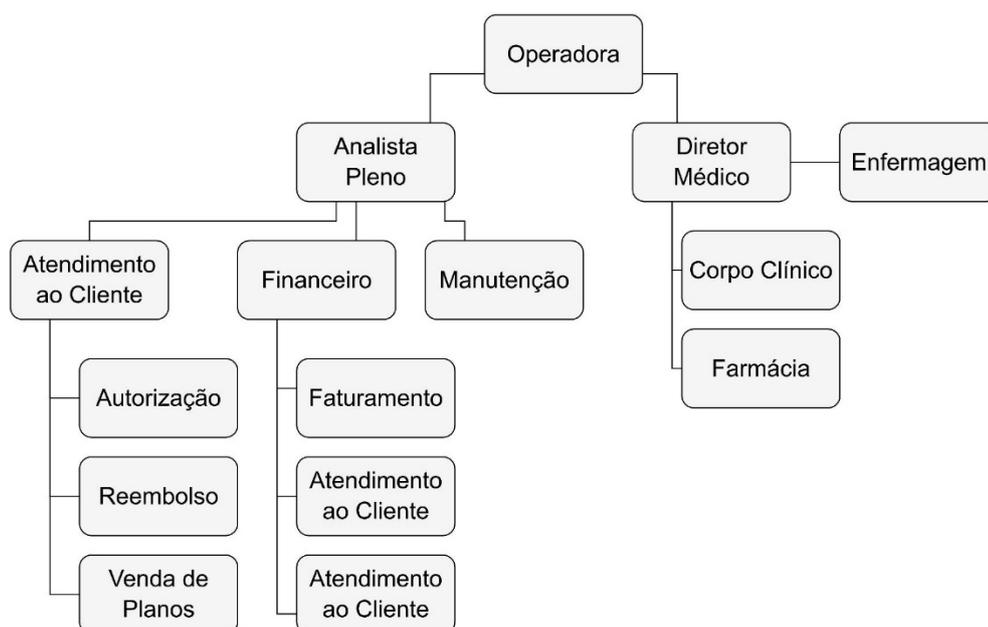
A gestão dos indicadores ocorre por meio de buscas ativas em planilhas de Excel, que é a ferramenta usada para toda a gestão da unidade, o que inclui desde o cadastro dos pacientes até os agendamentos. As análises são sintetizadas quando solicitadas pela direção da unidade ou quando a operadora as requisita.

No nível operacional, a instituição C possui 13 indicadores ambulatoriais e cinco indicadores hospitalares. Como este estudo não analisa as unidades hospitalares, as informações referentes a elas foram desconsideradas, como os indicadores de quantidade de diárias de UTI.

Os indicadores de assistência à saúde restantes englobam: consultas, terapias realizadas, medicamentos dispensados e serviços assistenciais dos profissionais de saúde.

#### 4.1.3.2 Controle gerencial da instituição C

Figura 28 — Organograma Instituição C



Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

O organograma apresentado na pesquisa foi o mais simples em relação as outras instituições analisadas. Com uma estrutura menos ramificada, há, em uma ordem hierárquica, o Analista Pleno, seguido pelos setores de atendimento ao cliente, financeiro e de manutenção. Do outro lado da ramificação, há o Diretor Clínico da unidade e os serviços assistenciais, com o corpo clínico e a farmácia. Finalizando a “tríade” (palavras da entrevistada) há o setor de Enfermagem.

Assim como a unidade D, apresenta uma verticalização com a operadora, e seus serviços somente atendem aos beneficiários do plano de saúde.

Perguntado sobre a autonomia decisória, a respondente afirma que tudo é resolvido e decidido pela Operadora e por um núcleo operacional situado em São Paulo/SP.

A respondente, durante sua entrevista, afirmou:

Tenho esperança de que a fusão que recentemente ocorreu com o plano de saúde (grupo V) a unidade passará por reformulações processuais já testadas e aprovadas que podem otimizar gestão de processos da unidade que atende diversos programas assistenciais que o plano de saúde oferece aos seus assegurados devido ser um centro médico grande (entrevistada HP da instituição C).

Após a fusão aprovada pelo CADE, o novo Grupo VW foi formado por operadoras de saúde com semelhanças. Ambas as empresas possuem ações negociadas na Bolsa de Valores do Brasil (B3) e sistema de verticalização já testados e validados em suas redes assistenciais.

É válido mencionar a tendência de mercado das empresas de saúde que possuem ações negociadas na B3 (2017). Por segmento de atuação:

- a) medicamentos e outros produtos — quatro empresas;
- b) equipamentos — duas empresas;
- c) comércio e distribuição — sete empresas.

Na lista disponibilizada na B3 (2017), não constam em separado as operadoras de saúde, sendo encontradas no segmento Serviços Médicos — Hospitalares, Análises e Diagnósticos, juntamente a redes de prestadores de serviços, de hospitais e de laboratórios.

O Quadro 26 mostra a subdivisão das empresas por atividade principal e o ano de entrada na bolsa.

Quadro 26 — Empresas do segmento saúde presentes na B3

Nome	Atividade principal	Ano de entrada na Bolsa
ALLIAR	Prestação de serviços de medicina diagnóstica.	2016
DASA	Análises Clínicas e medicina diagnóstica**	2004
FLEURY	(i) prestação de serviços médicos e medicina diagnóstica; (ii) consultoria, assessoria, cursos, gestão de doenças crônicas; (iii) pesquisa e desenvolvimento; (iv) a prestação de serviços a terceiros.	2009
HAPVIDA	Participação como sócia ou acionista em outras empresas predominantemente de assistência médica, bem como a realização de investimentos diretos e a exploração de atividades de prestação de serviços.	2018
IHPARDINI	Prestação de serviços de medicina diagnóstica.	2017
INTERMEDICA	Prestação de serviços de assistência à saúde e odontológica.	2018
MATER DEI	Não informado.	2021
ODONTOPREV	Operadora de planos odontológicos.	2016
ONCOCLINICAS	Exploração de serviços médicos, participação em outras sociedades, nacionais ou estrangeiras, pesquisa e desenvolvimento experimental em ciências físicas e naturais, intermediação em pesquisa clínica.	2021

Quadro 26 — Empresas do segmento saúde presentes na B3

Nome	Atividade principal	Ano de entrada na Bolsa
QUALICORP	Prestação de serviços e gestão de benefícios de assistência à saúde.	2011
REDE D'OR	Não informado.	2020
KORA SAUDE	Prestação de serviços de atenção à saúde humana, limpeza, planos de saúde, bem como outras atividades secundárias de aluguel de imóveis e holding de instituições não financeiras.	2021

Fonte: adaptado de B3 (2017).

Na análise dos dados oferecidos pela B3 (2017), pode-se observar que as operadoras de planos de saúde não se encontram separadas das demais empresas prestadoras de saúde. Outro fato observado é a falta da definição para a REDE D'OR e a MATER DEI, ambas redes de prestação de serviços de saúde com hospitais, clínicas e laboratórios, e para o grupo DASA, que, em 2019, após a fusão com o grupo Ímpar (SETOR SAÚDE, 2019), passou a contar com uma estrutura de prestação de serviços que vai além de análises clínicas e medicina diagnóstica. Ainda é válido mencionar que o Grupo ONCOCLINICAS é o único representante assistencial oncológico presente na B3 (2017).

#### 4.1.4 Instituição D

Fundada no final da década de 2010, a instituição D pertence a uma operadora de plano de saúde com abrangência nacional, que possui uma rede de hospitais e clínicas com corpo clínico próprio, prestando o serviço de quimioterapia para seus beneficiários. Essa unidade está localizada em uma cidade onde há uma outra instituição que possui 3 unidades suplementares, sendo uma delas com atendimento de radioterapia. No Quadro 27, é apresentada a estrutura física assistencial da instituição D.

Quadro 27 — Estrutura física assistencial da instituição D

Estrutura Física Assistencial	Capacidade
Consultórios	1
Box infusional	6
Equipamento para radioterapia	0

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

A instituição D possui 700 funcionários em sua totalidade, considerando a unidade de oncologia com acreditação nacional e o hospital ao qual está anexado, que também pertencente à operadora de saúde. No organograma dessa instituição, há presidente, vice-presidente, superintendente, diretoria técnica e demais gerências e supervisões.

#### 4.1.4.1 *Indicadores e sistemas de desempenho da instituição D*

A entrevista, com duração de 30 minutos, foi realizada com a gestora de qualidade, com 35 anos, com tempo de experiência de cinco anos. Para a pesquisa, foram cedidas planilhas com gráficos do Excel e sem dados numéricos, como uma forma de preservar os dados de todos os indicadores da unidade. Essas planilhas são compiladas em um *Dashboard*, um painel de síntese de informações bem semelhantes ao *Tableau de Bord*.

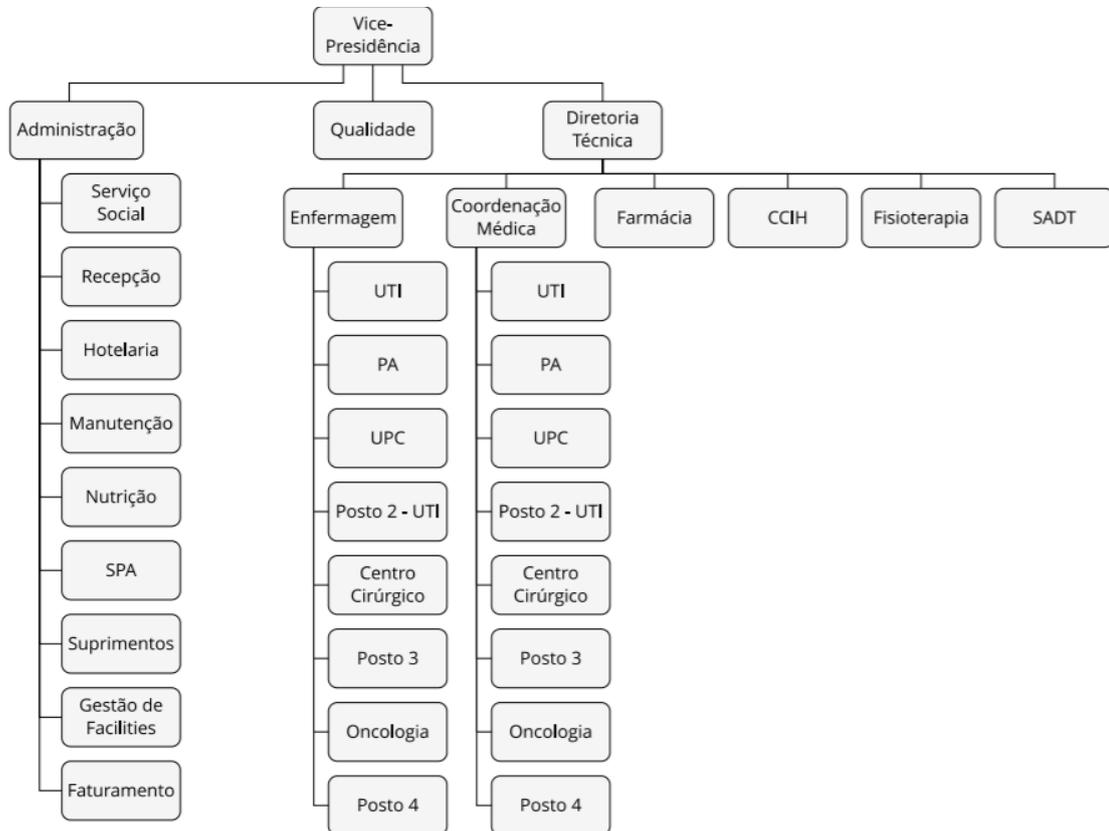
Assim como a instituição C, a instituição D não justificou como os indicadores são selecionados e revisados, o que demonstra uma falta de uma metodologia. Entretanto, com os dados fornecidos, foi possível verificar que os indicadores em uso na instituição remetem à produção, à quantidade de tratamentos realizados e aos novos, juntamente aos indicadores de qualidade e de segurança do paciente. Essas medidas são os requisitos da acreditação que a instituição possui.

#### 4.1.4.2 *Indicadores de desempenho no nível operacional da instituição D*

No nível operacional, a instituição D possui, atualmente, 17 indicadores divididos em 2 categorias principais, que, para fins de síntese, foram agrupados em: assistência à saúde nas áreas de segurança do paciente, de qualidade e de serviços assistenciais dos profissionais de saúde (15 indicadores); e gestão administrativa, com o número de produção dos consultórios (2 indicadores).

#### 4.1.4.3 Controle gerencial da instituição D

Figura 29 — Organograma Instituição D



Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

Sobre sua estrutura gerencial, a respondente afirmou haver liberdade decisória do diretor da unidade (administrador de formação e especialização com MBA em gestão empresarial com mais de dez anos de experiência em gestão) somente sobre decisões críticas como troca de padronização de medicamentos e material. Outras decisões são tomadas após aprovação da operadora, como no caso de uma reforma de grande proporção, por exemplo, uma ampliação no centro cirúrgico.

A respondente afirmou:

A unidade está em fase de transição de sua administração e na última reunião foi informado que haveria mudanças de como a administração dos processos são realizadas e creio que o olhar nos processos desenvolvidos nas unidades após o aceite em participar da entrevista que mesmo com tudo caminhando bem os sistemas de medidas em usos na unidade não atendem a instituição e desconhece os sistemas pesquisados na dissertação e as ferramentas usadas na instituição são o Diagrama de *Ishikawa* e o 5W2H (entrevistada PRS da instituição D).

Os critérios de indicadores de desempenhos usados na instituição D são os propostos pela Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Mesmo sendo uma unidade integrada e verticalizada, que conta com hospitais e unidades, a instituição faz uso dos indicadores que remetem aos números ligados à produção, às consultas e aos procedimentos relacionados ao faturamento.

#### 4.1.5 Instituição E

Fundada em 1976, a instituição E está há 45 anos no mercado, sendo que uma de suas cinco unidades disponíveis na cidade oferece serviços de consultas, quimioterapia e radioterapia. Inicialmente, sua atividade era focada na radioterapia, e, somente em 1999, o serviço de quimioterapia foi implantado na unidade.

Com 27 funcionários no total, trata-se de uma unidade de saúde localizada na Baixada Fluminense, pertencente a uma rede de clínicas com consultas e corpo clínico próprio, que presta os serviços de quimioterapia e radioterapia para pacientes internos e externos. A rede também possui mais uma unidade fora do estado do Rio de Janeiro. No Quadro 28, é detalhada a estrutura física assistencial da unidade E.

Quadro 28 — Estrutura física assistencial da instituição E

<b>Estrutura Física Assistencial</b>	<b>Capacidade</b>
Consultórios	4
Box infusional	13
Equipamento para radioterapia	1

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

##### 4.1.5.1 Indicadores e sistema de desempenho da instituição E

A entrevista, feita em 33 minutos, foi realizada com a administradora, com 35 anos e dois anos de experiência no cargo. Por decisão da direção, não foi autorizado o uso de nenhum relatório disponibilizado.

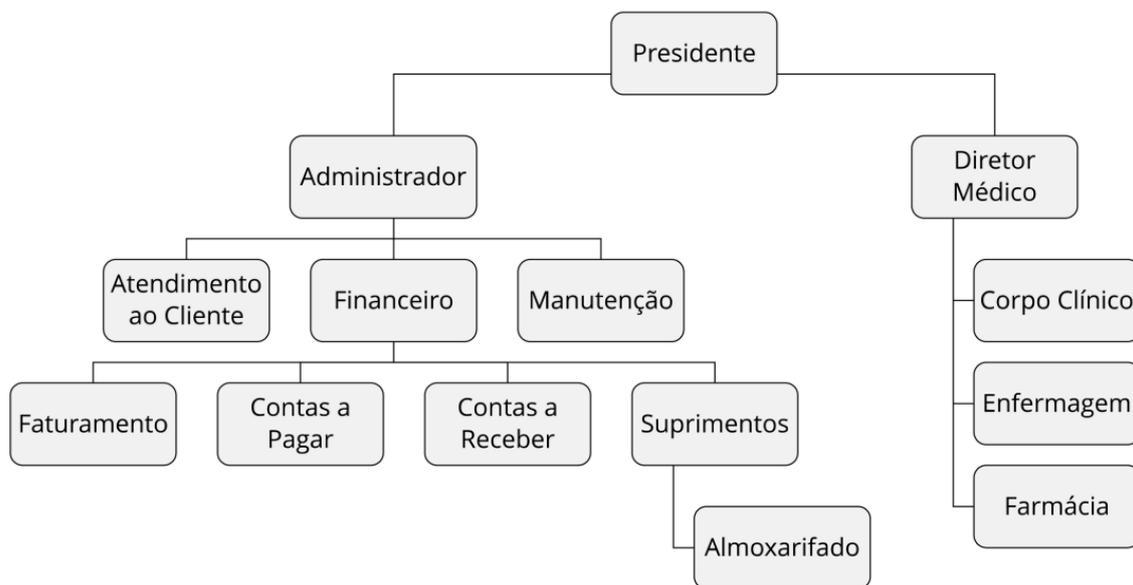
Das avaliações de desempenho, as análises e as tomadas de decisões são realizadas pelo Presidente. Além disso, não existe um sistema integrado de gerenciamento, e as reuniões com a outra unidade, contando com a presença de diretores, administrador e, porventura, algum

supervisor convocado, são periódicas via *Skype*. A realização dessas reuniões fica a critério dos herdeiros.

#### 4.1.5.2 Controle gerencial da instituição E

Sobre sua estrutura organizacional, a respondente afirmou que o presidente (médico de formação) gerencia a unidade de maneira remota, pois o presidente/proprietário fica em outra unidade, a primeira criada por sua família. Abaixo, há a estrutura da unidade estudada.

Figura 30 — Organograma Instituição E



Fonte: elaboração própria baseada nas respostas da entrevistada (2021).

Conforme relatado pela respondente, o controle gerencial da unidade é realizado pela presidência. Como mencionado na seção 4.1.5.1, as decisões são encaminhadas para os setores durante as reuniões.

Em entrevista, a respondente CNI afirmou:

Somos uma clínica de médio porte onde temos como principal cliente os pacientes do SUS, mesmo com credenciamento para um único plano de saúde onde temos outras clínicas na região com esse plano de saúde credenciadas e estamos bem financeiramente e com planos aumentar o serviço de radioterapia para buscarmos novos credenciamentos e aumentar assim nosso faturamento (entrevistada CNI da instituição E).

A instituição E se assemelha a alguns estudos já realizados. O tema em si, sobre empresas de saúde familiares no Brasil, ainda é escasso na literatura acadêmica brasileira.

Algumas exceções são o trabalho de Pinto e Couto-de-Souza (2009), que discutem sobre mudanças gerenciais de uma empresa familiar no ramo de saúde, e Souza e Butcher (2016), que apresentam o diagnóstico de gestão de uma empresa familiar do setor médico (localizada na cidade de João Pessoa – PB). Essa realidade estimula a realização de estudos futuros sobre aspectos gerenciais das unidades de oncologia gerenciadas por famílias.

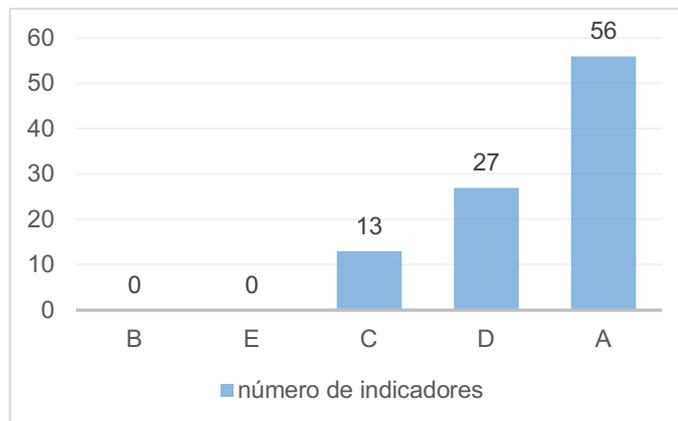
## 5 DISCUSSÃO

Esta seção tem o objetivo de analisar, de forma comparativa, os resultados obtidos sobre os sistemas de medição de desempenho e controle gerencial das instituições apresentadas no capítulo anterior. Além disso, destina-se a apresentar uma proposta de indicador que possa ser usado no segmento oncológico, atendendo às especificidades do setor.

### 5.1 Discussão sobre os indicadores das instituições

Após a apresentação das 5 (cinco) instituições estudadas e das suas respectivas histórias, características, similaridades, peculiaridades, sistemas em uso, além dos grupos de indicadores utilizados (alguns comuns entre elas e outros exclusivos), foi possível elaborar uma análise comparativa do quantitativo destes — que foi organizada (do menor para o maior número) no gráfico da Figura 31.

Figura 31 — Número dos indicadores de cada instituição



Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

A literatura dos indicadores de oncologia e de uso hospitalar remete aos cuidados assistenciais ou à segurança do paciente, que é o caso das seis metas internacionais de segurança, somente mensuradas nas instituições A e C através de indicadores específicos.

A partir da investigação realizada, das instituições que possuem indicadores, a instituição A apresenta um maior número (56). Estes perpassam por várias perspectivas: assistenciais, financeiras e de manutenção. Já a instituição D, com 27 indicadores, foca no perfil do paciente em tratamento (idade, gênero etc.), nos indicadores de produção (número de

consultas, tratamento realizados, etc.) e nos desfechos clínicos; há somente um indicador que faz referência à questão financeira, que é o de farmacoeconomia. Por fim, a instituição C, com 13 indicadores, tem o perfil voltado para o paciente e para a produção da unidade (consultas e tratamentos realizados). É válido ressaltar que a instituição B não utiliza nenhum SMD e a E não disponibilizou materiais para análise. É válido lembrar que a instituição B não faz uso de nenhum SMD, assim como a instituição E. A primeira disponibilizou um checklist de autoria interna, e a segunda não forneceu materiais para análise.

Com relação aos resultados comparativos dos indicadores, pode-se observar, com o Quadro 29, sinteticamente, os números dos indicadores utilizados pelas unidades analisadas.

Quadro 29 — Resumo dos indicadores

<b>Grupo de indicador</b>	<b>Unidade A</b>	<b>Unidade B</b>	<b>Unidade C</b>	<b>Unidade D</b>	<b>Unidade E</b>
Assistência à saúde	25	inexistente	4	18	inexistente
Gestão Administrativa	31	inexistente	11	9	inexistente
Chaves	17	inexistente	inexistente	inexistente	inexistente

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

Após a análise realizada nos materiais disponibilizados pelas instituições, pôde ser observado que existem especificidades comuns entre as instituições, entretanto as realidades aparentemente semelhantes são geridas de formas distintas. Por exemplo: a instituição D, uma unidade ambulatorial pertencente a um hospital, possui indicadores de desempenho, enquanto a instituição B, com a mesma característica, não faz uso de nenhum indicador. Ainda sobre as instituições citadas, é válido mencionar que a instituição D pertence a uma operadora de saúde e a instituição B não.

Por outro lado, ao se analisar a existência ou não dos indicadores nas demais instituições (A, C, E), é possível perceber que elas possuem perfis semelhantes, pois oferecem atendimento somente a nível ambulatorial.

A seguir foi realizada uma análise comparativa, sintetizada no Quadro 30, sobre o uso dos indicadores (apresentados nos anexos B, C, D e E) nos sistemas de medição de desempenho das instituições estudadas. Com isso, foi possível identificar melhor a semelhança entre elas quanto ao uso desses indicadores. É preciso ressaltar que apenas a instituição A informou o critério para a escolha dos seus indicadores; as instituições C e D não forneceram uma justificativa quanto a isso.

Quadro 30 — Indicadores comuns entre as instituições que participaram da pesquisa

<b>Indicadores comuns</b>	<b>Instituições que o utilizam</b>
Consulta de primeira vez	A – C
Taxa de ocupação	A – C – D
Número de consultas realizadas	A – C – D
Tratamentos realizados (Químico / Radio)	A – C – D
Indicadores de segurança do paciente (Metas de segurança internacional)	A – D

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

Analisando os dados do quadro acima, pode-se observar ainda que as instituições, independentemente da sua estrutura gerencial, apresentam indicadores que mensuram a produção, seja com as consultas de primeira vez, no início do processo, ou com a taxa de ocupação ou com o número de tratamentos realizados.

Já quando analisamos os nomes dos indicadores, pode ser observado que as instituições possuem nomenclaturas diferentes para as mesmas finalidades. Os exemplos mencionados no Quadro 31 mostram uma falta de padronização dos termos, o que dificulta o cruzamento dos dados sobre os indicadores.

Quadro 31 — Indicadores para a mesma finalidade

<b>Indicador</b>	<b>Instituição</b>
Número de paciente de primeira vez em todas as especialidades	A
Número de pacientes de primeira vez - oncologia	A
Consulta de 1ª vez hematologia	C
Consulta de 1ª vez oncologia	C
Consultas realizadas por especialidades	D

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

Trazendo essa análise para o campo do controle gerencial, somente a instituição A dá ênfase ao tema, fazendo o uso de multicritérios (chamados de subgrupo), como indicadores sobre retenção de processos e qualidade do atendimento ao paciente, além de outros de cunho financeiro (lembrando que este último não é objeto de estudo desta pesquisa).

Quadro 32 — Indicadores exclusivos da instituição A

<b>Subgrupo</b>	<b>Mensura</b>
Indicadores de retenção de processos	Tempo médio de envio de conta para faturamento
Indicadores focados na qualidade da relação com o paciente	<i>Net Promoter Score</i> – Ambulatório de Oncologia
	Taxa de Ligações Abandonadas de Pacientes
	Tempo Médio de Espera – Tele Gestão Administrativa
	Evasão de Consultas Médicas – 1ª Vez
	Taxa de Ordens de Serviço Atendidas Dentro do Prazo – Equipamentos Assistenciais
	Taxa de conformidade na qualidade das informações prestadas na consulta de enfermagem
Indicadores gerenciais	Custo fixo realizado x custo orçado
	Custo variável realizado x custo orçado
	Receita realizada x orçado
	Resultado de produção
	Índice de glosa inicial
	EBIT % sobre Receita Líquida – Orçado x Realizado

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

Como foi mencionado na seção 4.1.1.1, a instituição A é adotante do NPS para medir a satisfação do paciente, fato que pode ser observado também no Quadro 32 sobre os indicadores exclusivos dessa instituição. Nesse caso específico, a análise sobre a qualidade do atendimento é feita em vários pontos do processo, desde o atendimento realizado via telefone até o não retorno das consultas de primeira vez. Além disso, a instituição zela, inclusive, pelos equipamentos assistenciais (como equipamentos de radioterapia, bomba de infusão, entre outros aparelhos necessários para prestar atendimento aos pacientes), promovendo uma manutenção preventiva e gerando, assim, reduções dos riscos de interrupção do tratamento e acidentes durante a utilização destes.

Mesmo que o foco desta pesquisa não seja analisar e discutir os indicadores de assistência à saúde, é válido mencionar que a instituição D mostra um maior controle sobre os possíveis desfechos clínicos do tratamento, ao utilizar os seguintes indicadores:

- a) troca de protocolo;
- b) término de tratamento;
- c) tratamento suspenso;
- d) sem condições clínicas.

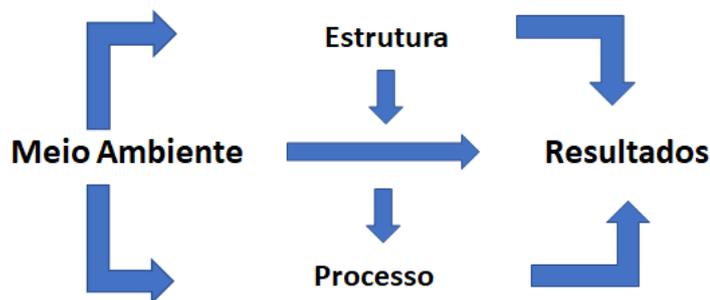
Sobre os indicadores da Oncorede, as unidades A, C e D mensuram o número de consultas com o oncologista. Além disso, a instituição A mensura o indicador “quimioterapia realizada nos últimos 14 dias de vida”.

## 5.2 Discussão sobre controle gerencial

Partindo do questionamento sobre qual é a atribuição do médico, de acordo com Miranda-Sá Junior (2013), as funções médicas são, resumidamente, a promoção da saúde do indivíduo e da coletividade, quando das profilaxias das enfermidades, curativas, diagnósticos, perícia e auditoria. Além disso, em 2001, Malik e Teles (2001), em sua pesquisa, mostraram que a coordenação dos hospitais está sob o controle de médicos que, em sua maioria, obtiveram o conhecimento de como gerenciar com as práticas e as experiências vividas no meio hospitalar.

De acordo com Seixas e Melo (2008), para gerir uma unidade de saúde faz-se necessário conhecimento de como gerir e coordenar as atividades ali executadas, já que seus recursos financeiros não são ilimitados, e sua gestão é complexa devido aos elevados custos operacionais. Sendo assim, é imprescindível a existência de uma estrutura que dê apoio as tomadas de decisões. Bittar (1997) fez uso do diagrama de Fleming para definir o quão complexo são as unidades de saúde, conforme a Figura 32.

Figura 32 — Relação entre meio ambiente e organização de saúde (modelo de Fleming)



Fonte: Bittar (1997, p. 6).

O diagrama ilustra como os processos nascidos no ambiente geram resultados que são influenciados pelos resultados, evidenciando a interatividade entre a estrutura, os processos e o meio ambiente.

Reske Filho, Jacques e Marian (2005) argumentam que o controle interno deve atender às necessidades da organização e ser construído pela administração, garantido que suas metas e seus objetivos serão alcançados de forma eficaz, eficiente e economicamente viável. Para esses autores, mesmo não atendendo ao exercício de suas atividades, as organizações fazem o uso de alguma métrica que garanta o fluxo de suas operações.

Quadro 33 — Resumo das unidades pesquisadas

<b>Característica da instituição</b>	<b>Unidade A</b>	<b>Unidade B</b>	<b>Unidade C</b>	<b>Unidade D</b>	<b>Unidade E</b>
Tempo de atividade (anos)	28	55	3	3	45
Parceria com SUS	Não	Não	Não	Não	Não
Possuí Radioterapia	Sim	Sim	Não	Não	Sim
Possui internação	Não	Sim	Não	Sim	Não
Pertence alguma operadora de saúde	Não	Não	Sim	Sim	Não
Pertence alguma rede	Sim	Não	Sim	Sim	Não
Possuí Acreditação	Sim	Não	Não	Sim	Sim
Empresa familiar	Não	Sim	Não	Sim	Sim

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

Em geral, a diretoria tem todos os poderes e as responsabilidades pela instituição. Ao administrador, é confiada a gestão da rotina da unidade, ficando sob sua responsabilidade, o planejamento, a organização, a direção e as demais responsabilidades administrativas e técnicas. A importância do seu desempenho tem a ver com o fato de que a alta administração é responsável pelo desempenho da unidade (SILVA; BRANDALIZE, 2020)

Mesmo não sendo o cerne do trabalho, Escrivão Junior (2007) constatou em seus estudos sobre hospitais públicos, um grande volume de dados, mas os gestores os desconheciam ou não faziam o seu devido uso para subsidiar a gestão da unidade.

Sobre os controles gerenciais das instituições, no caso das instituições pertencentes as operadoras de planos de saúde, existe um certo limite decisório dos diretores, como acontece com as instituições C e D.

A instituição A foi a única a usar a expressão CEO, que está no topo da hierarquia nacional, representando uma rede de 6 clínicas no estado do Rio de Janeiro, mas que está incorporada a uma rede assistencial a nível Brasil.

Na instituição B, todos os cargos de diretoria são preenchidos pela família à qual a unidade pertence. Além disso, como já citado na entrevista, tudo é assinado e autorizado pela alta cúpula.

Já a instituição E é a única que possui o cargo de presidente. É preciso lembrar ainda que essa instituição é “irmã”, nas palavras da respondente, de outra unidade.

Os resultados das pesquisas mostraram que os SMD são norteados pelos indicadores de produção e pelos tratamentos realizados, faturados e recebidos através das unidades que são verticalizadas, gerando uma “autoalimentação” da operadora, já que esta custeia os tratamentos oferecidos aos beneficiários, não impactando o faturamento final do processo.

Os resultados coletados nas pesquisas assemelham-se à conclusão do trabalho proposto por Bauren, Dal Magro e Dias (2014, p. 80) quanto à formação inconsistente dos responsáveis pelos setores gerenciais (médicos e enfermeiras) pela premissa “das dificuldades na interpretação dos resultados financeiros destas organizações, por parte desses profissionais”.

Quadro 34 — Formação acadêmica

<b>Instituição</b>	<b>Administrador</b>	<b>Diretor</b>
A	Sem Administrador	Médico
B	Advogada com MBA em Gestão em saúde	Médico
C	Administrador	Médico
D	Administrador com MBA em Gestão empresarial	Médico
E	Administrador	Médico

Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

Com a análise das formações acadêmicas dos maiores cargos das unidades analisadas, é possível perceber que as instituições A, B e D possuem membros com grau mais elevado em comparação às unidades C e E. A instituição A não possui o cargo de administrador. O cargo de Diretor Executivo, até o momento da entrevista, estava em aberto, mas esse cargo era ocupado, anteriormente, por uma pessoa com Mestrado em Gestão em Saúde.

Segundo o Ministério da Educação (BRASIL, 2021), o Brasil conta com 303 cursos ativos voltados para a gestão em saúde, distribuídos em todo o território nacional, com unidades de ensino remotas e presenciais; e 11 048 egressos. A Tabela 11 mostra a distribuição por estado seguindo a ordem alfabética.

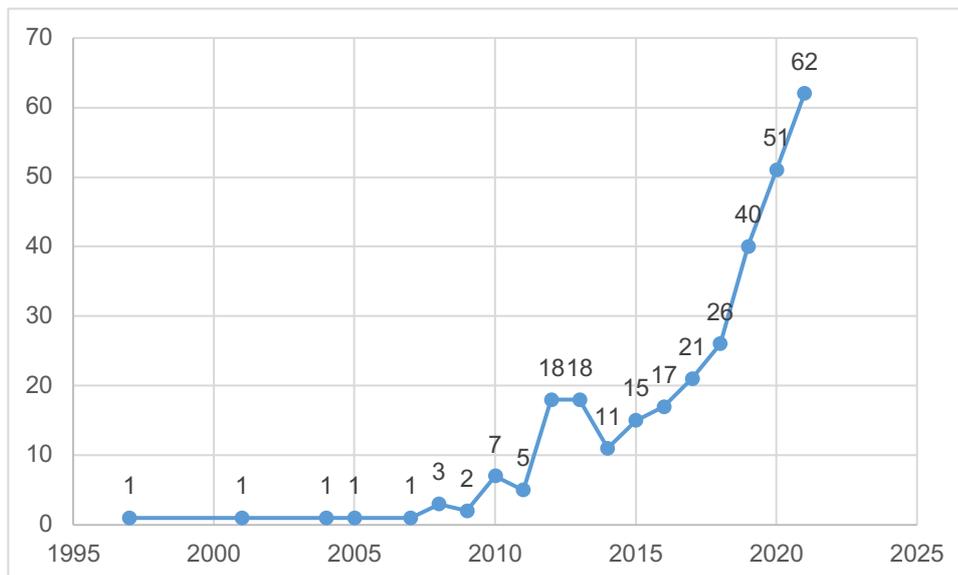
Tabela 11 — Distribuição dos cursos voltados para a gestão em saúde por estados

Estado	Número de Unidades	Frequência Relativa %
AC	3	0,59
AL	10	1,96
AM	9	1,77
AP	9	1,77
BA	18	3,54
CE	11	2,16
DF	30	5,89
ES	15	2,95
GO	18	3,54
MA	18	3,54
MG	75	14,73
MS	12	2,36
MT	18	3,54
PA	15	2,95
PB	5	0,98
PE	10	1,96
PI	8	1,57
PR	41	8,06
RJ	27	5,03
RN	7	1,38
RO	4	0,79
RR	3	0,59
RS	20	3,93
SC	21	4,13
SE	7	1,38
SP	84	16,5
TO	11	2,16
Total	* 509	100%

Fonte: adaptado de Ministério da Educação (BRASIL, 2021).

O número de unidades (509) difere do total das instituições (303), pois estas possuem polos EAD (122) e presenciais (181) em vários estados. Quanto à distribuição, a maior concentração de unidades está na Região Sudeste (201 unidades ou 39,49%), seguida por Nordeste (94 unidades ou 18,47%), Centro-Oeste (89 unidades ou 17,49%), Sul (82 unidades ou 16,11%) e, por fim, a Região Norte (43 unidades ou 8,45%) (BRASIL, 2021). Já sob a perspectiva temporal, os anos analisados no site do Ministério da Educação (BRASIL, 2021) são apresentados no Figura 33.

Figura 33 — Início de atividade dos cursos



Fonte: adaptado de Brasil (2021).

Ao se analisar o gráfico da Figura 33, nos últimos 10 anos observa-se um salto de 1140% no número de cursos de pós-graduação voltados para a gestão em saúde: em 2011 eram apenas cinco cursos; em 2021 esse quantitativo aumentou para 62. Olhando para os anos anteriores, houve um baixo número de novos cursos. De 1997 a 2010, ou seja, em um intervalo de 13 anos, o site apresenta 17 novos cursos, uma média de fundação de um curso por ano.

Trazendo uma leitura sobre a categoria da instituição, as do tipo privadas com fins lucrativos apresentam uma superioridade na quantidade de unidades, com um percentual de 61%, quase três vezes maior que a segunda colocada, as sem fins lucrativos (27%), e seis vezes maior que as públicas federais, com 9%. Por fim, em último lugar, estão as instituições públicas estaduais com 3%.

É notório que, atualmente, as possibilidades de capacitação a nível de especialização, com a proposta de gestão em saúde, são mais acessíveis que tempos atrás. O crescimento de 1140% nos números demonstra que novas opções existem e que a temática hoje é mais abertamente discutida, dada sua importância em um segmento de prestação de serviços, com números tão expressivos, como o setor de saúde privada.

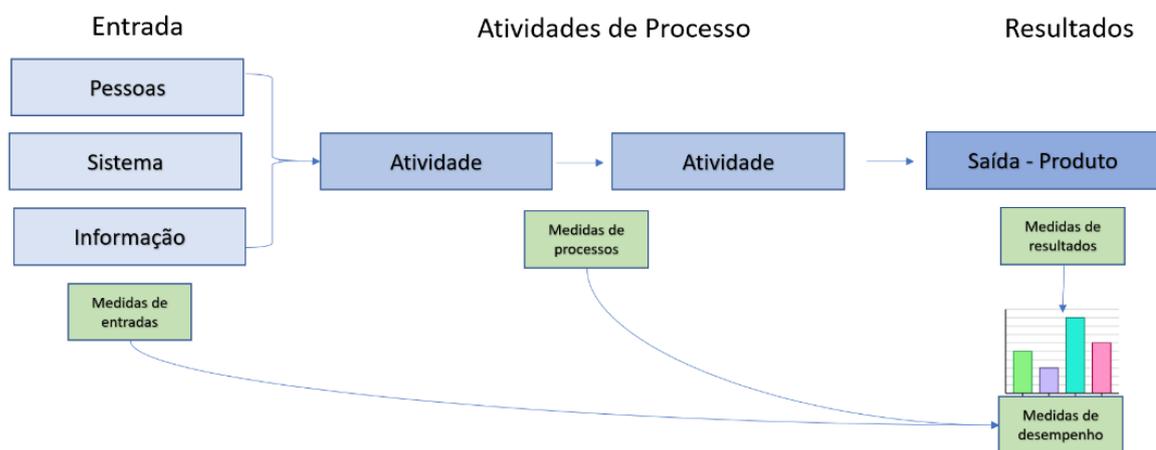
A pesquisa mostrou dois lados no que refere a administração em unidades de saúde. De um lado temos um elevadíssimo número de instituições oferecendo cursos voltados para a especialização em gestão em saúde, mas do outro lado temos uma carência enorme de ferramentas gerenciais e de indicadores e metodologia gerenciais.

Outras pesquisas realizadas já abordaram sobre o tema gestão empírica versus gestão profissional, mas o objetivo aqui não é discutir sobre os benefícios que esta última pode trazer, como foi realizado nos estudos conduzidos por Müller *et al.* (2016), que versa sobre a importância do uso das ferramentas de gestão nos processos internos das Clínicas integradas da Saúde (CIS).

### 5.3 Indicador proposto

Do ponto de vista dos indicadores, é necessário distinguir entre aqueles que mostram os resultados do negócio e os que indicam se os resultados serão produzidos. Por exemplo: o faturamento da unidade é um indicador de resultado, mas os indicadores dos procedimentos realizados (quimioterapia, radioterapia e consulta) são geradores de resultados, porque, se estiverem abaixo do projetado, as metas não serão alcançadas. Essa medida mostra uma tendência, portanto, das principais medidas de resultado e dos direcionadores de desempenho. A Figura 34 ilustra a ligação entre medidas de resultados.

Figura 34 — Desenvolvimento de Resultado e medidas de processos



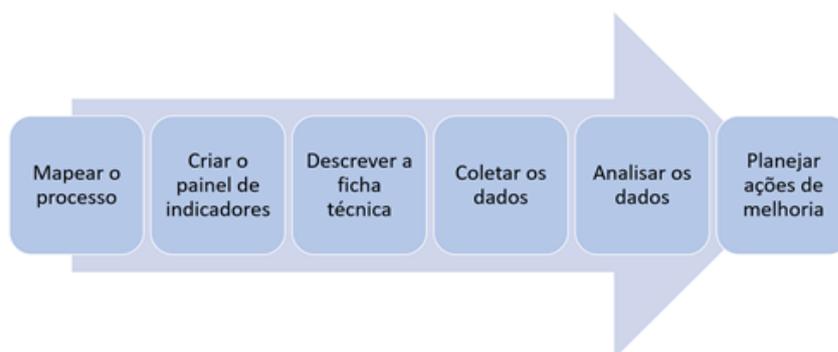
Fonte: adaptado de Rohm (2005).

Na criação de metas para os indicadores, são usadas três fontes de dados: o histórico do indicador, as informações dos sistemas de coleta dos dados e as metas propostas pela direção. Para os indicadores-chave, as metas também são discutidas nas reuniões da alta cúpula. Contudo, para o estabelecimento das metas, sua série histórica é referência principal; tanto que,

quando um indicador novo é criado, no primeiro ano de uso, a meta é a proposta derivada do resultado do indicador. A meta numérica, ou o percentual, é adotada por grande parte dos respondentes da pesquisa no início do segundo ano de uso do indicador (ROHM, 2005).

Depois de definidos os indicadores, faz-se necessário a definição dos dados e do método de cálculo de cada indicador. Aspectos como acesso aos dados, com relação ao tempo, à forma, e, em especial, à qualidade dos dados, devem ser estudados para que não sejam gerados indicadores com falhas, prejudicando todo processo de tomada de decisão. A Figura 35 resume as etapas da elaboração e gestão de indicadores.

Figura 35 — Etapas da elaboração dos indicadores



Fonte: adaptado de Martino (2021).

Os indicadores usados, muitas vezes, possuem o mesmo propósito, mas nomes diferentes, como os termos evasão, absenteísmo e falta, demonstrando uma ausência de padronização das nomenclaturas empregadas entre as unidades. Essa falta de padronização de termos foi uma das dificuldades no cruzamento de dados entre as instituições estudadas.

Com o apoio do *software* NVIVO11<sup>®</sup>, foi possível estabelecer que a palavra faturamento foi uma das palavras mais citadas durante as entrevistas. Quatro dos cinco respondentes afirmaram que o faturamento é o indicador mais medido (ou o único). Já a oncologia e a assistência foram citadas por todos, fato esperado por tratar-se de unidades assistenciais de oncologia.

Figura 36 — A nuvem de palavras mais citadas



Fonte: elaboração própria de acordo com os dados levantados na entrevista (2021).

Atendendo ao objetivo específico (e) para um novo indicador, será discutido a seguir como o resultado das pesquisas de campo levaram a inúmeros indicadores possíveis de serem aplicados nas unidades analisadas, de diversas fontes, como os indicadores da ANAP, UNIDAS e Oncorede. Entretanto, optou-se aqui por propor um indicador que possuísse foco no faturamento.

Rogers (2003) descreveu o processo de decisão como aquele em que um indivíduo, ou outra unidade de tomada de decisão, primeiro aprende sobre uma nova tecnologia, para decidir adotá-la ou rejeitá-la e, então, implementa a nova ideia. Partindo dos comportamentos propostos por Rogers (2003), o segmento de saúde é classificado como um adotante tardio no tocante à incorporação do conhecimento gerencial.

Ainda sobre a ótica da inovação, Neal Gross *et al.* (1971 apud ROGERS, 2003) conjecturam que a teoria de Rogers seria válida somente para a análise do indivíduo na adoção de inovação, mas não seria eficiente para compreender esse fenômeno nas organizações. Tal discussão não é foco do trabalho realizado.

Afuah (2003) define a inovação como o uso de algo novo na organização, independentemente de ter sido ou estar sendo usado em outras instituições, como é o caso do indicador proposto em amplo uso fora do segmento assistencial oncológico, foco desta pesquisa.

Segundo a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OECD, 1997), a inovação pode ser classificada por dois tipos: radical, quando se refere ao desenvolvimento de um produto ou serviço, ou ainda à criação de um processo novo no mercado, e a incremental, que é responsável pelo aperfeiçoamento dos processos, dos produtos e da prestação de serviços já existentes.

É importante frisar que, para a correta tomada de decisão, é necessária a existência de dados sólidos e que o gestor que os possua saiba como utilizá-los. Esse objetivo pode ser alcançado por meio de indicadores que forneçam dados informativos capazes de nortear as decisões através de análise e interpretação.

#### 5.4 Taxa de *Churn*

A palavra *Churn*, em uma tradução literal, remete à ideia de agitação, mistura e batida. No mundo dos negócios, cada vez mais competitivo, esse termo refere-se à previsão de perda ou abandono de clientes e, pois, isso, é uma questão primordial no gerenciamento do relacionamento com o consumidor, já que os pacientes com planos de saúde com ampla rede credenciada podem alternar entre diferentes instituições (ZHU; BAESENS; BROUCKE, 2017).

Amplamente utilizado em setores do segmento financeiro (como bancos), como pode ser visto em estudo conduzido por Franceschi (2019), em operadoras de telefonia, conforme foi explorado nos estudos de Rodrigues (2020), entre outros setores, o indicador aqui sugerido já é pesquisado no segmento de saúde a nível internacional, como pode ser identificado no levantamento realizado em plataformas como *Google Scholar* e a *Sciencedirect* e sintetizando no Quadro 35.

Quadro 35 — Estudo da taxa de *Churn* na área de saúde

Autor(es)/ano de publicação	Tipo de publicação	Objetivos
Sommers <i>et al.</i> (2016)	Artigo	Analisar consequências do churning para o acesso ao cuidado, continuidade e qualidade do cuidado e saúde
Mohammadzadeh, Hoseini e Derafshi (2017)	Artigo	O principal objetivo foi detectar clientes “potenciais de fidelização” para estreitar relações e clientes “potenciais de <i>Churn</i> ”
Manongdo, Xu (2017)	Artigo	O objetivo do estudo é desenvolver um modelo inicial de previsão de <i>Churn</i> de clientes no contexto de uma empresa real de serviços de assistência domiciliar, apresentar os desafios encontrados e propor etapas para desenvolver e introduzir modelos de <i>Churn</i> e retenção de clientes.
McKelvie e Wolstenholme. (2019).	Livro	A relação da taxa de <i>Churn</i> dos pacientes e o controle dos insumos hospitalares
CHAUHAN <i>et al.</i> (2020)	Artigo	Ajudar os hospitais a identificar os pacientes que mais provavelmente estão sujeitos a <i>churn</i>
Swaminathan <i>et al.</i> (2021)	Artigo	Identificar motivos exatos da rotatividade de pacientes

Fonte: elaboração própria (2021).

Apesar de não localizado estudos semelhantes sobre o uso da taxa de *Churn* no segmento de saúde no Brasil, os estudos encontrados (Quadro 35) mostram que seu uso é factível na saúde mesmo não sendo um indicador criado para atender a esse segmento, e, como já citado, o segmento de saúde é um adotante do tipo tardio (ROGERS, 2003).

Afim de trazer um indicador que atenda ao setor estudado, frente a existência de indicadores de entrada (consulta de primeira vez), de produção (tratamentos realizados) e, por fins, os de resultados clínicos (óbito), conforme análise dos indicadores em uso nas unidades, propõe-se o uso da taxa de *Churn* devido à inexistência de indicador que mensure os pacientes *churners*, aqueles que, por motivos que serão discutidos abaixo, abandonam o tratamento em determinadas unidades de saúde e seguem em outras.

Devido à letalidade de algumas doenças, é inevitável que, durante o tratamento, ocorram óbitos. Com isso, o cancelamento do tratamento impacta o próximo ciclo de faturamento dessas unidades. Entretanto, como mencionado no parágrafo anterior, há a possibilidade de ocorrer um êxodo de pacientes por problemas contratuais com as operadoras ou por entraves destas com prestadores de serviço.

Armendane (2018) considera que a fidelidade entre médico e paciente é baseada na confiança, e o médico é o depositário da confiança do paciente. Nesse sentido, a troca ou saída desse profissional de um determinado tratamento pode se tornar um motivo de cancelamento. Já Moura (2013) postula que os clientes mais insatisfeitos são aqueles que já estiveram muito satisfeitos em um determinado momento e sofreram com uma ou mais falhas do serviço ou do produto, sem qualquer resposta da empresa para lidar com esse descontentamento. A partir dessa situação, percebe-se a importância do NPS no sentido de medir a satisfação do paciente. Todavia, a argumentação usada por Kumar e Pansari (2016), ressaltando que satisfação não significa lealdade nem retenção, é válida como alerta.

Segundo Cister (2005), a taxa de *Churn* pode ser classificada em três tipos: involuntária, voluntária e inevitável. Partindo dessa classificação, é possível adaptar à área da saúde da seguinte forma:

Quadro 36 — Classificação da taxa de *Churn* adaptada à área da saúde

<b>Tipo</b>	<b>Ocorrência</b>
Involuntário (contratual)	Descredenciamentos entre prestador e operadora (lateral ou bilateral); Funcionário tem seu plano de saúde trocado pela empresa que trabalha.
Voluntário (paciente)	O cliente decide mudar de instituição independentemente do motivo (troca de operadora, saída do médico ou insatisfação).
Inevitável	Falecimento do cliente.

Fonte: Adaptado de Cister (2005).

Veloso (2012) conjectura que os motivos causadores de *Churn* são:

- a) serviço prestado ao cliente;
- b) qualidade;
- c) preço;
- d) funcionalidade;
- e) conveniência.

Nesse sentido, há os pacientes que saem ou sairão (*churners*) em relação a todos os clientes da instituição. Sendo assim, a taxa de retenção é o inverso: a quantidade de pacientes que permaneceu em relação a toda a base de clientes.

Conforme Jahanzeb e Jabeen (2007), a taxa de *Churn* pode ser com a equação:

$$\text{Taxa de Churn} = (C0 + A1 - 1) / C0$$

Onde:

C0 é o número de clientes no início do período;

A1 é os novos clientes brutos durante o período;

1 é o número de clientes ao final do período.

A Tecnicon (2020) utiliza a seguinte equação: o número de clientes cancelados no mês, dividido pelo número de clientes no início do mês, multiplicado por 100, sendo:

$$\text{Churn Rate} = \left( \frac{\text{n}^\circ \text{ de clientes que cancelaram no mês}}{\text{n}^\circ \text{ de clientes no início do mês}} \right) \times 100$$

Conforme estudos da *Bessemer Venture Partners* (2012), uma taxa de *Churn* razoável deve ficar entre 5 e 7% ao ano, oscilando entre 0,4 a 0,6% ao mês. Esse processo de gerenciamento de *Churn* envolve a previsão dessa taxa, que, em sua grande maioria, usa

tecnologias baseadas na identificação do histórico e variáveis-chave, que têm um maior impacto nesse processo (FRANCESCHI, 2019).

A incorporação desse indicador de cancelamento pode ser considerada uma ferramenta estratégica frente as inúmeras mudanças ocorridas no setor de saúde privada, em que fusões e aquisições são tão presentes.

## 6 CONCLUSÃO

A perceptiva teórica do trabalho era a de investigar o uso de sistemas de medição de desempenho (existentes na literatura e apresentados no referencial teórico). A RMRJ foi escolhida para esta pesquisa exploratória, pois acredita-se que ela possui, de certa forma, uma gestão mais profissionalizada, já que é o segundo maior polo econômico do Brasil. Entretanto, a inexistência de sistema de gerenciamentos em quatro instituições mostrou a necessidade de reestruturação no gerenciamento dessas unidades, levando-se em consideração o montante financeiro envolvido no segmento suplementar de R\$178,5 bilhões no ano base de 2020 (ANS, 2020b).

Dada a complexidade presente nas instituições de saúde, Heinbuch (1995) conjectura que o ideal seria o uso de sistemas de gestão mais específicos para atender à diversidade e à complexidade, e não o uso de ferramentais e teorias oriundas de outros segmentos, como o industrial, dado à baixa literatura sobre o tema.

Com relação aos indicadores de desempenho, a pesquisa qualitativa mostrou que os principais indicadores utilizados nas unidades pesquisadas são a taxa de ocupação, os tratamentos realizados e as consultas realizadas. Inclui-se também o fato de a unidade ser acreditada ou não como um indicador de sua excelência conforme critérios da JCI e da ONA, acreditações das unidades A e D respectivamente. Quanto à justificativa para a existência desses indicadores, somente a instituição A disponibilizou essa informação (painel de oncologia); as demais (C e D) não apresentaram essa informação, demonstrando falta de metodologia.

Das unidades de saúde analisadas, somente a instituição D faz uso de um sistema semelhante ao *Tableau de Bord*, por meio de um *dashboard*, conforme citado pela respondente. Já a instituição A, que possui uma extensa gama de conhecimento, optou pela descontinuação do BSC e a utilização do painel de oncologia criado pelo grupo.

Por outro lado, foi possível apresentar um compilado de 73 indicadores de medidas de desempenho — já validados por instituições de oncologia do sistema suplementar — de instituições com diferentes tipos de perfis gerenciais, como empresas que pertencem a planos de saúde e empresas vinculadas a unidades hospitalares. Com eles, é possível perceber a falta de padronização da nomenclatura dos indicadores, o que dificulta o cruzamento dos dados sobre os indicadores. Outra questão refere-se às fórmulas usadas pelas instituições, que não puderam ser analisadas, pois elas não foram disponibilizadas para cruzamento dos dados.

Uma das instituições analisadas, mesmo com a limitação da divulgação de seu “painel de oncologia”, por motivos de sigilo, disponibilizou 31 (55%) dos seus 56 indicadores existentes, dos quais 17 (30%) são considerados como indicadores-chaves para o gerenciamento da rede a qual pertence.

Em relação à prática gerencial, La Forgia e Couttolenc (2009) afirmam que a avaliação gerencial dos hospitais, aqui chamadas de unidades assistenciais em oncologia, não são uma tarefa fácil, principalmente em decorrência da falta de metodologias adequadas. Além disso, observa-se que esse tipo de organização carece de suporte técnico e de conhecimento da área administrativa, o que acarreta falhas na gestão e no controle dessas organizações (NEELY; GREGORY; PLATTS, 1995).

Diante disso, os resultados encontrados revelam duas realidades distintas: por um lado, há instituições que possuem uma maturidade gerencial, que pode ser comprovada pelo quantitativo de indicadores, como acontece nas instituições A, C e D; por outro, também há aquelas que não fazem o uso de nenhuma medida de desempenho, como as instituições B e E, ambas empresas familiares (a primeira vinculada a um hospital e a segunda é uma unidade ambulatorial). A situação específica destas vai de encontro aos achados das pesquisas que abordam o tema gestão empírica versus gestão profissional, como realizado por Müller *et al.* (2016).

Sendo assim, o estudo verificou que os sistemas de gerenciamento existentes nas unidades de oncologia estudadas, de modo geral, atendem à necessidade destas, mesmo que de forma rudimentar (inúmeros relatos de bases oriundas do Excel®), pois, nos resultados obtidos por meio de questionário, foi possível identificar que a equipe de gestores das unidades analisadas faz uso do controle gerencial da instituição, que atende e reflete uma saúde financeira (faturamento) e o atendimento de seus beneficiários quando pertencentes às operadoras. Contudo, é inegável que a instituição A, possuindo 56 indicadores, um número bem superior em relação às demais unidades analisadas, destaca-se nesse cenário.

Os resultados das pesquisas mostraram que os SMD são norteados pelos indicadores de produção e pelos tratamentos realizados, faturados e recebidos através das unidades que são verticalizadas, gerando uma “autoalimentação” da operadora, já que esta custeia os tratamentos oferecidos aos beneficiários, não impactando o faturamento final do processo.

Percebe-se ainda que as entidades gerenciam suas atividades por meio de informações de produção que subsidiam a tomada de decisão, identificando possíveis falhas e tomando decisões decisivas sobre situações que podem ocorrer e afetar o desempenho (faturamento).

A taxa de *Churn*, indicador proposto nesta pesquisa, já está em estudo no segmento de saúde, devido à sua aplicabilidade em diversas áreas, como a fidelização do cliente e o controle do estoque das unidades, mas ela ainda não está presente no segmento suplementar. Esse indicador pode ser trabalhado de forma associada ao NPS, porque mostra como o cliente percebe determinada empresa, por exemplo, se está insatisfeito com o serviço prestado, o que o faz escolher outra instituição para realizar o seu tratamento

Espera-se que este trabalho tenha oferecido ao leitor uma visão de que a prática da gestão é um processo de tomada de decisão, uma avaliação contínua de ações apoiadas em informações. Essas informações podem ser utilizadas para compreender a realidade da saúde, além da estrutura e da forma de prestação dos serviços, por meio de indicadores ou bases de dados, para que possam ser adaptados à realidade do segmento de oncologia que está em crescente evolução e mudanças.

Assim, sugerem-se alguns temas para pesquisas futuras:

- a) Pesquisar, no âmbito nacional, os indicadores de desempenho em uso nos serviços oncológicos;
- b) Avaliar a implementação da avaliação de desempenho por unidades oncológicas não acreditadas e acreditadas, e públicas e privadas, buscando, assim, analisar os processos de medição de vários perfis gerenciais;
- c) Avaliar o uso do indicador proposto na pesquisa em unidades de saúde privada, sejam do segmento oncológico ou não.

## REFERÊNCIAS

ABELHA, M. C. **Avaliação dos indicadores de desempenho na gestão de operações de serviços da saúde suplementar**. 2012. Dissertação (Mestrado em Administração e Desenvolvimento Empresarial) – Universidade Estácio de Sá, Rio de Janeiro, 2012.

AFUAH, A. **Innovation mangement: strategies, implementation and profits**. New York: Oxford University Press, 2003.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Histórico. **Ministério da Saúde**, Rio de Janeiro, 2020a. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 02 abr. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Oncologia e Covid-19: orientações sobre cuidados na pandemia. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2021a. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/gestao-em-saude/projeto-oncorede>. Acesso em: 08 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Projeto OncoRede**. Análise dos dados do projeto-piloto de abril 2017 a abril 2018. Rio de Janeiro: ANS, 2019. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/arquivos/assuntos/gestao-em-saude/projeto-oncorede/relatorio-conclusivo-oncorede-pdf>. Acesso em: 11 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Projeto OncoRede. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 16 jul. 2021b. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/gestaosaude/projeto-oncorede-1>. Acesso em: 11 set. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Rol de Procedimentos e Terminologia Unificada da Saúde Suplementar. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 20 ago. 2015. Disponível em: <https://www.gov.br/ans/pt-br/assuntos/noticias/operadoras/rol-de-procedimentos-e-terminologia-unificada-da-saude-suplementar>. Acesso em: 10 out. 2021.

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Saúde suplementar fecha 2019 com 47 milhões de beneficiários de planos de saúde. **Ministério da Saúde**, Rio de Janeiro, 05 fev. 2020b. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5348-saude-suplementar-fecha-2019-com-47-milhoes-de-beneficiarios-de-planos-desaude>. Acesso em: 04 abr. 2021.

AL-ABRI, R.; AL-BALUSHI, A. Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. **Oman Medical Journal**, [s. l.], v. 29, n. 1, p. 3-7, 2014.

ALBUQUERQUE, C.; PIOVESAN, M. F.; SANTOS, I. S.; MARTINS, A. C. M.; FONSECA, A. L.; SASSON, D.; SIMÕES, K. A. A situação atual do mercado da saúde suplementar no Brasil e apontamentos para o futuro. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 13, n. 5, p. 1421-1430, 2008.

ALBUQUERQUE, G. M.; FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. L. Integração vertical nas operadoras de assistência médica privada: um estudo exploratório na região de São Paulo. **Production**, [s. l.], v. 21, n. 1, p. 39-52, 2011.

ALEMI, F.; SULLIVAN, T. An Example of Activity Based Costing of Treatment Programs. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, [s. l.], v. 33, n. 1, p. 89-99, 2007.

ALMEIDA, L.; GAVASSO, W. C.; GAVASSO, D. R. Glosas Hospitalares: os principais motivos encontrados em uma empresa de saúde suplementar. *In*: SEMINÁRIO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 24.; SEMINÁRIO INTEGRADO DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO, 11.; MOSTRA UNIVERSITÁRIA, 9., 2018, Xanxerê. **Anais [...]**. Xanxerê: UNOESC, 2018.

ALVES, K. **Impacto da gestão da qualidade no desempenho de organizações hospitalares na região metropolitana de São Paulo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2015.

ALVES, M. C. D. **Avaliação de desempenho financeiro de organizações hospitalares prestadoras de serviço de saúde ao SUS**. Monografia (Bacharel em Ciências Contábeis) — Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2018.

ARAÚJO, A. C.; MUSETTI, M. A.; ARAÚJO, E. A. Utilização da metodologia EKD em processo de compras de hospital de ensino público. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 35., 2015, Fortaleza. **Anais [...]**. Fortaleza: ABEPRO, 2015. p. 1-15. Disponível em: [http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN\\_STO\\_212\\_256\\_26666.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STO_212_256_26666.pdf). Acesso em: 18 jan. 2018.

ARMENDANE, G. D. Por um cuidado respeitoso. **Revista Bioética**, [s. l.], v. 26, n. 3, p. 343-349, 2018.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PLANOS DE SAÚDE. Expectativas para o mercado de saúde brasileiro. **Abramge**, São Paulo, 14 maio 2015. Disponível em: <https://www.abramge.com.br/portal/index.php/pt-BR/noticias-do-setor/437-expectativas-para-o-mercado-de-saude-brasileiro>. Acesso em: 20 abr. 2021.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS. **Observatório 2021**. São Paulo: ANAHP, 2021. Disponível em: <https://www.anahp.com.br/pdf/observatorio-2021.pdf>. Acesso em: 10 set. 2021.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS REGISTRADORES DE PESSOAS NATURAIS – ARPEN Brasil. **Portal da Transparência**. Registros Brasil. 2021. Disponível em: <https://transparencia.registrocivil.org.br/registros>. Acesso em: 15 out 2021.

ANTUNES, F.; RIBEIRO, J. L. Acreditação hospitalar: um estudo de caso. **Revista Produção Online**, [s. l.], v. 5, n. 1, p. 1-27, 2005.

AVINI, F. C. **Indicadores hospitalares para medição de desempenho assistencial e de gestão: proposta de modelo-referência de benchmarking hospitalar**. 2017. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Gestão e Negócios, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2017.

AYRES, P. R. R.; DIEHL, C. A.; VARGAS, S. B.; MONTEIRO, A. F. Utilização do Performance Measurement Questionnaire (PMQ): Estudo de Caso em um Departamento de Controladoria. *In: CONGRESSO USP CONTROLADORIA E CONTABILIDADE*, 15., 2015, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: USP, 2015. p. 1-16.

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

AZEVEDO, C. E. F.; OLIVEIRA, L. G. L.; GONZALEZ, R. K.; ABDALLA, M. M. A estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. *In: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE*, 4., 2013, Brasília, DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: ANPAD, 2013. p. 1-16.

AZEVEDO, H.; MATEUS, C. Economias de escala e de diversificação: uma análise da bibliografia no contexto das fusões hospitalares. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, [s. l.], v. 32, n. 1, p. 106-117, 2014.

AZEVEDO, P. F.; ALMEIDA, S. F.; ITO, N. C.; BOARATI, V.; MORON, C. R.; INHASZ, W.; ROUSSET, F. **A cadeia de saúde suplementar no Brasil: avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas**. São Paulo: Insper–Centro de Estudos em Negócios, 2016.

B3. Ações. **B3**, [s. l.], 2017. Disponível em: [https://www.b3.com.br/pt\\_br/produtos-e-servicos/negociacao/renda-variavel/empresas-listadas.htm](https://www.b3.com.br/pt_br/produtos-e-servicos/negociacao/renda-variavel/empresas-listadas.htm). Acesso em: 05 out. 2021.

BAIN & COMPANY. Net Promoter System: Measuring Your Net Promoter Score, **Bain & Company**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://www.netpromotersystem.com/about/measuring-your-net-promoter-score/>. Acesso em: 02 maio 2021.

BANCO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. BNDES lança novo programa de R\$ 1 bi para apoio a hospitais filantrópicos. **BNDES**, Rio de Janeiro, 13 jun. 2019. Disponível em: [https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/imprensa/noticias/conteudo/bndes-lanca-novo-programa-de-r\\$-1-bi-para-apoio-a-hospitais-filantropicos](https://www.bndes.gov.br/wps/portal/site/home/imprensa/noticias/conteudo/bndes-lanca-novo-programa-de-r$-1-bi-para-apoio-a-hospitais-filantropicos). Acesso em: 13 set. 2021.

BARBOSA, D. M. S. **Variáveis de desempenho para hospitais sem fins lucrativos**. 2017. Tese (Doutorado em Administração) — Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2017.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2016.

BARROS, F. C. C. **Estruturação e implantação da gestão de indicadores de desempenho em uma clínica de oncologia utilizando o BSC**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Produção) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

BARROS, J. V. **Sistemas de informação e avaliação de desempenho hospitalar: a integração e interoperabilidade entre fontes de dados hospitalares**. 2008. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2008.

BASTOS, A. M.; BONATO, S. V.; GOMES, D. G. Produção acadêmica acerca do uso de indicadores de desempenho para gestão hospitalar: Uma abordagem bibliométrica. **Revista Organizações em Contexto**, [s. l.], v. 15, n. 30, p. 293-316, 2019.

BAUREN, I. M.; DAL MAGRO, C. B.; DIAS, D. R. Uso de Sistemas de Controle Gerencial no Processo Decisório em Hospitais: uma Comparação entre os Gestores Administrativos e os Gestores do Corpo Clínico. **Revista de Contabilidade e Organizações**, [s. l.], v. 8, n. 20, p. 65-83, 2014.

BESSEMER VENTURE PARTNERS. **Bessemer's Top 10 Laws of Cloud Computing: the new principles of "Cloudnomics"**. [S. l.]: BVP, 2012. Disponível em: <https://www.bvp.com/assets/media/2012-10-laws-of-cloud.pdf>. Acesso em: 09 set. 2021.

BIANCO, M. F.; SALERNO, M. S. Como o TQM opera e o que muda nas empresas? Um estudo a partir de empresas líderes no Brasil. **Gestão & produção**, [São Carlos], v. 8, n. 1, p. 56-67, 2001.

BITTAR, O. J. N. V. **Hospital: qualidade & produtividade**. São Paulo: Savier, 1997.

BITTAR, O. J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde – parte II. **Revista de Administração em Saúde**, [s. l.], v. 10, n. 40, p. 113-116, 2008.

BORBA, V. R. **Do planejamento ao controle de gestão hospitalar: instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BORTOLUZZI, S. C.; ENSSLIN, S. R.; ENSSLIN, L.; VICENTE, E. F. R. Práticas de avaliação de desempenho organizacional em pequenas e médias empresas: investigação em uma empresa de porte médio do ramo moveleiro. **Revista Produção Online**, [s. l.], v. 10, n. 3, p. 551-576, 2010.

BRAGA NETO, F. C.; BARBOSA, P. R.; SANTOS, I. S.; OLIVEIRA, C. M. F. Atenção Hospitalar: evolução histórica e tendências. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org.) **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008.

BRASIL. **Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998**. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 1998. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19656.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19656.htm). Acesso em: 5 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 12.529, de 30 de novembro de 2011**. Estrutura o Sistema Brasileiro de Defesa da Concorrência; dispõe sobre a prevenção e repressão às infrações contra a ordem econômica; altera a Lei nº 8.137, de 27 de dezembro de 1990, o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal, e a Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985; revoga dispositivos da Lei nº 8.884, de 11 de junho de 1994, e a Lei nº 9.781, de 19 de janeiro de 1999; e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112529.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112529.htm). Acesso em: 20 set. 2021.

BRASIL. Ministério da Educação. Cadastro Nacional de Cursos e Instituições de Educação Superior – cadastro e-MEC. **Ministério da Educação**, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <https://emec.mec.gov.br/emec/nova>. Acesso em: 19 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde. Estabelecimento de Saúde. **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2020. Disponível em: [http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe\\_Ficha\\_Estabelecimento.asp?VCo\\_Unidade=3302006974015](http://cnes2.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3302006974015). Acesso em: 02 mar. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Datasus**. Informes de Saúde – tipos de estabelecimento. Brasília, DF: MS, 2021.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R. L.; TORRE, L. A.; JEMAL, A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: a Cancer Journal for Clinicians**, [s. l.], v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018.

BRESSER-PEREIRA, L. C. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de administração pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 7-26, 2000.

BRESSER-PEREIRA, L. C.; SPINK, P. K. **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

BRITO, L. A. L.; MALIK, A. M.; BRITO, E.; BULGACOV, S.; ANDREASSI, T. Práticas de gestão em hospitais privados de médio porte em São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p.e00030715, 2017.

BUCHELE, R. **Políticas administrativas para empresas em crescimento** (Manual para Avaliação). São Paulo: Atlas, 1971.

BUTTIGIEG, S. C.; PACE, Ad.; RATHERT, C. Hospital performance dashboards: a literature review. *Journal of health organization and management*. **Journal Health Organization and Management**, [s. l.], v. 31, n. 3, p. 385-406, 2017.

CALABRESE, A. Service productivity and service quality: A necessary trade-off? **International Journal of Production Economics**, [s. l.], v. 135, n. 2, p. 800-812, 2012.

CAMP, R.; TWEET, A. Benchmarking applied to health care. **The Joint Commission journal on quality improvement**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 229-238, 1994.

CAMP, R. **Benchmarking: the search for industry best practices that lead to superior performance**. Milwaukee: ASQC Quality Press, 1989.

CAMPOS, C. C. **Um estudo das relações entre operadoras de planos de assistência à saúde e prestadores de serviços**. 2004. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Engenharia) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

CARDOSO, S. O. S.; RIBEIRO, G. R. A excelência na qualidade hospitalar: um enfoque na acreditação ONA. **Revista Processando o Saber**, [s. l.], v. 9, p. 77–95, 2017.

CARVALHO, M. H. R.; CARVALHO, S. M. R.; LAURENTI, R.; PAYÃO, S. L. M. Tendência de mortalidade de idosos por doenças crônicas no município de Marília-SP, Brasil: 1998 a 2000 e 2005 a 2007. **Epidemiol. Serv. Saúde**, [s. l.], v. 23, n. 2, p. 347-354, 2014. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/ress/2014.v23n2/347-354/pt>. Acesso em: 21 mar. 2020.

CECHIN, J. **A história e os desafios da saúde suplementar**: 10 anos de regulação. [S. l.]: Instituto de Estudos de Saúde Suplementar, 2008.

CENTRO ESTADUAL DE ESTATÍSTICAS, PESQUISAS E FORMAÇÃO DE SERVIDORES PÚBLICOS DO RIO DE JANEIRO — CEPERJ. **Produto Interno Bruto dos Municípios**. Rio de Janeiro: CEPERJ, 2020. Disponível em: <https://www.ceperj.rj.gov.br/wp-content/uploads/2021/07/PIB-MUNICIPAL-2018.pdf>. Acesso em: 7 out. 2021.

CEZARINO, L. O.; FIGUEIREDO, F. C.; TOSTA, C.; PRESTES, M. O.; CORRÊA, H. L. Modelo de Avaliação de Desempenho Organizacional em Organizações Sem Fins Lucrativos. In: ENCONTRO DE GESTÃO E NEGÓCIOS, 2014, Uberlândia. **Anais [...]**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia/FAGEN, 2014.

CHAUHAN, S.; SAINI, S.; BATHLA, R.; RANA, A. Application of Machine Learning to Predict Hospital Churning. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON RELIABILITY, INFOCOM TECHNOLOGIES AND OPTIMIZATION (TRENDS AND FUTURE DIRECTIONS), 8., 2020. **Anais [...]**. [S. l.]: IEEE, 2020. p. 33-37.

CHIARETO, J.; CORRÊA, H. L.; CARNEIRO DA CUNHA, J. A. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo em um hospital universitário público. **Revista Ibero Americana de Estratégia**, [s. l.], v. 17, n. 1, p. 112-129, 2018.

CIPRIANO, L. E.; ROMANUS, D.; EARLE, C. C.; NEVILLE, B. A.; HALPERN, E. F.; GAZELLE, G. S.; MCMAHON, Pa. M. Lung cancer treatment costs, including patient responsibility, by disease stage and treatment modality, 1992 to 2003. **Value Health**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 41-52, 2011. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21211485/>. Acesso em: 23 set. 2020.

CISTER, A. **Mineração de dados para a Análise de atrito em telefonia móvel**. 2005. Tese (Doutorado em Engenharia Civil) – Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DA SAÚDE. ONA: A CNSaúde é uma das entidades que fundaram a ONA. Brasília, DF, CNA, 2018. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/parceiros/ona/>. Acesso em: 16 set. 2021.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. Relação de Instituições Acreditadas. Rio de Janeiro, CBA, 2021. Disponível em: <https://cbacred.org.br/site/acreditacao/instituicoes-acreditadas/>. Acesso em: 16 set. 2021.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

CONTRERAS, P. J. Integrando el ‘net promoter system’ en el ‘marketing intelligence’ como una herramienta de mejora. **Harvard Deusto Márketing y Ventas**, [s. l.], n. 152, p. 24-29, 2018.

CORRÊA, H. L.; HOURNEAUX JUNIOR, F. Sistemas de mensuração e avaliação de desempenho organizacional: Estudo de casos no setor químico no Brasil. **Revista Contabilidade & Finanças – USP**, São Paulo, v. 19, n. 48 p. 50-64, 2008.

CORRÊA, H. L. **Modelo de avaliação do desempenho organizacional: MADE-O: como conhecer o verdadeiro desempenho de uma organização.** Notas de aula da disciplina EAD5948 – Avaliação de desempenho global. São Paulo: Faculdade de Economia e Contabilidade/Universidade de São Paulo, 2011.

CORRÊA, H. L. **O “estado da arte” da avaliação de empresas estatais.** 1986. Tese (Doutorado) – Faculdade de Economia e Administração – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

CRAWFORD, J. Triple bottom line performance–finding the balance. *In: AUSTRALASIAN EVALUATION SOCIETY INTERNATIONAL CONFERENCE*, 2002, Wollongong. **Anais [...]**. Wollongong: [s. n.], 2002.

CROSS, K. F.; LYNCH, R. L. The “SMART” way to define and sustain success. **National productivity review**, [s. l.], v. 8, n. 1, p. 23-33, 1988.

CUNHA, J. A. C. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde: um estudo em hospitais filantrópicos.** 2011. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

DAMASCENO, V. A.; ALVES, K. K. A. F. Aplicação e contribuições dos indicadores hospitalares: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 8, p. e902986637-e902986637, 2020.

DEBUSK, G. K.; BROWN, R. M.; KILLOUGH, L. N. Components and relative weights in utilization of dashboard measurement systems like the Balanced Scorecard. **The British Accounting Review**, [s. l.], v. 35, n. 3, p. 215-231, 2003.

DINESH, D.; PALMER, E. Management by objectives and the balanced scorecard: will Rome fall again? **Management Decision**, [s. l.], v. 36, n. 6, p. 363-369, 1998.

DIXON, J. R.; NANNI, A. J.; VOLLMANN, T. E. **New performance challenge: Measuring operations for world-class competition (irwin/apics series in production management).** Homewood: McGraw-Hill Professional Publishing, 1990.

DUARTE, G. C.; PAULA, E.; ARANHA, F. J. P.; OLIVEIRA, G. B.; VIGORITO, A. C.; SOUZA, C. A.; MARQUES, J. F. The Utilization of NET Promoter System As a Blood Supply Management Strategy. **Bood**, [s. l.], v. 120, n. 21, p. 4378-4378, 2012.

ÉCKELI, I.; BARBOSA, D. H.; BARBOSA, J. S. K. Desenvolvimento de um sistema de medição de desempenho a partir do modelo balanced scorecard: pesquisa ação em uma

unidade hemoterápica em Maringá-PR. **RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [s. l.], v. 17, n. 2, p. 58-84, 2020.

EDVINSSON, L.; MALONE, M. S. **Capital intelectual**: descobrindo o valor real de sua empresa pela identificação de seus valores internos. São Paulo: Makron Books, 1998.

ELIAS, J. C.; ALVES, A. C.; SILVA, A. T.; SILVA, M. M.; JANUÁRIO, G. C.; RIBEIRO, M. I. L. C. Levantamento dos custos do diagnóstico e tratamento oncológico no paciente idoso. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 270, p. 4808-4815, 2020.

ELLIOT, C.; MCULLAGH, C.; BRYDON, M.; ZWI, K. Developing key performance indicators for a tertiary children's hospital network. **Australian Health Review**, [s. l.], v. 42, n. 5, p. 491-500, 2018.

EMPRESA PAULISTA DE PLANEJAMENTO METROPOLITANO DE SÃO PAULO – EMPLASA. **Indicadores**. 2015. Disponível em: <http://www.emplasa.sp.gov.br/emplasa/Indicadores/gsp.asp>. Acesso em: 10 out. 2021.

EPSTEIN, M. J.; MANZONI, J. Implementing corporate strategy: From Tableaux de Bord to balanced scorecards. **European Management Journal**, [s. l.], v. 16, n. 2, p. 190-203, 1998.

EPSTEIN, M. J.; MANZONI, J. The balanced scorecard and tableau de bord: translating strategy into action. **Management Accounting**, [s. l.], v. 79, n. 2, p. 28-36, 1997.

ESCRIVÃO JUNIOR, A. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciência & Saúde Coletiva**, [s. l.], v.12, n.3, p. 655-666, 2007.

ESPOSTO, K. F. **Identificação de requisitos básicos de sistemas de medição de desempenho e avaliações de casos de um sistema computacional de suporte**. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2003.

FARIAS, L. O.; MELAMED, C. Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 8, n. 2, p. 585-598, 2003.

FELIPE, L. M.; LAGO, S. M. S. Gestão estratégica de hospitais: uma análise da produção científica (2008-2018). **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 355-370, 2019.

FERRAZ, C. A. **Proposta de um método abrangente para o diagnóstico da medição de desempenho organizacional**. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro de Ciências Exatas e Tecnologias, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2003.

FERREIRA, J. N.; CORREIA, L. R. B. R.; OLIVEIRA, R. M.; WATANABE, S. N.; POSSARI, J. F.; LIMA, A. F. C. Manejo da neutropenia febril em pacientes adultos oncológicos: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 70, n. 6, p. 1301-1308, 2017.

FERREIRA, T. S.; SOUZA-BRAGA, A. L.; CAVALCANTI-VALENTE, G. S.; FERREIRA DE SOUZA, D.; CARVALHO-ALVES, E. M. Auditoria de enfermagem: o impacto das

anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, Cundinamarca, v. 9, n. 1, p. 38-49, 2009.

FEVORINI, F. B. **A avaliação de desempenho organizacional na administração municipal**. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

FISHER, N. I.; KORDUPLESKI, R. E. Good and bad market research: A critical review of Net Promoter Score. **Applied Stochastic Models in Business and Industry**, [s. l.], v. 35, n. 1, p. 138-151, 2019.

FONSECA, A. L. **Portabilidade em planos de saúde no Brasil**. 2004. Dissertação (Mestrado Profissionalizante) — Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz, Rio de Janeiro, 2004.

FÓRUM NACIONAL DE ENTIDADES METROPOLITANAS. **Região Metropolitana do Rio de Janeiro**. São Paulo: EMPLASA, 2018. Disponível em: <https://fnemrasil.org/rj/>. Acesso em: 8 ago. 2021.

FRANCESCHI, P. R. **Modelagens preditivas de Churn: o caso do Banco do Brasil**. 2019. Dissertação (Mestrado em Administração) – Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2019.

FUNDAÇÃO DO CÂNCER. Projeto Oncorede é lançado no Rio de Janeiro. [S. l.]: Fundação do Câncer, 2016.

GARENCO, P.; BIAZZO, S.; BITITCI, U. S. Performance measurement systems in SMEs: A review for a research agenda. **International journal of management reviews**, [s. l.], v. 7, n. 1, p. 25-47, 2005.

GIACOMELLI, G. S.; CHIAPINOTO, F. V.; MARION FILHO, P. J. Sistema de saúde suplementar brasileiro e transição demográfica: crescimento e perfil etário. **Jornal Brasileiro da Economia da Saúde**, [s. l.], v. 9, n. 9, p. 242-248, 2017. Disponível em: [https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883002/doi-1021115\\_jbesv9\\_n3p242-48.pdf](https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/04/883002/doi-1021115_jbesv9_n3p242-48.pdf). Acesso em: 5 out. 2020.

GILMORE, C. M.; NOVAES H. M. **Manual de gerência da qualidade**. Washington, D.C.: OPAS/Kellogg, 1997.

GIOIA, D. A.; CORLEY, K. G.; HAMILTON, A. L. Seeking qualitative rigor in inductive research: Notes on the Gioia methodology. **Organizational research methods**, [s. l.], v. 16, n. 1, p. 15-31, 2013.

GONÇALVES, A. A.; OLIVEIRA, M. J. F.; LEITÃO, A. R. Gestão de operações em serviços de saúde. In: SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS, 9., 2006, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2006.

GRAÇA, C. **Estratégia de desempenho: estudo de performance no CHMT**. 2019. Dissertação (Mestrado em Gestão) — Escola Superior em Gestão de Tomar, Instituto Politécnico de Tomar, Tomar, 2019.

GULBRANDSEN, B.; SANDVIK, K.; HAUGLAND, S. A. Antecedents of vertical integration: Transaction cost economics and resource-based explanations. **Journal of Purchasing and Supply Management**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 89-102, 2009.

GUERRA, M. **Análise de desempenho de organizações hospitalares**. 2011. Dissertação (Mestrado em Contabilidade e Controladoria) – Faculdade de Ciências Econômicas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

GUPTILL, J. Knowledge management in health care. **Journal Health Care Finance**, [S. l.], v. 31, n. 3, p. 10-14, 2005.

HANDAYANI, P. W.; HIDAYANTO, A. N.; SANDHYADUHITA, P. I., KASIYAH, M. J.; AYUNINGTYAS, D. Strategic hospital services quality analysis in Indonesia. **Expert Systems Application**. [s. l.], v. 42, n. 6, p. 3067–3078, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0957417414007647#!>Acesso em: 16 set. 2021.

HEINBUCH, S. E. A case of successful technology transfer to health care: total quality management and just-in-time. **Journal of Management in Medicine**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. 48-56, 1995.

HOURNEAUX JUNIOR, F.; RUIZ, F. M.; CORRÊA, H. L. A evolução dos métodos de mensuração e avaliação de desempenho das organizações. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 29., 2005, Brasília/DF. **Anais [...]**. Brasília/DF: ANPAD, 2005.

HOURNEAUX JUNIOR, F. **Avaliação de desempenho organizacional**: estudo de casos de empresas do setor químico. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (Brasil). Estimativa da população. **IBGE**, Rio de Janeiro, 2020. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9103-estimativas-de-populacao.html?=&t=resultados>. Acesso em: 01 fev. 2021.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Governo pode economizar até R\$ 3 para cada R\$ 1 em incentivo fiscal na saúde. **IESS**, São Paulo, março de 2020. Disponível em: <https://www.iess.org.br/publicacao/blog/governo-pode-economizar-ate-r-3-para-cada-r-1-em-incentivo-fiscal-na-saude>. Acesso em: 04 abr. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (Brasil). **Estimativa 2020 Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

IRHAMNI, F.; KHOTIMAH, B. K.; RAHMAWATI, D. Improvement Integrated Performance Measurement System (IPMS) for Small and Medium Enterprise Impact of Information Technology. **Journal of Theoretical & Applied Information Technology**, [s. l.], v. 95, n. 2, p. 319-327, 2017.

- ISLAMI, F.; SAUER, A. G.; MILLER, K. D.; SIEGEL, R. L.; FEDEWA, St. A.; JACOBS, E. J.; MCCULLOUGH, M. L.; PATEL, A. V.; MA, J.; SOERJOMATARAM, W. D. F.; BRAWLEY, O. W.; GAPSTUR, S. M.; JEMAL, A. Proportion and Number of Cancer Cases and Deaths Attributable to Potentially Modifiable Risk Factors in the United States. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, [s. l.], v. 68, n. 1, p. 31-54, 2018.
- JAHANZEB, S.; JABEEN, S. Churn management in the telecom industry of Pakistan: A comparative study of Ufone and Telenor. **Journal of Database Marketing & Customer Strategy Management**, [s. l.], v. 14, n. 2, p. 120-129, 2007.
- JENSEN, A. J.; SAGE, A. P. A systems management approach for improvement of organizational performance measurement systems. **Information Knowledge Systems Management**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 33-61, 2000.
- JOAQUIM, L. F. Falta de investimento e gestão enfraquecida impulsionam fusões e aquisições na Saúde. [Entrevista cedida a] Portal Hospitais Brasil, **Publimed Editora**, São Paulo, 29 maio 2018. Disponível em: <https://portalhospitaisbrasil.com.br/falta-de-investimento-e-gestao-enfraquecida-impulsionam-fusoes-e-aquisicoes-na-saude/>. Acesso em: 20 set. 2021.
- JOHNSON, C. C.; BEIMAN, I. **Balanced Scorecard: for State-owned Enterprises: Driving Performance and Corporate Governance**. Philippines: Asian Development Bank, 2007.
- JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto**. São Paulo: Pioneira, 1992.
- JURAN, J. M. **Managerial Breakthrough: The Classic Book on Improving Management Performance**. Homewood: McGraw-Hill, 1995.
- KALLÁS, D. **Balanced Scorecard: Aplicação e Impacto: um estudo com jogos de empresas**. 2003. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. 21 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **Kaplan e Norton na prática**. 5 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **The execution premium: linking strategy to operations for competitive advantage**. Boston: Harvard Business School, 2008.
- KAPLAN, R. S.; NORTON, D. The Balanced Scorecard – Measures that Drive Performance. **Harvard Business Review**, [s. l.], p. 70-79, 1992.
- KENNERLEY, M.; NEELY, A. Performance measurement frameworks: a review. In: NEELY, Andy (ed.). **Business performance measurement: Theory and practice**. Cambridge: Cambridge University Press, 2002. p.145-155.
- KNUST, R. E.; PORTELA, M. C.; PEREIRA, C. C A.; FORTES, G. B. Estimativa dos custos da assistência do câncer em um hospital público de referência. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 51, p. 1-11, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/wNqz6vZw>

JWfTKtKtCk4gRxN/?lang=pt&format=pdf. Acesso em: 06 jan. 2020.

KOBEL, C.; THUILLIEZ, J.; BELLANGER, M.; PFEIFFER, K. DRG systems and similar patient classification systems in Europe. *In*: BUSSE, R.; GEISLER, A.; QUENTIN, W.; WILEY, M. (ed.). **Diagnosis-related groups in Europe: moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals**. [S. l.]: Open University Press, 2011, pp. 37-58.

KRISHNA, Y. S. R. **Proposta de modelo de gestão da qualidade nos fornecedores do setor aeroespacial**. 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia Mecânica) – Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2001.

KUDLAWICZ-FRANCO, C.; BACH, T. M.; SILVA, E. D. Assimetria de informação e desempenho: Um estudo em empresas de capital aberto no Brasil. **Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa**, [s. l.], v. 15, n. 2, p. 24-39, 2016.

KUMAR, V.; PANSARI, A. National Culture, Economy, and Customer Lifetime Value: Assessing the Relative Impact of the Drivers of Customer Lifetime Value for a Global Retailer. **Journal of International Marketing**, [s. l.]: v. 24, n. 1, p. 1-21, 2016.

LA FORGIA, G.; COUTTOLENC, B. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

LAI, Joseph Hung Kit; YUEN, Pak Leung. Identifying key performance indicators for facilities management in hospital buildings. *In*: CIB WORLD BUILDING CONGRESS, 2019, Hong Kong. **Anais [...]**. Hong Kong: CIB, 2019.

LARA, N. **Texto para Discussão nº 77-2020: Gasto Tributário como ferramenta para o desenvolvimento econômico e social do país**, IEES, São Paulo, 2020. Disponível em: <https://www.iees.org.br/sites/default/files/2021-04/TD77.pdf>. Acesso em: 04 abr. 2021.

LAVIERI, C. A.; CUNHA, J. A. C. A utilização da avaliação de desempenho organizacional em franquias. *In*: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009, São Paulo. **Anais [...]**. São Paulo: ANPAD, 2009.

LENHARD, T. H. **Risco moral no mercado de saúde suplementar: efeito do copagamento na utilização dos serviços de saúde**. 2017. Dissertação (Mestrado em Economia) – Programa de Pós-Graduação em Economia, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2017.

LEWIN, M. C. Plano de gerenciamento da qualidade: uma proposta de instrumentalização em gerenciamento de projetos. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 7., 2011, Rio de Janeiro. **Anais [...]**. Rio de Janeiro: CNEG, 2011.

LIMA, C. R. M. **O balanced scorecard ajustado para uma universidade fundacional catarinense e desdobrado para sua escola de negócios, cursos e indivíduos**. 2005. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

LIMA, R. F. **Elaboração e validação do Manual de Orientações sobre reações adversas a antineoplásicos para a Equipe de Enfermagem**. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Pesquisa Clínica) – Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2019.

LIRA, C. A.; SILVA, G.; LIMA; C. R. M.; LIMA, M. A. Governança Corporativa em um Hospital Privado: um estudo de caso sobre o impacto no desempenho hospitalar. **Revista em Gestão em Sistemas de Saúde**, [s. l.], v. 6, n. 3, p. 229-244, 2017.

LOURENÇO, K. G.; CASTILHO, V. Nível de atendimento dos materiais classificados como críticos no Hospital Universitário da USP. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 60, p. 15-20, 2007.

LUGOBONI, L. F. **Modelos de avaliação de desempenho organizacional em instituições de ensino superior na grande São Paulo**. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Municipal de São Caetano do Sul, São Caetano do Sul, 2010.

MADALENO, J. M. **Uma proposta de sistematização de indicadores de desempenho na área hospitalar**. 2015. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Gestão) – Escola de Engenharia, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2015.

MALIK, A. M. (org.). **Gestão em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.

MALINA, M. A.; SELTO, F. H. Choice and change of measures in performance measurement models. **Management Accounting Research**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 441–469, 2004.

MANONGDO, R.; XU, G. Applying client churn prediction modeling on home-based care services industry. *In*: INTERNATIONAL CONFERENCE ON BEHAVIORAL, ECONOMIC AND SOCIO-CULTURAL COMPUTING (BESC), 2017. **Anais [...]**. [S. l.]: IEEE, 2017. p. 1-6.

MARÇAL, C. A. M. **A Avaliação de desempenho empresarial: o passo seguinte à implantação do sistema de gestão**. 2008. Dissertação (Mestrado em Gestão Empresarial) – Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2008.

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

MARINHO, S. V.; SELIG, P. M. Análise comparativa do *balanced scorecard* com alguns dos principais sistemas de medição de desempenho. **Revista Gestão Industrial**, Ponta Grossa, v. 5, n. 3, p. 177-197, 2009.

MARLEY, R. The Net Promoter System's "Inner Loop": The Secret to Individual Learning and Connecting with Customers, **Bain & Company**, [s. l.], 01 abril 2015. Disponível em:

<https://www.bain.com/insights/the-net-promoter-systems-inner-loop/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

MARTINS, R. A. **Sistemas de medição de desempenho**: Um modelo para estruturação de uso. 1999. Tese (Doutorado em Engenharia) – Escola Politécnica São Paulo, São Paulo, 1999.

MARTINDELL, J. **The scientific appraisal of management**. Nova Iorque: Harper & Brothers, 1950.

MARTINO, B. M. Indicadores na área da Saúde: guia de sobrevivência. **Instituto Ishikawa**, São Paulo, 2021. Disponível em: <https://institutoishikawa.com.br/indicadores-na-area-da-saude-guia-de-sobrevivencia/>. Acesso em: 20 out. 2021.

MCKELVIE, D.; WOLSTENHOLME, E. **The Dynamics of Care**: Understanding People Flows in Health and Social Care. [S. l.]: Springer, 2019.

MENDES, G. H. S.; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gestão & Produção**, [s. l.], v. 22, n. 3, p. 636-648, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/gp/a/vYk5yKTqSLvSHJMDb65x7hk/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 4 jul. 2021.

MENICUCCI, T. M. G. **Público e privado na política de assistência à saúde no Brasil**: atores, processos e trajetória. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MIRANDA, R. A. M. **Fatores que afetam o suporte fornecido pela medição de desempenho ao processo de melhoria contínua em empresas certificadas ISO 9001**. 2005. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro de Ciências Exatas e Tecnologias, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2005.

MIRANDA-SÁ JUNIOR, L. S. **Uma introdução à medicina** – o médico. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2013. v. 1. Disponível em: [https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/introduo%20e%20medicina\\_livro.pdf](https://portal.cfm.org.br/images/stories/biblioteca/introduo%20e%20medicina_livro.pdf). Acesso em: 21 out. 2021.

MIZUTANI, B. S. **Implementação do net promoter score em uma empresa de varejo online**. 2016. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Produção) – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

MOHAMMADZADEH, M.; HOSEINI, Z. Z.; DERAFSHI, H. A data mining approach for modeling churn behavior via RFM model in specialized clinics Case study: A public sector hospital in Tehran. **Procedia computer science**, [s. l.] v. 120, p. 23-30, 2017.

MOSEL, D.; GIFT, B. Collaborative benchmarking in health care. **The joint commission journal on quality improvement**, [s. l.], v. 20, n. 5, p. 239-249, 1994. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8044219/>. Acesso em: 08 set. 2021.

MORAIS, M. V.; BURMESTER, H. (org.). **Auditoria em saúde**. São Paulo: Saraiva, 2014.

MOURA, M. V. **Co-criação de valor do consumidor: impacto na fidelização do paciente ao médico.** 2013. Dissertação (Mestrado em Gestão da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2013.

MULLER, C. J. **Modelo de gestão integrando planejamento estratégico, sistemas de avaliação de desempenho e gerenciamento de processos (MEIO-Modelo de Estratégia, Indicadores e Operações).** 2003. Tese (Doutorado em Engenharia de produção) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2003.

MÜLLER, V. C.; MARTINS, D. A.; FOSSATI, P. GÜTHS, H.; RIBEIRO, D. V. Gestão em saúde – do empirismo à profissionalização: um estudo de caso em Instituição de Ensino Superior. **RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [s. l.], v. 13, n. 1, p. 96-107, 2016.

MUNARETTO, L. F. **Avaliação de desempenho organizacional em cooperativas de eletrificação: um estudo sobre o uso de indicadores de desempenho.** 2013. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

NASCIMENTO, E. L. L.; CALVO, M. C. M.; ENSSLIN, S. R.; VALMORBIDA, S. M. I. Evolução e características da avaliação do desempenho hospitalar: uma revisão de literatura. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, São Paulo, v. 9, n. 3, p. 454-478, 2020.

NEELY, A.; ADAMS, C.; CROWE, P. The performance prism in practice. **Measuring Business Excellence**, [s. l.], v. 5, n. 2, p. 6-12, 2001.

NEELY, A.; ADAMS, C.; KENNERLEY, M. **The performance prism: The scorecard for measuring and managing business success.** London: Prentice Hall/Financial Times, 2002.

NEELY, A.; GREGORY, M.; PLATTS, K. Performance measurement system design: a literature review and research agenda. **International journal of operations & production management**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 80-116, 1995.

NITÃO, S. R. V. **Saúde suplementar no Brasil: um estudo da dinâmica industrial pós-regulamentação.** 2004. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

NOBREGA, C. R.; LIMA, A. F. C. Custo de procedimentos relacionados ao tratamento quimioterápico ambulatorial de mulheres portadoras de câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 699-705, 2014.

NOGUEIRA, C. A. L. **Análise da estrutura econômica da saúde suplementar: em busca de uma estrutura eficiente de mercado.** 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

NORONHA, M. F. PORTELA, M. C.; LEBRÃO, M. L.. Potenciais usos dos AP-DRG para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 242-255, 2004.

NUNES, P. M.; ERDMANN, R. H. Percepção dos gestores hospitalares de Santa Catarina sobre a utilização de indicadores. **RAHIS-Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 83-102, 2018.

OCKE-REIS, C. O. Financial sustainability of the Brazilian Health System and health-related tax expenditures. **Ciência & Saúde Coletiva**, [Rio de Janeiro], v. 23, n. 6, p. 2035-2042, 2018.

OKANO, M. T.; GOMES, J. G. C. Análise da verticalização dos serviços de saúde: estudo exploratório no sistema produtivo da saúde suplementar no Brasil. **Research, Society and Development**, [s. l.], v. 9, n. 2, p. e147922151-e147922151, 2020.

OLIVEIRA, A. D.; COSTA, C. R.; ARNDT, A. B. M. Glosas de materiais e medicamentos em um hospital privado na cidade de Brasília, Distrito Federal. **Acta de Ciências e Saúde**, [s. l.], v. 2, n. 1, p. 1-12, 2014.

OLIVEIRA, F. C. C. **Tableau de Bord**: Proposta para uma empresa. 2018. Dissertação (Mestrado em Contabilidade e Finanças) – Instituto Politécnico de Viana de Castelo, Viana de Castelo, 2018.

OLIVEIRA, L. S.; COSTA, D. N.; OLIVEIRA, D. M. L.; ALMEIDA, H. O. C.; MENDONÇA, I. O. Indicadores de qualidade nos serviços de urgência hospitalar. **Caderno de Graduação-Ciências Biológicas e da Saúde**, Sergipe, v. 4, n. 3, p. 173, 2018.

O'MARA, C. E.; HYLAND, P. W.; CHAPMAN, R. L. Performance measurement and strategic change. **Managing Service Quality: An International Journal**, [s. l.], v. 8, n. 3, p. 178-182, 1998.

OLIVEIRA, D. P. R. **Empresa familiar**: como fortalecer o empreendimento e otimizar o processo sucessório. São Paulo: Atlas, 1999.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Mapa das creditações. São Paulo, **ONA**, 2021a. Disponível em: <https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes>. Acesso em: 16 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. O que é acreditação. São Paulo, **ONA**, 2021b. Disponível em: <https://www.ona.org.br/acreditacao/o-que-e-acreditacao>. Acesso em: 16 set. 2021.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO. **Manual de Oslo**: diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação. 3 ed. [S. l.]: OECD, 1997.

PEREIRA JUNIOR, E. F. Z.; D'AVILA, L. C.; PEREIRA, F. S. Indicadores de desempenho em serviços e produção: proposta de mapeamento da produção científica à luz da bibliometria. **Sinergia**, Rio Grande, v. 22, n. 2, p. 61-73, 2018.

PEREIRA, R. M.; FELIX, B. S.; MONTEIRO, N. J.; FERNANDES, R. M. Análise da gestão de estoque em uma farmácia hospitalar em Marabá-PA: um estudo de caso. **Sistemas & Gestão**, [s. l.], v. 14, n. 4, p. 413-423, 2019.

PINK, G. H.; MCKILLOP, I.; SCHRAA, E. G.; MONTGOMERY, C.; BAKER, G. R. Creating a Balanced Scorecard for a Hospital System. **Journal of Health Care Finance**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 1-20, 2001.

PINTO, M. C. S.; COUTO-DE-SOUZA, C. L. Mudança organizacional em uma empresa familiar brasileira. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 609-634, 2009.

PINTO, V. B. Informação: a chave para a qualidade total. **Ciência da Informação**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 133-137, 1993.

PORTELA, M. C.; LIMA, S. M. L.; UGÁ, M. A. D.; GERSCHMAN, S.; VASCONCELLOS, M. T. L. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares da saúde suplementar no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n.2, p.399-408, 2010.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. Redefining competition in health care. **Harvard Business Review**, Boston, v. 82, n. 6, p. 64-76, 2004.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a Saúde**. Estratégias para Melhorar a Qualidade e Reduzir os Custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

RAHIMI, H.; KAVOSI, Z.; SHOJAEI, P.; KHARAZMI, E. Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model. **Health Management and Information Science**, [s. l.], v.4, n. 1, p. 17-24, 2017.

RAJASEKARAN, M. N.; DINESH, M. N. How net promoter score relates to organizational growth. **International Journal of Creative Research Thoughts**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 2320-2882, 2018.

REAME JUNIOR, E.; REAME, G. H. A Aplicabilidade do Balanced Scorecard e do Performance Prism como Modelos de Sistemas de Medição de Desempenho Organizacional. **Revista Interface Tecnológica**, [s. l.], v. 4, n. 1, p. 43-50, 2007.

REICHHELD, F.; MARKEY, R. **A pergunta definitiva 2.0**: como as empresas que implementam o net promoter score prosperam em um mundo voltado aso clientes. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

REIS, L. G. **Análise da aplicabilidade do custeio baseado em atividades em organização da área hospitalar**: estudo de caso em um hospital privado de Londrina. 2004. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2004.

RESKE FILHO, A.; JACQUES, E. A.; MARIAN, P. D. O controle interno como ferramenta para o sucesso empresarial. **Revista Eletrônica de Contabilidade**, [s. l.], v. 1, n. 3, p. 107-118, 2005.

ROCHA, S. S. **Avaliação do desempenho financeiro de hospitais**. 2018. Monografia (Bacharel em Ciências Contábeis) — Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Gestão de Políticas Públicas, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2018.

RODRIGUES, D. F. **Um estudo sobre o gerenciamento de Churn e a fidelização de clientes em uma empresa de telecomunicação**. 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Administração) — Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2020.

RODRIGUES, J. A. R. M.; CUNHA, I. C. K. O.; VANNUCHI, M. T. O.; HADDAD, M. C. F. L. Out-of-pocket payments in hospital bills: a challenge to management. **Brazilian journal of nursing**, [s. l.], v. 71, n. 5, p. 2511-2518, 2018.

ROGERS, E. M. **Diffusion of innovations**. 5. ed. New York: Free press, 2003.

ROHM, H. **Developing and Using Balanced Scorecard Performance Systems**, 2005. Disponível em: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.453.59&rep=rep1&type=pdf>. Acesso em: 21 out. 2021.

ROLIM, H. S. C.; ROLIM, F. M. C. Avaliação de desempenho no setor público mediante aplicação do Balanced Scorecard. **Revista Científica Intermeio**, Fortaleza, v. 2, n. 1, p. 4-23, 2013.

RUFINO, F. B.; CIRIBELI, J. P. **A aplicação da metodologia net promoter score (nps) no Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC como instrumento de autoavaliação institucional**. 2019. Disponível em: <https://unifagoc.edu.br/download/a/felipe-rufino-2019-ok-artigo-nps-2019-2>. Acesso em: 02 jun. 2021.

RUSSO, J. **Balanced Scorecard para PME e Pequenas e Médias Instituições**. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, 2015.

SANT'ANNA, A. G. Gestão para Sustentabilidade. **Revista Vozes dos Vales da UFVJM**, [s. l.], n. 3, ano II, p. 1-17, 2013.

SANTANA, C. J.; SOARES, C. A. L.; SALLES, M. T. Uso de benchmarks para análise de indicadores de desempenho com utilização de painel de bordo. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 3., 2006, Niterói. **Anais [...]**. Niterói: UFF/LATEC, 2006.

SANTOS, G. M.; STECCA, J. P.; MUNARETTO, L. F.; FALLER, L. P.; CORRÊA, H. L. Avaliação de Desempenho Organizacional: uma proposta de modelo para empresas do setor de móveis planejados. *In*: ENCONTROS DE ESTUDOS EM ESTRATÉGIA, 5., 2011, Porto Alegre. **Anais [...]**. Porto Alegre: ANPAD, 2011. p. 1-17.

SANTOS, M. P.; ROSA, C. D. P. Auditoria de contas hospitalares: análise dos principais motivos de glosas em uma instituição privada. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, [s. l.], v. 15, n. 4, p. 125-132, 2013.

SANTOS, S. L. F.; ALVES, H. H. S.; PESSOA, C. V.; SARAIVA, H. S. T. T.; BARROS, K. B. N. T. Evidências do cuidado farmacêutico na prática clínica da oncologia. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, Sorocaba, v.20, n.2, p.77-81, 2018.

SANTOS, S. P.; BELTON, V.; HOWICK, S. Adding value to performance measurement by using system dynamics and multicriteria analysis. **International Journal of Operations & Production Management**, [s. l.], v. 22, n. 11, p. 1-20, 2002.

SATMETRIX. 2021 B2C NPS Benchmarks at a Glance. Average Net Promoter Score and Leading Company Scores in 23 industries. **NICE System**, [s. l.], 2021. Disponível em: <https://www.satmetrix.com/infographic/2021-us-consumer-benchmarks/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SCHIRIGATTI, J. L.; FARIA, A. R. Método para avaliação de indicadores de desempenho na operação. *In*: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 13., 2006, Bauru, SP. **Anais [...]**. Bauru, SP: SIMEP, 2006.

SEIXAS, M. S.; MELO, H. T. Desafios do administrador hospitalar. **Revista Gestão & Planejamento**, Salvador, ano. 5, n. 9, p. 16-20, 2008.

SETOR SAÚDE. Fusão entre Dasa e Ímpar cria novo gigante na saúde. **Setor Saúde**, [s. l.], 9 nov. 2019. Disponível em: <https://setorsaude.com.br/fusao-entre-dasa-e-impar-cria-novo-gigante-na-saude/>. Acesso em: 05 out. 2021.

SHAW, C. D.; BRAITHWAITE, J.; MOLDOVAN, M.; NICKLIN, W.; GRGIC, I.; FORTUNE, T.; WHITTAKER, S. Profiling health-care accreditation organizations: an international survey. **International Journal for Quality in Health Care**, [s. l.], v. 25, n. 3, p. 222-231, 2013.

SHIBA, S.; GRAHAM, A.; WALDEN, D. **TQM: quatro revoluções na gestão da qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 1997.

SIEGEL, R. L.; MILLER, K. D.; JEMAL, A.. Cancer Statistics, 2020. **CA: a Cancer Journal for Clinicians**, [s. l.], v. 70, n. 1, p. 7–30, 2020. Disponível em: <https://acsjournals.onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.3322/caac.21590>. Acesso em: 1 dez. 2020.

SIGMA PROJECT. **The Sigma guidelines: putting sustainable development into practice** – a guide for organizations. [S. l.]: Sigma Project, 2003.

SILBERSTEIN, A. C. L. **Um estudo de casos sobre a aplicação de princípios enxutos em serviços de saúde no Brasil**. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração) – Instituto COPPEAD de Administração, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

SILVA, A. A. **Relação entre operadoras de planos de saúde e prestadores de serviços: um novo relacionamento estratégico**. Porto Alegre: BVSMS, 2003.

SILVA, A. M. M.; BRANDALIZE, A. A moderna administração hospitalar. **Revista Terra & Cultura: Cadernos de Ensino e Pesquisa**, [s. l.], v. 22, n. 42, p. 56-67, 2020.

SILVA, E. M.; BIZERRA, F.A. Complementariedade Invertida no SUS: o apoio do Estado brasileiro ao setor privado de saúde. *In*: SEMINÁRIO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL. 2., 2017, Florianópolis. **Anais [...]**. Florianópolis: UFSC, 2017.

SILVA, M. Z.; SELL, F. F.; FERLA, R. Relação entre características organizacionais e desempenho econômico-financeiro em organizações de saúde. **Advances in Scientific and Applied Accounting**, [s. l.], v. 11, n. 1, p. 47-70, 2018.

SOMMERS, B. D.; GOUREVITCH, R.; MAYLONE, B.; BLENDON, R. J.; EPSTEIN, A. M. Insurance churning rates for low-income adults under health reform: lower than expected but still harmful for many. **Health Affairs**, [s. l.], v. 35, n. 10, p. 1816-1824, 2016.

SOUZA, C. Sucessão: o maior desafio das empresas familiares. **Isto É Dinheiro**, [s. l.], 20 jul. 2020. Disponível em: <https://www.istoedinheiro.com.br/sucessao-o-maior-desafio-das-empresas-familiares/>. Acesso em: 05 out. 2021.

SOUZA, L. A. S.; BUTCHER, L. R. R. Diagnóstico Organizacional de uma Empresa Familiar do Setor de Saúde em João Pessoa–PB. **Revista Campo do Saber**, Cabedelo, v. 2, n. 2, p. 103-127, 2016.

STAINER, A.; NIXON, B. Productivity and performance measurement in R & D. **International Journal of Technology Management**, [s. l.], v. 13, n. 5-6, p. 486-496, 1997.

STEFANI, S. D. *et al.* (org.). **Economia da saúde em oncologia**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2014.

SUNG, H.; FERLAY, J.; SIEGEL, R. L.; LAVERSANNE, M.; SOERJOMATARAM, I. JEMAL, A.; BRAY, F. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, [s. l.], v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021.

SWAMINATHAN, B.; KARTHIKEYAN, U; KUMAR, P.; FRANCISKA, I. Exhaustive Measurement on Patients Portable Churn Dissection. **Annals of the Romanian Society for Cell Biology**, [s. l.] v. 25, n. 4, p. 8836-8847, 2021.

TECNICON. O que é Churn Rate, como calcular e reduzir para reter clientes? **Tecnicon**, [S. l.], 21 jan. 2020. Disponível em: [https://www.tecnicon.com.br/blog/451O\\_que\\_e\\_Churn\\_Rate\\_como\\_calcular\\_e\\_reduzir\\_para\\_reter\\_clientes](https://www.tecnicon.com.br/blog/451O_que_e_Churn_Rate_como_calcular_e_reduzir_para_reter_clientes). Acesso em: 10 set. 2021.

TINOCO, M. A. C.; RIBEIRO, J. L. D. Modelagem robusta para a satisfação de clientes de serviços. **Production**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 104-117, 2014.

TOMASZEWSKI, R. A.. A importância do pré-teste na construção de um repositório analítico. **La Salle–Revista de Educação, Ciência e Cultura**, [s. l.], v. 12, n. 02, p. 139-149, 2007.

UNIMED. “É necessário investir na verticalização e no Sistema Unimed”, diz Luiz Paulo Toeste Coimbra em evento da APM. **Unimed**, [s. l.], 2 jun. 2021. Disponível em: <https://www.unimed.coop.br/web/cnu-central/publicacoes/-e-necessario-investir-na-verticalizacao-e-no-sistema-unimed-diz-coimbra-em-evento-da-apm>. Acesso em: 20 nov. 2021.

VASCONCELOS, G. M. R. Métodos mistos e análise de relacionamentos de negócios. **Revista Pretexto**, Belo Horizonte, v. 15, n. 3, p. 74-89, 2014.

VELOSO, F. J. M. **Um modelo para previsão de churn na área do retalho**. 2012. Dissertação (Mestrado em Engenharia Informática) – Escola de Engenharia, Universidade do Minho, Braga, 2012.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Gestão da Qualidade Total e enfermagem hospitalar: uma revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [s. l.], v. 68, n.5, p. 945-952, 2015.

VOLPATO, G. M. **A dinâmica das fusões e aquisições no mercado brasileiro de planos de saúde**. 2019. Dissertação (Mestrado em Economia) – Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Porto Alegre, 2019.

WOOD JUNIOR, T.; URDAN, F. T. Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 46-59, 1994.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YOKOMIZO, C. A. **Avaliação de desempenho organizacional: um estudo exploratório em empresas brasileiras de desenvolvimento de software**. 2009. Dissertação (Mestrado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2009.

ZAIRI, M. Benchmarking for the best practice: the power of its adoption and the perils of ignoring its use in a modern business environment. **Pakistan's**, [s. l.], v. 9, p. 14-15, 2005.

ZHU, B.; BAESENS, B.; BROUCKE, S. An empirical comparison of techniques for the class imbalance problem in churn prediction. **Information Sciences**, [s. l.], v. 408, p. 84-99, 2017.

ZIROLDO, R. R.; GIMENES, R. O.; CASTELO JÚNIOR, C. A importância da Saúde Suplementar na demanda da prestação dos serviços assistenciais no Brasil. **O mundo da saúde**, São Paulo, v. 37, n. 21, p. 216-221, 2013.

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta dos serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, [s. l.], v. 9, n. 1-2, p. 127-150, 2000.

**APÊNDICE A — CARTA DE APRESENTAÇÃO ACADÊMICO-PESQUISADOR****Carta de apresentação acadêmico pesquisador**

À Instituição \_\_\_\_\_

Por meio desta carta, apresentamos o acadêmico Verneck Ferreira da Silva, aluno do Curso de Mestrado em Administração de Empresa, devidamente matriculada na Universidade do Grande Rio (Unigranrio), que está realizando o desenvolvimento de dissertação intitulada “Análise dos Sistemas de Desempenhos em Unidades de Saúde do Segmento Oncológico Suplementar na Região Metropolitana do estado do Rio De Janeiro”, seguindo a linha de pesquisa “Estratégia e Governança”.

Solicito acesso às informações pertinentes aos indicadores de desempenho (estrutura, obtenção e análise) em uso nesta unidade para coleta de dados com o propósito de elaborar a pesquisa para a dissertação. Sendo assim, solicito autorização desta renomada instituição para o agendamento de uma entrevista (com um prazo estimado de 1 hora de duração) com o profissional responsável pela área de Qualidade. Esta contemplará questões sobre definição e importância de indicadores de desempenho.

Informo que o caráter ético desta pesquisa assegura o sigilo das informações coletadas e garante, também, a preservação da identidade e da privacidade da instituição e do profissional entrevistado. Todos os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins acadêmicos, respeitando o anonimato do entrevistado e da unidade pesquisada. Com isso, solicito-lhes, aqui, permissão para a divulgação desses resultados e suas respectivas conclusões, em forma de pesquisa, preservando sigilo e ética

Agradeço, desde já, a compreensão e a colaboração no processo de desenvolvimento desta pesquisa. Coloco-me à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Colocamo-nos à vossa disposição por meio dos seguintes contatos:

- e-mail do professor orientador: robertopqfalcao@gmail.com
- e-mail do acadêmico pesquisador: verneckfsilva@gmail.com

Rio de Janeiro, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

---

**Roberto P. Q. Falcão Verneck Ferreira da Silva**  
*Professor Orientador Acadêmico-Pesquisador*

## APÊNDICE B — RESUMO DO TRABALHO

### **Análise dos Sistemas de Desempenhos em Unidades de Saúde do Segmento Oncológico Suplementar na Região Metropolitana do estado do Rio De Janeiro**

#### **Introdução**

Kaplan e Norton (2008) conceituam que a avaliação de desempenho das organizações é a forma pela qual os administradores têm melhor controle gerencial da organização e, assim, podem operacionalizar a estratégia estabelecida. Para exercer o controle gerencial adequadamente, é necessária a adoção de um conjunto de métricas objetivas capazes de apresentar com clareza a situação da organização em termos de eficácia, eficiência e efetividade. Nesta investigação, essas métricas são denominadas como indicadores de desempenho. Barros (2017) conceitua os indicadores como elementos de gestão que geralmente fornecem e representam valores quantitativos de informações geradas pelo processo.

#### **Objetivo geral**

O presente estudo é parte da elaboração de Dissertação de Mestrado com a premissa de investigar e analisar o sistema de medição de desempenho atualmente em uso nas unidades assistenciais do segmento oncológico. Assim, pretende-se averiguar sua capacidade de representar adequadamente a realidade dessa organização e seu potencial para fornecer as informações necessárias para o controle gerencial e tomada de decisões. Para isso, pretende-se atingir os seguintes **objetivos específicos**:

- a) identificar os indicadores de desempenho existentes na organização;
- b) compreender como os indicadores utilizados nas unidades são definidos e revisados, de modo a detalhar sua estrutura de funcionamento;
- c) comparar os indicadores usados na unidade com os existentes na literatura científica;
- d) descrever, sob a perspectiva do gestor de uma organização de saúde suplementar, as vantagens e as desvantagens dos indicadores de desempenho já utilizados na unidade.

## **Procedimentos Metodológicos**

Esta pesquisa será realizada por meio de casos múltiplos em unidades assistenciais do segmento oncológico da região metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Para tanto, a pesquisa será realizada em três partes: na etapa 1, será realizada uma entrevista com o responsável pelo setor de qualidade para compreender o fluxo de criação, revisão e análise dos indicadores de desempenho em uso na unidade; na etapa 2, serão pesquisados na literatura científica os indicadores mais utilizados; por fim, na etapa 3, teremos a interpretação dos dados obtidos nas etapas 1 e 2 a fim de estabelecer a relação entre a teoria e a prática gerencial.

Informo que o caráter ético desta pesquisa assegura o sigilo das informações coletadas e garante, também, a preservação da identidade e da privacidade da instituição e do profissional entrevistado. Todos os dados obtidos serão utilizados unicamente para fins acadêmicos, respeitando o anonimato do entrevistado e da unidade pesquisada.

## **Resultados Esperados**

O presente trabalho pretende identificar e descrever como é realizada a avaliação dos indicadores de desempenho em uma unidade oncológica a fim de avaliar e refinar, por meio de um estudo-piloto, os procedimentos metodológicos da pesquisa, oferecendo subsídios para novas investigações no desenvolvimento do estudo de casos múltiplos.

BARROS, Fernanda Carneiro da Cunha. **Estruturação e implantação da gestão de indicadores de desempenho em uma clínica de oncologia utilizando o BSC**. 2017. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Engenharia de Produção) – Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2017.

KAPLAN, R. S; NORTON, D. P. **The execution premium**: linking strategy to operations for competitive advantage. Boston: Harvard Business School, 2008.

## APÊNDICE C — ROTEIRO DE ENTREVISTA

Prezado(a) Senhor(a),

Sou aluno do curso do Mestrado de Administração de Empresas, e essa entrevista visa coletar dados para meu trabalho final de dissertação do curso, por isso quero informar-lhe que as respostas dessa entrevista serão utilizadas unicamente para fins acadêmicos.

Essa entrevista tem como objetivo coletar informações sobre os indicadores de desempenhos utilizados na saúde suplementar no segmento oncológico em unidades de saúde do estado do Rio de Janeiro.

O roteiro de entrevistas está estruturado da seguinte forma:

- a) Seção I — perfil do entrevistado;
- b) Seção II — informações relevantes da empresa e de sua estrutura organizacional;
- c) Seção III — verificação dos instrumentos de controle utilizados pela empresa.

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

Seção I — perfil do entrevistado

1. Qual a sua idade?

2. Qual gênero?

(        ) Masculino

(        ) Feminino

3. Qual formação superior possui?

(        ) Contabilidade

(        ) Administração

(        ) Medicina

(        ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

4. Ocupa qual cargo?

(        ) Sócio gestor

- (        ) Gerente
- (        ) Diretor
- (        ) Outro. Especificar: \_\_\_\_\_

5. Quanto tempo tem de experiência?

6. Tempo na Instituição?

7. Tempo no cargo?

**SEÇÃO 1 - INFORMAÇÕES RELEVANTES DA EMPRESA E DE SUA ESTRUTURA ORGANIZACIONAL**

1. Quais são os principais produtos e/ou serviços desta empresa?
2. Atualmente, quantos funcionários a organização possui?
3. Como é composta a Diretoria da organização? Quantos são brasileiros e quantos são estrangeiros?
4. Qual é o faturamento e o lucro líquido anual da organização?
5. A organização faz parte de uma rede?
6. Pertence a alguma operadora de saúde?
7. Pertence a alguma unidade hospitalar?
8. Possui acreditação? Se sim, nacional ou internacional?
9. Qual o seu principal cliente?
10. Possui parceria com o SUS?
11. Como é o desenho da estrutura hierárquica?
12. Quantas unidades a empresa possui e onde estão localizadas?
13. Sobre Sua estrutura física assistencial:

Estrutura Física Assistencial	Capacidade
Consultórios	
Box infusional	
Equipamento para Radioterapia	

14. Quais os indicadores de desempenho que a empresa utiliza? É um sistema local/integrado?

15. Há quanto tempo foi implantado o atual sistema? É o mesmo sistema utilizado por toda a empresa?
16. Quais foram as mudanças mais relevantes na estrutura organizacional nos últimos anos?
17. Quais são os processos formais de acompanhamento das atividades realizadas nas unidades?
18. Como são feitas as revisões/alterações nos indicadores de desempenho? Quais fatores influenciam nesta revisão?
19. Quais são suas principais funções e quais os níveis de autonomia?

## SEÇÃO 2 – INSTRUMENTOS DE CONTROLE

Quais das Ferramentas de controle são utilizadas pela empresa?

### 1. BSC (*Balanced Scorecard*)

SIM  NÃO

- A. Qual a importância desta ferramenta?
- B. Como é o controle desta ferramenta?
- C. Quais são suas principais vantagens e desvantagens?

### 2. *Net Promoter Score* (NPS)

SIM  NÃO

- A. Qual a importância desta ferramenta?
- B. Quais os benefícios trazidos por esta ferramenta?

### 3. Administração de Qualidade Total (*Total Quality Management*)

SIM  NÃO

- A. Qual a importância desta ferramenta?
- B. Em que momento a empresa utiliza esta ferramenta?

### 4. Outras Ferramentas não relacionadas no questionário? Especifique.

### 5. Como são realizadas as avaliações de desempenho?

- a) Os critérios de avaliação variam de um local para o outro? Por quê?

**6. Acredita que o sistema em uso atende as necessidades da unidade?**

**Muito obrigado. Tão logo tenhamos concluído a pesquisa, remeteremos uma cópia para vossa senhoria.**

## ANEXO A — ONCOREDE

<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Periodicidade</b>	<b>Definição/Critério da Meta</b>
Percentual de pacientes em consulta com oncologista clínico	Número de pacientes que tiveram consultas com oncologistas clínicos, em 30 dias x 100	Mensal	Percentual de pacientes que tiveram consultas com oncologista clínico no período de 30 dias em relação a todos os pacientes em tratamento.
Disponibilização de apoio multiprofissional na unidade de atendimento	Número de pacientes com atenção da equipe multiprofissional x 100	Mensal	Distribuição percentual de atendimento multiprofissional em pacientes com tratamento oncológico específico
Percentual de mulheres entre 50-69 anos que realizaram mamografia no período	Número de mamografias em beneficiárias na faixa etária de 50 a 69 anos no período x 100	Mensal	Número médio de mamografias para cada 100 beneficiárias da operadora na faixa etária de 50 a 69 anos, no período considerado.
Percentual de pacientes entre 50-75 anos que realizaram avaliação para câncer colorretal no período	Número de exames de rastreamento (sangue oculto nas fezes – pesquisa imunológica, colono e retossigmoidoscopia em beneficiários na faixa etária de 50 a 75 anos no período x 100	Mensal	Número médio de exames de rastreamento (sangue oculto nas fezes – pesquisa imunológica, colonoscopia e sigmoidoscopia) para cada 100 beneficiários da operadora na faixa etária de 50 a 75 anos, no período considerado.
Tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento	Número de dias decorridos entre a data do diagnóstico cito ou anatomopatológico e a data de início do tratamento oncológico X 100	Mensal	Representa o tempo médio em dias entre o diagnóstico cito ou anatomopatológico e o início do tratamento oncológico.
Quimioterapia sistêmica administrada nos últimos 14 dias de vida	Número total de óbitos em que os pacientes receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida, no mês de referência x 100	Mensal	Razão do número de óbitos em que os pacientes em tratamento, do projeto ou da instituição, receberam administração de quimioterapia infusional nos últimos 14 dias de vida.

Percentual de pacientes em tratamento com laudos anatomopatológicos, citopatológicos, incluindo imuno-histoquímica e de patologia molecular completos	Número de pacientes que receberam laudo anatomopatológico ou citopatológico e iniciaram o tratamento em até 60 dias/ Número total de pacientes que receberam o laudo anatomopatológico e citopatológico e iniciaram o tratamento X 100	Mensal	Percentual de pacientes que iniciaram o tratamento a partir da data de emissão do laudo anatomopatológico, citopatológico, de imuno-histoquímica ou de patologia molecular em relação a todos os laudos de neoplasia emitidos durante um período de 60 dias.
Sobrevida global em 12 meses	Número de beneficiários vivos após 1 ano do diagnóstico de câncer X 100 Número total de beneficiários com câncer	Anual	Este indicador tem um caráter de experimentação e incentivo à coleta de dados longitudinais do conjunto de pacientes oncológicos assistidos pela operadora ou prestador de serviço de saúde.

Fonte: ANS (2019)

\*Os parâmetros serão construídos a partir da própria série história de cada instituição e da comparação dos valores médios e medianos dentro do grupo de instituições participantes do Projeto OncoRede, onde os dados serão enviados para serem compilados para fins de divulgação futura e obtenção de dados para estabelecimento de plano.

**ANEXO B — INDICADORES-CHAVES DA INSTITUIÇÃO A**

<b>Categoria</b>	<b>Indicador</b>	<b>Objetivo</b>
<b>a) Ambulatório</b>	Evasão de Consultas Médicas - 1ª Vez	Monitorar os pacientes de primeira vez com CID oncológico ou investigação, que não retornaram após a primeira consulta.
	Número de paciente de primeira vez em todas as especialidades	Monitorar a captação de pacientes para 1ª consulta.
	Número de Pacientes de primeira vez - Oncologia	Monitorar a captação de pacientes para 1ª consulta.
<b>b) Quimioterapia</b>	Taxa de tratamentos de quimioterapia autorizados e agendados	Monitorar problemas que impactam no agendamento fora do prazo
	Tempo médio para agendamento de quimioterapia após autorização	Medir o tempo médio para agendamento após a autorização do convênio
	Tempo médio de autorização para quimioterapia	Acompanhar o tempo médio de autorização dos tratamentos medicamentosos
<b>c) Radioterapia</b>	Número de Inícios de tratamento - Radioterapia	Acompanhar o número de inícios mensais da radioterapia
	Número Médio de Gestão Administrativas por dia - Radioterapia	Monitorar o número de tratamentos radioterápico por dia
	Taxa de Ocupação - Radioterapia	Monitorar a capacidade de ocupação da radioterapia no período de funcionamento da unidade
<b>Gestão Administrativa</b>	Net Promoter Score - Ambulatório de Oncologia	Medir a diferença percentual entre clientes "promotores" e clientes "detratores" da Instituição.
	Tempo médio de envio de conta para faturamento	Monitorar o Service Level Agreement (SLA) de envio de contas para o faturamento
	Custo fixo realizado x custo orçado	Garantir o cumprimento das metas orçamentárias de custo fixo
	Custo variável realizado x custo orçado	Garantir o cumprimento das metas orçamentárias de custo variável
	Receita realizada x orçado	Garantir o cumprimento das metas orçamentárias
	Resultado de produção	Monitorar o resultado de produção extra grupo da Instituição
	Índice de glosa inicial	Reduzir o PDD e ajuda na composição do fluxo de caixa
EBIT % sobre Receita Líquida - Orçado x Realizado	Monitorar o resultado financeiro da empresa	

Fonte: Fichas técnicas dos indicadores cedidas pela instituição A

**ANEXO C — INDICADORES OPERACIONAIS DA INSTITUIÇÃO A**

<b>Indicador</b>	<b>Periodicidade</b>	<b>Definição/Critério da Meta</b>	<b>Categoria</b>
Taxa de Ligações Abandonadas de Pacientes	Mensal	Dados históricos	Gestão Administrativa
Tempo Médio de Espera – Tele Gestão Administrativa	Mensal	Tempo de espera de 60seg determinado legalmente para o consumidor ser atendido via Call Center após a saudação inicial.	Gestão Administrativa
Net Promoter Score - Ambulatório de Oncologia	Mensal	Definido pelo grupo	Gestão Administrativa
Taxa de óbito em CTI	Mensal	Meta baseada na série histórica da unidade	Assistência à saúde
Taxa de quimioterapia paliativa administrada nas duas últimas semanas de vida	Mensal	Quality of End-of-Life Cancer Care for Medicare Beneficiaries - A report of the Dartmouth Atlas Project, November 16, 2010).	Assistência à saúde
Taxa de Adesão de Pacientes ao Tratamento com Medicamento Oral	Mensal	Adesão total dos pacientes	Assistência à saúde
Taxa de Manutenção Preventiva - Equipamentos Assistenciais	Mensal	Cumprimento total do cronograma programado	Gestão Administrativa
Taxa de Ordens de Serviço Atendidas Dentro do Prazo - Equipamentos Assistenciais	Mensal	Cumprimento total do cronograma programado	Gestão Administrativa
Taxa de Ordens de Serviço Atendidas Dentro do Prazo - Equipamentos Não Assistenciais	Mensal	Cumprimento total do cronograma programado	Gestão Administrativa
Taxa de conformidade na qualidade das informações prestadas na consulta de enfermagem	Mensal	Definido pela Gerência de Enfermagem	Assistência à saúde
Taxa de Ocorrência de Flebite - Ambulatório de Oncologia	Mensal	Meta definida com base na série histórica.	Assistência à saúde
Número de Transferências de Ambulância para hospitais decorrente de Alerta Vermelho	Mensal	Sem Meta definida	Assistência à saúde
Custo fixo realizado x custo orçado	Mensal	Baseado no histórico incremento de ações estratégicas	Gestão Administrativa
Custo variável realizado x custo orçado	Mensal	Baseado no histórico incremento de ações estratégicas	Gestão Administrativa

Receita realizada x orçado	Mensal	Orçado e das ações estratégicas	Gestão Administrativa
Resultado de produção	Mensal	Definida pelo orçamento	Gestão Administrativa
Índice de glosa inicial	Mensal	Definição da Unidade baseado na meta Corporativa e no modelo de negócios	Gestão Administrativa
EBIT % sobre Receita Líquida - Orçado x Realizado	Mensal	Anualmente	Gestão Administrativa
Número de Inícios de tratamento - Radioterapia	Mensal	Base histórica	Gestão Administrativa
Taxa de Ocupação - Radioterapia	Mensal	Média do ano 2020	Assistência à saúde
Número de pacientes de primeira vez - oncologia	Mensal	Média do ano 2020	Gestão Administrativa
Tx de Adesão aos protocolos padronizados -	Mensal	Referência 1º semestre de 2019.	Assistência à saúde
Evasão de Consultas Médicas - 1ª Vez	Mensal	Base histórica	Assistência à saúde
Número de paciente de primeira vez em todas as especialidades	Mensal	Base histórica	Gestão Administrativa
META 1 - Identificação Correta - Taxa de Conformidade na Aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente	Mensal	Meta arbitrária, que considera a criticidade dos processos para a qualidade e segurança.	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das metas internacionais de segurança de paciente - meta 2	Mensal	Meta arbitrária, que considera a criticidade dos processos para a qualidade e segurança.	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente - Meta 3	Mensal	Meta arbitrária, que considera a criticidade dos processos para a qualidade e segurança.	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente - Meta 4	Mensal	Meta arbitrária, que considera a criticidade dos processos para a qualidade e segurança.	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente - Meta 5 - Quimioterapia	Mensal	Número de oportunidades de Higienização das Mãos para cada atendimento	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente - Meta 5 - Radioterapia	Mensal	Número de oportunidades de higienização a cada atendimento	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente - Meta 6	Mensal	Meta arbitrária, que considera a criticidade dos processos para a qualidade e segurança.	Assistência à saúde

Fonte: Fichas técnicas dos indicadores cedidas pela instituição A

**ANEXO D — INDICADORES DA INSTITUIÇÃO C**

<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>
Consulta de 1ª vez hematologia	Não apresentada
Consulta de 1ª vez oncologia	Não apresentada
Consultas semanais oncologia e hematologia	Não apresentada
Número de quimioterapia venosa realizada por semana	Não apresentada
Medicamentos orais dispensados por semana	Não apresentada
Controle de ciclos	Não apresentada
Pacientes em utilização de medicamento de alto custo	Não apresentada
Análise de prescrição oncológica	Não apresentada
Intervenção farmacêutica em prescrições oncológicas	Não apresentada
Medicamentos de suporte liberados por paciente	Não apresentada
Consultas médicas agendadas por consultório	Média de consultas médicas agendadas por consultório/dia útil
Nº de consultas agendadas por dia útil	Nº de consultas agendadas por dia útil/ nº de consultórios
Absenteísmo	Não apresentada
Nível de utilização da capacidade disponibilizada no ambulatório	Não apresentada
Médica de permanência (horas)	Não apresentada

Fonte: Lista de indicadores cedidas pela instituição C

## ANEXO E — INDICADORES DA INSTITUIÇÃO D

<b>Indicador</b>	<b>Fórmula</b>	<b>Periodicidade</b>	<b>Definição/Critério da Meta</b>
Farmacoeconomia	Valor em Reais do Referência – valor da opção terapêutica disponível	Mensal	Relação econômica da troca do referência x biossimilar
Perfil epidemiológico	Números totais de diagnósticos por CID período (mês)	Mensal	Incidência de câncer por CID
Faixa etária	Números totais por período (mês)	Mensal	Incidência de câncer por faixa etária
Gênero	(Número paciente por gênero/ Número de tratamentos) x 100	Mensal	Percentual de atendimentos por gênero
Intervenções farmacêuticas	Número de prescrições analisadas	Mensal	Intervenções realizadas no período
Início de tratamento oncológico	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Início de tratamento não oncológico por período
Início de tratamento não oncológico	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Início de tratamento oncológico por período
Consultas realizadas por especialidades	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Número de consultas por especialidades por período
Consultas equipe multidisciplinar (nutrição, psicologia e farmácia)	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Número de consultas por especialidades por período
Identificação incorreta do paciente	Número total de pacientes que receberam tratamento / número de dias (mês)	Mensal	Incidência de erros de identificação
Erro de medicação	(Número de notificação de erros/ Número de tratamentos) x 100	Mensal	Incidência de erros de medicação
Extravasamento de Quimioterápicos	(Número de extravasamento/ Número de tratamentos) x 100	Mensal	Incidência de extravasamentos

Flebite	Número de flebite registrada/ Número de tratamentos infusionais) x 100	Mensal	Incidência de flebite
Reação Adversa Medicamentosa	(Número de notificações de reações adversas relacionado a medicamentos/ Número de tratamentos) x 100	Mensal	Incidência de reação adversa
Queda	(Número de registro de queda/ Número de tratamentos) x 100	Mensal	Incidência de queda
Intercorrência com Cateter Totalmente Implantado	(Número de registro de intercorrência/ Número de punções) x 100	Mensal	Incidência de intercorrência com Cateter
Reagendados	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de pacientes reagendados
Troca De Protocolo	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de troca de protocolos
Tratamentos Não Autorizado	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de tratamentos não autorizados
Tratamento Internados	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de tratamentos realizados nas unidades de internação
Óbitos	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de óbitos
Término De Tratamento	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de tratamentos finalizado
Tratamento Suspenso	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de suspensão de tratamento
Sem Condições Clínicas	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de pacientes sem condições clínicas para realizar tratamento
Ocupação Do Centro Infusional	Total de Horas no Mês = XX horas dia x 5 Poltronas funcionando x n° dias úteis do mês	Anual	Total de horas de tratamentos realizados
Tratamento Oncológico Realizado (Por Via De Acesso)	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Total de tratamentos realizados
Procedimentos Realizados (Punção, Parecer Etc.)	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Total de procedimentos médicos e da enfermagem realizados

Fonte: Planilhas de indicadores cedidas pela instituição D