

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO E SISTEMAS
NÍVEL MESTRADO**

FABIANO JARDIM ARAUJO

**PROPOSIÇÃO DE UM MODELO ECONÔMICO, MÉDICO-ASSISTENCIAL PARA
AVALIAR O DESEMPENHO DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PRIVADA.**

SÃO LEOPOLDO

2013

FABIANO JARDIM ARAUJO

PROPOSIÇÃO DE UM MODELO ECONÔMICO, MÉDICO-ASSISTENCIAL PARA
AVALIAR O DESEMPENHO DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PRIVADA.

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre, pelo
Programa de Pós-Graduação em Engenharia
de Produção e Sistemas da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Profa. Dra. Miriam Borchardt

São Leopoldo

2013

FABIANO JARDIM ARAUJO

PROPOSIÇÃO DE UM MODELO ECONÔMICO, MÉDICO ASSISTENCIAL PARA
AVALIAR O DESEMPENHO DE UMA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR PRIVADA.

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre, pelo
Programa de Pós-Graduação em Engenharia
de Produção e Sistemas da Universidade do
Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Aprovado em 30 de julho de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fábio Leite Gastal – Sistema de Saúde Mãe de Deus

Prof. Dr. Giancarlo Medeiros Pereira – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Prof. Dr. Guilherme Luis Roehé Vaccaro – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Profa. Dra. Miriam Borchardt – Universidade do Vale do Rio dos Sinos

Dedico este trabalho aos meus pais, Dilnei de Araujo e Rejane Jardim Araujo pelo apoio incondicional, e as minhas irmãs Roberta e Fernanda pelo amor sempre presente.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a DEUS pelas maravilhosas pessoas que cruzaram e cruzam o meu caminho, por sempre ter sido referência para minhas decisões e escolhas.

Aos meus pais, Dilnei e Rejane pelo carinho e afeto. As minhas irmãs, Roberta e Fernanda pelo apoio e compreensão. As pessoas queridas ausentes que sempre estiveram presentes.

Ao professor Alceu Alves da Silva pelas oportunidades, pela confiança, receptividade, apoio e marco como uma referência profissional. Ao mais novo professor, Dr.Fabio Leite Gastal pelo apoio, incentivo, orientação, oportunidade de aprendizado e contribuição neste trabalho. Ao Hospital Mãe de Deus pelos ensinamentos constantes e pelas experiências de vida. Aos meus amigos e colegas, pela companhia, compreensão e incentivo.

Aos professores desta renomada instituição que ao longo destes anos contribuíram para minha formação enquanto pessoa, profissional e educador. E a todas as pessoas que de uma forma ou de outra colaboraram na realização deste trabalho.

“-Podes dizer-me, por favor, que caminho devo seguir para sair daqui?”

-Isso depende muito de para onde queres ir - respondeu o gato.

-Preocupa-me pouco aonde ir - disse Alice.

-Nesse caso, pouco importa o caminho que sigas - replicou o gato.

(Lewis Carroll - Alice no País das Maravilhas)”.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Relação entre Indicadores Assistenciais x Indicadores Administrativos.....	21
Figura 2 - Passos da Busca Sistêmica.....	30
Figura 3 - Cronologia do Método de Trabalho.....	40
Figura 4 - Sistema de Saúde segmentado, compostos por três subsistemas.....	55
Figura 5 - Hospitais no Brasil.....	58
Figura 6 - Modelo de DRE Contábil.	66
Figura 7 - Macro Conceitual do Desempenho Hospitalar.	76
Figura 8 - Relação de dimensões assistenciais diretamente proporcional aceitáveis.....	82
Figura 9 - Relação de dimensões assistenciais inversamente proporcionais não aceitáveis. ...	82
Figura 10 - Equação macro do demonstrativo de desempenho econômico - DRE.....	83
Figura 11 - Relação entre as dimensões assistenciais e econômicas x Conceito de desempenho hospitalar dos profissionais entrevistados.	84
Figura 12 - Direção das dimensões x Desempenhos Positivos.	89
Figura 13 - Direção das dimensões x Classificação do desempenho.	91
Figura 14 - Desequilíbrio no desempenho x Equilíbrio no desempenho.	91

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - % Gasto com Saúde x Produto Interno Bruto.....	19
Gráfico 2 - Número de leitos disponíveis para cada 1.000 habitantes no Brasil.....	22
Gráfico 3 - Transição Demográfica no Brasil/Crescimento da População 1900 – 2040.....	26
Gráfico 4 - Projeção da Expectativa de Vida do Brasil 1970 – 2050.....	27
Gráfico 5 - Distribuição de cobertura de Plano de Saúde Privado e Programa Saúde Família Ano 2008.....	28
Gráfico 6 - Distribuição de beneficiários em Plano de Saúde Privado no Brasil.....	28
Gráfico 7 - Taxa de Infecção de Cateter UTI 2012 x Meta 2012.....	93
Gráfico 8 - Taxa de Mortalidade UTI 2012 x Meta 2012.....	93
Gráfico 9 - Taxa de Ocupação UTI 2012 x Meta 2012.....	93
Gráfico 10 - Taxa de Densidade do uso de ventilação mecânica UTI 2012 x Meta 2012.....	94
Gráfico 11 - Taxa APACHE II UTI 2012 x Meta 2012.....	94
Gráfico 12 - Tempo Médio de Permanência UTI 2012 x Meta 2012.....	94
Gráfico 13 - Pacientes de Longa Permanência > 30 dias UTI x Meta 2012.....	95
Gráfico 14 - Desempenho das dimensões assistenciais META x ACUMULADO 2012.....	95
Gráfico 15 - Desempenho das dimensões assistenciais META x ACUMULADO 2012. Mortalidade/Ocupação/APACHE II.....	95
Gráfico 16 - Receita Bruta x Orçamento 2012.....	96
Gráfico 17 - Custos Diretos x Orçamento 2012.....	96
Gráfico 18 - Margem de Contribuição x Orçamento 2012.....	97
Gráfico 19 - Custos Fixos x Orçamento 2012.....	97
Gráfico 20 - Desempenho Operacional x Orçamento 2012.....	97
Gráfico 21 - Produção x Orçamento 2012.....	98
Gráfico 22 - Receita Média x Orçamento 2012.....	98
Gráfico 23 - Desempenho das dimensões econômicas ORÇAMENTO x ACUMULADO 2012.....	98
Gráfico 24 - Desempenho das dimensões econômicas ORÇAMENTO x ACUMULADO 2012. Produção e Receita Média.....	99
Gráfico 25 - Desempenho Assistencial e Econômico x Principais variáveis afetadas no CTI hospital A acumulado 2012.....	104

Gráfico 26 - Desempenho das dimensões econômicas e assistenciais mês 2012.....	106
Gráfico 27 - Desempenho das dimensões econômicas mês 2012.	108
Gráfico 28 - Desempenho das dimensões assistenciais mês 2012.	109

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Número de leitos SUS p/1.000 habitantes no Brasil.	18
Tabela 2 - Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde per capita no Brasil.	22
Tabela 3 - Oferta de Serviços no setor Público x Privado Ano 2010.	29
Tabela 4 - Consulta a Bases de Dados x Publicações Pertinentes ao Problema de Pesquisa...	32
Tabela 5 - Características das Unidades de Estudo.	35
Tabela 6 - Critérios de classificação dos leitos de UTI.	37
Tabela 7 - Quadro de similaridade entre as instituições pesquisadas.	47
Tabela 8 - Esboço do modelo de avaliação de desempenho.	73
Tabela 9 - Classificação do grau de Importância das Dimensões x Avaliação dos profissionais entrevistados.	87
Tabela 10 - Aplicação do modelo proposto de avaliação de desempenho ano 2012 x desempenho da unidade de estudo hospital A acumulado ano 2012.	100
Tabela 11 - Aplicação do Modelo no UTI hospital A (Dimensão Assistencial).....	101
Tabela 12 - Aplicação do Modelo no UTI hospital A (Dimensão Econômica)	102
Tabela 13 - Aplicação do Modelo no CTI hospital A (Dimensão Assistencial e Econômica).....	103

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Quadro de Consultas a Periódicos e Palavras-Chaves.	31
Quadro 2 - Análise de Conteúdo.	39
Quadro 3 - Relação de instituições x Relação de cargos dos profissionais entrevistados.....	42
Quadro 4 - Modelos de Estabelecimentos de Saúde.....	48
Quadro 5 - Sistemas de Serviços de Saúde a Nível Mundial.	54
Quadro 6 - Quadro conceitual Plano de Ação x 5W2H	60
Quadro 7 - Dimensão Médico/Assistencial x Elementos	70
Quadro 8 - Modelo de Indicador	72
Quadro 9 - Síntese do Referencial Teórico.	78
Quadro 10 - Definição do conceito de desempenho x Profissionais entrevistados.....	83
Quadro 11 - Relação de causa e efeito aceitável entre dimensões assistenciais e econômicas.	85
Quadro 12 - Modelo de avaliação de desempenho hospitalar.	90
Quadro 13 - Adequação das dimensões assistenciais da unidade de pesquisa x modelo proposto.	92

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ANAHP – Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar
APACHE 2 – *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation*
DRG – *Diagnosis Related Group*
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
SAMS – Sistema de Atenção Médica de Saúde Suplementar
SDD – Sistema de Desembolso Direto
SUS – Sistema Único de Saúde
TISS – *Therapeutic Intervention Score System*
UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

RESUMO

O presente trabalho é um estudo de caso que propôs um modelo para avaliar o desempenho de um hospital privado de grande porte da região sul do Brasil, considerando a relação entre as variáveis econômicas e assistenciais. A partir da revisão bibliográfica nacional e internacional do conceito utilizado para desempenho hospitalar e, as variáveis que compõem as dimensões econômicas e assistenciais deste modelo de organização, estruturou-se uma pesquisa qualitativa aplicada a um grupo de especialistas de cinco grandes hospitais da região sul do Brasil, caracterizados pelo mesmo perfil de atendimento, porte e complexidade. Inicialmente, estabeleceu-se um consenso a respeito da definição do conceito de desempenho hospitalar, segundo, validou-se a relação de variáveis mencionadas na literatura para avaliar o desempenho destas dimensões, terceiro, definiu-se um peso para cada variável de acordo com a média estabelecida pela soma das entrevistas realizadas junto às instituições hospitalares, representadas pelos seus especialistas. A partir dessas definições, elaborou-se um modelo que viabilizasse o entendimento entre a relação dessas variáveis na composição dos seus desempenhos. Por fim, aplicou-se a unidade de tratamento intensivo de uma das organizações. O uso do modelo contemplou o período de 12 meses, o que possibilitou identificar neste trabalho quais as variáveis econômicas e assistências apresentaram maior impacto no desempenho gerado neste período, assim como, uma visão sistêmica dos resultados para auxiliar no gerenciamento e na tomada de decisão.

Palavras-chave: Hospitais. Desempenho. Avaliação. Variáveis Econômicas. Variáveis Assistenciais.

ABSTRACT

This paper is a case study that proposed a model to evaluate the performance of a large private hospital in southern Brazil, considering the relationship between economic variables and welfare. From the national and international literature review of the concept used for hospital performance, and the variables that make up the dimensions and economic welfare of this organization model, structured qualitative research was applied to a group of experts from five major hospitals in the region with representation southern Brazil, characterized by the same service profile, size and complexity. Initially, it was established a consensus on the definition of hospital performance, second validated the relationship of variables mentioned in the literature to evaluate the performance of these dimensions, third, set up a weight for each variable according to average established by the sum of the interviews held with the hospitals, represented by their experts. From these definitions, we elaborated a model that enables creation of understanding the relationship between these variables in the composition of their performances. Finally, we applied the intensive care unit of a organizations. The use of the model included the 12-month period, which allowed this work to identify which economic variables and assists greater impact on performance generated during this period, as well as a systemic view of the results to assist management and decision making.

Keywords: Hospitals. Performance. Assessment, Economic Variables. Relief variables.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	17
1.1	Problema e Questão de Pesquisa.....	21
1.2	Objetivo.....	25
1.2.1	Objetivo Geral	25
1.2.2	Objetivos Específicos.....	25
1.3	Justificativa	25
1.3.1	Setor Social e Econômico da Saúde Privada do Brasil	26
1.3.2	Perspectiva Acadêmica do Problema e do Tema de Pesquisa.....	30
1.4	Delimitação	32
1.5	Estrutura do Trabalho.....	33
2	METODOLOGIA.	34
2.1	Tipo de Pesquisa.....	34
2.2	Unidade de Estudo ou Campo de Pesquisa	34
2.3	Técnicas de Coleta de Dados	37
2.4	Técnicas de Análise de Dados.....	38
2.5	Método de Trabalho	39
2.6	Exploração.....	42
2.6.1	Instituição A.....	42
2.6.2	Instituição B	43
2.6.3	Instituição C	44
2.6.4	Instituição D.....	45
2.6.5	Instituição E	45
2.7	Resumo da análise das instituições	46
3	REFERENCIAL TEÓRICO	48
3.1	Hospitais.....	48
3.2	Serviços de Saúde.....	51
3.3	Foco no cliente	55
3.4	Qualidade	56
3.5	Melhoria Contínua.....	58
3.6	Capacitação Humana e Tecnológica	60

3.7	Atuação Multidisciplinar e Gestão Especializada	62
3.8	Complexidade dos Serviços	63
3.9	Dimensões Econômicas e Assistenciais	63
3.9.1	Dimensões Econômicas.....	65
3.9.2	Dimensões Assistenciais	68
3.9.3	Matriz de indicadores Assistenciais	71
3.10	Desempenho Hospitalar	74
3.11	Síntese do referencial teórico	77
4	MODELAGEM.....	81
5	APLICAÇÃO E DESEMPENHOS	92
5.1	Discussão do resultado	101
5.2	Avaliação dos especialistas e ajuste do modelo	110
6	CONCLUSÃO, LIMITAÇÃO DA PESQUISA E TRABALHOS FUTUROS.....	111
7	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

1 INTRODUÇÃO

O cenário da área da saúde vem tornando-se cada vez mais competitivo e representativo na economia mundial. Como produto ofertado, este setor é responsável pela prestação de serviços de cuidado, tratamento e recuperação do indivíduo humano (MS, 2004).

Com o aumento da sobrevida da população e com a descoberta de novas opções terapêuticas, tratamentos de maior complexidade requerem a utilização de equipamentos de última geração, exames e medicamentos de custo elevado (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2005).

Esse modelo implica em maior ônus ao sistema de saúde, o que gera a necessidade de novos recursos econômicos para o setor. Os recursos econômicos destinados ao sistema de saúde, frequentemente inferiores às necessidades demandadas, tornam-se cada vez mais escassos e complexos de serem gerenciados (FITZSIMMONS e FITZSIMMONS, 2005).

O sistema de saúde brasileiro é gerido sob duas distintas esferas, sendo uma delas a pública e a outra privada (BRAGA, 1981). O órgão estatutário legal responsável por gerenciar a saúde pública no Brasil é denominado como SUS – Sistema Único de Saúde (DATASUS, 2011). O SUS é formado pelo conjunto de todas as atividades e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas e federais mantidas pelo poder público (MENDES, 2007).

Existe paralelamente a este conjunto de assistência pública de saúde uma estrutura de mercado privado, com foco a suprir e disponibilizar a venda de produtos e serviços de cuidado e tratamento a saúde (FARIAS e MELAMED, 2003). Essa estrutura é vital para suprir uma oferta insuficiente de bens de saúde para a população, ou seja, por possuir um tamanho pequeno em relação à demanda existente no mercado. Pode-se observar na Tabela 1 a existência de 1,92 leitos SUS por 1.000 habitantes, enquanto o recomendado pelo Ministério da Saúde é de 2,5 a 3 leitos por 1.000 habitantes (CNES, 2009).

Tabela 1 - Número de leitos SUS p/1.000 habitantes no Brasil.

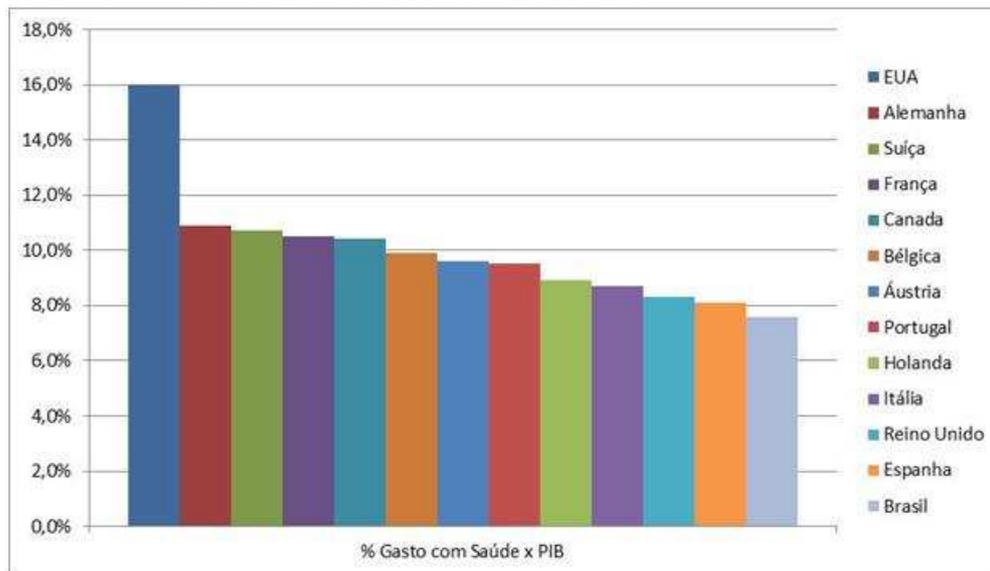
Leitos SUS p/1.000 hab segundo Unidade da Federação	
Unidade da Federação	Leitos SUS p/1.000 hab
TOTAL	1,92
Rondônia	1,74
Acre	2,00
Amazonas	1,50
Roraima	1,80
Pará	1,57
Amapá	1,42
Tocantins	1,67
Maranhão	2,14
Piauí	2,35
Ceará	1,73
Rio Grande do Norte	2,12
Paraíba	2,38
Pernambuco	2,11
Alagoas	1,76
Sergipe	1,55
Bahia	1,76
Minas Gerais	1,63
Espírito Santo	1,60
Rio de Janeiro	2,12
São Paulo	1,52
Paraná	2,00
Santa Catarina	1,84
Rio Grande do Sul	1,99
Mato Grosso do Sul	1,67
Mato Grosso	1,70
Goiás	2,19
Distrito Federal	1,82

Fonte: MS/CNES (2009).

O segmento de atuação privada surgiu como uma alternativa importante e operou livre de qualquer regulação no país quando, em meados do ano 2000, passou a sofrer regulação e prestação de contas obrigatórias, através da criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar – ANS (FARIAS e MELAMED, 2003).

Diferente dos demais países do conglomerado europeu e dos EUA, o Brasil investe uma parcela ínfima do seu PIB em saúde, conforme pode ser observado no Gráfico 1. Conseqüentemente, a saúde pública gera uma maior dependência da iniciativa privada de ofertar serviços para absorção desta demanda (OCDE, 2010).

Gráfico 1 - % Gasto com Saúde x Produto Interno Bruto.



Fonte: OCDE (2010).

Uma vez que, demandados um maior volume e uso de tecnologia e mão-de-obra qualificada nas organizações privadas, o custo crescente e elevado dos serviços de saúde tem afetado toda economia que envolve a gestão de serviços privados, assim como a relação estabelecida entre as instituições hospitalares e suas fontes pagadoras (ANS, 2009).

Diante deste cenário, os hospitais têm sido obrigados a controlar e gerenciar seus processos, objetivando a otimização das suas atividades, controlando melhor os seus custos, sob o sério risco de inviabilizarem suas operações (CASTILHOS, 2002).

Outro fator a considerar neste modelo é a necessidade de um equilíbrio na relação do conhecimento entre o grupo assistencial e administrativo, permitindo um alinhamento das informações a respeito do impacto dos componentes que contemplam os custos hospitalares. Esse entendimento equilibrado propicia o melhor uso dos recursos, garantindo a qualidade de cobrança dos insumos hospitalares utilizados na operação (LEONCINE, 2010).

Para Cherubin (1998), a complexidade das estruturas hospitalares também é um fator que destoa dos modelos tradicionais de gestão, representada pela sua composição funcional, na qual atuam numerosos profissionais com formações muito diversificadas, além de equipamentos e instalações sofisticadas que exigem redobrada atenção para que suas ações possam ser desenvolvidas a contento.

Esta estrutura envolve demonstrações econômicas que são o reflexo das operações ou da entrega de serviços prestados ao cuidado da saúde do homem, representada em estruturas de custos fixos e indiretos (JACQUES, 2007). Para o autor, as dimensões econômicas demonstram um comportamento relacionado ao ambiente altamente mutável pela incessante

descoberta de novos conhecimentos e do uso de novas tecnologias, lidando com ativos essenciais que são a saúde e a vida dos pacientes.

Ao mesmo tempo, as ineficiências oriundas dos processos administrativos como faturamento, hotelaria, compras, suprimentos, TI e área financeira e dos processos assistenciais representados pelas unidades de atendimento e tratamento das doenças que compõem este mercado, estão diretamente ligadas ao reflexo dos desempenhos econômicos e assistenciais prestados aos usuários (ARAÚJO, 2005).

Este é um dos motivos que leva à necessidade de questionar-se a forma como o desempenho deve ser mensurado e relacionado entre as variáveis econômicas e assistenciais, medidos e avaliados em uma instituição hospitalar. Assim, o desempenho de um hospital é fruto da relação entre o retorno econômico da operação, a satisfação percebida pelos pacientes e a eficiência técnico-assistencial e operacional destes estabelecimentos (MEDICI e MURRAY, 2010).

O processo tradicionalmente utilizado para avaliação dos hospitais é descentralizado e não-padronizado, não havendo um consenso entre a relação das variáveis econômicas e assistenciais no desempenho das organizações. Há modelos que analisam o hospital sob o prisma macro, considerando-o como integrante de um sistema de assistência à saúde voltado a uma clientela específica, direcionado a uma demanda assistencial autossustentável (LAPA; CALVO; WOLFF, 2000).

No âmbito voltado para o prisma micro, avalia-se o hospital como uma unidade prestadora de serviços com suas características de porte, especialização e estrutura de serviços alocados com uma visão econômica de autossustentabilidade (STEINMANN; ZWEIFEL, 2003). Este processo descentralizado prevê que as instituições avaliem seus desempenhos de forma individual, algumas com foco exclusivo em desempenhos assistenciais e epidemiológicos, como indicadores de saúde doença e outras, com foco no retorno econômico da sua operação (DONABEDIAN, 1993).

É importante que as empresas se adaptem de forma competitiva frente às novas exigências do mercado global. De acordo com Porter (2007), a competição na área da saúde força as instituições a privilegiarem o foco nos seus desempenhos econômicos, reflexo do seu produto, criando uma competição baseada no valor econômico e não em desempenho e desfecho assistencial.

Enquanto o conceito, na área da saúde, é que os serviços ou produtos ofertados são classificados como processos de cuidado e de recuperação da saúde (PORTER, 2007). Esse conceito possibilita às organizações passarem a competir através da transparência dos seus

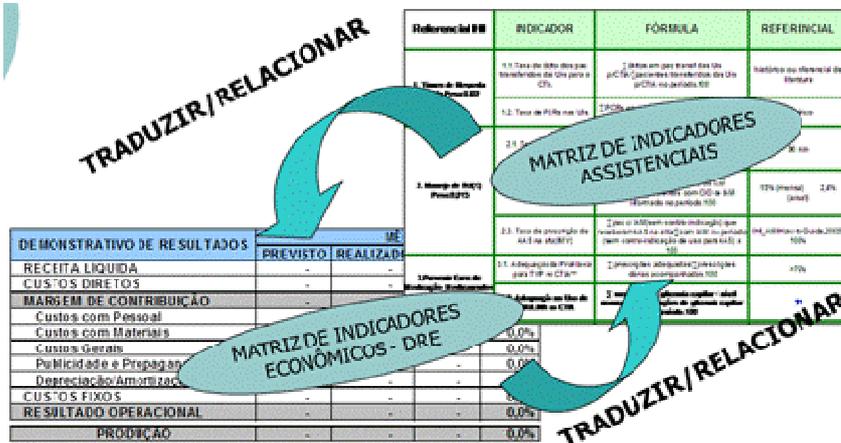
desempenhos, da credibilidade dos produtos oferecidos ao mercado. Essa sustentação deve estar representada pelos seus indicadores de segurança e de qualidade, sendo eles médico-assistenciais e de desempenho de sustentabilidade econômica.

Entende-se assim que, definir um modelo de relação entre variáveis econômicas representadas pelo lucro e, variáveis assistenciais que representem a qualidade e a segurança do paciente, é consolidar as diretrizes que compõem o desempenho de uma instituição hospitalar. Na área da saúde, é de suma importância questionar que dimensões assistenciais devem ser relacionadas e avaliadas junto às dimensões econômicas, e, como deve-se analisar este conjunto de relações.

Uma vez que os modelos tradicionais de avaliação não privilegiam o agrupamento destas dimensões, é comum avaliar um hospital de forma estratificada, analisando um cenário assistencial e outro econômico, como pode ser visto na Figura 1, sem conectar a relação de causa e efeito e informações que um tem sobre o outro (SCOTT e FARRAR, 2003).

Posto isso, este trabalho busca a contextualização destes conceitos no mercado da saúde, a fim de melhorar o modelo de avaliação de desempenho e o fornecimento de informações que potencializem os seus resultados.

Figura 1 - Relação entre Indicadores Assistenciais x Indicadores Administrativos.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

1.1 Problema e Questão de Pesquisa

O trabalho exposto adota como tema central a Gestão Estratégica de Desempenhos em Serviços de Saúde, através da relação entre dimensões econômicas e médico-assistenciais, visando a potencializar estes desempenhos em uma instituição hospitalar privada.

O tema torna-se pertinente à medida que as instituições hospitalares competem por marketing e por desempenhos econômicos, sem demonstrarem a relação destes dados com a

resolubilidade e qualidade médico-assistencial do cuidado com o paciente/cliente (SCOTT e FARRAR, 2003).

A solução não passa apenas por investir, este movimento não garante uma maior, melhor e mais segura cobertura assistencial. Mesmo o Brasil investindo menos, como pode se ver anteriormente no Gráfico 1 em comparação a outros países, o Brasil dobrou o seu investimento em saúde por indivíduo entre os anos 2004 a 2010, valores estes, ilustrados na Tabela 2, fato que não resultou no aumento da disponibilidade de estrutura para assistência, como pode-se observar no comportamento do número de leitos hospitalares disponíveis por 1.000 habitantes no Gráfico 2.

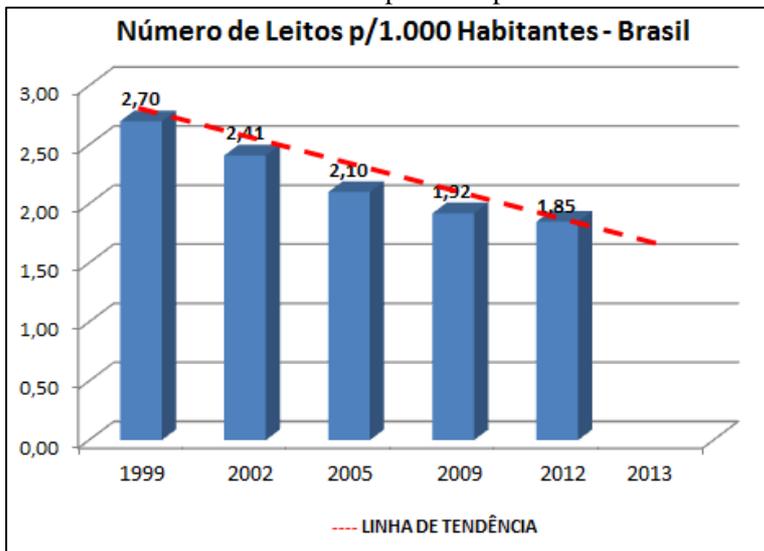
Tabela 2 - Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde per capita no Brasil.

Gasto do Ministério da Saúde com atenção à saúde <i>per capita</i> , por componente, segundo ano Brasil:2004-2009			
Ano	Gasto com atenção à saúde <i>per capita</i>	Gasto com atenção básica <i>per capita</i>	Gasto com atenção de média e alta complexidade <i>per capita</i>
2004	118,13	30,67	87,47
2005	130,75	35,39	95,36
2006	149,72	42,14	107,58
2007	170,93	47,44	123,49
2008	193,14	53,77	139,37
2009	222,14	65,40	156,70
2010	239,12	71,42	167,69

1. 1Valores em reais correntes.

Fonte: Ministério da Saúde: Fundo Nacional de Saúde - FNS, 2012.

Gráfico 2 - Número de leitos disponíveis para cada 1.000 habitantes no Brasil.



Fonte: CNES, 2012.

Na prática, essa relação de investimento versus qualidade pode ser questionada, observa-se que um alto desempenho econômico em uma unidade hospitalar pode não representar um alto índice de segurança e qualidade, no caso, o tratamento ou vice-versa. Este é um exemplo prático de causa e efeito, onde o aumento da taxa de infecção gera necessariamente o maior uso de recursos para o tratamento, o que resulta no aumento do desempenho econômico e na redução da qualidade e segurança assistencial.

Desta forma, é útil definir um modelo que possa avaliar estes dois diferentes conceitos, os quais resultam na atividade fim do negócio. Destaca-se que, diferente de outros mercados, o cliente final não possui conhecimento nem capacidade técnica de distinguir a qualidade do desempenho técnico, como bom ou ruim, existindo grande assimetria entre as informações e seus *stakeholders* (ANDRADE e LISBOA, 2001).

Artigos da literatura internacional sobre gestão de hospitais apontam a inexistência de um consenso sobre o que é desempenho na área hospitalar. Alguns autores como Gapenski (2006), McLean (1997), Nowicki (2004) e Zelman (2003) privilegiam os índices econômicos para avaliar desempenho, enquanto outros como Younis, Younies e Okojie (2006), Coyne e Singh (2008), Kaisse, Begun e Hamilton (2008), Schuhmann (2008) utilizam indicadores assistenciais para realizar esta análise.

Segundo os referidos autores, não há modelos que integrem uma avaliação conjunta de indicadores econômicos e assistenciais. O modelo que mais aproxima-se dessa conjunção é a classificação *Diagnosis Related Group* (DRG), utilizada nos Estados Unidos e pelo conglomerado de países europeus (GEISSLER, 2012).

A concepção e o desenvolvimento do DRG começou no final dos anos sessenta na Universidade de Yale. Inicialmente, a motivação para o desenvolvimento do DRGs foi gerada pela criação de um quadro eficaz para o acompanhamento da qualidade dos cuidados e da utilização de serviços em um ambiente hospitalar (FREEMAN, 1989).

A aplicação em larga escala dos DRGs deu-se ao final dos anos setenta, no Estado de New Jersey. O *New Jersey State Department of Health* DRGs utilizava como base um sistema de pagamento prospectivo, em que hospitais eram reembolsados através de uma quantidade fixa, a partir de um DRG específico para cada paciente tratado (MULLIN, 1986).

O sistema DRG tem passado por diversas revisões nos últimos 15 anos, resultantes da intensa discussão que ocorreu e ocorre nesse campo. Dentre a gama de questões apontadas, uma das que merece destaque refere-se à questão da adequação dos DRGs em responder sobre as diferenças entre os casos tratados, mesma patologia, mas co-morbidades distintas, questão de importante impacto sobre o consumo de recursos e, conseqüentemente, de sua remuneração. O efeito colateral deste modelo seria a rejeição dos hospitais no sentido de tratarem pacientes mais complexos com remunerações pouco atrativas (TUMMERS, 2012).

No Brasil, esta distorção do modelo pode ser vista na prática a partir da remuneração econômica realizada pelas operadoras de planos de saúde e assistência privada, as quais não ocorrem através da qualidade e da segurança técnica prestadas pelas instituições aos

indivíduos, e sim, através do repasse de tabelas de preços preconizados que codificam os procedimentos e atos médicos (RIBEIRO, 2012).

De acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), em 2010, 25% da população brasileira possuía cobertura de assistência à saúde em caráter privado. Este modelo, sendo ele individual ou empresarial, utiliza como forma de remuneração dos serviços práticas administrativas, sem medir a qualidade ou o desfecho assistencial.

Tradicionalmente, as operadoras avaliam a qualidade prestada pelos seus credenciados com o intuito de garantir uma rede tecnicamente segura para seus beneficiários, mas não os remuneram de forma diferenciada pela sua qualidade prestada, como na prática da redução do tempo de permanência, taxas de infecções e complicações assistenciais (PORTER, 2007).

Uma vez que o mau desempenho assistencial gera o maior consumo de recursos, deve-se dar atenção a este problema, evitando a proliferação ineficiente do uso de recursos em unidades complexas com baixo índice de qualidade, inviabilizando a sua sustentação econômica do sistema (BRASIL/MS, 2004).

Isso reflete a vivência diária de casos onde uma unidade altamente rentável pode não ser tecnicamente qualificada para suprir as necessidades de saúde de um paciente. Assim como, uma unidade altamente qualificada tecnicamente e segura, especializada, pode não ser viável economicamente para a saúde econômica de uma organização.

Para Jacques (2007), o ambiente hospitalar é composto por operações de elevada complexidade e possui forte interação entre os diversos processos assistenciais e econômicos. O autor destaca que este ambiente é centrado em atividades administrativas e assistenciais, que possuem características distintas na sua essência, mas com objetivos comuns. De caráter administrativo, está o gerenciamento econômico do desempenho das atividades prestadas e seus custos, viabilizando a execução da operação assistencial.

De acordo com Paim (1999), as operações assistenciais nas organizações consistem em ações de prestação do cuidado, promoção e prevenção à saúde, como a intervenção no processo de doença, articulando os recursos físicos, tecnológicos e humanos necessários para devolver o indivíduo em condições de exercer as suas atividades novamente junto à sociedade.

Destaca-se neste mercado onde a competição é baseada em valores econômicos e não assistenciais para remuneração, em que mais de 90% das receitas geradas pelos hospitais privados são oriundas de planos de saúde privados (ANAHP, 2011). A competição e a forma de gerir este modelo de remuneração das organizações devem ser reavaliados, proporcionando

a sua sustentabilidade através da qualidade assistencial prestada e não apenas pelo uso de recursos (PORTER, 2007).

Para Teisberge (2009), o cenário precisa passar por mudanças, de forma rápida e objetiva, ou os sistemas de saúde mundiais chegarão a um caos, inviabilizando suas operações. Assim, os desempenhos que devem ser acompanhados são: a qualidade e a segurança obtidas através da recuperação do paciente, e não puramente os índices econômicos como são usualmente feitos.

Diante do tema exposto acima, a questão de pesquisa deste trabalho define-se: Como avaliar o desempenho de um hospital privado através da relação das variáveis assistenciais e econômicas que o compõem?

1.2 Objetivo

Os objetivos deste trabalho buscam auxiliar na obtenção de respostas sobre a questão de pesquisa apresentada no capítulo 1.1.

1.2.1 Objetivo Geral

O objetivo geral deste trabalho é propor um modelo para avaliar o desempenho de um hospital privado, considerando as variáveis econômicas e assistenciais.

1.2.2 Objetivos Específicos

Da mesma forma, os objetivos específicos visam a auxiliar na concretização do objetivo geral no capítulo 1.2.1 e na questão de pesquisa no capítulo 1.1 a que este projeto propõe-se.

- a) Definir o conceito de desempenho hospitalar para um hospital privado;
- b) Definir as variáveis que compõem as dimensões econômicas e assistenciais de um hospital privado;
- c) Definir as relações de causa e efeito entre as variáveis econômicas e assistenciais;
- d) Aplicar o modelo estabelecido, analisando o desempenho de uma unidade/serviço e/ou instituição através destas variáveis.

1.3 Justificativa

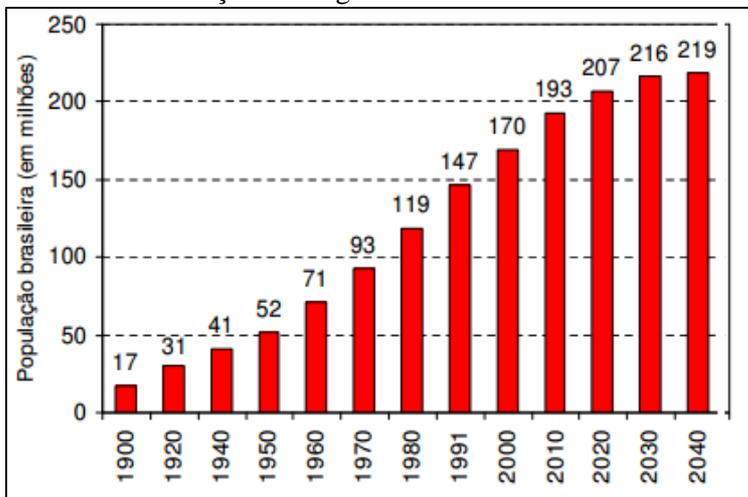
A partir das considerações citadas anteriormente, as justificativas que sustentam este trabalho subdividem-se através dos segmentos acadêmico, social e econômico. Itens estes

caracterizados através da prática bibliográfica do tema em discussão e do atual contexto prático da atuação das instituições hospitalares.

1.3.1 Setor Social e Econômico da Saúde Privada do Brasil

De acordo com o IBGE (2010), nos últimos anos vem reduzindo-se o número disponível de leitos de internação hospitalar no Brasil, tanto nas instituições privadas como nas públicas. Em contrapartida, nos últimos anos, a população brasileira vem crescendo como pode-se acompanhar no Gráfico 3, assim como a sua expectativa de vida, o que reflete uma necessidade eminente de instituições hospitalares bem estruturadas e em condições de absorver esta demanda.

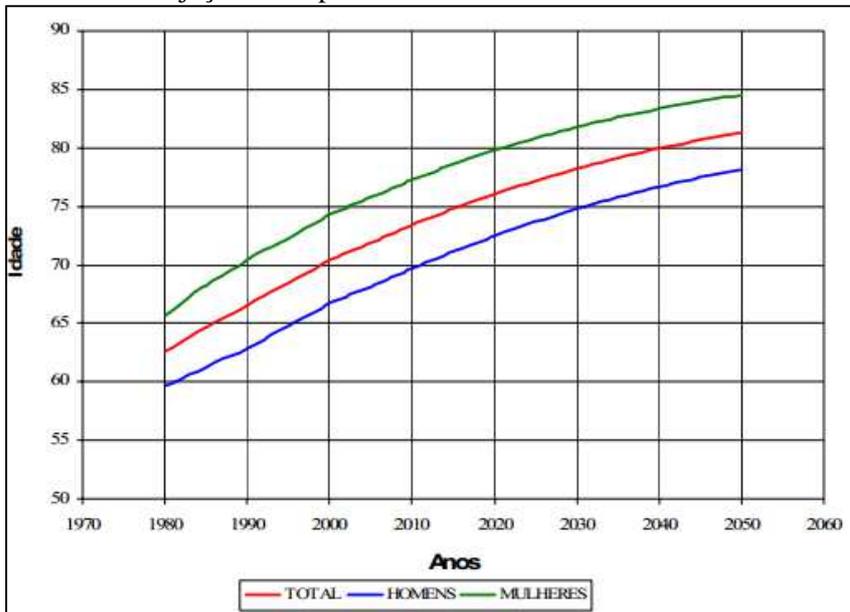
Gráfico 3 - Transição Demográfica no Brasil/Crescimento da População 1900 – 2040.



Fonte: IBGE, 2010.

No que diz respeito à expectativa de vida, pode-se observar no Gráfico 4 a tendência de envelhecimento da população no Brasil para os próximos anos. De acordo com o IPEA (2010) e IBGE (2010), a expectativa de vida dos homens em 2010 era de 69,73 anos; já para as mulheres, essa expectativa chega aos 73,32 anos, uma diferença de três anos, cinco meses e nove dias.

Gráfico 4 - Projeção da Expectativa de Vida do Brasil 1970 – 2050.



Fonte: IPEA, 2010 e IBGE, 2010.

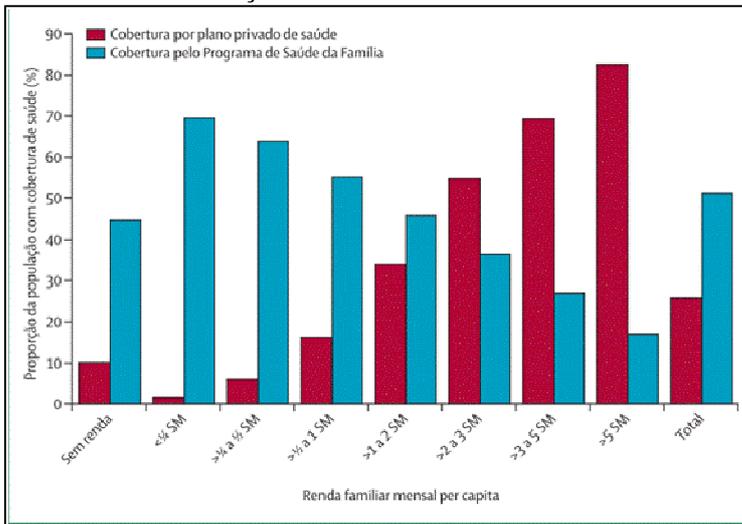
De acordo com Almeida (2010), historicamente, o Brasil estimula as políticas de saúde no setor privado para absorção de parte desta demanda pública; seja por meio de credenciamento de consultórios médicos, criação de clínicas diagnósticas e terapêuticas, seja por incentivos às empresas de planos e seguros de saúde. Para o autor, esta necessidade baseia-se na saturação do sistema público de saúde no Brasil, e sua falta de profissionalização na gestão das organizações de saúde.

Em 1998, 24,5% da população brasileira possuía um seguro de saúde dos quais 18,4% eram planos privados e 6,1% para funcionários públicos. Essa proporção cresceu para 25% em 2010 e, gerou rendimentos de mais R\$ 63 bilhões (cerca de US\$ 27 bilhões). Os planos privados de atenção odontológica também cresceram consideravelmente em relação a sua série histórica (ANS, 2010).

De acordo com a pesquisa publicada pela PNAD (2008), as pessoas com planos e seguros de saúde privada afirmam terem melhores acesso a serviços preventivos, e a uma maior taxa de uso dos serviços de saúde que aquelas que não dispõem de tais planos ou seguros.

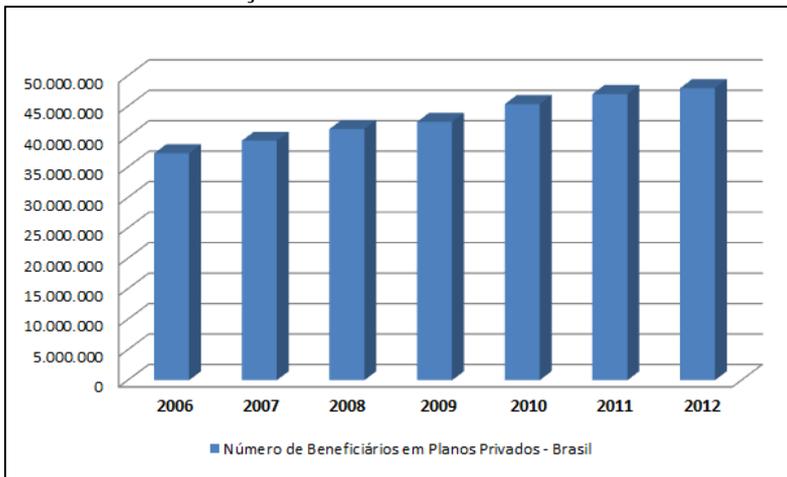
Com o crescimento da economia no Brasil nos últimos anos, ocorre que uma migração de habitantes que antes utilizavam o SUS, a partir de então, passou a aderir aos planos de saúde privados, inflando o mercado de saúde privado, conforme observar-se no Gráfico 5 e Gráfico 6.

Gráfico 5 - Distribuição de cobertura de Plano de Saúde Privado e Programa Saúde Família Ano 2008.



Fonte: PNAD, 2008.

Gráfico 6 - Distribuição de beneficiários em Plano de Saúde Privado no Brasil.



Fonte: ANS, 2013.

Na Tabela 3, pode-se verificar a participação dos serviços públicos e privados no total de estruturas disponibilizadas para atendimento no Brasil.

Tabela 3 - Oferta de Serviços no setor Público x Privado Ano 2010.

SERVIÇOS	2010
Postos e Centros de Saúde	41.667
Privados	1,30%
Públicos	98,70%
Ambulatórios Especializados	29.374
Privados	89,30%
Públicos	10,70%
Policlinicas	4.501
Privados	74,00%
Públicos	26,00%
Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapeutico	16.226
Privados	93,60%
Públicos	6,40%
Serviços de Emergência Gerais e Especializados	789
Privados	22,10%
Públicos	77,90%
Hospitais	6.384
Privados	68,10%
Públicos	31,90%

Fonte: IBGE, 2010.

Outro ponto importante a ser levado em consideração, atrelado ao objetivo deste trabalho é que, de acordo com a ANS (2010), mais de 40 milhões de pessoas encontravam-se cobertas por um plano que subsidia consultas, exames, cirurgias, internações, entre outras necessidades de cuidado com a saúde. No Brasil, em setembro de 2011, existiam mais de 1.600 operadoras de planos de saúde com assistência médica registradas no mercado de saúde suplementar (ANS, 2011).

Através de uma pesquisa realizada em 2010 pela Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), referente ao volume de internações realizadas no período de 2005 a 2009, o estudo revelou que dos 40 hospitais associados ao órgão, mais de 90% das suas receitas geradas com a prestação de serviços em saúde tiveram como fonte pagadora os planos e seguros de saúde privados. Esses dados demonstram a grande dependência dos hospitais privados junto à remuneração econômica por parte das operadoras de planos de saúde no Brasil.

Essa relação, que estabelece um importante grau de dependência entre hospitais e operadoras de plano de saúde, remete a uma pontual reflexão a respeito da forma como são realizados os pagamentos às instituições que prestam atendimento à saúde.

Para Porter (2007), o processo mundialmente adotado para os valores remunerados pelas operadoras de planos de saúde são os mesmos pagos a hospitais que possuem ótimos

desempenhos assistenciais, assim como, a aqueles que nem prestam conta dos seus dados de segurança e qualidade. De acordo com autor, isso não garante a segurança técnica e a diferenciação pela qualidade prestada pelos profissionais e hospitais, o que cria uma competição baseada em valores e não em desempenho.

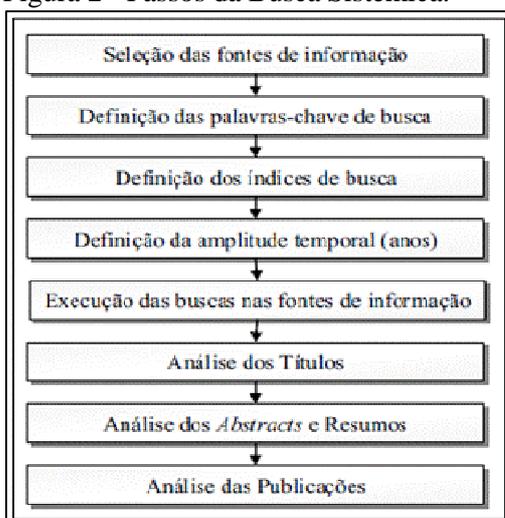
Para Younis, Younies e Okojie (2006), são muitas as variáveis que podem influenciar o desempenho de um hospital, entre elas, a dinâmica dos elementos assistenciais que impactam na rentabilidade e na qualidade dos serviços. O processo de avaliação e remuneração das instituições hospitalares inviabiliza o crescimento e a competição do setor, uma vez que a principal fonte de remuneração, as operadoras de planos de saúde não precificam o desempenho da qualidade assistencial e, sim, os recursos utilizados na execução da atividade (PORTER, 2007).

1.3.2 Perspectiva Acadêmica do Problema e do Tema de Pesquisa

A partir da consulta a bancos de dados e bases de periódicos científicos, dissertações e teses, como periódicos nacionais, internacionais e especializados em assuntos e temas relacionados à gestão de desempenhos hospitalares, foi possível identificar o pouco volume de informações a respeito do problema e do tema.

Salienta-se que na pesquisa sempre houve a busca pela relação entre conceitos de variáveis econômicas atreladas a um modelo de variáveis médico/assistencial. Como método utilizado para busca sistêmica das informações, foram seguidos os passos da estrutura proposta por Lacerda (2009), conforme Figura 2:

Figura 2 - Passos da Busca Sistêmica.



Fonte: Lacerda (2009)

Em seguida, estabeleceu-se as fontes de informações a serem pesquisadas como base

de sustentação e conhecimento do trabalho. O modelo utilizado para classificação das categorias e fontes de informação encontram-se a seguir:

Período de Busca: 1998 – 2012.

Bases de Informação de Periódicos Científicos:

- EBSCOHost – Internacional;
- SCIELO – Nacional;

Bases de Informação de Dissertações e Teses:

- BDTD/IBCT (Biblioteca Digital de Dissertações e Teses/Instituto Brasileiro em Ciência e Tecnologia) – Nacional;
- PROQUEST (Dissertations and Thesis) – Internacional;

Da mesma forma, no Quadro 1, verifica-se os periódicos científicos consultados e, sequencialmente, as palavras-chaves definidas, atendendo o tema de pesquisa em questão.

Quadro 1 - Quadro de Consultas a Periódicos e Palavras-Chaves.

Periódicos Científicos:	Palavras-chave Nacionais	Palavras-chave Internacional
Revista de Administração da Universidade de São Paulo (RAUSP) Nacional;	Gestão hospitalar;	Health Services;
Revista Eletrônica de Administração (READ) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) – Nacional;	Administração hospitalar;	Health and Human Services Administration;
Revista de Administração de Empresas (RAE) da Fundação Getúlio Vargas (FGV) – Nacional;	Administração de desempenhos hospitalares;	Hospital Management;
Gestão e Produção (GeP) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR) – Nacional;	Análise de desempenhos econômicos hospitalares;	Administration hospital;
BMC Health Services Research – Internacional;	Análise de desempenhos financeiros hospitalares;	Administration hospital results;
Health Services Research : HSR – Internacional;	Análise de desempenhos assistenciais hospitalares;	Review of hospital economic results;
International Journal of Service Industry Management – Inter	Relação entre dimensões administrativas e assistências em hospitais;	Review of hospital financial results;
Journal of Health and Human Services Administration – Inter	Modelo de gestão de desempenhos hospitalares;	Analyze results of hospital care;
Journal of Service Research : JSR – Internacional;	Relação de causa e efeito em hospitais;	Relationship between variables and administrative assistance in hospitals;
Journal of Services Marketing – Internacional;	Impacto de dimensões administrativas e médicas;	Model results for hospital management;
	Análise de indicadores hospitalares;	Relationship of cause and effect in hospitals;
	Desempenho hospitalar.	Impact of administrative and medical
		Review of hospital indicators;
		Result hospital.

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Como desempenho da consulta aos bancos de dados e bases de periódicos e outras plataformas, foi possível evidenciar uma lacuna a respeito do problema de pesquisa em estudo. Estudos com foco nestas dimensões existem, mas de forma isolada em hospitais, tratando de maneira distinta a relação entre elas e com temas variados.

Em uma amostra de 100 artigos consultados, pode-se observar, através da Tabela 4, o baixo índice de publicações que apresentam pertinência ao trato da relação destas variáveis econômicas e assistenciais, na definição de desempenho de uma instituição hospitalar.

Na sua maioria, classificados na coluna como relevantes, 39 dos 100 artigos tratam da avaliação de desempenho das instituições de forma distinta, separando a análise em econômico e assistencial e, apenas 6, tratam de forma pertinente a avaliação em conjunto destas dimensões.

Tabela 4 - Consulta a Bases de Dados x Publicações Pertinentes ao Problema de Pesquisa.

<u>BASE DE DADOS</u>	<u>ARTIGOS*</u>	<u>RELEVANTE AO PROBLEMA DE PESQUISA</u>	<u>PERTINENTES/ESPECIFICOS AO PROBLEMA DE PESQUISA</u>
EBSCOHost	64	26	3
SCIELO	24	8	2
BDTD/IBCT	4	2	0
PROQUEST	8	3	1
AMOSTRA =>	100	39	6

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Desta forma, essa pesquisa mostra-se relevante do ponto de vista acadêmico-científico a partir do momento que se dispõe a discorrer sobre um assunto pouco abordado na literatura e na academia. Com relevância do ponto de vista organizacional, como visto anteriormente, à medida que se propõe a buscar melhores desempenhos para as instituições hospitalares atuantes no Brasil.

1.4 Delimitação

Os limitantes apresentados neste trabalho são a falta de referencial bibliográfico que trate especificamente do assunto em estudo, validando a relação entre as variáveis econômicas e assistenciais no desempenho de uma instituição hospitalar.

A vasta gama de conceitos e peculiaridades presentes na área da saúde, como a definição e o uso das expressões utilizadas como tratamento e complexidade do cuidado com a saúde do homem, representam a necessidade de padronização de alguns termos. A grande variabilidade de técnicas e insumos previstos e consumidos na geração de desempenho e na produção do produto final ofertado no mercado de atenção e cuidado a saúde, também refletem a falta de consenso, caracterizado como delimitação do tema.

Em função dessa complexidade, apresentada pelo setor e sua natureza, os desempenhos do estudo não poderão ser generalizados para outros ambientes hospitalares sem prévia análise. Isso deve-se à diversidade dos serviços e às peculiaridades de tratamento e complexidade. Sendo assim, essas delimitações podem indicar a realização de outros trabalhos de pesquisa que venham a complementar o estudo em questão, configurando-se como uma oportunidade para estudos futuros.

A aplicação do modelo também se limita na utilização de uma unidade e/ou serviço de uma instituição hospitalar, adaptada aos conceitos gerais apresentados na caracterização da instituição. A preposição do modelo atende aos critérios de um estudo de caso e contempla a amostra de cinco hospitais da região sul do país, que apresentam o mesmo perfil de atendimento, similaridade de porte e complexidade assistencial.

O presente estudo visa a atender aos critérios de pesquisa propostos em uma instituição de caráter privado, tendo limitações importantes a serem consideradas em função das informações possuírem características estratégicas, vistas assim pelas organizações.

1.5 Estrutura do Trabalho

O presente trabalho está estruturado em 7 capítulos, sendo que o primeiro, designado como introdução, contextualizará o problema e a questão de pesquisa a ser respondida, os objetivos gerais e específicos, bem como a justificativa e as delimitações do trabalho. Em seguida, no capítulo 2, será apresentada a metodologia, seguida pela unidade de estudo.

Nos capítulos 3, 4 e 5 serão apresentados o desdobramento do referencial teórico utilizado para sustentação da pesquisa, seguido pelo desenvolvimento da pesquisa, sua aplicação e desempenho, assim como a avaliação de seus resultados. Por fim, no capítulo 6 e 7 serão apresentados os ajustes ao modelo, conclusões, limitações da pesquisa, assim como a indicação de trabalhos futuros e os referenciais bibliográficos utilizados no estudo.

2 METODOLOGIA.

Este capítulo apresenta a metodologia que foi utilizada no estudo, evidenciando a natureza da pesquisa, os motivos que levaram à escolha do método, as fontes de coleta de dados, a técnica usada para analisá-los e uma síntese das etapas do método de trabalho.

2.1 Tipo de Pesquisa

O tipo de abordagem adotado neste trabalho possui caráter qualitativo, objetivando a análise de um caso concreto, partindo das atividades locais de uma organização, atendendo os critérios e particularidades temporais e locais (FLICK, 2004).

Quanto à sua natureza, o estudo tem uma característica de pesquisa aplicada. Do ponto de vista dos objetivos, esse trabalho apresenta características de pesquisa exploratória, pois investigou um fenômeno, com o propósito de compreendê-lo melhor (VERGARA, 2005; GIL, 2007). De acordo com Silva e Menezes (2001), os objetivos exploratórios geram uma proposição de um modelo, usando como base o levantamento bibliográfico, entrevistas com especialistas e a aplicação dos conceitos em um caso real.

Esse trabalho foi conduzido por meio de uma pesquisa exploratória de caráter qualitativo, fazendo uso da estratégia de estudo de caso, a partir de uma abordagem investigativa empírica de um fenômeno contemporâneo dentro do seu contexto real, no qual os limites entre o fenômeno e seu contexto não estão claramente definidos (YIN, 2001). Os objetivos exploratórios geralmente fazem uso de abordagens qualitativas, muitas vezes, com emprego de técnicas como o estudo de caso e análises históricas (COLLIS; HUSSEY, 2005).

A escolha do método científico está relacionada aos objetivos e ao contexto da pesquisa, ou seja, um método capaz de responder ao problema de pesquisa em estudo. O uso de um modelo constituído de conceitos obtidos através de bibliografias existentes que auxiliem a compreender o problema, possibilitam o avanço do conhecimento (MIGUEL, 2010).

Para Fowler (2003), os modelos ajudam a compreender e reduzir os impactos da complexidade e a incerteza que caracterizam a gestão contemporânea. Para Gil (2007), o estudo de caso consiste no estudo profundo e exaustivo de um ou poucos objetos, de maneira que permita seu amplo e detalhado conhecimento.

2.2 Unidade de Estudo ou Campo de Pesquisa

O Ministério da Saúde define hospital como sendo parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população

assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, constituindo-se também em centros de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde (BRASIL, 2000).

O campo de pesquisa tratou da avaliação e análise de cinco Organizações Hospitalares Privadas do estado do Rio Grande do Sul, de mesmo porte e complexidade, analisando a forma como são avaliados os seus desempenhos institucionais e que possuam em suas estruturas unidades e/ou serviços de tratamento intensivo – UTI, como pode ser visto através da Tabela 5.

Tabela 5 - Características das Unidades de Estudo.

Nº	HOSPITAL	CARACTERÍSTICAS	UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO - UTI ADULTO	Nº LEITOS DA UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO - UTI ADULTO
1	Hospital A	Hospital de Grande Porte da Região Sul do Brasil, possui um total de 350 leitos, 2.500 funcionários com Corpo Clínico Aberto . Hospital com estrutura para atendimento de alta complexidade , com unidades próprias de serviços de diagnóstico e tratamento. Atende público privado/convênio .	SIM	32
2	Hospital B	Hospital de Grande Porte da Região Sul do Brasil, possui um total de 470 leitos, 2.500 funcionários com Corpo Clínico Aberto . Hospital com estrutura para atendimento de alta complexidade , com unidades próprias de serviços de diagnóstico e tratamento. Atende público privado/convênio .	SIM	72
3	Hospital C	Hospital de Grande Porte da Região Sul do Brasil, possui um total de 600 leitos, 2.500 funcionários com Corpo Clínico Aberto . Hospital com estrutura para atendimento de alta complexidade , com unidades próprias de serviços de diagnóstico e tratamento. Atende público privado/convênio e SUS .	SIM	87
4	Hospital D	Hospital de Grande Porte da Região Sul do Brasil, possui um total de 199 leitos, 1.200 funcionários com Corpo Clínico Aberto . Hospital com estrutura para atendimento de alta complexidade , com unidades próprias de serviços de diagnóstico e tratamento. Atende público privado/convênio e SUS .	SIM	35
5	Hospital E	Hospital de Grande Porte da Região Sul do Brasil, possui um total de 170 leitos, 1.100 funcionários com Corpo Clínico Aberto . Hospital com estrutura para atendimento de alta complexidade , com unidades próprias de serviços de diagnóstico e tratamento. Atende público privado/convênio e SUS .	SIM	24

Fonte: Elaborado pelo Autor.

O modelo proposto foi aplicado em uma unidade/serviço de tratamento intensivo – UTI de uma instituição hospitalar privada, aqui denominada como hospital A, localizada em Porto Alegre (RS) que possui o gerenciamento de um sistema de saúde composto por mais 07 hospitais de grande, médio e pequeno porte.

Essa instituição privada caracteriza-se como um hospital geral e multidisciplinar de grande porte da região Sul do Brasil, que tem como objetivo prestar serviços na área da saúde privada, bem como, desenvolver atividades de educação, prevenção e diagnóstico.

O hospital conta com mais de 2.500 funcionários em seu quadro de colaboradores, além de um corpo clínico aberto, composto por diversas especialidades médicas, subdividido por uma equipe de profissionais multidisciplinares no restante da sua estrutura funcional, como áreas assistenciais e administrativas.

Possui uma capacidade instalada de mais de 350 leitos distribuídos nas áreas de clínica médica, emergência, cirúrgica, obstetrícia, dependência química, psiquiátrica e tratamento intensivo. A unidade ainda dispõe de serviços de diagnóstico por imagem, laboratório de análises clínicas, farmácia, centro de material esterilizado (CME) e serviço de nutrição e dietética (SND).

Sua característica é o tratamento e o cuidado de alta complexidade, caracterizado pelas doenças vasculares, oncológicas, trauma, cirurgias de grande porte e tratamento intensivo. O gerenciamento das áreas produtivas desta instituição é subdividido em quatro grandes áreas, responsáveis por mais de 98% das suas receitas geradas e gerenciadas de forma sistêmica entre os serviços, sendo eles: Serviços de Internações, Serviços Ambulatoriais, Serviços Cirúrgicos e Serviços de Diagnóstico e Tratamento. A estrutura ainda possui cerca de 95% da sua receita gerada através da prestação de serviço a beneficiários detentores de planos e seguros de vida privados, alinhados aos critérios estabelecidos pela ANS e ANAHP.

A instituição declara em sua visão institucional o foco em desenvolvimento, atribui a seus valores o contínuo processo de especialização e de evolução na área da medicina e do atendimento hospitalar. Define como diretrizes estratégicas a inovação e o foco na busca da melhor solução de tratamento e recuperação para seus pacientes, sendo referência no estado do Rio Grande do Sul no cuidado e tratamento médico-hospitalar de alta complexidade.

Optou-se por aplicar o uso do modelo em uma unidade de tratamento intensivo – UTI em função das suas características assistenciais e econômicas, que atendem a um alto grau de complexidade médico-assistencial e o grupo das principais unidades geradoras de receita de um hospital. Neste contexto é que o presente estudo foi realizado, bem como a coleta de dados para atingir o objetivo geral e os específicos desse trabalho.

Antes de transcorrer a aplicação do modelo na unidade é importante caracterizar o local em que foi avaliado o desempenho assistencial e econômico, descrevendo sua estrutura física, tecnológica e de recursos humanos. É importante salientar o perfil de pacientes que utilizam este tipo de serviço.

A unidade de tratamento intensivo - UTI nasceu da necessidade de oferecer suporte avançado de vida a pacientes agudamente doentes que porventura possuam chances de sobreviver; destina-se à internação de pacientes com instabilidade clínica e com potencial de gravidade. É um ambiente de alta complexidade, reservado e único no ambiente hospitalar, já que se propõem a estabelecer monitorização completa e vigilância 24 horas.

As doenças são inúmeras, o que torna muito difícil a compreensão de todas elas. Os exemplos mais comuns de doenças que levam à internação em UTI são patologias cardíacas, doenças respiratórias, doenças cerebrais e recuperação de cirurgias de grande porte.

A unidade de tratamento intensivo do hospital A é composta por profissionais graduados e especializados para atuação no cuidado e nos tratamentos de alta complexidade e gravidade, que atuam juntamente com as demais equipes multiprofissionais e interdisciplinares constituídas por médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, psicólogos e assistentes sociais.

A UTI é essencial para a recuperação terapêutica, porém, impõe uma nova rotina ao paciente, quando há separação do convívio familiar e dos amigos, a qual pode ser amenizada através de visitas diárias. A unidade de tratamento intensivo do hospital A possui 32 leitos subdivididos em UTI de alta complexidade com 11 leitos, UTI de média complexidade com 09 leitos e UTI de baixa complexidade com 12 leitos.

O que caracteriza esta subdivisão de leitos é a gravidade da situação do paciente em relação à sua patologia. Na Tabela 6 pode-se ver os critérios utilizados para essa classificação.

Tabela 6 - Critérios de classificação dos leitos de UTI.

UTI	Nº LEITOS	DESCRIÇÃO	EXEMPLO
UTI Alta	11	Pós Operatório imediato de grande cirurgia, intervenção assistencial constante, pacientes dependentes de equipamento para manutenção da vida.	Quadro instável. Pós Operatório de Cir. Cardíaca.
UTI Média	9	Pacientes com quadro estabilizado em processo de recuperação, processo de retirada de aparelhos de suporte de vida.	Pacientes críticos em desmame de ventilação mecânica.
UTI Baixa	12	Pacientes com patologias graves que necessitam de monitoração e vigilância contínua.	Paciente pós colocação de marca passo, infarto não complicado.

Fonte: Desenvolvido pelo Autor.

2.3 Técnicas de Coleta de Dados

Esse trabalho teve como fontes de informações, documentos, registros em arquivo informatizados, sistemas eletrônicos, entrevistas e observação participante, possibilitando a amplitude da pesquisa qualitativa proposta (YIN, 2001). Nessa pesquisa, a coleta de dados foi dividida em dois contextos: estratégico e operacional.

No contexto estratégico, buscou-se identificar e analisar a definição de desempenho hospitalar, variáveis de impacto econômicas e assistenciais sob a ótica dos diretores e gestores das organizações, buscando uma percepção mais estratégica sobre o tema em estudo. No

contexto operacional, buscou-se identificar e analisar a relação destas variáveis sob a ótica do conceito de desempenho hospitalar estabelecido pelo contexto estratégico.

Foram aplicadas nesse estudo entrevistas semiestruturadas e individuais (FLICK, 2004). A partir de amostra não probabilística e intencional, foi utilizada a experiência de profissionais envolvidos com o gerenciamento de serviços na instituição. De acordo com Flick (2009), a amostragem para realização de entrevistas qualitativas tem por objetivo acessar as pessoas realmente envolvidas com a questão em estudo, sendo que, na maioria dos casos, é definida de forma intencional.

As entrevistas foram registradas por escrito, seguindo um *check list* (APÊNDICE A) de perguntas que direcionaram o cumprimento dos objetivos específicos do trabalho, a partir de um primeiro teste piloto realizado em uma das instituições, observando se as perguntas atendiam ao preenchimento das lacunas a serem respondidas nessa pesquisa. De acordo com Lakatos (1996), um teste piloto das entrevistas deverá ser realizado com o objetivo de avaliar a sequência das questões, o roteiro ou formulário com as proposições que atendam ao objetivo do estudo.

Nas entrevistas foram utilizados documentos que corroboraram com as perguntas realizadas; como cadernos institucionais, relatórios de indicadores assistenciais e demonstrativos de desempenhos econômicos de unidades médicas. Para Yin (2001), as informações documentais utilizadas devem complementar ou confirmar as informações obtidas através das entrevistas e da observação.

2.4 Técnicas de Análise de Dados

A análise dos dados partiu da contextualização descritiva do que é desempenho para uma instituição hospitalar e a composição de suas dimensões, a partir da revisão bibliográfica do tema de pesquisa. As informações coletadas, através de entrevistas e análise documental, foram analisadas e classificadas conforme sua origem, com características econômicas e assistenciais.

Os dados coletados sofreram uma análise crítica; através da interação da prática com a literatura, as entrevistas serviram para identificar a percepção dos entrevistados em relação aos critérios de participação e a observação do entrevistador em relação aos processos da unidade de análise. Foi utilizada a análise de conteúdo para avaliação das entrevistas, buscando comparar as práticas adotadas nas organizações com o modelo teórico construído a partir da revisão de literatura (BARDIN, 2004).

De acordo com Godoy (1995), a utilização da análise de conteúdo prevê três fases fundamentais: pré-análise, exploração do material e tratamento dos desempenhos, conforme Quadro 2.

Quadro 2 - Análise de Conteúdo.

ANÁLISE DE CONTEÚDO		
Etapa	Ref.Bibliográfica Godoy (1995).	Execução do Trabalho
<u>PRÉ-ANÁLISE</u>	Nesta etapa, se estabelece a dinâmica de trabalho definido os respectivos procedimentos e desdobramentos da pesquisa. Cabe adotar flexibilidade nesta etapa. Normalmente envolve uma primeira leitura bibliográfica do assunto que será submetido a análise.	Realizado o primeiro levantamento bibliográfico do tema em estudo, através dos principais periódicos e plataformas de pesquisa nacional e internacional. Estabelecido o primeiro esboço de questionário de pesquisa, contendo preliminarmente as primeiras perguntas.
<u>EXPLORAÇÃO DO MATERIAL</u>	Fase em que o pesquisador deve submeter o material levantado, adotando classificação e categorização do assunto em estudo. Caso seja em palavras a classificação dada, se separa em blocos que expressem determinadas categorias.	Definida as principais fontes de contribuição para o trabalho, como artigos e pesquisas bibliográficas. Definido os blocos e categorização das informações a serem classificadas a responderem os objetivos do estudo. Definido o questionário de pesquisa para realização das entrevistas com os especialistas. Implementação do estudo.
<u>TRATAMENTO DOS RESULTADOS</u>	Nesta etapa o pesquisador deverá tornar os resultados significativos, buscando partes relevantes, consolidando, estabelecendo padrões e tendências. Esta etapa gera conhecimento.	Consolidado os dados das pesquisas realizadas, mensurado os padrões, estabelecido os resultados das entrevistas. Descrita a dissertação a respeito do tema.

Fonte: Elaborado pelo Autor. Adaptado de GODOY, 1995.

Nesta pesquisa, o objetivo foi o de identificar, no conteúdo das entrevistas e nas demais fontes de informações, correlações com o referencial teórico sobre desempenho hospitalar, definindo as variáveis mais significativas de caráter econômico e assistencial.

A partir dessa classificação descritiva e conceitual foi construído um modelo para identificar a relação entre estas variáveis, pontos estes de maior impacto e relevância para pesquisa.

Posteriormente, foi utilizada a técnica da triangulação, por meio do cruzamento das distintas fontes de dados coletados (YIN, 2001). Foram triangulados os seguintes dados: entrevistas; documentos; e observação participante. As análises finais foram realizadas tendo por base as triangulações de dados e o referencial teórico da pesquisa.

Para validação do método, foi aplicado um teste piloto na instituição A, uma simulação medindo os desempenhos e a relação das variáveis em uma unidade/serviço de tratamento intensivo - UTI.

2.5 Método de Trabalho

O método de trabalho descreve as etapas realizadas para o desenvolvimento desta pesquisa, a qual está estruturada em oito etapas, conforme apresenta a Figura 3.

Figura 3 - Cronologia do Método de Trabalho.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Cada etapa do método de trabalho foi descrita conforme cronologia apresentada na Figura 3.

Etapa 01 – Exploração: Nesta etapa foram utilizados os procedimentos de Pesquisa Bibliográfica e Observação Participante, que consiste em analisar um caso real para extrair informações para a construção do modelo. A partir desta etapa foi dimensionado o que a literatura definia como desempenho hospitalar e levantada todas as variáveis mais significativas para esta avaliação;

Etapa 02 – Elaboração do Instrumento de Coleta e Pré-Teste: Nesta etapa foi realizada a construção do instrumento de coleta, no caso, entrevistas qualitativas semiestruturadas e individuais, com base na pesquisa bibliográfica, realizando um pré-teste do instrumento junto a dois especialistas do setor, um gerente de unidade e um superintendente hospitalar, ambos de uma organização com características de grande porte e alta complexidade com mais de 10 anos de experiência neste mercado.

O instrumento foi composto pela relação das variáveis identificadas na etapa de exploração, sendo dimensionado um peso de 1 a 5 para cada uma delas, nesta classificação o valor 1 representou a variável como pouco significativa e 5, extremamente significativa ao modelo, ficando os valores 2, 3 e 4 de acordo com a proximidade de importância de cada extremo;

Etapa 03 – Avaliação Documental e de Especialistas: Nesta etapa foram realizadas as entrevistas com especialistas da área e uma avaliação crítica das demais fontes de informações, correlacionadas com a revisão bibliográfica realizada na etapa 1. As entrevistas

foram realizadas em cada uma das instituições, possibilitando o complemento do uso de documentos que contribuíssem com as respostas apresentadas para o instrumento, ilustrando a análise de conteúdo. A escolha dos especialistas deu-se a partir de cargos de tomada de decisão, profissionais responsáveis pelo desempenho destas instituições, sendo eles gerentes ou superintendentes. No primeiro momento validou-se o conceito de desempenho hospitalar e a relação de variáveis identificadas na etapa de exploração. Posteriormente atribuiu-se um peso a cada uma das variáveis de acordo com o grau de importância na visão do especialista;

Etapa 04 – Modelagem: Nesta etapa foram feitas a construção do modelo com base na pesquisa bibliográfica, avaliação das fontes de informações documentais e entrevistas realizadas junto aos especialistas. Nas instituições onde houve a participação de mais de um especialista foi feita a média dos pesos para cada variável, unificando os valores. O desempenho da unidade e/ou hospital sustentou-se na soma do desempenho das variáveis versus a meta estabelecida pela instituição, utilizou-se esse critério tanto para o desempenho assistencial como econômico.

A partir da definição literária e do consenso dos profissionais de classificar o desempenho hospitalar como o equilíbrio entre ambas as variáveis, a média destes resultados estabeleceu o desempenho global da unidade e/ou hospital. O resultado inferior ao 100% não reflete um desempenho negativo e sim inferior ao esperado.

Etapa 05 – Ajuste do Modelo: Nesta etapa foi consolidado o modelo com base na bibliografia estudada e no alinhamento das respostas e sugestões dos especialistas, realizando a triangulação das etapas 3 e 4 deste método de trabalho. Foi acrescentado ao modelo colunas que relacionassem o desempenho da instituição versus o grau de importância destas variáveis, um campo de referência ou *benchmark* para o desempenho e, outros para o desenvolvimento de planos de ação de melhoria em caso de resultados negativos.

Etapa 06 – Aplicação do Modelo: Nesta etapa foi realizada a aplicação do modelo proposto em um caso real, aplicado na unidade de tratamento intensivo do hospital A da amostra pesquisada;

Etapa 07 – Análise de Desempenhos: Esta etapa foi destinada à análise dos dados coletados, os mesmos foram analisados com base no uso da técnica de análise de conteúdo, baseada na codificação e categorização de dados (BARDIN, 2004). Uma nova discussão foi realizada junto à gerência da unidade para avaliação dos resultados;

Etapa 08 – Conclusão: Nesta etapa foram realizadas as considerações finais, a consolidação dos dados coletados e analisados aplicados no modelo proposto, comparando os desempenhos provenientes do campo com os preconizados pela teoria consultada. Nesta fase

foi avaliado o alcance dos objetivos desse trabalho, bem como foram feitas proposições para a continuidade desta pesquisa.

2.6 Exploração

A exploração bibliográfica foi realizada conforme item 2.5, etapa 1 deste projeto. Além disso, foi realizada a observação direta na instituição A. Neste ponto, cabe fazer uma breve descrição das instituições A, B, C, D e E validando a relevância desta amostra para pesquisa, como o cargo de cada profissional entrevistado, consolidados no Quadro 3.

Quadro 3 - Relação de instituições x Relação de cargos dos profissionais entrevistados.

HOSPITAL	CARGO
A	> Superintendente Executivo > Superintendente Assistencial
B	> Superintendente Administrativo > Gerente Assistencial
C	> Gerente Financeiro > Gerente Assistencial
D	> Gerente de Controladoria > Gerente de Qualidade
E	> Gerente Médico de Pacientes Graves

Fonte: Elaborado pelo Autor.

2.6.1 Instituição A

A instituição hospitalar A foi fundada em 1979 e faz parte de um sistema integrado de unidades de saúde no estado do Rio Grande do Sul. Considera-se uma das principais instituições do estado em função da sua participação de mercado frente à carteira de atendimentos realizados aos mais relevantes planos de saúde. Possui um programa de qualidade instituído em toda sua estrutura, certificado pelos principais órgãos nacionais e internacionais de acreditação.

Sua estrutura é composta por cerca de 2.400 funcionários nas mais diversas multiprofissionalidades. No que diz respeito à sua estrutura administrativa, possui um superintendente geral, um superintendente executivo, um superintendente médico, um diretor de práticas médicas e áreas subdivididas entre apoio e atividade fim.

As unidades de apoio são os serviços administrativos segmentados como faturamento, compras, comercial, financeiro e recursos humanos gerenciados por executivos. Já as unidades com classificação de atividade fim são gerenciadas por médicos e possuem na sua estrutura serviços como unidade de emergência, unidade de tratamento intensivo, bloco cirúrgico e unidades de internação.

É uma instituição de grande porte com cerca de 350 leitos, classificada como hospital geral de tratamento e cuidados de alta complexidade; possui uma unidade de tratamento intensivo – UTI com 32 leitos, estruturada com recursos físicos e tecnológicos de forma a atender todas as especialidades médicas.

A instituição A possui um sistema de avaliação de desempenhos realizada a cada três meses entre seus superintendentes, executivos administrativos e médicos e, mensalmente, entre cada área e seu superintendente. No modelo trimestral são avaliados os indicadores assistenciais de cada área, sendo analisado posteriormente o demonstrativo de desempenho econômico da unidade. Não existe um modelo formal integrado de avaliação assistencial e econômica, partindo da premissa de uma relação de causa e efeito entre os desempenhos.

2.6.2 Instituição B

A instituição hospitalar B foi fundada em 1927 e é umas das organizações mais antigas do estado do Rio Grande do Sul. É considerado pelo Ministério da Saúde um dos seis hospitais de excelência do Brasil. Considera-se uma das líderes de mercado, certificada pelas principais organizações internacionais de qualidade e segurança para os pacientes e, é responsável pela cobertura da saúde de grande parte da população portadora de plano de saúde privado da cidade de Porto Alegre.

De acordo com a sua superintendência, é referência no que diz respeito ao uso de tecnologia de última geração associada à mão-de-obra qualificada e especializada no tratamento das principais patologias, atuando na alta complexidade e gravidade do cuidado aos pacientes. Seu modelo de gestão se desdobra em 3 macro etapas, gestão por processos, gestão do desempenho e posicionamento estratégico. Esse conceito viabiliza a melhoria contínua dos processos administrativos e assistenciais, a qualificação constante do capital humano e o posicionamento estratégico de acordo com o mercado.

É caracterizada como uma instituição de grande porte, com cerca de 470 leitos, sendo 72 destes, leitos de unidade de tratamento intensivo dispostos a atender o que existe de mais complexo no segmento de tratamento e cuidado da saúde da população. O hospital ainda conta com mais de 2.500 funcionários no seu quadro de colaboradores técnicos e administrativos, e mais de 2.000 médicos cadastrados ao seu corpo clínico.

A instituição possui um modelo de gestão médico assistencial estruturado que segue as diretrizes de protocolos que garantam as melhores práticas médicas, através de um modelo de corpo clínico aberto. Utiliza as mais atuais metodologias de gestão da qualidade, certificada

pela *Joint Commission*, principal órgão de certificação internacional de segurança na área da saúde.

Seu modelo de gestão institucional é baseado na avaliação multidisciplinar dos desempenhos tanto econômicos como assistenciais entre as áreas. A instituição é composta por um conselho de administração que nomeia os superintendentes médico e administrativo, que conta com o apoio das estruturas financeira, de ensino e pesquisa e prática assistencial de enfermagem, desdobradas em outras 16 gerências setoriais.

2.6.3 Instituição C

A instituição hospitalar C foi fundada em 1976 e é uma organização com importante representatividade entre as instituições de saúde do estado do Rio Grande do Sul. É considerada pelo estado como um dos principais polos de educação médica, possuindo uma universidade de medicina e, concomitantemente, de residência médica atrelada à sua estrutura física. Atende às diferentes populações, tanto privada como pública, regulamentadas através das operadoras de planos de saúde e do SUS.

Esta unidade de saúde possui na sua estrutura interna um grupo de programas de qualidade e segurança, atendendo as diretrizes das melhores práticas de cuidado ao paciente. Sua estrutura é composta por 2.500 funcionários entre equipes administrativas, médicos do corpo clínico e residentes; seu modelo de gestão é sustentado através de um Diretor Geral e Administrativo, um Diretor Técnico e Clínico, um Diretor Acadêmico e um Diretor Financeiro.

As unidades assistenciais são gerenciadas por profissionais com formação na área de enfermagem e o foco na análise de desempenho são os indicadores com representatividade assistencial. É uma instituição considerada como de grande porte, com cerca de 600 leitos, classificado como hospital geral de tratamento e cuidado de alta complexidade; possui uma unidade de tratamento intensivo – UTI com 87 leitos, estruturada com recursos físicos e tecnológicos adequados para atender as mais diversas especialidades médicas.

A instituição C possui um sistema de avaliação de desempenhos que ocorre a cada mês entre as chefias das unidades assistenciais e administrativas e suas gerências, tendo o envolvimento por parte da diretoria apenas para apresentação do desempenho para os demais colaboradores da instituição. O foco de avaliação é descentralizado, havendo uma análise assistencial e outra econômica.

2.6.4 Instituição D

A instituição hospitalar D foi fundada em 1930 e é uma organização com um importante papel assistencial na cobertura dos atendimentos realizados junto à população das cidades que compõem a grande Porto Alegre. Com mais de 11.500 m² o hospital D possui uma estrutura preparada para atendimento de alta complexidade, com unidades de terapia intensiva e salas cirúrgicas.

Realiza atendimento tanto para população coberta pelo SUS quanto para convênios, possui um serviço de qualidade que é responsável pela padronização e a melhoria de processos internos. Agrega ao seu quadro funcional cerca de 1.200 funcionários. Sua gestão médica é realizada através de um modelo de corpo clínico aberto, tendo em seu modelo de gestão institucional a seguinte estrutura: Diretora Geral, Diretora Executiva, Diretor Técnico, Gerente de Controladoria, Gerente Administrativa, Gerente de Enfermagem, Gerente de Manutenção e Projetos e Gerente de Recursos Humanos.

A instituição conta com cerca de 199 leitos, sendo 35 de unidades de tratamento intensivo, subdivididas entre 10 leitos de CTI Adulto, 06 leitos de CTI Pediátrica, 12 leitos de CTI Neonatal e 07 leitos na CTI Cardiológica.

Suas unidades de negócio, como são chamadas as áreas assistenciais, são gerenciadas por enfermeiros que possuem treinamento focado na gestão econômica de serviços, além disso, ocorre uma vez por semana uma reunião entre as gerências e a diretoria para discussão dos desempenhos parciais e das questões operacionais do hospital, e trimestralmente uma reunião de avaliação entre gerenciais e diretoria.

Seu modelo de avaliação de desempenho é descentralizado quando indagada a relação entre as variáveis assistenciais e econômicas, sendo avaliada uma matriz de indicadores assistenciais e o demonstrativo de desempenho econômico separadamente.

2.6.5 Instituição E

A instituição hospitalar E foi inaugurada em 1969, com uma área construída de mais de 19.995 m², a organização atende a uma demanda de alta complexidade de planos de saúde privados. Possui cerca de 170 leitos, tendo seu modelo de gestão estruturado da seguinte forma: Diretor Geral, Diretor Executivo, Diretor Médico e Diretora de Enfermagem.

A instituição é composta por mais de 1.100 funcionários nas mais diferentes áreas multidisciplinares e mais de 1.600 médicos credenciados em um modelo de corpo clínico aberto. O hospital E ainda possui 24 leitos de CTI, sendo 12 leitos da unidade para adulto e 12

neonatal, além de bloco cirúrgico, unidades de internação, emergência e centro de quimioterapia.

O modelo de avaliação de desempenho ocorre entre os gerentes das unidades e seu corpo diretivo uma vez por mês. A dinâmica de avaliação é descentralizada entre os resultados assistenciais e econômicos, ocorrendo primeiro uma análise da matriz de indicadores assistenciais e, posteriormente, uma avaliação dos resultados econômicos gerais da instituição, não sendo feita uma análise crítica de resultado por unidade assistencial e nem sendo apontados os fatores que geraram determinado desempenho.

A organização passa por uma reformulação em seus processos, implementando programas de qualidade para candidatar-se a avaliação da acreditadora internacional *Join Commission* no próximo ano, o que homologará a credibilidade das suas atividades assistenciais no que diz respeito à qualidade, à segurança e o cuidado dos pacientes.

2.7 Resumo da análise das instituições

Essa amostra demonstra-se representativa na medida em que corresponde cerca de 70% dos leitos privados disponíveis para população em suas respectivas regiões. Estas instituições são responsáveis pelo maior volume de atendimentos privados do estado do Rio Grande do Sul e possuem características similares, o que torna o estudo homogêneo.

Pode-se avaliar na Tabela 7 o grau de similaridade entre fatores expressivos na comparação entre as instituições, sendo eles:

- Fundação: Tempo de representatividade e atuação no mercado de saúde do estado;
- Programa de Qualidade: Se a instituição possui algum programa de qualidade com foco na melhoria de processos, segurança e qualidade do atendimento prestado ao paciente;
- Número de Funcionários: Quantitativo de profissionais subdivididos nas mais diversas formações, médica, administrativa, enfermagem e técnico assistenciais;
- Corpo Clínico: Modelo de estrutura da participação dos médicos na instituição, corpo clínico fechado que possui na sua característica o quadro funcional contratado dos profissionais, através de contrato de prestação de serviços. O modelo de corpo clínico aberto, que é a atuação dos profissionais médicos sem vínculo formal com a instituição, sendo disponibilizada apenas a estrutura física e insumos para sua atuação dentro da organização.
- Classificação: Define a estrutura do hospital conforme os critérios apresentados na Quadro 4 deste trabalho, que atribui o grau de complexidade e porte que a instituição possui, de acordo com a disponibilidade de recursos físicos e técnicos.

➤ CTI/Número de Leitos: Estabelece se a instituição possui unidade de tratamento intensivo e o número de leitos disponíveis nesta unidade.

➤ Modelo de avaliação econômica x assistencial: Defini se a instituição possui um modelo de avaliação de desempenho centralizado, integrado entre as áreas econômicas e assistenciais, sendo avaliada a relação de causa e efeito entre estas variáveis. O modelo descentralizado atribui o descompasso entre esta análise conjunta, sendo avaliado o demonstrativo de desempenhos e a matriz de indicadores assistenciais separadamente, sem atribuir um momento específico para esta relação econômica e assistencial.

Tabela 7 - Quadro de similaridade entre as instituições pesquisadas.

<u>INSTITUIÇÃO</u>	<u>FUNDAÇÃO</u>	<u>PROGRAMA DE QUALIDADE</u>	<u>NºFUNCIONÁRIOS</u>	<u>CORPO CLÍNICO</u>	<u>CLASSIFICAÇÃO</u>	<u>CTI/NºLEITOS</u>	<u>MODELO DE AVALIAÇÃO ECONÔMICO x ASSISTENCIAL</u>
A	1979	SIM	2.400	ABERTO	GRANDE PORTE ALTA COMPLEXIDADE	SIM/32 LEITOS	MATRIZ DE INDICADORES ASSISTENCIAL x DRE
B	1927	SIM	2.500	ABERTO	GRANDE PORTE ALTA COMPLEXIDADE	SIM/72 LEITOS	MATRIZ DE RELAÇÃO DE CAUSA E EFEITO - ASSISTENCIAL x DRE
C	1976	SIM	2.500	ABERTO	GRANDE PORTE ALTA COMPLEXIDADE	SIM/87 LEITOS	MATRIZ DE INDICADORES ASSISTENCIAL x DRE
D	1930	SIM	1.200	ABERTO	GRANDE PORTE ALTA COMPLEXIDADE	SIM/35 LEITOS	MATRIZ DE INDICADORES ASSISTENCIAL x DRE
E	1969	SIM	1.100	ABERTO	GRANDE PORTE ALTA COMPLEXIDADE	SIM/24 LEITOS	MATRIZ DE INDICADORES ASSISTENCIAL x DRE

Fonte: Elaborado pelo Autor.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo foi dedicado à apresentação do referencial teórico e aos constructos estabelecidos, os quais fundamentam este estudo.

3.1 Hospitais

Para o Ministério da Saúde (2010), os hospitais são organizações complexas responsáveis pela prestação de cuidados à saúde da população, cuja importância não se restringe a essa campo e, sim, ampliam-se aos domínios econômicos e sociais.

Para o Ministério da Saúde (2012), os hospitais não podem ignorar que possuem, uma tripla vertente nas respectivas missões: são simultaneamente plataformas tecnológicas sofisticadas, instâncias de acolhimento de pessoas em sofrimento e vetores essenciais de formação e ensino de profissionais da saúde.

O modelo organizacional de um hospital contempla, em sua estrutura, um sistema assistencial responsável pelo atendimento direto ao paciente, atribuição ligada aos profissionais técnicos; um sistema administrativo que diz respeito à sua admissão, às respectivas altas e baixas administrativas, à organização dos turnos; os processos econômicos e as auditorias, entre outras tarefas, o sistema de gestão que organiza ou dirige o funcionamento global da instituição (MALIK e PENA, 2003).

Quanto à sua caracterização de atuação, os estabelecimentos hospitalares podem ser classificados conforme a Portaria nº 115 de 19 de Maio de 2003 do Ministério da Saúde, descritos na Quadro 4.

Quadro 4 - Modelos de Estabelecimentos de Saúde.

TIPO	DESCRIÇÃO
HOSPITAL ESPECIALIZADO	Hospital destinado à prestação de assistência à saúde em uma única especialidade/área. Podendo dispor de serviço de Urgência/Emergência e SADT e/ou habilitações especiais. Geralmente de referência regional, macro regional ou estadual.
HOSPITAL GERAL	Hospital destinado à prestação de atendimento nas especialidades básicas, por especialistas e/ou outras especialidades médicas. Deve dispor também de SADT de média complexidade. Podendo dispor de serviço de Urgência/Emergência e/ ou habilitações especiais.
UNIDADE MISTA	Unidade de saúde básica destinada à prestação de atendimento em atenção básica e integral à saúde, de forma programada ou não, nas especialidades básicas, podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais, com unidade de internação, sob administração única. A assistência médica deve ser permanente e prestada por médico especialista ou generalista. Pode dispor de urgência/emergência e SADT básico ou de rotina.
HOSPITAL/DIA	Unidades especializadas no atendimento de curta duração com caráter intermediário entre a assistência ambulatorial e a internação.

POSTO DE SAÚDE	Unidade destinada à prestação de assistência a uma determinada população, de forma programada ou não, por profissional de nível médio, com a presença intermitente ou não do profissional médico.
CENTRO DE PARTO NORMAL – ISOLADO	Unidade intrahospitalar ou isolada, especializada no atendimento da mulher no período gravídico e puerperal, conforme especificações da PT/MS/985/99.
PRONTO SOCORRO GERAL	Unidade destinada à prestação de assistência a pacientes com ou sem risco de vida, cujos agravos necessitam de atendimento imediato, podendo ter ou não internação.
CONSULTÓRIO	Sala isolada destinada à prestação de assistência médica ou odontológica ou de outros profissionais da saúde de nível superior.
AMBULATÓRIO DE ESPECIALIDADE	Clínica Especializada destinada à assistência ambulatorial em apenas uma especialidade/área da assistência. (Centro Psicossocial/Reabilitação etc.)
POLICLÍNICA	Unidade de saúde para prestação de atendimento ambulatorial em várias especialidades, incluindo ou não as especialidades básicas, podendo ainda ofertar outras especialidades não médicas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.
CENTRAL DE REGULACÃO DE SERVICOS DE SAÚDE	Estabelecimento responsável pela avaliação, processamento e agendamento das solicitações de atendimento, garantindo o acesso dos usuários do SUS, mediante um planejamento de referência e contra referência.
CENTRO DE SAÚDE/ UNIDADE BÁSICA	Unidade para realização de atendimentos de atenção básica integral a uma população, de forma programada ou não, nas especialidades básicas; podendo oferecer assistência odontológica e de outros profissionais de nível superior. A assistência deve ser permanente e prestada por médico generalista ou especialista nestas áreas. Podendo ou não oferecer: SADT e Pronto atendimento 24 Horas.
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERÁPIA (SADT)	Serviço de apoio diagnóstico e de tratamento, unidades isoladas onde são realizadas atividades que auxiliam a determinação de diagnóstico e/ou complementam o tratamento e a reabilitação do paciente.

Fonte: Elaborado pelo Autor.

A combinação das atividades desenvolvidas em um hospital, com vistas à prestação de serviços, contribui para que a estrutura organizacional torne-se grande e complexa (MALAGÓN-LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2003).

O setor privado conta com mais de 65% dos hospitais e com cerca de 70% dos leitos, sendo o principal prestador de serviços hospitalares no Brasil. A maioria dos hospitais públicos pertence a municípios e são operados por eles, sendo o governo federal, responsável por apenas 147 hospitais, quase todos eles grandes instituições de ensino (FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Segundo os autores, embora a infraestrutura hospitalar tenha melhorado nas últimas décadas, ampliando o acesso ao atendimento hospitalar, ainda existem desigualdades na distribuição dos recursos hospitalares, especialmente dos serviços de alta tecnologia, sendo quase inexistentes em algumas regiões do país.

Isso faz com que a dependência pelos grandes centros aumente, inflando as estruturas hospitalares. Estas instituições respondem por 70% dos atendimentos de emergência, 27% do atendimento ambulatorial e por quase todas as internações. Ademais, empregam 56% dos profissionais da saúde e recebem 67% de todo o gasto com saúde. Dada a natureza “hospitalocêntrica” do sistema de saúde e a ênfase no atendimento hospitalar para o tratamento de casos agudos, o Brasil parece despreparado para enfrentar a incidência crescente de doenças crônicas, que requerem atenção coordenada entre vários prestadores de serviços de saúde (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O hospital é um local de ações complexas, onde as atividades de atendimento, cirurgia, exames, pronto-socorro, enfermagem e outros ambientes misturam-se com a ansiedade, impaciência, desespero e angústia dos pacientes e familiares, necessitando de um equilíbrio emocional entre os profissionais que prestam serviços e as pessoas que por eles são atendidas (RODRIGUES, 2007).

Para Souza (2006), os hospitais podem ser classificados de duas formas: hospital geral e especializado. O primeiro é caracterizado por atender a pacientes de várias especialidades médicas, com um escopo mais amplo, já o segundo é destinado a pacientes que necessitem de assistência médica específica de uma determinada especialidade (MIRSHAWKA, 1994).

Outras classificações que fazem parte do contexto das estruturas hospitalares são o seu caráter, que podem ser filantrópicos, públicos ou privados, onde o primeiro normalmente é mantido por instituições religiosas, o segundo pelo poder público e o terceiro por entidades de caráter privado com fins lucrativos (CHERUBIN; SANTOS, 1997).

Para Jacques (2007), a complexidade da atividade hospitalar é única, se comparada aos demais serviços ofertados por outros tipos de organizações, em particular, as indústrias, uma vez que o desfecho é o benefício a saúde humana.

Para Jarvinen (2005), Bernet; Rosko; Valdmanis (2008), a complexidade desta atividade, quando comparada a outros segmentos, pode ser vista a partir da premissa de que o custo diário de um paciente pode não ser o equivalente ao de outro, mesmo quando avaliado sob a mesma patologia, em função da resposta do organismo a um determinado grupo de medicamentos utilizados, nos quais existam custos distintos, ou seja, o gerenciamento não é linear.

Adicionado a todas essas peculiaridades da estrutura hospitalar, conclui-se que o hospital agrega outras atividades auxiliares tais como, lavanderia, higienização, central de material esterilizado, suprimentos, engenharia, manutenção, serviços com caráter

administrativo; e outros assistências, como serviços de nutrição e dietética, laboratório de análises clínicas, serviços de análise de diagnóstico por imagem e etc. (BOTELHO, 2006).

De certa forma, seria natural que todos esses organismos fossem, cada vez mais, regidos por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições, um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado, mas padronizado (CELESTINO, 2002).

3.2 Serviços de Saúde

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o conceito de saúde caracteriza-se pelo bem-estar físico, mental e social das pessoas (TANCREDI, 1998). Para Almeida (2007), o contexto do setor da saúde passa constantemente por significativas expansões, acompanhado pela sua trajetória crescente de gastos em função da sua evolução estar atrelada ao uso da tecnologia e ao avanço da medicina.

Para Leal e Matos (2008), essa expansão gerada no setor saúde pode ser justificada através da evolução dos seus três principais componentes, a necessidade e, conseqüentemente, a quantidade, e o preço dos serviços, gastos gerados para manutenção da estrutura assistencial e administrativa.

De acordo com a Pesquisa de Assistência Médico Sanitária realizada pelo IBGE (2005), o Brasil possui mais de 77.000 estruturas de assistência, totalizando mais de 440.000 leitos, sendo 42,4% públicos e 57,6 privados; destes 20,4% com fins lucrativos e 37,2% sem fins lucrativos.

O Brasil possui um modelo no qual a saúde suplementar, através dos hospitais privados, interage junto ao Sistema Único de Saúde – SUS para suprir as necessidades de saúde da população (CNES, 2006). Estas estruturas são responsáveis por atenderem as mais diversas complexidades, de acordo com os perfis epidemiológicos de cada organização; assim, os hospitais são cruciais à saúde da população (MATOS, 2005).

Pela falta de estrutura de atenção básica, como postos de saúde, muitos brasileiros, ao adoecerem procuram diretamente os hospitais, forçando-os a consumir uma expressiva parcela do orçamento do governo público, como o aumento dos custos das iniciativas privadas (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Para Calvo (2002), os serviços de saúde desdobram-se em ambulatorial, quando o indivíduo é tratado sem a necessidade de permanência acima de 24 horas no hospital, e, de caráter hospitalar, quando há a necessidade de internação do paciente para diagnóstico ou tratamento.

Pode-se caracterizar as estruturas hospitalares como de baixa, média e alta complexidade a partir da diversidade de serviços ofertados, do tratamento clínico com o uso de alta tecnologia e da característica dos atendimentos realizados (MOREIRA, 2010). Os serviços médicos de baixa complexidade compreendem os procedimentos e cuidados ambulatoriais prestados a pacientes não hospitalizados (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Já os serviços de média complexidade, por sua vez, podem ser divididos em dois grupos. O primeiro deles inclui os serviços prestados em consultórios médicos de especialidades básicas, através de médicos especialistas; já no segundo grupo são compreendidos os procedimentos que demandam internação do paciente, exceto em unidade de tratamento intensivo (MOREIRA, 2010).

Por fim, os serviços de alta complexidade, segundo Viegas e Brito (2004), utilizam intensivamente tecnologia médica e demandam a internação dos pacientes em unidade de tratamento intensivo – UTI (MOREIRA, 2010). Essa complexidade operacional e assistencial instituída em uma mesma organização torna sua administração complexa e cara, e sua supervisão e controle extremamente desafiadores (JARVINEN, 2005).

Já, no que diz respeito à sua característica de remuneração, os hospitais públicos e privados no Brasil são reembolsados por planos privados ou pelo governo, no caso do SUS, com base em valores fixados por tipo de procedimento, independente do custo efetivo de tratamento do paciente (SILVA, COSTA e MORGAN 2004).

Para Roemer (1993), os serviços de saúde podem ser vistos como a combinação de recursos, organização, financiamento e gerência que visam a oferecer serviços de saúde para uma população. Entretanto, para uma gestão mais efetiva dos sistemas de saúde faz-se necessário uma melhor compreensão das suas funções, seu dinamismo e estruturas organizacionais multidisciplinares (MENDES, 2002).

De acordo com Christensen (2009), diversas ferramentas e práticas gerenciais têm sido desenvolvidas no sentido de possibilitar o melhor posicionamento estratégico das instituições, a partir da qualificação dos gestores, tendo como fim principal a maximização do desempenho das organizações.

A Organização Mundial de Saúde (2000) define os sistemas de saúde como sendo o conjunto coerente de diversos componentes inter-relacionados, sejam eles setoriais ou intersetoriais, que produzem um efeito na população. Para Mendes (2002), os desconhecimentos sobre os fundamentos dos sistemas de serviços de saúde empobrecem a estrutura do sistema social, introduz ruídos e propostas inconsistentes que desobedecem às

suas características particulares ou aos seus princípios, conduzindo a uma prática profissional descontextualizada e a uma gestão ineficaz.

Para Araújo (2005), os serviços de saúde no Brasil estão marcados por custos crescentes na assistência, juntamente com uma redução na qualidade dos atendimentos prestados e com restrições cada vez maiores ao acesso aos serviços, em função de políticas administrativas. Para o autor, essa referência diz respeito ao monopólio das operadoras de planos de saúde frente à remuneração das estruturas hospitalares, ditando as regras de coberturas e exigências administrativas como autorizações, justificativas, descrições de casos e comprovações que impactam no acesso da população aos serviços de saúde.

Essa preocupação com foco central na relação econômica afeta a competição e a qualidade dos serviços prestados, não gera melhorias nos custos e nem na qualidade assistencial e evidência as diferenças entre prestadores e áreas geográficas, quando comparados os mesmos tipos de tratamento (PORTER; TEISBERG, 2007).

Para que as organizações hospitalares possam atuar nesse ambiente, onde diferentes dimensões estão inseridas, em alguns momentos com características mais econômicas e, em outras mais assistenciais, é necessário que seus gestores busquem ferramentas de gestão que tenham comprovada eficácia no meio empresarial, com o intuito de auxiliá-los no gerenciamento dinâmico do mercado que compõem a área da saúde (ALEMI; SULLIVAN, 2007).

Essa questão, aliada ao fato dos hospitais estarem sujeitos à competitividade dos mercados e à necessidade de prestar serviços de qualidade e segurança, tem demandado uma busca constante pela eficiência e a eficácia de seu desempenho (COILE Jr., 1996). Soma-se a isso, ainda, o fato de as operadoras de planos de saúde deterem forte poder de negociação perante os hospitais e exercerem influência sobre os preços dos serviços médico-hospitalares, o que, ao longo do tempo, tende a reduzir a sua rentabilidade (CAMACHO; ROCHA, 2008).

Para Fleury (1997), a dura verdade revela-se como aprendizagem nas organizações do sistema de saúde a partir do momento em que não se cria igualdade por lei, ainda que não se consolide a igualdade sem a lei. Até mesmo porque os indivíduos convivem no cenário nacional com acessos seletivos, excludentes e focalizados que se complementam e se sobrepõem nos diferentes serviços públicos e privados, havendo, portanto, um descompasso entre a legislação e a legitimidade social.

Para Assis (1998), o fluxo de entrada ou acesso seletivo se refere à desigualdade de atendimento e distribuição de benefícios em função do poder de compra do usuário, seja pelo

desembolso direto, ainda que em pequena escala, ou pelos contratos estabelecidos por operadoras de planos de saúde ou cooperativas médicas.

Os principais sistemas de serviços de saúde a nível mundial são de dominância de mercado, sistema de seguros sociais obrigatórios e sistema de dominância estatal como podem ser vistos no Quadro 5.

Quadro 5 - Sistemas de Serviços de Saúde a Nível Mundial.

MODELO	CARACTERÍSTICA	TERRITÓRIO
DOMINÂNCIA DE MERCADO	Característica principal o financiamento predominantemente privado, empresas seguradoras coletivas, prestação desempenhada por prestadores privados, escolha da empresa feita pelo cidadão pagante e regulação delegada ao mercado.	EUA
SISTEMA DE SEGUROS SOCIAIS OBRIGATÓRIOS	Cobertura de seguro obrigatório; financiamento provindo de contribuição de trabalhadores e empregadores; garantia de asseguramento aos desempregados por parte do Estado; contribuição proporcional à renda e não aos riscos individuais; maioria dos prestadores privados.	Alemanha França Áustria.
SISTEMA DE DOMINÂNCIA ESTATAL	Forte presença do Estado, o Estado como provedor das três macrofunções do sistema (Financiamento, Regulação e Prestação), descentralização de algumas macrofunções e definição pelo Estado da forma e do montante da extração dos recursos necessários ao seu financiamento.	Reino Unido Itália Espanha Suécia.
MODELO MISTO	Tem conformação híbrida, incluindo características de um modelo financiado por recursos de patrões e empregados, sendo suplementado com recursos públicos em graus variados, existindo sistemas privados e sistemas públicos operados pelo Ministérios da Saúde - SUS.	Brasil

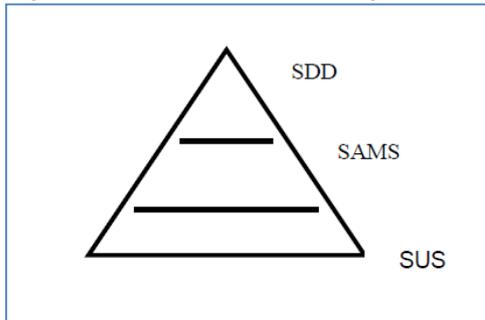
Fonte: Elaborado pelo Autor. Adaptado de Roemer, 1993.

Mesmo o foco deste trabalho sendo atribuir o papel e o impacto das suas variáveis no desempenho de uma instituição hospitalar no sistema de saúde brasileiro, é importante conhecer os demais modelos que fazem parte dos outros países e que servem de referência para o atual modelo brasileiro utilizado.

Para Mendes (2006), apesar do SUS ser uma característica específica do Brasil, constituído em sua definição como um sistema único, o sistema de saúde do país ainda organiza-se de forma segmentada, sendo composto por três subsistemas: O sistema único de saúde (SUS), o sistema de atenção médica de saúde suplementar (SAMS), e o sistema de desembolso direto (SDD) como pode ser visto na Figura 4. De acordo com a pesquisa

publicada pela PNAD (2008), esses subsistemas estão agrupados de acordo com a capacidade financeira da população, a partir do crescimento da economia no Brasil nos últimos anos, ocorrendo à migração de habitantes que antes utilizavam o SUS, para SAMS, inflando o mercado de saúde suplementar privado.

Figura 4 - Sistema de Saúde segmentado, compostos por três subsistemas.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

3.3 Foco no cliente

Na área da saúde, o foco no cliente possui uma característica diferenciada na definição do segmento que irá compor esta etapa de atenção. A segmentação dos clientes no mercado da saúde passa pela análise epidemiológica da população. De acordo com Lilienfeld (1980), a epidemiologia é a ciência que estuda os padrões da ocorrência de doenças em populações humanas e os fatores determinantes destes padrões.

A epidemiologia aborda o processo saúde-doença em segmentos de pessoas que podem variar de pequenos grupos até populações inteiras (SRIVASTAVA, 1995). Suas aplicações variam desde a descrição das condições de saúde da população, da investigação dos fatores determinantes de doenças, da avaliação do impacto das ações para alterar a situação de saúde, até a avaliação da utilização dos serviços de saúde, incluindo custos de assistência (LAST, 2001). Segundo o autor, o uso da epidemiologia contribui para o melhor entendimento da saúde da população, partindo do conhecimento dos fatores que a determinam e provendo, conseqüentemente, subsídios para a prevenção das doenças.

Para oferecer um serviço de excelência é preciso atender às necessidades dos clientes, como expectativas e valores de qualidade (MILLER, 2000). Para Boerger (2005), a forma como esse serviço será prestado, a partir da disponibilização de um ambiente adequado, de uma hotelaria que possa diminuir a percepção do cliente em um ambiente de cuidado e recuperação da saúde, será um dos diferenciais competitivos de uma instituição.

Para implementar o conceito do foco no cliente, as empresas devem, primeiramente, identificar como proporcionar a satisfação, a fidelização e, somente depois, criar os processos para identificar os recursos necessários e obter esta satisfação (HEINONEN, 2010).

Destaca-se que qualquer organização prestadora de serviços deve preocupar-se com a qualidade e a fidelização de seus clientes, ainda mais em instituições complexas de forma a sustentar a sua competitividade. Um dos pontos destacados por inúmeros autores é a capacidade que cada instituição tem em recuperar os seus clientes, uma vez que erros são inevitáveis, porém, clientes insatisfeitos não (CHASE e APTE, 2007).

A recuperação de serviços destina-se a resolver problemas, modificar atitudes negativas de clientes insatisfeitos e reter clientes (MILLER, 2000). Para Johnston e Michel (2008), a recuperação de serviços deve ser vista sobre três dimensões: (I) recuperação do cliente: a satisfação do cliente; (II) recuperação do processo: melhoria dos processos onde ocorrem falhas; e (III) recuperação do funcionário: satisfação dos funcionários após reclamação do cliente.

Diante disso, as organizações, além de terem um plano de respostas para as reclamações dos clientes, também devem promover um ambiente no qual os funcionários são treinados e capacitados para resolver falhas de serviços, minimizando o impacto aos clientes (MICHEL e MEUTER, 2008).

3.4 Qualidade

De acordo com Nogueira (1994), a qualidade nos serviços de saúde deve ser constantemente auferida e aperfeiçoada, tornando-se alvo constante dos esforços dos atores envolvidos. Na área da saúde, a percepção de qualidade pode ser comprometida na medida em que o cliente não tem condições técnicas para medi-la, nas situações de performances técnicas de cuidado e tratamento.

Para Gurgel Jr. e Vieira (2002), certas particularidades da gestão de organizações hospitalares podem dificultar a implementação de programas de qualidade nacionalmente e internacionalmente reconhecidos em outros segmentos fora da área da saúde.

Um dos termos muito utilizados no meio técnico, que representa um percentual definitivo no tratamento e no cuidado de certas patologias, é a janela terapêutica, período em que os dados estatísticos demonstram um alto grau de resolubilidade, caso o paciente seja atendido ou receba os cuidados necessários, representada pela faixa de tempo entre o início dos sintomas e a primeira intervenção, estatisticamente comprovado onde o desempenho terapêutico é positivo.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2012), o tratamento do acidente vascular cerebral, uma das doenças mais prevalentes na população e responsável por cerca de 10% das mortes no mundo, quando tratado durante a sua janela terapêutica, o índice de redução de lesões nos pacientes chega a mais 30% no seu desfecho assistencial (NENGL JMED, 1995).

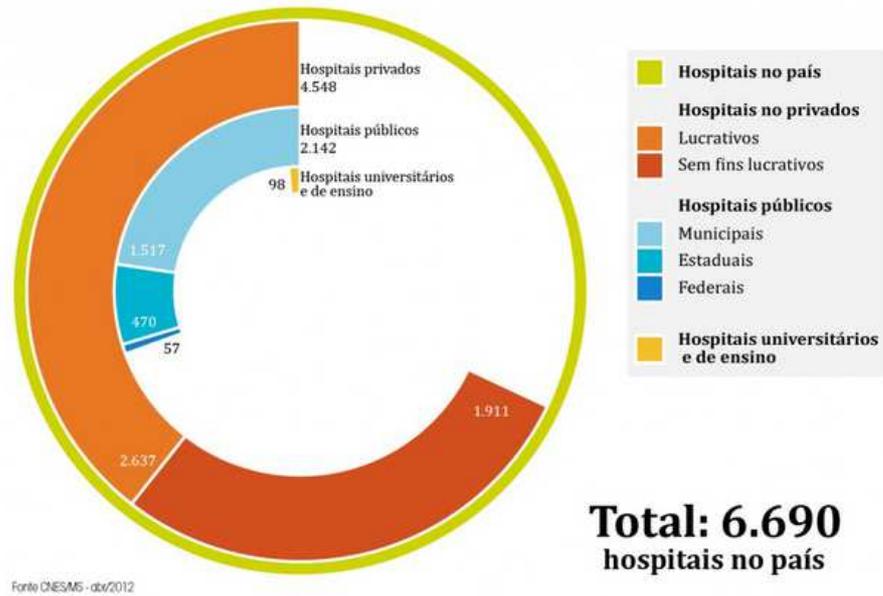
No que diz a respeito à qualidade e à segurança dos serviços prestados por uma instituição de saúde, a partir de uma visão mais global da organização, existem dois importantes programas de certificação na área hospitalar, um deles nacional, no caso da Organização Nacional de Acreditação – ONA, e outro internacional, através do selo da certificadora *Joint Commission International* – JCI.

De acordo com a ONA, a certificação deste órgão significa a avaliação de um sistema da qualidade segundo os requisitos das normas ISO 9000 / 2000 ou outras, com a emissão de um certificado comprovando que a empresa está em conformidade com as exigências estabelecidas pelas melhores práticas adotadas por estas normas.

Segundo o Consórcio Brasileiro de Acreditação (2009), única empresa no Brasil que tem acordo de acreditação com a *Joint Commision International*, a acreditação traz vantagens para a instituição assim como para os pacientes. Como vantagem para a instituição, pode-se compreender a excelência alcançada quando cumpridas as regras e critérios estabelecidos pelo manual, com maior atenção para a permanência da qualidade por meio de uma rigorosa monitoração dos processos, assegurando que não se perca o nível alcançado (SILVA, 2010).

O Brasil é líder na América Latina no desenvolvimento de sistemas de acreditação hospitalar. Porém, apesar da abrangência dos sistemas de certificação e acreditação em operações, a baixa participação tem sido frustrante (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Em 2012, entre os mais de 6.500 hospitais no Brasil (Figura 5), apenas 187 deles são acreditados pela ONA nacionalmente e 25 acreditados pela JCI internacionalmente.

Figura 5 - Hospitais no Brasil.



Fonte: CNES/MS, 2012.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), há poucos incentivos para a participação e o cumprimento dos requisitos para obtenção da acreditação. Uma análise comparativa entre hospitais participantes de programas de acreditação e hospitais não participantes descobriu que entidades participantes têm índices maiores de eficiência e qualidade. Infelizmente, a expansão da acreditação não faz parte dos programas do Ministério da Saúde e também não há uma cultura de consideração central entre as operadoras de planos privados.

Para os pacientes, o processo de acreditação trata de questões consideradas de suma importância para a cadeia assistencial em uma rede de serviços de saúde, tais como o direito dos pacientes, a educação de pacientes e familiares, o acesso e a continuidade do cuidado ao paciente, incluindo as questões da referência e contra referência. A certificação na área de saúde surge com a intenção de promover a melhoria contínua dos processos hospitalares (TRAVASSOS, 2004).

3.5 Melhoria Contínua

Para Gottfridsson (2010), a melhoria contínua é uma das etapas que contribui para manutenção e o aprimoramento da qualidade. Criada durante a interação com o cliente para resolver problemas específicos, utilizando as habilidades e o conhecimento do prestador de serviços. Sendo assim, o processo de desenvolvimento de serviços envolve essencialmente a obtenção de informações e transformação do conhecimento para formar conceitos de serviços específicos para o consumidor.

Na área da saúde é fundamental que haja um programa de melhoria contínua nas organizações, uma vez que seus processos são constantemente atualizados através da inserção de novos protocolos médicos, novas linhas de cuidado, incremento de novas drogas no mercado e alta evolução tecnológica. O conceito de adaptabilidade em serviços consiste no grau em que a empresa altera os seus processos de entrega de acordo com as necessidades dos seus clientes (SKAGGS e HUFFMAN, 2003).

Para Junior (2006), a diferença do hospital em relação a outras empresas que prestam serviços é que ele recebe um ser humano enfermo e deve, caso seja possível, devolvê-lo ou permitir a sua saída com saúde. Consequentemente, o conceito de “pessoa humana” é fundamental para o bom funcionamento de um hospital. É o ser humano cujo organismo não funciona adequadamente, é a pessoa que padece, que sofre, que se desequilibra. É esse, o ser humano, que é a razão da existência das organizações de saúde. Portanto, ele tem que ser bem recebido, tratado, compreendido e aceito.

De acordo com Junior (2002), há três características dos hospitais, que diferem das empresas, e que constituem grandes desafios à aplicação bem sucedida da melhoria contínua:

a) Conexão frequentemente obscura entre os *"inputs"* e os *"outputs"* na assistência médica; falta de clareza de quais atividades estão levando a quais desempenhos clínicos; relações de causa e efeito raramente são definidas.

b) Dificuldade dos pacientes distinguirem o atendimento de alta e baixa qualidade, através do conceito de gravidade e risco de morte;

c) Os grandes hospitais, muitas vezes operam com duas linhas distintas de autoridade: o *staff* administrativo e o *staff* médico, com conhecimentos distintos que devem atribuir equilíbrio ao processo.

De acordo com Campos (1992), o caminho do sucesso para obter melhorias contínuas nos processos é a conjugação do gerenciamento da manutenção e da melhoria. O autor complementa que uma melhoria significa o estabelecimento de um novo nível de controle.

Para Bhuiyan e Baghel (2005), a melhoria contínua é uma cultura que visa à eliminação de desperdícios em todos os sistemas e processos da organização, onde todos trabalham juntos, fazendo melhorias sem que haja necessariamente grandes investimentos. A melhoria contínua ocorre tanto através de mudanças incrementais quanto de mudanças radicais.

O modelo proposto ainda prevê a possibilidade de um desdobramento dos desempenhos alcançados através do uso de um plano de ação. Para Pessoa (2010), o plano de

ação ou 5W2H como é conhecido na literatura internacional é uma ferramenta para se utilizar na elaboração e gerenciamento de planos, podendo ser utilizada também na padronização.

De acordo com Lobato (2006), o plano de ação ou 5W2H é usado para propor soluções para o problema, baseado na observação, na análise e no conhecimento técnico do processo. Quando a não conformidade e suas causas já forem conhecidas, resta determinar as ações, medidas, ou estratégias que garantam o alcance dos objetivos desejados, implementando o conceito da melhoria contínua. Pode-se visualizar o desdobramento conceitual do 5W2H no Quadro 6.

Quadro 6 - Quadro conceitual Plano de Ação x 5W2H

What	O que será feito?	Define os objetivos
Who	Quem fará o quê ?	Determina os responsáveis pelo planejamento, avaliação e realização só objetivos
When	Quando será feito o quê?	Estabelece prazos para planejamento, avaliação e realização so objetivos
Where	Onde será feito o quê?	Determina o local ou espaço físico para a realização dos diversos objetivos e propostas
Why	Porque será feito o quê?	Mostra a necessidade e importância de se cumprir cada objetivo
Who	Como será feito o quê?	Defini os meios para a avaliação e realização dos objetivos
Who Much	Quanto contará o quê?	Determina os custos para a realização dos objetivos

Fonte: Elaborado pelo Autor.

O plano de ação deve ser continuamente gerenciado até que o resultado esperado seja alcançado, normalmente ele acompanha o método PDCA que defini o ciclo sistêmico de gerenciamento de resultados não esperados, através das etapas de planejamento, execução, verificação e implementação. A sigla PDCA vem do inglês *plan, do, check e act* (ORIDE, 2009).

3.6 Capacitação Humana e Tecnológica

A visão tradicional das organizações hospitalares, voltadas apenas a uma estrutura que não relacionava a atividade/fim assistencial a atividade/meio econômica, comprometeram o desempenho integrado das instituições (GONÇALVES, 1998).

É fundamental que as organizações de serviço prestem uma atenção especial às questões de recursos humanos, tais como a seleção e a formação dos funcionários, capacitando-os de forma adequada às necessidades da operação de serviços dentro de uma instituição (CHASE, 2007).

De acordo com Voss (2008), o valor percebido pelo cliente vem das pessoas que prestaram o serviço e não dos objetos. O autor complementa que 10% do valor percebido pelo

cliente vêm dos objetos e o restante está associado aos funcionários. Para Hayes e Upton (1998), uma vantagem competitiva sustentável é baseada na aprendizagem institucional e a organização deve ser planejada de forma que facilite o aprendizado e a mudança.

Em uma organização de saúde onde as duas principais ciências utilizadas, a tecnologia e a medicina, evoluem a passos humanamente impossíveis de serem absorvidas de forma integral e individual, a tecnologia passa a ter um papel fundamental (JACQUES, 1997). É possível identificar em algumas organizações estruturas descentralizadas geograficamente, onde a mão de obra qualificada, centrada no conhecimento, está alocada em estruturas físicas distantes (CASTELLS, 2003).

Esta situação extremamente presente em locais onde não existe mão-de-obra especializada ou que não há por parte das instituições condições econômicas de manter um profissional de alta capacitação presente, o uso da tecnologia possibilitou a estas organizações a aproximação do conhecimento, mesmo que esta troca não ocorra de maneira física (STOCK, 2009).

Um exemplo são as centrais de laudos de exames de imagem de alta complexidade, onde o médico pode acessar o arquivo de imagem de um exame realizado em um paciente no interior do estado ou até mesmo em outro país, avaliá-lo, laudá-lo, emitir a sua interpretação ao médico que está no local acompanhando o paciente, mesmo que este esteja a quilômetros de distância a partir do uso de uma plataforma digital, como pode ser visto nos sites <http://www.centraldelaudos.com.br/> e <http://www.ventrix.com.br/central-de-laudos.html>.

Para Lee e Bruvold (2003), o desenvolvimento dos funcionários é fundamental para o crescimento e amadurecimento das organizações, uma vez que esta ação aumenta a capacidade de processar e difundir o conhecimento dentro e fora da organização.

Tal postura é exigida de forma decisiva nas organizações hospitalares brasileiras, pois, segundo Gonçalves (1998), devido aos progressos tecnológicos na área médica serem constantes e o preço dos serviços cobrados pelos hospitais serem cada vez mais altos, os custos decorrentes destas inovações constituem fatores determinantes para o aumento dos custos da saúde.

Um problema administrativo encontrado em grande parte destas instituições refere-se à direção administrativo-financeira, exercida por profissionais da área de saúde, muitas vezes médicos, que não possuem preparo técnico para lidar com tal nível de especificidade (GONÇALVES, 1998).

Em uma estrutura hospitalar, a capacitação dos profissionais deve ocorrer de maneira contínua, sustentada no alto grau de evolução da ciência médica e tecnológica, dois pilares

importantes da prestação de serviços em saúde. Isso pode ser visto através da junção destas duas ciências ao processo de registro médico, ou prontuário, arquivo onde são centralizadas todas as informações pessoais e médicas a respeito do paciente de uma organização de saúde (RODRIGUES, 1987).

Assim, as organizações devem ser um canal e um facilitador de acesso à capacitação destes profissionais, acompanhando e assessorando um modelo de gestão com pilares sustentados no conhecimento e atrelados às diretrizes institucionais da alta direção.

Para que uma instituição de saúde possa criar, ampliar e difundir a sua vantagem competitiva de forma autossustentável, é fundamental que haja uma estratégia voltada à atividade fim desta organização, centrada na razão de existir, com foco na capacitação humana e no aporte tecnológico (TEISBERG, 2007).

3.7 Atuação Multidisciplinar e Gestão Especializada

Uma questão a ser considerada na gestão de operações é a produtividade, em se tratando de serviços o conceito é diferente do aplicado em produção de bens. De acordo com Grönroos e Ojasalo (2006), os modelos de produtividade baseados na produção trabalham com o pressuposto que uma alteração na entrada de recursos em qualquer processo não gera variações na qualidade nas saídas deste processo. Para o autor, num contexto de serviços, este pressuposto não é válido, pois a mudança nos recursos e sistemas de operação afetam a qualidade percebida pelo cliente.

Na área hospitalar, as atividades voltadas à prestação de serviços ou gestão de operações altamente especializadas, a atuação multidisciplinar é fundamental para que ocorram os melhores desempenhos. Essa multidisciplinaridade é constituída por médicos, enfermeiros, outros profissionais da enfermagem, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos e assistentes sociais, além de uma estrutura administrativa voltada à gestão da viabilidade econômica da operação (CAMPOS, 1992).

Uma das grandes dificuldades enfrentadas na gestão especializada de serviços em saúde está na crescente divisão do trabalho, que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades médicas e profissões de saúde atuam em atividades de intervenção e campos de conhecimento distintos, mas que devem integrar o mesmo processo de cuidado e atenção ao paciente (CAMARGO, 2003).

Para Alves (2006), as ações realizadas no interior de uma instituição hospitalar devem prever uma integração equilibrada do trabalho dos diversos profissionais de uma mesma área, e também entre equipes de trabalhadores de diferentes áreas. Em função deste impacto na

relação direta com o processo de cuidado dos pacientes, o setor de saúde apresenta uma expressiva necessidade de contar com profissionais capazes de trabalhar em equipe, com conhecimentos, atitudes e habilidades que possibilitem o alcance dos desempenhos esperados.

Um fator importante de ser apontado é que o alto custo com mão-de-obra qualificada e uma gestão especializada é o maior desafio dos administradores hospitalares na atualidade, cerca de 25% a 50% do custo de uma instituição está atrelado a despesas de salários e encargos com pessoal, impacto de um segmento altamente especializado, o que compromete em grande parcela a receita das organizações para novos investimentos (TRENTINE, 2006).

3.8 Complexidade dos Serviços

A complexidade prestada nos serviços de saúde está diretamente ligada à recuperação da saúde, da admissão do paciente até sua alta. Processo este que decorre de uma série de etapas que exigem cuidadosas e acertadas intervenções dos profissionais que, em sucessivas etapas, assumem a responsabilidade correspondente (FERNANDES, 2002).

Segundo o autor, não é possível determinar qual das etapas pode ser vista como a mais significativa, uma vez que toda a equipe multidisciplinar envolvida na cura ou no tratamento da patologia que causou a doença, empenham em seus conhecimentos para o melhor desfecho assistencial. Cabe à gestão de tais instituições disponibilizarem recursos materiais, físicos e humanos, distribuídos adequadamente e de forma equilibrada e coordenada a trazerem desempenhos (MALAGON LODONO, 2000).

Isso aumenta o grau de complexidade da gestão de uma organização de saúde, onde as necessidades técnicas assistenciais podem não trazer o desempenho econômico esperado, muitas vezes, se olhado de maneira isolada, sem a relação de causa e efeito da totalidade da linha de cuidado de um paciente.

Recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos, essas funções demandam um conjunto altamente divergente e complexo de atividades, tais como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, o planejamento e execução de internações, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos, de forma que a gestão desta cadeia altamente complexa seja autossustentável (SENHORAS, 2007).

3.9 Dimensões Econômicas e Assistenciais

Para *Joint Commission International* (1994), uma estrutura hospitalar é constituída por elementos econômicos e assistenciais que podem ser medidos através do uso de indicadores,

podendo ser utilizados como um guia para monitorar a avaliação da qualidade de importantes cuidados providos ao paciente e às atividades dos serviços de suporte.

De acordo com Bittar (1997), estes elementos ou dimensões que compõem uma estrutura hospitalar podem ser caracterizados através das condições de saúde de uma determinada população, como os fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais e econômicos.

Outros elementos que devem compor esta análise são os processos ou atividades de cuidados realizados para um paciente, frequentemente, ligados a um desempenho ou desfecho assistencial. Para Shaw (2003), o conhecimento destes processos, decorrentes da utilização de informações hospitalares, agrupados como indicadores, influenciam de maneira positiva diversas áreas em diferentes níveis organizacionais, tais como: finanças, recursos humanos e tratamento.

Além disso, segundo Mohan e Patil (2003), o conhecimento sobre o desempenho da organização, de forma geral, pode disponibilizar informações para um desenvolvimento gerencial eficiente por meio da utilização de sistemas integrados de informações.

Moraes (1994) defende que as variáveis hospitalares devem ser monitoradas em conjunto, avaliadas num contexto relacionável entre elas, para possibilitar que as informações disponibilizadas sejam contextualizadas no ambiente organizacional. De acordo com o autor, é fundamental que os modelos de gestão das organizações de saúde atendam os critérios de avaliar a relação de causa e efeito entre as dimensões assistenciais e econômicas, a fim de identificar o seu impacto no desfecho dos desempenhos técnicos e de sustentabilidade da instituição.

Segundo Souza (2008), observa-se a necessidade da criação de ferramentas de avaliação da qualidade dos serviços de saúde para auxiliar na mensuração, no controle e na avaliação de indicadores econômicos e assistenciais dos serviços prestados pelas organizações hospitalares.

Para Marinho e Façanha (2000), essas dimensões podem ser agrupadas entre insumos e produtos. Na primeira, fazem parte a mão-de-obra, o número de leitos, os equipamentos, os dispêndios financeiros de custeio e a manutenção. No segundo estão as intervenções sobre o paciente no hospital, como cirurgias, cuidados ambulatoriais, número de internações, dias de permanência, número de altas e de óbitos, exames realizados e a intensidade de cuidados.

Para Silva (2006), existem quatro indicadores não financeiros comumente utilizados no setor de saúde para avaliar o desempenho dos hospitais sob aspectos qualitativos e

quantitativos: a taxa de infecção, o tempo médio de permanência, a taxa de ocupação dos leitos e a taxa de mortalidade.

É importante salientar que os processos de cuidado com o paciente e sua elevada gama de variáveis envolvidas no tratamento deverão impactar de forma positiva ou negativa o desempenho econômico, trazendo para discussão a importância das dimensões assistenciais das unidades e dos pacientes que podem ajudar a explicar a variação dos custos hospitalares (BARNUM e KUTZIN, 1993).

Sejam públicos ou privados, é necessário que os hospitais possuam um perfil com postura empreendedora, baseado no entendimento das organizações como conjuntos de elementos que interagem entre si para a realização de um objetivo comum, mantendo inter-relação com as suas dimensões e o ambiente (CATELLI, 2001).

3.9.1 Dimensões Econômicas

O demonstrativo de desempenhos econômico – DRE é um documento contábilístico que fornece um resumo dos desempenhos das operações de uma empresa durante um determinado período, o qual pretende retratar os proveitos e custos desse mesmo período de exercício. Em suma, trata-se de um mapa que permite a avaliação do desempenho da empresa (LERNER, 2001).

Para Figueiredo (2004), o DRE contempla o somatório do faturamento do período, isto é, ao valor total das vendas subtraem-se todos os custos imputáveis ao mesmo período, assim, o saldo final desta aritmética contábilística é o desempenho econômico.

A grande diferença entre o modelo de DRE utilizado para avaliação econômica e para dimensão financeira é que o registro é contábil, não é um valor já lançado em caixa, que a instituição já possua para realizar uma operação. Diferente da dimensão financeira que já é um recurso disponível em fluxo de caixa, já pago por um cliente ou operadora de plano de saúde pelo serviço utilizado.

O movimento contábil é o realizado naquele período, podendo ser efetivamente lançado no fluxo de caixa em outra competência, recebimento físico, exemplo de vendas parceladas ou pré-datadas. Pode-se verificar abaixo, na Figura 6, um modelo de DRE utilizado para avaliação do desempenho contábil. Segundo Tognon (2000), as ferramentas administrativas e financeiras são cada vez mais essenciais à gestão hospitalar, que não pode mais abrir mão da capacidade técnica em favor do empirismo.

Figura 6 - Modelo de DRE Contábil.

DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS	MÊS DE COMPETENCIA			
	Previsto	Realizado	Dif (R\$)	Var %
RECEITA BRUTA				
Custos Diretos				
MARGEM DE CONTRIBUIÇÃO				
Custos Fixos				
RESULTADO OPERACIONAL				
PRODUÇÃO				
Receita Média				

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Para autores como Gapenski (2006), McLean (1997), Nowicki (2004) e Zelman (2003), os elementos que caracterizam o desempenho das estruturas hospitalares são aquelas dimensões que representam o comportamento econômico gerado da atividade ou produto entregue ao cliente. No caso de serviços em saúde, a prestação do cuidado e a recuperação do indivíduo.

Para explicitar estas dimensões com características econômicas, estão as receitas geradas através da venda dos serviços, seus custos diretos e fixos, o desempenho operacional e líquido atribuído à execução dos cuidados assistenciais prestados e todo o aporte econômico subsidiado para sustentar a operação assistencial de uma estrutura hospitalar.

Para Lima, Barbosa e Portela (2004), o desenvolvimento gerencial dos hospitais é incipiente quando se trata da relação da complexidade do processo assistencial com o reflexo do desempenho econômico da operação.

No âmbito econômico, os elementos mais prevalentes estão no demonstrativo de desempenho econômico, com a classificação de custos diretos e fixos, margens líquidas e operacionais. De forma geral, os hospitais convivem com as mesmas métricas, tendo seus custos e receitas apuradas e processadas como em qualquer outra organização (HARDAWAY, 2000; SCHUHMANN, 2008).

De maneira cronológica, as dimensões são o agrupamento de elementos, variáveis quantitativas que demonstram o desempenho de cada elemento, a soma do seu conjunto resulta no desempenho de cada dimensão.

Para Teisberg (2009), a rentabilidade de uma instituição hospitalar está atrelada à sua qualidade de serviço assistencial prestada, representada na organização das ações para a intervenção no processo saúde doença. O reflexo desta atividade é o desempenho econômico estabelecido pela venda dos seus produtos e serviços, no caso sua rentabilidade. De acordo

com Sandroni (2001), o conceito de rentabilidade pode ser definido como sendo o retorno financeiro proporcionado por determinado investimento, posteriormente remunerado.

Para Jacques (2007), este cenário de rentabilidade econômica e prestação de serviço assistencial insere as estruturas hospitalares como organizações com características complexas, pois atuam dentro de um sistema imponderável sob o ponto de vista de demanda, muitas vezes, cíclicas e sazonais.

Para Gapenski (2006) e Nowicki (2004), os elementos econômicos possibilitam avaliar o desempenho das organizações frente a seus desempenhos. Já Coyne e Singh (2008) reforçam a necessidade da utilização das variáveis operacionais, no caso das instituições hospitalares os elementos assistenciais para mensurar de forma correta o seu desempenho.

Para Porter (2007), a relação econômica deve estar atrelada ao desempenho das dimensões assistenciais, refletindo melhores remunerações e competitividade baseada nos desempenhos de resolubilidade técnica, da atividade fim prestada pelas instituições hospitalares.

Para definir os conceitos das variáveis que foram avaliadas nas dimensões econômicas deste estudo, adota-se as terminologias utilizadas por Berti (2006), Ferreira (2007), Martins (2003) e Pompermayer e Lima (2002), sendo eles:

a) Custos: Gastos relativos à compra de um bem ou solicitação de serviço utilizado diretamente na produção de outros bens ou serviços. O custo é designado como gastos da atividade fim;

b) Custos Variáveis: Gastos atribuídos à produção com vínculo entre a produtividade da empresa. O valor é variável de acordo com a quantidade que se produz ou serviços que são prestados;

c) Custos Fixos: Gastos atribuídos à produção sem que haja vínculos diretos com a produtividade da empresa. O valor é fixo independente da produção ou serviços prestados;

d) Objeto de custo: Medida de custo de um produto ou serviço;

e) Centro de custos: São as várias seções de uma empresa delimitadas segundo o aspecto de todos os custos verificados;

f) Centro de custos produtivos: As áreas produtivas das empresas;

g) Centro de custos administrativos: As áreas de gestão ou administrativas das empresas;

h) Receita Bruta: Compreende o valor bruto da venda de mercadorias, produtos ou serviços prestados pela pessoa jurídica;

i) Desempenho Operacional: Esse desempenho pode representar o lucro operacional ou prejuízo operacional, compreende o desempenho algébrico de todas as receitas, despesas e custos operacionais, diretamente vinculados com a atividade operacional principal.

A gestão estratégica destas variáveis podem ser definidas como um sistema de indicadores de desempenho que orientam os caminhos a serem seguidos pela administração quanto às iniciativas relacionadas aos fatores econômicos, desempenho dos processos tornando as atividades organizacionais integradas, sistêmicas e interdependentes. (CHIAVENATO e SAPIRO, 2009).

Segundo Calvo (2002), várias dimensões de produtividade ou de custos podem ser utilizadas para a avaliação de um hospital. Para Porter e Teisberg (2007), é a relação entre as dimensões econômicas e assistenciais que irão compor a performance de uma estrutura hospitalar, e não apenas a avaliação segmentada destas dimensões, modelo utilizado a nível mundial que inviabiliza a sustentabilidade dos serviços de saúde e ao acesso universal da população.

As organizações hospitalares têm buscado seus processos de gestão, aumentando a competitividade através da eficiência de seus processos e da redução de custos, metas cada vez mais almeçadas pelos administradores hospitalares. Vale ressaltar que a redução de custos deve ser feita sem que a qualidade dos serviços prestados seja afetada (CHERUBIN e SANTOS, 2002).

3.9.2 Dimensões Assistenciais

Já os elementos ou dimensões assistenciais são caracterizados pelas variáveis técnicas da prestação de serviço, como tempo médio de permanência, taxa de ocupação, índice de infecção, complexidade e gravidade, em resumo, o desfecho da assistência prestada ao paciente (BEGUN e HAMILTON, 2008).

Segundo Santos Filho (2007), as dimensões assistenciais possibilitam identificar os efeitos e impactos na atividade fim de uma organização, tradicionalmente utilizados em estudos epidemiológicos, que avaliam as mudanças na saúde da população relacionadas à mortalidade e à morbidade e seus custos.

Por fim, assinala-se que, considerando-se essas dimensões que visam a assegurar a qualidade da análise e possibilitar uma avaliação objetiva dos desempenhos assistenciais, esta relação pode ser vista como um instrumento fundamental para a gestão organizacional e para a avaliação de desempenho (LENZ; KUHN, 2004; BERNET; ROSKO; VALDMANIS, 2008).

Para Barnum e Kutzin (1993), dimensões assistenciais como a taxa média de permanência do paciente e a taxa de ocupação são parâmetros que podem ajudar a explicar a variação dos custos hospitalares.

A receita média, dimensão econômica que reflete o valor médio gerado por dia de internação pode ser decrescente na medida em que uma longa permanência gera redução de consumo de insumos, uma vez que a qualidade assistencial deve gerar menos dependência de recursos ao longo prazo, reduzindo a geração de receita.

Para Marinho, Moreno e Cavalini (2001), a qualificação do desempenho hospitalar deve ser baseada em indicadores e parâmetros precedidos de análises muito acuradas. No que se refere à taxa de ocupação de leitos, pode-se argumentar, em princípio, que maiores valores desse indicador referenciam bons desempenhos econômicos, mas quando avaliados sob uma ótica assistencial, podem refletir alta prevalência de morbidades, baixa resolubilidade assistencial e altos índices de reinternações.

O tempo médio de permanência também corresponde a um indicador bastante complexo e, como os outros precedentes, não deve ser analisado isoladamente do contexto integral do sistema de atenção e cuidados à saúde, baixos tempos médios de permanência podem significar altas precoces, óbitos prematuros ou ineficiência assistencial (SILVA, 2006).

Para Laforgia e Couttolenc (2009), as principais razões são as grandes diferenças existentes em práticas clínicas atribuídas ao uso muito baixo de protocolos clínicos. Outras características que exercem influência são as diferenças no tempo médio de internação, associadas à severidade de casos individuais ou à eficiência na utilização de recursos e de sistemas deficientes de informações dos pacientes.

Segundo os autores, mesmo após ajustes por *case mix* e duração da internação, subsistem variações significativas de custo, mesmo para procedimentos idênticos efetuados no mesmo hospital. As conclusões sugerem que a variação nos custos é causada fortemente pela falta de padronização em práticas clínicas que gera diferenças no uso de recursos.

É importante que ocorra a padronização dos conceitos relacionados às métricas e aos indicadores utilizados em cada uma das unidades da organização, presentes em um cenário mutável, como exemplos podem ser citados na unidade de emergência o TISS - *Therapeutic Intervention Score System* que possibilita analisar a eficiência da unidade de emergência na utilização dos recursos ajustados conforme a necessidade do paciente (JUNG, 2003), ou o APACHE II - *Acute Physiology and Chronic Health Evaluation* na UTI que é a forma de

avaliação e classificação do índice de gravidade da doença, que tem como objetivo principal a descrição quantitativa do grau de disfunção orgânica dos pacientes (KLUCK, 2004).

Por meio desses indicadores relacionados de maneira correta é possível realizar a análise de desempenho da gestão financeira e assistencial dos hospitais no que se refere ao retorno econômico de suas atividades (LAFORGIA; COUTTOLENC, 2009).

De acordo com Porter (2007), o mercado da área da saúde está exposto a diversas oscilações, como questões epidemiológicas e não previsíveis, o que obriga as instituições hospitalares a adotarem ferramentas de gestão sólidas, podendo assim, manterem-se sustentáveis a longo prazo. Para o autor, a principal dificuldade conceitual do setor é que as instituições entendam e mantenham o seu foco nas suas atividades de cuidado e atenção ao paciente, caracterizadas pelos aspectos assistenciais e não exclusivamente nos desempenhos econômicos.

Santos Filho (2007), salienta que a utilização de indicadores para a avaliação da gestão da saúde necessita da contextualização dos impactos da relação assistencial e econômica das políticas de saúde. Os indicadores são medidas-síntese que contêm informações relevantes sobre dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde como um todo.

Dentre os elementos de qualidade assistenciais mais prevalentes estão taxa de ocupação, taxa de mortalidade, taxa de reinternação, taxa de infecção hospitalar e tempo médio de permanência, como pode-se ver no Quadro 7.

Quadro 7 - Dimensão Médico/Assistencial x Elementos

DIMENSÃO: MÉDICO/ASSISTENCIAL	
ELEMENTO	DEFINIÇÃO
Tempo Médio de Permanência	Indica quantos dias em média, os pacientes permaneceram no hospital (ALTA/ÓBITO).
Taxa de Ocupação	Mensura, em termos percentuais, quanto da capacidade do hospital está sendo utilizada.
Índice de Infecção	se manifesta durante a internação ou após a alta e que pode ser relacionada com a internação ou procedimentos hospitalares.
Taxa de Reinternação	Número de retornos do mesmo paciente por complicações/reinternação que poderiam ter sido evitadas.
Complexidade	Uso de recursos para tratamento da doença.
Gravidade	Risco de Morte.
Taxa de Mortalidade	Mensura, em termos percentuais o número de mortes/óbitos.

Fonte: Elabora pelo Autor. Begun e Hamilton, 2008.

De acordo com Shortell e Kaluzny (1993), entre as principais barreiras frequentemente mencionadas em relação aos serviços de saúde estão, a dificuldade de definição e mensuração do desempenho de uma instituição, a maior complexidade e variabilidade do trabalho

desenvolvido, comparado com outras organizações, e a pequena margem para ambiguidade e erro no trabalho.

Para Libby e Short (2004), o relacionamento proporcional entre duas diferentes quantias ou dimensões permite que sejam feitas comparações diversificadas entre variáveis. Esses desempenhos ou quantias podem ser retirados de apenas uma demonstração ou de mais de uma, como demonstrações econômicas ou assistenciais, no caso das organizações hospitalares.

3.9.3 Matriz de indicadores Assistenciais

Segundo Vaz (2004), os indicadores podem ser simples ou compostos. Os indicadores simples normalmente são autoexplicativos: descrevem imediatamente um determinado aspecto da realidade ou apresentam uma relação entre situações ou ações.

Já os indicadores compostos são aqueles que representam de forma sintética um conjunto de aspectos da realidade. Estes indicadores agrupam, em um único número, vários indicadores simples, estabelecendo algum tipo de média entre eles. Para isso, é preciso definir uma forma de ponderação, ou seja, dizer que os indicadores terão importância diferenciada, peso para a determinação do desempenho final.

No controle de qualidade de sistemas de saúde é necessário ter em vista uma matriz representativa de indicadores e seus respectivos índices. Neste sentido, Takashina (2004), apresenta as principais características de bons indicadores de qualidade, conforme segue:

- a) Exatidão – possibilidades mínimas de erro;
- b) Confiabilidade – mesmas medidas podem ser obtidas por diferentes pesquisadores, frente a um mesmo evento;
- c) Pertinência - estar correlacionado ao fenômeno ou critério que está sendo examinado;
- d) Simplicidade - fácil de entender - a facilidade para que qualquer um tire suas conclusões a partir de um indicador é fundamental para a sua utilidade;
- e) Validade – medir efetivamente o fenômeno ou critério;
- f) Sensibilidade – detectar as variações no comportamento do fenômeno que examina;
- g) Econômico - indicadores que dão trabalho para serem calculados não funcionam;
- h) Disponível a tempo - dados atrasados não representam mais a situação atual. Devem estar disponíveis antes que a situação mude;
- i) Compatível - ser compatível com os métodos de coleta disponíveis.

Couto e Pedrosa (2003), explicam que os indicadores são valores que se originam da visão de um numerador, no caso, número de eventos ocorridos por um denominador, população exposta ao evento. O número obtido nesta divisão é chamado de taxa e os desempenhos podem ser expressos em percentagem ou por 1.000, de acordo com cada situação. O modelo descritivo de um indicador foi montado de acordo com o Quadro 8.

Uma matriz implica relacionarmos diferentes indicadores visualizando uma relação de causa e efeito em uma junção de indicadores compostos com pesos distintos para avaliação de um número global (TAKASHINA, 2004).

No presente trabalho, a matriz de indicadores contemplou indicadores com dimensões econômicas e dimensões assistenciais, subdivididos por elementos e variáveis técnicas de cada dimensão, com um respectivo peso em sua participação no desempenho global, como pode-se ver no modelo da Tabela 8.

Quadro 8 - Modelo de Indicador

DIMENSÃO – ECONÔMICA/ASSISTENCIAL					
ELEMENTO/VARIÁVEL: Nome do Indicador					
Indicador 1 - Descrição do Indicador					
Visão: Objetivo do <u>indicador</u> (futuro)					
INDICADOR:	Nome/Elemento/Dimensão				
Tipo de Indicador:	Qualitativo/Quantitativo				
O que mede:	O que ele irá medir?				
Quem mede:	Quem será responsável por medi-lo?				
Quando medir:	Periodicidade				
Onde medir:	Local/Unidade				
Por que medir:	Objetivo de medi-lo?				
Como medir:	Fórmula				
Situação atual:	Já é medido/Existe histórico?				
META:	Objetivo Global				
Distribuição anual:	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>	<u>2013</u>
	<u>XX</u>	<u>XX</u>	<u>XX</u>	<u>XX</u>	<u>XX</u>

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Drucker apud Bittar (2004) afirma que poucos processos industriais são tão complicados quanto o hospital que, além de complexo, comporta um alto risco inerente à atividade. Este conjunto de fatores impõe aos gestores medições constantes e variadas, o que leva à introdução de indicadores para as diversas áreas (BITTAR, 2004). Estes dados devem fazer parte de uma ficha de indicador de forma a manter um padrão constante de medição ao longo do tempo e facilitar o *benchmarking* entre as organizações (INDE, 2006).

Tabela 8 - Esboço do modelo de avaliação de desempenho.

Modelo (Indicador)	GRAU DE IMPORTÂNCIA										% Aprovação
	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	SOMA dos Hospitais	Pontuação Máxima	Média Hospitais			
ASSISTENCIAL											
Taxa de Infecção							25				
Taxa de Mortalidade							25				
Complexidade							25				
Gravidade							25				
Taxa de Ocupação							25				
Tempo Médio de Permanência							25				
Pacientes Crônicos(>30 dias)							25				
SOMA							175				
ECONÔMICO											
Receita Bruta							25				
Custos Diretos							25				
Margem de Contribuição							25				
Custos Fixos							25				
Resultado Operacional							25				
Produção							25				
Receita Média							25				
SOMA							175				
Desempenho Assistencial	Comentários: O valor estabelecido para representatividade de cada variável esta entre as pontuações: mínima valor 1 para nenhuma importância e máxima com valor 5 extremamente importante. Já os intervalos de valor 2, 3 e 4 estão diretamente ligados a grau de importância conforme a sua proximidade aos critérios dos valores 1 e 5.										
Desempenho Econômico											
Desempenho GLOBAL											

Fonte: Elaborado pelo Autor.

3.10 Desempenho Hospitalar

De acordo com Hurst e Hughes (2001), existe uma discordância conceitual a respeito do conceito do que de fato é desempenho em uma instituição hospitalar. Em geral, refere-se ao grau de alcance dos objetivos propostos por uma instituição para execução da prestação de serviços em saúde.

Essa discordância pode estar associada à ausência da profissionalização da gestão hospitalar no Brasil. Em uma pesquisa realizada em 2003 pelo Ministério da Saúde junto a uma amostra de mais de 100 hospitais filantrópicos distribuídos por 14 estados e 84 municípios brasileiros, constatou-se que as organizações do setor hospitalar apresentavam um padrão incipiente de gestão, com instrumentos e práticas gerenciais defasados em relação aos padrões gerenciais contemporâneos (REIS, 2003).

Nesse sentido, observa-se que a avaliação do desempenho dessas organizações é uma das principais preocupações do setor (SCHIESARI; KISIL, 2003). Para Raimundini (2004), esse baixo desempenho gerencial está relacionado à insuficiência dos recursos destinados aos orçamentos em saúde e à ineficiência de gestão dos custos das organizações hospitalares.

Para Jacques (2007), o ambiente hospitalar é caracterizado pela elevada complexidade na operação e pela multidisciplinaridade profissional, características presentes na sua essência, havendo a necessidade de um entendimento comum das dimensões tanto econômicas como assistenciais, para avaliação sistêmica do desempenho de uma instituição hospitalar.

De acordo com Vecina Neto e Malik (2007), outros elementos também podem impactar no desempenho das organizações hospitalares, tais como demografia, perfil epidemiológico, recursos humanos, tecnologia e custos. Nota-se que elementos ou dimensões tanto econômicas como assistenciais impactam no conceito de desempenho. Em relação à demografia, as questões assistenciais da queda da mortalidade infantil, a redução da taxa de fecundidade e, principalmente, o envelhecimento da população refletem no consumo dos serviços de saúde.

Nesse sentido, Souza (2008) defende que para atingir o objetivo da prestação de serviços de saúde à sociedade, é necessário que os gestores hospitalares realizem uma avaliação de desempenho organizacional sistêmica, a fim de mensurar a eficiência da sua gestão. Assim, para a avaliação e o controle eficientes desta gama de processos complexos e multidisciplinares, os gestores das organizações, de forma geral, necessitam de conhecimentos avançados e específicos sobre a dinâmica assistencial e o custeio destas operações (SHAW, 2003).

Dentre estes conhecimentos, destacam-se os relacionados ao controle da gestão e à avaliação de desempenho, que demandam o desenvolvimento de uma gestão eficiente e o monitoramento através de indicadores que demonstrem a efetividade da operação (GUPTILL, 2005).

Nesse sentido, observa-se que a avaliação de indicadores hospitalares contribui significativamente para a eficiência da gestão, pois possibilita a associação estratégica entre recursos econômicos e prestação de serviços de saúde com foco em qualidade e assistência (SILVA, 2005).

Nesse contexto, observa-se que o alcance de um desempenho eficiente nas organizações hospitalares requer um controle econômico da análise de indicadores assistenciais de desempenho. Para Heitger, Logan e Matulich (1992), não é possível realizar uma avaliação de desempenho adequada sem dispor destas informações, a fim de garantir a qualidade dos serviços de saúde prestados pelos hospitais. É necessário estabelecer padrões e critérios de qualidade, além de indicadores de desempenho para cada um dos processos internos (ROONEY; OSTENBERG, 1999).

Para atender às demandas do processo assistencial e administrativo, faz-se necessário a implantação de um modelo de gestão atual, a fim de aperfeiçoar o processo gerencial hospitalar, que é visto hoje como uma empresa (BURMESTER, 2007). Por fim, no que diz respeito à definição de um conceito para desempenho, existem mundialmente grandes diferenças e a falta de um consenso no uso deste termo (HURST e HUGHES, 2001).

Nesse contexto, observa-se que a avaliação de desempenho dos hospitais é uma importante e vital exigência para a continuidade das atividades da organização (ROONEY; OSTENBERG, 1999). Em se tratando das organizações da área da saúde, estima-se que 30% de todo o dinheiro investido é consumido em desperdícios, retrabalho, ineficiência e processos excessivamente complexos (BORBA, 2006).

Para Jatene (2003), os serviços de alta tecnologia geralmente não estão disponíveis para a maior parte da população, que continua carecendo de atendimentos básicos. Shaw (2003), por sua vez, considera que os conhecimentos decorrentes da utilização de indicadores hospitalares podem influenciar os diversos níveis e áreas organizacionais.

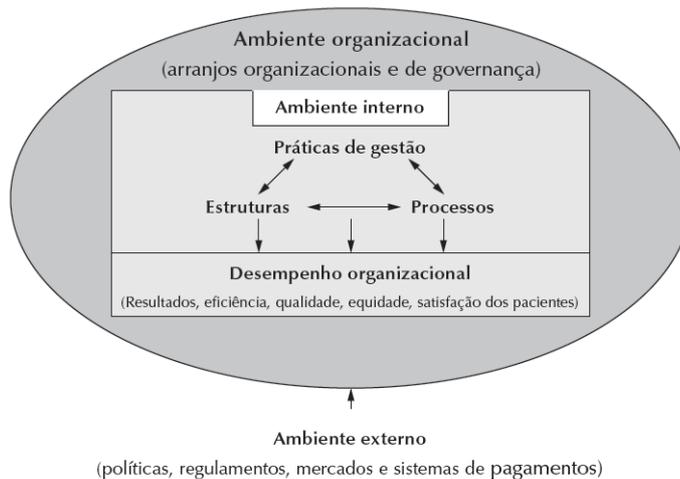
Souza (2008) aponta que, a fim de atingir os objetivos da prestação de serviços de saúde à sociedade, é necessário que os gestores realizem a análise de desempenho da gestão das diversas organizações prestadoras de serviços de saúde.

Assim, a fim de desenvolver uma análise e um controle eficiente, os gestores das organizações necessitam de conhecimentos avançados e específicos sobre o custeio das

atividades operacionais e sobre as operações de investimento e de financiamento (CHRISTENSEN, 2009).

A avaliação de gestão dos hospitais é, atualmente, uma das principais preocupações do setor (BORBA, 2006). Essa preocupação está relacionada com as observações de que os hospitais apresentam significativa ineficiência na sua gestão (SOUZA, 2008). Por essa razão, assegurar o controle requer profundidade e amplitude de conhecimentos técnicos de gestão para compreender os componentes de um hospital e integrá-los eficientemente, além de informações confiáveis e atualizadas para monitorar o desempenho e o uso dos recursos, envolvendo diferentes ambientes como pode-se ver na Figura 7.

Figura 7 - Macro Conceitual do Desempenho Hospitalar.



Fonte: Laforgia e Couttolenc, 2009. Adaptado pelo Autor.

Outra consideração sobre os serviços refere-se à necessidade de estabelecer-se padrões e critérios de qualidade, além de indicadores de desempenho para cada um dos processos internos (ROONEY; OSTENBERG, 1999). Entretanto, há certa carência em definir quais variáveis fazem com que essas organizações ofereçam serviços de assistência com a eficiência financeira e operacional necessárias (BERNET; ROSKO; VALDMANIS, 2008).

Entretanto, a utilização de ferramentas para gestão financeira em hospitais requer cuidados adicionais (EVANS III; HWANG; NAGARAJAN, 2001), pois o lucro, principal objetivo das empresas, em geral, não é o princípio que fundamenta as atividades das organizações hospitalares.

Para os autores, a premissa de que os cuidados ou serviços prestados diferenciam-se em função de alguns atributos dos pacientes, como idade, sexo e diferentes estágios da doença, uma visão de custo econômico da atividade diferenciada em cada caso deve ser observada em função da caracterização dos diferentes tipos de pacientes.

Ao longo dos últimos anos, o debate centrou-se principalmente sobre a questão de restringir-se o desempenho dos sistemas de saúde a análises de custo efetividade, fatores econômicos, educacionais e pelas desigualdades sociais (Naylor, 2002).

Para Hurst (2002), a questão fundamental a ser enfrentada é a de como medir desempenho em termos de qualidade, eficiência e equidade, estruturando sistemas de gerenciamento de desempenho na perspectiva de impulsionar mudanças de comportamentos que possibilitem conseguir os melhores desempenhos.

3.11 Síntese do referencial teórico

Nesta etapa é apresentada a síntese do referencial teórico (Quadro 9) utilizado neste estudo, caracterizando os constructos analisados, sua descrição e os principais autores consultados. A consolidação desta revisão sustentou a estruturação dos constructos no modelo utilizado para realização das entrevistas com os especialistas em cada instituição.

Quadro 9 - Síntese do Referencial Teórico.

CONSTRUCTOS ANALISADOS	DESCRIÇÃO	REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO
SERVIÇOS DE SAÚDE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Os serviços de saúde constantemente passam por significativas alterações, acompanhados pelos crescentes gastos em tecnologia e ao avanço da medicina. 2. Os serviços de saúde privado possuem um papel importantíssimo em suprir as necessidades de saúde da população e parte do Sistema Único de Saúde – SUS. 3. Pela falta de estrutura de atenção básica, como postos de saúde, muitos brasileiros ao adoecer procuram diretamente os hospitais, forçando-os a consumir uma expressiva parcela do orçamento do governo público, como o aumento dos custos das iniciativas privadas. 4. Os hospitais públicos e privados no Brasil são reembolsados na sua maioria por planos privados ou pelo governo no caso do SUS, com base em valores fixados por tipo de procedimento, independente do custo efetivo de tratamento do paciente. 5. Os serviços de saúde no Brasil estão marcados por custos crescentes na assistência, juntamente com uma redução na qualidade dos atendimentos prestados e com restrições cada vez maiores ao acesso aos serviços, em função de políticas administrativas. 6. Competição dos serviços de saúde não são pela qualidade dos serviços prestados e sim por menores custos. 7. As operadoras de planos de saúde detêm forte poder de negociação perante os prestadores de serviços de saúde, exercendo influência sobre os preços dos serviços médico-hospitalares. 8. A forma como os serviços serão prestados, a partir da disponibilização de um ambiente adequado, de uma hotelaria que possa diminuir a percepção do cliente em um ambiente de cuidado e recuperação da saúde será o diferencial competitivo de uma instituição prestadora de serviços de saúde. 9. A certificação na área de saúde surge com a intenção de promover a melhoria contínua dos processos hospitalares. 10. A melhoria contínua de serviços é uma das etapas que contribui para manutenção e o aprimoramento da qualidade prestada. 	Almeida (2007); Leal e Matos (2008); CNES (2006); Matos (2005); La Forgia; Couttolenc (2009); Silva, Costa e Morgan (2004); Araújo (2005); Porter; Teisberg, (2007); Camacho; Rocha (2008); Boerger (2005); Travassos (2004); Gottfridsson (2010); Voss (2008); Stock (2009).
AMBIENTE E COMPLEXIDADE DOS SERVIÇOS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Podem-se caracterizar as estruturas hospitalares como de baixa, média e alta complexidade a partir da diversidade de serviços ofertados, do tratamento clínico e do uso de alta tecnologia. 2. Destaca-se que qualquer organização prestadora de serviços deve-se preocupar com a qualidade e a fidelização de seus clientes, ainda mais em instituições complexas de forma a sustentar a sua competitividade. 3. Os serviços de saúde constituem-se em uma organização social complexa e como tal, ocupa lugar crítico na prestação de serviços de saúde, sendo um lugar de construção de identidades profissionais. 4. Recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos, essas funções demandam um conjunto altamente divergente e complexo de atividades, tais como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, o planejamento e execução de internações, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos, de forma em que a gestão desta cadeia altamente complexa seja autossustentável. 	Heinonen (2010); La Forgia; Couttolenc (2009); Porter e Teisberg, (2007); Moreira (2010); Fitzsimmons e Fitzsimmons (2005); Senhoras (2007); Leoncine (2010); Farias e Melamed (2003); ANS (2009); Castilhos (2002); Jacques (2007); Bittar (2004); Fueerwerker (2007).

	<p>5. Com o aumento da sobrevivência da população e com a descoberta de novas opções terapêuticas, tratamentos de maior complexidade requerem a utilização de equipamentos de última geração, exames e medicamentos de custo elevado.</p> <p>6. O ambiente hospitalar é composto por operações de elevada complexidade e possuem forte interação entre os diversos processos assistenciais e administrativos.</p> <p>7. O ambiente é centrado por atividades administrativas e assistenciais, que possuem características distintas na sua essência, mas com objetivos comuns.</p> <p>8. O ambiente de alta complexidade e de prestação de serviços assistenciais insere as estruturas hospitalares como organizações com características complexas, pois atuam dentro de um sistema imponderável sob o ponto de vista de demanda, muitas vezes cíclicas e sazonais.</p> <p>9. Poucos processos industriais são tão complicados quanto o hospital que, além de complexo, comporta um alto risco inerente à atividade.</p>	
DIMENSÕES ECONÔMICAS	<p>1. As dimensões econômicas tratam-se de um mapa que permite a avaliação do desempenho da empresa.</p> <p>2. O demonstrativo de desempenhos econômico – DRE é uma das ferramentas utilizadas para avaliar as dimensões econômicas, trata-se de um documento contábilístico que fornece um resumo dos desempenhos das operações de uma empresa durante um determinado período, o qual pretende retratar os proveitos e custos desse mesmo período de exercício.</p> <p>3. As ferramentas administrativas para o acompanhamento dos desempenhos são cada vez mais essenciais à gestão hospitalar, que não pode mais abrir mão da capacidade técnica em favor do empirismo.</p> <p>4. Os elementos que caracterizam o desempenho das estruturas hospitalares são aquelas dimensões que representam o comportamento econômico gerado da atividade ou produto entregue ao cliente, no caso de serviços em saúde à prestação do cuidado e recuperação do indivíduo.</p> <p>5. Os hospitais convivem com as mesmas métricas, tendo seus custos e receitas apuradas e processadas como em qualquer outra organização.</p> <p>6. São consideradas dimensões econômicas: custos, custos variáveis, custos fixos, receita líquida, receita bruta e desempenho operacional.</p> <p>7. Dimensões de produtividade ou de custos podem ser utilizadas para avaliação de um hospital.</p>	Lerner (2001); Figueiredo (2004); Tognon (2000); Gapenski (2006); Mclean (1997); Nowicki (2004); Zelman (2003); Hardaway (2000); Schuhmann (2008); Berti (2006); Ferreira (2007); Martins (2003); Jacques (2007); Calvo (2002); Pompermayer e Lima (2002); Porter e Teisberg, (2007).
DIMENSÕES ASSISTENCIAIS	<p>1. São muitas as dimensões que podem influenciar o desempenho de um hospital, entre elas, a dinâmica dos elementos assistenciais que impactam na rentabilidade e na qualidade dos serviços.</p> <p>2. Dimensões assistenciais são caracterizadas pelas variáveis técnicas da prestação de serviço, como tempo médio de permanência, taxa de ocupação, índice de infecção, complexidade e gravidade, em resumo o desfecho da assistência prestada ao paciente.</p> <p>3. As dimensões assistenciais possibilitam identificar os efeitos e impactos na atividade fim de uma organização, tradicionalmente utilizados em estudos epidemiológicos, que avaliam as mudanças na saúde da população relacionadas à mortalidade e à morbidade e seus custos.</p> <p>4. Essas dimensões, que visam assegurar a qualidade da análise e possibilitar uma avaliação objetiva dos</p>	Younis, Younies e Okojie (2006); Begun e Hamilton (2008); Santos Filho (2007); Lenz; Kuhn (2004); Bernet; Rosko; Valdmanis (2008); Porter (2007); Leoncine (2010); Fueerwerker (2007).

	<p>desempenhos assistencial, esta relação pode ser vista como um instrumento fundamental para a gestão organizacional.</p> <p>5. O mercado da área da saúde esta exposto a diversas oscilações, como questões epidemiológicas e não previsíveis, o que obriga com que as instituições hospitalares adotem ferramentas de gestão sólidas.</p> <p>6. Não há modelos que integrem uma avaliação conjunta de indicadores econômicos e assistenciais.</p>	
DESEMPENHO HOSPITALAR	<ol style="list-style-type: none"> 1. Existe uma discordância conceitual a respeito do conceito do que de fato é desempenho em uma instituição hospitalar. 2. Este processo descentralizado prevê que as instituições avaliem seus desempenhos de forma individual, algumas com foco exclusivo em desempenhos assistenciais e epidemiológicos como indicadores de saúde doença e outras, com foco no retorno econômico da sua operação. A avaliação do desempenho das organizações de saúde é uma das principais preocupações do setor. 3. O perfil epidemiológico é um dos elementos que impactam no desempenho das organizações hospitalares. 4. É necessário que os gestores hospitalares realizem uma avaliação de desempenho organizacional sistêmica, a fim de mensurar a eficiência da sua gestão. 5. Os gestores das organizações de forma geral necessitam de conhecimentos avançados e específicos sobre a dinâmica assistencial e o custeamento destas operações. 6. A avaliação de desempenho requer uma gestão eficiente e o monitoramento de indicadores que demonstrem a efetividade da operação. 7. A avaliação de indicadores hospitalares contribui significativamente para a eficiência da gestão, pois possibilita a associação estratégica entre recursos econômicos e prestação de serviços de saúde com foco em qualidade e assistência. 8. Para atender às demandas do processo assistencial e administrativo, faz-se necessário que se implante um modelo de gestão integrado, atribuindo variáveis econômicas e assistenciais. 9. Os hospitais apresentam significativa ineficiência na sua gestão, quando se trata da relação dos valores assistenciais aos econômicos. 10. Existe uma enorme carência em definir quais variáveis fazem com que as organizações ofereçam serviços de assistência com a eficiência financeira e operacional necessárias. 11. Os tratamentos das doenças estão diretamente ligados ao reflexo dos desempenhos econômicos e assistenciais prestados aos usuários. 12. O desempenho de um hospital é fruto da relação entre o retorno econômico da operação, a satisfação percebida pelos pacientes e a eficiência técnica assistencial e operacional destes estabelecimentos. 13. O processo tradicionalmente utilizado para avaliação dos hospitais é descentralizado e não padronizado, não havendo um consenso entre a relação das dimensões econômicas e assistenciais no desempenho das organizações. 14. Inúmeros artigos da literatura internacional sobre gestão de hospitais apontam a inexistência de um consenso do que é desempenho na área hospitalar. 	<p>Gapenski (2006); Mclean (1997); Nowicki (2004); Zelman (2003) Younis; Younies e Okojie (2006); Coyne e Singh (2008); Kaisse; Begun e Hamilton (2008); Schuhmann (2008); Hurst e Hughes (2001); Schiesari; Kisil; (2003); Vecina Neto e Malik (2007); Souza (2008); Shaw (2003); Lapa; Calvo; Wolff (2000); Guptill (2005); Silva (2005); Burmester (2007); Borba (2006); Bernet; Rosko; Valdmanis (2008); Araújo (2005); Medici e Murray (2010).</p>

Fonte: Elaborado pelo Autor.

4 MODELAGEM

Após realizar a exploração bibliográfica, concluiu-se que não existe um conceito formal definido na literatura que seja unanimidade do que é desempenho para uma instituição hospitalar, quando dependendo dos autores, a priori de linhas de pesquisas voltadas a gestão administrativa, o conceito apresenta-se para definição do desempenho econômico o resultado positivo da atividade realizada pela instituição.

Já os autores com linhas de pesquisa voltadas ao conhecimento técnico, tais como Younis, Younies e Okojie (2006), com relação direta à medicina, enfermagem e outras vertentes de conhecimento centradas no cuidado, na segurança e na qualidade do atendimento ao paciente, o conceito define-se nas diretrizes em que desempenho é o grau de qualidade e segurança prestada pelo desfecho da atividade assistencial da instituição.

A revisão bibliográfica possibilitou identificar esta lacuna a respeito de um consenso comum, de um conceito que defina o que é desempenho em uma instituição hospitalar, desdobrando inúmeras conotações a partir da linha de pesquisa de cada autor.

Segundo os referidos autores com enfoque no cuidado, na qualidade e na segurança dos pacientes, as principais variáveis a serem gerenciadas que representam o desempenho da atividade assistencial prestada em uma instituição hospitalar são as que possuem desfecho no cuidado e no tratamento do indivíduo. Tais variáveis estão expressas nos seguintes indicadores assistenciais:

➤ Taxa de Mortalidade: Ou coeficiente de mortalidade é um dado demográfico do número de óbitos registrados, em média por mil habitantes, numa dada região, num período de tempo. Neste caso é o número de óbitos ocorridos na instituição em relação ao número de internações no mesmo período de análise.

➤ Taxa de Infecção: É a contaminação adquirida por germe e/ou bactéria após a admissão do paciente, que se manifesta durante a internação ou após a alta e que pode ser relacionada à internação ou a procedimentos hospitalares.

➤ Complexidade: É considerada uma taxa que relaciona o volume de recursos e/ou insumos hospitalares utilizados no tratamento e/ou cuidado da patologia do paciente.

➤ Gravidade: É o risco de morte que está associada à patologia e/ou enfermidade do paciente em tratamento.

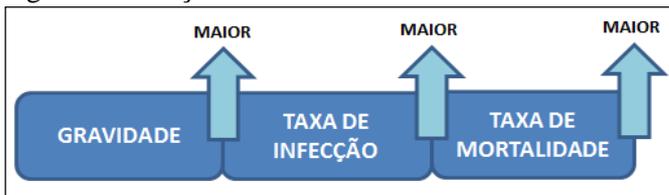
➤ Tempo Médio de Permanência: É o tempo médio em que os pacientes ficam internados em uma determinada unidade ou no próprio hospital. O período contempla a data da baixa na unidade e/ou instituição e a data da alta da unidade e/ou instituição, dependendo da unidade em análise.

➤ Número de Pacientes de Longa Permanência (acima de 30 dias): Pacientes em período de internação superior ao número de 30 dias de forma interrupta.

Essa relação de variáveis estabelece o desfecho no cuidado, caso ocorra coerência nos seus valores como, instituições que possuem um alto índice de complexidade e gravidade estão mais propícias a apresentarem taxas de mortalidade e infecção maiores, em função do perfil do paciente, como a realização de cirurgias de grande porte, pacientes entubados e em hemodiálise. O que não seria coerente, se a instituição fosse de baixa complexidade e gravidade, apresentando os mesmo índices de mortalidade e infecção para procedimentos ambulatoriais e pacientes em hospital dia.

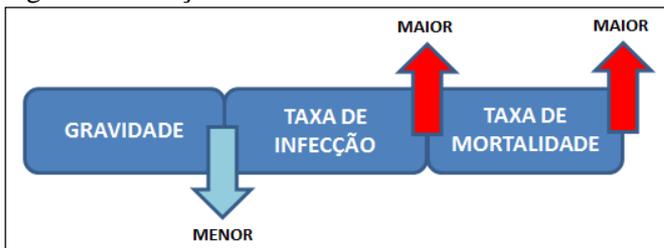
A Figura 8 apresenta uma relação diretamente proporcional aceitável em função da sua relação de causa e efeito, já a Figura 9 demonstra uma relação inversamente proporcional não aceitável a partir da revisão bibliográfica destas variáveis. A sustentação teórica para tais dimensões podem ser vistas no Quadro 9 constructo analisado dimensões assistenciais.

Figura 8 - Relação de dimensões assistenciais diretamente proporcional aceitáveis.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Figura 9 - Relação de dimensões assistenciais inversamente proporcionais não aceitáveis.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Para os autores de linhas de pesquisas, tais como Berti (2006); Ferreira (2007); Schuhmann (2008); voltadas à gestão, as diretrizes norteadoras para definição do conceito de desempenho em uma instituição hospitalar são o desempenho econômico realizado, fruto da atividade assistencial, como variáveis de custos, receitas e o desempenho líquido dessa equação. Nesse modelo, a relação de causa e efeito é mais clara, uma vez que a ferramenta de análise de desempenho utilizada é o demonstrativo de desempenho econômico, que já estabelece a relação de receitas menos os custos, sendo igual ao desempenho gerado pela unidade de análise, como pode ser visto na Figura 10.

Figura 10 - Equação macro do demonstrativo de desempenho econômico - DRE.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Consolidando os constructos coletados a partir da revisão bibliográfica, foi possível estruturar a tabela apresentada no capítulo 3 item 3.9.1 e, no Quadro 9, no constructo analisado dimensões econômicas. Fica claro que dependendo da linha de pesquisa de cada autor, a definição de desempenho em uma instituição hospitalar poderá ser norteadada ou por uma definição de qualidade e segurança assistencial para o paciente ou, uma definição de desempenho econômico líquido de um DRE.

Não havendo um consenso da definição de desempenho para uma instituição hospitalar na literatura, obteve-se a busca na prática, conforme campo de pesquisa definido no subcapítulo 2.6.

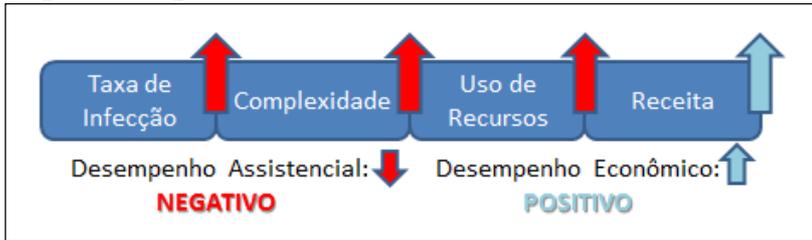
A partir das entrevistas realizadas com os especialistas de cada instituição hospitalar, foi consenso entre todos os participantes da amostra que a definição de desempenho em uma instituição hospitalar é o equilíbrio entre as variáveis assistenciais e econômicas, como pode ser visto no Quadro 10. Portanto, se uma das variáveis não apresentar desempenhos positivos, não poderá ser afirmado que o desempenho foi alcançado e, sim, que houve desempenho positivo assistencial ou econômico. É possível avaliar essa relação na Figura 11.

Quadro 10 - Definição do conceito de desempenho x Profissionais entrevistados.

HOSPITAL	CARGO	DEFINIÇÃO DO CONCEITO
A	> Superintendente Executivo > Superintendente Assistencial	Equilíbrio entre as variáveis assistenciais e econômicas
B	> Superintendente Administrativo > Gerente Assistencial	Equilíbrio entre as variáveis assistenciais e econômicas
C	> Gerente Financeiro > Gerente Assistencial	Equilíbrio entre as variáveis assistenciais e econômicas
D	> Gerente de Controladoria > Gerente de Qualidade	Equilíbrio entre as variáveis assistenciais e econômicas
E	> Gerente Médico de Pacientes Graves	Equilíbrio entre as variáveis assistenciais e econômicas

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Figura 11 - Relação entre as dimensões assistenciais e econômicas x Conceito de desempenho hospitalar dos profissionais entrevistados.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Na Quadro 11, pode-se identificar uma relação coerente e aceitável de acordo com o conceito definido de causa e efeito entre as dimensões assistenciais e econômicas e a literatura.

Quadro 11 - Relação de causa e efeito aceitável entre dimensões assistenciais e econômicas.

RELAÇÃO DIRETAMENTE PROPORCIONAL									
ASSISTENCIAL									
Taxa de Infecção	Taxa de Mortalidade	Complexidade	Gravidade	Tempo de Permanência	Receita Bruta	Custos Diretos	Receita Média	Custos Diretos	Receita Média
Taxa de Mortalidade	Complexidade	Gravidade	Pacientes Crônicos(>30 dias)	Receita Bruta	Custos Diretos	Custos Diretos	Receita Média	Custos Diretos	Receita Média
Complexidade	Taxa de Mortalidade	Gravidade	Tempo de Permanência	Receita Bruta	Custos Diretos	Custos Diretos	Receita Média	Custos Diretos	Receita Média
Gravidade	Taxa de Mortalidade	Complexidade	Tempo de Permanência	Receita Bruta	Custos Diretos	Custos Diretos	Receita Média	Custos Diretos	Receita Média
Tempo Médio de Permanência									
Pacientes Crônicos(>30 dias)									
ECONÔMICO									
Receita Bruta	Custos Diretos	Produção	Receita Média	Complexidade	Gravidade				
Custos Diretos	Produção	Complexidade	Gravidade						
Margem de Contribuição	Produção	Complexidade	Gravidade						
Custos Fixos	Produção	Complexidade	Gravidade						
Resultado Operacional	Produção	Receita Média	Receita Bruta	Complexidade	Gravidade				
Produção									
Receita Média	Complexidade	Gravidade							

Fonte: Elaborado pelo Autor.

A partir da relação de dimensões encontradas na literatura e caracterizada no item 3.9 e na Tabela 8, foi solicitado aos especialistas entrevistados de cada instituição hospitalar que definissem o grau de importância de cada dimensão, valorando entre os parâmetros 1, caracterizado como pouco importante e 5 como extremamente importante, sendo os valores 2, 3 e 4 variações desta classificação de acordo com a proximidade de cada critério, ficando a cargo do profissional acrescentar ou não uma nova variável não identificada na revisão bibliográfica, mas que agregasse um fator importante de análise de desempenho em sua organização, definido no capítulo 2 de metodologia.

Na Tabela 9, pode-se ver a composição por instituição e a média final para cada dimensão avaliada como a representação das principais atividades que compõem o desempenho de uma instituição hospitalar. É importante salientar que a pontuação apresentada em cada instituição já é a média da avaliação, quando entrevistado mais de um profissional da mesma instituição, caracterizando uma visão econômica e assistencial do peso de cada variável do modelo.

A composição de cada uma das dimensões apresentou um percentual de grau de importância superior a 95% na soma de cada dimensão a partir da avaliação dos profissionais das cinco instituições que compõem a pesquisa, validando o papel de cada uma das variáveis na identificação e na avaliação de desempenho de uma instituição hospitalar.

Tabela 9 - Classificação do grau de Importância das Dimensões x Avaliação dos profissionais entrevistados.

GRAU DE IMPORTÂNCIA									
Modelo (Indicador)	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	SOMA dos Hospitais	Pontuação Máxima	Média Hospitais	% Aprovação
ASSISTENCIAL									
Taxa de Infecção	5	5	5	5	5	25	25	5,00	100,00%
Taxa de Mortalidade	5	5	5	5	5	25	25	5,00	100,00%
Complexidade	5	5	4	5	4	23	25	4,60	92,00%
Gravidade	5	5	5	4	4	23	25	4,60	92,00%
Taxa de Ocupação	5	5	5	5	5	25	25	5,00	100,00%
Tempo Médio de Permanência	5	5	5	5	5	25	25	5,00	100,00%
Pacientes Crônicos(>30 dias)	5	4	5	5	4	23	25	4,60	92,00%
SOMA	35	34	34	34	32	169	175	33,80	96,57%
ECONÔMICO									
Receita Bruta	5	5	5	5	5	25	25	5,00	100,00%
Custos Diretos	5	5	5	5	5	25	25	5,00	100,00%
Margem de Contribuição	5	5	5	5	4	24	25	4,80	96,00%
Custos Fixos	5	5	5	5	5	25	25	5,00	100,00%
Resultado Operacional	5	5	5	5	5	25	25	5,00	100,00%
Produção	5	5	5	5	4	24	25	4,80	96,00%
Receita Média	5	5	4	5	5	24	25	4,80	96,00%
SOMA	35	35	34	35	33	172	175	34,40	98,29%
<i>Desempenho Assistencial</i>	Comentários: O valor estabelecido para representatividade de cada variável esta entre as pontuações: mínima valor 1 para nenhuma importância e máxima com valor 5 extremamente importante. Já os intervalos de valor 2, 3 e 4 estão diretamente ligados a grau de importância conforme a sua proximidade aos critérios dos valores 1 e 5.								
<i>Desempenho Econômico</i>									
<i>Desempenho GLOBAL</i>									

Fonte: Elaborado pelo Autor.

A partir da definição do conceito do que é desempenho hospitalar, estruturou-se o modelo de avaliação atendendo aos seguintes critérios:

Inserção das dimensões assistenciais e econômicas identificadas na literatura e chanceladas através das entrevistas de campo, acrescidas do grau de importância para cada dimensão de acordo com a média dos hospitais oriundas das entrevistas realizadas com cada especialista.

Definido o grau (%) de participação de cada dimensão no contexto geral da variável, tanto para os casos assistenciais como econômicos, estabeleceu-se um grau de importância nomeado na tabela como importância relativa. Para manter as referências de comparação utilizadas nos modelos tradicionais de avaliação, foram acrescidos os parâmetros de referência, que diz respeito ao referencial teórico consolidado pelas melhores práticas a nível mundial de cada dimensão e, a meta, desempenho esperado a ser atingido pela instituição.

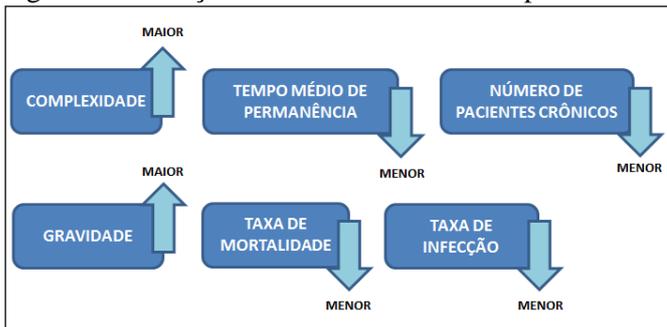
Ainda na construção do modelo, foram acrescidos os parâmetros de comparação entre o desempenho realizado e a meta estabelecida pela instituição, trazendo uma referência de atingimento ou não da dimensão avaliada. O percentual atingido pela instituição e/ou unidade de análise em relação à meta estabelecida é alocado na tabela como desempenho x meta, demonstrando o quanto da meta foi alcançado pela organização.

Para consolidar o modelo, estabeleceu-se a pontuação do desempenho x meta alcançada em relação ao grau de importância da dimensão estabelecido pela instituição, neste caso a média das organizações em estudo.

A soma geral do desempenho x meta alcançada de dimensões em relação ao grau de importância estabelecido pela organização demonstra o desempenho da dimensão em estudo, no caso, assistencial ou econômica. O modelo ainda prevê o acréscimo de dois desdobramentos, o da ferramenta de qualidade 5W 2H, mais conhecido como plano de ação para as situações onde o desempenho esperado não tenha sido atingido, e a descrição da melhoria alcançada na dimensão após a execução do plano de ação.

É importante ressaltar que neste modelo quando avaliadas determinadas dimensões o desempenho x meta, pode ser inversamente proporcional ao valor da meta, isto é, quanto menor o valor apresentado, melhor. A Figura 12 demonstra as direções em que as dimensões apresentam desempenho positivo na atividade assistencial e no desempenho econômico, são relações diretamente ou inversamente proporcionais.

Figura 12 - Direção das dimensões x Desempenhos Positivos.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

A média da soma dos desempenhos atingidos pelas dimensões assistenciais e econômicas estabelecem o desempenho da instituição, sustentando o conceito do equilíbrio entre elas. Caso o valor não seja atingido, é possível identificar qual a variável e qual dimensão impactou no desempenho, sendo permitido trabalhar a partir do plano de ação e do uso do PDCA, referências vistas no capítulo 3. A proposta do modelo pode ser vista no Quadro 12.

Na Figura 13, é apresentada a análise em que uma das variáveis destaca-se mais que a outra, podendo comprometer o modelo, caso seja analisada sobre uma ótica específica econômica ou assistencial, não representada no seu equilíbrio. No exemplo, a alta complexidade sem ser gerada em função da taxa de infecção, e sim pelas características do paciente, gera um maior consumo de insumos para o seu tratamento.

Caso todos os insumos não sejam cobrados em função de ocorrerem problemas operacionais como checagem, erro de sistema, autorizações ou pela própria negativa de cobertura das operadoras, o impacto negativo gerado reflete diretamente na receita e, concomitantemente, no desempenho econômico da instituição.

É possível avaliar a relação entre o desempenho econômico positivo, o desempenho assistencial negativo e o equilíbrio entre as variáveis através da Figura 14. A única informação a ser inserida no modelo, após a sua estruturação, foram os valores realizados, nomeados no modelo como desempenho.

Quadro 12 - Modelo de avaliação de desempenho hospitalar.

Modelo (Indicador)	Grau de Importância	Importância Relativa	Referência	Meta	Desempenho	Desempenho x Meta	Desempenho x Grau de Importância	Plano de Ação 5W2H	Resultado
ASSISTENCIAL									
Taxa de Infecção									
Taxa de Mortalidade									
Complexidade									
Gravidade									
Taxa de Ocupação									
Tempo Médio de Permanência									
Pacientes Crônicos(>30 dias)									
SOMA									
ECONÔMICO									
Receita Bruta									
Custos Diretos									
Margem de Contribuição									
Custos Fixos									
Resultado Operacional									
Produção									
Receita Média									
SOMA									
<i>Desempenho Assistencial</i>		Comentários:							
<i>Desempenho Econômico</i>									
<i>Desempenho GLOBAL</i>									

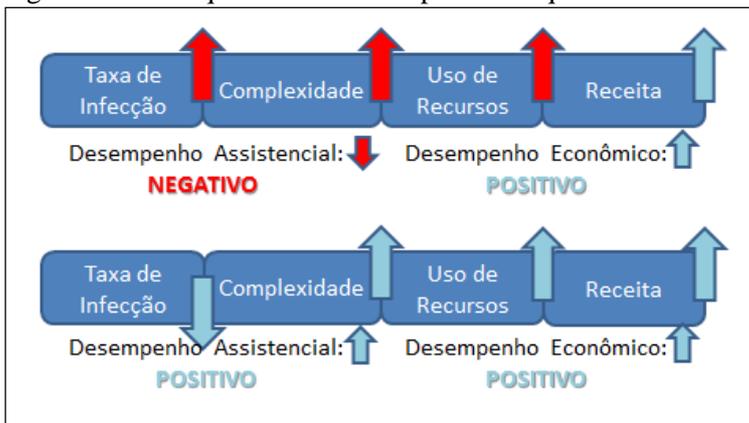
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Figura 13 - Direção das dimensões x Classificação do desempenho.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Figura 14 - Desequilíbrio no desempenho x Equilíbrio no desempenho.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

O modelo de avaliação de desempenho prevê a adaptação de novas dimensões tanto assistenciais como econômicas, de acordo com a característica da instituição ou unidade em avaliação. É importante ressaltar que, dependendo do perfil da instituição e/ou unidade, uma determinada dimensão poderá sofrer uma alteração e/ou tradução assim chamada para melhor caracterizá-la.

Um exemplo seria a avaliação de uma unidade de emergência onde a dimensão de complexidade seria substituída pelo indicador TISS, responsável por medir a complexidade neste tipo de unidade. Em um serviço de bloco cirúrgico seria substituído pelo porte anestésico, já em uma unidade de tratamento intensivo – CTI, seria o APACHE e assim sucessivamente, de acordo com cada característica de unidade específica.

Outras informações poderão ser acrescentadas como a própria matriz de segurança institucional, dependendo do perfil de cada organização. Essa característica do modelo torna-o flexível, tendo como objetivo a avaliação do desempenho da instituição e/ou unidade de maneira mais macro, o que não o inviabiliza de ser utilizado em uma visão mais micro, substituindo suas dimensões por indicadores específicos e pontuando-os novamente de acordo com o grau de relevância para organização.

5 APLICAÇÃO E DESEMPENHOS

O presente modelo proposto para avaliar o desempenho de uma instituição hospitalar e/ou serviço assistencial foi aplicado a uma unidade de tratamento intensivo da instituição A pesquisada. A utilização deste modelo em uma unidade com estas características teve como objetivo testá-lo de forma a possibilitar uma análise dos desempenhos gerados a partir da sua aplicação.

Conforme o modelo proposto e as diretrizes estabelecidas no Quadro 12, foram adaptadas as dimensões pré-definidas de acordo com o perfil da unidade analisada. O período de análise das informações ocorreu de janeiro a dezembro de 2012, sendo realizado um relatório consolidado deste período a partir da média dos desempenhos do ano.

Na variável assistencial composta pelas suas dimensões, que avaliam a qualidade e a segurança do paciente, foram adaptados aos seguintes indicadores, conforme a Quadro 13.

Quadro 13 - Adequação das dimensões assistenciais da unidade de pesquisa x modelo proposto.

VARIÁVEL ASSISTENCIAL		
MATRIZ/MODELO		ADEQUAÇÃO - UTI
DIMENSÃO	Taxa de Infecção	Taxa de Infecção de Cateter - UTI
	Taxa de Mortalidade	Taxa de Mortalidade - UTI
	Taxa de Ocupação	Taxa de Ocupação - UTI
	Complexidade	Densidade de uso de ventilação mecânica - UTI
	Gravidade	APACHE II - UTI
	Tempo Médio de Permanência	Tempo Médio de Permanência - UTI
	Pacientes Crônicos(>30 dias)	Pacientes Crônicos(>30 dias) - UTI

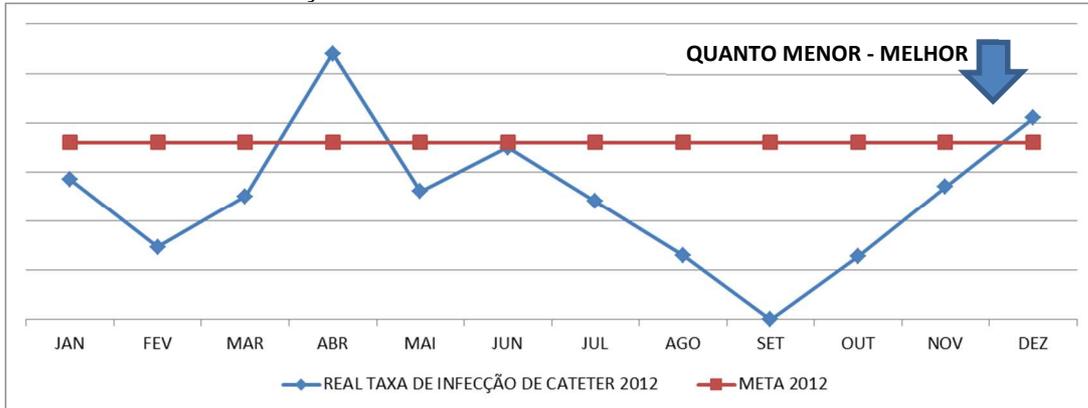
Fonte: Desenvolvido pelo Autor.

As adaptações realizadas nas dimensões assistenciais foram a substituição da taxa de infecção pela taxa de infecção de cateter na UTI, que representa o desfecho em situação infectuosa a partir do processo assistencial de infusões em pacientes com dificuldade de acesso à veia periférica, utilizado neste tipo de unidade em mais de 80% dos pacientes. A taxa de complexidade representada pela taxa de densidade do uso de ventilação mecânica na UTI, que se caracteriza pelo uso de equipamentos que substituem a atividade fisiológica humana em função de uma descompensação respiratória. A taxa de gravidade substituída pelo APACHE 2, que é um indicador específico da unidade de tratamento intensivo a qual determina os índices de gravidade de um paciente internado conforme descrito na conceituação no capítulo 4 da modelagem.

Nos Gráfico 7, 8, 9, 10, 11, 12 e 13 pode-se verificar o desempenho destas dimensões ao longo do ano de 2012. Salienta-se que o modelo utilizado pela instituição A contempla a ordem onde são avaliados os indicadores assistenciais e, posteriormente, os econômicos,

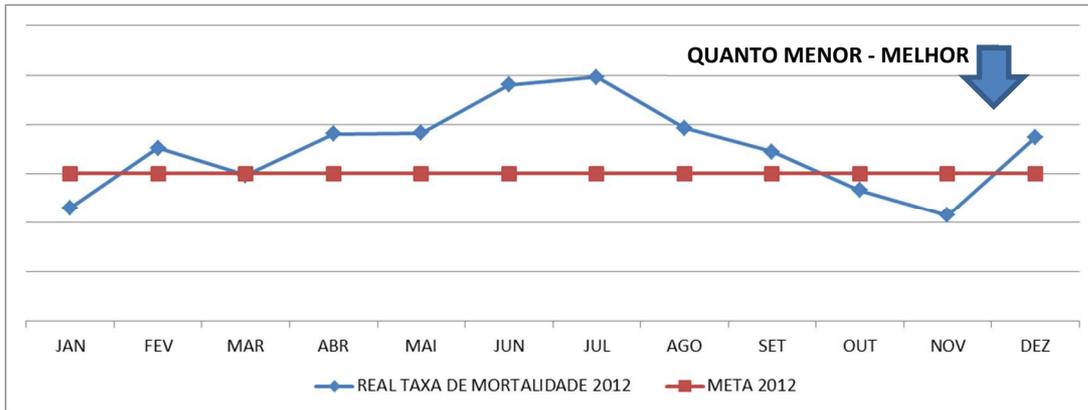
através do demonstrativo de desempenho econômico, caracterizando um modelo descentralizado entre as relações das variáveis.

Gráfico 7 - Taxa de Infecção de Cateter UTI 2012 x Meta 2012.



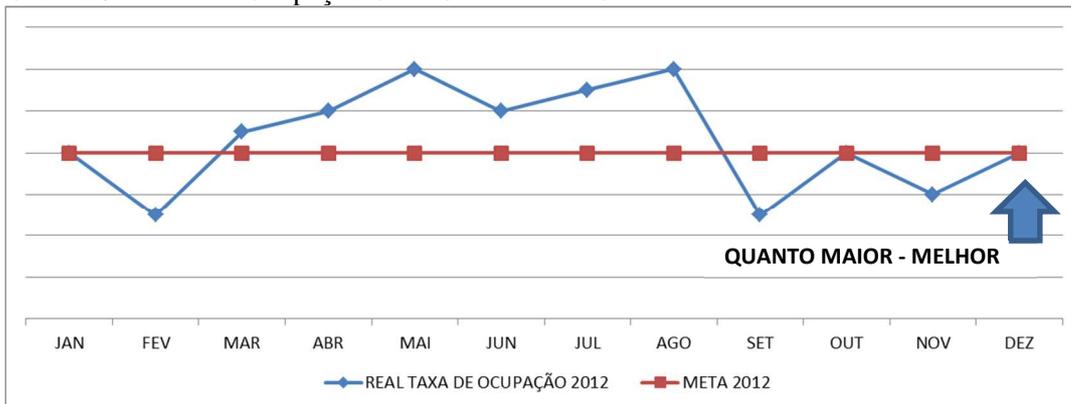
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 8 - Taxa de Mortalidade UTI 2012 x Meta 2012.



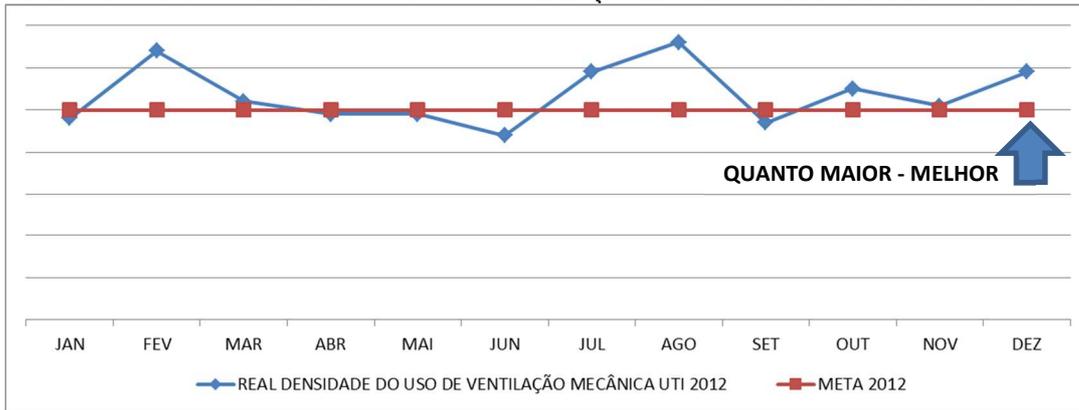
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 9 - Taxa de Ocupação UTI 2012 x Meta 2012.



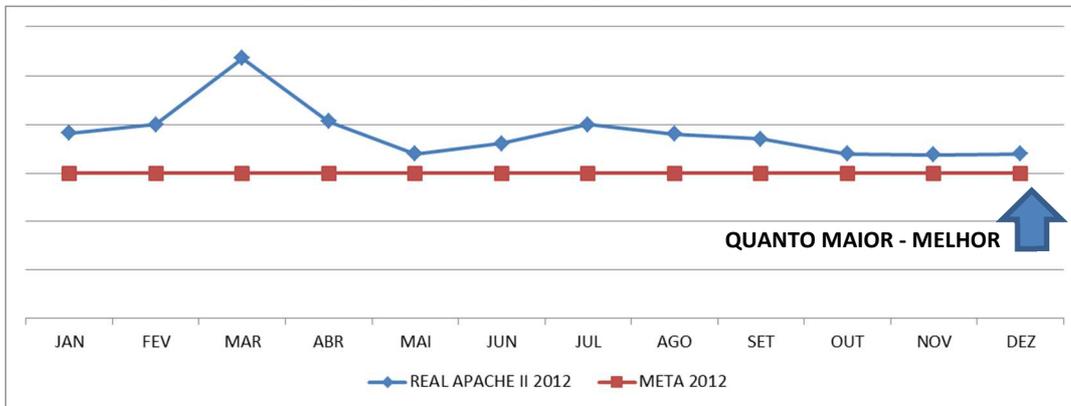
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 10 - Taxa de Densidade do uso de ventilação mecânica UTI 2012 x Meta 2012.



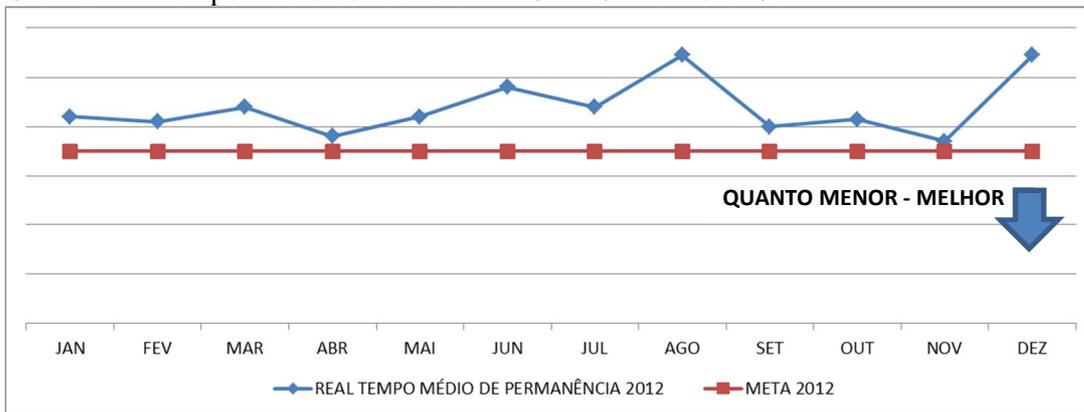
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 11 - Taxa APACHE II UTI 2012 x Meta 2012.



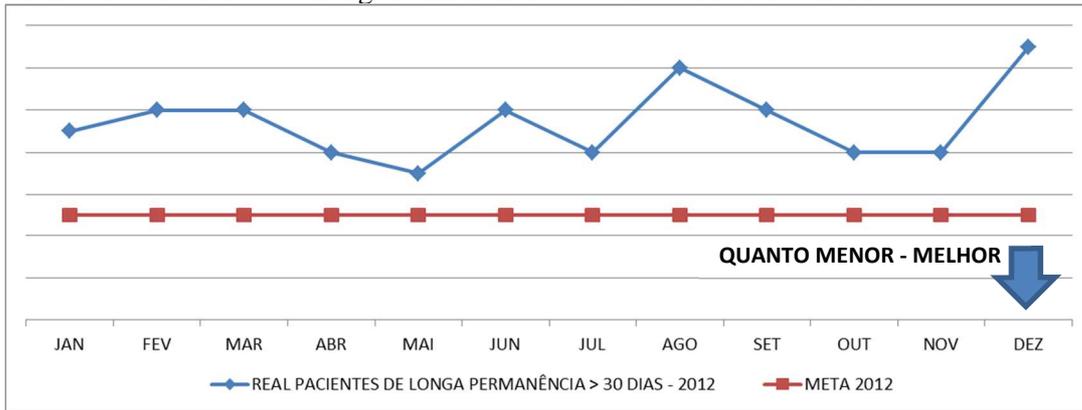
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 12 - Tempo Médio de Permanência UTI 2012 x Meta 2012.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

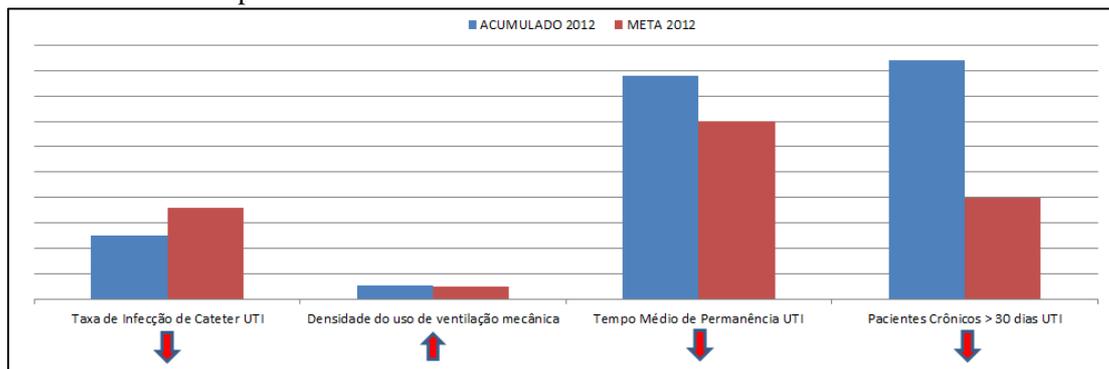
Gráfico 13 - Pacientes de Longa Permanência > 30 dias UTI x Meta 2012.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

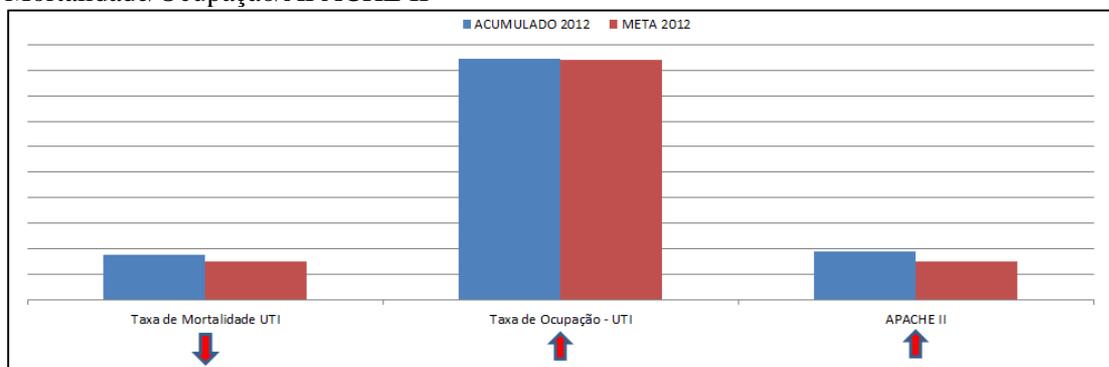
A partir dos desempenhos assistenciais mensais de cada uma das dimensões, foi realizada a média do ano de 2012, consolidando os desempenhos conforme Gráfico 14 e 15. Neles verifica-se, através da direção das setas, o comportamento que o desempenho realizado deve percorrer para caracterizar um resultado positivo, posteriormente, foram lançados os valores no modelo proposto no Quadro 12.

Gráfico 14 - Desempenho das dimensões assistenciais META x ACUMULADO 2012.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 15 - Desempenho das dimensões assistenciais META x ACUMULADO 2012. Mortalidade/Ocupação/APACHE II



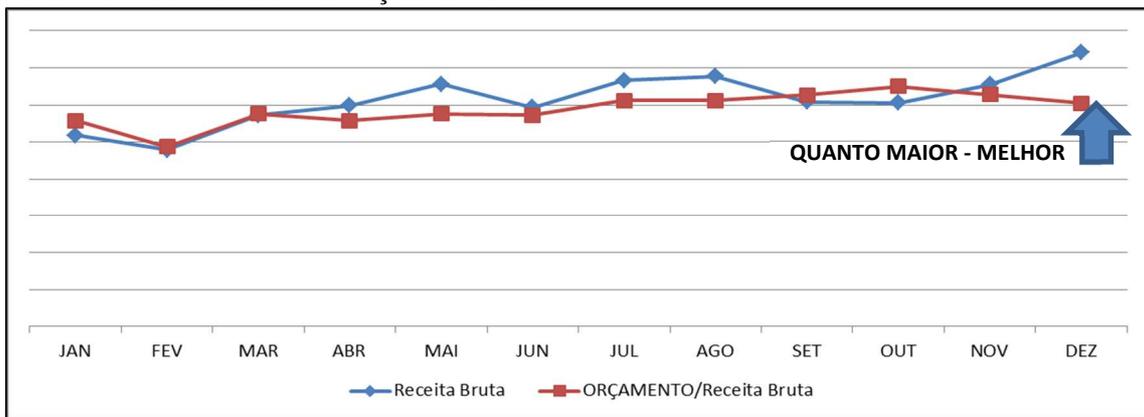
Fonte: Elaborado pelo Autor.

De acordo com as premissas estabelecidas pelo modelo, a variável econômica foi preenchida conforme as dimensões apresentadas, contemplando todos os critérios do modelo

inicial. A unidade de tratamento intensivo do hospital A também atende aos requisitos estabelecidos, sendo constantemente a primeira e/ou a segunda unidade de maior receita gerada pela instituição ao longo do período dos 12 meses analisados.

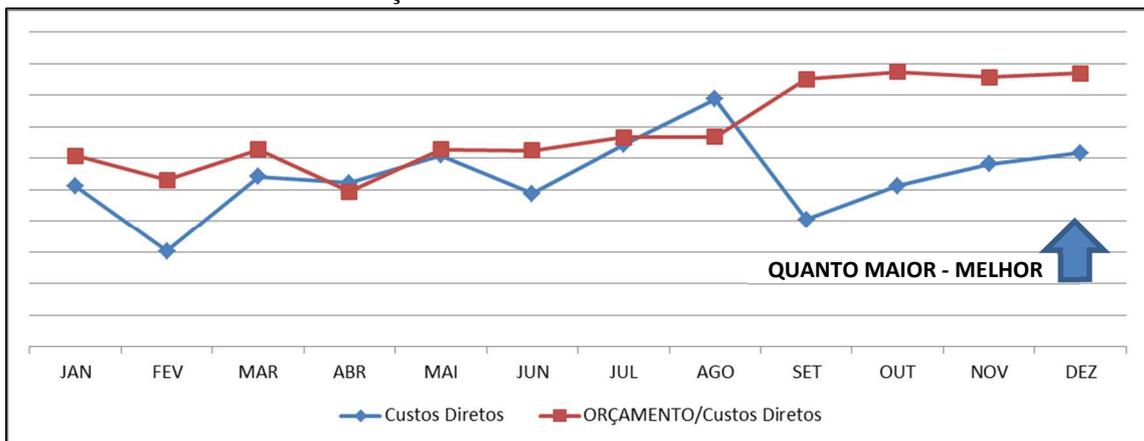
Pode-se verificar nos Gráfico 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23 e 24 o desempenho das variáveis econômicas na unidade de tratamento intensivo do hospital A, representadas através do comportamento das dimensões avaliadas ao longo dos 12 meses, mesmo período utilizado para avaliação das variáveis assistenciais.

Gráfico 16 - Receita Bruta x Orçamento 2012.



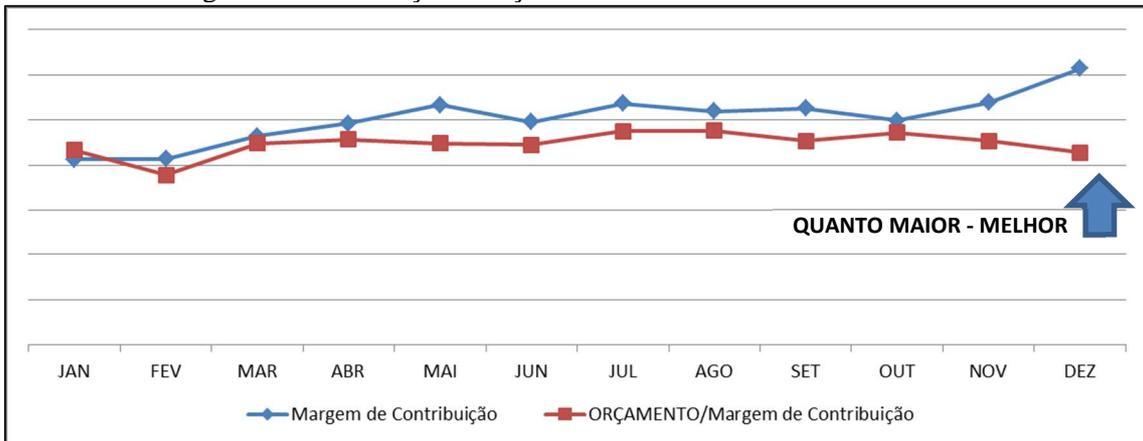
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 17 - Custos Diretos x Orçamento 2012.



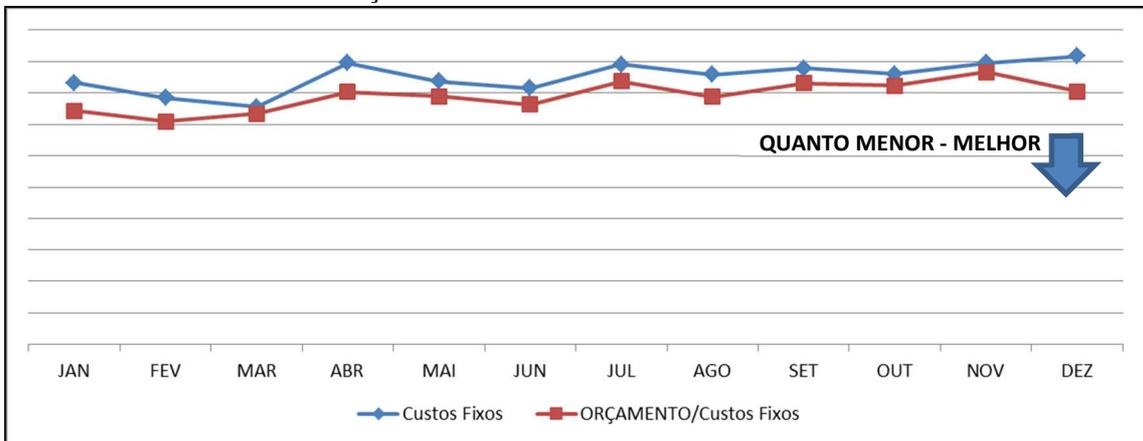
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 18 - Margem de Contribuição x Orçamento 2012.



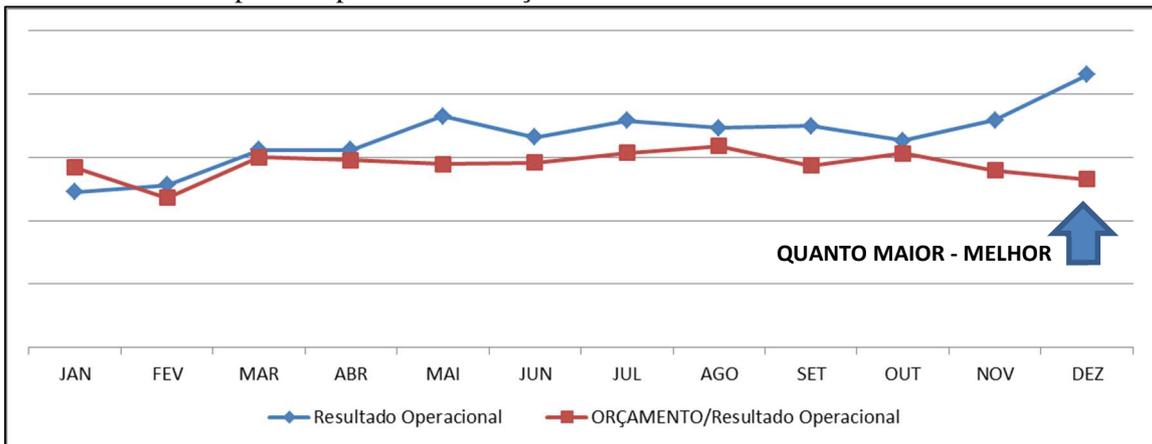
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 19 - Custos Fixos x Orçamento 2012.



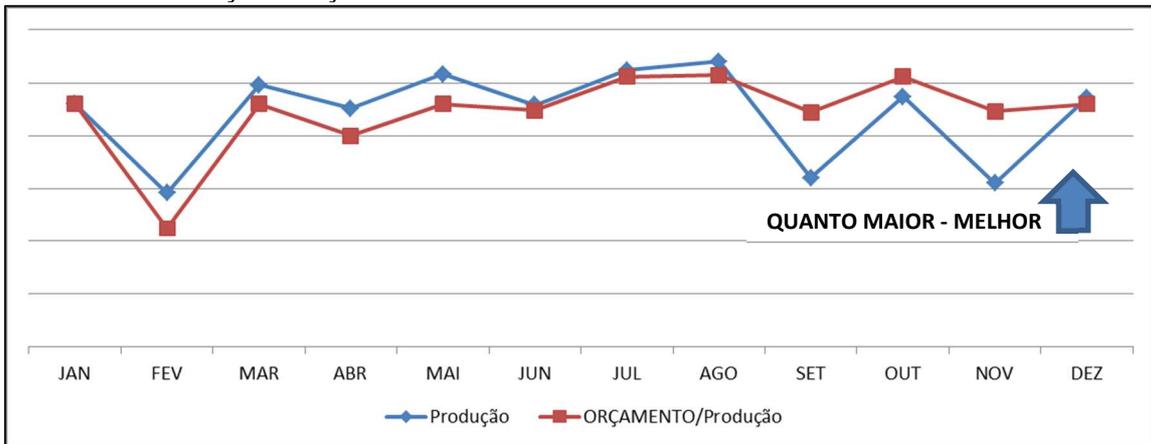
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 20 - Desempenho Operacional x Orçamento 2012.



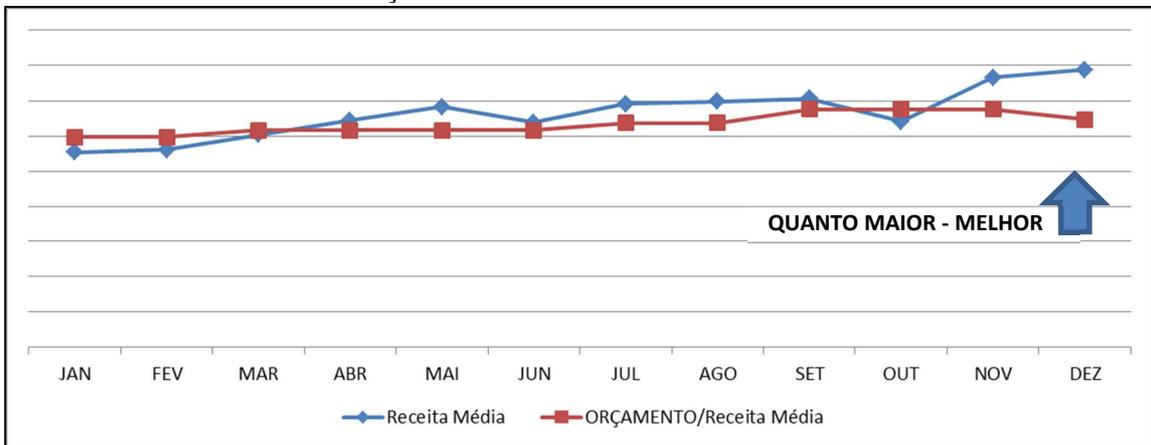
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 21 - Produção x Orçamento 2012.



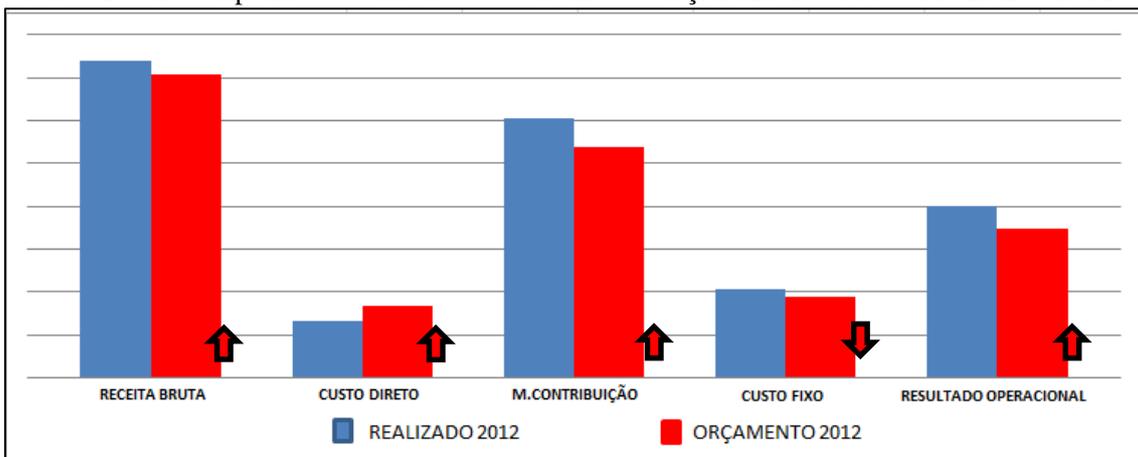
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 22 - Receita Média x Orçamento 2012.



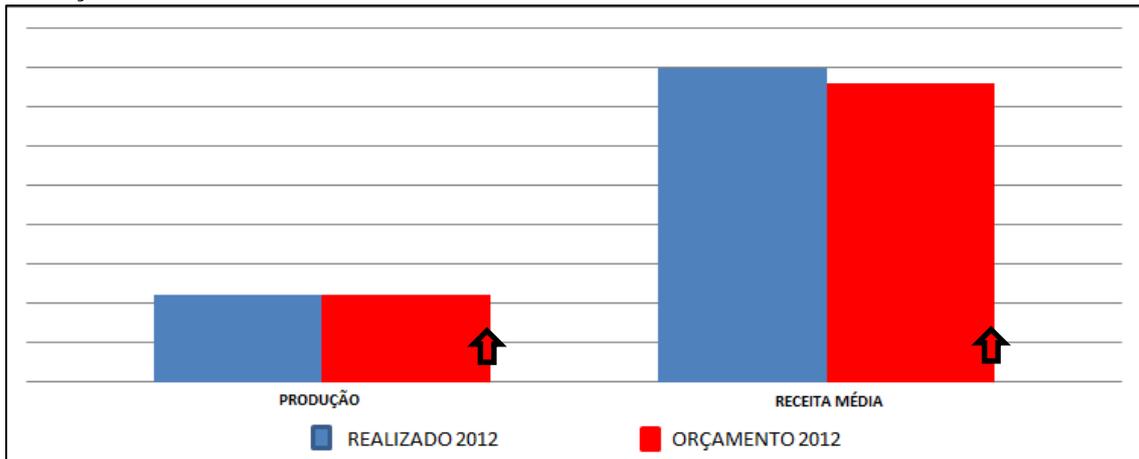
Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 23 - Desempenho das dimensões econômicas ORÇAMENTO x ACUMULADO 2012.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 24 - Desempenho das dimensões econômicas ORÇAMENTO x ACUMULADO 2012. Produção e Receita Média.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

O modelo utilizado para avaliação do desempenho econômico da instituição e pela unidade de estudo pode ser visto na Figura 6. Após a estratificação dos desempenhos das dimensões assistenciais e econômicas ilustradas, através do seu comportamento durante o período dos 12 meses, foram redirecionados os valores para o modelo consolidado de avaliação de desempenho, caracterizando o % de desempenho assistencial a partir da performance das suas variáveis e o % de desempenho econômico, contemplado pelo seu grupo de variáveis.

Pode-se avaliar este desdobramento através da Tabela 10, a qual caracteriza o uso do modelo de avaliação de desempenho já com os resultados da unidade de pesquisa.

Tabela 10 - Aplicação do modelo proposto de avaliação de desempenho ano 2012 x desempenho da unidade de estudo hospital A acumulado ano 2012.

<u>Modelo (Indicador)</u>	<u>Grau de Importância</u>	<u>Importância Relativa</u>	<u>Referência</u>	<u>Meta</u>	<u>Desempenho</u>	<u>Meta x Desempenho</u>	<u>Desempenho x Grau de Importância</u>	<u>Plano de Ação 5W2H</u>	<u>Resultado</u>
ASSISTENCIAL									
Taxa de Infecção	5	15,15%		XX,XX	XX,XX	99,32%	4,97		
Taxa de Mortalidade	4	12,12%		XX,XX	XX,XX	92,35%	3,69		
Complexidade	5	15,15%		X,XX	X,XX	98,30%	4,92		
Gravidade	5	15,15%		XX,XX	XX,XX	127,87%	5,00		
Taxa de Ocupação	5	15,15%		XX,XX	XX,XX	98,98%	4,95		
Tempo Médio de Permanência	5	15,15%		X,XX	X,XX	79,73%	3,99		
Pacientes Crônicos(>30 dias)	4	12,12%		X,XX	X,XX	62,94%	2,52		
SOMA	33	100,00%					30,03		
ECONÔMICO									
Receita Bruta	5	14,29%		XX.XXX.XXX	XX.XXX.XXX	104,40%	5,00		
Custos Diretos	5	14,29%		X.XXX.XXX	X.XXX.XXX	78,56%	3,93		
Margem de Contribuição	5	14,29%		XX.XXX.XXX	XX.XXX.XXX	112,60%	5,00		
Custos Fixos	5	14,29%		X.XXX.XXX	X.XXX.XXX	92,86%	4,64		
Resultado Operacional	5	14,29%		XX.XXX.XXX	XX.XXX.XXX	115,30%	5,00		
Produção	5	14,29%		XX.XXX	XX.XXX	99,88%	4,99		
Receita Média	5	14,29%		XX.XXX	XX.XXX	104,76%	5,00		
SOMA	35	100,00%					33,57		
Desempenho Assistencial	90,99%	Comentários:							
Desempenho Econômico	95,90%								
Desempenho GLOBAL	93,45%								

Fonte: Elaborado pelo Autor.

O modelo ainda contempla dois campos para a implementação da melhoria contínua através do desdobramento de um plano de ação, no caso do desempenho não ser atingido outro campo deverá ser alimentado de forma retroativa com os valores dos desempenhos atingidos após a aplicação do plano de ação.

5.1 Discussão do resultado

Tendo como unidade de pesquisa e aplicação do modelo a unidade de tratamento intensivo do hospital A, pode-se avaliar e desdobrar os fatores de impacto no resultado gerado onde se apresentou um desempenho global de 93,45%. Pode-se identificar que a variável de impacto no desempenho global foi a do desempenho assistencial, que atingiu 90,99%, enquanto o desempenho econômico atingiu 95,9%.

O modelo permite identificar quais dimensões causaram tal impacto no resultado global de cada dimensão. Identifica-se que as variáveis pacientes crônicos (>30 dias) e tempo médio de permanência, associada ao tempo médio de ocupação destes leitos, impactou no desempenho global da dimensão assistencial como pode ser visto na Tabela 11.

Tabela 11 - Aplicação do Modelo no UTI hospital A (Dimensão Assistencial)

	Modelo (Indicador)	Grau de Importância	Importância Relativa	Referência	Meta	Desempenho	Meta x Desempenho	Desempenho x Grau de Importância	Plano de Ação 5W2H	Resultado	
DIMENSÃO	ASSISTENCIAL										
	Taxa de Infecção	5	15,15%		XX,XX	XX,XX	99,32%	4,97			
	Taxa de Mortalidade	4	12,12%		XX,XX	XX,XX	92,35%	3,69			
	Complexidade	5	15,15%		X,XX	X,XX	98,30%	4,92			
	Gravidade	5	15,15%		XX,XX	XX,XX	127,87%	5,00			
	Taxa de Ocupação	5	15,15%		XX,XX	XX,XX	98,98%	4,95			
	Tempo Médio de Permanência	5	15,15%		X,XX	X,XX	79,73%	3,99			
	Pacientes Crônicos(>30 dias)	4	12,12%		X,XX	X,XX	62,94%	2,52			
SOMA	33	100,00%					30,03				
	Desempenho Assistencial	90,99%	Comentários: Alto tempo de permanência, com a contribuição de pacientes crônicos acima de 30 dias associado a alta taxa de ocupação com estes pacientes e não a rotatividade de leitos - ACUMULADO 2012.								

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Discutido o resultado com o gestor da unidade de terapia intensiva, o diagnóstico interpretativo do desempenho e do impacto das variáveis no modelo está de acordo com o que é vivenciado na unidade de pesquisa no seu dia-a-dia, ao longo destes 12 meses de análise. Em função de patologias mais crônicas, associadas à alta faixa etária do perfil dos pacientes internados nesta unidade, o tempo médio de permanência acaba limitando a maior rotatividade dos leitos de terapia intensiva para receber pacientes mais complexos do centro cirúrgico e emergência, reflexo também representado na variável pacientes crônicos com mais de 30 dias de ocupação na unidade.

No que diz respeito ao desempenho econômico apresentado no modelo, as principais variáveis de impacto são o custo direto e os custos fixos, como pode ser visto na Tabela 12.

Tabela 12 - Aplicação do Modelo no UTI hospital A (Dimensão Econômica)

	Modelo (Indicador)	Grau de Importância	Importância Relativa	Referência	Meta	Desempenho	Meta x Desempenho	Desempenho x Grau de Importância	Plano de Ação SW2H	Resultado	
DIMENSÃO	ECONÔMICO										
	Receita Bruta	5	14,29%		XX.XXX.XXX	XX.XXX.XXX	104,40%	5,00			
	Custos Diretos	5	14,29%		X.XXX.XXX	X.XXX.XXX	78,56%	3,93			
	Margem de Contribuição	5	14,29%		XX.XXX.XXX	XX.XXX.XXX	112,60%	5,00			
	Custos Fixos	5	14,29%		X.XXX.XXX	X.XXX.XXX	92,86%	4,64			
	Resultado Operacional	5	14,29%		XX.XXX.XXX	XX.XXX.XXX	115,30%	5,00			
	Produção	5	14,29%		XX.XXX	XX.XXX	99,88%	4,99			
	Receita Média	5	14,29%		XX.XXX	XX.XXX	104,76%	5,00			
SOMA	35	100,00%					33,57				
	<i>Desempenho Econômico</i>	95,90%	Comentários: Alto tempo de permanência, com a contribuição de pacientes crônicos podem reduzir o consumo de recursos sinalizados na rubrica Custos Diretos e mantem a presença constante de funcionários na unidade em função da característica do serviço o que pode representar aumento de custo fixo com salários e horas extras - ACUMULADO 2012.								

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Ainda sob a análise do gestor, o impacto de uma alta taxa de permanência na unidade de terapia intensiva acarreta no consumo de insumos, uma vez que pacientes com maior tempo de permanência tendem a consumirem menos recursos hospitalares, quando estabilizados, reflexo da relação de causa e efeito no resultado do custo direto.

Outro fator é que a alta taxa de ocupação e de pacientes crônicos exige um contingente de capital humano mais presente, fisicamente, na unidade, no acompanhamento deste pacientes, sendo um centro de funcionamento 24 horas por dia e 7 dias por semana, eventuais gastos com horas extras e custos com pessoal são realizados ao longo do ano, o que impacta no custo fixo, reforçando nova relação de causa e efeito entre as dimensões.

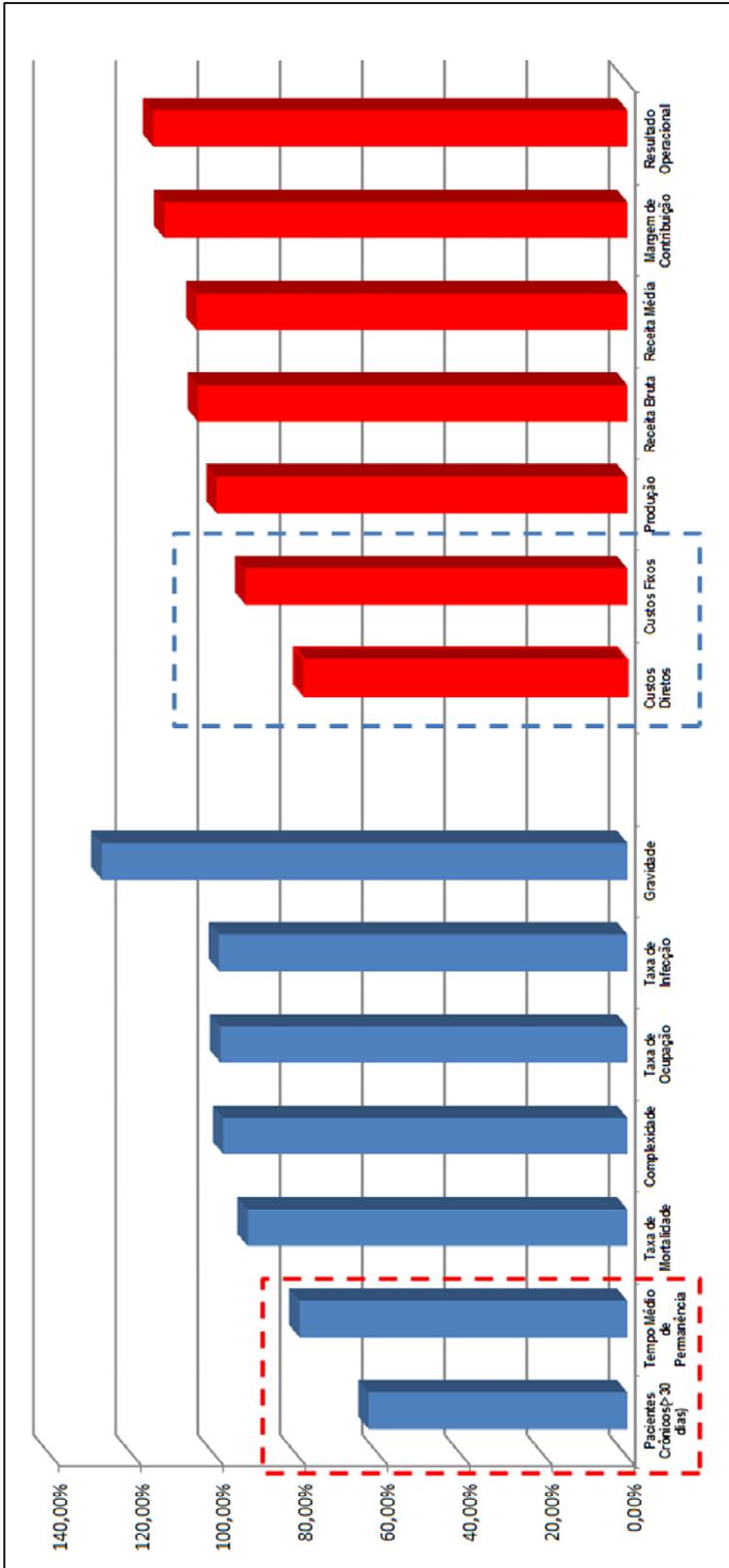
Pode-se avaliar este desdobramento com uma visão global dos desempenhos através da Tabela 13, que caracteriza o uso do modelo de avaliação já com os resultados da unidade de pesquisa. No Gráfico 25 é possível visualizar as variáveis com menor desempenho no modelo em cada dimensão.

Tabela 13 - Aplicação do Modelo no CTI hospital A (Dimensão Assistencial e Econômica)

Modelo (Indicador)	Grau de Importância	Importância Relativa	Referência	Meta	Desempenho	Meta x Desempenho	Desempenho x Grau de Importância	Plano de Ação 5W2H	Resultado
ASSISTENCIAL									
Taxa de Infecção	5	15,15%		XX,XX	XX,XX	99,32%	4,97		
Taxa de Mortalidade	4	12,12%		XX,XX	XX,XX	92,35%	3,69		
Complexidade	5	15,15%		X,XX	X,XX	98,30%	4,92		
Gravidade	5	15,15%		XX,XX	XX,XX	127,87%	5,00		
Taxa de Ocupação	5	15,15%		XX,XX	XX,XX	98,98%	4,95		
Tempo Médio de Permanência	5	15,15%		X,XX	X,XX	79,73%	3,99		
Pacientes Crônicos(>30 dias)	4	12,12%		X,XX	X,XX	62,94%	2,52		
SOMA	33	100,00%					30,03		
ECONÔMICO									
Receita Bruta	5	14,29%		XX.XXX.XXX	XX.XXX.XXX	104,40%	5,00		
Custos Diretos	5	14,29%		X.XXX.XXX	X.XXX.XXX	78,56%	3,93		
Margem de Contribuição	5	14,29%		XX.XXX.XXX	XX.XXX.XXX	112,60%	5,00		
Custos Fixos	5	14,29%		X.XXX.XXX	X.XXX.XXX	92,86%	4,64		
Resultado Operacional	5	14,29%		XX.XXX.XXX	XX.XXX.XXX	115,30%	5,00		
Produção	5	14,29%		XX,XXX	XX,XXX	99,88%	4,99		
Receita Média	5	14,29%		XXX,XXX	XXX,XXX	104,76%	5,00		
SOMA	35	100,00%					33,57		
Comentários:									
Desempenho Assistencial	90,99%	Assistencial: Alto tempo de permanência, com a contribuição de pacientes crônicos acima de 30 dias associado a alta taxa de ocupação com estes pacientes e não a rotatividade de leitos - ACUMULADO 2012.							
Desempenho Econômico	95,90%	Econômico: Alto tempo de permanência, com a contribuição de pacientes crônicos podem reduzir o consumo de recursos sinalizados na rubrica Custos Diretos e mantem a presença constante de funcionários na unidade em função da característica do serviço o que pode representar aumento de custo fixo com salários e horas extras - ACUMULADO 2012.							
Desempenho GLOBAL	93,45%								

Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 25 - Desempenho Assistencial e Econômico x Principais variáveis afetadas no CTI hospital A acumulado 2012.



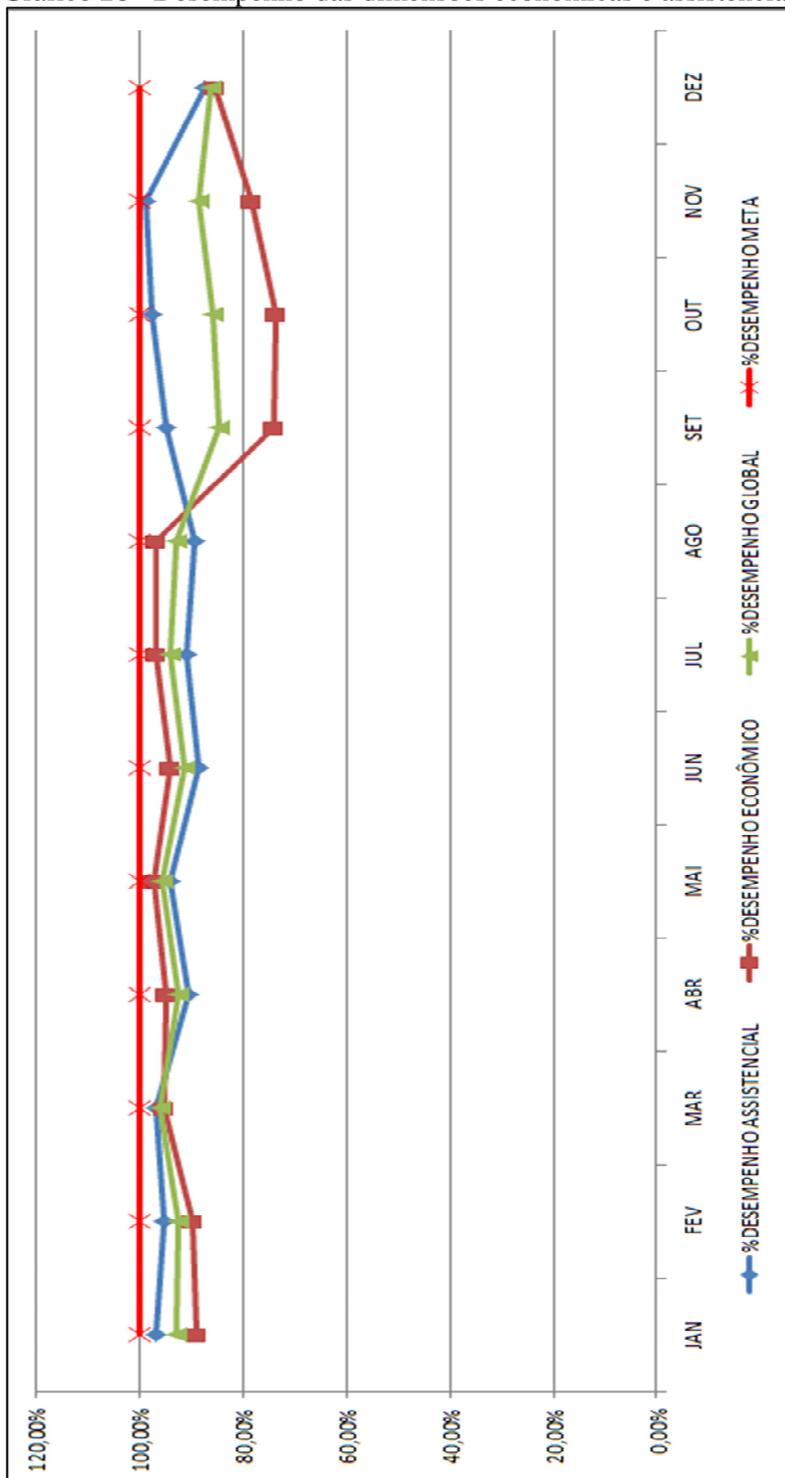
Fonte: Elaborado pelo Autor.

De acordo com o diagnóstico e a discussão crítica realizada com o gestor, o reflexo do resultado do modelo está de acordo com o desempenho da unidade de terapia intensivo avaliado ao longo dos 12 meses, o que resulta na consolidação do desempenho global originado pelo modelo.

Assim, conclui-se que a instituição A, no sua unidade de tratamento intensivo ao longo dos 12 meses, apresentou um desempenho econômico superior ao desempenho assistencial. Quando transfere-se este desempenho para o conceito estabelecido através desta pesquisa, em que o desempenho de uma instituição de saúde é o equilíbrio entre estas variáveis, fazendo a leitura que cada uma delas equivale a 50% de um total de 100%, observa-se o desempenho de 45,49% para o desempenho assistencial e 47,95% para o desempenho econômico, possuindo a mesma relação de 50% 50% entre cada dimensão.

O modelo pode ser validado na medida em que estes desempenhos possibilitam identificar quais variáveis dentro de cada dimensão, impactaram no desempenho final da unidade, proporcionando e possibilitando uma análise crítica e um plano de ação para melhoria e/ou recuperação do resultado gerado. No Gráfico 26, é possível ver mês a mês o desempenho de cada variável da unidade de tratamento intensivo do hospital A.

Gráfico 26 - Desempenho das dimensões econômicas e assistenciais mês 2012.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Quando acompanhado o desempenho mês a mês da unidade, foi possível aprofundar a discussão com o gestor do serviço, reforçando o entendimento do modelo e da sua validação dos resultados apresentados.

É possível identificar que no último quadrimestre, onde o resultado assistencial apresentou o melhor desempenho em relação à meta, o desempenho econômico foi menor que

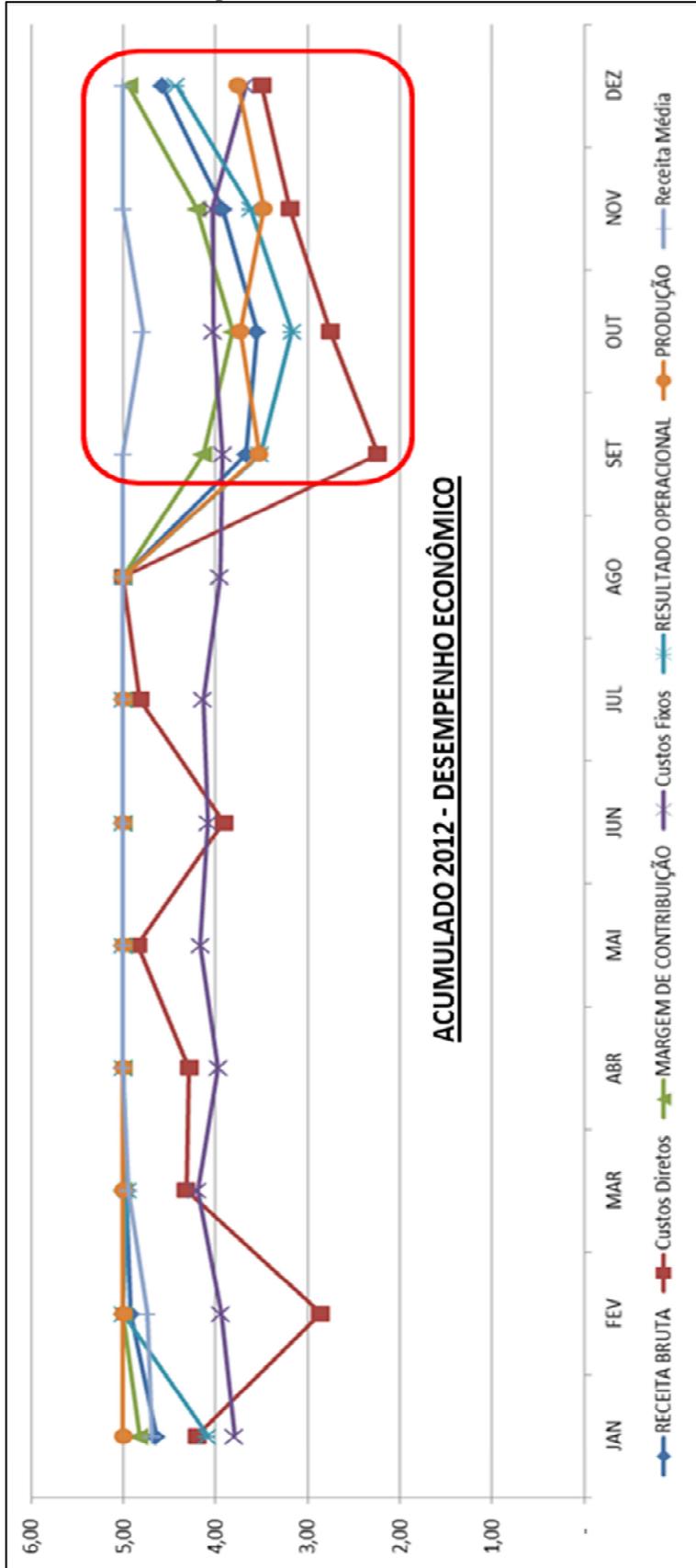
os meses anteriores, impactando no resultado global da unidade. Para qualificar a sua avaliação, foram abertos os resultados por dimensões, tanto assistenciais, como econômicas, o que possibilitou avaliar melhor o impacto e a relação de causa e efeito entre as estas variáveis.

Pode-se verificar no Gráfico 27, que a redução da produção no último quadrimestre comprometeu o desempenho econômico da unidade, com impacto no consumo de recursos hospitalares, representados pelo custo direto, mantido o custo fixo idêntico aos demais meses que apresentaram maior produção.

A receita média continuou alta conforme os meses anteriores, o que demonstra um grupo de pacientes complexos ainda internados, é possível ver no Gráfico 28 a relação com os índices de taxa de ocupação, tempo médio de permanência e número de pacientes crônicos, a gravidade associasse ao aumento da taxa de óbitos identificada no período.

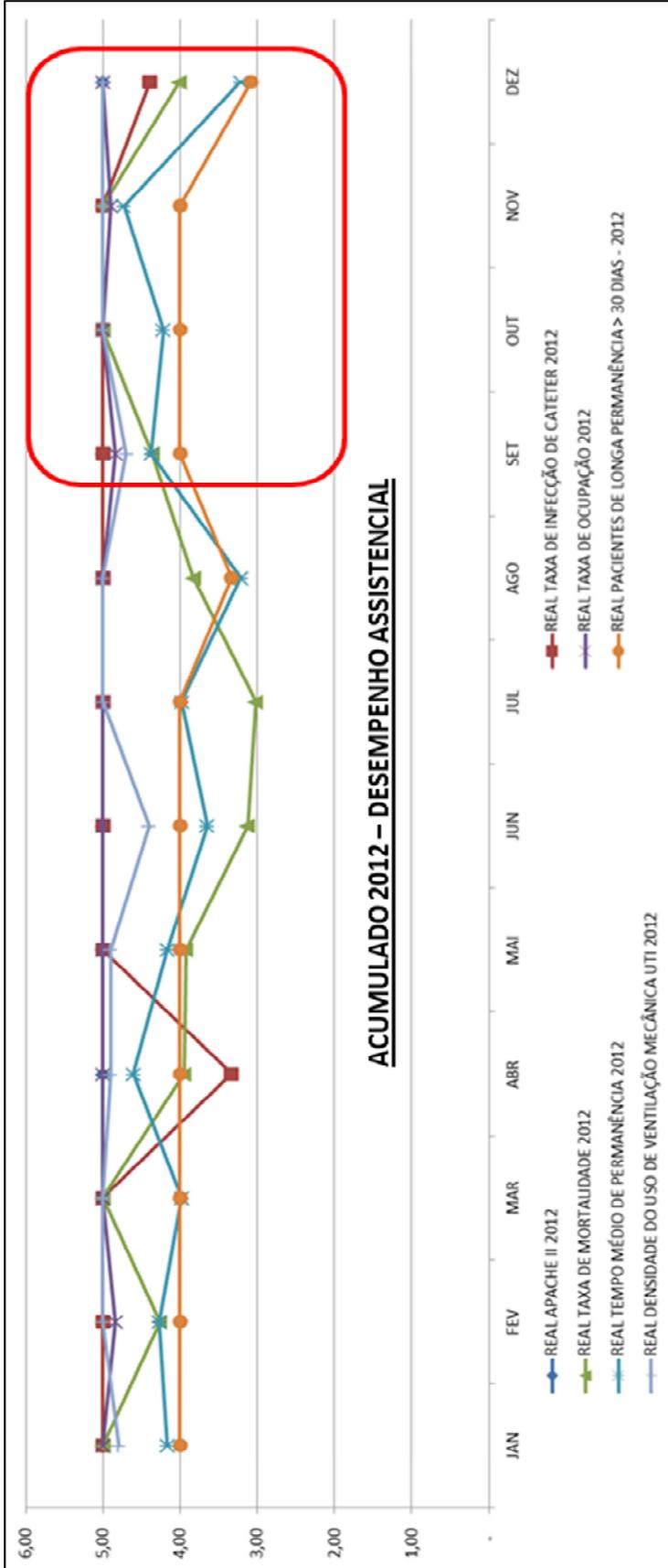
Essa avaliação reforça o uso e a contribuição do modelo para o acompanhamento mês a mês de uma unidade produtiva, trazendo maior sustentação e clareza na identificação do desempenho gerado pelas variáveis que fazem parte da atividade assistencial e econômica.

Gráfico 27 - Desempenho das dimensões econômicas mês 2012.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

Gráfico 28 - Desempenho das dimensões assistenciais mês 2012.



Fonte: Elaborado pelo Autor.

5.2 Avaliação dos especialistas e ajuste do modelo

Nesse capítulo o modelo foi submetido à avaliação de dois especialistas, um com foco no seu uso prático, contribuindo com para uma análise crítica a partir da sua experiência profissional como gestor, responsável pelo desempenho de uma instituição de grande porte da região sul do Brasil. No seu currículo estão às funções de superintendente e diretor de organizações de saúde de grande porte, assessor de desenvolvimento, professor de cursos de especialização em administração hospitalar, pesquisador com mais de 40 artigos publicados em periódicos, mais de 155 trabalhos apresentados em congressos e eventos e 22 livros e capítulos publicados.

O segundo especialista ao qual o modelo foi submetido para uma análise, teve como foco uma visão acadêmica, com contribuição ao método utilizado para validar o modelo proposto. Esse profissional possui em seu currículo a titulação de mestre, doutor e pós-doutor, professor e pesquisador, revisor de periódicos nacionais e internacionais e mais de 20 anos de experiência docente.

Para os profissionais, o tema é pertinente e apresenta uma lacuna tanto no campo profissional como acadêmico. Tendo como principais contribuições estão: o modelo não considera o *mix* de patologia dos pacientes e nem a forma de remuneração adotada por este mercado de prestação de serviços em saúde. O critério adotado para avaliar o peso dado as variáveis, podendo ser utilizado um método mais robusto, como uma análise de multicritério construtivista. E à ponderação utilizada para consolidação do desempenho assistencial e econômico, o qual adotou-se a média entre o desempenho dos grupos para representar o desempenho global.

Todas as contribuições citadas foram classificadas pelos especialistas como melhorias para trabalhos futuros. Em resumo, as participações desses profissionais contribuíram para uma evolução futura do modelo proposto nesta pesquisa, sendo referida como pertinente a sua testagem e o seu uso no âmbito profissional e acadêmico.

6 CONCLUSÃO, LIMITAÇÃO DA PESQUISA E TRABALHOS FUTUROS

Conforme apresentado nesta pesquisa, o setor da área da saúde passa por questionamentos e por um processo de profissionalização da sua gestão, frente a um cenário cada vez mais complexo em função das suas inúmeras variáveis com desfecho diretamente ligados à saúde do ser humano e com perspectivas de aumento de demanda, reflexo do crescimento da população e da expectativa de vida como mostram os dados relatados.

Apesar deste avanço do setor em profissionalizar a sua gestão, o crescimento das pesquisas acadêmicas não ocorre na mesma proporção, principalmente no que diz respeito a métodos de medição de desempenho destas unidades e/ou serviços de saúde. Outra lacuna destacada no setor é a falta de consenso entre os profissionais no que diz respeito ao conceito de desempenho destas organizações.

Tradicionalmente, estas estruturas são administradas por profissionais de qualificação técnica com foco na assistência, na qualidade e na segurança do paciente e com certa desconexão do desempenho econômico desta operação. Outra distorção é que a remuneração ocorre pelos custos envolvidos e não pelo desempenho dos serviços (PORTER, 2007).

Nesse contexto, a gestão do desempenho dessas organizações ganha mais relevância na medida em que o modelo do setor necessita de um equilíbrio entre o desempenho assistencial e econômico. Neste cenário, esta pesquisa contribui e, ao mesmo tempo, atinge seu objetivo geral, ao propor um modelo para avaliar o desempenho de um hospital privado que considere as variáveis econômicas e assistenciais, a partir de um consenso profissional do conceito de desempenho hospitalar.

O cumprimento do objetivo geral foi possível através da conclusão dos objetivos específicos da pesquisa que foram: (I) Definir o conceito de desempenho hospitalar para um hospital privado: esse objetivo pode ser visto no capítulo 3.10 e 4, assim como na síntese ilustrada no Quadro 9 desse trabalho, na qual há um consenso entre os diferentes profissionais entrevistados das áreas assistenciais e administrativas econômicas; (II) Definir as variáveis que compõem as dimensões econômicas e assistenciais: esse objetivo pode ser verificado no item 3.9 e capítulo 4 Tabela 9; (III) Definir as relações de causa e efeito entre as variáveis econômicas e assistenciais: esse objetivo foi apresentado no capítulo 4, Figura 8, 9 e 11 como no Quadro 11; (IV) Aplicar o modelo estabelecido, analisando o desempenho de uma unidade/serviço e/ou instituição através destas variáveis: objetivo desdobrado no capítulo 5.

Ao atingir o objetivo geral e os objetivos específicos, pode-se chegar a algumas conclusões, tanto através dos dados coletados, quanto da percepção através da observação direta e das entrevistas realizadas, sendo elas:

a) para implantação de um modelo de avaliação de desempenho é necessário identificar qual o conjunto de variáveis que representam o desempenho de uma unidade e/ou instituição. No caso desta pesquisa, houve grande avanço;

b) para discussão do tema de avaliação de desempenho em um setor de saúde é fundamental distinguir a diferença entre os conceitos de atividade fim e atividade meio, sendo eles assistenciais e econômicos;

c) um modelo de avaliação de desempenho no setor saúde envolve tempo, pessoas e disciplina, sendo que o conteúdo abrange diferentes áreas do conhecimento como formações administrativas e técnicas médico-assistenciais, o que demanda um alinhamento dos múltiplos conceitos;

d) conceitos como de epidemiologia, protocolos clínicos e de janela terapêutica são fatores fundamentais para a estruturação de modelos de gestão viáveis e autossustentáveis em uma organização de saúde;

e) o dinamismo do ambiente hospitalar é mutável; muitas vezes a mesma prática adotada pode não gerar o mesmo desfecho e, sim, proporcionar o maior % de êxito em uma tomada de decisão;

f) a criação de métodos para as atividades de trabalho, como por exemplo o uso de métodos, modelos e processos, é fundamental para a profissionalização da gestão de serviços em saúde, facilitando a gestão do conhecimento e impactando na produtividade assistencial e econômica das instituições;

g) a padronização dos conceitos entre as áreas assistenciais e econômicas é fundamental para o sucesso da tomada de decisão ;

h) identificar e agrupar de forma consensual as variáveis econômicas e assistenciais é uma das etapas mais importantes para discussão do conceito de desempenho na área da saúde;

i) a remuneração utilizada no setor não privilegia o desempenho assistencial e sim os custos envolvidos no processo de atendimento;

j) as práticas de gestão da empresa (definição de processos, indicadores de desempenho, plano de ação, etc.) facilitam a assimilação e implantação do modelo de avaliação de desempenho;

k) a aplicação do modelo em um caso real é parte importante da validação do mesmo e, além disso, serve como um mecanismo de aproximação entre a academia e a realidade.

Logo, espera-se que novas pesquisas sejam realizadas a partir desta e que o modelo possa evoluir atendendo as considerações realizadas pelos especialistas, abrangendo e consolidando o conceito de desempenho em organizações ou serviços de saúde.

É importante ressaltar as limitações e sugestões para trabalhos futuros a partir desta pesquisa, como limitação está a não validade do modelo e método proposto de forma generalizada, uma vez que os mesmos foram aplicados apenas em um caso real e considerando os processos internos deste caso. Esta aplicação possibilitou a avaliação prática do modelo, o que não garante a viabilidade de aplicação do modelo em outras instituições semelhantes ao caso aplicado.

Outra limitação do modelo está no fato do mesmo ter sido desenvolvido com base em uma organização de grande porte e de alta complexidade, o que pode restringir o seu uso em pequenas instituições. O modelo proposto não prevê o gerenciamento prospectivo e, sim, o retroativo de resultados, o que não o impede de sofrer uma alimentação de informações em tempo real para ação imediata.

A primeira opção de trabalho futuro é a sua aplicação em instituições com diferentes portes e graus de complexidade inferiores aos adotados nesta pesquisa. Agregar variáveis de remuneração, *case mix* de patologias ou novos conceitos como o DRG, apresentados nesse trabalho também são formas evoluídas de discussão para avaliar o desempenho de instituições de saúde a serem praticadas em trabalhos futuros.

Outra opção de trabalho futuro é a aplicação do modelo em diferentes áreas assistenciais, buscando uma maior validação e, por fim, a evolução conceitual do modelo através de novas pesquisas como, por exemplo, definições de novas variáveis assistenciais e econômicas que representem os desempenhos a serem agregados ao modelo.

7 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEMI, F.; SULLIVAN, T. **An Example of Activity Based Costing of Treatment Programs.** The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, n.33, 2007.

ALMEIDA PF, GIOVANELLA L, MENDONÇA MH, ESCOREL S. **Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos.** Cad. Saúde Pública n.2, 2010.

ALMEIDA PVG. **Política de recursos humanos em saúde: análise de documentos do Ministério da Saúde.** Dissertação de mestrado. Ribeirão Preto SP, Universidade de São Paulo; 2007.

ALVES M, Mrllo R A. **Trabalho em equipe entre profissionais da enfermagem em um centro de terapia intensiva.** Ciênc Cuid Saúde. 2006;5(3):299-308.

ANDRADE, M. & LISBOA, M. **Regulação do Setor Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: EPE/FGV, 2011.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Brasília: 2009.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 20 Dez. 2011.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Brasília: 2010.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 04 Jan. 2012.

ANS. AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. **Caderno de Informação da Saúde Suplementar: Beneficiários, Operadoras e Planos. Brasília: 2011.** Disponível em: <http://www.ans.gov.br>. Acesso em 06 Jan. 2012.

ARAUJO, C. A. S. **Fatores a serem gerenciados para o alcance da qualidade para os clientes internos: um estudo em um conjunto de hospitais brasileiros.** Rio de Janeiro: UFRJ/COPPEAD, 2005.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2004.

BARNUM, H.; KUTZIN, J. **Public Hospitals in Developing Countries: Resource use, cost, financing.** Washington: The World Bank. 1993.

BEGUN, James W.; HAMILTON, James A. **Strategic Planning Processes and Hospital Financial Performance.** Journal of Healthcare Management, vol. 53, nº3, 2008.

BERNET, P. M.; ROSKO, M. D.; VALDMANIS, V. G. **Hospital efficiency and debit.** Journal of Health Care Finance, v. 34, 2008.

BERTI, Anélio, **Contabilidade e análise de custos**, 1ª ed, Curitiba: Juruá, 2006

BHUIYAN, N.; BAGHEL, A. **An overview of continuous improvement: from the past to the present.** Management Decision, v. 43, n. 5, p. 761-771, 2005.

BITTAR OJNV. **A administração do hospital no próximo milênio.** O mundo da Saúde, 1997.

BITTAR, O. N. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.** Revista de Administração em Saúde. v. 6, n.22. 2004.

BOERGER, MARCELO ASSAD. **Gestão em hotelaria hospitalar.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

BOERGER, Marcelo Assad. **Gestão em hotelaria hospitalar.** 2. ed. São Paulo: Atlas, 2005. 97p.

BORBA, V. R. **Do Planejamento ao Controle de Gestão Hospitalar: Instrumento para o desenvolvimento empresarial e técnico.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BOTELHO, E. M. **Custeio Baseado em Atividades – ABC: Uma Aplicação em uma Organização Hospitalar Universitária.** 2006. 339p. Tese de doutorado (Doutorado em Administração) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BRAGA, J. C. S.; PAULA, S. G. **Saúde e previdência: estudos de política social.** São Paulo: Cebes-Hucitec, 1981.

BRIGGS, Ch. L. **Anthropology, Interviewing, and Communicability in Contemporary Society.** Current Anthropology, n.48, 2007.

BURMESTER, H.; PEREIRA, J. & SCARPI, M.J. **Modelo de Gestão para organizações de saúde.** RAS, São Paulo, vol. 9, n. 37, p. 125-32, out./dez. 2007

CALVO, M. C. M. **Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil.** Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2002.

CAMACHO, R. R.; ROCHA W. **Custeio-alvo em serviços hospitalares – um estudo sob o enfoque da gestão estratégica de custos.** Contabilidade e Finanças/USP, v. 19, n. 47, 2008.

CAMARGO JR. KR. **Biomedicina, saber & ciência: uma abordagem crítica.** São Paulo: Editora Hucitec; 2003.

CAMPOS MA. **O trabalho em equipe multiprofissional: uma reflexão crítica.** J Bras Psiq 1992; 41(6):255-7.

CAMPOS, F. E; MACHADO, M. H. & GIRARDI, S. N. **A fixação de profissionais de saúde em regiões de necessidades.** Revista Divulgação em Saúde para Debate, n.44, 2009.

CAMPOS, V. F. **TQC : controle da qualidade total : no estilo japonês.** Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerias, 1992.

CASTILHOS V. **A Enfermagem e o gerenciamento de custos.** 36^a Ed.Escola de Enfermagem USP 2002.

CATELLI, A.; PARISI, C.; SANTOS, E.S. & ALMEIDA, L.B. **Um sistema para a gestão econômica de organizações governamentais empreendedoras.** Revista do serviço público da ENAP, Escola Nacional de Administração Pública, n. 3, p. 83-100, jul./set. 2001

CELESTINO, P. **Nó de Normas. Notícias Hospitalares.** Gestão de Saúde em Debate, vol. 4, n.39, out./nov. 2002.

CHASE. R. B.; APTE, U. M. **A history of research in service operations: What's the big idea?** Journal of Operations Management, v. 25, p.375–386, 2007.

CHERUBIN, N. A.. **Administração Hospitalar: Um compromisso com a ciência e a arte.** São Paulo: Edição Loyola, 1998.

CHERUBIN, N. A.; SANTOS, N. A. **Administração hospitalar: fundamentos.** São Paulo: CEDAS, 1997.

CHERUBIN, N.A. & SANTOS, N.A.A.P. **Administração Hospitalar: Fundamentos.** 3 ed.São Paulo: Loyola, 2002.

CHIAVENATO, Idalberto; SAPIRO, Arão, **Planejamento estratégico: Fundamentos e aplicações,** 2^aed, Rio de Janeiro: Elsevier, 2009

CHRISTENSEN, C. M. **Inovação na Gestão da Saúde – A receita pra reduzir custos e aumentar qualidade.** Porto Alegre: Bookman, 2009.

COILE Jr., R. **Five stages of managed care: healthcare's market revolution.** Cost & Quality: Quartely Journal, v. 2, n. 3, July 1996.

- COLLIS, Jill.; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em Administração: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação**. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- COUGHLAN. M.; RYAN, F.; CRONIN, P. **Interviewing in qualitative research: the one-to-one interview**. International Journal of Therapy and Rehabilitation, v. 16, n. 6, 2009.
- COYNE, J. S.; SINGH, S. G. **The early indicators of financial failure: a study of bankrupt and solvent healthy systems**. Journal of Health Care Management, v. 53, n. 5, 2008.
- COYNE, J. S.; SINGH, S. G. **The early indicators of financial failure: a study of bankrupt and solvent healthy systems**. Journal of Health Care Management, v. 53, n. 5, 2008.
- DATASUS - Ministério da Saúde. **Departamento de Informática do SUS. Informações em saúde**. Brasília; 2011. Disponível em: www.datasus.gov.br. Acesso em 10 Dez. 2011.
- DONABEDIAN, A., **Seminar on assessment and assurance**. São Paulo, Vol. I e II. 1993.
- EVANS III, J. H.; HWANG, Y.; NAGARAJAN, N. J. **Management control and hospital cost reduction**. Journal of Accounting and Public Policy, v. 20, 2001.
- FARIAS, L.O. & MELAMED, C. **Segmentação de mercados da assistência à saúde no Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, n.3, 2003.
- FERNANDES, A. **Um hospital Particular no Brasil**. São Paulo: A. Fernandes, 2002.
- FERREIRA, José Ângelo, **Custos industriais: Uma ênfase gerencial**, 1ª Ed, São Paulo: STS, 2007
- FETTET, R., SHIN, Y., FREEMAN, J., AVERIL, R., e THOMPSON, J., **Construction of Diagnosis Related Groups**. Medical Care, vol. 18, n.2, 1980.
- FIGUEIREDO, J., “Contabilidade”, **Fundamentos de Gestão (apontamentos informais sobre contabilidade e gestão)**, IST, Lisboa, 2004, pp. 5-13.
- FITZSIMMONS, J. A.; FITZSIMMONS, M. **Administração de Serviços: operações, estratégia e tecnologia da informação**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- FLEURY, Sônia (Org.). **Saúde e Democracia – A Luta do CEBES**. São Paulo: Lemos Editorial e Gráficos Ltda, 1997.
- FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

- FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
- FOWLER, A., & Pryke, J. **Knowledge management in public service provision: the Child Support Agency**. International Journal of Service Industry Management, n.14, 2003.
- FREEMAN, J.L.; Moor, G. de; Hofdijk, J.; Jenkins, L., org. **Diagnosis Related Group in Europe**. Bélgica, Goff BVBA, 1989.
- GABEL J., L. Levitt, J. Pickreign, **Job-Based Health Benefits in 2002: Some Important Trends**. Health Affairs, vol. 21, no. 5, 2002.
- GAPENSKI, L. C. **Understanding Healthcare Financial Management**. Health Administration Press, 2006.
- GEISLER A, Scheller Kreinsen D, Quentin W, Busse R, **Germany: Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals**. McGraw-Hill/Open University Press; 2012;p. 244–271
- GIL, Antonio C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 2007.
- GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. Revista de Administração de Empresas, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.
- GONÇALVES, E.L. **Estrutura organizacional do hospital moderno**. RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, vol. 38, n. 1, p. 80-90, jan./mar. 1998.
- GONÇALVES, Ernesto Lima. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira,1983.
- GONÇALVES, Ernesto. **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1998.
- GOTTFRIDSSON, P. **Development of personalised services in small business: an iterative learning process**. Managing Service Quality, v. 20, n. 4, pp. 388-400, 2010.
- GRÖNROOS, C.; OJASALO, K. (2006): **Service productivity. Towards a conceptualization of the transformation of inputs into economic results in services**. Journal of Business Research, (57:4), pp. 414-423.
- GUPTILL, J. **Knowledge management in healthcare**. Journal Health Care Finance, v. 31, n. 3, 2005.

GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. **Qualidade Total e Administração Hospitalar: explorando disjunções conceituais**. Revista Ciência & Saúde Coletiva, vol.7,n. 2, 2002. pp. 325-334.

HARDAWAY, R. B. **Ten financial components of a successful hospital**. System. Trustee, v. 53, n. 2, 2000.

HAYES, R. H.; UPTON, D. M. **Operations-Based Strategy**. California Management Review. v. 40, n. 4, 1998.

HEINONEN, K.; STRANDVIK, T.; MICKELSSON K. J.; EDVARDSSON, B.; SUNDSTRÖM, E.; ANDERSSON, P. **A customer-dominant logic of service**. Journal of Service Management, v. 21, n. 4, p. 531-548, 2010.

HEITGER, L.; LOGAN, P.; MATULICH, S. **Cost Accounting**. South Western Publishing, 1992.

HINKKANEN, A.; LANG, K. R.; WHINSTON, A. B. **On the usage of qualitative reasoning as an approach towards enterprise modelling**. Annals of Operations Research, n. 55, 1995.

HURST, J. and M. Jee-Hughes. **Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems**. Labour Market and Social Policy Occasional Papers, n.47, 2001.

HURST, J. **Performance measurement and improvement in OECD health systems: overview of issues and challenges**. Health System Performance in OECD Countries, Paris, 2002.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2010**. Disponível em: <http://www.censo2010.ibge.gov.br>_ Acessado em 17 Nov. 2011.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo 2012**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/default.shtm>. Acesso em 05 Dez. 2012.

IBGE - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas de saúde: assistência médico-sanitária**. Rio de Janeiro, IBGE, 2000.

IPEA - **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Demografia Brasileira**. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/>_ Acessado em 29 Nov. 2011.

IPEAD – **Fundação Instituto de Pesquisas Econômicas Administrativas e Contábeis** (2010). Disponível em: <http://www.ipead.face.ufmg.br>. Acesso em 02 Nov. 2011.

JACQUES, Jacques Édison. **Gestão Estratégica da Criação do Conhecimento nas Organizações Hospitalares: um estudo baseado na construção de protocolos médico-assistenciais**. Porto Alegre: UNISINOS, 2007.

JARVINEN, J. **Rationale for adopting activity-based costing in hospitals: three longitudinal case studies**. University of Oulu, Oulu, 2005.

JATENE, A. **Tecnologia versus falta de leitos**. Folha de São Paulo. 28 nov. Caderno Especial: São Paulo 450 anos de história. p. 8, 2003.

JCI - **Joint Comission Internacional**. Disponível em: www.cbacred.org.br. Acesso em 05 Dez. 2011.

JOHNSTON, R.; MICHEL, S. **Three outcomes of service recovery – customer recovery, process recovery and employee recovery**. International Journal of Operations e Production Management. Vol.28, No. 1, p. 79-99, 2008.

JUNG, Gladis; OLIVEIRA, Angela. **A Implantação do Therapeutic Intervention Score System – TISS no Serviço de Emergência do Hospital Mãe de Deus**. Revista Enfermagem Atual, Rio de Janeiro; n. 13: 27-31. 2003.

JUNIOR, K. FONTINELE. **Administração Hospitalar**. Goiânia: AB, 2002.

KAISSI, Amer A.; BEGUN, James W.; HAMILTON, James A. **Strategic Planning Processes and Hospital Financial Performance**. Journal of Healthcare Management, vol. 53, n°3, 2008.

KAPLAN, R. S., NORTON, D. P. **Organização Orientada para a Estratégia**. Campus. Rio de Janeiro, 2000.

KLUCK, Mariza. Famed/UFRGS/HCPA. **Indicadores de Qualidade para Assistência Hospitalar**. Porto Alegre, 2004.

KOTLER, P. **Marketing para o século XXI: como criar, conquistar e dominar mercados**. 8. ed. São Paulo: Editora Futura, 2001.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar brasileiro: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

- LACERDA, D. P. **A Gestão Estratégica em uma Universidade Privada Confessional: Compreendendo Se e Como as intenções transformam-se em ações estratégicas.** Tese de Doutorado. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. 2009.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M.A. **Técnicas de pesquisa.** 3a edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.
- LAMBERT, S. D., & Loïselle, C. G. **Health information-seeking behavior: A concept analysis.** Qualitative Health Research, n.17, 2007.
- LAPA, J. S.; CALVO, M. C. M.; WOLF, L. D. G. **Eficiência produtiva da Rede Hospitalar.** Relatório de acompanhamento nº. 5. FAPEU/UFSC, 2000.
- LAST JM. **A dictionary of epidemiology.** Last JM, ed. 4th ed. New York: Oxford University Press; 2001.
- LEAL, R. M. & MATOS, J. B. **Planos de saúde no Brasil no período pós regulação: uma análise do perfil de beneficiários e dos aspectos econômicos segundo tipo de contratação.** II Prêmio de Saúde Coletiva do IESC/UFRJ, 2008.
- LEAL, Rodrigo Mendes; MATOS. **Planos de saúde: uma análise dos custos assistenciais e seus componentes.** Revista Administração de Empresas, vol.49, n.4, 2009.
- LEE, C. H.; BRUVOLD, N. T. **Creating value for employees: investment in employee development.** The International Journal of Human Resource Management, 2003.
- LENZ, R.; KUHN, K. A. **Towards a continuous evolution and adaptation of information systems in healthcare.** International Journal of Medical Informatics, v. 73, 2004.
- LERNER, J.L.; Cashin, J.A., **“Demonstrações Financeiras”**, Contabilidade. Editora McGraw-Hill Portugal, Lisboa, 2001, pp. 3-14.
- LILIENFELD, A. M. & LILIENFELD, D. E., 1980. **Foundations of Epidemiology.** 2a ed, New York: Oxford Press.
- LIMA GONÇALVES, E. **As funções do hospital moderno: O hospital e a visão administrativa contemporânea.** São Paulo: Pioneira, 1983.
- LIMA, S. M. L.; Barbosa, P. R.; Portela; Vasconcellos. **Caracterização gerencial dos hospitais filantrópicos no Brasil.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2004.
- LOBATO, D. M. et al. **Estratégia de Empresas.** 8. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

- MALAGON-LODONO, G. **Administração Hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.
- MALAGÓN-LONDOÑO, G.; MORERA, R. G.; LAVERDE, G. P. **Administração Hospitalar**. 2.ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 2003.
- MALIK, A. M; PENA, F. P. M. **Administração estratégica em hospitais**. São Paulo: FGV/EAESP - NPP relatório 21/2003.
- MANZINI, E. J. **A entrevista na pesquisa social**. Didática, São Paulo, v. 26/27, 1991.
- MARINHO, A. & FAÇANHA, L. O. (2000). **Hospitais universitários: Avaliação comparativa de eficiência técnica**. Economia Aplicada, 4(2):315–349.
- MARINHO, A.; MORENO, A. B.; CAVALINI, L. T. **Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Texto para discussão nº 848 IPEA. 2001.
- MARTINS, Eliseu, **Contabilidade de Custos**, 9ª ed, São Paulo: Atlas, 2003
- MATOS, A. J. **Gestão de custos hospitalares: técnicas, análise e tomada de decisão**. 3. ed. São Paulo: Editora STS, 2005.
- McLEAN, R. A. **Financial management in health care organizations**. New York: Delmar Learning, 2003.
- McLEAN, Robert A. **Financial Management in Health Care Organizations**. 2nd ed. New York: Delmar Learning, 1997.
- McMAHON, L. **The development of Diagnosis Related Groups**. King Edward's Hospital Fund, London, 1987.
- MEDICI, A.; Murray, R. **Desempenho de hospitais e melhorias na qualidade de saúde em São Paulo (Brasil) e Maryland (USA)**. Washington: The World Bank. 2010.
- MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.
- MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Huccitec, 2006.
- MENDES, Jussara Maria Rosa. **Mercosul em múltiplas perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007.
- MICHEL, S.; MEUTER, M. L. **The service recovery paradox: true but overrated?** International Journal of Service Industry Management, v. 19, n. 4, p. 441-457, 2008

MIGUEL, P. A. C.; FLEURY, A.; MELLO, C. H. P.; NAKANO, D. N.; TURRIONI, J. B.; HO, L. H.; MARABITO, R.; MARTINS, R. A.; PUREZA, V., **Metodologia de Pesquisa em Engenharia de Produção e Gestão de Operações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MILLER, JANIS L., CRAIGHEAD, C. W., KARWAN, KIRK R. **Service recovery: a framework and empirical investigation**. Journal of Operations Management, v. 18, p. 387–400, 2000.

MINTZBERG, H., **Safári de Estratégias**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MIRSHAWKA, V. **Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil**. São Paulo: Makron Books, 1994.

MOHAN, D.; PATIL, H. **Activity Based Costing for Strategic Decisions Support**. Wipro Applying Thought 2003.

MORAES, I. S. **Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, 1994.

MOREIRA, D. R. **Análise de eficiência, usando Data Envelopment Analysis e Composição Probabilística**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2010.

MS - BRASIL, **Ministério da Saúde, Agencia Nacional de Saúde Suplementar. O impacto da regulamentação no setor saúde suplementar**. Rio de Janeiro, 2000.

MS - BRASIL, **Ministério da Saúde. SAS/DAPE/DAB. Coordenações de Saúde e de Gestão da Atenção Básica**. Brasília, 2004.

MS - BRASIL. **Ministério da Saúde – CNES (2006)**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br>. Acesso em 18 Dez. 2011.

MS - MINISTÉRIO DA SAÚDE. **A regionalização da saúde: versão preliminar para discussão interna**. Brasília, mimeo, 2004.

MULLIN, R.L. **Development of DRGs**. In: International Conference on Management and Financing of Hospital Services, Health Systems International, London, 1986.

MURRAY, R. **Setting Hospital Rates to Control Costs and Boost Quality: The Maryland Experience**. Health Affairs , n.28, 2009.

NAYLOR M. D. **Transitional care of older adults**. Annual Review of Nursing Research, n.20, 2002.

- NOGUEIRA RP 1994. **Perspectivas da qualidade em saúde**. Qualitymark, Rio de Janeiro.
- NORONHA, M.; VERAS, C. M. T.; MARTINS, M. S.; LEITE, I. C. & SILVER, L. D. **O desenvolvimento dos Diagnosis Related Groups - DRGs: uma classificação de pacientes hospitalares**. Revista de Saúde Pública, n.3, 1991.
- NOVAES, M. L. **Gestão das farmácias hospitalares através da padronização de medicamentos e utilização da curva ABC**. In: ENCONTRO SIMPEP, 13, Bauru. Resumo dos trabalhos. São Paulo: SIMPEP, 2006.
- NOWICKI, M. **The financial management of hospitals and healthcare organizations**. Health Administration Press, 2004.
- OBSERVATÓRIO ANAHP. **Associação Nacional de Hospitais Privados**. Edição 02/2010. Disponível em: <http://www.anahp.org.br>. Acesso em 14 Dez. 2011.
- OBSERVATÓRIO ANAHP. **Associação Nacional de Hospitais Privados**. Edição 02/2011. Disponível em: <http://www.anahp.org.br>. Acesso em 14 Fev. 2012.
- OCDE - **Organisation for Economic Cooperation and Development**. Education at a glance. Paris: 2010.
- OMS - **Organização Mundial De Saúde**. Disponível em: www.who.int. Acesso em 24 Nov. 2011.
- OPAS - **Organização Pan-Americana da Saúde**. 2007. Disponível em: <http://new.paho.org/bra>. Acesso em 12 Jan. 2012.
- ORIBE, Claudemir Y. **PDCA: origem, conceitos e variantes dessa idéia de 70 anos**. Banas Qualidade, São Paulo: Editora EPSE, ano XVIII. n. 209, outubro 2009, p. 20-25.
- PADILHA MICSА. **A qualidade da assistência de enfermagem e os custos hospitalares**. 14ª ed. Hosp. Adm. Saúde, 1990.
- PAIM, L. **Pesquisa em enfermagem: uma modalidade convergente assistencial**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999.
- PESSOA, Gerisval A. **Notas de aula da disciplina PDCA e Seis Sigma: Metodologia e ferramentas da qualidade**. São Luís: FAMA, 2010.
- PETRUCCI, Valéria Bezzera Cavalcanti; BATISTON, Renato Reis. **Estratégias de ensino e avaliação de aprendizagem em contabilidade**. São Paulo: Saraiva, 2006.

PIDD, M. **Modelagem empresarial: ferramentas para tomada de decisão**. Porto Alegre: Bookman, Artes Médicas, 1998.

PNAD - **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Microdados PNAD. Rio de Janeiro: O Instituto; 2008.

POMPERMAYER, Cleonice Bastos; LIMA; João Evangelista Pereira, **Gestão de custos**. Coleção gestão empresarial, Livro 4, Curitiba: FAE Gazeta do Povo, 2002

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

RAIMUNDINI, S. L. **Aplicabilidade do sistema ABC e análise de custos: estudo de caso em hospitais públicos**. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Estadual de Maringá, Maringá/PR, 2003.

RAIMUNDINI, S. L.; SOUZA, A. A.; REIS, L. G.; STRUETT, M. A. M, BOTELHO, E. M. **Aplicabilidade do sistema ABC e análise de custos hospitalares: comparação entre hospital público e hospital privado**. In: XXVIII Encontro da ANPAD, Curitiba. 2004.

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**. Dissertação de mestrado em Administração. Universidade Estadual de Maringá, Maringá/PR, 2004.

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. 176f. Dissertação (mestrado em Administração) – Universidade Estadual de Maringá, Maringá/PR, 2004.

RIBEIRO, Herval. P. **O Hospital: História e Crise**. São Paulo: Cortez Editora, 2012

RODRIGUES FILHO, J. **Método de pagamento hospitalar no Brasil**. Revista de Administração Pública, Rio de Janeiro, n.24, ago-out., 1987.

RODRIGUES, Cláudia. **O Vício do Dogmatismo Científico**. Brasília: 2009.

ROEMER M. **National Health Systems of the World**. Oxford University Press, Oxford, Inglaterra, 1991.

ROEMER, M. I.; WERFF, A. V. D. **Sistemas nacionales de salud y su reorientacion hacia la salud para todos: pautas para una política**. Washington: OMS, 1993. (Cuadernos de Salud Pública)

ROONEY, A. L.; OSTENBERG, P. R. **Licensure, Accreditation, and Certification: approaches to health services quality.** Quality Assurance Methodology Refinement, Series, 1999.

SANDRONI, Paulo. **Dicionário de Administração e Finanças.** São Paulo, Editora Best Seller, 2001.

SANTOS FILHO, S. B. **Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos.** Revista Ciência & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 12 n. 4, 2007.

SANTOS-FILHO, Serafim B. **Manual com eixos avaliativos e indicadores de referência.** Ministério da Saúde: Brasília DF, 2007, p. 1-30. Disponível em:<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Manual_M_A_5_.pdf>. Acesso em: 11 set. 2012.

SCHIESARI, L. M. C.; KISIL, M. **A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros.** Revista de Administração em Saúde (RAS), São Paulo/SP, v. 5, n.18, 2003.

SCHUHMANN, T. M. **Hospital financial performance: trends to watch.** Healthcare Financial Management, v. 62, n. 7, 2008.

SCHUTZ A. **Quality and the social meaning structure.** In: Schutz A. Collected Papers: Studies in social theory. vol. 2. 1976.

SCOTT, A., FARRAR, S. **Incentives in health care.** *Advances in Health Economics.* Londres: John Wiley & Sons, 2003.

SCOTT, Cheryl M. STRUDER, **Quint.** **The impact of the consumer on healthcare delivery reply.** *Frontiers of Health Services Management*, v 19, n. 4, 2003.

SENHORAS,E.M.

A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais decoordenação de comunicação e aprendizagem. Revista Eletrônica de Comunicação &Inovação em Saúde, FioCruz, Rio de Janeiro, vol. 1, n. 1, p. 45-55, 2007

SHAW, C. **Evaluating accreditation.** *International Journal for Quality in Health Care.* v.15, 2003

SHORTELL, S.; KALUZNY, A. – **Health care management organization design and behavior.** 5th ed. Clifton Park, NY : Thomson Delmar Learning, 1993.

SILVA, ALBERTINA MARIA BATISTA DE SOUSA. **Gestão da qualidade do serviço hospitalar em organizações privadas de saúde do estado do Rio de Janeiro: Estudo de caso comparativo.** VI Congresso Nacional de Excelência em Gestão. Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, C. A. T.; COSTA, P. S.; MORGAN, B. F. **Aplicabilidade das informações de custo em hospitais universitários: o caso do Hospital Universitário de Brasília.** In: XI Congresso Brasileiro de Custos, Porto Seguro/BA, 2004.

SILVA, Edna L.; MENEZES, Estera M. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação.** Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção - Laboratório de Ensino a Distância - Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

SILVA, M. D. O. P.; BARRETO, I. G.; SOUSA, M. V.; LUCENA, W. G. L. **Uma análise comparativa dos indicadores de desempenho de uma entidade de saúde pública de Caruaru - PE: um aplicativo estratégico do Balanced Scorecard.** In: III Congresso USP de Iniciação Científica, São Paulo/SP. 2006.

SKAGGS, B. C.; HUFFMAN, T. R. **A customer interaction approach to strategy and production complexity alignment in service firms.** Academy of Management Journal, v. 46, n. 6, p.775–786, 2003.

SOUZA, A. A.; AMORIM, T. L. M.; GUERRA, M.; RAMOS, D. D. **Análise dos Sistemas de Informações de hospitais da cidade de Belo Horizonte/MG.** In: 5º Congresso Internacional de Gestão de Tecnologia e Sistemas de Informação (CONTECSI), São Paulo/SP, 2008.

SOUZA, A. A.; DUQUE, F. S. L.; NEVES, A. P. T. P.; COSTA, J. B. S. **Análise das pesquisas brasileiras sobre gestão de custos em hospitais.** In: IV Simpósio de Gestão e Estratégia em Negócios, Seropédica/RJ, 2006.

SOUZA, A. A.; GUERRA, M.; LARA, C. O.; GOMIDE, P. L. R. **Controle de gestão em organizações hospitalares.** XII Congresso de Contabilidade e Auditoria, Aveiro/Portugal, 2008.

SRIVASTAVA, M.; Singh, A. B. & Srivastava, A. K. **Cinnamon bark oil, a potent fungitoxicant against fungi causing respiratory tract mycoses.** Allergy 50, 1995.

STEINMANN, L.; ZWEIFEL, P. **On the (in)efficiency of Swiss hospitals.** Applied Economics, v.35, n.3, 2003.

STN. **Secretaria do Tesouro Nacional**. Manual de contabilidade aplicada. 4.ed. Brasília, 2011. Disponível em: <http://www.tesouro.fazenda.gov.br>. Acesso em: 12 Jan. 2013.

TAKASHINA, N. T. **Indicadores da Qualidade e do Desempenho**. Disponível em: <http://www.ubq-rj.com.br/artigos/iqid.htm>. Acesso em: 10 de nov. 2012.

TANCREDI, F.B. **Planejamento em Saúde**, vol. 2. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

TEISBERG E.O. **Senate committee on Health, Education, Labor**. Congressional Record, January, 2009.

TOGNON, I.V. **Uma contribuição ao estudo dos custos hospitalares com o uso do custeio baseado em atividades: um estudo de caso do setor de pediatria do Hospital de Caridade de Carazinho**. Dissertação (Mestrado em Administração). Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.

TOLEDO, G. L. **Estatística Básica**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1985.

TORRES, N. A. **Competitividade Empresarial com a Tecnologia de Informação**. Makron: São Paulo, 1995.

TRAVASSOS C, Brito AS. **Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil**. Ciênc Saúde Coletiva, 2002.

TRENTINE, M., P. CORRADI, E.M. **Avaliação: Subsídios teórico-práticos para a gestão em saúde**. São Paulo: Ícone, 2006.

TUMMERS SS, Rutten FF, van Ineveld BM, Redekop WK, Hakkaart-van Roijen L. **Comparing methodologies for the cost estimation of hospital services**. The European Journal of Health Economics. 2012;10:39–45

VAZ, J. C. **Avaliando a Gestão**. Disponível em <http://www.federativo.bndes.gov.br>. Acesso em: 04 de nov.2012.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. **Tendências na assistência hospitalar**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, 2007.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. 9. ed. São Paulo: Atlas, 2005.

VIEGAS, M.; BRITO, R. J. A. **A saúde em Belo Horizonte**. CEDEPLAR/UFMG 2004.

VOSS, C.; ROTH, A. V.; CHASE, R. B. **Experience, Service Operations Strategy, and Services as Destinations: Foundations and Exploratory Investigation.** *Production And Operations Management*, v. 17, p. 247–266, 2008.

YIN, Robert K. **Estudo de caso – planejamento e métodos.** (2Ed.). Porto Alegre: Bookman. 2001.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos.** 2. ed. São Paulo: Bookman, 2001.

YOUNIS, M. Z.; YOUNIES, H. Z.; OKOJIE, F. **Hospital financial performance in the United States of America: a follow-up study.** *La Revue de Santé de la Méditerranée orientale*, v.12, n. 5, 2006.

ZELMAN, W. N.; McCUE, M. J.; MILLIKAN, A. R.; GLICK, N. D. **Financial management of health care organizations.** Blackwell Publishing, 2003.