

ACREDITAÇÃO COMO ELEMENTO CATALISADOR DO DESEMPENHO EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

ACCREDITATION AS A PERFORMANCE CATALYST IN A HOSPITAL ORGANIZATION

LA ACREDITACIÓN COMO ELEMENTO CATALIZADOR DEL DESEMPEÑO DE LA ORGANIZACIÓN

George Israel dos Santos Ramos

Universidade da Amazônia
george.ramos@hab.org.br

Marcia Athayde Moreira

Universidade Federal do Pará e Universidade da Amazônia
athayde.marcia@gmail.com

Cynthia Meireles Martins

Universidade da Amazônia e Universidade Federal Rural da Amazônia
cynthiamei@hotmail.com

Ailton Corecha de Souza

Universidade Federal Rural da Amazônia
ailton.corecha@gmail.com



Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Creative Commons Attribution License
This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Creative Commons Attribution License

RESUMO

O objetivo da pesquisa foi investigar em que medida a implantação de processos de acreditação é capaz de promover a melhoria do desempenho em organizações hospitalares. Para tanto, foi realizado um estudo de caso em um hospital de grande porte sediado no Brasil, o qual iniciou o processo de certificação em 2015. Como resultado foi observada melhoria em indicadores financeiros e em indicadores das perspectivas aprendizado e crescimento e de clientes. Contudo, na perspectiva de processos internos, não se conseguiu observar êxito em todos os indicadores após a acreditação. Ainda assim, considera-se que a implementação da acreditação resultou em melhorias no desempenho, pois, impactou positivamente cinco de sete indicadores avaliados, demonstrando, a importância da acreditação hospitalar no desempenho das organizações.

Palavras-chave: Acreditação Hospitalar, Certificação, Indicadores de Desempenho.

ABSTRACT

The purpose of this article was investigating the extent which the implementation of accreditation processes can promote performance improvement in hospital organizations. Thus, a case study was carried out in a large hospital in Brazil, which started the certification process in 2015. As a result, improvements were observed in financial indicators, learning and growth prospects and customers. About the perspective of internal process, success was not observed in all indicators after accreditation. However, it is considered that the implementation of accreditation in the hospital case resulted in performance improvements, as it positively impacted five of seven indicators evaluated, demonstrating the importance of hospital accreditation and its effects on organizations performance.

Key words: Hospital Accreditation, Certification, Performance Indicators.

RESUMEN

El propósito de este artículo fue investigar hasta qué punto la implementación de los procesos de acreditación es capaz de promover la mejora del rendimiento en las organizaciones hospitalarias. Por lo tanto, se realizó un estudio de caso en un gran hospital de Brasil, que comenzó el proceso de certificación en 2015. Como resultado, se observaron mejoras en los indicadores financieros, las perspectivas de aprendizaje y crecimiento y los clientes. Sobre la perspectiva del proceso interno, no se observó éxito en todos los indicadores después de la acreditación. Sin embargo, se considera que la implementación de la acreditación en el caso del hospital dio como resultado mejoras en el desempeño, ya que impactó positivamente cinco de los siete indicadores evaluados, lo que demuestra la importancia de la acreditación del hospital y sus efectos en el desempeño de las organizaciones.

Palabras clave: Acreditación hospitalaria, Certificación, Indicadores de Desempeño.

INTRODUÇÃO

É recente a história, especialmente no Brasil, da acreditação hospitalar. De acordo com informações da Organização Nacional de Acreditação (ONA, 2017), somente no ano de 1990 a acreditação passou a ser pensada por hospitais brasileiros, porém ainda de forma muito abstrata. Manzo, Brito e Alves (2013) afirmam que, desde a fundação da ONA até o ano de 2011 foram certificadas mais de 265 instituições de saúde (doravante IS), levando a crer que diferentes motivações influenciam na decisão de implementar sistemas de acreditação. Nesse sentido, Machado, Martins e Martins (2013) observaram que a acreditação pode influenciar aspectos como o controle de custos e o aumento dos resultados, enquanto que Araújo, Figueiredo e Figueiredo (2015) observaram que a acreditação tem sido utilizada como uma ferramenta de marketing, uma vez que médicos, administradores e representantes de planos de saúde valorizam mais hospitais acreditados. Para Mendes e Mirandola (2015), de modo geral,

a acreditação tem melhorado os processos de segurança do paciente que, conseqüentemente, provocam melhorias na satisfação e concedem reconhecimento aos hospitais acreditados.

O total de hospitais acreditados ainda é baixo, menos de 5% dos hospitais brasileiros. Sendo que na Região Sudeste chega a 8% e na Região Nordeste menos de 2% dos hospitais possuem acreditação, números baixos, com grande potencial para desenvolvimento, quando comparados com outros países mais desenvolvidos, como os Estados Unidos, onde 90% dos hospitais possuem algum tipo de acreditação (COLUCCI; PUIG; HERNANDEZ, 2013).

Neste sentido, Lai e Tsay (2003) encontraram resultados que indicaram que o desempenho hospitalar é influenciado, de forma significativa e proporcional, ao nível de acreditação em que o hospital foi classificado. Alástico e Toledo (2013) e Rosa e Toledo (2015) demonstraram que diferentes dimensões do desempenho são afetadas pelas práticas de certificação, tais como efetividade e segurança nos procedimentos médicos, operacional e de orientações aos usuários.

De fato, a literatura tem indicado que, no campo de pesquisa que estuda a acreditação hospitalar, existem lacunas importantes que precisam ser superadas (NG; LEUNG; JONSTON; COWLING, 2013; SMITS; SUPACHUTCUL; MATE, 2014; TABRIZ; GHARIBI; WILSON, 2011). Há falta de evidências, por exemplo, que apontem para uma real eficácia da acreditação nos serviços de saúde (NG *et al.*, 2013).

Observa-se então o desempenho em associação com os processos de certificação e acreditação. Aqui entendido o desempenho como um conjunto de características ou capacidades de comportamento e rendimento na atuação de um indivíduo ou grupo na execução de tarefas, julgadas diante de expectativas preestabelecidas (BASINSKI; NAYLOR; FERRIS; WILLIAMS; LLEWELLYN-THOMAS, 1992). Assim, acredita-se que, de forma recursiva, o retorno e o gerenciamento desses indicadores pelas creditações podem influenciar, de modo geral, a qualidade dos serviços de atendimento dos hospitais (ARAUJO; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2015), e que os resultados da certificação podem influenciar positivamente os indicadores hospitalares (MACHADO; MARTINS; MARTINS, 2013).

Dessa forma, o objetivo proposto para esta pesquisa é o de investigar em que medida a implantação de processos de acreditação é capaz de promover a melhoria do desempenho em organizações hospitalares.

Justifica-se essa pesquisa, pela importância atribuída aos estudos que investigam a acreditação, aos fenômenos associados a ela e as suas conseqüências para as organizações hospitalares. Estes estudos se fazem necessários, tanto em nível nacional quanto internacional, tendo como foco, em última instância, o beneficiado pelo processo, que é a própria população usuária dos hospitais.

Sendo assim, entende-se que esta pesquisa é relevante academicamente, pois contribui para a minimização das lacunas de estudos empíricos apontados na literatura desta área (PRATA; LIMA; OLIVEIRA, 2013; TABRIZI; GHARIBI; WILSON, 2011; OLIVEIRA; MATSUDA, 2016).

ASPECTOS TEÓRICOS

Desempenho Organizacional e Hospitalar

A conceituação do desempenho hospitalar não é tarefa simples, pois a sua complexidade é mais bem compreendida na diversidade de conceitos dos diferentes autores que a investigam (SMITS; CHAMPAGNE; CONTANDRIOPOULOS; SICOTTE; PREVAL, 2007). Kaplan e Norton (1996) corroboram com essa premissa quando afirmam que o conceito de desempenho terá variações conforme objetivos, interesses e interpretações dos diversos atores envolvidos.

Dentre as várias definições acerca do desempenho hospitalar, destaca-se a da Organização Mundial de Saúde - OMS (2003), que identifica o desempenho hospitalar como ligado ao alcance de metas e padrões pré-estabelecidos de processos, indivíduos e atividades, que podem se apresentar em

diferentes dimensões: financeira, eficiência operacional e resultados, por exemplo (MACINATI, 2008), sendo que alguns fatores são indicados na literatura relacionados ao conceito de desempenho hospitalar, tais como a percepção da natureza e da função do hospital, de acordo com a própria identidade da organização. Quando se trata de desempenho, o estado de funcionamento da organização precisa corresponder as normas sociais, às expectativas dos clientes e dos profissionais envolvidos, da sociedade onde a organização atua, de possíveis órgãos financiadores e reguladores, do governo, entre outros (KAPLAN; NORTON, 1996) ALÁSTICO; TOLEDO, 2013; VIGNOCHI; GONÇALO; LEZANA, 2014).

A OMS utiliza o conceito de desempenho hospitalar como análogo a ideia de eficiência na obtenção dos objetivos intrínsecos, envolvendo dimensões do desempenho que demonstrem parâmetros de efetividade. Para Rodrigues e Torres (2015, p.130) a eficiência “[...] como dimensão básica a ser avaliada no estudo de desempenho hospitalar é uma unanimidade entre os estudiosos do tema”. Outra definição é a de Chouaid, Hejblum, Guidet, e Valleron (2006) que consideram o desempenho hospitalar como a realização de serviços livres de erros, para tanto, faz-se necessário manter o equilíbrio entre as funções assistencial (melhoria do estado de saúde dos clientes, minimização de custos, e investimento na satisfação geral), adaptativa (capacidade de adquirir recursos) e de prestação de serviços (utilizar de forma adequada os recursos e potencializar a produtividade, qualidade, acessibilidade e a humanização). Dalrymple e Scherrer (1998), por sua vez, defendem que este desempenho deve referir-se ao devido equilíbrio entre o fazer certo e o fazer bem.

Como consequência da variabilidade do conceito de gestão no campo hospitalar é possível encontrar na literatura diferentes formas de abordar o construto, das quais destacam-se como as principais os estudos acerca da eficiência no campo financeiro e pesquisas sobre a qualidade do cuidado com o cliente e iniciativas distintas em diferentes dimensões, tais como governamentais, institucionais e em associações (RODRIGUES *et al.*, 2015; ALÁSTICO; TOLEDO, 2013; VIGNOCHI *et al.*, 2014; MACINATI, 2008; SMITS *et al.*, 2008; OMS, 2003; KAPLAN; NORTON, 1996).

Assim como existem diversas formas de conceituar o desempenho hospitalar, há também na literatura diferentes maneiras de dimensioná-lo. Ressalta-se que quaisquer que sejam as formas de dimensionar o desempenho, os pesquisadores concordam que são interligadas e interdependentes, e, portanto, precisam ser pensadas de forma sistêmica (RODRIGUES *et al.*, 2015; ALÁSTICO; TOLEDO, 2013).

Medição do Desempenho Hospitalar

A medição do desempenho, de forma geral, se dá por meio de um processo de quantificação dos *outputs* dos diferentes processos organizacionais para fins de alcance das metas. As medidas de desempenho têm a função de acompanhar a “[...] dinâmica da organização, na gestão do planejamento dos processos, em sua manutenção, em suas melhorias e nos resultados alcançados” (SCHOUT; NOVAES, 2007, p.32). Assim, é possível perceber possíveis desvios de planejamento, constituindo-se como importantes ferramentas, não apenas para identificar problemas, mas também, para evitá-los.

Schout e Novaes (2007) observam que medidas e indicadores têm sido cada vez mais utilizados no monitoramento dos serviços de saúde, considerados instrumentos fundamentais para o alcance de metas, corroborando o entendimento da OMS (2003), a qual indica que a prática de medir o desempenho hospitalar pode contribuir para a melhoria contínua da qualidade e do desempenho dos serviços oferecidos, permitindo identificar em que nível está a organização, além de indicar informações que podem possibilitar uma avaliação comparativa quanto às metas estabelecidas e os padrões constituídos (KRUK; FREEDMAN, 2008). Altes, Zonco, Borrel e Plasencia (2006) observam que essas metas devem estar alinhadas aos objetivos da organização e serem flexíveis às mudanças de ambiente, políticas governamentais e perfis de usuários. Ressalta-se que a medição do desempenho deve atender aos objetivos institucionais, acompanhando “[...] as mudanças no ambiente, considerando o perfil dos usuários e as políticas governamentais” (ALÁSTICO; TOLEDO, 2013, p. 78).

Dentre os sistemas de medição do desempenho mais utilizados na área, destaca-se o *Balanced Scorecard* (BSC) e sua filosofia como o sistema mais demandado na área de saúde (MAIA; ROQUETE, 2014; KLASSEN, MILLER, ANDERSON, SHEN, SCHIARITI E O'DONNELL, 2009) o que pode ser atestado pelo fato de a própria OMS (2003) basear sua orientação quanto a medição do desempenho na filosofia do BSC.

Indicadores de Desempenho Hospitalar a Partir das Perspectivas do BSC

Como se tem apresentado, o monitoramento do desempenho hospitalar é fundamental para a avaliação da qualidade da assistência e, conseqüentemente, para controle e melhoramento dos processos e procedimentos institucionais. Nesse sentido, Alástico e Toledo (2013) e Alástico (2014) ressaltam que os indicadores são parâmetros, passíveis de mensuração, que fornecem informações relevantes para o controle de um fenômeno. É importante ressaltar que os indicadores podem receber classificações diversas considerando perspectivas teóricas diferentes. Tomando por base o *Balanced Scorecard* (BSC), buscou-se levantar na literatura estudos que apontam indicadores mais referenciados em organizações hospitalares, considerando suas quatro perspectivas.

Assim, considerando a perspectiva financeira, os indicadores utilizados na área hospitalar foram: resultado financeiro, margem operacional, cumprimento do orçamento, redução de custos e eficiência no uso de materiais (ALHARBI; ATKINS; STANIER, 2016; MATOS, 2006; CERETTA; QUADROS, 2003). Alguns indicadores mais específicos, como os propostos por Rahimi, Kavosi, Shojaei e Kharazmi (2016), incorporam os gastos médios por leito por dia, o custo de medicamentos e materiais e a receita por paciente internado. Observou-se, também, a ênfase na mensuração dos medicamentos, em indicadores tais como custos de medicamentos dividido por renda total, custos de medicamentos dividido por receita e os custos de medicamentos por cliente (SEMNANI; ASADI, 2016; SILVA, 2012).

Considerando a perspectiva de clientes, Matos (2006) sugere como indicadores tempo de espera para atendimento, tempo médio de internamento, tempo médio de permanência na urgência. Aspectos como a medição da evolução de clientes e dos produtos oferecidos também foram destacados (SILVA, 2012), mas os indicadores mais recorrentes na literatura na perspectiva dos clientes foram a medição da satisfação dos clientes e reclamações recebidas (RAHIMI *et al.*, 2016; SEMNANI; ASADI, 2016; SILVA, 2012; CERETTA; QUADROS, 2003).

Na perspectiva de processos internos se destacam como itens mais recorrentes elementos relacionados ao tempo médio de permanência de pacientes, além das taxas de mortalidade e de infecções hospitalares (RAHIMI *et al.*, 2016; SEMNANI; ASADI, 2016; SILVA, 2012). Outros indicadores operacionais que foram mencionados na literatura estão relacionados com a limpeza das instalações (MATOS, 2006), funcionamento adequado dos serviços (ALHARBI; ATKINS; STANIER, 2016). Silva (2012) destaca ainda indicadores operacionais que procuram mensurar a taxa de concentração de compras, tempo de resposta a pedidos de manutenção e aquisição, tempo de transmissão de documentos e informação entre serviços. Por se tratar de muitas possibilidades de mensuração, a escolha pelos indicadores operacionais mais adequados certamente dependerá das estratégias definidas e das necessidades de cada organização.

Por fim, no que diz respeito à perspectiva aprendizado e crescimento, destaque para a medição da capacitação e treinamento dos colaboradores, para a melhoria do desempenho e para a medição da satisfação dos colaboradores (ALHARBI; ATKINS; STANIER, 2016; RAHIMI *et al.*, 2016; SEMNANI; ASADI, 2016; SILVA, 2012; CERETTA; QUADROS, 2003), sendo que a medição da satisfação dos colaboradores foi um item de medição presente na quase totalidade das literaturas investigadas nesta pesquisa. Outros indicadores ainda presentes na literatura na perspectiva do aprendizado e crescimento foram a taxa de absenteísmo e a rotatividade de empregados (RAHIMI *et al.*, 2016).

Dentre as informações levantadas, notou-se que, na perspectiva financeira indicadores relacionados ao custo, à receita e aos resultados financeiros se destacaram. Na perspectiva clientes indicadores relacionados à satisfação dos clientes foram mais referenciados. Na perspectiva processos internos indicadores aplicados aos aspectos relativos às internações foram mais apontados. Por último, na perspectiva aprendizagem e crescimento indicadores relativos à capacitação/treinamento e à satisfação dos funcionários receberam destaque. Nesse sentido, Brito *et al.* (2017) ressaltam que os indicadores são diferentes em função das características dos hospitais. Em termos gerais, a literatura indica que para as organizações hospitalares que adotam o BSC, a preocupação maior não deve ser estabelecer um número elevado de indicadores, mas os sistemas de monitoramento devem ser focalizados, alinhados com as estratégias e com as perspectivas de futuro.

METODOLOGIA

Caracterizada como estudo de caso, esta pesquisa se desenvolve de forma exploratória e descritiva, com análise documental e realização de entrevistas.

A realização da pesquisa aconteceu entre os meses de setembro e dezembro do ano de 2018, e considerou-se, para fins de análise, dados de antes e depois da acreditação recebida, remetendo ao período entre 2013 a 2017, desta forma dois anos antes e dois anos depois da primeira certificação, ocorrida no ano de 2015.

Em relação a unidade de análise, é uma organização hospitalar, localizada na cidade de Belém-Pará. A escolha da unidade de análise se justifica pela relevância social da instituição, que se constitui como um dos hospitais mais importantes da capital paraense e a primeira a receber o selo de acreditação hospitalar. Desta forma, após a identificação da organização a ser estudada, a mesma foi contatada, e, mediante a apresentação das intenções da pesquisa, concordou em participar.

O hospital-caso é um dos maiores hospitais da região Norte do Brasil, tem mais de 65 anos de existência, possui um quadro de aproximadamente 1.500 funcionários, para atender todas as especialidades médicas, de baixa, média e alta complexidade. Este hospital iniciou o seu processo de acreditação ONA em nível I no ano de 2015, recebendo a certificação no mesmo ano, na sequência a acreditação em nível 2, e, no ano de 2017, a certificação ONA em nível 3.

Procedimentos de Coleta de Dados

A coleta de dados se deu por meio de pesquisa documental e entrevistas realizadas com o diretor médico, o vice-diretor médico e o diretor administrativo. Entende-se que o uso de mais de um procedimento de coleta possibilitou uma compreensão mais ampliada sobre o hospital-caso e sobre o objeto de estudo.

Para a delimitação das fontes escolheu-se como princípio básico a aplicação das quatro perspectivas do BSC, contemplando ativos tangíveis e intangíveis, os quais se inter-relacionam de forma sistêmica (KAPLAN, 2010; KAPLAN; NORTON, 2000; 2004; GRIGOROUDIS; ORFANOUDAKI; ZOPOUNIDIS, 2012; QUESADO; RODRIGUES; GUZMÁN, 2012; RIBEIRO, 2008; ACHÃO FILHO; ANACLETO; OLIVEIRA, 2008).

No Quadro I apresentam-se os indicadores que serviram como base para a coleta de dados nos documentos que constituíram o *corpus* da pesquisa documental, a partir das perspectivas da BSC. Ressalta-se que os indicadores hospitalares são, fundamentalmente, medidas de proporção, taxas e ou razões (GLADIS; JACQUES, 2006). Definiu-se, portanto, indicadores para cada perspectiva do BSC, tendo como fontes de informação os diferentes relatórios contidos no banco de dados do sistema interno do hospital-caso (SISTEMA MV). Os indicadores foram levantados a partir de documentos de orientação aos gestores do hospital, disponibilizados pela administração geral da organização para consulta prévia desta pesquisa.

Em relação aos indicadores associados aos processos internos, destaca-se que no referido hospital-caso esta perspectiva denomina-se assistencial e está relacionada com a otimização clínica, melhoria da qualidade assistencial, otimização das capacidades e gerenciamento de linhas de cuidado.

Quadro I - Estrutura e critérios estabelecidos para a seleção das fontes de informação

PERSPECTIVA	INDICADORES
Financeira	I- EBITDA*; 2- Liquidez imediata
Clientes	I- Satisfação dos clientes
Processos internos (assistencial)	I- Giro de leitos; 2- Taxa de mortalidade
Aprendizado e Crescimento	I- Taxa de rotatividade; 2- Taxa de absenteísmo

Fonte: Elaboração própria, 2019.

*Lucros antes dos juros, impostos, depreciação e amortização.

Cabe ressaltar que, segundo Araújo (2012), EBITDA é uma sigla de *Earnings Before Interest, Taxes, Depreciation and Amortization*, que no Brasil tem sido traduzido como Lucro antes de Juros, Impostos, Depreciação e Amortização (LAJIDA). Martins (2013) indica que o EBITDA é o resultado gerado pelos ativos que de fato são operacionais, ou seja, identifica a verdadeira capacidade de geração de resultado que o ativo operacional de uma empresa tem condições de produzir, mesmo antes de considerar o custo de um eventual capital que tenha sido tomado emprestado. A literatura tem indicado (ASSAF NETO, 2002) que quanto maior for essa medida, mais alta será a capacidade de geração de renda e liquidez da empresa, motivada diretamente por atividades de natureza operacional.

Por sua vez, o grau de liquidez de uma organização possibilita entender em que situação financeira a instituição se encontra. Este indicador, consagrado na literatura, possui relevância e atesta a saúde financeira da empresa. Por meio do índice de liquidez os gestores podem verificar se há capacidade para o pagamento das obrigações da instituição (BRUNI, 2011). Desta forma, considera-se que o índice de liquidez é um indicador de solvência, sob o ponto de vista da capacidade de efetuar pagamentos e quanto “[...] maiores forem as sobras de recursos aplicadas na empresa sob a forma de capital de giro, menor a probabilidade de insolvência da empresa no curto prazo” (OLIVEIRA; PIMENTA, 2016). Neste estudo considera-se o índice de liquidez imediata, que é um dos índices mais conservadores por considerar apenas saldo em caixa, saldos bancários e aplicações financeiras de curto prazo para fazer frente às obrigações (OLIVEIRA, PIMENTA, 2016).

Os dados relativos ao indicador satisfação dos clientes foram levantados a partir de pesquisa interna realizada pelo próprio hospital-caso, coordenada pelo setor de ouvidoria. São apresentados itens relacionados ao atendimento, tais como: você foi bem atendido(a)? O tempo de espera foi satisfatório? Seu problema foi resolvido? Avalie a qualidade de atendimento, entre outros. As possibilidades de respostas variam entre ruim, regular, bom e ótimo. Foram levantados dados referentes aos anos de 2013 a 2017.

O giro de leito está diretamente associado ao nível de produtividade de um hospital, pois essa gestão influencia no número de cirurgias canceladas, na rapidez do fluxo dos leitos, “[...] a média de permanência ficará em padrões aceitáveis, considerando cada diagnóstico e a taxa de ocupação dentro das metas estipuladas pela organização” (RAFFA, MALIK, PINOCHET, 2017, p.124). Mas, para Bittar (2000, p.341) uma organização hospitalar produtiva apresenta “[...] menor tempo de média de permanência, maior índice de renovação ou giro do leito”, sendo que a “[...] média de permanência deve ficar entre 3, 5 e 7 dias” (JONES, 2009, p. 29).

O indicador taxa de mortalidade é calculado de acordo com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (2012), vinculada ao Ministério da Saúde, a qual estabelece a taxa de mortalidade como a relação percentual entre o número de óbitos que ocorreram após decorridas, pelo menos, 24 horas da admissão hospitalar do paciente, bem como abrange para um mês após sua saída do hospital (por alta, evasão, desistência do tratamento, transferência externa ou óbito) no mesmo período.

Por fim, a definição de absenteísmo neste trabalho será a de Costa, Vieira e Sena (2009), que conceituam o fenômeno como ausências do trabalho relacionadas a doenças justificadas por atestado, tomando como parâmetros os critérios de caracterização do hospital caso, sendo este: ausência do trabalho justificada ou não por atestado médico e atrasos. Já para o *turnover* Marques (2018) indica a importância de definir um prazo para a análise da rotatividade, a qual é calculada dividindo-se o número de pessoas demitidas (e recontratadas) no período definido pelo número total de empregados no período.

Tratamento e Análise dos Dados

Após a coleta das informações, primeiramente, referente à pesquisa documental e à obtenção de dados financeiros e operacionais quantitativos da organização, foram realizadas as estatísticas descritivas e os testes de médias, confrontando os resultados obtidos pela organização antes e depois do processo de acreditação. Os testes de médias foram utilizados para a validação estatística da evolução dos indicadores financeiros, tendo sido confrontados os anos de 2013 e 2014 (anteriores à acreditação) com os anos de 2016 e 2017 (posteriores à acreditação). Para análise dos dados referentes à EBITDA e liquidez imediata foram aplicados testes estatísticos específicos para ampliar as possibilidades de estudo, a saber: teste de normalidade e análise de variância (ANOVA) e teste de Tukey.

Outras observações que se fazem presente de serem esclarecidas é o fato de que, como os dados financeiros do hospital-caso não são públicos, para alguns indicadores foi realizado o nivelamento dos resultados para o valor do ano de 2015 a 100 e torná-lo base para o cálculo proporcional dos outros anos. Desta maneira, foi perfeitamente possível avaliar a variação do período, sem explicitar os números oficiais. Para que não houvesse distorção nas análises por conta da inflação do período, os valores foram atualizados tendo por base o índice IGP-M (FGV). Quanto aos dados qualitativos obtidos por meio das entrevistas com os gestores, a análise foi desenvolvida a partir de técnicas de análise de conteúdo.

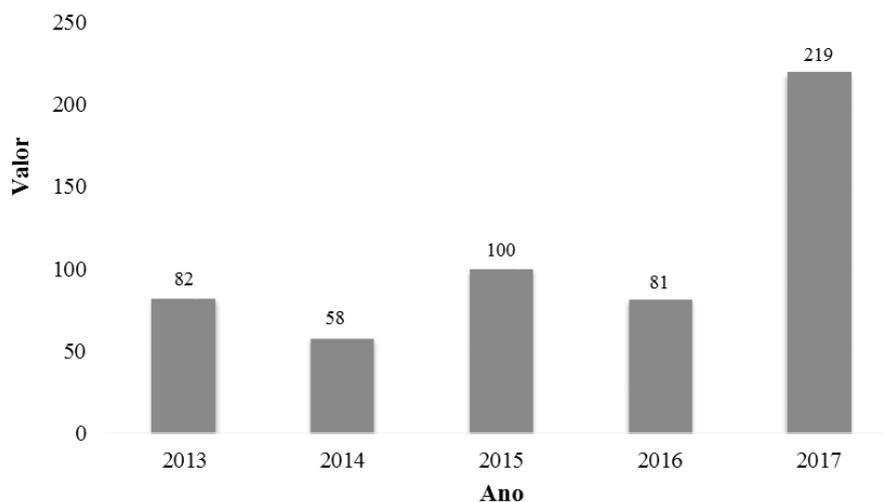
RESULTADOS E DISCUSSÕES

Desempenho na Perspectiva Financeira: EBITDA e Liquidez

Nesta pesquisa, tomou-se como indicadores para estudo desta perspectiva os seguintes itens: (1) EBITDA; e, (2) liquidez imediata.

EBITDA: a variação do índice de EBITDA demonstrou uma oscilação no período apurado, contudo percebe-se que a média dos resultados, após o ano de 2015, são maiores do que do período entre os anos de 2013 e 2014, inclusive registrando um pico de crescimento ao final do ano de 2017 (Gráfico 1). Os números corroboram com o pensamento de que as práticas introduzidas na organização, a partir do ano de 2015, para o processo de certificação (nível 1), acabaram influenciando, também, os resultados financeiros da organização como um todo e se tornaram mais sólidos na medida da incorporação das práticas para a acreditação em excelência (nível 3) (ONA, 2017, 2018; LOURENÇO, 2016), no ano de 2017.

Gráfico I - Evolução do índice de EBTIDA, período 2013 a 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A análise visual sugere um comportamento similar ou homogêneo de variações médias anuais dos valores de EBTIDA, no período de 2013 a 2016. No entanto, verifica-se um comportamento fora deste padrão no ano de 2017, como uma variação positiva considerável. Com a Análise de Variância (ANOVA) constata-se que existe diferença estatisticamente significativa entre pelo menos um par de médias de valores anuais de EBITDA ao nível de significância de 1%. Precedendo ao teste de Tukey para a identificação do par ou pares de médias de valores anuais de EBTIDA que são estatisticamente diferentes e significativos, percebe-se que há diferença estatisticamente significativa nos pares formados individualmente entre cada ano anterior com o ano de 2017 e que entre os anos de 2013 até 2016 não há diferença significativa entre os valores médios anuais de EBTIDA, ao nível de significância de 5%. Deste fato, conclui-se que o efeito de variação positiva e significativa no valor anual médio de EBTIDA ocorre somente no ano de 2017, em relação aos demais anos da série histórica completa.

Estes dados corroboram os valores apresentados no Gráfico I, indicando uma importante evolução no ano de 2017. Analisando os resultados, observa-se que o crescimento dos resultados é consequência da implementação dos processos de acreditação, no entanto, não foram imediatos ou sequenciais à primeira acreditação recebida no ano de 2015, pois o ano de 2016 não apresentou diferença estatística de resultados, em relação aos anos anteriores. Ainda assim, credita-se a melhoria dos resultados ao processo de acreditação.

Para Manzo, Brito e Alves (2013, p.16) as certificações podem, por exemplo, evitar o aumento de custos em detrimento de “[...] erros dos profissionais e gestão inadequada” das organizações, pode representar, ainda “[...] avanços da informática, produção e difusão de conhecimento técnico-científico”. Esses aspectos, dentre outros, impactam nos resultados financeiros. O controle da qualidade dos serviços, de uma forma geral, tende a culminar, por exemplo, em “[...] menos tempo de internação, melhor assistência, com menor custo”.

São muitas as melhorias nos processos incentivadas pela acreditação, e, certamente, o conjunto destas melhorias, culminou com a sobrejunção da acreditação por excelência e os resultados diferenciados no ano de 2017.

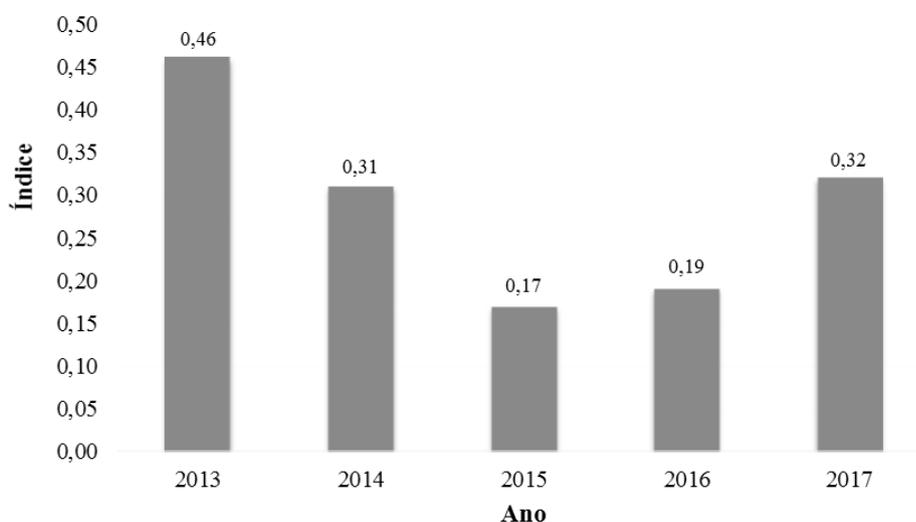
Liquidez Imediata: Com base no período entre 2013 a 2017, apresentado no Gráfico 2, detectou-se redução na ordem de 30,43% do índice de liquidez no período. Na discriminação, por ano, percebe-se que 2013 apresentou o índice mais elevado 0,46 da série, sendo que em 2014 houve uma redução para 0,31, caindo para 0,17 em 2015, que foi o pior índice registrado no período. Porém no ano de 2016 a tendência de queda foi quebrada com uma tímida elevação, chegando a 0,19, até que em

2017 obteve um novo crescimento alcançando o índice de 0,32. Sendo assim, percebe-se que havia uma tendência de queda que foi até o ano de 2015, revertido por crescimentos contínuos nos anos subsequentes, demonstrando que a geração de caixa da organização apresenta uma tendência de alta, o que acompanha o resultado da acreditação.

De acordo o diretor administrativo do hospital, as reduções percebidas até o ano de 2015 foram, entre outros fatores, grandes impulsionadores do processo de acreditação, um cenário que solicitava mudança na forma de gerenciar os recursos internos da organização, visando melhorar o desempenho. Assim, após a primeira acreditação, no ano de 2015, nota-se a tendência de crescimento no índice, reforçando a tese de que as práticas de acreditação tiveram impactos positivos na saúde financeira e na geração de caixa, corroborando com a literatura (ASSAF NETO, 2002) sobre o a associação entre o aumento do EBITDA e das medidas de liquidez, motivadas diretamente por atividades de natureza operacional.

Neste sentido, faz-se útil a utilização do teste de hipótese para avaliar a existência de diferença estatisticamente significativa entre as médias durante o período completo de observação que foi de 2013 a 2017. Primeiramente, o teste de Análise de Variância (ANOVA) constatou que existe diferença estatisticamente significativa entre pelo menos um par de médias de valores anuais de liquidez imediata ao nível de significância de 1%, enquanto que o teste de Tukey demonstrou que há diferença estatisticamente significativa nos pares formados individualmente entre cada ano posterior com o ano inicial de 2013, com decréscimo nos primeiros anos, com a ocorrência de estagnação estatística dos valores de liquidez imediata do ano de 2015 para 2016, e por fim, com a retomada de crescimento a partir do ano de 2017.

Gráfico 2 - Índice de Liquidez imediata, período 2013 a 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Oliveira e Pimenta (2016) e Lourenço (2016) indicam que, em linhas gerais, quando a EBTIDA apresenta crescimento pode-se notar, consequentemente, o aumento da capacidade de geração de liquidez na instituição, sendo este um fator importante para indicar a capacidade de pagamento das despesas, podendo resultar num efeito positivo no ativo circulante.

Outro elemento que influencia positivamente na formação do caixa e consequente liquidez dos hospitais que alcançam a certificação é a redução da glosa hospitalar, que é o “[...] cancelamento parcial ou total do orçamento, por serem considerados ilegais ou indevidos, ou seja, referem-se aos itens que o auditor do plano de saúde não considera cabível o pagamento” (CESTARI; SOUZA-BRAGA; VALENTE; SOUZA; CARVALHO-ALVES, 2009). Como os processos apresentam substancial melhora, erros no preenchimento das contas hospitalares são diminuídos, reduzindo assim o percentual

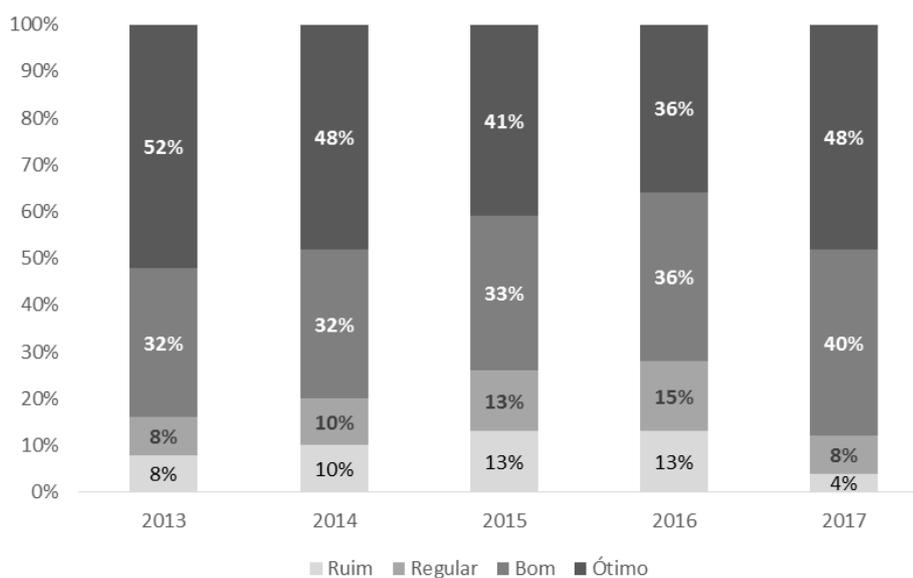
das glosas aplicadas pelos convênios e conseqüentemente aumentando as entradas financeiras dos hospitais. Essas ações de gestão foram incrementadas e fortemente incentivadas com o processo de acreditação, traduzindo-se em números reais para o hospital-caso em estudo.

Desempenho na Perspectiva dos Clientes: Satisfação

Referente a esta perspectiva, foi decidido pela investigação dos aspectos relativos a mensuração da satisfação dos clientes, dada sua relevância e recorrência como item de medição do desempenho (RAHIMI *et al.*, 2016; SEMNANI; ASADI, 2016; SILVA, 2012; CERETTA; QUADROS, 2003). Desta forma foram apurados os resultados de pesquisas de satisfação realizadas pelo hospital-caso no período de 2013 a 2017, verificando qual o nível de satisfação com os serviços prestados. Como forma de destacar o resultado geral da pesquisa de satisfação, se apresenta o Gráfico 3, com os resultados das pesquisas realizadas entre 2013 e 2017 estratificados e empilhados.

O Gráfico 3 apresenta a evolução da satisfação dos pacientes do hospital-caso apresentando o aumento e a redução simultânea de indicadores bons e ruins quanto a satisfação, antes (2013 e 2014), durante o processo de acreditação do hospital (2015) e após o processo inicial de acreditação e a evolução para o nível de acreditação em excelência (2017).

Gráfico 3 - Estratificação dos resultados pesquisa de satisfação, período 2013 a 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Assim, em linhas gerais notou-se que com a acreditação os índices positivos foram potencializados e os índices negativos de satisfação foram reduzidos. Estes resultados corroboram com a literatura que aponta para uma relação entre a implantação de processos de acreditação e a melhoria dos índices de satisfação na percepção dos clientes (MENDES; MIRANDOLA, 2015; RODRIGUES; LAGE, 2016; OLIVEIRA; MATSUDA, 2016). Ressalta-se, que de acordo com Rodrigues e Lage (2016), a finalidade de avaliar o nível de satisfação do cliente deve ser a busca pela melhoria da qualidade dos serviços prestados, não apenas para cumprir uma formalidade do processo, mas para se alcançar as metas estabelecidas. Para Rodrigues e Lage (2016) a acreditação diz respeito à melhoria nos processos, produtos e serviços, com aumento da satisfação dos clientes, melhoria da imagem da empresa, abertura de novos mercados e maior vantagem competitiva diante da concorrência.

Desempenho na Perspectiva dos Processos Internos (assistencial)

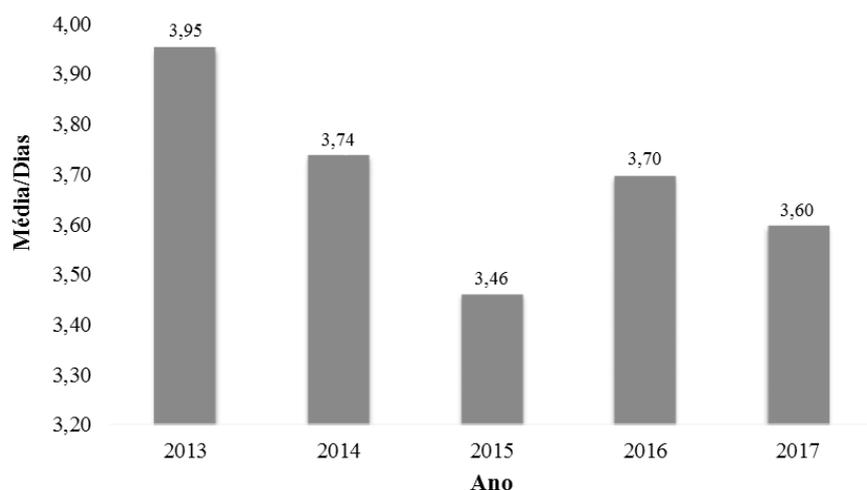
Para esta perspectiva, foram levantados alguns dos principais indicadores da área no hospital-caso, como forma de avaliar a influência que as certificações causaram em seus indicadores internos da área assistencial, estes foram: (1) giro de leito; e, (2) taxa de mortalidade.

Giro de Leito: No Gráfico 4, é possível observar a situação do índice giro de leito referente ao hospital-caso.

Os índices levantados, a partir dos dados disponibilizados pelo hospital-caso, se fundamentam no tempo médio (em dias) que os pacientes permanecem internados. O Gráfico 4 apresenta uma redução entre os anos de 2013 até 2015, demonstrando elevação no ano de 2016, caindo novamente no ano de 2017. Na verificação por ano, em 2013, o indicador obteve seu maior índice (3,95 dias), caindo para 3,74 em 2014, e chegando ao menor índice em 2015, que foi de 3,46. Contudo, no ano de 2016, a tendência de queda foi quebrada com o crescimento do índice para 3,70, até experimentar uma nova queda em 2017 chegando a 3,60. Em linhas gerais, o tempo médio de permanência dos pacientes internados no hospital-caso se enquadra nos menores parâmetros nacionais, considerando todo o recorte temporal em análise, não ultrapassando quatro dias de internação, dentro dos parâmetros propostos por Jones (2009).

Segundo dados da ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados), tomando por fontes a Organização Mundial de Saúde (OMS), Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Sistema Integrado de Indicadores Hospitalares ANAHP (SINHA), o índice nacional de giro de leito apresentou a seguinte tendência: 2014 (5,13); 2015 (5,15); 2016 (5,33); 2017 (5,34), toma-se com parâmetro a média de permanência em dia (ANAHP, 2018). Desta forma nota-se que em todos os anos deste estudo a média de giro de leito foi menor que a média nacional.

Gráfico 4 - Índice de giro de leito, período 2013 a 2017.



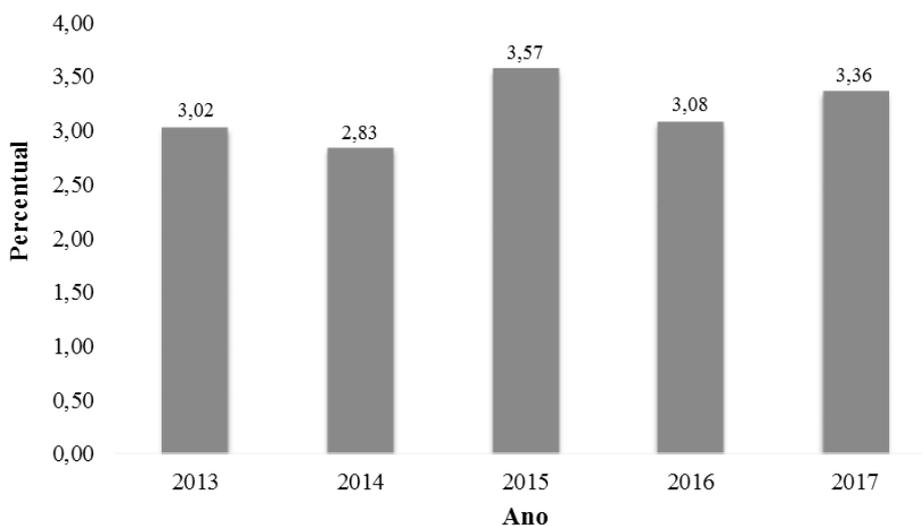
Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Raffa *et al.* (2017) defendem que a gestão de leitos deveria ser uma preocupação constante dos hospitais, requerendo investimentos estruturais e estratégicos para a resolução dos problemas emergentes, uma vez que evidências apontam que quanto mais tempo um paciente permanecer internado maiores os riscos de infecção hospitalar. Uma gestão de leitos eficientes não só pode evitar complicações

médicas, como, também, favorece a diminuição de custos e a melhoria na qualidade do atendimento (RAFFA *et al.*, 2017).

Taxa Mortalidade: para o cálculo do índice de mortalidade, o hospital-caso utilizou como referência a relação percentual entre o número de óbitos decorridos 24 horas após a admissão do paciente, conforme apresentado no Gráfico 5.

Gráfico 5 - Índice de Taxa de Mortalidade durante o período 2013 a 2017.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Analisando os dados do período, percebe-se uma oscilação do índice em todo o período, alcançando o seu pico em 2015, com os índices médios da parte final maiores do que da inicial.

Em 2016, houve uma redução chegando a 3,08%, até que no ano de 2017 voltou a crescer, quando atingiu o índice de 3,36%.

Considerando que a premissa principal do nível I do processo de certificação é a segurança do paciente, também o fato de que a organização pesquisada alcançou esse nível no final do ano de 2015 e o nível 3 no final do ano de 2017, poderia se imaginar que este indicador apresentasse índices de redução em relação ao início da série, porém os dados não corroboraram com essa expectativa. Parte da compreensão do aumento do índice deste indicador passa pelas informações prestadas pelo vice-diretor médico da organização em entrevista:

Em relação ao crescimento de mortalidade ao longo dos anos no hospital é interessante destacarmos alguns pontos, que são: (1) Mudança do perfil epidemiológico da população internada, houve uma tendência ao longo dos anos a uma maior quantidade de internações de pacientes com doenças mais graves e/ou em estado terminal (principalmente com a abertura de nosso serviço de oncologia); (2) Redução da oferta de assistência domiciliar a pacientes internados e que estão com casos terminais, o que leva a tendência dos hospitais modernos (como o nosso) ser o local para as pessoas morrerem atualmente; e (3) Análise de óbitos isoladamente, ou seja, sem considerar variações por população de pacientes (P3, 2019).

Considera-se que há uma variação significativa nas taxas de mortalidade dos hospitais brasileiros que podem ser justificadas, em grande parte, pelos serviços que disponibilizam e que caracterizam seus atendimentos. Mais especificamente, referem-se ao tipo de pacientes que atendem, aos serviços especializados oferecidos, que podem ser aplicados a classes de pessoas com maiores riscos de morte, ou não (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O Programa CQH (Compromisso com a Qualidade Hospitalar), vinculado ao Ministério da Saúde, divulgou dados de pesquisa realizada em 2011, com 76 hospitais, os dados indicaram uma taxa de mortalidade com mediana de 2,6%, no entanto apontou uma variação entre 0,0% à 15,7%, em decorrência das “[...] diferenças na especialização de atendimento, porte e nível de complexidade das instituições”, sendo que hospitais com alta complexidade de São Paulo apresentaram índices que variaram entre 3,4% a 5,3% (CQH, 2011, p. 43), categoria na qual se enquadra o hospital-caso.

Assim, de modo geral, verificam-se melhorias operacionais após o processo de acreditação do hospital-caso, sendo necessário uma investigação mais detalhada e qualitativa para compreender as nuances que influenciaram os indicadores giro de leito e taxa de mortalidade. Assim, no quesito indicadores de processos internos, os resultados, baseados no material recebido do hospital, são inconclusivos para atestar a efetividade da acreditação, como anteriormente já o fizeram Alástico e Toledo (2013) e Rosa e Toledo (2015), corroborando os estudos de Ng *et al.* (2013) e Prata, Lima e Oliveira (2009).

Desempenho na Perspectiva Aprendizado e Crescimento: Absenteísmo e Turnover

Os critérios desta perspectiva aplicam-se aos aspectos relativos ao ensino, capacitação, melhoria de práticas e serviços. No caso em estudo os indicadores utilizados foram: (1) taxa de rotatividade; e, (2) taxa de absenteísmo.

Absenteísmo: cabe resgatar que o absenteísmo é tido como o número de faltas não programadas que funcionários apresentam em determinado período (ARAÚJO, 2012), com uma definição abrangente, tal como: (1) por licença médica; (2) de forma voluntária, por questões particulares; e, (3) absenteísmo legal, tais como licença maternidade, serviço militar, entre outros (MAIA, 2002; REIS; LA ROCCA; SILVEIRA; BONILLA; NAVARRO; MARTÍN, 2003). Neste sentido, computou-se no cálculo do absenteísmo toda ausência do trabalho, justificada ou não por atestado médico, e atrasos.

Tomando por base o período de estudo, notou-se uma queda significativa neste índice relativo ao absenteísmo, totalizando uma redução de 48,04%. Na discriminação por ano percebe-se que 2014 apresentou o percentual mais elevado (2,85%), seguido de 2013 com 2,81%. A partir do ano de 2015 indica-se uma involução, com índice mais baixo em 2017 (1,46%). Ressalta-se que, em termos percentuais, os índices dos anos de 2013 a 2015 são próximos e que a queda mais relevante aconteceu em 2017. Assim, os resultados encontrados nesta pesquisa corroboram os achados de Rosa e Toledo (2015), acerca da promoção da saúde física e do bem-estar moral dos trabalhadores relacionada aos processos de acreditação, com redução do absenteísmo.

Rotatividade (*turnover*): entende-se que a rotatividade em áreas como a da saúde, mais especificamente, pode ser considerada um fator crítico, pois pode comprometer a efetivação de um modelo de qualidade, impactando diretamente na qualidade e a produtividade dos serviços prestados, podendo produzir, inclusive, efeitos financeiros prejudiciais (GIOVANI, VIEIRA, 2013).

Analisando a rotatividade do hospital-caso, verificou-se uma queda significativa nos índices relativos à rotatividade, totalizando uma redução 42,79% no período. Na discriminação por ano percebe-se que, em 2013, apresentou o percentual mais elevado (2,22%), com redução constante até o ano de 2017, o qual apresentou o menor índice da série apurada, registrando o percentual de 1,27%.

A redução citada a partir de 2014 não pode ser atribuída ao processo de acreditação, uma vez que as práticas só foram implantadas na Instituição no segundo semestre de 2015. Por outro lado, a redução apurada, nos anos de 2016 a 2017, estão alinhadas com a consolidação da acreditação nos níveis I (Segurança do Paciente), 2 (Organização) e com o final da implementação no nível 3 (Práticas de Gestão da Qualidade), conforme se demonstra no Gráfico 6.

Gráfico 2 - Índice de Rotatividade, período 2013 a 2017.



Fonte: Elaboração própria, 2019.

Infere-se que todas as melhorias nos processos decorrentes da acreditação possam ter realizado um impacto decisivo na diminuição da rotatividade de seus colaboradores, uma vez que as próprias práticas administrativas inseridas neste contexto contribuem para isso, evitando as consequências nefastas da alta rotatividade previstas por Stancato e Zilli (2010), tais como a impossibilidade de manter equipes integradas, a diminuição da produtividade, dificuldades para novas contratações e insegurança transmitida aos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa teve como objetivo investigar em que medida a implantação de processos de acreditação foi capaz de promover a melhoria do desempenho na organização hospitalar em estudo. Para mensurar o desenvolvimento do desempenho no período delimitado de 2013 a 2017 (antes e após a primeira acreditação, no ano de 2015), foram utilizadas as perspectivas propostas pelo *Balanced Scorecard* (BSC).

Considera-se que a presente pesquisa verificou, em certa medida, quais os impactos e influências que as certificações exercem sobre o desempenho de um hospital, por meio da análise da evolução de diferentes indicadores em período anterior e posterior ao processo de implantação das certificações de qualidade.

Assim, concluiu-se com a análise que a implementação dos processos de acreditação no hospital-caso resultou em melhorias no desempenho, corroborando pesquisas anteriores, como as de Lay e Tsay (2003), Rosa e Toledo (2015), Alástico e Toledo (2013), Araújo, Figueiredo e Figueiredo (2015) e Machado, Martins e Martins (2013). Tendo como referência a análise dos indicadores das quatro perspectivas do BSC, notou-se que o processo de acreditação impactou positivamente em seis dos sete indicadores analisados, trazendo assim uma evidente melhoria de desempenho para o hospital-caso após o processo de acreditação.

Como limitações da pesquisa podem-se destacar as inerentes ao estudo de caso, notadamente quanto a extrapolação dos resultados. Assim, recomenda-se para futuras pesquisas que outros hospitais do Brasil, que também tenham passado pelo processo de acreditação hospitalar, possam ter os seus indicadores analisados, para confirmar de qual maneira o processo de acreditação impactou os processos internos organizacionais. Recomenda-se ainda a realização de estudo comparativo entre hospitais de

diferentes contextos, para avaliar se a implementação dos processos de acreditação apresenta resultados similares.

Por fim, esta pesquisa contribui para evidenciar maiores informações sobre a acreditação hospitalar, com especial contribuição à pesquisa na Região Norte do Brasil. Em termos de devolutiva para o hospital-caso, os resultados alcançados permitiram apresentar um mapeamento dos pontos fracos e fortes da organização, a partir dos indicadores escolhidos para análise neste estudo, o que por sua vez, estimulou a avaliação de forma concreta dos efeitos da acreditação, bem como a disponibilização de informações para possíveis melhoramentos do planejamento estratégico visando o alcance das metas institucionais.

REFERÊNCIAS

ACHÃO FILHO, N.; ANACLETO, M. A.; OLIVEIRA, M. J. F. de. A simulação como método de avaliação da qualidade de atendimento e fonte de dados para o BSC na emergência do Hospital Municipal Miguel Couto. **SPOLM: Simpósio de Pesquisa Operacional e Logística da Marinha**, Rio de Janeiro, 2008.

ALÁSTICO, G. P. **Impacto das práticas de acreditação no desempenho hospitalar: um survey em hospitais do Estado de São Paulo**. 2013. 207 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2014.

ALÁSTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. de. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gest. Prod.**, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013.

ALHARBI, F.; ATKINS, A.; STANIER, C. *Understanding the determinants of Cloud Computing adoption in Saudi healthcare organizations*. **Complex & Intelligent Systems**, v. 2, n. 3, p. 155-171, 2016.

ANAHP. Associação Nacional de Hospitais Privados. Disponível em: << <https://www.anahp.com.br/>>> Acesso em: 12/2018.

ALTES, A. G.; ZONCO, L.; BORRELL, C., PLASENCIA, A. *Measuring the performance of health care services*. **Gaceta Sanitária**, v. 20, n.4, 2006.

ARAÚJO, C. A. S.; FIGUEIREDO, O. H. dos S.; FIGUEIREDO, K. O que Motiva os Hospitais Brasileiros a Buscar a Acreditação? **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, v. 4, n. 1, p. 17-28, 2015.

ARAÚJO, J. P. **Afastamento do trabalho: Absenteísmo e presenteísmo em uma Instituição Federal de Ensino Superior**. Dissertação de Mestrado. Brasília, 2012.

ASSAF NETO, Alexandre. **Estrutura e Análise de Balanços**. 7ª ed. São Paulo: Atlas, SAPORITO, 2002.

BASINSKI, A.S.H.; NAYLOR, C.D.; FERRIS, L.E.; WILLIAMS, J.I.; LLEWELLYN-THOMAS, H.Á.; COHEN, M.M. *Quality of care: I. What is quality and how can it be measured?* **Health Services Research Group**. Can. Med. Assoc. J. 146:2153-8, 1992.

BRASIL. ANVISA. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária**. Resolução RDC no 27 de 17 de maio de 2012, p. 1–12, 2012.

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

BRUNI, A. L. **A Análise Contábil e Financeira**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2011.

CESTARI, T. F.; SOUZA-BRAGA, A. L. de; VALENTE, G. S. C.; SOUZA, D. F. de; CARVALHO-ALVES, E. M. Auditoria de enfermagem: o impacto das anotações de enfermagem no contexto das glosas hospitalares. **Aquichán**, v. 9, n. 1, p. 38-49, 2009.

CERETTA, P. S.; QUADROS, C. J. de. Implementação do *Balanced Scorecard*: um caso prático. **Revista Eletrônica de Administração**, v. 9, n. 4, 2003.

CHOUAID, C.; HEJBLUM, G.; GUIDET, B.; VALLERON, A. J. *The evaluation of health care outcomes and hospital performance indicators*. **Revue des Maladies Respiratoires**, v. 23, n. 4 Suppl, p. 13S87-98; quiz 13S158, 13S159, 2006.

COLUCCI, D. G.; PUIG, N. R.; HERNANDEZ, P. R. *Influence of anaesthetic drugs on immune response: from inflammation to immunosuppression*. **O. A. Anaesthetics**, v. 1, n. 3, p. 21, 2013.

COSTA, F. M.; VIEIRA, M. A.; SENA, R. R. de. *Disease-related absenteeism among nursing team members in a teaching hospital*. **Revista brasileira de Enfermagem**, v. 62, n. 1, p. 38-44, 2009.

DALRYMPLE, P.W.; SCHERRER, C.S. *Tools for improvement: a systematic analysis and guide to accreditation by the JCAHO*. **Bulletin of the Medical Library Association**, v. 86, n. 1, p. 10, 1998.

GIOVANI, M. S. P.; VIEIRA, C. M. Longitudinalidade do cuidado diante da rotatividade de profissionais na Estratégia Saúde da Família RECIIS – R. **Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.7, n.4, Dez., 2013.

GLADIS, J.; JACQUES, J. E. **Análise do Desempenho Hospitalar**: Uma Abordagem Através do. EnANPAD, p. 1–15, 2006.

GONZAGA, G.; CAYRES PINTO, R. **Rotatividade do trabalho e incentivos da legislação trabalhista**. Texto para discussão, 2014.

GRIGOROUDIS, E.; ORFANOUDAKI, E.; ZOPOUNIDIS, C. *Strategic performance measurement in a healthcare organization: A multiple criteria approach based on balanced scorecard*. **Omega**, v. 40, n. 1, p. 104-119, 2012.

JONES, R. *Emergency admissions and hospital beds*. **British Journal of Healthcare Management**, v. 15, n. 6, p. 289-296, 2009.

KAPLAN, R. S. *Conceptual Foundations of the Balanced Scorecard*. **Harvard Business School**. [s.l: s.n.] 2010.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. *Focusing your organization on Strategy - With the Balanced Scorecard*. **Harvard Business Review**, p. 243–256, 2004.

_____. *Translating Strategy into Action: the balanced scorecard*. Massachusetts: **Harvard Business School Press**, 1996.

_____. *El Cuadro de Mando Integral*. Barcelona: **Ediciones Gestión2000**, 2000.

_____. *The strategy focused organization: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment*. Massachusetts: **Harvard Business School Press**, 2001.

KLASSEN, A.; MILLER, A., ANDERSON, N., SHEN, J., SCHIARITI, V.; O'DONNELL, M. *Performance measurement and improvement frameworks in health, education, and social services systems: a systematic review*. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 22, n. 1, p. 44-69, 2009.

- KRUK, M. E.; FREEDMAN, L. P. *Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature*. **Health Policy**, v. 85, n. 3, p. 263-276, 2008.
- LAI, M. C.; TSAY, W. D. *Total Quality management practices and hospitals performance*. In: **Anual meeting of the western decision sciences**, 32, Hawaii, 2003.
- LOURENÇO, A. T. T. **Desempenho estratégico na gestão hospitalar**: análise multicritério para suporte ao *Balanced Scorecard*. Dissertação de Mestrado. Universidade Tecnológica Federal do Paraná. 2016.
- MACHADO, J. P.; MARTINS, A. C. M.; MARTINS, M. S. *Quality assessment of hospital care in Brazil: a systematic review*. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 6, p. 1063-1082, 2013.
- MACINATI, M. S. *The relationship between quality management systems and organizational performance in the Italian National Health Service*. **Health policy**, v. 85, n. 2, p. 228-241, 2008.
- MAIA, T. P.; ROQUETE, F. F. Um Olhar sobre a Acreditação Hospitalar no Brasil: a Experiência da *Joint Commission International* (JCI). **Anais do XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**, v. 16, 2014.
- MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; ALVES, M. Influência da comunicação no processo de acreditação hospitalar. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 1, p. 46–51, 2013.
- MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M. CORRÊA, A. dos R. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 2, p. 388-394, 2012.
- MATOS, L. F. **A utilização do Balanced Scorecard para monitorar o desempenho de um Hospital**. 2006. Tese de Doutorado.
- MARTINS, V. Acreditação Em Organizações De Saúde: Um Estudo Exploratório. **Cadernos da FUCAMP**, v. 1, p. 30–44, 2013.
- MENDES, G. H. S.; MIRANDOLA, T. B. S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. **Gestão & Produção**, v. 22, n. 3, p. 636-648, 2015.
- NG, K. B.; LEUNG, G. K.; JOHNSTON, J. M.; COWLING, B. J. *Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis*. **Hong Kong Medical Journal**, 2013.
- OLIVEIRA, V. C. de; PIMENTA, P. H. Análise das Demonstrações Financeiras: Uma Ferramenta Gerencial de Manutenção nas Empresas. **SYNTHESIS Revista Digital FAPAM**, v. 7, n. 7, p. 17-31, 2016.
- OLIVEIRA, J. L. C. de; MATSUDA, L. M. Vantagens e dificuldades da acreditação hospitalar: a voz dos gestores da qualidade. **Escola Anna Nery**, v. 20, n. 1, p. 63-69, 2016.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Informe sobre la Salud en el Mundo**. [s.l.: s.n.]. 2003.
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**, Brasília: ONA, 2010.
- _____. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**, Brasília: ONA, 2012.
- _____. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**, Brasília: ONA, 2016.
- _____. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**, Brasília: ONA, 2017.
- _____. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**, Brasília: ONA, 2018.

- PRATA, D. G. B.; LIMA, S.; OLIVEIRA, F. de. Acreditação e qualidade dos serviços de saúde no Brasil: uma revisão integrativa. **FgvSP**, p. 1–14, 2013.
- QUESADO, P. R.; RODRIGUES, L. L.; GUZMÁN, B. A. O *tableau de bord* e o *balanced scorecard*: uma análise comparativa. **Revista Contabilidade e Controladoria**, v. 4, n. 2, 2012.
- RAFFA, C.; MALIK, A. M.; PINOCHET, L. H. C. *The challenge of mapping variables in beds management in private hospital organizations*. **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde - RGSS**, v. 6, n. 2, p. 124-141, 2017.
- RAHIMI, H.; KAVOSI Z.; SHOJAEI, P.; KHARAZMI, E. *Key performance indicators in hospital based on balanced scorecard model*. **Journal of Health Management and Informatics**, v. 4, n. 1, p. 17-24, 2016.
- REIS, R. J. D.; LA ROCCA, P. D. F.; SILVEIRA, A. M.; BONILLA, I. M. L.; NAVARRO, I. G. A.; MARTÍN, M. Fatores relacionados ao absentismo por doença em profissionais de enfermagem. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, p. 616-623, 2003.
- RIBEIRO, C. O controlo de gestão nas unidades de saúde: o *Balanced Scorecard*. **Revista TOC**, n. 100, p. 61-66, 2008.
- RODRIGUES, A. C.; LAGE, M. L.C. Utilização de sistemas, técnicas e ferramentas de gestão da qualidade em organizações de saúde acreditadas no Brasil. **RAHIS**, v. 13, n. 1, 2016.
- RODRIGUES, J. M.; TORRES, H. O. da G. Eficiência/desempenho hospitalar e resultados da gestão de recursos humanos—uma aproximação possível? **Gestão e Sociedade**, v. 9, n. 24, p. 1128-1142, 2015.
- ROSA, G. M.; TOLEDO, J. C. de. Gestão de riscos e a norma ISO 31000: importância e impasses rumo a um consenso. **V Congresso Brasileiro De Engenharia De Produção**, 2015.
- SCHOUT, D.; NOVAES, H. M. D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, p. 935-944, 2007.
- SEMNANI, F.; ASADI, R. *Designing a Developed Balanced Score-card Model to Assess Hospital Performance Using the EFQM, JCI Accreditation Standards and Clinical Governance*. **J. Bus. Hum. Resour. Manag.**, v. 1, n. 005, 2016.
- SILVA, I. P. T. **Gestão Estratégica: Balanced Scorecard para uma entidade hospitalar**. 2012. Tese de Doutorado. Instituto Politécnico do Porto. Instituto Superior de Contabilidade e Administração do Porto.
- SMITS, H.; SUPACHUTIKUL, A.; MATE, K. S. *Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries*. **Globalization and Health**, v. 10, p. 65, 2014.
- SMITS, P. A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, D.; SICOTTE, C.; PRÉVAL, J. *Conceptualizing performance in accreditation*. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 20, n. 1, p. 47-52, 2007.
- STANCATO, K.; ZILLI, P. T. Fatores geradores da rotatividade dos profissionais de Saúde: uma revisão de literatura. **Revista de Administração em Saúde**, v. 12, n. 47, p. 87-99, 2010.
- TABRIZI, J. S.; GHARIBI, F.; WILSON, A. J. *Advantages and disadvantages of health care accreditation models*. **Health Promotion Perspectives**, v. 1, n. 1, p. 1, 2011.
- VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C. R.; LEZANA, Á. G. R. Como gestores hospitalares utilizam indicadores de desempenho? **RAE-Revista de Administração de Empresas**, v. 54, n. 5, p. 496-509, 2014.