

INDICADORES DE DESEMPENHO EM UNIDADES ASSISTENCIAIS ONCOLÓGICAS DO SEGMENTO SUPLEMENTAR

PERFORMANCE INDICATORS IN ONCOLOGY ASSISTANCE UNITS OF THE SUPPLEMENTARY SEGMENT

INDICADORES DE DESEMPEÑO EN UNIDADES DE ATENCIÓN ONCOLÓGICA DEL SEGMENTO SUPLEMENTARIO

Verneck Ferreira da Silva
Unigranrio
verneck.silva@unigranrio.br

Roberto Pessoa de Queiroz Falcão
Unigranrio
robertopqfalcao@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

Objetivo: este estudo tem por objetivo identificar os indicadores de desempenho utilizados em instituições privadas do segmento oncológico da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. **Método:** o presente trabalho segue a triangulação metodológica pelo uso de métodos múltiplos. **Fundamentação teórica:** o Sistema de Medição de Desempenho (SMD) permite às empresas controlar, medir e planejar seu desempenho com base em estratégias definidas. **Resultados:** a unidade assistencial UAI apresenta 56 indicadores, incluindo as perspectivas assistenciais, financeiras e de manutenção. Já a unidade assistencial UA3 conta com 27 indicadores, com foco no perfil do paciente em tratamento, nos indicadores de produção e nos desfechos clínicos, havendo somente um indicador que faz referência à questão financeira. Por fim, a unidade assistencial UA2 apresenta 13 indicadores e tem o perfil voltado para o paciente e a produção da unidade. **Conclusões:** os resultados das pesquisas mostraram que o SMD é norteado pelos indicadores de produção e pelos tratamentos realizados, faturados e recebidos por meio das unidades verticalizadas.

Palavras-chave: indicadores de desempenho; saúde suplementar; oncologia.

ABSTRACT

Objective: this study aims to identify the performance indicators used in private oncology institutions of the Metropolitan Region of Rio de Janeiro. **Method:** the present work follows methodological triangulation using of multiple methods. **Theoretical foundation:** the Performance Measurement System allows companies to control, measure, and plan their performance based on defined strategies. **Results:** the UAI assistance unit presents 56 indicators, including assistance, financial, and maintenance perspectives. The UA3 care unit has 27 indicators, focusing on the profile of the patient undergoing treatment, production indicators, and clinical outcomes; there is only one indicator that referring to the financial issue. Finally, the UA2 care unit has 13 indicators, and a profile focused on the patient and the unit's production. **Conclusions:** research results showed that SMD are guided by production indicators and treatments performed, billed and received through verticalized units.

Keywords: performance indicators; supplementary health; oncology.

RESUMEN

Objetivo: este estudio tiene como objetivo identificar los indicadores de desempeño utilizados en instituciones privadas del segmento de oncología de la Región Metropolitana de Río de Janeiro. **Método:** el presente trabajo sigue la triangulación metodológica mediante el uso de múltiples métodos. **Fundamento teórico:** el Sistema de Medición del Desempeño (SMD) permite a las empresas controlar, medir y planificar su desempeño en función de estrategias definidas. **Resultados:** la unidad asistencial UAI presenta 56 indicadores, incluyendo las perspectivas asistenciales, financieras y de mantenimiento. En la unidad asistencial UA3 hay 27 indicadores, centrados en el perfil del paciente en tratamiento, en los indicadores de producción y en los resultados clínicos; con un púnico indicador referido a la cuestión financiera. Por fin, la unidad asistencial UA2 cuenta con 13 indicadores y tiene un perfil centrado en el paciente y la producción de la unidad. **Conclusiones:** los resultados de la investigación mostraron que lo SMD se guía por los indicadores de producción y por los tratamientos realizados, facturados y recibidos a través de las unidades verticalizadas.

Palabras clave: indicadores del desempeño; salud suplementaria; oncología.

INTRODUÇÃO

A avaliação do desempenho, objeto de estudo desta pesquisa, é um dispositivo capaz de fornecer informações, por meio de metodologias e ferramentas legítimas validadas científica e socialmente, sobre a saúde ou qualquer um dos seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos que podem ter

pensamentos diferentes se construírem e se posicionarem (individual ou coletivamente) diante de um pensamento capaz de se transformar em ação (CONTANDRIOPOULOS, 2006).

No Brasil, a avaliação da saúde parte da premissa da utilização de indicadores tradicionais, baseados na relação produtividade e produção (cirurgias por sala, ocupação por leitos, taxa de óbitos etc.). No entanto, há, ainda, uma problemática quanto à necessidade da utilização de outros indicadores que possam oferecer efetivamente ideias a respeito da qualidade dos serviços prestados. Sob esse ponto de vista, o controle da qualidade, ao eliminar ou reduzir procedimentos dispensáveis, torna-se um importante moderador de custos — tese que vai de encontro aos estudos de Azevedo (1991).

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

Esse cenário de incertezas quanto à eficácia dos serviços prestados na saúde suplementar torna-se ainda mais delicado quando se analisa o segmento oncológico, tendo em vista que o tratamento contra o câncer é de alto custo devido aos inúmeros tipos de protocolos disponíveis para cada tipo de neoplasia e aos gastos inerentes no curso do tratamento com cirurgias, hormonioterapias, imunoterapias, quimioterapias, radioterapias e cuidados integrados a esses pacientes (ELIAS *et al.*, 2020).

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

Diante desse panorama, esta pesquisa tem por objetivo identificar e investigar os indicadores de desempenho utilizados em três instituições privadas do segmento oncológico da Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RMRJ) e discutir os impactos do uso deles. Nesse sentido, a busca por indicadores de desempenho adequados ao setor da saúde pode vir a ser uma forma de mitigar os riscos inerentes às suas atividades, de modo a reduzir as assimetrias de informação, bem como garantir a qualidade na assistência prestada. Para tanto, justifica-se a realização de um estudo de casos múltiplos, com finalidade exploratório-descritiva, considerando três unidades de análise. O presente trabalho traz como contribuições para gestão hospitalar e da área da saúde a análise e a discussão dos impactos da utilização de indicadores para os sistemas de gestão hospitalar.

REFERENCIAL TEÓRICO

Indicadores de Desempenho de Processo (*Key Performance Indicators* — KPI)

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

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

Khalifa e Khalid (2015) classificaram os KPIs em três níveis de desempenho (indicadores operacionais, táticos e estratégicos), seis níveis de dimensões de desempenho (segurança, eficácia, eficiência, pontualidade, foco no paciente e equidade) e três níveis de componentes do sistema (estrutura,

processos e resultados). Segundo Hourneaux Junior (2005), os indicadores devem ser simples no entendimento e no uso, ter escopo específico, ter uma meta definida e ser objetivos, mantendo o significado ao longo do tempo. Sendo assim, a mensuração representa um instrumento valioso de gestão do segmento do serviço de saúde, à medida que subsidia o planejamento e a formulação de uma intervenção, assim como as decisões sobre manutenção, aperfeiçoamento, mudança de rumo ou interrupção de práticas (BARROS, 2008).

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

Trabalhos recentes utilizando indicadores de performance em hospitais incluem os realizados por Pestana, Pereira e Moro (2020), que discorrem sobre a carência de estudos sobre KPI de produtividade; os de Rahman *et al.* (2019), que criaram modelos preditivos dos KPIs, levando, assim, a uma previsão do desempenho de uma instituição hospitalar, e os de Lai *et al.* (2022), os quais afirmam que, mesmo com toda a importância que os KPIs possuem, há pouca atenção acadêmica a nível de produção sobre o tema, o que fomenta estudos adicionais, especialmente para instituições oncológicas.

Sistema de Medição de Desempenho (SMD)

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

Segundo O'Mara, Hyland e Chapman (1998), um sistema de medição de desempenho vai além do fornecimento de dados imprescindíveis para controlar as várias atividades da empresa; ele também influencia na tomada de decisão e no comportamento organizacional. Martins (1999) aponta as características que um SMD deve possuir:

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

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

Trabalhos recentes utilizando medição de desempenho em saúde incluem o de Garcia (2020), que, por meio de modelos matemáticos e de base histórica, analisou as eficiências de instituições de saúde, e o de Oleskovicz (2020), que analisou a criação de modelos que otimizassem o agendamento de consultas, levando, assim, a um ganho de desempenho.

Tableau de Bord

O precursor dos sistemas de avaliação de desempenho organizacional é chamado de *Tableau de Bord*, criado na França em 1932, quando “engenheiros de processos buscavam novas formas de melhorar

a produção, desenvolvendo um melhor entendimento das relações de causa e efeito” (EPSTEIN; MANZONI, 1997, p. 3).

A origem do nome deriva da similaridade funcional a um painel de instrumentos de navegação existente em aviões ou automóveis. Entretanto, no início, o *Tableau de Bord* consistia em um conjunto de medidas físicas de desempenho, com linguagem da engenharia, mas não para fins contábeis (EPSTEIN; MANZONI, 1997).

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

Apesar de ser um sistema com 90 anos, as semelhanças com o *dashboard* fazem com que seu uso esteja presente nas organizações de saúde, conforme mostrado por Hamouda *et al.* (2021) e Lemaire (2021), inclusive com estudos da criação de *dashboard* específico para um pronto-socorro. Além disso, há estudos também sobre a criação deste último (MARKAOUI; HASSINE, 2018) para uma rede assistencial da Inglaterra.

Balanced Scorecard

O *Balanced Scorecard* (BSC) foi criado em 1992 pelos professores da *Harvard Business School*, os consultores Robert Kaplan e David Norton, e foi resultado de um ano de estudo realizado em 12 empresas líderes de medição de desempenho, por meio de um projeto denominado *Measuring Performance in the Organization of the future* (Avaliando o Desempenho das Organizações do Futuro) (KAPLAN; NORTON, 2005).

O BSC é um método de medição de gestão do desempenho com base em um conjunto de indicadores que proporciona aos gestores uma visão rápida e abrangente de toda a empresa. As etapas do método incluem definição da estratégia de negócios e gestão de negócios, do serviço e da qualidade, tendo sua implementação realizada por meio de indicadores de desempenho (KAPLAN; NORTON, 2005).

Kaplan e Norton (1997) afirmam que o BSC apresenta quatro perspectivas diferentes que buscam equilibrar os objetivos de curto e longo prazos, juntamente com os resultados desejados e os vetores de desempenho desses resultados, as medidas concretas e as medidas subjetivas mais imprecisas.

Até hoje são analisadas as aplicações do BSC na área da saúde. Estudos do Canadá apontam como a utilização desse método pode melhorar o desempenho organizacional (BEN FRADJ; BOUKHERROUB; OLIVIER, 2021). No Irã, pesquisas relatam (HATEFI; HAERI, 2019) a aplicação do BSC para a avaliação do desempenho de um hospital. Já no tocante à sua contribuição para a teoria da gestão empresarial, o BSC refere-se ao conceito de mapa estratégico, revelando a relação causal dos indicadores estratégicos e possibilitando às empresas uma reflexão sobre seus modelos de negócios e suas estratégias de feedback (CEZARINO *et al.*, 2014).

Net Promoter Score (NPS)

O *Net Promoter Score* (NPS) foi estabelecido no final de 2003 pelo diretor da Bain & Company, Fred Reichheld. O norte-americano publicou um artigo na *Harvard Business Review* intitulado *The One Number You Need To Grow* (O número de que você precisa para crescer) que, posteriormente, em 2006, acabou se tornando o livro *The ultimate question* (A pergunta definitiva). O *Net Promoter Score* é uma métrica desenvolvida para medir a satisfação e/ou a fidelidade do cliente, além de mensurar a lealdade do relacionamento entre o consumidor e a empresa (RUFINO; CIRIBELI, 2019).

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

- a) promotores – são os que deram notas 9 e 10 na escala proposta;
- b) neutros – são os satisfeitos, mas pouco entusiasmados, e que podem migrar para o concorrente. São os que deram notas 7 e 8 na escala proposta;
- c) detratores – são aqueles que estão infelizes com o produto ou o serviço. São os que deram notas iguais ou menores que 6 na escala proposta. Essa relação ruim muitas vezes é mantida ou sustentada de diversas formas:

— obrigatoriedade de usar o produto ou o serviço pelo fato de não poder adquirir outro no momento;

— por questões contratuais, estando preso a eles, por exemplo, a unidades próprias pertencentes aos planos de saúde que atendem a seus assegurados.

Para calcular o NPS, deve-se realizar o cálculo do percentual de clientes promotores (P) e subtrair dele o percentual de clientes detratores (D) (MIZUTANI, 2016; REICHHELD; MARKEY, 2012), obtendo a seguinte equação: $\% \text{ NPS} = \% \text{ P} - \% \text{ D}$.

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

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

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

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

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

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

Segundo Marley (2015), existem, basicamente, dois ciclos: um interno (interação como cliente) e outro externo (ações processuais frente ao feedback). Já Rajasekaran e Dinesh (2018) argumentam que, no momento em que algum feedback é registrado por um cliente, primeiro a equipe tenta resolver os problemas do detratore e recuperá-los, depois o objetivo é transformá-los em promotores que contam a outras pessoas sobre a transformação de sua experiência. Essa abordagem é chamada de mobilização de promotores. Para conduzir ações e otimizar a experiência do cliente, deve-se descobrir os motivos da insatisfação, o que impulsiona a fidelidade do cliente, e por que os detratores estão insatisfeitos.

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

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

O NPS 2.0 já foi estudado na área de saúde no trabalho realizado por Duarte *et al.* (2012), demonstrando os benefícios de seu uso no recrutamento e na manutenção de doadores de sangue. Nesse trabalho, os autores afirmam que o sangue é um insumo insubstituível e, sem os doadores, seria impossível a realização de procedimentos médicos que necessitam da transfusão.

O uso do NPS em organizações de saúde mostra como o paciente é o bem mais precioso numa perspectiva integrada que pode trazer melhorias para a instituição, como aconteceu no estudo conduzido por Alismail *et al.* (2020), em uma clínica de alergia, nos EUA, no qual os autores compararam o uso de um tablet para responder a um questionário no momento do atendimento e o método tradicional, com telefonemas e e-mails após a realização do atendimento. Ainda sob a ótica da gestão de uma operadora de saúde, Palmer (2021) pesquisou a implementação do NPS por operadoras como uma forma de fidelização do cliente.

METODOLOGIA

Caracterização da pesquisa

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

Segundo Yin (2015), o uso da triangulação favorece a validade da pesquisa, uma vez que faz uso de diferentes fontes de dados, gerando, assim, várias avaliações simultâneas do mesmo fenômeno. Logo, múltiplas fontes de dados são melhores que uma única fonte de evidência.

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

Com relação aos procedimentos técnicos, a pesquisa realizada consistiu em um estudo de casos múltiplos, que, segundo Yin (2015, p. 32), possibilita investigar “um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto, especialmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos”. Desse modo, das cinco unidades que responderam ao convite para participar da pesquisa, somente três faziam o uso de indicadores na gestão das unidades pesquisadas. Devido à inexistência do uso de indicadores, duas unidades foram excluídas do estudo.

Caracterização das unidades de análise

Foram analisadas três unidades ambulatoriais do segmento oncológico complementar na RMRJ. A primeira delas (UA1) pertence a uma rede de seis unidades ambulatoriais, com serviços de consultas e tratamentos de quimioterapia e radioterapia. Essa rede assistencial possui unidades em vários estados com acreditação internacional e é adotante de um sistema próprio criado após a descontinuação do BSC. A segunda (UA2) é um centro médico onde há um ambulatório de oncologia, com serviços de consultas e tratamento quimioterápico. Por sua vez, a terceira (UA3) pertence a um hospital e, assim como a UA2, está ligada a uma operadora de plano de saúde e oferece serviços de consulta e quimioterapia, onde realiza o controle dos indicadores por meio do *dashboard*, um painel de síntese de informações bem semelhante ao *Tableau de Bord*.

No que se refere à quantidade de habitantes onde a amostra representativa se encontra, 12.353.030 pessoas residem na RMRJ, que conta com um PIB de R\$ 759 bilhões e possui participação nos procedimentos conforme tabela abaixo.

Tabela I – Números de atendimentos oncológicos no Rio de Janeiro - ano base 2019

Terapias oncológicas	Terapias realizadas no Brasil	Terapias realizadas no Estado do Rio de Janeiro	Terapias realizadas na RMRJ (estimativa)
Radioterapia	545.070	31.177	19.052
Quimioterapia	1.834.312	58.708	35.876

Fonte: adaptado de Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS, 2020)

Os dados obtidos na Tabela I foram informados pelas unidades assistenciais com base na Terminologia Unificada da Saúde Suplementar (TUSS), que passou a ser obrigatória após a Criação da Resolução Normativa nº 305, de 9 de outubro de 2012 (BRASIL, 2012). Esta adotou a padronização dos códigos dos procedimentos contidos na Tabela TUSS.

Procedimento de coleta e análise dos dados

De forma resumida, seguindo a metodologia da triangulação proposta por Yin (2015), apresentam-se as três estratégias de coletas de dados utilizadas: levantamento de dados documentais, como relatório e planilha extraídos do sistema de gerenciamento; elaboração de questionário para levantamento de dados; entrevistas semiestruturadas com representantes das unidades assistenciais.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores das unidades pesquisadas. Segundo Cooper e Schindler (2016) e Flick (2008), essa técnica de coleta de evidências ocorre quando o pesquisador inicia a investigação empregando um roteiro de perguntas previamente definido, que pode sofrer alterações caso seja pertinente à pesquisa. O instrumento de coleta adotado foi elaborado pelos pesquisadores e validado por meio de um caso-piloto aplicado na UAI. A coleta dos dados nas três unidades foi realizada entre os meses de maio e outubro de 2021, com duração média de 39 minutos cada entrevista. Elas foram gravadas com posterior transcrição na íntegra, conforme a metodologia proposta por Gioia, Corley, Hamilton (2013), de forma a assegurar o que os autores chamam de “rigor qualitativo”. Para a análise dos dados, adotou-se a metodologia da triangulação conforme informado anteriormente.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seção de análise e discussão dos resultados foi estruturada em duas partes. A primeira é composta da análise individual das instituições e a segunda apresenta a análise conjunta das entrevistas realizadas nas três instituições.

Análise individual das unidades

A partir dos conceitos expostos no referencial teórico, identificaram-se as categorias de estudo, que foram agrupadas conforme as unidades de análise. Assim, o Quadro I apresenta a consolidação dos indicadores de desempenho usados na primeira unidade assistencial estudada (UAI).

Quadro I – Indicadores operacionais da UAI

Indicador	Periodicidade	Definição/Critério da Meta	Categoria
Taxa de Ligações Abandonadas de Pacientes	Mensal	Dados históricos	Gestão Administrativa
Tempo Médio de Espera – Tele Gestão Administrativa	Mensal	Tempo de espera de 60seg determinado legalmente para o consumidor ser atendido via Call Center após a saudação inicial.	Gestão Administrativa
Taxa de óbito em CTI	Mensal	Meta baseada na série histórica da unidade	Assistência à saúde
Taxa de quimioterapia paliativa administrada nas duas últimas semanas de vida	Mensal	Quality of End-of-Life Cancer Care for Medicare Beneficiaries - A report of the Dartmouth Atlas Project, November 16, 2010.	Assistência à saúde

Taxa de Adesão de Pacientes ao Tratamento com Medicamento Oral	Mensal	Adesão total dos pacientes	Assistência à saúde
Taxa de Manutenção Preventiva - Equipamentos Assistenciais	Mensal	Cumprimento total do cronograma programado	Gestão Administrativa
Taxa de Ordens de Serviço Atendidas Dentro do Prazo - Equipamentos Assistenciais	Mensal	Cumprimento total do cronograma programado	Gestão Administrativa
Taxa de Ordens de Serviço Atendidas Dentro do Prazo - Equipamentos Não Assistenciais	Mensal	Cumprimento total do cronograma programado	Gestão Administrativa
Taxa de conformidade na qualidade das informações prestadas na consulta de enfermagem	Mensal	Definido pela Gerência de Enfermagem	Assistência à saúde
Taxa de Ocorrência de Flebite - Ambulatório de Oncologia	Mensal	Meta definida com base na série histórica.	Assistência à saúde
Número de Transferências de Ambulância para hospitais decorrente de Alerta Vermelho	Mensal	Sem Meta definida	Assistência à saúde
Taxa de Adesão aos protocolos padronizados	Mensal	Referência 1º semestre de 2019.	Assistência à saúde
META 1 - Identificação Correta - Taxa de Conformidade na Aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente	Mensal	Meta arbitrária, que considera a criticidade dos processos para a qualidade e segurança.	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das metas internacionais de segurança de paciente – meta 2	Mensal	Meta arbitrária, que considera a criticidade dos processos para a qualidade e segurança.	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente - Meta 3	Mensal	Meta arbitrária, que considera a criticidade dos processos para a qualidade e segurança.	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente - Meta 4	Mensal	Meta arbitrária, que considera a criticidade dos processos para a qualidade e segurança.	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente - Meta 5 - Quimioterapia	Mensal	Número de oportunidades de Higienização das Mãos para cada atendimento	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente - Meta 5 - Radioterapia	Mensal	Número de oportunidades de higienização a cada atendimento	Assistência à saúde
Taxa de conformidade na aplicação das Metas Internacionais de Segurança do Paciente - Meta 6	Mensal	Meta arbitrária, que considera a criticidade dos processos para a qualidade e segurança.	Assistência à saúde

Fonte: fichas técnicas dos indicadores cedidas pela UAI

Assim, a UAI apresentou 56 indicadores que perpassam por várias perspectivas: assistenciais, financeiras e de manutenção, dos quais, conforme o respondente informou no questionário semiestruturado, 17 são considerados como indicadores-chaves para o gerenciamento da rede à qual pertencem.

Quadro 2 – Indicadores-chaves da UAI

Categoria	Indicador	Objetivo
a) Ambulatório	Evasão de Consultas Médicas - 1ª Vez	Monitorar os pacientes de primeira vez com CID oncológico ou investigação, que não retornaram após

		a primeira consulta.
	Número de paciente de primeira vez em todas as especialidades	Monitorar a captação de pacientes para Iª consulta.
	Número de Pacientes de primeira vez - Oncologia	Monitorar a captação de pacientes para Iª consulta.
b) Quimioterapia	Taxa de tratamentos de quimioterapia autorizados e agendados	Monitorar problemas que impactam no agendamento fora do prazo
	Tempo médio para agendamento de quimioterapia após autorização	Medir o tempo médio para agendamento após a autorização do convênio
	Tempo médio de autorização para quimioterapia	Acompanhar o tempo médio de autorização dos tratamentos medicamentosos
c) Radioterapia	Número de Inícios de tratamento - Radioterapia	Acompanhar o número de inícios mensais da radioterapia
	Número Médio de Gestão Administrativas por dia - Radioterapia	Monitorar o número de tratamentos radioterápico por dia
	Taxa de Ocupação - Radioterapia	Monitorar a capacidade de ocupação da radioterapia no período de funcionamento da unidade
Gestão Administrativa	Net Promoter Score - Ambulatório de Oncologia	Medir a diferença percentual entre clientes "promotores" e clientes "detratores" da Instituição.
	Tempo médio de envio de conta para faturamento	Monitorar o Service Level Agreement (SLA) de envio de contas para o faturamento
	Custo fixo realizado x custo orçado	Garantir o cumprimento das metas orçamentárias de custo fixo
	Custo variável realizado x custo orçado	Garantir o cumprimento das metas orçamentárias de custo variável
	Receita realizada x orçado	Garantir o cumprimento das metas orçamentárias
	Resultado de produção	Monitorar o resultado de produção extra grupo da Instituição
	Índice de glosa inicial	Reduzir o PDD e ajuda na composição do fluxo de caixa
	EBIT % sobre Receita Líquida - Orçado x Realizado	Monitorar o resultado financeiro da empresa

Fonte: fichas técnicas dos indicadores cedidas pela instituição UAI

Dos indicadores-chaves, a UAI faz o uso de 20 deles, que remetem ao serviço prestado, seja uma consulta, já que nem todo paciente que realiza esse tipo de atendimento na unidade segue o tratamento na rede à qual a instituição pertence, seja um tratamento de quimioterapia e radioterapia realizado por um paciente externo. O Quadro 3 apresenta os indicadores em uso na UA2.

Quadro 3 – Indicadores da UA2

Indicador	Fórmula
Consulta de 1ª vez hematologia	Não apresentada
Consulta de 1ª vez oncologia	Não apresentada
Consultas semanais oncologia e hematologia	Não apresentada
Número de quimioterapia venosa realizada por semana	Não apresentada
Medicamentos orais dispensados por semana	Não apresentada

Controle de ciclos	Não apresentada
Pacientes em utilização de medicamento de alto custo	Não apresentada
Análise de prescrição oncológica	Não apresentada
Intervenção farmacêutica em prescrições oncológicas	Não apresentada
Medicamentos de suporte liberados por paciente	Não apresentada
Consultas médicas agendadas por consultório	Média de consultas médicas agendadas por consultório/dia útil
Nº de consultas agendadas por dia útil	Nº de consultas agendadas por dia útil/nº de consultórios
Absenteísmo	Não apresentada
Nível de utilização da capacidade disponibilizada no ambulatório	Não apresentada
Médica de permanência (horas)	Não apresentada

Fonte: lista de indicadores cedidas pela UA2

No nível operacional, a UA2 possui 13 indicadores ambulatoriais. Os indicadores de assistência à saúde restantes englobam consultas, terapias realizadas, medicamentos dispensados e serviços assistenciais dos profissionais de saúde. No mesmo sentido, o Quadro 4 demonstra os indicadores da UA3.

Quadro 4 – Indicadores da UA3

Indicador	Fórmula	Periodicidade	Definição/Critério da Meta
Farmacoeconomia	Valor em Reais do Referência – valor da opção terapêutica disponível	Mensal	Relação econômica da troca do referência x biossimilar
Perfil epidemiológico	Números totais de diagnósticos por CID período (mês)	Mensal	Incidência de câncer por CID
Faixa etária	Números totais por período (mês)	Mensal	Incidência de câncer por faixa etária
Gênero	(Número paciente por gênero/ Número de tratamentos) x 100	Mensal	Percentual de atendimentos por gênero
Intervenções farmacêuticas	Número de prescrições analisadas	Mensal	Intervenções realizadas no período
Início de tratamento oncológico	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Início de tratamento não oncológico por período
Início de tratamento não oncológico	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Início de tratamento oncológico por período
Consultas realizadas por especialidades	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Número de consultas por especialidades por período
Consultas equipe multidisciplinar (nutrição, psicologia e farmácia)	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Número de consultas por especialidades por período
Identificação incorreta do paciente	Número total de pacientes que receberam tratamento / número de dias (mês)	Mensal	Incidência de erros de identificação
Erro de medicação	(Número de notificação de erros/ Número de tratamentos) x 100	Mensal	Incidência de erros de medicação

Extravasamento de Quimioterápicos	(Número de extravasamento/ Número de tratamentos) x 100	Mensal	Incidência de extravasamentos
Flebite	Número de flebite registrada/ Número de tratamentos infusionais) x 100	Mensal	Incidência de flebite
Reação Adversa Medicamentosa	(Número de notificações de reações adversas relacionado a medicamentos/ Número de tratamentos) x 100	Mensal	Incidência de reação adversa
Queda	(Número de registro de queda/ Número de tratamentos) x 100	Mensal	Incidência de queda
Intercorrência com Cateter Totalmente Implantado	(Número de registro de intercorrência/ Número de punções) x 100	Mensal	Incidência de intercorrência com Cateter
Reagendados	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de pacientes reagendados
Troca De Protocolo	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de troca de protocolos
Tratamentos Não Autorizado	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de tratamentos não autorizados
Tratamento Internados	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de tratamentos realizados nas unidades de internação
Óbitos	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de óbitos
Término De Tratamento	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de tratamentos finalizado
Tratamento Suspenso	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de suspensão de tratamento
Sem Condições Clínicas	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Incidência de pacientes sem condições clínicas para realizar tratamento
Ocupação Do Centro Infusional	Total de Horas no Mês = XX horas dia x 5 Poltronas funcionando x n° dias úteis do mês	Anual	Total de horas de tratamentos realizados
Tratamento Oncológico Realizado (Por Via De Acesso)	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Total de tratamentos realizados
Procedimentos Realizados (Punção, Parecer Etc.)	Número total realizado (mês)/12 (meses)	Anual	Total de procedimentos médicos e da enfermagem realizados

Fonte: planilhas de indicadores cedidas pela instituição UA3

No nível operacional, a UA3 possui, atualmente, 17 indicadores divididos em duas categorias principais, que, para fins de síntese, foram agrupados em: assistência à saúde nas áreas de segurança do paciente, de qualidade e de serviços assistenciais dos profissionais de saúde (15 indicadores); e gestão administrativa, com o número de produção dos consultórios (dois indicadores).

Análise conjunta das unidades

A partir da investigação realizada, das instituições que possuem indicadores, a UAI apresenta um maior número (56). Estes perpassam por várias perspectivas: assistenciais, financeiras e de manutenção. Já a UA3, com 27 indicadores, foca no perfil do paciente em tratamento (idade, gênero etc.), nos indicadores de produção (número de consultas, tratamento realizados, etc.) e nos desfechos clínicos; há somente um

indicador que faz referência à questão financeira, que é o de farmacoeconomia. Por fim, a UA2, com 13 indicadores, tem o perfil voltado para o paciente e a produção da unidade (consultas e tratamentos realizados).

A seguir foi realizada uma análise comparativa, sintetizada no Quadro 5, sobre o uso dos indicadores nos sistemas de medição de desempenho das instituições estudadas. Com isso, foi possível identificar melhor a semelhança entre elas quanto ao uso desses indicadores.

Quadro 5 – Indicadores comuns entre as instituições que participaram da pesquisa

Indicadores comuns	Instituições que o utilizam
Consulta de primeira vez	UAI – UA2
Taxa de ocupação	Todas
Número de consultas realizadas	Todas
Tratamentos realizados (Químio/Rádio)	Todas
Indicadores de segurança do paciente (Metas de segurança internacional)	UAI – UA3

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

Analisando os dados do Quadro 5, pode-se observar ainda que as instituições, independentemente da sua estrutura gerencial, apresentam indicadores que mensuram a produção, ou com as consultas de primeira vez, no início do processo, ou com a taxa de ocupação ou com o número de tratamentos realizados.

Já quando são analisados os nomes dos indicadores, pode-se observar que as instituições possuem nomenclaturas diferentes para as mesmas finalidades. Os exemplos mencionados no Quadro 6 mostram uma falta de padronização dos termos, o que dificulta o cruzamento dos dados sobre os indicadores.

Quadro 6 – Indicadores para a mesma finalidade

Indicador	Instituição
Número de paciente de primeira vez em todas as especialidades	UAI
Número de pacientes de primeira vez - oncologia	UAI
Consulta de 1ª vez hematologia	UA3
Consulta de 1ª vez oncologia	UA3
Consultas realizadas por especialidades	UA2

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

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

Quadro 7 – Indicadores exclusivos da UAI

Subgrupo	Mensura
Indicadores de retenção de processos	Tempo médio de envio de conta para faturamento
Indicadores focados na qualidade da relação com o paciente	Net Promoter Score – Ambulatório de Oncologia
	Taxa de Ligações Abandonadas de Pacientes

	Tempo Médio de Espera – Tele Gestão Administrativa
	Evasão de Consultas Médicas – 1ª Vez
	Taxa de Ordens de Serviço Atendidas Dentro do Prazo – Equipamentos Assistenciais
	Taxa de conformidade na qualidade das informações prestadas na consulta de enfermagem
Indicadores gerenciais	Custo fixo realizado x custo orçado
	Custo variável realizado x custo orçado
	Receita realizada x orçado
	Resultado de produção
	Índice de glosa inicial
	EBIT % sobre Receita Líquida – Orçado x Realizado

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

Como aporte teórico, apoiou-se nos estudos sobre sistemas de medidas de desempenho. Ainda que os indicadores sejam norteadores estratégicos, sendo considerados, dessa forma, sigilosos devido à política de *compliance*, foi possível compilar e divulgar 73 indicadores dos mais diversos subgrupos (manutenção, financeiro, assistencial, qualidade, segurança etc.), o que constitui uma grande contribuição no campo da estratégia e da gestão.

CONCLUSÃO

Atendendo ao objetivo de identificar os indicadores de desempenho utilizados em instituições privadas do segmento oncológico da Região Metropolitana do Rio de Janeiro e discutir seus impactos para gestão hospitalar de unidades oncológicas, o estudo de múltiplos casos revelou que os principais indicadores utilizados nas unidades pesquisadas são a taxa de ocupação, os tratamentos e as consultas realizadas. Inclui-se também o fato de a unidade ser acreditada ou não como um indicador de sua excelência conforme critérios da *Joint Commission International* (JCI) e da Organização Nacional de Acreditação (ONA) — acreditações que as unidades UAI e UA3 possuem, respectivamente. Quanto à justificativa para a existência desses indicadores, somente a UAI disponibilizou essa informação (painel de oncologia); as demais (UA2 e UA3) não apresentaram esse dado, demonstrando falta de padronização ou metodologia unificada.

Das unidades de saúde analisadas, somente a UA3 faz uso de um sistema semelhante ao *Tableau de Bord*, por meio de um *dashboard*, conforme citado pela respondente, corroborando com Epstein e Manzoni (1997, 1998). Já a UAI, que possui uma extensa gama de conhecimentos, optou pela descontinuação do BSC (KAPLAN; NORTON, 1997) e a utilização do painel de oncologia, desenvolvido e criado pelo grupo.

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

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

Como contribuição, os resultados das pesquisas mostraram que o SMD é norteado sobretudo pelos indicadores de produção e pelos tratamentos realizados, faturados e recebidos por meio das unidades verticalizadas, gerando uma “autoalimentação” da operadora, já que esta custeia os tratamentos oferecidos aos beneficiários, não impactando o faturamento final do processo. Percebe-se ainda que as entidades gerenciam suas atividades por meio de informações de produção, identificando possíveis falhas e embasando a tomada de decisões decisivas sobre situações que podem ocorrer e afetar o desempenho (faturamento). Diante desse cenário, os gestores de instituições de saúde podem buscar uma padronização de possíveis indicadores para o emprego em suas unidades.

Ademais, pode-se indicar como uma limitação do estudo a análise de apenas três unidades oncológicas, que constituem o cenário ao qual os pesquisadores tiveram acesso. No entanto, diante da escassez de pesquisas que analisam indicadores de desempenho do segmento oncológico na saúde suplementar, o presente estudo ensejou cobrir essa lacuna que ainda poderá ser complementada com pesquisas futuras. Portanto, como temas para investigações futuras, sugerem-se: (i) pesquisar no âmbito nacional os indicadores de desempenho em uso nos serviços oncológicos; e (ii) examinar a implementação da avaliação de desempenho por unidades oncológicas não acreditadas e acreditadas, públicas e privadas, buscando, assim, analisar os processos de medição de vários perfis gerenciais.

Como contribuição prática, o presente trabalho traz uma reflexão de aspectos ligados à criação, à identificação e à padronização de indicadores úteis à área de saúde. Quanto à sua contribuição teórica, este estudo traz uma reflexão da gestão e do uso de indicadores em um segmento que cresce em demanda e complexidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Saúde suplementar fecha 2019 com 47 milhões de beneficiários de planos de saúde. **Ministério da Saúde**, Rio de Janeiro, 5 fev. 2020. Disponível em: <https://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/5348-saude-suplementar-fecha-2019-com-47-milhoes-de-beneficiarios-de-planos-desau>. Acesso em: 4 abr. 2021.

ALISMAIL, A. *et al.* The Use of the Net Promoter Score (NPS) in an Outpatient Allergy and Pulmonary Clinic: An Innovative Look into Using Tablet-Based Tool vs Traditional Survey Method. **Patient related outcome measures**, [s. l.], v. II, p. 137, 2020.

AZEVEDO, A. C. de. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. **Revista de Saúde Pública**, [s. l.], v. 25, n. 1, p. 64-71, 1991.

AZEVEDO, C. E. F. *et al.* A estratégia de Triangulação: Objetivos, Possibilidades, Limitações e Proximidades com o Pragmatismo. *In*: ENCONTRO DE ENSINO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO E CONTABILIDADE, 4., 2013, Brasília, DF. **Anais [...]**. Brasília, DF: ANPAD, 2013. p. 1-16.

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

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

BEN FRADJ, A.; BOUKHERROUB, T.; OLIVIER, C. BSC: a literature review and a roadmap towards its implementation in a healthcare network in the province of Québec. In: CIGI-QUALITA21: CONFÉRENCE INTERNATIONALE GÉNIE INDUSTRIEL QUALITA, Grenoble. **Anais [...]**. Grenoble: CIGI-Qualita21, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Resolução Normativa – RN nº 305, de 9 de outubro de 2012**. Esta Resolução estabelece o Padrão obrigatório para Troca de Informações na Saúde Suplementar - Padrão TISS dos dados de atenção à saúde dos beneficiários de Plano Privado de Assistência à Saúde; revoga a Resolução Normativa - RN nº 153, de 28 de maio de 2007 e os artigos 6º e 9º da RN nº 190, de 30 de abril de 2009. Brasília, DF: MS, 2012.

CEZARINO, L. O. *et al.* Modelo de Avaliação de Desempenho Organizacional em Organizações Sem Fins Lucrativos. In: ENCONTRO DE GESTÃO E NEGÓCIOS, 2014, Uberlândia. **Anais [...]**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia/FAGEN, 2014.

CIPRIANO, L. *et al.* Lung cancer treatment costs, including patient responsibility, by disease stage and treatment modality, 1992 to 2003. **Value in Health**, [s. l.], v. 14, n. 1, p. 41-52, 2011.

CONTANDRIOPOULOS, A. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & saúde coletiva**, [s. l.], v. 11, n. 3, p. 705-711, 2006.

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

COOPER, D. R.; SCHINDLER, P. S. **Métodos de Pesquisa em Administração**. 12 ed. [S. l.]: McGraw Hill Brasil, 2016.

DUARTE, G. de C. *et al.* The Utilization of NET Promoter System As a Blood Supply Management Strategy. **Blood**, [s. l.], v. 120, n. 21, p. 4378, 2012.

ELIAS, J. C. *et al.* Levantamento dos custos do diagnóstico e tratamento oncológico no paciente idoso. **Nursing**, São Paulo, v. 23, n. 270, p. 4808-4815, 2020.

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

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

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed editora, 2008.

GARCIA, M. I. M. **Avaliação do Desempenho dos Centros Hospitalares e Unidades Locais de Saúde**. 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde) — Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Beira Interior, Covilhã/Portugal, 2020.

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

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

HAMOUDA, C. *et al.* Indicateurs de Performance et Tableau de Bord pour un Service d'Urgences d'un Centre Hospitalier Universitaire Performance Indicators and Dashboard for an Emergency Department of a Teaching Hospital. **La Tunisie Medicale**, [s. l.], v. 99, n. 4, p. 435-440, 2021.

HATEFI, S. M.; HAERI, A. Evaluating hospital performance using an integrated balanced scorecard and fuzzy data envelopment analysis. **Journal of Health Management & Information Science**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 66-76, 2019.

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

JOHNSON, C. C. *et al.* **Balanced Scorecard for State-owned Enterprises**: Driving Performance and Corporate Governance. Philippines: Asian Development Bank, 2007.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A estratégia em ação**: balanced scorecard. [S. l.]: Gulf Professional Publishing, 1997.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **The balanced scorecard**: measures that drive performance. Harvard business review, [s. l.], v. 83, n. 7, p. 172, 2005.

KHALIFA, M.; KHALID, P. Developing strategic health care key performance indicators: a case study on a tertiary care hospital. **Procedia Computer Science**, [s. l.], v. 63, p. 459-466, 2015.

KNUST, R. E. *et al.* Estimativa dos custos da assistência do câncer de pulmão avançado em hospital público de referência. **Revista de saúde pública**, [s. l.], v. 51, n. 53, p. 1-11, 2017.

LAI, J. H. K. *et al.* Importance of hospital facilities management performance indicators: Building practitioners' perspectives. **Journal of Building Engineering**, [s. l.], v. 45, p. 103428, 2022.

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

LEMAIRE, C. Quand le contrôle de gestion façonne les relations inter-organisationnelles: le cas de l'introduction d'un tableau de bord dans le médico-social. **Comptabilité Contrôle Audit**, [s. l.], v. 27, n. 3, p. 7-40, 2021.

MARKAOUI, K.; HASSINE, M. Recherche-Intervention: Démarche méthodologique de construction de tableau de bord de la performance hospitalière-CHU Mohammed VI d'Oujda. **Revue du contrôle, de la comptabilité et de l'audit**, [s. l.], v. 2, n. 3, p. 148-169, 2018.

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

MARLEY, R. The Net Promoter System's "Inner Loop": The Secret to Individual Learning and Connecting with Customers, **Bain & Company**, [s. l.], 01 abril 2015. Disponível em: <https://www.bain.com/insights/the-net-promoter-systems-inner-loop/>. Acesso em: 20 nov. 2021.

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

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

OLESKOVICZ, M. **Sistemas de agendamento em serviços de saúde ambulatoriais: uso da heterogeneidade para ganho de desempenho**. 2020. Tese (Doutorado em Ciências) — Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020.

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

PALMER, A. **Exploring the Factors Healthcare Insurance Leaders Need to Implement in a Net Promoter Score System to Improve Customer Loyalty**. 2021. Tese (Doutorado em Gestão), Colorado Technical University, Colorado, 2021.

PESTANA, M.; PEREIRA, R.; MORO, S. Improving health care management in hospitals through a productivity dashboard. **Journal of Medical Systems**, [s. l.], v. 44, n. 4, p. 1-19, 2020.

RAHMAN, M. H. *et al.* A grey approach to predicting healthcare performance. **Measurement**, [s. l.], v. 134, p. 307-325, 2019.

RAJASEKARAN, Ms Nandhini; DINESH, M. N. How net promoter score relates to organizational growth. **Int. J. Creat. Res. Thoughts**, [s. l.], v. 6, n. 2, p. 2320-2882, 2018.

REICHHELD, F.; MARKEY, R. **A pergunta definitiva 2.0: Como as empresas que implementam o net promoter score prosperam em um mundo voltado aos clientes**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

RUFINO, F. B.; CIRIBELI, J. P. **A aplicação da metodologia net promoter score (nps) no Centro Universitário Governador Ozanam Coelho - UNIFAGOC como instrumento de autoavaliação institucional**. 2019. Disponível em: <https://unifagoc.edu.br/download/a/felipe-rufino-2019-ok-artigo-nps-2019-2>. Acesso em: 02 jun. 2021.

SCHIRIGATTI, J. L.; FARIA, A. R. Método para avaliação de indicadores de desempenho na operação. *In*: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 13., 2006, Bauru, SP. **Anais [...]**. Bauru, SP: SIMEP, 2006.

TINOCO, M. A. C.; RIBEIRO, J. L. D. Modelagem robusta para a satisfação de clientes de serviços. **Production**, [s. l.], v. 24, n. 1, p. 104-117, 2014.

YIN, R. K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. 5 ed. Porto Alegre: Bookman editora, 2015.