

**Universidade Estadual de Maringá**  
**Centro de Tecnologia**  
**Departamento de Engenharia de**  
**Produção**  
**Curso de Engenharia de Produção**

**O USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO COMO  
FERRAMENTA DE APOIO À GESTÃO DA QUALIDADE DO  
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL DE MARINGÁ**

*Robson Moreno da Silva*

**TCC-EP-57-2009**

Universidade Estadual de Maringá  
Centro de Tecnologia  
Departamento de Engenharia de Produção  
Curso de Engenharia de Produção

**O USO DE INDICADORES DE DESEMPENHO COMO  
FERRAMENTA DE APOIO À GESTÃO DA QUALIDADE DO  
CENTRO INTEGRADO DE SAÚDE MENTAL DE MARINGÁ**

*Robson Moreno da Silva*

**TCC-EP-57-2009**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito de avaliação no curso de graduação em Engenharia de Produção na Universidade Estadual de Maringá – UEM.

Orientador: Prof.: MSc. Daily Morales

**Maringá - Paraná  
2009**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a minha família, por terem me permitido chegar até aqui, através do carinho, amor e educação dedicados a mim.

Agradeço a minha namorada e melhor amiga, Suemi, pela compreensão e ajuda durante os anos de graduação.

Agradeço aos colegas do curso de Engenharia de Produção, por todos momentos bons que tivemos ao longo do curso.

Agradeço ao professor Daily pela atenção, orientação e tempo dedicados ao meu trabalho.

## RESUMO

A gestão da qualidade se faz cada vez mais importante para as empresas e organizações. Seus conceitos e técnicas permitem a otimização dos processos, melhoria contínua e conseqüente destaque no mercado. Apesar de não ter sido desenvolvida para a realidade da prestação de serviços, hoje, ela é cada vez mais utilizada neste meio, passando por pequenas adaptações. No setor da saúde isso não é diferente. As instituições de saúde, em especial, têm dedicado uma maior atenção as técnicas e conceitos de qualidade, fazendo uso de todo ferramental possível em busca da melhoria contínua. Nesse cenário, tem se destacado, em particular, a metodologia do *Balanced Scorecard*, que por meio de indicadores balanceados sob diferentes perspectivas garante o cumprimento da missão de uma organização. Esta ferramenta tem sido cada vez mais difundida e utilizada por gestores das instituições de saúde garantindo excelentes resultados. Este trabalho tem por objetivo levantar informações sobre as práticas da qualidade no setor da saúde, estudar o *Balanced Scorecard*, e adaptá-lo a realidade do Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá, esclarecendo os objetivos estratégicos da organização e estabelecendo indicadores para controlá-los, dando o suporte necessário para uma gestão estratégica de sucesso.

**Palavras-chave:** Qualidade, *Balanced Scorecard*, Gestão estratégica.

# SUMÁRIO

<b>LISTA DE FIGURAS.....</b>	<b>vi</b>
<b>LISTA DE TABELAS.....</b>	<b>vii</b>
<b>LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....</b>	<b>viii</b>
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
1.1 JUSTIFICATIVA .....	1
1.2 DEFINIÇÃO E DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA .....	2
1.3 OBJETIVOS .....	2
1.3.1 <i>Objetivo geral</i> .....	2
1.3.2 <i>Objetivos específicos</i> .....	2
<b>2 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>3</b>
2.1 QUALIDADE E SUA EVOLUÇÃO.....	3
2.1.1 <i>Gestão da Qualidade na Saúde</i> .....	4
2.1.2 <i>Qualidade em Saúde no Mundo e no Brasil</i> .....	7
2.1.3 <i>Qualidade na Saúde e na Indústria: Uma Análise Comparativa</i> .....	9
2.2 INDICADORES DE DESEMPENHO .....	11
2.2.1 <i>Tipos de indicadores</i> .....	12
2.2.2 <i>A Utilização de Indicadores em Hospitais</i> .....	14
2.3 <i>BALANCED SCORECARD</i> .....	15
2.3.1 <i>A utilização do balanced scorecard nas instituições prestadoras de serviços de saúde</i> .....	18
2.3.1.1 <i>Um modelo de Balanced Scorecard</i> .....	18
2.3.1.2 <i>Hospital Regional do Agreste</i> .....	20
2.3.1.3 <i>Hospital de Caridade de Carazinho: um exemplo prático</i> .....	22
2.3.1.4 <i>Hospital Divina Providencia</i> .....	24
2.3.1.5 <i>Hospital filantrópico - Santa Rita de Cássia</i> .....	25
2.4 <i>BENCHMARKING</i> .....	28
2.4.1 <i>Benchmarking competitivo</i> .....	29
2.4.2 <i>Benchmarking interno</i> .....	29
2.4.3 <i>Benchmarking genérico</i> .....	29
2.4.4 <i>Benchmarking funcional</i> .....	30
<b>3 DESENVOLVIMENTO.....</b>	<b>31</b>
3.1 METODOLOGIA .....	31
3.2 ANÁLISE E DISCUSSÃO .....	31
3.2.1 <i>Descrição dos processos componentes do serviço</i> .....	31
3.2.2 <i>Análise do sistema</i> .....	34
3.2.3 <i>Desdobramento do Balanced Scorecard no CISAM</i> .....	37
3.2.3.1 <i>Estabelecimento da missão e objetivos</i> .....	37
3.2.3.2 <i>Escolha dos indicadores e estabelecimento das metas</i> .....	39
3.2.3.3 <i>Perspectiva financeira</i> .....	39
3.2.3.4 <i>Perspectiva do cliente</i> .....	40
3.2.3.5 <i>Perspectiva dos processos internos</i> .....	41
3.2.3.6 <i>Perspectiva do conhecimento</i> .....	42
3.2.3.7 <i>Resumo dos indicadores</i> .....	43
3.2.4 <i>Resultados esperados</i> .....	43
<b>4 CONCLUSÃO .....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO A - MODELO DE FORMULÁRIO PARA CADASTRO EM LISTA DE ESPERA .....</b>	<b>49</b>
<b>ANEXO B - MODELO DE FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS.....</b>	<b>51</b>

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1: AS QUATRO PERSPECTIVAS DO <i>BALANCED SCORECARD</i> .....	17
FIGURA 2: O BSC CONFIGURADO DENTRO DOS TEMAS ESTRATÉGICOS .....	18
FIGURA 3: REFERE-SE AO <i>BALANCED SCORECARD</i> DE UM HOSPITAL .....	19
FIGURA 4: O BSC ESTRATÉGICO, APLICADO NO HOSPITAL REGIONAL.....	21
FIGURA 5: <i>BALANCED SCORECARD</i> DO HOSPITAL DE CARIDADE DE CARAZINHO .....	23
FIGURA 6: PERSPECTIVA FINANCEIRA/CRESCIMENTO .....	24
FIGURA 7: PERSPECTIVA CLIENTES/MERCADO .....	25
FIGURA 8: PERSPECTIVA PROCESSOS INTERNOS.....	25
FIGURA 9: PERSPECTIVA PESSOAS/APRENDIZADO .....	25
FIGURA 10: INDICADORES DE DESEMPENHO – PERSPECTIVA FINANCEIRA .....	26
FIGURA 11: INDICADORES DE DESEMPENHO – PERSPECTIVA DOS CLIENTES .....	27
FIGURA 12: INDICADORES DE DESEMPENHO – PERSPECTIVA DOS PROCESSOS INTERNOS .....	27
FIGURA 13: INDICADORES DE DESEMPENHO – PERSPECTIVA DO CRESCIMENTO E APRENDIZADO.....	28
FIGURA 14: FLUXOGRAMA FUNCIONAL DO CISAM.....	33
FIGURA 15: FLUXO-CRONOGRAMA DOS PROCESSOS DO CISAM.....	35
FIGURA 16: MAPA DE RELACIONAMENTO DOS OBJETIVOS ORGANIZACIONAIS DO CISAM.....	38
FIGURA 17: MODELO DE <i>BALANCED SCORECARD</i> DESENVOLVIDO PARA O CISAM.....	44
QUADRO 1: NATUREZA DA QUALIDADE NOS MODELOS INDUSTRIAL E DE ASSISTÊNCIA MÉDICA .....	9
QUADRO 2: ESCOPO DA QUALIDADE NOS MODELOS INDUSTRIAL E DE ASSISTÊNCIA MÉDICA .....	10
QUADRO 3: NATUREZA DO PROBLEMA DA QUALIDADE NOS MODELOS INDUSTRIAL E DE ASSISTÊNCIA MÉDICA.....	10
QUADRO 4: ESTRATÉGIAS DE GARANTIA E MELHORIA DA QUALIDADE NOS MODELOS INDUSTRIAL E DE ASSISTÊNCIA MÉDICA .....	10
QUADRO 5: MÉTODOS DE MONITORAMENTO DA QUALIDADE NOS MODELOS INDUSTRIAL E DE ASSISTÊNCIA MÉDICA. ....	11
QUADRO 6: ESTRUTURAÇÃO DO BSC .....	21

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1: OS SETE PILARES DA QUALIDADE SEGUNDO DONABEDIAN .....	6
TABELA 2: INDICADORES ESTRATÉGICOS DO BSC DO HOSPITAL DE CARIDADE DE CARAZINHO.....	22
TABELA 3: LISTA DE ATIVIDADES DO PROCESSO DE ATENDIMENTO DO CISAM .....	34

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CISAM	Centro Integrado de Saúde Mental
JCAHO	<i>Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations</i>
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
CQH	Programa de Controle da Qualidade Hospitalar
APM	Associação Paulista de Medicina
CREMESP	Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo
BSC	<i>Balanced Scorecard</i>
PGQP	Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade
HDP	Hospital Divina Providência



# 1 INTRODUÇÃO

A preocupação com a qualidade de bens e serviços não é recente. Uma vasta gama de conceitos e técnicas foram criadas e aprimoradas com o passar dos anos. Durante muito tempo, a única forma de controlar a qualidade foi a inspeção, feita pelo próprio artesão ou por alguém designado para tal. Com a padronização da produção, métodos estatísticos passaram a ser empregados para uma inspeção mais eficiente. Até então, a preocupação quanto à qualidade era apenas a de identificar os produtos defeituosos antes que estes chegassem aos consumidores.

Foi a partir da década de 1920, seguindo as idéias de Walter Shewhart, que o enfoque quanto à qualidade passou a ser dirigido no sentido de identificar e reparar problemas nos processos de trabalho. Algumas décadas mais tarde, consolidou-se uma nova filosofia gerencial conhecida como Gestão da Qualidade Total (BERWICK *et al.*, 1994). “A qualidade deixou de ser um aspecto do produto e responsabilidade apenas de departamento específico, e passou a ser um problema da empresa, abrangendo, como tal, todos os aspectos de sua operação” (LONGO, 1996, p. 8).

O presente trabalho pretende realizar um estudo dos processos componentes do serviço prestado pelo Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá, averiguando a existência de falhas, e avaliar a eficiência do uso de indicadores de desempenho como ferramenta para o controle de qualidade dos serviços oferecidos.

## 1.1 Justificativa

A gestão da qualidade se faz cada vez mais indispensável às empresas e organizações, principalmente no setor de saúde, no qual o cliente depende diretamente da qualidade do serviço prestado. No entanto a prática desse conceito na área da saúde ainda é pouco difundida aqui no Brasil. A idéia de gerenciar com qualidade os serviços de saúde vem sendo amadurecida aos poucos e deve-se criar um esforço para acelerar o processo. O enfoque da qualidade é uma das principais preocupações de um Engenheiro de Produção na gestão de um

sistema, e esse tipo de profissional é cada vez mais requisitado pelo mercado e de grande importância para o setor de saúde.

## **1.2 Definição e Delimitação do Problema**

O Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá (CISAM) é uma unidade pública de saúde do município de Maringá que atende pacientes da cidade e da região que são encaminhados pelos postos de saúde. Os pacientes comparecem no centro, no horário agendado, para sua consulta com um psicólogo ou psiquiatra. Os medicamentos receitados pelos profissionais estão à disposição na farmácia do próprio centro, e são distribuídos aos pacientes mediante receita. No entanto o centro não consegue atender a demanda de pacientes encaminhados pelos postos, não possui métodos eficazes para agendamento, e também não apresenta diretrizes estratégicas no seu gerenciamento.

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo geral**

O objetivo almejado por este trabalho consiste em criar e implantar indicadores de desempenho que poderão ser úteis para um melhor controle da qualidade e averiguar nos processos que compõem o serviço alguma deficiência que esteja prejudicando a qualidade do sistema.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

De modo a atingir o objetivo proposto, este estudo pretende:

- a) realizar uma revisão bibliográfica a respeito dos conceitos da qualidade de uma forma geral e no setor de saúde bem como ferramentas para controle da mesma, tais como indicadores de desempenho;
- b) coletar e selecionar dados do caso em questão;
- c) identificar os processos que compõem o serviço;
- d) representar os mesmos por meio de fluxograma;
- e) formular indicadores que possam auxiliar no controle de qualidade.

## **2 REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 Qualidade e Sua Evolução**

O controle de qualidade teve início nos anos 30, com as medidas tomadas por W. A. Shewart, da Bell Laboratories, onde utilizava-se de um gráfico de controle para monitorar a qualidade. Mesmo método este usado pelos Estados Unidos, de forma que durante a Segunda Guerra Mundial conseguiram produzir suprimentos militares mais baratos e em grande quantidade (MALIK; SCHIESARI 1998).

O conceito de qualidade foi então evoluindo no cenário industrial e fazia-se indispensável na garantia de competitividade das organizações. Com o tempo mais e mais países passaram a investir na aquisição desse novo conhecimento.

Segundo Malik e Schiesari (1998), no Japão a dificuldade de compreensão da lógica estatística retardou a introdução do controle de qualidade. O controle ainda era feito baseado na pura inspeção do método taylorista. Foi então que, em 1950 criou-se um grupo de pesquisas em controle de qualidade, que contratou W. Edwards Deming, estatístico americano reconhecido pelo estudo de amostragem. Esse profissional acabou por introduzir no Japão as práticas de gestão da qualidade conforme as conhecemos atualmente e tornou-se um dos autores mais conhecidos da área.

Com o método de controle bastante difundido, começaram a surgir novas idéias baseadas na garantia de qualidade, ou seja, na tentativa de manter as conquistas obtidas. Dessa forma as ações corretivas, necessárias para o padrão de qualidade, começam a ser substituídas por ações preventivas. E é a partir daí, depois de todo o amadurecimento dos conceitos de qualidade, que inicia-se a idéia do Controle de Qualidade Total, momento em que a responsabilidade passa a ser partilhada por todos os envolvidos no processo, direta e indiretamente.

Ao longo dessa jornada, pela busca da qualidade, grandes pensadores surgiram, que mais tarde viriam a ser considerados gurus da qualidade. Dentre estes, cabe destacar: W. Edwards

Deming, responsável por inserir o conceito de controle estatístico da qualidade entre os japoneses, cuja definição de qualidade é “atender continuamente às necessidades e expectativas dos clientes a um preço que eles estejam dispostos a pagar”; J. M. Juran, também foi responsável pelo amadurecimento do conceito de qualidade entre os japoneses, introduziu a idéia de que o controle da qualidade era mais do que um instrumento estatístico para os engenheiros da linha de produção, era uma ferramenta de administração e vital para a estratégia empresarial, sua definição de qualidade é “adequação ao uso”; Philip Crosby reforça a idéia do controle da qualidade total como ferramenta do gerenciamento estratégico, introdutor do conceito de “defeito zero” e pioneiro em quantificar a qualidade em termos financeiros, de modo a tornar claro para gerentes os benefícios da garantia de qualidade; Kaoru Ishikawa, criou algumas das mais importantes ferramentas para controle da qualidade, como os círculos de controle de qualidade e as sete ferramentas da qualidade, bastante conhecido pela criação do diagrama de causa e efeito, também conhecido como diagrama de Ishikawa (MALIK; SCHIESARI 1998).

Muitos outros também contribuíram e ainda contribuem para a evolução do conceito da qualidade e a sua difusão por todo o mundo. No entanto outras preocupações passaram a surgir de uns tempos para cá, a aplicabilidade desses conceitos, inicialmente desenvolvidos para o ambiente industrial, no setor de prestação de serviços, dentre eles um na qual a qualidade é essencial, o serviço de saúde.

### **2.1.1 Gestão da Qualidade na Saúde**

A preocupação com a qualidade na prestação de serviços em saúde é antiga. Uma das precursoras é a enfermeira inglesa Florence Nightingale (1820-1910), que implantou o primeiro modelo de melhoria contínua de qualidade em saúde no ano de 1854, baseando-se em dados estatísticos e gráficos. Sua contribuição na redução das taxas de mortalidade de pacientes envolvidos na guerra foi impressionante, reduzindo de 42,7% para 2,2%, ao impor padrões sanitários e cuidados padronizados (NOGUEIRA,1996 *apud* BALSANELLI; JERICÓ, 2005, p. 398).

No entanto a aplicabilidade dos conceitos do Controle da Qualidade Total na saúde ainda era duvidosa. Foi então que, para comprovar ou não a aplicabilidade dos conceitos e métodos do Controle da Qualidade Total na área da saúde, o médico Donald Berwick, em meados de 1987, coordenou um estudo patrocinado pela Fundação John A. Hartford e pelo *Harvard Community Health Plan*, onde grupos de trabalho de vinte e uma instituições de saúde foram assistidos por consultores de qualidade, que já haviam conseguido êxito em atividades industriais e que não possuíam grandes conhecimentos ou experiência na área da saúde. Os consultores trabalharam juntamente com os grupos os problemas identificados, utilizando os mesmo métodos aplicados na indústria. Os resultados do estudo apontaram diminuição dos custos, melhoria na qualidade, aumento de produtividade, deixando claro a viabilidade do uso da gestão de qualidade nessa área (NOGUEIRA, 1996 *apud* BALSANELLI; JERICÓ, 2005, p. 398).

O fundador do campo da garantia da qualidade nos serviços de saúde como uma disciplina reconhecida, Avelis Donabedian, introduziu as categorias estrutura, processo e resultado como os três aspectos essenciais para avaliação dos serviços de saúde. Estrutura representa os recursos que estão a disposição para se oferecer o serviço, tais como as credenciais dos médicos, as características dos prédios e os procedimentos padrões. Processo representa o próprio atendimento: quais os medicamentos usados, como os diagnósticos são feitos, quais procedimentos são realizados. E por fim, os resultados são as conseqüências avaliadas do atendimento, tais como o prolongamento da vida, o alívio a dor ou de uma maneira geral a satisfação do consumidor quanto ao serviço de saúde (BERWICK *et al.*, 1994).

“Donabedian ainda estabeleceu sete atributos como os pilares de sustentação que definem a qualidade em saúde, quais sejam: a eficácia, efetividade, eficiência, otimização dos recursos, aceitabilidade, legitimidade e equidade” (DONABEDIAN 1990 *apud* ADAMI *et al.*, 2006, p. 85). Esses sete pilares da qualidade na saúde são explicados na Tabela 1. Além desses sete fatores devemos considerar outros atributos da qualidade: acessibilidade, adequação e, qualidade técnico científica, bem como, a continuidade dos cuidados e a comunicação entre o profissional e o usuário (ADAMI *et al.*, 2006).

**Tabela 1 - Os Sete Pilares da Qualidade Segundo Donabedian.**

---

## Os sete pilares da qualidade segundo Donabedian

---

**Eficácia** - capacidade de a arte e a ciência da medicina produzirem melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas constantes as demais circunstâncias;

**Efetividade** - melhoria na saúde, alcançada ou alcançável nas condições usuais da prática cotidiana. Ao definir e avaliar a qualidade, a efetividade pode ser mais precisamente especificada como sendo o grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alça-se ao nível de melhoria da saúde que os estudos de eficácia têm estabelecido como alcançáveis;

**Eficiência** - é a medida do custo com o qual uma dada melhoria na saúde é alcançada. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo;

**Otimização** - torna-se relevante à medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados em forma absoluta, mas relativamente aos custos. Numa curva ideal, o processo de adicionar benefícios pode ser tão desproporcional aos custos acrescidos, que tais "adições" úteis perdem a razão de ser;

**Aceitabilidade** - sinônimo de adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos pacientes e de suas famílias. Depende da efetividade, eficiência e otimização, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado;

**Legitimidade** - aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral;

**Equidade** - princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e de seus benefícios entre os membros de uma população. A equidade é parte daquilo que torna o cuidado aceitável para os indivíduos e legítimo para a sociedade.

De acordo com Adami *et al.* (2006), a Organização Mundial da Saúde em 1993 definiu qualidade da assistência à saúde em função dos seguintes elementos: um alto grau de competência profissional, a eficiência na utilização dos recursos, um mínimo de riscos e um alto grau de satisfação dos pacientes e um efeito favorável na saúde. A respeito de qualidade, um dos conceitos relacionados é o da avaliação, que significa atribuir valor a uma coisa emitindo um juízo de valor que depende muitas vezes dos valores de quem avalia, contendo questões subjetivas e de interesse, critérios e valores do observador. Dessa forma, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem e devem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões.

Segundo Adami *et al.* (2006, p. 85):

Embora existam uma série de dificuldades para avaliar a qualidade na área da saúde há uma unanimidade entre os gestores de que é necessário escolher sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional adequados para apoiar a administração dos serviços e propiciar a tomada de decisão com o menor grau de incerteza possível.

Para gerenciar com qualidade faz-se necessário realizar certas medições inerentes aos processos em estudo. Segundo Bittar (2001, p. 22) “Medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é imprescindível para o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/ controle das atividades desenvolvidas [...]”. Desse modo pode-se concluir que o uso de indicadores de desempenho são essenciais para o controle da qualidade dos serviços oferecidos.

### **2.1.2 Qualidade em Saúde no Mundo e no Brasil**

Desde o princípio do século 20 os Estados Unidos realizaram sérios esforços para melhorar os hospitais e faculdades de medicina. Foi então que, em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais, que anos mais tarde passou a denominar-se *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), e tinha por finalidade monitorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos à população por meio da acreditação, o que representou um passo importante a caminho da qualidade. Aos poucos outras instituições passaram a ser colaboradoras, como a Associação Médica Americana e a Associação Americana de Hospitais, de profissionais (odontólogos e enfermeiros) e de representantes de consumidores. “Nos últimos anos, a JCAHO passou a direcionar sua atuação por meio de

indicadores de desempenho ajustados à clínica e à gravidade do estado dos pacientes, monitorando também o desempenho institucional” (ADAMI *et al.*, 2006, p.86).

De acordo com Adami *et al.* (2006), no Canadá a evolução da qualidade na saúde ocorreu de forma parecida com a americana e em 1983, uma lei do Ministério da Saúde determinou que todos os hospitais contassem com programas destinados à garantia da qualidade.

Já nos países europeus, ainda segundo Adami *et al.* (2006) o movimento pela qualidade surgiu por volta dos anos 70 apoiado nos aspectos éticos e profissionais bem como a competitividade sadia entre instituições.

Em relação aos países da América Latina e do Caribe, não houveram esforços concretos para o estabelecimento da qualidade como nos países citados anteriormente, no entanto, houve um movimento iniciado pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e Federação Latino-Americana de Hospitais que propôs um modelo de acreditação de hospitais (ADAMI *et al.*, 2006).

No Brasil, de acordo com Adami *et al.* (2006) os esforços em prol da qualidade tiveram destaque a partir dos anos 90, onde instituições públicas e privadas passaram a desenvolver estratégias no sentido de adotarem programas de garantia da qualidade.

No Estado de São Paulo, em 1991 foi criado o Programa de Controle da Qualidade Hospitalar (CQH), patrocinado pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Esta proposta, segundo Adami *et al.* (2006), tem apoiado os esforços da OPAS para implantar no Brasil um Programa Nacional de Acreditação Hospitalar contando com a adesão de aproximadamente 100 hospitais do Estado e cujo objetivo principal é prover avaliação do atendimento médico hospitalar prestado à comunidade, de maneira mas clara, transparente e responsável, tornando possível a adoção de um novo modelo de serviço e introdução de instrumentos gerenciais que conduzam a maior eficácia e eficiência.



Adami *et al.* (2006, p.86) ainda afirma que:

Iniciativas semelhantes às do CQH ocorreram em outros estados brasileiros alinhados aos princípios do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Este é resultado de um conjunto de ações desenvolvidas em seminários e oficinas de trabalho coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, utilizando como base inicial o Manual de Acreditação da OPAS, adaptado à realidade brasileira. Este programa propõe a participação voluntária, de instituições envolvidas com a saúde com o objetivo de estimular a melhoria contínua da qualidade da assistência, permitindo desta forma, que os hospitais acreditados sigam critérios básicos comuns, conquistando a confiança dos usuários, independente do local em que estes sejam atendidos.

### 2.1.3 Qualidade na Saúde e na Indústria: Uma Análise Comparativa

Inicialmente o conceito de Gerenciamento da Qualidade surgiu dentro e para o contexto industrial, partindo de pensadores americanos e se aprimorando com as contribuições desenvolvidas na indústria japonesa.

A transposição do modelo de qualidade e suas técnicas concebidas para uma realidade industrial, faz necessária uma série de adaptações e domínio acerca dos conceitos da qualidade, possibilitando o gerenciamento das diferenças, vantagens e desvantagens, de modo que possa ser utilizada de forma eficiente e eficaz pelo setor de saúde. Conforme MALIK e SCHIESARI (1998), algumas considerações são feitas por Donabedian a respeito das diferenças presentes nesses dois cenários e serão apresentadas a seguir:

a) quanto a natureza da qualidade:

	MODELO INDUSTRIAL	MODELO DA ASSISTÊNCIA MÉDICA
Qualidade	aquilo que o consumidor deseja e compra	aquilo que é bom para o consumidor, definido por ele e pelo prestador de serviços
Interação cliente / fornecedor	pouco relevante	relação médico-paciente complexa
Consumidor	co-produtor de qualidade via uso	<i>idem</i> , com maior peso
Baixo custo	componente da qualidade	menor importância
Otimização e equidade	menor importância	grande importância, dependendo de políticas e de sua implementação

**Quadro 1 : Natureza da qualidade nos modelos industrial e de assistência médica.**

**Fonte: DONABEDIAN, 1993**

b) quanto ao escopo da qualidade:

	MODELO INDUSTRIAL	MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
Ênfase	Qualidade Total: baixar custos e atender o consumidor, envolve todas as pessoas e os processos da organização	<i>performance</i> profissional e técnica, interação paciente-profissional, contribuição do paciente, acesso/eqüidade
Valorização – riscos	atividades meio	procedimentos médicos em detrimento dos demais profissionais

**Quadro 2 : Escopo da qualidade nos modelos industrial e de assistência médica.**

Fonte: DONABEDIAN, 1993

c) quanto a natureza do problema qualidade:

	MODELO INDUSTRIAL	MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
Problemas decorrentes ou caracterizados por	defeitos no desenho dos sistemas, produtos, processos de produção	competência do profissional e variabilidade na prática clínica

**Quadro 3 : Natureza do problema da qualidade nos modelos industrial e de assistência médica.**

Fonte: DONABEDIAN, 1993

d) quanto as estratégias de garantia e melhoria da qualidade:

	MODELO INDUSTRIAL	MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
Ênfase	mudanças estruturais, incluindo treinamento	influência da <i>performance</i> profissional através da educação, treinamento, supervisão
Modelo de gestão	gestão participativa, delegação de responsabilidades, educação e treinamento, recompensas	realidade vivida sobretudo por médicos, poucos com treinamento em métodos de qualidade

**Quadro 4 : Estratégias de garantia e melhoria da qualidade nos modelos industrial e de assistência médica. Fonte: DONABEDIAN, 1993**

e) quanto as métodos de monitoramento da qualidade:

	MODELO INDUSTRIAL	MODELO DE ASSISTÊNCIA MÉDICA
Monitoramento	por meio da medição de processos e resultados, comparação com padrão	processos e resultados por meio de padrões análogos; dificuldade de minimizar resultados <i>a posteriori</i>
Periodicidade do monitoramento	contínua	contínua
Metodologia	métodos específicos para identificação de problemas, desenvolvimento de consenso, determinação de causa; controle estatístico muito desenvolvido e utilizado	métodos semelhantes (epidemiologia), reduzido emprego da estatística, revisão de caso clínico muito empregada

**Quadro 5 : Métodos de monitoramento da qualidade nos modelos industrial e de assistência médica.**  
**Fonte: DONABEDIAN, 1993**

## 2.2. Indicadores de Desempenho

Indicadores de desempenho nos permitem manter, mudar ou abortar o rumo de nossas ações, de processos empresariais e de inúmeros tipos de atividades produtivas. São ferramentas de gestão ligadas ao monitoramento e auxiliam no controle da qualidade de qualquer tipo de empresa. Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato (BITTAR, 2001).

Segundo Kaplan e Norton (1997), os indicadores têm a função de comunicar a estratégia e alinhar os pensamentos e ações dos profissionais das organizações. Já Juran (1992) define os indicadores desempenho como ferramentas para gerenciar e controlar as organizações, pois segundo ele, quem não mede não controla, e quem não controla, não consegue gerenciar.

A avaliação do desempenho através dos indicadores pode ser definida como "uma técnica de transformação, uma vez que comunica e transforma a informação em juízo valorativo fundamentado" (PONTES *et al.*, 2008, p.5).

### 2.2.1. Tipos de Indicadores

De acordo com Bittar (2001), os indicadores medem aspectos qualitativos e quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos e aos resultados.

Os indicadores de meio ambiente ou meio externo, são aqueles relacionados às condições de saúde de uma determinada população, a fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos e existência ou não de instituições de saúde (BITTAR,1997). Já os indicadores de estrutura dizem respeito a parte física de uma instituição, seus funcionários, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, entre outros. Quanto aos relacionados a processos temos as atividades de cuidados realizadas para um paciente, freqüentemente ligadas a um resultado, assim como atividades ligadas ambulatorio e emergência, serviços complementares de diagnóstico e terapêutica e internação clínico cirúrgica para atingirem suas metas. E finalmente, os indicadores que dizem respeito a resultados são demonstrações dos efeitos conseqüentes do conjunto meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente, ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição (BITTAR, 1997).

Vários são os indicadores da parte estrutural das unidades de saúde e que têm importância na avaliação das mesmas, principalmente quando da utilização do BSC, permitindo uma visão global da sua participação no mercado. Alguns deles podem também ser utilizados para avaliação interna dos negócios (BITTAR, 2001). Em seguida serão apresentados alguns desses indicadores:

- a) capacidade planejada (leitos e camas);
- b) capacidade operacional (leitos e camas);
- c) capacidade ociosa;
- d) número de consultórios;
- e) número de salas cirúrgicas;
- f) consultas/consultório/dia;
- g) exames/equipamento/dia.

Segundo Bittar (2001) indicadores que medem a produção são essenciais, tanto para os diversos tipos de *benchmarking*, como perspectiva dos negócios internos, na utilização do BSC. Entre eles, cabe a este trabalho destacar os seguintes (BITTAR, 2001):

- a) número de atendimentos;
- b) número de internações;
- c) lista de espera e tempo de espera;
- d) pacientes-dias;
- e) taxa de ocupação hospitalar;
- f) taxa de necropsia;
- g) rendimento/concentração.

Tomando como referência a produção, podemos também agregar uma série de indicadores de produtividade, que são de extrema importância na perspectiva dos negócios internos e nos vários tipos de *benchmarking*, e se encontram listados a baixo (ZUCCHI *et al.*, 1998):

- a) índice de produção por funcionário da área/subárea;
- b) índice de renovação ou giro de rotatividade;
- c) índice intervalo de substituição;
- d) média de permanência;
- e) funcionários/Leitos e camas.

Indicadores econômico-financeiros também são de muita utilidade para uma abordagem em BSC e para apoio a *benchmarking*. Bem como os indicadores de imagem, que representam extrema importância para perspectiva dos clientes, Bittar (2001) lista alguns deles:

- a) satisfação do paciente;
- b) satisfação do visitante;
- c) satisfação do acompanhante;
- d) satisfação do funcionário;
- e) imagem perante o público;
- f) inserções na mídia;
- g) balanço social.

E por fim, mas não menos importante, devemos considerar alguns indicadores sob a perspectiva da inovação e do aprendizado, que estão fortemente relacionados a aspectos de recursos humanos, tais como (BITTAR, 2001):

- a) taxa de absenteísmo;
- b) índice de rotatividade;
- c) número de cursos/treinamentos realizados;
- d) horas de treinamento/funcionário/ano;
- e) satisfação do funcionário;
- f) idade média dos funcionários;
- g) orçamento para treinamento;
- h) capacidade de inovação.

### **2.2.2. A Utilização de Indicadores em Hospitais**

Segundo o trabalho de Pontes *et al.* (2008) foi realizada uma pesquisa, a respeito dos indicadores na Saúde, pelo Instituto Nacional de Desenvolvimento e Excelência. A pesquisa foi feita através de questionários com o objetivo de obter dados consistentes que permitissem o levantamento da utilização de indicadores na área de saúde. Dos Hospitais pesquisados, todos no Estado do Rio de Janeiro, 7 são públicos; 2 filantrópicos e 6 privados e possuem de 27 a 155 leitos de internação e de 0 a 15 leitos de Centro de Tratamento Intensivo. O número de médicos cadastrados varia de 50 a 250, sendo que 1 dos hospitais possui mais de 300 médicos cadastrados. O número de funcionário em 50% destes hospitais está entre 101 a 500, sendo que 2 dos hospitais tem mais de 1000 funcionários.

A pesquisa permitiu a identificação das ferramentas de gestão utilizadas por alguns destes hospitais: *Balanced Scorecard* (BSC) em 2 hospitais; Gestão de Processos em 4 hospitais; 5S em 1 hospital e *Benchmarking* em 3 hospitais, o que evidencia a busca por ferramentas de gestão para a melhoria nos resultados apesar da maioria dos hospitais não possuírem indicadores formalizados.

Em outro estudo, exposto por Adami *et al.* (2006) em seu trabalho, realizado em hospitais de Santa Maria em 1998, elucidou a dificuldade de avaliação na área hospitalar pela falta de tradição da utilização de indicadores de desempenho, tanto nos aspectos qualitativos, como nos quantitativos. Em uma pesquisa, comentada por Adami *et al.* (2006) realizada em 2001, onde houve a participação de 97 instituições hospitalares do Estado de São Paulo, 23% afirmaram ter alguma iniciativa objetivando a qualidade hospitalar. A maioria afirmou fazer uso de indicadores, o que deixa claro o interesse crescente dos dirigentes das instituições hospitalares em avaliar e monitorar a qualidade, tanto de cuidados ao paciente, como de atividades de apoio.

“Assim, para avaliar a qualidade nos serviços de saúde é necessário considerar uma série de variáveis, monitorar indicadores e responder a estas questões: onde, com o que, como, o que, quando, e por que estamos fazendo algo[...]”(ADAMI *et al.*, 2006, p. 86).

### **2.3 *Balanced Scorecard***

Em 1992, Kaplan e Norton (1992 *apud* BITTAR, 2001, p.23), desenvolveram o *Balanced Scorecard* (BSC). O *Balanced Scorecard* é uma ferramenta de gestão de empresas, que possibilita às organizações um gerenciamento mais moderno e eficaz dos seus vários recursos. Eficaz, pois representa uma ferramenta essencial para a organização alcançar os seus objetivos estratégicos. O BSC é aplicável não apenas a empresas, mas a qualquer tipo de organismos sociais, que precisam de uma administração mais efetiva e transparente, sejam eles do ramo industrial ou prestadores de serviço.

As quatro dimensões ou perspectivas do desempenho compreendem: resultados financeiros, posição em relação aos clientes, processos internos do negócio, e aprendizagem e crescimento.

Os resultados financeiros estão relacionados ao lucro, receita, custos, investimentos, ativos, dentre outros. Indicam se a estratégia da organização, sua implementação e execução estão contribuindo para a melhoria dos resultados financeiros. Apesar de salientar o aspecto financeiro de uma organização o BSC pode representar uma importante ferramenta também

para o setor público e instituições que não visam lucro algum, compensando então como objetivo maior o cumprimento da missão, entendida enquanto razão de existência da organização, destacada no mais alto nível de finalidade do BSC, ganhando prioridade sobre a perspectiva financeira (COSTA, 2006).

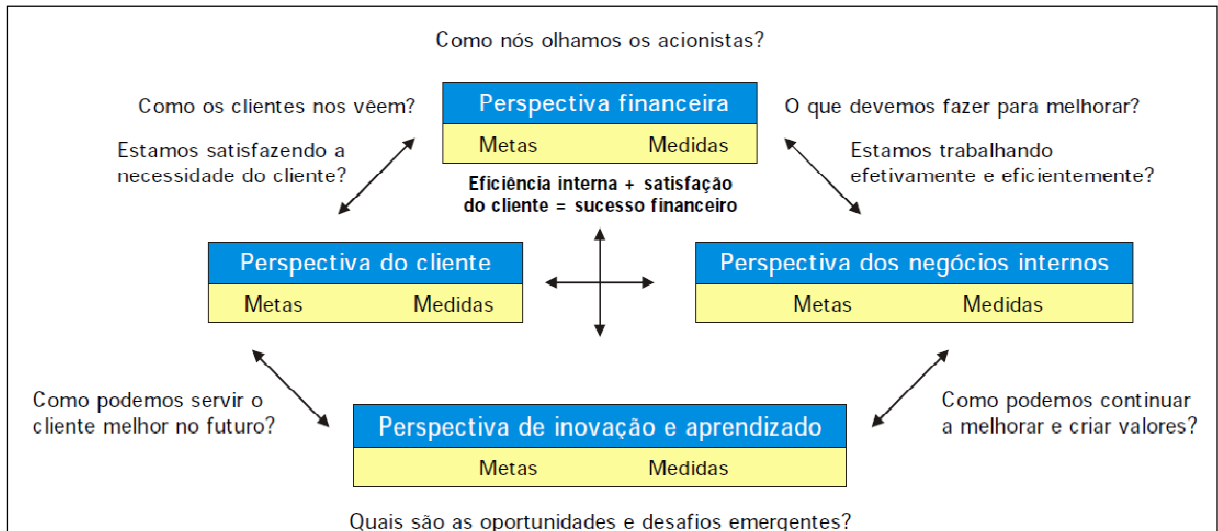
Quanto ao aspecto em relação aos clientes, o BSC permite que a gerência identifique os segmentos de clientes e mercados nos quais a organização competirá e quais são as medidas de desempenho necessárias. Sob essa perspectiva são incluídas várias medidas básicas ou genéricas do sucesso de uma estratégia bem formulada e bem implementada, como satisfação, retenção, aquisição, lucratividade e participação dos clientes nos segmentos-alvo (BITTAR, 2001).

Sob a ótica dos processos internos do negócio devemos considerar o desenvolvimento de novos produtos e processos, a produção, distribuição, e venda dos produtos, a assistência técnica, e atendimento ao cliente, ou seja, identificar os processos internos críticos envolvidos no processo para alcançar a excelência. Dessa forma, as medidas dos processos internos estão focadas nos processos que causam maior impacto na satisfação do cliente e que se mostram fundamentais para alcançar os objetivos da organização (BITTAR, 2001).

Já sob o aspecto de aprendizagem e melhoria deve-se avaliar o desenvolvimento de competências da equipe, infra-estrutura tecnológica, cultura organizacional e disposição para ação. Sob esta ótica perspectiva as medidas genéricas de resultado, como satisfação, retenção, treinamento e habilidades dos funcionários são tidas como vetores específicos (BITTAR, 2001).

Os princípios, dimensões ou perspectivas do BSC são destacadas na Figura 1.





**Figura 1 : As quatro perspectivas do *Balanced Scorecard*.**

**Fonte: BITTAR, 2001.**

A grande vantagem do BSC é o fato de que tanto aspectos financeiros quanto, não financeiros, aspectos internos e externos, são levados em conta de forma equilibrada. E é exatamente por apresentar esse equilíbrio que o BSC se torna uma ferramenta eficaz para esse controle de qualidade. BITTAR (2001, p. 24) justifica o uso do BSC na saúde ressaltando:

As instituições hospitalares são complexas, face a inúmeras peculiaridades inerentes aos programas, serviços, influências externas, internas e condições de trabalho, geralmente em emergência/urgência ou mesmo da ansiedade e pressão, por parte de pacientes, familiares e profissionais. [...] o número de áreas, subáreas e os processos desempenhados pelas mesmas tornam- nas difíceis de planejar, organizar, coordenar/ dirigir e avaliar/controlar, sem indicadores confiáveis e sensíveis. Para estas instituições e mesmo na área de saúde como um todo, outras dimensões podem ser incorporadas, já que a complexidade e amplitude dela assim o exige. Elas devem procurar, dentre indicadores de estrutura, processos, resultados e aqueles relativos ao meio externo ou ambiente, o conjunto que expresse quantidade e qualidade que melhor atenda às necessidades em termos de uma administração efetiva, eficaz, eficiente com qualidade e produtividade.

### 2.3.1 A utilização do *Balanced Scorecard* nas instituições prestadoras de serviços de saúde

#### 2.3.1.1 Um modelo de *Balanced Scorecard*

Na tentativa de explicar e exemplificar o *balanced scorecard*, Borges e Ferreira (2009), criaram um modelo de BSC voltado para a prestação de serviços de saúde especializados (médico-cirúrgicos, materno-infantis e meios complementares de diagnóstico e terapêutica), com equipes multidisciplinares, especialmente à população de Taguatinga.

O resultado de tal modelo se encontra resumido na figura 2, onde foram estabelecidos metas, objetivos e seus indicadores respectivos.

A proposta apresentada na Figura 2 ainda foi expandida em termos de causa e feito segundo as perspectivas do BSC, até alcançar a missão da instituição, conforme a Figura 3.

Perspectiva	Temas estratégicos	Objetivos estratégicos	Indicadores estratégicos
Financeira	Crescimento financeiro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retorno sobre o capital investido</li> <li>• Utilização dos ativos existentes</li> <li>• Crescimento sustentável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % da margem operacional</li> <li>• % da receita da unidade de negócio</li> <li>• % de retorno dos investimentos</li> <li>• % de redução de custos</li> </ul>
Cliente	Encantar o consumidor	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmitir aos consumidores segurança e confiança no atendimento médico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de satisfação</li> <li>• % que recomenda</li> <li>• % de retorno</li> </ul>
Processos Internos	Qualidade e Produtividade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ter índices de infecção hospitalar dentro dos padrões internacionais</li> <li>• Aumentar giro de pacientes no hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de admissões</li> <li>• % de altas</li> <li>• índice de infecção</li> <li>• duração das internações</li> <li>• índice de readmissão</li> <li>• grau de ociosidade da equipe</li> </ul>
Aprendizado e crescimento	Força de trabalho motivada e capacitada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clima para a ação</li> <li>• Competências e habilidade essenciais</li> <li>• Acesso à informação estratégica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• % de satisfação entre os empregados</li> <li>• % de Balanced Scorecard pessoais</li> <li>• % de uso das informações estratégicas</li> </ul>

Figura 2 - O BSC configurado dentro dos temas estratégicos.

Fonte: BORGES e FERREIRA, 2009.

Borges e Ferreira (2009) destacam o fato de que a base de construção estratégica esta diretamente relacionada com a área de pesquisa, educação e treinamento, que tem como ponto central a conscientização cultural e a formação de um banco dados estratégicos de procedimentos médicos e administrativos. Na perspectiva seguinte, dos processos internos, temos os objetivos de diminuir o tempo de espera das admissões e altas, e, aumentar a qualidade do atendimento médico e a produtividade da área médica. Relacionada com as duas visões anteriores, temos por um lado os atributos relacionados aos clientes cujas metas foram definidas como aumento do grau de satisfação dos consumidores, acréscimo no percentual de recomendações do hospital, e incremento do retorno dos pacientes para o tratamento de outras enfermidades. Por outro lado os resultados da parte financeira identificados por através da melhoria na margem operacional, da receita das unidades de negócios, do retorno dos investimentos e da sensível redução de custos operacionais. O caráter de fins lucrativos que o modelo visa deve-se ao fato de representar uma instituição privada.

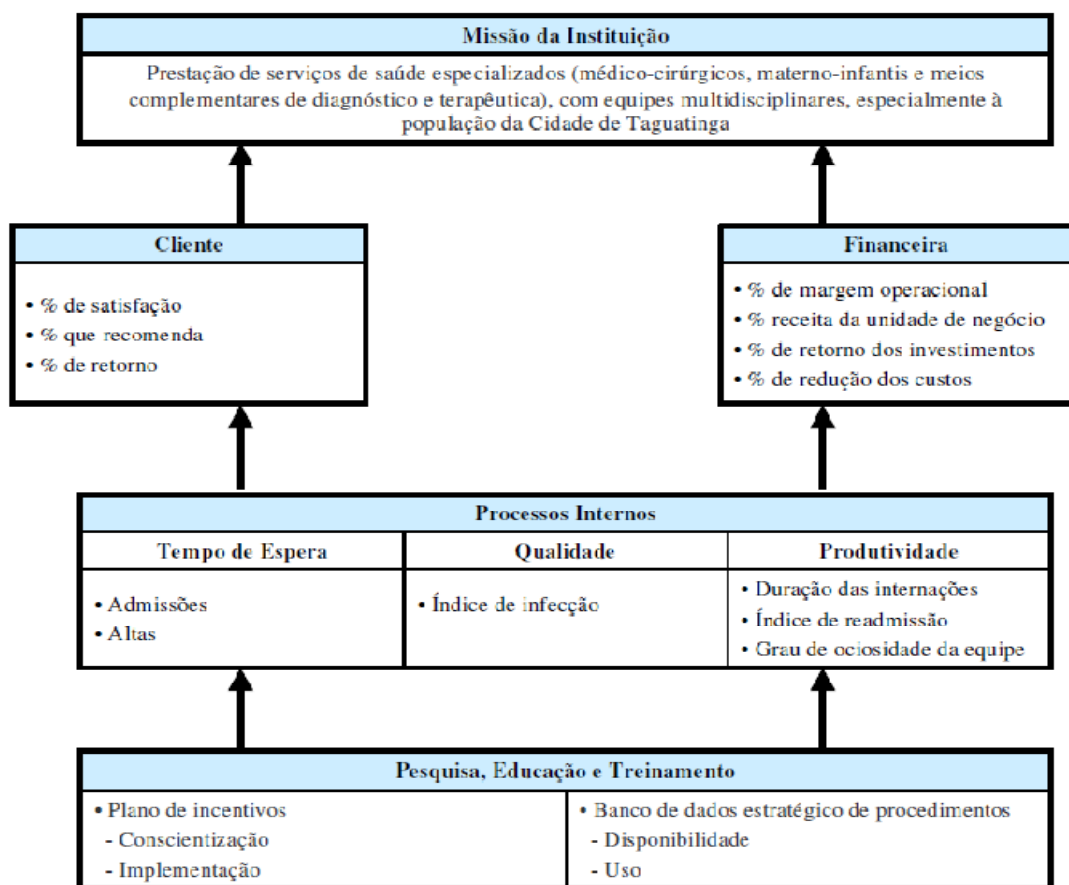


Figura 3 - Refere-se ao *Balanced Scorecard* de um hospital.

Fonte: BORGES e FERREIRA, 2009.

Diante do modelo formulado, os autores Borges e Ferreira (2009), concluem que a gestão de uma instituição prestadora de serviços de saúde deve apresentar uma estratégia de atuação, mas que também necessita de mecanismos de acompanhamento da execução dessa estratégia, e para tal deve-se utilizar a metodologia BSC, a qual o modelo proposto por meio de adaptação à realidade de determinadas instituições pode servir como base.

### **2.3.1.2 Hospital Regional do Agreste**

Silva *et al.* (2006), em seu trabalho, aponta a necessidade de aprimorar a gestão do Hospital Regional do Agreste (Caruaru), implementando uma metodologia de controle e ações estratégicas, evitando assim, perdas, falhas e desperdícios, causados pela falta de um sistema de gestão e de indicadores que possam guiar ações e direcionar recursos da melhor forma possível, como a destacada pelos autores caracterizando o setor farmacêutico e a nutrição como os mais dispendiosos.

Segundo relatado a administração do hospital toma suas decisões com base nos elementos tradicionais, não tendo qualquer preocupação com controles gerenciais. E diante de tal cenário, Silva *et al.* (2006), mediante coleta de informações e análise das mesmas, formulou indicadores segundo a metodologia do BSC, que melhor se adequariam para o controle de uma gestão estratégica. Dentro das perspectivas da ferramenta, foram determinadas metas e indicadores relacionados, as informações levantadas pelos autores estão concentradas no quadro 6.

Silva *et al.* (2006), modelando as necessidades do hospital à estrutura do BSC, estabeleceu um planejamento estratégico generalizado, com o objetivo de suprir as necessidades encontradas durante a pesquisa, levando o hospital a uma eficiência e eficácia operacional. Das informações levantadas estabeleceu-se as relações entre as diferentes perspectivas, firmando a importância de cada uma delas na construção do sistema como um todo. Essas relações estão ilustradas na Figura 4.

Perspectivas	Meta	Indicador
Perspectiva Financeira	Maximizar a economia dos custos, melhor direcionar as verbas e preservar o patrimônio público.	*Melhor direcionamento das verbas.
Perspectiva Clientes/pacientes	Melhorar o atendimento	*Satisfação do Paciente
Perspectiva do Aprendizado e conhecimento	Promover cursos de reciclagem para todos os funcionários.	*Satisfação dos Funcionários.
Perspectiva dos Processos internos	Melhorar a qualidade dos serviços ofertados.	* Qualidade

Quadro 6 - Estruturação do BSC.

Fonte: SILVA *et al.*, 2006.

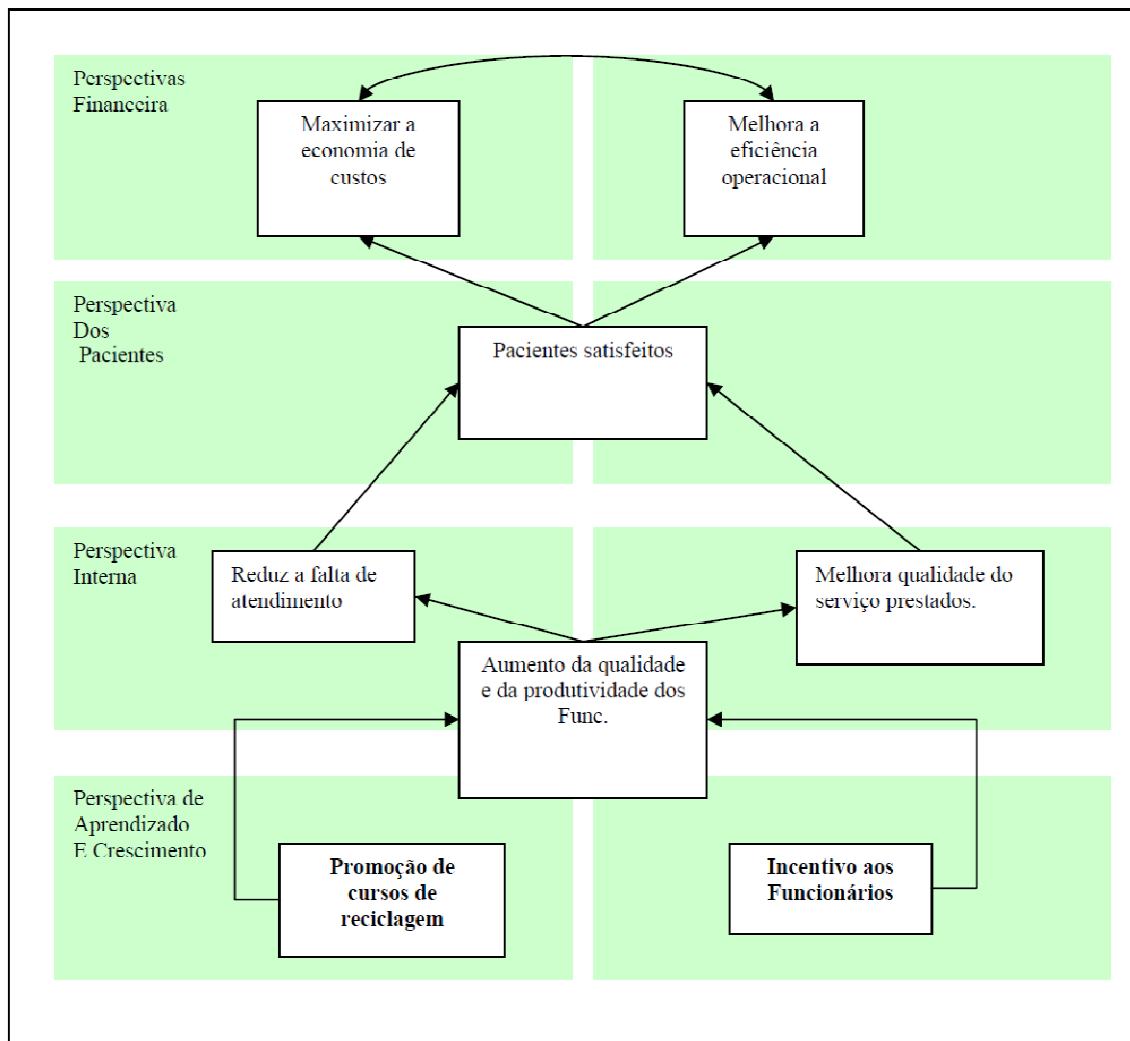


Figura 4 - O BSC estratégico, aplicado no Hospital Regional.

Fonte: SILVA *et al.*, 2006.

Os indicadores foram formados tendo em vista a situação do hospital estudado, suas dificuldades, e suas metas, adequando essa realidade ao modelo do *Balanced Scorecard*, de forma a proporcionar uma melhor obtenção de resultados. Direcionando assim, o hospital Regional do Agreste para uma administração eficaz, eficiente.

### **2.3.1.3 Hospital de Caridade de Carazinho: um exemplo prático**

Localizado no Rio Grande do Sul, o Hospital de Caridade de Carazinho – sociedade civil, filantrópica e beneficente – presta serviços a comunidade como órgão de utilidade pública sem fins lucrativos desde 1935.

Sua preocupação com a qualidade é exemplar, possui filiação ao Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade – PGQP desde 1996, aonde, desde então vem procurando obter a melhoria contínua da qualidade e, para tal, tem desenvolvido um sistema de avaliação e controle de desempenho geral que sintetize seus resultados como órgão prestador de serviço pela saúde.

No mês de novembro de 2001, devido ao seu zelo pela melhoria e qualidade, iniciou a implementação do *Balanced Scorecard*, como ferramenta de avaliação do desempenho e suporte para avaliação do seu Balanço Social.

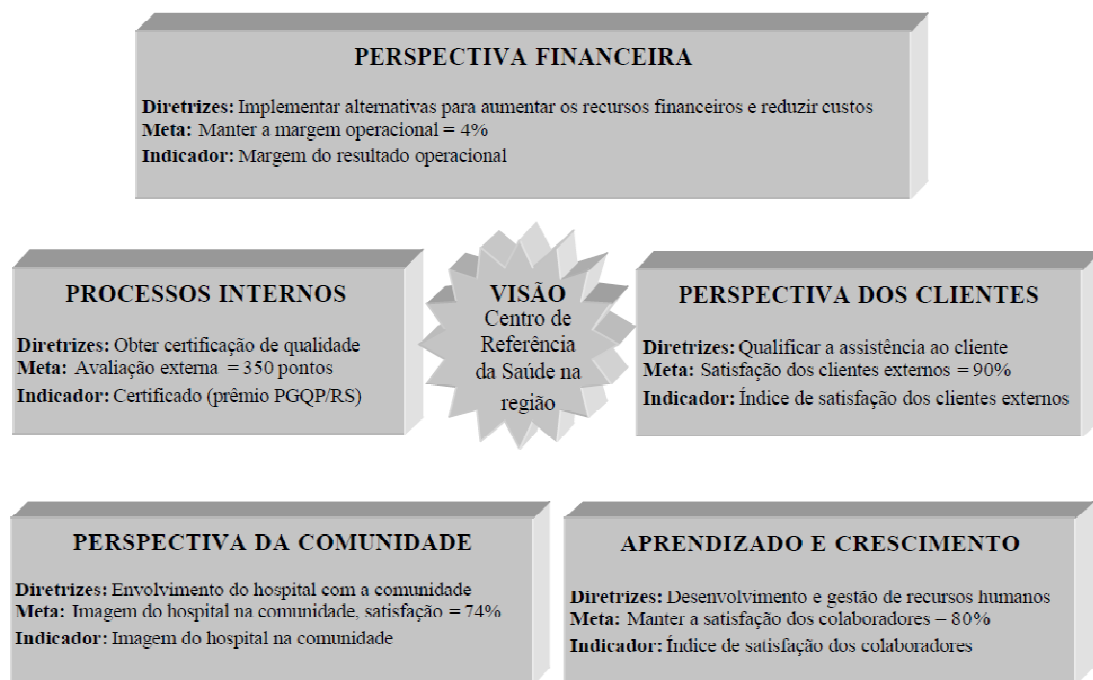
Segundo Ceretta e Quadros (2003), apesar de que o Hospital tenha iniciado o seu BSC em 2001, os indicadores já estavam sendo apurados desde 1999. Na tabela 2 temos os índices apurados.

Ao observarmos a tabela 2, nos deparamos com aumentos e quedas nos índices durante os anos apurados, e, portanto, vale lembrar que a identificação de quedas nos índices não deve ser vista como um aspecto negativo do BSC, já que objetivo do mesmo é monitorar através de indicadores a gestão empregada. O emprego do BSC no Hospital de Caridade de Carazinho resultou no modelo apresentado na Figura 5, que resume as metas estabelecidas, as diretrizes e os indicadores.

**Tabela 2: Indicadores estratégicos do BSC do Hospital de Caridade de Carazinho.**

<b>Indicador Estratégico</b>	<b>1999</b>	<b>2000</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>
Índice de Satisfação dos Colaboradores	77,45	84,02	80,85	71,11
Índice de Satisfação dos Clientes Externos	88,97	90,04	89,94	90,27
Margem do Resultado Operacional	0,35	6,59	5,35	-1,87
Imagem do Hospital na Comunidade	68,40	72,76	73,31	85,07
Certificação de Qualidade (PGQP/RS)	358,1	391,0	332,9	285,3

Fonte: CERETTA e QUADROS, 2003.

**Figura 5 - Balanced Scorecard do Hospital de Caridade de Carazinho.**

Fonte: CERETTA e QUADROS, 2003.

Por meio dos índices coletados, o hospital pode constatar suas falhas e acertos na gestão estratégica que vinha sendo imposta, e a partir de tal reformular metas e planos. O intuito deste exemplo é apenas destacar a importância do uso do BSC em órgãos prestadores de serviços de assistência a saúde, e a sua viabilidade de aplicação no mesmo, desse modo, não nos aprofundaremos nas conclusões obtidas pelos autores. A análise detalhada dos resultados obtidos pode ser encontrada em Ceretta e Quadros (2003).

### 2.3.1.4 Hospital Divina Providência

O Hospital Divina Providência (HDP), segundo pesquisa de CHAGAS(2006), caracteriza-se por ser uma empresa privada, de médio porte, que não visa lucro e de caráter, declarada como de utilidade pública pelo Governo Federal, Estadual e Municipal.

O autor, em seu trabalho, relata a situação antes da aplicação do BSC, tendo o HDP um sistema de gestão estratégica bem consolidado, no entanto no foco estratégico do seu principal negócio e no segmento do qual fazia parte não realizava qualquer tipo de análise, formatação e definição estratégica em termos de metas e posicionamento.

Dessa forma, CHAGAS(2006) destaca a grande vantagem na aplicação do BSC, no intuito de permitir uma revisão do HDP de seu foco e objetivos para definir assim seus principais públicos, principais produtos e principais serviços, definindo claramente a base de sustentação para o desdobramento de suas estratégias.

CHAGAS(2006) ainda ressalta o grande ganho que a metodologia proporciona para a organização com o sistema global de gerenciamento e de avaliação de desempenho. Por meio dele, a direção da instituição pode acompanhar e monitorar todos os avanços e resultados, controlados pelas metas e indicadores de desempenho.

Nas figuras 6, 7, 8, e 9 são apresentados os indicadores e metas desenvolvidos por CHAGAS(2006) para a gestão do HDP.

<b>Indicador</b>	<b>Meta</b>	<b>Realizado 2004</b>	<b>Realizado 2005</b>
Resultado líquido	5 milhões/ano	5,4 milhões/ano	6,1 milhões/ano
margem líquida dos produtos existentes	10%	14,6%	13,5%
receita operacional dos novos produtos	1 milhão/ano	3,5 milhões/ano	5,8 milhões/ano

**Figura 6 - Perspectiva Financeira/Crescimento.**

**Fonte: CHAGAS, 2006.**



Indicador	Meta	Realizado 2004	Realizado 2005
% satisfação dos pacientes	94% satisfação	94,07%	94,07%
% satisfação dos pacientes com os novos serviços	90% satisfação	93,77%	93,91%
% satisfação do corpo clínico	80% satisfação	78%	86,6%
nº de procedimentos dos convênios especiais realizados	+10%	+18,3%	+32,7%

**Figura 7 - Perspectiva Clientes/Mercado.**

Fonte: CHAGAS, 2006.

Indicador	Meta	Realizado 2004	Realizado 2005
qualidade dos serviços (*)	+ 5%	+5,2%	+5,7%

**Figura 8 - Perspectiva Processos Internos.**

Fonte: CHAGAS, 2006.

Indicador	Meta	Realizado 2004	Realizado 2005
% satisfação da força de trabalho	90% satisfação	93%	96,8%
nº de horas de capacitação por colaborador/hora/mês	+ 5%	+ 9,9%	+ 8,6%
% retenção (turnover) da força de trabalho	- 5%	- 2,3%	- 2,6%

**Figura 9 - Perspectiva Pessoas/Aprendizado.**

Fonte: CHAGAS, 2006.

De posse de sua pesquisa, Chagas (2006), conclui afirmando a utilidade do BSC em instituições prestadoras de serviços de saúde, desde que seja adaptada à realidade da mesma.

E aprova o modelo desenvolvido (CHAGAS, 2006, p. 7):

Os resultados práticos evidenciados neste trabalho indicam a importância e a necessidade da utilização de técnicas e ferramentas administrativas para a definição de estratégias competitivas, como também, principalmente, o desdobramento e a implementação destas na realidade da instituição hospitalar estudada.

### **2.3.1.5 Hospital filantrópico - Santa Rita de Cássia**

Na busca por uma gestão mais organizada e de caráter estratégico, Castro *et al.* (2005), documentaram um estudo sobre a aplicabilidade da metodologia do *Balanced Scorecard* no Hospital Santa Rita de Cássia no Espírito Santo.

O hospital era administrado sem perspectivas do ponto de vista estratégico e para tal fez-se necessário o uso das ferramentas da qualidade, com o objetivo de esclarecer metas e monitorar ações em busca das mesmas.

Do estudo feito por Castro *et al.* (2005), resultaram os objetivos, indicadores e metas que iriam guiar a nova gestão da instituição, os mesmos são apresentados nas figuras a seguir.

Sob o ponto de vista financeiro, que no caso da instituição filantrópica deixa de ter o objetivo de visar lucros, e assume a missão de otimizar os recursos, foram estabelecidos os indicadores presentes na figura 10.

Itens	Objetivos Econômicos Financeiros	Indicador	Meta
1	Produzir um superávit mensal superior a 2% da receita total	1- % de resultado econômico face ao total de receita	>2%
2	Reduzir 3% no endividamento total em relação ao exercício anterior	1- % de endividamento atual em relação ao exercício anterior	>3%
3	Reduzir em 50% o número de títulos protestados em relação ao exercício anterior	1- % de títulos atualmente registrados em cartório em relação ao fechamento do exercício anterior	>50%
4	Manter o custo com Suprimentos abaixo de 30% do faturamento;	1- % de compras em distribuidores em relação ao volume de compra 2- % de rotatividade dos estoques 3- % de perdas de inventário em relação ao estoque total	<5% >120% <0,02%
5	Reduzir a ociosidade do hospital em 20%;	1- % de ocupação dos diversos setores de internação em relação o número de horas disponíveis	>75%
6	Aumentar a produtividade dos equipamentos ociosos no Santa Rita	1- % de horas de ociosidade por equipamento e relação ao número de horas de disponíveis 2- % de horas de equip. parados para manut. corretiva em relação ao total de horas de manutenção	<1% <2%
7	Aumentar a taxa de ocupação do Bloco Cirúrgico	1- % manter a utilização das salas de cirurgias em relação ao total de horas disponíveis 2- % manter a utilização das salas de cirurgias por turno de trabalho em relação ao total de horas disponíveis	>80% >80%
8	Reduzir custos associados ao endividamento da instituição	1- % de custos com despesas financeiras em relação ao valor do endividamento	<2%
9	Gerenciamento do risco financeiro	1- % de créditos de liquidação duvidosa	<2%
10	Gerenciamento de perdas com faturamento	1- % de glosas no faturamento em relação ao faturamento total 2- % de glosas segregadas por convênio 3- % de glosas recorrida e recebidas em relação ao total de glosado	<2% <2% >98%
11	Gerenciamento de portfólio de clientes	1- % de atendimento ao Sistema Único de Saúde em relação a capacidade operacional do hospital 2- % de receita mensal gerada com atendimento a novos convênio em relação a receita total 3- % de receita gerada por cliente (Planos de saúde, particulares e Sus)	<63% >1%
12	Captação de recursos financeiros	1- % de receita captadas por meio de doações e relação a receita total	>3%

**Figura 10 - Indicadores de desempenho – perspectiva financeira.**

**Fonte: CASTRO; SILVA e FREIRE, 2005.**

Sob a perspectiva dos clientes, a metodologia foi desenvolvida tendo em vista a imagem passada ao cliente e a satisfação do mesmo e é apresentada na figura 11.

De acordo com a perspectiva dos processos internos, a preocupação ficou focada na qualidade dos serviços produzidos e na produtividade das funções operacionais. As informações podem ser consultadas na figura 12.

Itens	Objetivos de crescimento e aprendizado	Indicador	Meta
1	Foco nos clientes pacientes	1- % de reclamações recebidas de pacientes em relação ao número de atendimentos	<1%
		2- % de reclamações respondidas em até 12 horas em relação ao total de reclamações	>99%
		3- % de clientes atendidos que receberam indicação de outros clientes e relação ao total de atendimentos	>10%
		4- % de satisfação dos pacientes atendidos pelo hospital	>98
2	Foco nos clientes - Médicos	1- % de reclamações recebidas de médicos em relação ao total de atendimentos	<2%
		2- % de endividamento com os médicos e relação ao endividamento total	<10%
3	Foco nos clientes - Fornecedores	1- % de reclamações recebidas de fornecedores em relação ao total de pedidos atendidos	<1%
		2- % de notas pagas na data do vencimento em relação ao total de notas de notas pagas	>80%
4	Foco nos clientes - Funcionários	1- % de reclamações recebidas de funcionários em relação ao número de empregados	>2%
		4- % geral de satisfação dos colaboradores do hospital	>90%

**Figura 11 – Indicadores de desempenho – perspectiva dos clientes.**

**Fonte: CASTRO; SILVA e FREIRE, 2005.**

Itens	Objetivos de Controles Internos	Indicador	Meta
1	Implantação de um sistema de informática integrado para controle dos processos	1- % de compras através do sistema informatizado em relação as compras manuais	<98%
		2- % de prescrições emitidas por meio do sistema informatizado em relação ao número de prescrições emitidas	<99%
		3- % de aumento no número de estações de trabalho em relação ao ano anterior	<50%
		4- % de colaboradores treinados a operar o sistema de informática em relação ao total de colaboradores	<80%
2	Implantar planejamento, programação e controle de manutenção de equipamentos;	1- % de solicitações de manutenção emitida por meio do sistema informatizado em relação ao total de solicitações	<98%
		2- % de manutenções preventivas em relação as manutenções corretivas	<98%
3	Implantar políticas de controle de roupas e geral	1- Número de quilos de roupa lavada por paciente internado	>5
		2- % de reclamações relacionadas ao serviço de rouparia em relação ao total de reclamações	>2
4	Implementar políticas de controle de qualidade do Serviço de Nutrição e Dietética	1- % de empregados satisfeitos com a qualidade da alimentação servida em relação ao total de empregados	<95%
		2- % de reclamações emitidas por empregados e pacientes em relação ao número de refeições servidas	>2%
		3- % de resto injusta (sobra nos pratos) em relação ao total de alimentação servida - Gramas	>10%
5	Estruturar o Processo de Faturamento;	1- % de contas automatizadas em relação total de contas faturadas pelo hospital	>98%
		2- % de aumento no valor médio das contas hospitalares em relação o valor médio das contas do ano anterior	<3%
6	Melhorar a performance do Centro de Diagnóstico	1- % de ociosidade individual dos equipamento de diagnóstico em relação ao total de horas disponíveis	>10%
		2- % de horas de equipamento parados por motivo de manutenções não programadas em relação ao total de horas disponíveis	>3%

**Figura 12 – Indicadores de desempenho – perspectiva dos processos internos.**

**Fonte: CASTRO; SILVA e FREIRE, 2005.**

E por fim, seguindo a perspectiva do aprendizado e conhecimento, atentou-se para a satisfação dos colaboradores e funcionários e o bem-estar dos mesmos. Para tal, foram criados os indicadores que constam na figura 13 .

Itens	Objetivos de crescimento e aprendizado	Indicador	Meta
1	Promover Capacitação de Pessoal em todos os níveis	1- % de gastos com treinamento/instrução em relação a receita total	>2%
		2- % de empregados cursando o nível superior com financiamento da instituição em relação ao total de empregados	>5%
		3- % de empregados cursando pós-graduação com financiamento da instituição em relação ao total de empregados	>1,5%
		4- % de horas de treinamento em relação ao total de horas trabalhadas	>2%
2	Investir na valorização e motivação dos func. na busca de satisfação	1- % de satisfação dos empregados satisfeitos com o hospital em relação ao total de empregados	>0%
		2- % de empregados informados sobre a política e metas do hospital	>95%
		3- % de promoções com aproveitamento interno de funcionários em relação ao total de contratações	>95%
		4- % de aproveitamento estagiários para contratações em relação ao total de estagiários admitidos no programa	>50%
		5- % de benefícios recebido pelos funcionários em relação o valor do salário base	>12%
		6- % de empregados com cobertura do plano de saúde financiado pela instituição em relação ao total de empregados	>95%
		7- % de rotatividade de funcionário (turn-over)	<1%
3	Investir em Prevenção de acidentes de trabalho.	1- % de acidentes registrados para cada 100 colaboradores	<1%
		2- % de colaboradores afastados por motivo de acidente no trabalho em relação ao total de colaboradores	<2%
		3- % de dias perdidos por motivo de acidente de trabalho em relação ao número de dias disponíveis	<2%
4	Administração de pessoal conforme impostas pela CLT	1- % de reclamações trabalhistas em relação ao total de empregados demitidos	<10%
5	Fomentar a cultura de inovação	1- Número de sugestões dos colaboradores que foram implantadas/aproveitadas	95%
		2- Número de empregados premiados pela iniciativa de sugerir melhorias	5%

**Figura 13 – Indicadores de desempenho – perspectiva do crescimento e aprendizado.**

**Fonte: CASTRO; SILVA e FREIRE, 2005.**

Castro *et al.*(p. 13, 2005) em seu estudo concluem o trabalho com a seguinte afirmativa: “O estabelecimento desses indicadores e a definição de suas metas possibilitaram o acompanhamento dos principais processos da instituição de forma a controlar identificar desvios e conseqüente buscar o equilíbrio econômico-financeiro da instituição.” Atestando, dessa forma, a eficiência e eficácia do emprego do método.

## **2.4. Benchmarking**

Um outro instrumento gerencial, é o *benchmarking*, que nada mais é do que um processo sistemático e contínuo de avaliação dos produtos, serviços e processos de trabalho das organizações que são reconhecidas como representantes das melhores práticas com a finalidade de comparar desempenhos e identificar oportunidades de melhoria na organização, ou seja, uma comparação sistemática de informações com o objetivo de aplicação na organização. De acordo com Bittar (2001), pode também ser definido com uma marca conhecida ou elevação assumida do geral onde outras elevações podem ser estabelecidas, ou ainda um padrão de referência pelo qual outros podem ser medidos ou julgados.

Como ressaltado por Bittar (2001), existem diferentes tipos de *benchmarking*, nos quais o autor procurou adaptar com a nomenclatura da área de saúde e que se encontram a seguir.

### **2.4.1 Benchmarking competitivo**

Trata-se da comparação de processos semelhantes tendo como alvo específico as práticas dos concorrentes. Exemplo: a comparação do controle de estoques de dois hospitais.

### **2.4.2 Benchmarking interno**

A procura pelas melhores práticas ocorre dentro da própria organização em departamentos diferentes. Caracterizando-se na área da saúde, “é a comparação de processos semelhantes

entre diferentes áreas ou subáreas do hospital. Exemplo: a comparação entre o atendimento (consulta) no ambulatório e no pronto-socorro” (BITTAR, 2001, p. 25).

#### **2.4.3 *Benchmarking* genérico**

Ocorre principalmente quando o *Benchmarking* é baseado em um processo que atravessa várias funções da organização e pode ser encontrado na maioria das empresas do mesmo porte. “[...] Exemplo: a contínua comparação da produtividade de várias células (áreas e subáreas) de produção de um hospital” (BITTAR, 2001, p. 25).

#### **2.4.4 *Benchmarking* funcional**

“É a comparação de processos semelhantes entre hospitais que atuam em mercados distintos. Exemplo: a comparação das áreas de internação de hospitais privados com fins lucrativos e os sem fins lucrativos (ou com os hospitais públicos)” (BITTAR, 2001, p. 25).



## **3 DESENVOLVIMENTO**

### **3.1 Metodologia**

O estudo de caso proposto neste trabalho irá avaliar o uso de indicadores de desempenho como ferramenta de apoio a gestão, bem como, avaliar os processos através de fluxogramas na busca de falhas que prejudiquem a qualidade do serviço prestado pelo Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá (CISAM). Será realizada uma busca mais aprofundada por informações sobre indicadores de desempenho e também por estudos de casos envolvendo gestão de qualidade, já realizados.

A coleta de dados para formulação dos indicadores foi feita através de observação, entrevista e monitoramento dos processos, bem como suas entradas e saídas. E, através de consulta à literatura e consenso da coordenação do CISAM foram escolhidos os indicadores de maior importância para verificação do cumprimento das metas e padrões da qualidade.

Os processos componentes do serviço prestado pelo CISAM foram ilustrados por meio de fluxogramas, que por sua vez foram formulados a partir de entrevista e observação, para que desta forma pudesse se ter uma visão mais clara dos processos a fim de identificar falhas ou imperfeições caso existissem.

Pretendeu-se quando de posse dos documentos citados acima, avaliar possíveis soluções e destacar aos coordenadores e funcionários do Centro a importância do uso dessas ferramentas para apoio à gestão da qualidade, no intuito de agregar a experiência na cultura organizacional do mesmo.

### **3.2 Análise e Discussão**

#### **3.2.1 Descrição dos processos componentes do serviço**

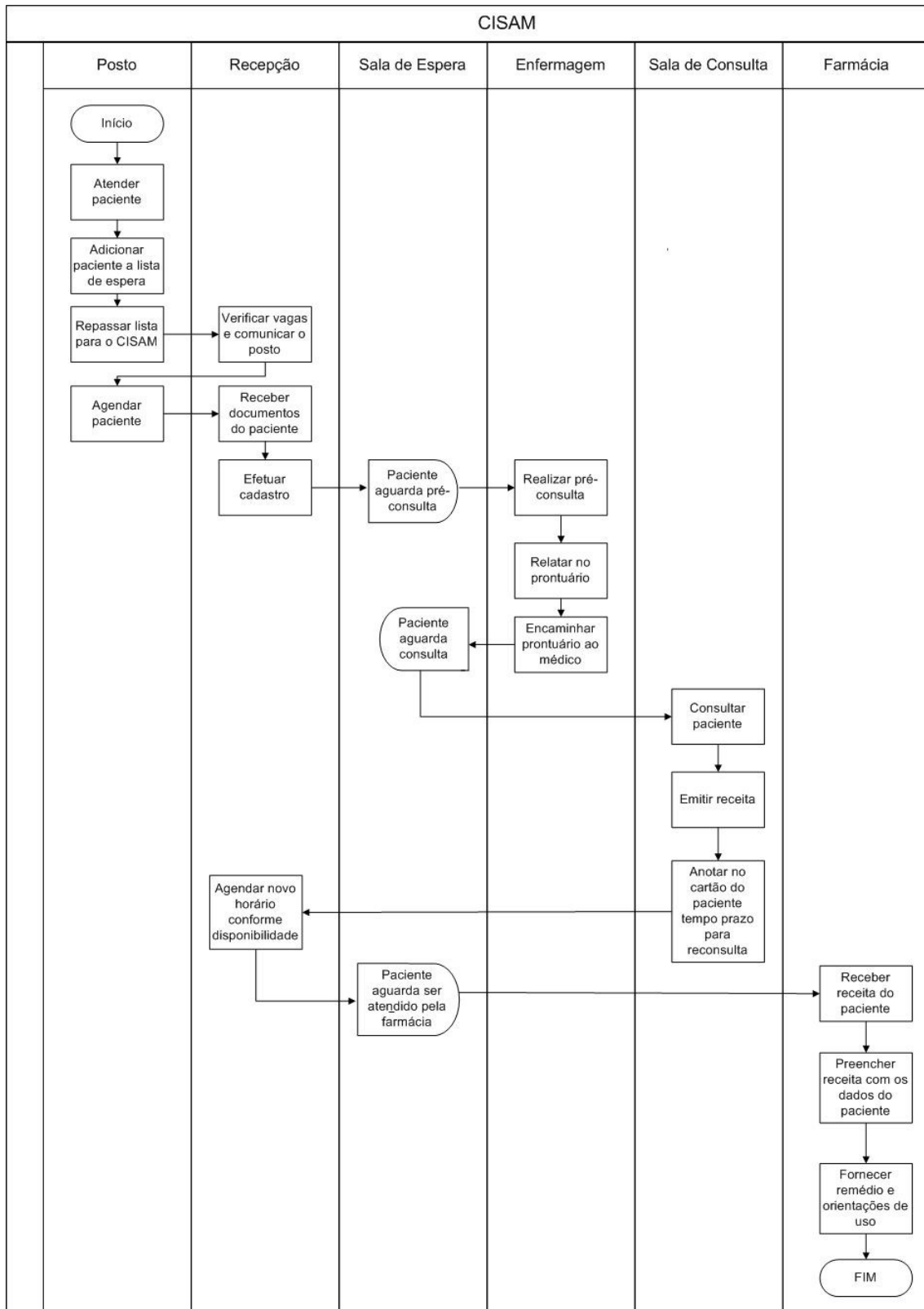
O Centro Integrado de Saúde Mental de Maringá atende pacientes de Maringá e região, realizando consultas e re-consultas nas áreas de psiquiatria e psicologia. O objeto de estudo

em questão trata a respeito dos processos relacionados ao atendimento de psiquiatria. A entrada do fluxo de processos do centro é estabelecida por três maneiras distintas: Emergência psiquiátrica, encaminhamento pelas unidades básicas de saúde, e re-consultas. Daremos um maior enfoque no fluxo composto pela entrada de pacientes através de encaminhamento dos postos de saúde.

A unidade básica de saúde ao atender o paciente e identificar a necessidade de um profissional psiquiatra, procede o encaminhamento do mesmo para o CISAM da seguinte maneira:

- a) O paciente é adicionado à lista de espera do posto;
- b) Após um determinado tempo ou solicitação do centro, a lista é então repassada ao CISAM;
- c) O centro verifica a disponibilidade de vagas e comunica o posto de saúde;
- d) O posto de saúde fica responsável por comunicar ao paciente o horário agendado (através dos contatos cadastrados ou visita);
- e) O paciente ao comparecer ao Centro fornece seus documentos para que a recepção possa cadastrá-lo;
- f) Depois de cadastrado o mesmo deve aguardar na sala de espera para uma pré-consulta;
- g) Uma enfermeira chama pelo paciente e realiza a pré-consulta, para colher informações como: peso, altura, pressão, e informações sobre a saúde do paciente conseguidas através de entrevista;
- h) A enfermeira relata no prontuário médico do paciente as informações obtidas e encaminha o mesmo ao médico;
- i) O paciente se encaminha novamente a sala de espera e aguarda sua consulta com o psiquiatra;
- j) O médico chama pelo paciente realiza a consulta, emite a receita médica, e anota no cartão do paciente o prazo para re-consulta;
- k) Este deve se dirigir a recepção apresentar o cartão para que a recepcionista possa agendar nova consulta mediante o prazo dado pelo médico;
- l) O paciente, mais uma vez, aguarda na sala de espera pelo atendimento da farmácia;
- m) A farmácia chama pelo paciente e solicita a receita médica, recolhe suas informações cadastrais e fornece o remédio mediante orientações de uso, liberando assim o paciente.

De forma a tornar a compreensão do fluxo de processo mais pratica foi elaborado o fluxograma a seguir:



**Figura 14: Fluxograma Funcional do CISAM.**

### 3.2.2 Análise do sistema

Com o objetivo de tornar mais explícito o impacto de cada atividade e identificar os processos críticos ao sistema, foi elaborado um fluxo-cronograma acerca dos processos do CISAM, onde por meio de medição, entrevista e observação, pode-se tomar os tempos de processamento de cada atividade e os respectivos tempos de ciclo. Este fluxo-cronograma é apresentado na Figura 15.

**Tabela 3 : Lista de Atividades do processo de atendimento do CISAM.**

Atividade	Área responsável
1 Atender paciente	Posto
2 Adicionar paciente a lista de espera	Posto
3 Repassar lista para o CISAM	Posto
4 Verificar vagas e comunicar o posto	Recepção
5 Agendar paciente	Posto
6 Receber documentos do paciente	Recepção
7 Efetuar cadastro	Recepção
8 Paciente aguarda pré-consulta	Sala de Espera
9 Realizar pré-consulta	Enfermagem
10 Relatar no prontuário	Enfermagem
11 Encaminhar prontuário ao médico	Enfermagem
12 Paciente aguarda consulta	Sala de Espera
13 Consultar paciente	Psiquiatria
14 Emitir receita	Psiquiatria
15 Anotar no cartão do paciente tempo prazo para reconsulta	Psiquiatria
16 Agendar novo horário conforme disponibilidade	Recepção
17 Paciente aguarda ser atendido pela farmácia	Sala de Espera
18 Receber receita do paciente	Farmácia
19 Preencher receita com os dados do paciente	Farmácia
20 Fornecer remédio e orientações de uso	Farmácia

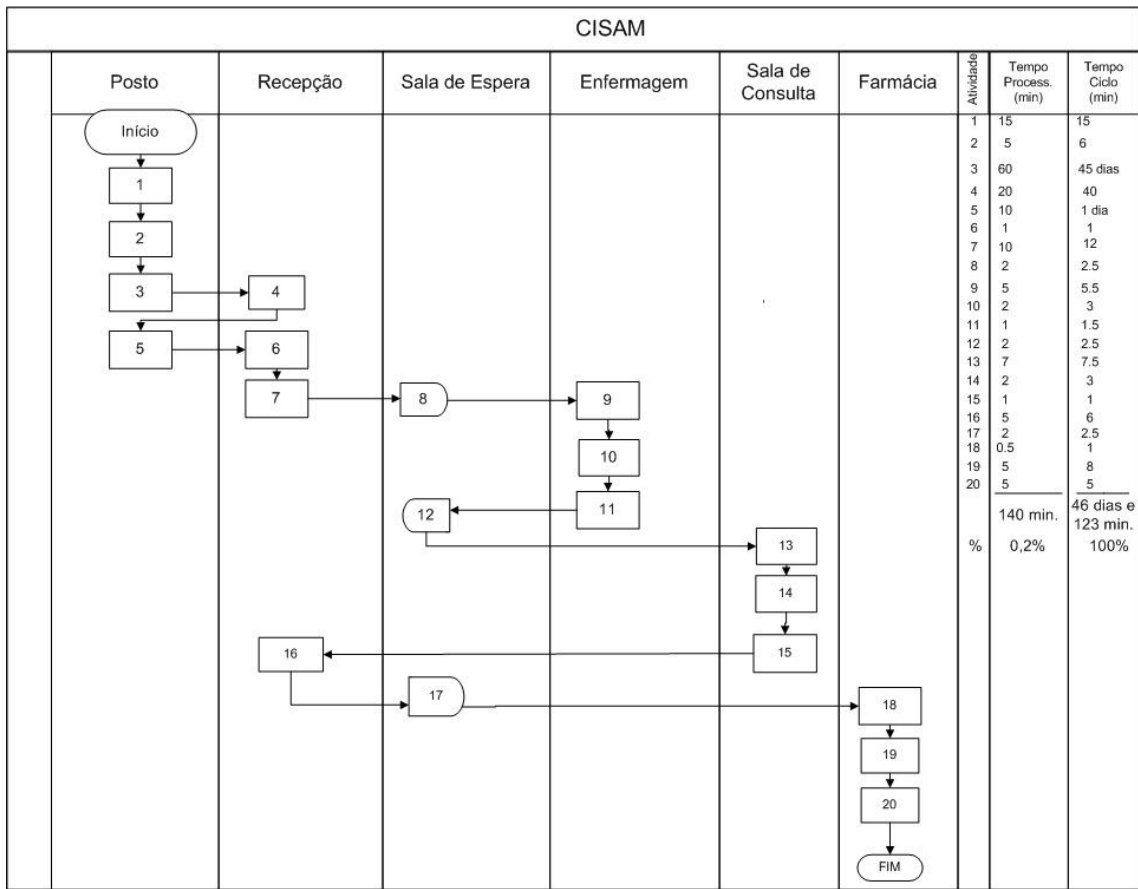


Figura 15: Fluxo-Cronograma dos processos do CISAM.

A análise do fluxograma acima torna evidente que algumas atividades estão sobrecarregando o tempo de ciclo do sistema, que representa o tempo entre duas atividades, ou seja, o tempo entre o término de uma atividade e o início da seguinte. Temos então dois processos críticos, que ocasionam um tempo muito grande entre as atividades: 2 e 3, e 4 e 5.

Em busca do motivo para tal discordância em relação ao sistema, foram detalhadas as atividades envolvidas.

A atividade 3, repassar lista de espera para o CISAM, é feita atualmente sem o uso de padrões, tanto para prazos como para modelos de lista, o que implica em discordância e falta de informações sobre o paciente, e no grande tempo de ciclo como aproximado na figura 9. Uma vez que, os postos não precisam cumprir prazos quanto ao envio dessas listas, fazem mediante bom censo, julgando terem um bom número para poderem enviar, ou no caso de solicitação por meio do Centro de Saúde Mental.

Já a atividade 5, agendar paciente, possui um tempo de ciclo menos crítico que o da atividade anterior, no entanto também se destaca em relação ao sistema. Em uma análise mais profunda, foi constatado que o grande tempo destacado no fluxograma se dá devido ao fato que o posto, de posse da vaga fornecida pelo CISAM, tem que localizar o paciente, via telefone ou por meio de visita residencial, o que muitas vezes leva certo tempo.

Na tentativa de amenizar ambas as situações, e da maneira mais excelente, este trabalho sugere a adoção de um sistema informatizado online. O sistema será de uso interno, pelo CISAM e pelos postos cadastrados. O Centro poderá cadastrar as vagas para consulta em aberto, segundo critério a decidir pela direção, atribuindo prioridades a unidades que possuírem uma fila de espera maior, ou determinado número de vagas para cada posto. Uma vez cadastrada, as vagas poderão ser consultadas pelos postos de saúde, que poderão fazer o agendamento imediatamente após a consulta de seus pacientes, ou então ter uma melhor previsão para tal. Como o objetivo do trabalho não é especificar o sistema, e o faz apenas como sugestão, não se prosseguirá com maior detalhamento.

O sistema além de aliviar o fluxo de processos do centro excluindo a atividade de receber a lista dos postos, irá colaborar na diminuição dos tempos de ciclo dos processos mencionados como críticos, aproximando os mesmos de um valor quase nulo, já que não haverá mais a necessidade do repasse da lista de espera, e o agendamento com os próprios pacientes poderá ser feito de forma mais ágil, quando não, de forma imediata após a consulta do mesmo.

No entanto, até que o sistema proposto, ou algum similar, seja implementado, o presente trabalho propõe uma solução mais simples, na tentativa de melhorar o fluxo de processos. Uma vez que não existe qualquer padronização quanto a formulários de listas de espera, e prazo para repasse da mesma, foi confeccionado de acordo com as necessidades de dados do CISAM, um modelo de formulário para cadastro de pacientes na lista de espera. O modelo contém todas as informações que são necessárias para a etapa de agendamento e pode ser visto no ANEXO A – Modelo de Formulário para Cadastro em Lista de Espera. Quanto a padronização de prazos de repasse da lista de espera, o tempo de 20 dias deve ser adotado, ou seja, as listas de esperas dos postos de saúde deverão ser enviados ao Centro de Saúde Mental a cada 20 dias.

### 3.2.3 Desdobramento do *Balanced Scorecard* no CISAM

Como visto anteriormente, o *Balanced Scorecard*, representa uma importante ferramenta para gerenciamento das organizações, onde através de indicadores de aspectos de suma importância é possível se fazer um ótimo controle de qualidade. Apesar de ter sido desenvolvido inicialmente voltado para cenário industrial, o BSC pode e deve ser usado por organizações do ramo da prestação de serviço. Nessa área o uso da ferramenta é pouco difundido, ainda mais quando partimos para áreas de saúde. No entanto isso não contesta a sua eficácia na aplicação de seus conceitos no setor de saúde, e é por esse motivo que essa foi a ferramenta escolhida para guiar a escolha dos indicadores de desempenho que serão adotados pelo CISAM.

Diante da pesquisa bibliográfica acerca da metodologia BSC e sua real aplicação em instituições de saúde, baseado no *benchmarking*, para avaliação e adaptação das técnicas, medidas e metas desenvolvidas para instituições similares, e do consenso e participação dos gestores do CISAM, o *Balanced Scorecard* foi desdobrado segundo a questão em estudo, esclarecendo-se a missão da organização, os objetivos para o alcance da missão, e por fim as medidas e metas para determinação dos objetivos.

#### 3.2.3.1 Estabelecimento da missão e objetivos

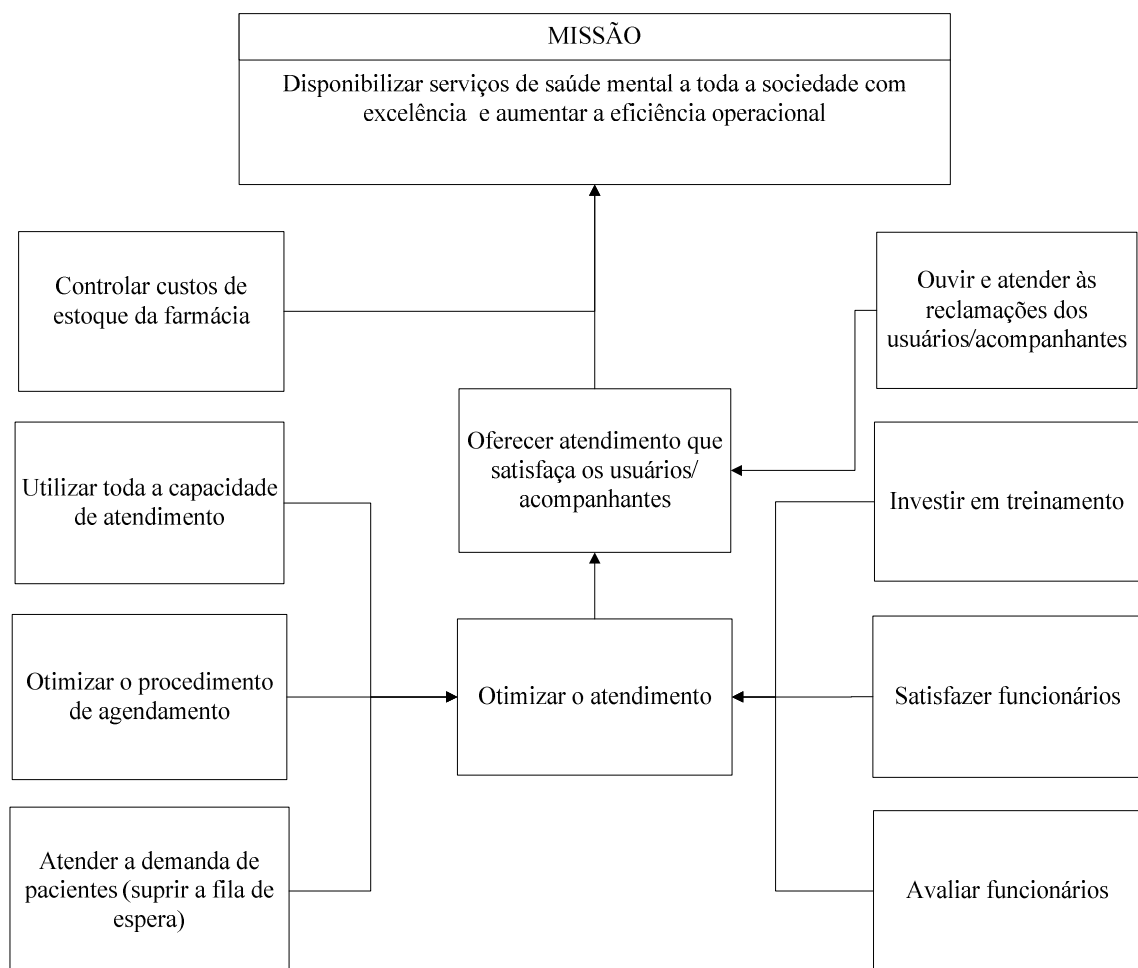
De acordo com a proposta do BSC, é de vital importância o estabelecimento e esclarecimento da missão da organização na qual os conceitos dessa ferramenta irão ser aplicados, e para tal, em uma reunião com os gestores do CISAM, onde os mesmos expuseram suas determinações sobre qual seria o objetivo principal da organização, a missão organizacional pode ser estabelecida como: Disponibilizar serviços de saúde mental a toda a sociedade com a maior excelência possível e aumentar a eficiência operacional.

O passo seguinte foi determinar quais objetivos deveriam ser cumpridos para se alcançar a missão organizacional. Os resultados obtidos foram os objetivos listados a seguir:

- a) oferecer atendimento que satisfaça os usuários/acompanhantes;

- b) controlar custos de estoque da farmácia;
- c) ouvir e atender às reclamações dos usuários/acompanhantes;
- d) otimizar o procedimento de agendamento;
- e) otimizar o atendimento;
- f) atender a demanda de pacientes (suprir a fila de espera);
- g) utilizar toda a capacidade de atendimento;
- h) investir em treinamento;
- i) avaliar funcionários;
- j) satisfazer funcionários.

Com o propósito de alinhar os objetivos à missão da instituição, foi criado um mapa de relacionamentos, figura 16, onde o cumprimento dos objetivos influencia nos objetivos seguintes até levarem a diretriz principal da organização.



**Figura 16 – Mapa de relacionamento dos objetivos organizacionais do CISAM.**



### 3.2.3.2 Escolha dos indicadores e estabelecimento das metas

A escolha dos indicadores foi feita tendo por base os modelos propostos por outros autores e adaptada a realidade do Centro de Saúde Mental (*benchmarking*), e para as particularidades para as quais não foi encontrada referencia procurou-se formular mediante necessidades evidentes da instituição e consenso dos diretores. As medidas são apresentadas a seguir, divididas de acordo com as perspectivas propostas pelo BSC.

### 3.2.3.3 Perspectiva financeira

Apesar do CISAM, representar um órgão público e de certa forma não visar nenhum lucro diretamente, a perspectiva financeira é justificada por um eficiente controle de custos e se faz necessária também sob outras formas. No lugar de lucros o Centro deve visar o atendimento público com excelência, assim como consta sua obrigação ou razão social, e conforme é garantido a todos pelo pagamento de tributos e impostos. Para avaliar a satisfação dos usuários desse tipo de serviço mesmo não tendo o Centro um caráter competitivo. Tendo em vista a farmácia do mesmo, e o manejo de grandes lotes de remédios, muitas vezes caros, foi formulado um indicador para controle de custo: custo total dos medicamentos em estoque (avaliação trimestral).

No final de cada trimestre, e imediatamente antes de um novo pedido, uma estimativa do custo total dos remédios que ainda estejam no estoque deve ser gerada. A escolha deste indicador é justificada pelo fato do objetivo em reduzir custos, ou melhor, dizendo, evitar que recursos sejam despendidos desnecessariamente. Através desse indicador, decisões baseadas em previsão da demanda pelos remédios podem ser avaliadas, estabelecendo-se um custo mínimo para cada quantidade de demanda, o controle de custo será aprimorado e haverá uma otimização no direcionamento dos recursos gastos.

Conforme citado neste trabalho, os modelos desenvolvidos por outros autores apontaram indicadores diferentes para monitoramento financeiro devido a suas particularidades e objetivos específicos, no entanto, todos desenvolveram a perspectiva financeira focada no controle de custos e gastos. A meta para este indicador idealmente deveria ser 0, mas, o

cuidado com a saúde exige um cuidado maior o que implica em manter um estoque mínimo de segurança. Portanto, para tal, a meta idealizada pelo centro é de 10% do valor total dos remédios recebidos.

No intuito, de cumprir com sua obrigação social, o melhor indicador que pode ser usado, portanto, é o nível de satisfação dos usuários/familiares. Indicador este, que permite um *feedback* dos usuários/familiares quanto a o serviço prestado estar sendo desenvolvido com excelência. Este indicador será melhor discutido a seguir.

#### **3.2.3.4 Perspectiva do cliente**

Assim como na perspectiva financeira desse tipo de serviço, a perspectiva do cliente é melhor representada pelo nível de satisfação dos usuários. Borges e Ferreira (2009), Silva *et al.* (2006), Ceretta e Quadros (2003), Chagas (2006), e Castro *et al.* (2005), em seus respectivos trabalhos, e conforme levantado em pesquisa bibliográfica, indicam e fazem uso do índice de satisfação do cliente, ou como no caso o paciente/acompanhante, e será usado no modelo para CISAM com indicador sob a perspectiva do cliente.

Para tal, a proposta é de um modelo simples de avaliação pelo usuário, onde o mesmo ao término da consulta poderá preencher um formulário, qualificando o atendimento como ruim, regular, ou bom. Neste formulário deverão estar discriminados as áreas de recepção, enfermagem, psiquiatria, e farmácia, de forma a possibilitar a extração de maiores informações. O formulário deverá apresentar também um espaço para reclamações, e não necessitará de identificação. O modelo aqui descrito encontra-se no ANEXO B – Modelo de Formulário de Avaliação dos Serviços.

Os trabalhos dos autores vão ainda um pouco além dos demais determinando as metas ideais para tal indicador. Ceretta e Quadros (2003) estabelecem como meta para o nível de satisfação de clientes o valor de 90%, Chagas (2006) por sua vez estabelece o valor de 94% como meta, e por fim, Castro *et al.* (2005), estabelecem um nível de exigência maior margeando a meta em torno dos 98%. Junto a direção do Centro de Saúde Mental e em face das metas estabelecidas por outros autores, convencionou-se adotar a meta de 90%. Dessa

forma estabelecido certo período para avaliação o CISAM poderá obter um *feedback* do nível de serviço que anda prestando sob o ponto de vista de seus usuários. Esse tipo de informação será útil para guiar decisões e estratégias em prol de melhorar a qualidade do atendimento. A avaliação desse índice permite constatar o impacto na mudança de processos ou qualidade do atendimento, sejam os mesmos estabelecidos mediante nova política ou treinamento do *staff*.

Ainda sob a ótica dos clientes, e conforme utilizado por Castro *et al.* (2005) no modelo por eles proposto, visando o cumprimento dos objetivos anteriormente esclarecidos resolveu-se adotar a porcentagem de reclamações discriminadas por área em relação ao número total de reclamações, assim como o formulário, e a porcentagem de reclamações totais em relação ao número de atendimentos, como indicadores para avaliar a visão do usuário sob o sistema, e sob qual área ela se faz mais evidente. Na pesquisa de Castro *et al.* (2005), o valor de 1% é utilizado como meta para porcentagem de reclamações. No caso em questão optou-se por uma meta mais tolerante de 5%.

### **3.2.3.5 Perspectiva dos processos internos**

Nas pesquisas feitas por Silva *et al.* (2006), Ceretta e Quadros (2003), e Chagas (2006), pode-se constatar a escolha de indicadores genéricos para a ótica dos processos internos, os três trabalhados elegeram como indicador o índice de qualidade dos serviços.

Não obstante a escolha dos autores e de acordo com a peculiaridade do serviço em questão e das falhas levantadas por este trabalho optou-se por utilizar o tempo de ciclo das atividades envolvidas nos serviços prestados como um dos indicadores.

A Otimização do fluxo de processos como proposto, deverá ser constatada quanto a sua eficácia por meio deste indicador, essencial para avaliar os resultados mediante as decisões tomadas, bem como assegurar o controle da qualidade, monitorando o tempo é possível determinar se está havendo alguma interferência no fluxo ou dificuldade com os responsáveis pelos processos. Assim ações corretivas são possíveis, na tentativa de manter o tempo de ciclo na meta estipulada.

A meta estabelecida para este indicador resume-se a eliminar o tempo de ciclo das atividades 4 e 5 apontadas como falhas e críticas, objetivando assim o tempo total de ciclo de 123 minutos apenas, e a partir de tal procurar diminuir sempre que possível o tempo de ciclo total.

Outros índices de produtividade podem ser usados, no entanto a princípio, devemos usar o número de pacientes da fila de espera e a porcentagem de pacientes atendidos pelo total de vagas para consulta ( $[\text{pacientes atendidos}/\text{vagas de consulta}] \times 100$ ) como indicadores de demanda e produção. E apesar do CISAM passar por dificuldades próprias de órgãos públicos, tal como falta de profissionais, e do fato que essa carência afeta diretamente os dois indicadores formulados, os mesmo devem ser monitorados procurando-se evitar o aumento da fila de espera, e a diminuição da razão de atendimento.

Com o primeiro indicador, informações sobre a demanda de pacientes, falta de profissionais, ineficiência dos processos de agendamento (como citado por este trabalho), podem ser extraídas mostrando pontos a serem melhorados, ou impactos de decisões estratégicas. Para tal, a meta estipulada é de apenas 5 pessoas na fila de espera, em virtude do fato que idealmente o CISAM deveria atender a demanda cumprindo seu papel social, e também do fato que uma fila de espera mínima de 5 pessoas pode ser resolvida em pouco tempo, agendando consultas de apenas uma semana.

Com o segundo indicador, porcentagem de atendimento, que deverá ser apurado mensalmente, deve-se objetivar o valor ideal de 100% e quedas nesse índice podem apontar para absenteísmo dos funcionários. Esse indicador ao apresentar um valor abaixo de 100%, evidenciará uma falha crítica no atendimento ou uma causa especial que deve ser investigada.

### **3.2.3.6 Perspectiva do conhecimento**

Os profissionais que atuam no CISAM, já se atualizam sempre que possível através de cursos e treinamentos, no entanto não existe um controle do que e quanto isso está melhorando os serviços prestados pelo Centro. É de prática comum de muitas organizações uma avaliação interna dos funcionários, e a mesma deve ser adotada pelo Centro em certos intervalos de períodos, de forma a avaliar o retorno propiciado pela melhoria e inovação dos profissionais.

Para tal, deve ser usado o nível de capacitação profissional como indicador e de meta proposta pela direção de 80%. Por meio deste, mensurado a partir de uma avaliação anual formulada pelo próprio CISAM ou entidade externa, investimentos em capacitação profissional e qualidade de atendimento poderão ser avaliados.

Sob essa perspectiva, também, e conforme presente nos modelos estruturados por Ceretta e Quadros (2003), Chagas (2006), e Castro *et al.* (2005), o indicador porcentagem de satisfação dos funcionários foi selecionado. Em seus modelos Ceretta e Quadros (2003) propõem uma meta de 80%, Chagas (2006) de 90%, e Castro *et al.* (2005) também de 90%.

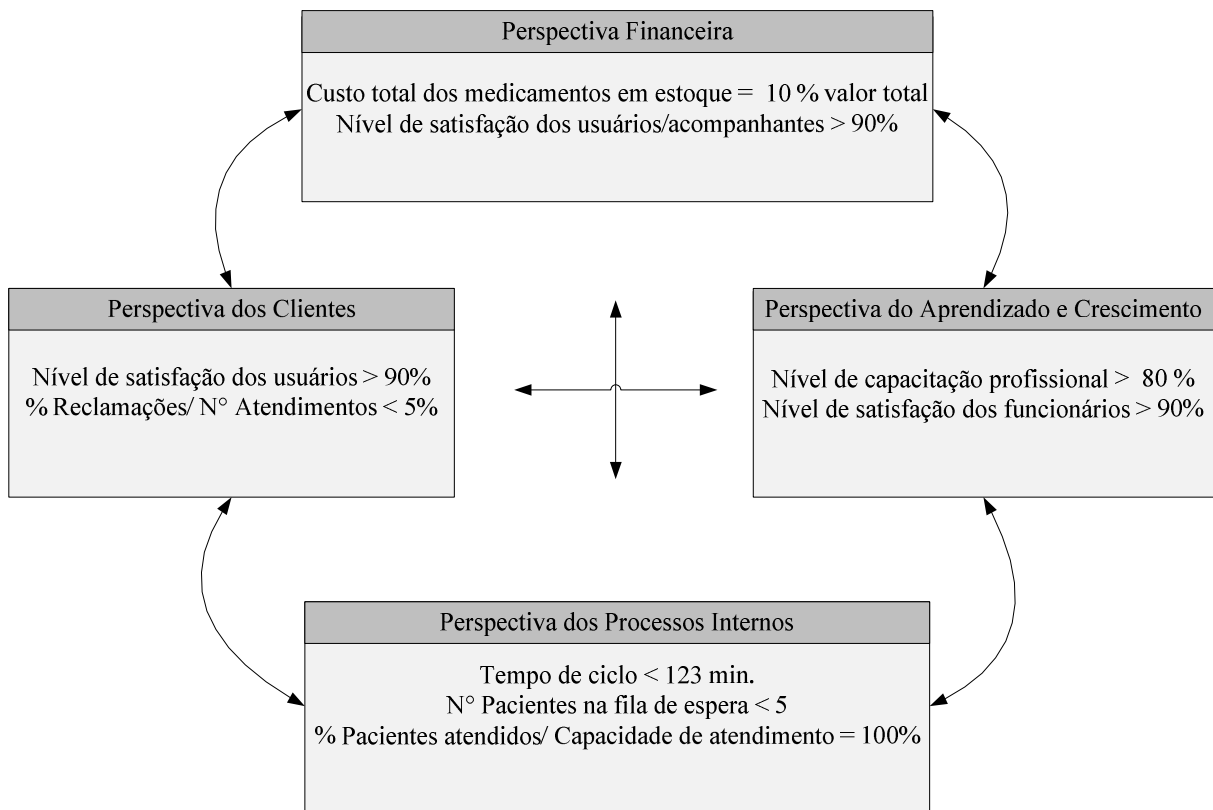
A satisfação dos funcionários afeta diretamente no serviço em estudo, e por esse motivo optou-se estabelecer como meta 90% de satisfação, uma vez que o valor de 80% seria muito baixo para o CISAM que deve primar pela excelência no atendimento.

### **3.2.3.7 Resumo dos indicadores**

Na figura 17, temos os indicadores formulados e as metas estabelecidas, arranjados no modelo de *Balanced Scorecard* proposto.

### **3.2.4 Resultados esperados**

O simples uso do *Balanced Scorecard* isolado de qualquer outro conceito de qualidade não é suficiente para prover benefícios ou vantagens, todo o trabalho na elaboração e coleta das informações necessárias para o mesmo terá sido em vão, se, junto da técnica do BSC não houverem fortes estratégias para gestão, políticas de qualidade, e metas bem definidas. Para tal, a missão, objetivos, indicadores e metas aqui elaborados, devem servir de pilares para a construção de uma gestão de sucesso e deve ser constantemente revisada adaptando-se a realidade vivida pela instituição.



**Figura 17 – Modelo de *Balanced Scorecard* desenvolvido para o CISAM.**

Espera-se que, diante do apresentado em relação às deficiências dos processos componentes do fluxograma do Centro Integrado de Saúde Mental, e das soluções propostas, tanto do sistema informatizado para agendamento de pacientes entre os postos de saúde e o Centro como da simples padronização de formulários e prazos, as consultas possam ser agendadas de forma mais prática e eficiente, diminuindo tempos de ciclo, agilizando agendamentos e evitando falhas que venham a comprometer todo o fluxo de processos.

Mediante as decisões tomadas para melhorar os serviços prestados quanto aos problemas apontados, aliados a estratégia formulada junto da direção do CISAM, estabelecendo a missão organizacional e desmembrando-a em termos de objetivos, espera-se que todas as metas sejam alcançadas, e que ações e reações sejam avaliadas por meio dos indicadores formulados, para cada um dos aspectos de suma importância inerente a uma organização de acordo com o BSC. Para tal, a manutenção das informações através de mensuração periódica, registro e avaliação dos dados, extraíndo deles informações importantes, é vital e deverá se tornar parte da rotina. Por meio destes o Centro poderá atingir suas metas em busca da excelência na prestação de

serviço e qualidade de atendimento da saúde de forma mais segura e prática, baseando suas ações em medidas observáveis e avaliando seus resultados.

Por fim, espera-se que, o conteúdo deste trabalho tenha agregado à cultura organizacional do CISAM uma experiência na preocupação pela qualidade, e por meio das idéias elaboradas e apresentadas acaba de dar o passo inicial para uma gestão mais estratégica e de melhoria contínua.

Os novos objetivos deverão ser agregados ao modelo proposto, e também, por meio de benchmarking interno o mesmo seja adaptado aos outros setores do Centro de Saúde Mental, tais como a ala de psicologia.

## 4 CONCLUSÃO

O uso de técnicas e conceitos da qualidade inicialmente desenvolvidos para o setor industrial vem ganhando, cada vez mais, espaço e atenção do setor de prestação de serviços, entre eles, um dos quais a qualidade é imprescindível, os serviços de Saúde.

Uma das ferramentas que mais se destaca para o uso em prestadores de serviços de saúde é o *Balanced Scorecard*, sua ampla abordagem e preocupação com os diversos aspectos de uma organização permite um gerenciamento claro e preciso de recursos disponíveis mediante decisões estratégica para a melhoria da mesma.

Este trabalho tinha como objetivo estudar os processos que compõem o atendimento psiquiátrico do Centro Integrado de Saúde Mental, identificando falhas e oportunidades de melhorias bem como estabelecer indicadores de desempenho que poderiam servir de base a uma gestão em busca da qualidade do serviço prestado.

Por meio de uma revisão bibliográfica em busca da real efetividade da aplicação de técnicas de qualidade em um ambiente de prestação de serviços à saúde e do emprego de ferramentas e conceitos adaptados a realidade dos serviços, este trabalho pode simplificar o fluxo de processos utilizando um fluxograma e um fluxo-cronograma, identificando oportunidades de melhoria que trarão benefícios significativos para o atendimento dos pacientes. Da mesma maneira mediante, revisão bibliográfica e adaptação a uma realidade de prestação de serviços, foi possível elaborar, segundo conceitos do BSC, 6 indicadores de desempenho que servirão de apoio a uma gestão estratégica da qualidade adotada pelo centro em busca da melhoria do serviço prestado a comunidade.

Além da contribuição ao CISAM, o presente trabalho evidencia o fato de que a carência por profissionais que possam agregar conhecimento estratégico e de gerenciamento com qualidade no setor da prestação de serviços e principalmente nos serviços de assistência à saúde, tais como Engenheiros de Produção, é grande e precisa ser suprida.



## REFERÊNCIAS

- ADAMI, Nilce Piva *et al.* **O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem.** Revista Brasileira de Enfermagem, 2006.
- BALSANELLI, Alexandre Pazetto; JERICÓ, Marli de Carvalho. **Os reflexos da gestão pela qualidade total em instituições hospitalares brasileiras.** Acta Paul Enferm., São Paulo, 2005.
- BERWICK, Donald M. *et al.* **Melhorando a Qualidade dos Serviços Médicos, Hospitalares e da Saúde.** São Paulo: Makron Books do Brasil, 1994.
- BITTAR, O.J.N.V. **Hospital: qualidade & produtividade.** Sarvier, 1997.
- BITTAR, Olímpio J. Nogueira V.. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde.** Revista de Administração em Saúde, São Paulo, v. 3, n. 12, 2001.
- BORGES, Ingrid Gonçalves Moreira; FERREIRA, Leonardo Nunes. **A Utilização do Balanced Scorecard - BSC como ferramenta de gestão em hospitais privados.** Disponível em: <[www.contabeis.ucb.br/sites/000/96/00000053.pdf](http://www.contabeis.ucb.br/sites/000/96/00000053.pdf)>. Acesso em: 19 out. 2009.
- CASTRO, Marcio Luiz De *et al.* **Balanced Scorecard: Um Estudo de sua Aplicação no Setor Hospitalar Filantrópico.** In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 5., 2005, São Paulo - SP. CONTABILIDADE, CIDADANIA E RESPONSABILIDADE SOCIAL.
- CERETTA, Paulo Sérgio; QUADROS, Cláudio Joel de. **Implementação do Balanced Scorecard: Um Caso Prático.** Revista Eletrônica de Administração, Santa Maria, Rs, v. 9, n. 4, 2003. Trimestral. Disponível em: <[http://read.adm.ufrgs.br/edicoes/pdf/artigo\\_44.pdf](http://read.adm.ufrgs.br/edicoes/pdf/artigo_44.pdf)>. Acesso em: 11 out. 2009.
- CHAGAS, Glauco Samuel. **Avaliação dos resultados da implantação do balanced scorecard em uma instituição hospitalar privada.** In: ENEGEP, 26., 2006, Fortaleza - Ce. Ética e Responsabilidade Social - a contribuição do engenheiro de produção.
- COSTA APP. **Balanced Scorecard: Conceito e Guia de Implementação.** São Paulo: Atlas, 2006.
- DONABEDIAN, A.. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment** (Explorations in Quality Assesment and Monitoring, volume I), Health Administration Press, Ann Arbor, 1980.

DONABEDIAN, A. **Continuity and Change in the Quest for Quality, Clinical Performance and Quality in Health Care**, 1(1),1993.

JURAN, J. M. **Planejamento para a Qualidade**. São Paulo: Pioneira. 1992.

KAPLAN, R.S.; NORTON, D.P. **The balanced scorecard-measures that drives performance**. Harvard Business Review, 1992.

LONGO, Rose Mary Juliano. **Gestão da Qualidade: Evolução Histórica, Conceitos Básicos e Aplicação na Educação**.Brasília: IPEA, 1996.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria Cesar. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. Saúde & Cidadania, São Paulo, 1998.

NOGUEIRA LC. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: Fundação Christiano Ottoni, Escola de Engenharia da UFMG; 1996.

PONTES, André Teixeira et al. **AUtilização de Indicadores de Desempenho no Setor de Suprimentos Hospitalares**. In: CONGRESO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 4., Niteroi, 2008.

SILVA, Maria Daniella de Oliveira Pereira da et al. **Uma análise comparativa dos indicadores de desempenho de uma entidade de saúde pública de Caruaru. PE: um aplicativo estratégico do Balanced Scorecard**. In: CONGRESSO USP DE CONTROLADORIA E CONTABILIDADE, 6., 2006, São Paulo - SP. PESQUISA CONTÁBIL E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO-SOCIAL.

## **ANEXO A – Modelo de Formulário para Cadastro em Lista de Espera**

**Formulário para cadastro de pacientes em lista de espera**

1-Unidade de saúde responsável

2-Nome do paciente

3-Data de nascimento

4-Nome da mãe ou responsável

5-Endereço

6-Número cartão SUS

1ª consulta

Reconsulta

Data de Agendamento

## **ANEXO B – Modelo de Formulário de Avaliação dos Serviços**

### Formulário de Avaliação dos Serviços

Qual a sua opinião dos serviços prestados pelo CISAM na área da:

Recepção     Ruim     Regular     Bom

Enfermagem     Ruim     Regular     Bom

Psiquiatria     Ruim     Regular     Bom

Farmácia     Ruim     Regular     Bom

Escreva nos campos abaixo reclamações, caso tenha.

1. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
4. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_