

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PROPRIEDADE INTELECTUAL E
TRANSFERÊNCIA DE TECNOLOGIA PARA INOVAÇÃO**

ERIKA ANANINE PAIVA

**GESTÃO HOSPITALAR POR INDICADORES DE DESEMPENHO:
PROPOSITURA DE UM *DASHBOARD***

MARINGÁ
2022

ERIKA ANANINE PAIVA

**GESTÃO HOSPITALAR POR INDICADORES DE DESEMPENHO:
PROPOSITURA DE UM *DASHBOARD***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual de Maringá, como requisito para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para Inovação.

Orientador: Dr. Fabrizio Meller da Silva

Maringá
2022

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá - PR, Brasil)

P149g	<p>Paiva, Erika Ananine Gestão hospitalar por indicadores de desempenho : propositura de um dashboard / Erika Ananine Paiva. -- Maringá, PR, 2022. 171 f.: il. color., figs., tabs., maps.</p> <p>Orientador: Prof. Dr. Fabrício Meller da Silva. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Administração, Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação (PROFNIT), 2022.</p> <p>1. Gestão em saúde pública. 2. Gestão hospitalar. 3. Serviços de urgência e emergência. 4. Dashboard. I. Silva, Fabrício Meller da, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Departamento de Administração. Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação (PROFNIT). III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD 23.ed. 614</p>
-------	---

ERIKA ANANINE PAIVA

**GESTÃO HOSPITALAR POR INDICADORES DE DESEMPENHO:
PROPOSITURA DE UM *DASHBOARD***

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Universidade Estadual de Maringá, como requisito para obtenção do título de Mestre pelo Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para Inovação.

Aprovada em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Fabrizio Meller da Silva
Orientador do Ponto Focal PROFNIT-UEM

Prof. Dr. Paulo Augusto Ramalho de Souza
Docente de outro Ponto Focal do PROFNIT-UFMT

Prof^a Ms. Greicy Cezar do Amaral
(Membro do Mercado: Educação Permanente de Enfermeira da Secretaria da Saúde do Paraná)

Prof^a. Dra. Rejane Sartori
Docente do Ponto Focal PROFNIT-UEM

Dedico este trabalho à minha família, aos meus pais, Ângela e Vanderlei, à minha irmã Maiara e minhas sobrinhas Thalya e Alice, que sempre estão presentes em todos os momentos de minha vida.

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo, a Deus, por me iluminar, me capacitar e me permitir chegar até aqui.

À toda minha família, em especial aos meus pais Angela Paiva e Vanderlei Paiva, minha irmã Maiara Simão Paiva e minhas sobrinhas Thalya Paiva e Alice Paiva, nos quais sempre encontrei apoio e incentivo para vencer os momentos mais difíceis e concluir esta jornada. Um agradecimento também a minha tia Maria de Oliveira (*in memória*) por torcer sempre por mim!

Ao meu orientador, Dr. Fabrizio Meller da Silva, pela dedicação, atenção e paciência comigo. Eternamente grata!

Aos professores do programa, em especial à professora Dra. Rejane Sartori por toda atenção e colaboração no decorrer dos estudos. Muito obrigada!

Aos meus colegas de mestrado, em especial a Danielle Camila dos Santos Bataglia e Diogo Wegner por toda ajuda, companheirismo, colaboração, incentivo, apoio e compreensão nesta jornada. Amizade criada neste período que levarei para a vida toda.

Aos meus companheiros de trabalho da Biblioteca do IFPR campus Paranavaí, em especial a Cinthia Bonin da Silva Benassi, pelo apoio desde o início, incentivo e colaboração. Sou muito abençoada por ter o privilégio de trabalhar com essa pessoa especial. Deixo aqui o meu muito obrigada.

À minha amiga Elaine Maestre Polido de Araújo, por toda prestatividade e ajuda no decorrer dos meus estudos. Gratidão! Que Deus a abençoe eternamente! À minha amiga Quesia de Abreu, meus sinceros agradecimentos pelo apoio em todos os momentos do mestrado.

A todos os profissionais que trabalham no Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), local objeto de estudo, em especial a Heloísa H. da S. Machado, Adão Rosano e Sergio Luiz pela ajuda e colaboração no desenvolvimento deste estudo.

Ao Centro de Ciências Sociais Aplicadas e ao Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para Inovação, da UEM, por toda colaboração. À Associação do Fórum Nacional de Gestores de Inovação e Transferência de Tecnologia (FORTEC), proponente do PROFNIT, e à CAPES.

A todos, minha sincera gratidão.

PAIVA, Erika Ananine. **Gestão hospitalar por indicadores de desempenho: Propositura de um *Dashboard***. Mestrado em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para Inovação – Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2022.

RESUMO

A gestão hospitalar é complexa e ao mesmo tempo difícil, visto que envolve diferentes setores altamente especializados e interconectados de forma sistêmica. Nesse contexto, os indicadores de desempenhos aplicados ao uso de um *Dashboard* surgem como uma ferramenta de gerenciamento relevante para organização. O presente estudo tem por objetivo geral a elaboração de um *Dashboard* como instrumento de análise e gerenciamento da gestão hospitalar a partir de indicadores de desempenho. O percurso metodológico compreende uma pesquisa exploratória, de natureza aplicada, utilizando uma abordagem qualitativa. Quanto aos procedimentos técnicos, utilizou-se a pesquisa-ação, estruturada em 12 etapas. Alinhados com a pesquisa-ação, foram utilizados, também, estudo bibliométrico, documental e pesquisa de campo. O estudo bibliométrico foi efetuado tendo por base artigos científicos que tratam do tema deste estudo, disponíveis na base de dados *Web of Science*. A pesquisa documental pautou-se em documentos internos da instituição, bem como oriundos do portal da transparência, sistema de informação e Leis relacionadas ao tema. A pesquisa em campo foi realizada em dois momentos: no primeiro momento (i), por meio da técnica de observação e entrevistas, com a finalidade de auxiliar na construção de indicadores para a elaboração do *Dashboard*; no segundo momento (ii), houve a aplicação de um questionário com questões predominantemente fechadas para a avaliação dos indicadores. Para a construção do *Dashboard* proposto, foi utilizada a planilha eletrônica *Excel* para a criação do painel. Os dados da pesquisa foram transcritos para o formulário *online* para tabulação e análise. Como resultado, na pesquisa de campo (i) constatou-se a superlotação enfrentada diariamente pelo PA, visível pela elevada quantidade de macas que ocupam o corredor central. É possível perceber, também, que os profissionais compreendem o fluxo e o processo dentro do PA, contudo, poucos entendem, realmente, do que se trata os indicadores de desempenho. Ademais, dentre as possíveis melhorias necessárias, destaca-se como a principal a adequação e ampliação da recepção e do espaço geral de todo o PA, pois a estrutura atual do local dificulta a execução do trabalho, já que o estabelecimento atende demanda superior para a qual foi projetado. Sobre a avaliação dos indicadores, resultados da pesquisa de campo (ii) evidenciam que os 12 indicadores de desempenho mais selecionados são: P.02 – tempo médio de espera para triagem; P.03 – tempo médio de espera para consulta médica; P.10 – tempo médio total de espera nos serviços de urgência e emergência; R.16 – tempo médio de permanência hospitalar; R.18 – quantidade de pacientes por classificação de risco; R.29 – tempo de atendimento em conformidade com os padrões de tempos na classificação de risco; R.34 – nível de satisfação dos pacientes; R.35 – nível de satisfação dos funcionários; S.42 – quantidade de infecção hospitalar; G.49 – número de falta dos funcionários; E.53 – protocolos clínicos existentes são atualizados e executados; e, por fim, E.54 – horas de treinamento para os profissionais que desenvolvem atividades nos serviços no PA. Portanto, a aplicação do uso do *Dashboard* por meio de indicadores de desempenho permite visualizar informações mais relevantes e subsidiar as tomadas de decisões na gestão hospitalar.

Palavras-Chave: Gestão em Saúde Pública; Gestão hospitalar; Serviços de urgência e emergência; *Dashboard*.

PAIVA, Erika Ananine. **Hospital management by performance indicators**: Proposal of a Dashboard. Master in Intellectual Property and Technology Transfer for Innovation - Applied Social Sciences Center. State University of Maringá, Maringá, 2022.

ABSTRACT

Hospital management is complex and at the same time difficult, since it involves different sectors that are highly specialized and interconnected in a systemic way. In this context, performance indicators applied to the use of a Dashboard emerge as a relevant management tool for the organization. The present research has as a general aim the elaboration of a Dashboard as a tool for analysis and management of hospital management based on performance indicators. The methodological path comprises an exploratory research, of an applied nature, using a qualitative approach. As for the technical procedures, action research was used, structured in 12 steps. Aligned with the action research, bibliometric and documental studies and field research were also used. The bibliometric study was carried out based on scientific articles that dealt with the subject of this study, available in the Web of Science database. The documentary research was based on internal documents from the institution, as well as from the hospital transparency portal, information system, and laws related to the theme. The field research was conducted in two moments: in the first moment (i), through the technique of observation and interviews, with the purpose of helping in the construction of indicators for the elaboration of the Dashboard; in the second moment (ii), there was the application of a survey with predominantly close-ended questions for the evaluation of the indicators. For the construction of the proposed Dashboard, the Excel spreadsheet was used to create the panel. The survey data were transcribed to the online form for tabulation and analysis. As a result, in the field research (i) it was observed the overcrowding faced daily by the PA - Pronto Atendimento (Emergency Care Unit), visible by the high number of stretchers that occupy the central corridor. It is also possible to notice that the professionals understand the flow and the process inside the PA; however, few really understand what the performance indicators are about. Furthermore, among the possible improvements needed, the main one is the adaptation and expansion of the reception area and the general space of the entire PA, because the current structure of the place makes it difficult to perform the work, since the establishment meets higher demand than it was designed for. Regarding the evaluation of the indicators, results of the field research (ii) show that the 12 most selected performance indicators are: P.02 - average waiting time for triage; P.03 - average waiting time for medical appointment; P.10 - total average waiting time in urgency and emergency services; R.16 - average length of hospital stay; R.18 - amount of patients by risk classification; R.29 - service time in accordance with the standards of times in the risk classification; R.34 - level of patient satisfaction; R.35 - level of employee satisfaction; S.42 - amount of hospital infection; G.49 - number of employee absences; E.53 - existing clinical protocols are updated and executed; and, finally, E.54 - training hours for the professionals who develop activities in the PA services. Therefore, the application of the use of the Dashboard by means of performance indicators enables the visualization of more relevant information and supports the decision-making in hospital management.

Keywords: Public Health Management; Hospital Management; Urgent and Emergency Services; Dashboard

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Organograma dos órgãos gestores do SUS	24
Figura 2 - Modelo piramidal dos serviços de saúde.....	26
Figura 3 - Modelo piramidal e redes.....	28
Figura 4 - Número de atendimentos realizados por regiões.....	30
Figura 5 - Fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência.....	32
Figura 6 - Classificação dos hospitais.....	38
Figura 7 - Quantidade de hospitais.....	38
Figura 8 - Marco conceitual sobre o desempenho hospitalar.....	43
Figura 9 - Processo de construção de indicadores.....	47
Figura 10- Estrutura Metodológica.....	56
Figura 11 - Ciclo do ato reflexivo.....	56
Figura 12 - Etapas da pesquisa-ação.....	60
Figura 13 - Escala de concordância.....	66
Figura 14 - Estrutura da coleta de dados.....	67
Figura 15 - Tipos de atendimentos no PA.....	68
Figura 16 - Etapas da criação do <i>Dashboard</i>	71
Figura 17 - <i>Dashboard</i> para o hospital.....	84
Figura 18 - Relatório mensal (boletim informativo).....	85
Figura 19 - Mapa estratégico do hospital.....	85

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Detalhamento dos objetivos específicos.....	20
Quadro 2 -	Princípios básicos do SUS.....	25
Quadro 3 -	Níveis de classificação de risco.....	31
Quadro 4 -	Modelo de ficha de indicador.....	48
Quadro 5 -	Indicadores de processo.....	49
Quadro 6 -	Indicadores de resultados.....	50
Quadro 7 -	Indicadores de sentinela.....	52
Quadro 8 -	Indicadores de gestão.....	52
Quadro 9 -	Indicadores de estrutura.....	53
Quadro 10 -	Tipos de painéis desempenho.....	55
Quadro 11 -	Análise dos dados.....	70
Quadro 12 -	Alinhamento estratégico relacionado à gestão de processo: tempo de espera e realizado.....	86
Quadro 13 -	Alinhamento estratégico relacionada a gestão: capacidade e demanda e tempo de conformidade.....	88
Quadro 14 -	Alinhamento estratégico relacionado à gestão de processo: eventos indesejados (sentinelas) e gestão de pessoas.....	89
Quadro 15 -	Alinhamento estratégico relacionado ao financeiro.....	89
Quadro 16 -	Alinhamento estratégico relacionado: ensino e pesquisa.....	90
Quadro 17 -	Rol exemplificativo de sugestões para o plano de ação.....	91

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Projeção da população idosa no Brasil.....	34
Tabela 2 - Quantidade de atendimentos no PA.....	69
Tabela 3 - Tempo que trabalha no hospital.....	78
Tabela 4 - Grau de relevância dos indicadores na dimensão processo.....	79
Tabela 5 - Grau de relevância dos indicadores na dimensão resultado.....	80
Tabela 6 - Grau de relevância dos indicadores na dimensão sentinela.....	81
Tabela 7 - Grau de relevância dos indicadores na dimensão gestão.....	82
Tabela 8 - Grau de relevância dos indicadores na dimensão estrutura.....	82
Tabela 9 - Os indicadores mais selecionados.....	83

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACCR -	Acolhimento com classificação de risco
ANS -	Agência Nacional de Saúde Suplementar
APS -	Atenção Primária de Saúde
CONASS -	Conselho Nacional de Secretaria de Saúde
CONASEMS -	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CNES -	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS -	Confederação Nacional de Saúde
DataSUS -	Tecnologia da Informação a Serviço do SUS
FHB -	Federação Brasileira de Hospitais
FNQ -	Fundação Nacional da Qualidade Excelência da Gestão
HUM -	Hospital Universitário Regional de Maringá
ID -	Indicadores de Desempenho
KPIs -	<i>Key Performance Indicator</i> , traduzidos para o português como Indicadores-Chaves de Desempenho
OMS -	Organização Mundial da Saúde
PNH -	Política Nacional de Humanização
PROADESS -	Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde
PROFNIT -	Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação
RAS -	Rede de Atenção à Saúde
RUE -	Redes de Urgência e Emergência
SIA -	Sistema de Informações Ambulatórias
SUS -	Sistema Único de Saúde
UBS -	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO	14
2 INTRODUÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMA DA PESQUISA	16
3 JUSTIFICATIVAS	18
4 OBJETIVOS DA PESQUISA	20
4.1 OBJETIVO GERAL	20
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO	20
5 REVISÃO DA LITERATURA	22
5.1 GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA	22
5.1.1 Desafios da Gestão em Saúde Pública	33
5.2 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR	36
5.2.1 Organização hospitalar	36
5.2.2 Gestão hospitalar	39
5.3 GESTÃO BASEADA EM INDICADORES DESEMPENHO	41
5.3.1 Sistema de medição de desempenho	41
5.3.2 Indicadores de Desempenho	43
5.3.2 Indicadores de desempenho na gestão hospitalar	48
5.3.4 Dashboard	53
6 METODOLOGIA	56
6.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	56
6.2 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS	64
6.2.1 Caracterização do HUM	68
6.3 MÉTODO DA ANÁLISE DOS DADOS	70
6.4 ELABORAÇÃO DO <i>DASHBOARD</i>	72
7 RESULTADOS	74
7.1 ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO	74
7.2 DADOS DA PESQUISA EM CAMPO (I):	76
7.3 DADOS DA PESQUISA EM CAMPO (II):	78
8 DISCUSSÃO	92
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
10 PERSPECTIVAS FUTURAS	100
REFERÊNCIAS	101
APÊNDICE A – Matriz FOFA (SWOT)	1
APÊNDICE B – Modelo de Negócio CANVAS	2
APÊNDICE C – Artigo submetido	3
APÊNDICE D – Produto técnico-tecnológico	30
APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)	31
APÊNDICE F – Relatório da pesquisa de campo (i)	33

APÊNDICE G – Validação dos indicadores de desempenho	46
APÊNDICE H – Instrumento de avaliação dos indicadores de desempenho	47
APÊNDICE I – Relatório da pesquisa de campo (ii) sobre avaliação dos indicadores de desempenho	53
APÊNDICE J – Ficha técnica dos 12 indicadores de desempenho mais relevantes	54
ANEXO A – Comprovante de submissão do artigo	60

1 APRESENTAÇÃO

Os serviços executados na área da saúde, mais especificamente em hospitais públicos, têm um desempenho hospitalar insuficiente, o que acaba gerando revoltas e aborrecimentos, pois as expectativas dos pacientes quase sempre não são correspondidas. Nesse sentido, o estudo proposto tem como motivação a busca de melhorias na prestação dos serviços hospitalares através de uma gestão hospitalar mais eficiente e de qualidade por meio de indicadores de desempenho.

Desta forma, o estudo proposto tem como justificativa a crescente demanda atual que os hospitais vêm recebendo, em virtude, inclusive, da pandemia da Covid-19, alinhada com a complexidade da gestão hospitalar, a qual possui a real necessidade de estimular o desenvolvimento de uma cultura organizacional hospitalar por meio de indicadores de desempenho, o que reflete diretamente na qualidade dos serviços executados.

Assim, este estudo tem como objetivo geral a elaboração de um *Dashboard*¹ como instrumento de análise e gerenciamento da gestão hospitalar a partir de indicadores de desempenho.

O trabalho foi estruturado em 10 capítulos. Além desta apresentação, o capítulo dois refere-se à introdução, onde é abordada a contextualização do estudo, seguida da problematização da pesquisa.

No capítulo três discorre-se sobre as justificativas e as lacunas a serem preenchidas pelo TCC, fazendo abordagem à aderência do estudo ao Programa de Pós-Graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação (PROFNIT): impacto, aplicabilidade, inovação e complexidade.

O quarto capítulo apresenta os objetivos (geral e específicos) da pesquisa. Para facilitar o entendimento dos objetivos, foi construído um quadro com detalhes acerca de cada um desses objetivos, tendo em vista que cada objetivo específico está atrelado às questões que foram respondidas no referencial teórico.

No quinto capítulo encontra-se a fundamentação teórica, ou seja, todo o embasamento científico por meio da revisão da literatura. Aborda-se, de início, uma visão macro sobre o sistema de gestão de saúde pública utilizado no Brasil, assim como os desafios que precisam ser superados. Posteriormente, em uma visão micro,

¹ “Ferramenta de gerenciamento de desempenho visual e interativo que exibe em uma única tela as informações mais relevantes” (YIGITBASIOGLU; VELEU, 2012, p. 4).

realiza-se o estudo acerca da organização hospitalar e a gestão baseada em indicadores com a utilização de um *Dashboard* como ferramenta de visualização dos dados da organização.

No sexto capítulo são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para o desenvolvimento do estudo proposto. A princípio é apresentada a estrutura metodológica empregada. Em seguida, são descritas detalhadamente as doze etapas da pesquisa-ação que compõem todo o percurso metodológico utilizado. Logo depois, são apresentados os instrumentos e a coleta de dados, inclusive a busca sobre a fundamentação teórica. Posteriormente é feita a caracterização do HUM e, por fim, são exibidos os métodos sobre a análise de dados e a elaboração do *Dashboard*.

O sétimo capítulo engloba os dados obtidos nas 12 etapas que compõem a pesquisa-ação. Nele são apresentados os resultados da pesquisa de campo, da validação dos indicadores, a construção do *Dashboard* e o plano de ação.

No oitavo capítulo é apresentada a discussão em torno do trabalho realizado, um cruzamento e alinhamento de informações obtidas entre o referencial teórico e os dados da pesquisa em campo. Também são discutidos os impactos do estudo realizado.

O nono capítulo trata das considerações finais. Inicia-se pelo objetivo geral, chegando até os objetivos específicos, atrelando-os aos resultados encontrados no desenvolvimento do trabalho.

Finalmente, no décimo e último capítulo, são apresentadas as perspectivas futuras, seguidas das referências bibliográficas e dos apêndices e anexos que fazem parte do estudo realizado.

2 INTRODUÇÃO: CONTEXTUALIZAÇÃO E PROBLEMA DA PESQUISA

Em decorrência da pandemia e das constantes mudanças econômicas, políticas, sociais e tecnológicas, muitas organizações estão se reinventando para permanecerem atuantes no cenário econômico. Dessa forma, a inovação virou questão de sobrevivência, deixou de ser algo exclusivamente direcionado às grandes corporações e empresas privadas para também se tornar um item relevante no âmbito da administração pública.

Dentre as diversas áreas de atuação da administração pública, destaca-se a gestão hospitalar, que pode ser desenvolvida com enfoque na inovação. Em virtude da crescente demanda nos serviços hospitalares, principalmente nos últimos dois anos em decorrência da pandemia, os serviços de urgência e emergência, que são porta de entrada para o sistema de saúde, vêm causando superlotação (SANTOS *et al.*, 2018).

De acordo com dados da Tecnologia da Informação a Serviço do SUS (DataSUS), no período de janeiro de 2020 a maio de 2022 foram atendidos 3.436.445.992 pacientes² somente nos serviços de urgência e emergência hospitalar, onde 152.887.909 casos foram de pacientes graves nas urgências e 3.283.558.083 foram casos eletivos, ou seja, menos graves, o que comprova um grande volume, ocasionando a superlotação.

Além da demanda crescente que acaba causando um desequilíbrio no atendimento e tem como consequência a superlotação (SANTOS *et al.*, 2018), a gestão hospitalar é outro fator desafiante presente no ambiente hospitalar. Isso pois a gestão hospitalar é complexa (CELESTINO, 2002; HENRIQUES, 2019; LISBOA, 2016) e ao mesmo tempo difícil, visto que envolve diferentes setores altamente especializados e interconectados de forma sistêmica, no qual o grande desafio é fazer com que todos funcionem simultaneamente de forma harmônica na prestação de serviços.

Nesse cenário, a crescente demanda por atendimentos nos serviços de urgência e emergência alinhados com a complexidade que envolve a gestão hospitalar, acaba dificultando a gestão em decorrência da superlotação. Sendo assim, é fundamental uma gestão estratégica que possibilite de forma rápida o atendimento

² Dados coletados no período junho/2022.

aos pacientes sem perder a qualidade na prestação de serviço.

O sistema de medição por meio de indicadores de desempenho surge como uma ferramenta importante de gerenciamento que auxilia na organização da gestão estratégica hospitalar. Os indicadores de desempenho servem como parâmetros com foco qualitativo ou quantitativo e visam demonstrar uma determinada realidade (FRANCISCHINI; FRANCISCHINI, 2017).

Francischini e Francischini (2017) afirmam que controle, comunicação e melhorias são as funções básicas dos indicadores de desempenho. Portanto, além de fornecerem informações do contexto organizacional atual, os indicadores de desempenho auxiliam no controle, no fornecimento de informações relevantes e nas lacunas que precisam ser melhoradas na organização.

Os hospitais são organizações com ambiente dinâmico. Dessa forma, necessitam de informações rápidas para que possam auxiliar no controle e monitoramento das atividades desenvolvidas. Portanto, é necessária a elaboração de ferramentas que auxiliem na visualização das informações. Nesse sentido, o *Dashboard* surge como uma dessas ferramentas direcionadas para a apresentação de informações relevantes da organização por meio dos indicadores de desempenho.

De acordo com Yigitbasioglu e Veleu (2012), o *Dashboard* é uma ferramenta que tem como característica exibições visuais de informações mais relevantes da empresa, organizadas em tela única. Diante da vasta quantidade de dados e da movimentada dinâmica hospitalar, essa ferramenta contribui para que a gestão aconteça de forma mais eficaz, promovendo tomadas de decisões de forma rápida e precisa.

Portanto, em virtude dos problemas relacionados à superlotação nos hospitais, alinhados com a complexidade do gerenciamento hospitalar e da necessidade constante de informações relevantes da organização hospitalar, aponta-se como problemática a seguinte questão: como avaliar e monitorar o desempenho de um hospital público?

3 JUSTIFICATIVAS

A seguir são discutidas as lacunas que foram preenchidas no desenvolvimento do estudo proposto. Inicia-se pela justificativa dos estudos propostos, a qual pode ser dividida em três aspectos. O primeiro está relacionado à superlotação dos hospitais brasileiros, em decorrência da crescente demanda por atendimento hospitalar. Esse aumento no número de pacientes que os hospitais vêm recebendo, em todo país, ocorreu principalmente devido à pandemia do Coronavírus. Ao total foram atendidos 3.436.445.992 pacientes nos serviços de urgência e emergência hospitalar (DataSUS – 2020 a 2022), configurando-se como um número bem expressivo de atendimentos.

O segundo aspecto abrange a relevância do estudo proposto. Este estudo tem por objetivo o desenvolvimento de um *Dashboard* como instrumento e análise da gestão em serviços de urgência e emergência por indicadores de desempenho. Dessa forma, a busca por melhorias de gestão hospitalar reflete, diretamente, na qualidade dos serviços prestados, reforçando, ainda mais, a importância de uma boa gestão hospitalar. Os instrumentos de análise que constam nos apêndices A - Matriz FOFA e apêndice B - Modelo de negócio Canvas permitem entender o cenário competitivo e a importância do estudo realizado.

Por fim, o terceiro aspecto diz respeito ao conhecimento acadêmico científico. Almeja-se que o estudo proposto possa contribuir e estimular o desenvolvimento de uma cultura organizacional hospitalar, baseada em medição e gerenciamento por meio de indicadores de desempenho hospitalares, principalmente os relacionados aos serviços de urgência e emergência.

O Programa de Pós-graduação em Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia (PROFNIT) é um mestrado interdisciplinar que tem como objetivo o desenvolvimento local, regional e nacional. No próprio PROFNIT há uma disciplina eletiva sobre empreendedorismo e outra sobre indicadores de gestão. Assim, o referido estudo está alinhado ao PROFNIT, certo de que resultados de inovação, gestão da inovação e indicadores, tornam-se elementos importantes que atuam nos mecanismos de planejamento, execução, controle e avaliação nos hospitais por meio de práticas inovadoras.

Em relação aos impactos produzidos por este estudo, pode-se concluir que proporcionou impacto social e científico. O impacto social se dá uma vez que o estudo

envolve uma organização pública, financiada por todos os cidadãos e alvo de interesse de vários *stakeholders*³. O impacto científico acontece por meio da construção de base de dados técnico-científicos, onde os indicadores de desempenho possam gerar novos estudos com o intuito de obter um consenso e uma padronização dos indicadores de desempenho mais relevantes para a gestão hospitalar.

O estudo proposto desenvolveu uma produção com “médio teor inovativo”, ou seja, foi realizado por meio da combinação de conhecimentos pré-estabelecidos com características inovadoras, que foram disponibilizados para aplicação da organização hospitalar nos serviços de urgência e emergência. A criação do *Dashboard* ocorreu a partir da análise de entrevistas, documentos oficiais e sistema de informação ligados à saúde da organização hospitalar, levando-se em conta paradigmas, dimensões, indicadores e/ou variáveis encontradas em publicações científicas, os quais resultaram em um *Dashboard* para instrumentalização de uma gestão inovadora.

Sobre a inovação, de acordo com a escala TRL (do inglês, *Technology Readiness Levels and Manufacturing Readiness Levels*), utilizada para avaliar tecnologia e em qual nível de maturidade ela se encontra, pode-se concluir que o estudo proposto está no nível 3, ou seja, caracteriza-se como a etapa dos conceitos das funções críticas de forma analítica ou experimental. Processo em que a construção da tecnologia é colocada em contexto para validação, a fim de fazer funcionar ou não (MANKINS, 2004). O estudo também gerou uma inovação incremental para a organização hospitalar com contínua melhoria nos procedimentos de controle decorrentes dos indicadores de desempenho.

Um *Dashboard*, para alguns tipos de organizações, envolve uma quantidade de indicadores, porém, para uma organização hospitalar, acredita-se que apresente uma complexidade ampliada, pois é possível encontrar sub-organizações especializadas e interconectadas. Portanto, houve uma elevada complexidade no projeto por se tratar de um ambiente hospitalar composto por um alto nível de interações sociais.

³ Pode ser definido como um grupo de pessoas que têm interesse na organização. “Pacientes, empregados, acionistas, fornecedores e, de forma geral, a sociedade” (NASCIMENTO, 2017, p. 26).

4 OBJETIVOS DA PESQUISA

Procurando responder à pergunta de pesquisa que norteia este estudo, foram definidos os objetivos apresentados a seguir.

4.1 OBJETIVO GERAL

Consiste em elaborar um *Dashboard* como instrumento de análise e gerenciamento da gestão hospitalar a partir de indicadores de desempenho.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Delinear a estrutura e os aspectos fundamentais da gestão da Saúde Pública e hospitalar;
2. Propor os indicadores de desempenho mais relevantes nos serviços de urgência e emergência;
3. Validar o modelo de indicadores de desempenho para o desenvolvimento de um *Dashboard*.

A fim de facilitar o entendimento dos objetivos elencados acima, construiu-se um quadro detalhando cada um desses objetivos, tendo em vista que cada objetivo específico está atrelado a questões que serão respondidas no referencial teórico, servindo como um guia orientador e facilitador do conteúdo. O Quadro 1 apresenta o detalhamento dos objetivos específicos.

Quadro 1 - Detalhamento dos objetivos específicos

Objetivo específico	Questões de pesquisa	Fontes principais
Gestão em Saúde Pública e Hospitalar	O que é gestão em Saúde Pública? O que é Sistema Único de Saúde? Desafios da saúde pública; Classificação dos hospitais; Serviços de urgência e emergência	Busato, Ivana e Garcia (2019); Busato (2017); Caveião (2020); Constituição Federal (1988); Decreto 7.508 (2011); Favero (2017); FHB/CN Saúde (2020); Henriques (2019); Lemes; Rocha (2011); Lisboa (2016); Lorenzetti <i>et al.</i> (2014); Mendes e Bitta (2014); Nunes (2018); Khalifa e Khalid (2015); Sousa

		<i>et al.</i> (2014); Safdari <i>et al.</i> (2014)
Indicadores de Desempenho	<p>O que são indicadores de desempenho?</p> <p>Quais são suas funções?</p> <p>Quais são as características dos indicadores?</p> <p>Qual a classificação dos indicadores?</p> <p>Quais são os indicadores de desempenho relevantes na prestação de serviço urgentes e emergentes no hospital?</p>	<p>Alves (2020); ANS (2012); Armijos e Mondoca (2017); Bréant <i>et al.</i> (2020); Cassiolato e Gonzalez (2009); CQH (2009); D’Innocenzo e Maria (2010); Francischini e Francischini (2017) Kaplan e Norton (1987); Kkhalifa e Khalid (2015); Madaleno (2015); Moniz (2018); Nunes (2018); Proqualis (2014); Rodrigues (2016); Semes (2009); Mendes (2018)</p>
Dashboard	<p>O que é um <i>Dashboard</i>?</p> <p>Quais são as etapas do processo de elaboração dos <i>Dashboards</i>?</p> <p>Quais são os tipos de <i>Dashboards</i>?</p> <p>Quais são as principais características de um <i>Dashboard</i>?</p> <p>Qual a relação dos indicadores de desempenho com a gestão hospitalar?</p>	<p>Buchsbaum (2012); Costa e Almeida (2020); Eckerson (2009); Few (2006); Fraga (2016); Noce (2017); Yigitbasioglu e Veleu (2012)</p>

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

A partir dos objetivos detalhados no Quadro 1, construiu-se as seções do trabalho. Na primeira seção foi abordado o primeiro objetivo específico, numa visão macro de assuntos em torno do Sistema Único de Saúde e gestão hospitalar, tendo como fontes principais os seguintes autores e documentos: Busato, Ivana e Garcia, (2019), Busato (2017), Caveião (2020), Constituição Federal (1988), Henriques (2019), Lorenzetti *et al.* (2014) e Mendes e Bitta (2014).

Já na segunda seção abordou-se sobre os indicadores de desempenho, correspondendo ao segundo objetivo específico, referenciando as pesquisas de vários autores, tais como: Alves (2020), ANS (2012), Armijos e Mondaca (2017), Bréant *et al.* (2020), Francischini e Francischini (2017), Madaleno (2015), Moniz (2018), Rodrigues (2016), Semes (2009) e Mendes (2018).

Por fim, foram tratados assuntos relacionados ao *Dashboard*, terceiro objetivo, tendo como principal referencial teórico os autores Buchsbaum (2012), Costa e Almeida (2020), Eckerson (2009), Few (2006), Fraga (2016), Noce (2017).

5 REVISÃO DA LITERATURA

Neste capítulo, apresenta-se a fundamentação teórica deste estudo, contendo informações relevantes para o desenvolvimento da pesquisa.

Na primeira seção, discorre-se sobre a gestão em saúde pública, onde são apresentadas suas características, princípios, diretrizes e os obstáculos enfrentados em torno do modelo de gestão adotado no Brasil.

Já na segunda seção aborda-se sobre a gestão hospitalar, contextualizando o ambiente, sua complexidade, assim como sua classificação, de acordo com diferentes aspectos: natureza assistencial, porte, complexidade, administração ou mantenedora, objetivo financeiro e papel de estabelecimento.

Na terceira seção, trata-se da gestão baseada em indicadores de desempenho, e discorre-se sobre os conceitos relacionados ao sistema de medição por meio de indicadores no seu contexto organizacional.

Por fim, na quarta seção, abordam-se os aspectos relacionados ao *Dashboard*, seus tipos, características e sua importância dentro do contexto gerencial.

Seguindo essa lógica, o referencial teórico está dividido nas seguintes seções: 5.1 Gestão em Saúde Pública; 5.2 Organização e Gestão Hospitalar; 5.3 Gestão baseada em Indicadores de Desempenho e 5.4 *Dashboard*.

5.1 GESTÃO EM SAÚDE PÚBLICA

A gestão em saúde pública depara-se com constantes desafios. O sistema nacional de saúde público brasileiro atende mais de 190 milhões de pessoas, sendo que 80% delas dependem, exclusivamente, de atendimento de saúde (SAÚDE-MG, 2022). Esses dados comprovam como a gestão em saúde no Brasil é complexa e peculiar, devido ao grande volume de atendimentos prestados diariamente pelo poder público, em decorrência do dever do Estado em garantir de forma gratuita o acesso universal aos serviços de saúde. Em meio a essa realidade, são inúmeros os desafios que precisam ser superados (MENDES; BITTA, 2014).

Diante desse contexto, gestão em saúde é o

[...] termo que reflete a incorporação do enfoque gerencial no âmbito da administração de sistemas de saúde, especificando-se, em geral, as funções de condução política (tomada de decisões e planejamento estratégico), organização, coordenação, monitoramento e avaliação de programas,

serviços e atividades (SCHRADER; NETO; CATANELI, 2007, p. 237).

Nesse sentido, a gestão em saúde tem como objetivo principal obter a máxima eficácia, efetividade e eficiência na administração dos serviços de saúde (SCHRADER; NETO; CATANELI, 2007). A eficácia pode ser compreendida como o atingimento de metas estabelecidas por meio das atividades planejadas. A eficiência refere-se à relação dos resultados obtidos e aplicação dos recursos utilizados (ISO 9000). A efetividade diz respeito ao impacto, é o fazer a coisa certa da maneira certa (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006).

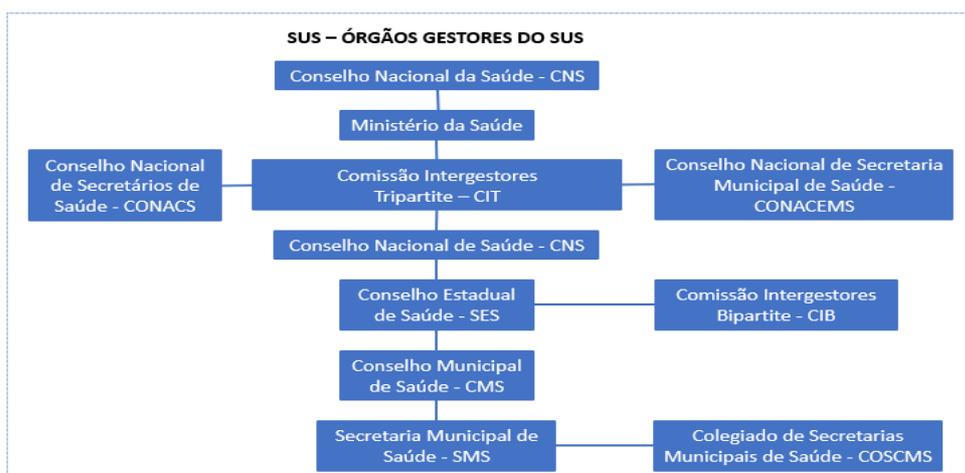
O modelo de gestão adotado no Brasil é o Sistema Único de Saúde (SUS), “um dos mais complexos sistemas de saúde pública no mundo” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, s. p.). Abrange desde casos simples, tratados na chamada Atenção Primária, atividades de complexidade intermediária, chamadas de Atenção Secundária, até os casos mais graves de alta complexidade, por meio da Atenção Terciária.

Segundo o artigo 3 do Decreto 7.508/2011 (BRASIL, 2011), o SUS é formado pelas

[...] ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde executados pelos entes federativos, de forma direta ou indireta, mediante a participação complementar da iniciativa privada, sendo organizado de forma regionalizada e hierarquizada (BRASIL, 2011, s. p.).

A estrutura do SUS é composta pelo Ministério da Saúde, Estados e Municípios, onde cada ente tem suas co-responsabilidades. Existem, ainda, os Conselhos de Saúde com atuação em nível nacional, estadual e municipal, a Comissão Intergestores de Tripartite e Bipartite, o Conselho Nacional de Secretaria de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), conforme estabelecido pela Constituição Federal (BRASIL, 1998) e pela Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990). Essa estrutura está representada na Figura 1.

Figura 1 - Organograma dos Órgãos gestores do SUS



Fonte: Zanchi (2012, p. 119).

A partir do exposto na Figura 1, pode-se observar que o SUS é formado pelo “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”, informações estabelecidas pelo art. 4 da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990, s.p). De acordo com o 1º e o 2º parágrafo do art. 4 da Lei 8.080/1990 (BRASIL, 1990, s.p), fazem parte também “instituições públicas federais, estaduais e municipais de controle de qualidade, pesquisa e produção de insumos, medicamentos, inclusive de sangue e hemoderivados, e de equipamentos para saúde e iniciativa privada em caráter complementar”.

Os serviços públicos de saúde têm como princípios doutrinários: universalidade, integralidade, igualdade e equidade, e como diretrizes descentralização, regionalização, hierarquização e participação da comunidade, conforme pode-se verificar no Quadro 2 (BRASIL, 1990; SOUSA; LIMA; JORGE, 2016).

Quadro 2 - Princípios básicos do SUS

Doutrinários	Organizativos
Universalidade	Descentralização
Integralidade	Regionalização
Igualdade	Hierarquização
Equidade	Participação da Comunidade

Fonte: Sousa, Lima e Jorge (2016).

A prerrogativa da garantia de acesso aos serviços de saúde é um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, o que garante a universalidade à saúde. Contudo, é importante ressaltar a “disparidade entre o que consta na Lei e aquilo que é prestado. Essa violação dos direitos dos cidadãos é rotineira, além de ser histórica” (BUSATO; GARCIA; RODRIGUES, 2019, p. 38).

Já a integralidade está relacionada com a postura profissional do agente de saúde diante das questões sociais e culturais do paciente, ou seja, é a “interação do usuário e profissional tendo-se como norteador o direito de ser tratado com integralidade e dignidade como pessoa humana” (SILVA, 2015, p. 94).

A igualdade diz respeito ao Estado garantir assistência à saúde a todos, independentemente de sexo, raça, ocupação ou características pessoais. Ela visa a “igualdade de assistência à saúde sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie” (BRASIL, 1990, s. p).

Equidade, por sua vez, refere-se em mitigar as desigualdades sociais e regionais em virtude das disparidades existentes no país (BRASIL, 2000). Dessa forma, a equidade concentra-se em tratar de maneira diferente os desiguais, privilegiando pessoas mais vulneráveis e que estejam em piores condições do que outras.

A descentralização estabelece que os entes das três esferas do governo (federal, estadual e municipal) têm responsabilidade. O objetivo da descentralização é “prestar serviço com maior qualidade e garantir o controle e fiscalização por parte dos cidadãos”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020, s. p.).

A descentralização, em conjunto com os princípios e diretrizes, forma a regionalização e a hierarquização da gestão do sistema público de saúde no Brasil por meio de ações em redes assistenciais. A regionalização “possui sentido abrangente e tem o intuito de integrar diversos serviços dos vários municípios numa rede de atenção à saúde” (LIMA; SOUZA; JORGE, 2019, p. 42). Isso se faz necessário em virtude da dimensão territorial e das diferenças regionais que compreendem o Brasil.

A participação popular diz respeito à ação da sociedade como um agente ativo a partir da fiscalização, do monitoramento e do controle das atividades exercidas pela administração pública (SOUSA; LIMA; JORGE, 2016).

O modelo referencial do SUS tem como parâmetro o uso piramidal, onde a base

é compreendida pela Atenção Básica, seguida da Secundária e Terciária, conforme pode-se identificar na Figura 2.

Figura 2 - Modelo piramidal dos serviços de saúde



Fonte: Busato, Ivana e Garcia (2019, p. 61).

De acordo com a política nacional de Atenção Básica, artigo 2 da Portaria 2.436/2017 (BRASIL, 2017, s. p.), a saúde básica é o

[...] conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

De modo geral, o nível Primário ou Atenção Básica é a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde, a qual pode ser caracterizada como

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde (BRASIL, 2011, s. p.).

De acordo com Busato, Ivana e Garcia (2019, p. 66-67), além dos princípios básicos do SUS, a Atenção Básica possui, também, os seguintes princípios: (i) primeiro contato; (ii) longitudinalidade; (iii) coordenação; (iv) abordagem familiar e (v) enfoque comunitário. Esses princípios são explicados a seguir:

- (i) O primeiro princípio é relativo ao contato inicial praticado pelas Unidade Básica de Saúde (UBS), na qual tem como objetivo oferecer um

- atendimento de qualidade e satisfatório para que as pessoas se sintam estimuladas a recorrerem a elas, quando precisarem novamente;
- (ii) O segundo princípio, a longitudinalidade, refere-se ao cuidado ao longo do tempo, no intuito de se criar na população uma cultura pela busca à assistência médica antes do agravamento da doença ou lesão, o que acarretará no uso de mais recursos para o tratamento;
 - (iii) Já o terceiro princípio, a coordenação, abrange a responsabilidade de se harmonizar informações e ações de saúde;
 - (iv) A abordagem familiar, que se constitui como o quarto princípio, concerne à coleta de informações sobre a população. Tem como objetivo conhecer profundamente as pessoas que são atendidas pelo SUS, identificando as características e o perfil do público atendido;
 - (v) O quinto princípio, enfoque comunitário, diz respeito à personalização do atendimento em consonância com o contexto em que a comunidade se encontra (BUSATO; IVANA; GARCIA, 2019).

Já a Atenção Secundária, ou Média Complexidade, contempla as atividades de complexidade intermediária, de diagnóstico, tratamento e especialidades médicas. De acordo com o CONASS (BRASIL, 2007, p. 17-18):

[...] a média complexidade ambulatorial é composta por ações e serviços que visam atender aos principais problemas e agravos de saúde da população, cuja complexidade da assistência na prática clínica demanda a disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento.

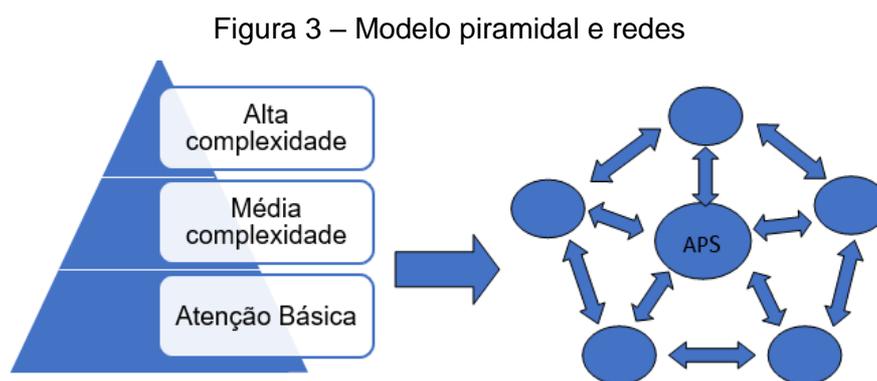
O Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) (BRASIL, 2007) apresenta um rol de procedimentos que fazem parte da Atenção Secundária, e dentre eles destacam-se: cirurgias ambulatoriais especializadas, patologia clínica, fisioterapia, anestesia, entre outros.

A Atenção de Alta Complexidade ou nível Terciário compreende as atividades de alta complexidade, como a internação, que exige atendimento altamente especializado. O CONASS (BRASIL, 2007, p. 18) esclarece quais são as atividades que demandam esse tipo de atendimento.

Conjunto de procedimentos que, no contexto do SUS, envolve alta tecnologia e alto custo, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos demais níveis de atenção à saúde (atenção

básica e de média complexidade).

Para Mendes (2011, p. 86), “essa concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por uma outra, a das redes poliárquicas de atenção à saúde”. A Figura 3 apresenta essa substituição proposta pelo pesquisador.



Fonte: Mendes (2011).

A partir da concepção desse modelo de serviços de saúde, a Atenção Primária de Saúde (APS) seria o centro de comunicação, atuando em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde (RAS). Haveria articulação entre elas, pois “respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais”, como explica Mendes (2011, p. 86).

Esse cenário contribui para a aplicação de um novo modelo de gestão da saúde com foco na população. Hoje, o modelo tradicional com a oferta de serviços se tornou “incompatível com a geração de valor para as pessoas usuárias” (SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ, 2021, s. p.). Portanto, o foco tem que ser em torno dos usuários e não nos prestadores de serviços (PORTER; TEISBERG, 2007).

Nesse aspecto, as RASs são elementos importantes dentro desse contexto, pois são um “conjunto de ações e serviços de saúde articulados em níveis de complexidade crescente, com a finalidade de garantir a integralidade da assistência à saúde” (BRASIL, 2011, s. p.). São estruturas necessárias que têm como objetivo dar suporte aos cuidados e às ações de serviços da saúde (BUSATO; GARCIA; RODRIGUES, 2019).

Mendes (2011, p. 80) afirma que as RASs “são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança das RASs”, e seu objetivo é

[...] promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010, s. p.).

Dessa forma, o elemento básico fundamental é o conhecimento profundo da população usuária do SUS (SECRETARIA DA SAÚDE DO PARANÁ, 2021). A partir disso, a gestão da saúde da população tem como objetivo gerar valor aos usuários com o intuito de melhorar a saúde que vai além dos cuidados com a doença, e inclui também o envolvimento na questão do bem estar físico, mental e social dos usuários (MCALERLNEY, 2003).

As Redes de Urgência e Emergência (RUE) também merecem destaque no contexto organizacional do Sistema Público de Saúde (SUS). De acordo com o art. 1º, parágrafo único, da Resolução do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.077/2014 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2014, s. p.), entende-se por Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência

[...] os denominados prontos-socorros hospitalares, pronto-atendimentos hospitalares, emergências hospitalares, emergências de especialidades ou quaisquer outras denominações, excetuando-se os Serviços de Atenção às Urgências não Hospitalares, como as UPAs e congêneres.

Segundo a Portaria nº 354/2014 (BRASIL, 2014, s. p), são considerados serviços de emergência e urgência:

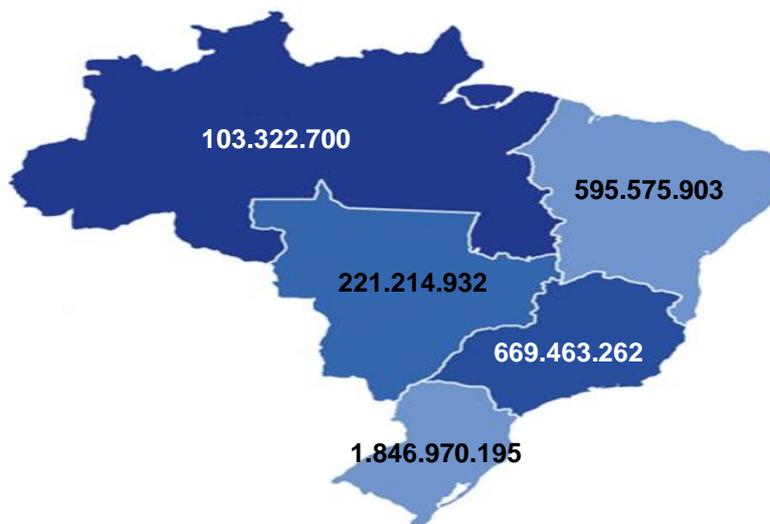
Emergência: Constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem sofrimento intenso ou risco iminente de morte, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

Urgência: Ocorrência imprevista de agravo à saúde como ou sem risco potencial à vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.

De acordo com o dados da Tecnologia da Informação a Serviço do SUS – DataSUS, no período de 2020 a 2022 foram atendidos 3.436.445.992 pacientes⁴ somente nos serviços de urgência e emergência hospitalar, onde 152.887.909 pacientes graves nas urgência e 3.283.558.083 casos eletivos, ou seja, menos graves. A Figura 4 apresenta a quantidade de atendimento nas urgências e emergências por regiões.

Figura 4 – Número de atendimentos realizados por regiões

⁴ Dados coletados no período junho/2022



Elaborada pela autora (2022).

Como pode-se observar na Figura 4, a região que realizou mais atendimentos relacionados aos casos de urgência e emergência foi a região Sudeste, composta pelos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais e Espírito Santo, com 1.846.970.195, sendo que 77.992.366 refere-se a casos de urgência e 1.768.977.829 a casos menos graves. Por outro lado, a região com menor número de atendimentos foi o Norte, composto pelos estados Acre, Amazonas, Rondônia, Pará, Roraima, Amapá e Tocantins, com 103.221.700 atendimentos, dos quais 12.893.687 são urgência e 90.328.013 menos graves.

O acesso dos pacientes ao Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência, de acordo com o CFM Nº 2.077/2014, pode ser realizado de duas maneiras: (i) demanda espontânea e (ii) Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência. O primeiro tipo acontece a partir da iniciativa própria do paciente em ir até o hospital. Já o segundo é feito com a utilização dos serviços móveis de Urgência e Emergência, como por exemplo SAMU, Siate e Corpo de Bombeiros (CFM Nº 2.077/2014).

Os pacientes com demandas de Serviços Pré-Hospitalares Móveis de Urgência e Emergência são previamente classificados no momento do atendimento e, caso sejam identificados pacientes em situação grave, eles são encaminhados diretamente para a sala de emergência (sala de reanimação). Os demais pacientes com situação de urgência, seja por demanda espontânea ou por serviços móveis de urgência e emergência, são encaminhados à sala de espera, na qual deverão passar pelo processo de Acolhimento com Classificação de Risco (CFM Nº 2.077/2014).

O processo de Acolhimento com Classificação de Risco (ACCR) faz parte da

Política Nacional de Humanização (PNH) para estabelecer protocolos que agilizem o fluxo de atendimento aos pacientes e promovam uma melhor qualidade na prestação do serviço. Entre os objetivos da PNH está o “atendimento acolhedor e a redução de filas e o tempo de espera” (BRASIL, 2017, s. p.).

Pode-se compreender a classificação de Risco como a

[...] ferramenta de apoio à decisão clínica, no formato de protocolo, com linguagem universal para as urgências clínicas e traumáticas, que deve ser utilizado por profissionais (médicos ou enfermeiros) capacitados, com o objetivo de identificar a gravidade do paciente e permitir o atendimento rápido, em tempo oportuno e seguro de acordo com o potencial de risco e com base em evidências científicas existentes (BRASIL, 2017, s. p.).

Nesse sentido, a classificação de risco é de vital importância, podendo causar prejuízos inestimáveis aos pacientes que não receberem atendimento em tempo adequado, de forma rápida e precisa, sem a aplicação dos protocolos exigidos. O Quadro 3 apresenta os níveis de classificação de risco, utilizando como critério um conjunto de cores (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul) para classificar as prioridades em virtude da enfermidade do quadro clínico dos pacientes e não por ordem de chegada.

Quadro 3 – Níveis de classificação de Risco

Cor	Critério	Prioridade	Tempo de espera
Vermelho	Emergência: necessidade de atendimento imediato.	1	0 - Imediato
Laranja	Casos muito urgentes: necessidade de atendimento praticamente imediato.	2	10 min à 30 min.
Amarelo	Urgência: atendimento o mais rápido possível, mas pode aguardar.	3	40 min à 60 min.
Verde	Casos pouco urgentes: Prioridade não urgente, podem ser encaminhados para outros serviços de saúde.	4	Até 120 min
Azul	Casos não urgentes /de baixa complexidade, podem ser encaminhados para outros serviços de saúde.	5	Até 240 min.

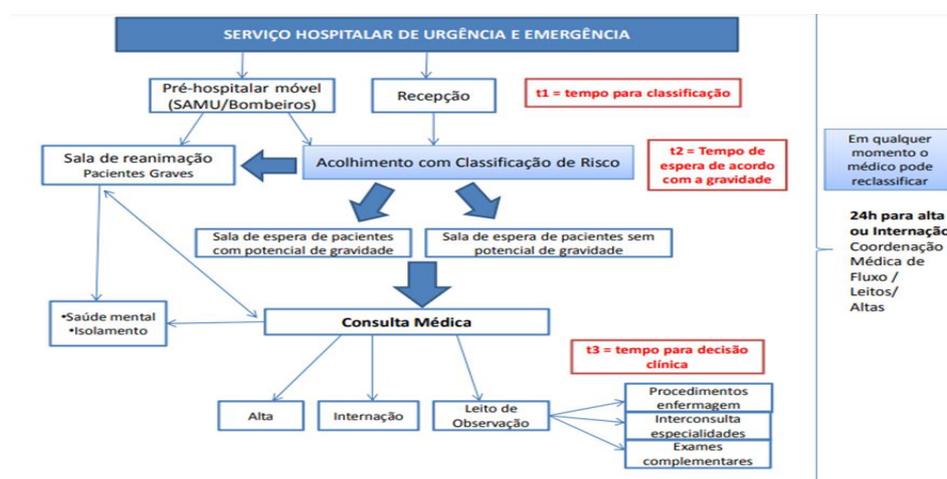
Fonte: Brasil, Ministério da Saúde (2009).

Como pode-se observar na Quadro 3, a cor vermelha significa que os pacientes deverão ser encaminhados diretamente à Sala de Emergência devido à necessidade de atendimento imediato; já a cor laranja indica casos de muito urgência, em que os pacientes necessitam de atendimento praticamente imediato; amarelo refere-se aos

pacientes que necessitam de serviços de urgência no atendimento médico o mais rápido possível, porém não correm riscos imediatos de vida; verde indica que os pacientes estão em condições agudas (urgência relativa) ou não agudas, atendidos com prioridade sob consultas simples; e a cor azul significa que os pacientes se encontram em baixa complexidade (BRASIL, 2004, p. 28-35).

Após a Classificação de Risco, os pacientes poderão seguir três fluxos de acordo com seu estado de saúde, conforme mostra a Figura 5:

Figura 5 - Fluxo do paciente no Serviço Hospitalar de Urgência e Emergência



Fonte: CFM nº 2.077/2014.

A Figura 5 expõe a classificação dos pacientes em três tipos: (i) Pacientes graves – o paciente, classificado como Emergente, ou seja, quando necessita de intervenção médica imediata, é encaminhado para a sala de Emergência e Reanimação; (ii) Pacientes com potencial de gravidade; e (iii) Pacientes sem potencial de gravidade, os quais aguardam o momento da consulta médica, após o acolhimento e a classificação de risco. Lembrando que, no momento da classificação, a prioridade é sempre dada de acordo com o quadro clínico dos pacientes e não devido à ordem de chegada ao hospital.

Segundo o art. 1º do CFM Nº 1958/2010 (2010, s.p), a consulta médica compreende

[...] a anamnese, o exame físico e a elaboração de hipóteses ou conclusões diagnósticas, solicitação de exames complementares, quando necessários, e prescrição terapêutica como ato médico completo e que pode ser concluído ou não em um único momento.

Portanto, ela pode ser considerada como o diagnóstico que o paciente recebe pelo profissional médico. Dessa forma, o desfecho da consulta médica poderá ser: (i) alta – ato médico que determina a finalização da assistência médica realizada ao paciente e, dessa forma, o paciente está apto a ir embora do hospital; (ii) internação – leito hospitalar, onde o paciente necessita de cuidados médicos por um período igual ou superior a 24h; e (iii) leito hospitalar de observação - leito destinado a paciente que necessita de uma supervisão médica e/ou de procedimentos de enfermagem, consultas especializadas e exames complementares para fins de diagnósticos ou terapêuticos (CFM nº 2.077/2014).

A partir do exposto, percebe-se como a organização do SUS é complexa e peculiar. Em virtude da vasta dimensão territorial, essa organização se torna mais difícil e, com isso, nem sempre o atendimento se dá de maneira universal e igualitária, conforme é preconizado pelo arcabouço legal. Diante dessa conjuntura, o tópico a seguir abordará os desafios no contexto de Gestão em Saúde Pública.

5.1.1 Desafios da Gestão em Saúde Pública

Dentre os inúmeros desafios que a gestão em Saúde Pública precisa superar, aborda-se inicialmente as políticas de saúde, pois “a condição de saúde requer uma política de Estado que represente a sociedade no seu conjunto, sem responder apenas a grupos hegemônicos de poder” (ZANCHI, 2012, p. 110). Dessa maneira, faz-se necessária a implementação de políticas de saúde que vão ao encontro da realidade da população, direcionadas à promoção, proteção e recuperação da saúde dos cidadãos, para que, de fato, correspondam às expectativas e às necessidades da população.

Outro desafio para a Saúde Pública está relacionado ao envelhecimento populacional (ZANCHI, 2012). Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) demonstram que no ano de 2020 existiam, aproximadamente, 31.693.761 pessoas idosas (com 60 anos ou mais). A estimativa é de que em 2030 haja mais de 41.541.763 de pessoas idosas, ou seja, em apenas uma década aumentará a quantidade de idosos em cerca de 11.067.472, gerando impactos na saúde pública, como pode-se constatar na Tabela 1.

Tabela 1 - Projeção da população idosa no Brasil

Ano	População	Ano	População
2021	30.474.291	2026	36.663.810
2022	31.693.761	2027	37.894.006
2023	32.936.597	2028	39.116.674
2024	34.185.085	2029	40.332.193
2025	35.427.289	2030	41.541.763

Fonte: IBGE 2020 – 2030 (2022).

Diante desse cenário, o envelhecimento da população possui profundas implicações para o setor da saúde (MENDES; BITTAR, 2014). À “medida que a população envelhece, aumenta a carga de enfermidades transmissíveis e a prevalência de doenças crônicas” (ZANCHI, 2012, p. 373). Tal fato colabora para haver uma maior procura pelos serviços de saúde, normalmente por tempo mais prolongado, e ampliar a demanda por medicamentos de uso contínuo (MENDES, BITTAR, 2010).

Conforme aumentam os gastos na área da saúde, mais investimentos são necessários. De acordo com Henriques (2019, p. 90), o “problema da saúde brasileira não deve ser restrito à quantidade de hospitais e de leitos, mas se relaciona também ao financiamento, que além de ser insuficiente, é mal distribuído”. Contudo, mesmo que os recursos na área da saúde vêm aumentando no decorrer dos anos, ainda assim eles são escassos, o que dificulta o processo de gestão (CUNHA, 2011).

Essa limitação financeira restringe o desenvolvimento das ações e serviços ligados à saúde e desafia, ainda mais, os gestores de saúde na busca pela necessidade de encontrar novas formas eficientes na gestão dos recursos. Em meio a esse contexto, segundo Cunha (2011, p. 25), é necessário “encontrar uma equação eficiente, capaz de balancear da melhor forma possível as diversas perspectivas das organizações de saúde”.

No Brasil, é “recorrente a constatação de que a gestão em saúde ainda está ancorada em métodos e estratégias tradicionais, oriundas da teoria clássica” (LORENZETTI *et al.*, 2014, p. 418). Entretanto, existem estudos atuais sobre a nova gestão e organização do trabalho em saúde, utilizando teorias administrativas mais atuais, como a estruturalista e a contingencial (MATOS; PIRES, 2006).

No que tange à administração, existe uma deficiência gerencial em virtude da falta de profissionais qualificados para atuar como gestores (LORENZETTI *et al.*,

2014). Nesse sentido, é preciso profissionalizar a administração em saúde pública, tendo em vista que “a frágil formação técnica dos profissionais de saúde para gestão, bem como, a descontinuada e ineficiente ação da educação permanente nesta área” (LORENZETTI *et al.*, 2014, p. 420) implicam em problemas administrativos contundentes.

Destarte, Possolli (2017, p. 30) afirma que a equipe gestora

[...] deve estar na vanguarda das mudanças, atuando eficientemente para que toda a organização assuma o protagonismo em cada área no atendimento aos clientes internos e externos, por meio de serviços, recursos e processos inovadores. A integração de recursos humanos, operacionais, tecnológicos e financeiros é mais que uma visão ou meta: é uma condição essencial para o crescimento da organização, visando a construção de uma gestão sólida e eficiente por meio da prestação de serviços de qualidade. Para isso, os gestores hospitalares precisam elaborar processos de controle e avaliação do desempenho, a fim de mensurar a eficiência em cada área e no sistema organizacional como um todo.

É importante destacar a complexidade que envolve a gestão em saúde pública (MENDES; BITTAR, 2014). Desse modo, em virtude da complexidade que se tem em administrar na área da saúde, é fundamental acabar, no Brasil, com a “cultura de que qualquer profissional sabe gerir e que administração se aprende na prática” (LORENZETTI *et al.*, 2014, p. 422). Essa cultura acaba colaborando com o mau uso dos recursos.

O relatório mundial da OMS – Organização Mundial da Saúde (WHO, 2010, p. 4) “estima que de 20% a 40% de todos os gastos com saúde são desperdiçados por ineficiência”. Assim, faz-se necessário que os gastos com saúde sejam aplicados de forma correta. Ações de planejamento, controle e avaliação são ferramentas importantíssimas nesse processo.

De acordo com Busato (2017, p. 25), o planejamento estratégico pode ser entendido como “o processo de desenvolvimento e manutenção dos objetivos dos serviços em saúde com o foco nos propósitos e na prestação de serviços de qualidade”. Portanto, o desenvolvimento do planejamento estratégico em saúde é importante e reflete na qualidade dos serviços executados.

Nesse contexto, para alinhar o desenvolvimento do planejamento estratégico com a busca por melhorias, é essencial ocorrer a medição organizacional, a qual pode ser realizada por meio de indicadores de desempenho, com o objetivo de auxiliar no monitoramento e identificar problemas a serem solucionados. Tal ação, “além de

promover a cultura para excelência, medir os resultados sistematicamente e de forma estruturada é fundamental para a gestão de uma organização”, explica a Fundação Nacional da Qualidade Excelência da Gestão (FNQ) (2013, p. 4).

Diante de todo esses cenários apresentados, relacionados às políticas de saúde, envelhecimento da população e a falta de profissionais qualificados para atuar como gestores, alinhados à complexidade que envolve a gestão em saúde pública, “as críticas à gestão em saúde no Brasil são amplas, diversas e mostram a dimensão dos problemas a serem enfrentados” (LORENZETTI *et al.*, 2014, p. 418). Dessa forma, ficam nítidas as deficiências que o setor de saúde possui, “levando a resultados insatisfatórios e ineficientes, pois não responde às necessidades atuais” (MATTO; PIRES, 2004, p. 512).

5.2 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO HOSPITALAR

Esta seção tem por objetivo aprofundar assuntos acerca da organização e da gestão hospitalar e seu contexto organizacional. Para tanto, discorre-se, no primeiro momento, sobre a estrutura organizacional e, na sequência, sobre a complexa e difícil missão de gerenciar um hospital.

5.2.1 Organização hospitalar

Durante muito tempo, o hospital foi considerado uma “entidade protetora dos menos favorecidos” (SOUSA *et al.*, p. 85), ou seja, seu objetivo era acolher os mais pobres e enfermos da sociedade e pouco tinha a oferecer além de cuidados básicos de saúde. Em meio a esse cenário, a pesquisadora Henriques (2019, p. 44) afirma que os hospitais eram “depósitos humanos em que, os enfermos, infectados pela peste, eram excluídos do contato social para esperarem a sua morte”. Com o passar do tempo, os hospitais evoluíram e hoje são “centros especializados para o tratamento da comunidade contando com uma equipe de profissionais da saúde” (LEMES; ROCHA, 2011, p. 5).

Na atualidade, os hospitais são peças importantes dentro do sistema de saúde brasileiro. De acordo com o Ministério da Saúde (1977, p. 9), o hospital é

[...] parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar,

constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Ademais, os hospitais são vistos como empresas (NASCIMENTO, 2017; LISBOA, 1993), com “características muito peculiares” (LISBOA, 1993, p. 106). Seguindo esse raciocínio, Berto (2007, p. 1) afirma que os hospitais possuem “características próprias, que os diferenciam de outras instituições; congregam diversas áreas funcionais interdependentes e inter-relacionadas, necessitando de um funcionamento eficiente de todos [...]”.

Os hospitais têm como função

[...] recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos. Essas funções demandam um conjunto altamente divergente e complexo de atividades, tais como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, o planejamento e execução de internações, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos. (SENHORAS, 2007, p. 45)

A organização hospitalar pode ser classificada de acordo com sua natureza assistencial, porte, complexidade, administração ou mantenedora, objetivo financeiro e papel de estabelecimento (CAVEIÃO, 2020). Essa classificação é apresentada na Figura 6.

Figura 6 - Classificação dos hospitais

Natureza assistencial	Porte	Complexidade	Administração	Objetivo financeiro	Papel na rede de serviços
Geral ou especializado	Pequeno, médio ou grande	Alta, baixa ou média	Público ou privado	Hospitais não lucrativos; hospitais beneficentes; hospitais filantrópicos e hospitais com fins lucrativos	Local, regional, de referência estadual ou nacional

Fonte: Elaborada pela autora (2022) com base em Caveião (2020).

Atualmente, de acordo com dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) (2022), o Brasil possui um total de 6.413 estabelecimentos hospitalares. Destes, 5.413 são hospitais gerais e 1.000 são considerados especializados. É considerado um hospital geral aquele que realiza assistência sanitária a doentes, comportando as quatro especialidades básicas: clínica médica, clínica cirúrgica, clínica gineco-obstétrica e clínica pediátrica. Já o hospital especializado é destinado a atender pacientes que precisam de uma determinada especialidade de assistência médica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1977; 1987). A Figura 7 apresenta a quantidade de hospitais (gerais/especializados) distribuídos pelas regiões brasileiras.

Figura 7 - Quantidade de Hospitais



Fonte: Elaborada pela autora com base em CNES (2022).

Os hospitais também podem ser classificados de acordo com seu porte. De acordo com o Ministério da Saúde (1977; 1987) e Caveião (2020), existem:

- (i) Hospital de pequeno porte: capacidade de até 50 leitos;
- (ii) Hospital de médio porte: capacidade de 51 a 150 leitos;
- (iii) Hospital de grande porte: capacidade de 151 a 500 leitos;
- (iv) Hospital extra grande: capacidade acima dos 500 leitos;

É importante esclarecer que a classificação do porte do hospital diz respeito unicamente ao número de leitos. Dessa forma, não tem relação nenhuma com a qualidade e a complexidade da assistência prestada.

Já em relação à complexidade que um hospital possui, pode-se classificá-los em baixa, média ou alta complexidade, conforme discorrido na primeira seção sobre a gestão em saúde pública (BUSATO; IVANA; GARCIA, 2019).

Sobre a administração ou mantenedora, os hospitais são classificados como públicos ou privados (CAVEIÃO, 2020). Os hospitais públicos são mantidos e administrados pelos entes do poder federal, estadual ou municipal. São formados pela administração direta, autarquias, empresas públicas e fundação. Já os hospitais privados são sustentados com recursos pagos pelos usuários e são formados pelas empresas, beneficentes sem fins lucrativos, fundações privadas e sindicatos vinculados a hospitais (MINISTÉRIO DA SAÚDE; DATASUS, 2022).

O Brasil, segundo dados divulgados pela Federação Brasileira de Hospitais/Confederação Nacional de Saúde (FHB/CN Saúde, 2020, p. 31), possuía, em 2020, 2.444 hospitais públicos e 4.198 hospitais privados. É interessante ressaltar que, além do SUS, existem serviços prestados por operadoras e seguradoras de saúde, chamados de saúde suplementar, regulamentados pela Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) (LISBOA, 2016).

No que tange aos objetivos financeiros, os hospitais podem ser: (i) hospitais não lucrativos, (ii) hospitais beneficentes, (iii) hospitais filantrópicos e (iv) hospitais com fins lucrativos (CAVEIÃO, 2020, p. 13-14). O primeiro não visa prover lucros, ou seja, os administradores não recebem remuneração ou benefícios e, caso isso ocorra, são revertidos em melhorias para o hospital. O segundo diz respeito às associações particulares que não almejam lucros, e possuem fonte de renda própria por meio das contribuições dos associados para subsidiar as ações. O terceiro são empresas privadas e não lucrativas, onde uma parte do financeiro é destinado em prol de

assistência gratuita para o que não possui recursos e a outra para pessoas que podem arcar com despesas da saúde. E, por fim, o último tipo se configura como empresas privadas que objetivam lucros.

Em relação ao papel dos hospitais nas redes, estes podem ser classificados como: hospital local, regional e de referência (CAVEIÃO, 2020). O hospital local concerne à área geográfica determinada em que está instalado, relacionada com as áreas básicas de atendimento (como por exemplo clínica médica e pediatria). Já o hospital regional diz respeito à assistência especializada, além da determinada área local. Caveião (2020, p. 38) afirma que esse tipo de hospital “possui atendimento permanente de urgência e emergência, atendimento de referência e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis”. O hospital de referência, também chamado de base, é um espaço de coordenação e integração dos serviços médicos hospitalares para uma determinada região geográfica. Possui característica de alta complexidade e especialização, como por exemplo, saúde da mulher (CAVEIÃO, 2020).

5.2.2 Gestão hospitalar

Ultimamente, a crescente demanda por serviços hospitalares, acentuada, particularmente, pela pandemia, tem dificultado, ainda mais, o trabalho dos gestores dessas organizações. Portanto, buscar ferramentas que possam melhorar o processo de saúde se tornou fundamental para a manutenção desses ambientes, já que “os hospitais são motores que fazem a roda girar, porque todos os programas e as políticas sociais, financeiras, médicas e bioéticas recaem sobre esses espaços” (HENRIQUES, 2019, p. 41).

Ligado à crescente demanda por serviços hospitalares, está a complexidade que gira em torno dessas organizações (CELESTINO, 2002; HENRIQUES, 2019; LISBOA, 2016). Os hospitais, segundo Celestino (2002, p. 1),

[...] estão entre os organismos mais complexos de serem administrados. Neles estão reunidos vários serviços e situações simultâneas: hospital é hotel, lavanderia, serviços médicos, limpeza, vigilância, restaurante, recursos humanos, relacionamento com o consumidor. De certa forma, é natural que todos esses organismos fossem, cada vez mais, regidos por leis, normas, regulamentações e portarias, vindas de diversos órgãos e instituições – um arcabouço legal cada vez mais dinâmico e variado.

A partir do exposto, pode-se constatar que a gestão hospitalar não é simples de ser executada. “Os sistemas de saúde contêm um alto nível de interações sociais

que são caracterizados pela complexidade, em particular, nos pontos de decisão”, pontuam Waleed e Amr (2012, p. 155). Com isso, é fundamental compreender o processo do fluxo de pacientes para tomar decisões corretas e eficazes, além de dispor de conhecimentos específicos e de gestão para administrar uma organização tão complexa como o hospital.

Por sua vez, os profissionais que trabalham na área precisam ter um olhar e um pensamento sistêmico (NUNES, 2018; LISBOA, 2016), pois há uma gigantesca divisão e subdivisão de mão de obra especializada, que necessita estar harmoniosamente ordenada e atuando em conjunto para que as atividades aconteçam. Com isso, “os profissionais ainda precisam estar atentos para que a rede de conhecimento e habilidades de um hospital seja executada todos os dias concomitantemente de maneira harmoniosa e eficiente” (HENRIQUES, 2019, p. 25). Somado a isso, é imprescindível que esses profissionais tenham caráter de líderes inovadores, verdadeiros visionários (CAVEIÃO, 2020).

A gestão hospital não permite improvisos, argumenta Caveião (2020), ou seja, uma tomada de decisão equivocada pode desencadear vários problemas, tanto na parte da gestão, como no atendimento clínico. Portanto, envolve um conjunto de “planejamento, organização, direção e controle das ações praticadas” (BORBA; LISBOA, 2006, p. 32).

De acordo com Sousa *et al.* (2014, p. 88), o hospital “carece de uma gestão eficaz e eficiente”. Dessa forma, hoje, mais do que nunca, o “hospital deve ser administrado como uma empresa, embora de caráter social” (CHERUBIN; SANTOS, 2002, p. 105).

Desse modo, a utilização de indicadores hospitalares

[...] possibilita aos profissionais de saúde monitorar e avaliar os eventos que acometem os usuários, os trabalhadores e as organizações, apontando, como consequência, se os processos e os resultados organizacionais vêm atendendo às necessidades e expectativas dos usuários, contribuindo de forma significativa para qualidade na provisão de cuidados em saúde. (TRONCHIN; FREITAS; MELLEIRO, 2016, p. 78)

Contudo, a escolha e o uso de indicadores de desempenho têm se revelado um assunto bastante desafiador (FAVERO, 2017) e, segundo Safdari *et al.* (2014, p. 1), “escolher um conjunto eficaz e equilibrado de indicadores de desempenho” é fundamental para uma boa gestão hospitalar.

Em meio a esse contexto, um dos grandes desafios na gestão hospitalar é fazer

com que todos os departamentos e unidades funcionem simultaneamente de forma harmônica na prestação de serviços. A fim de superar esse desafio, entram em cena os indicadores de desempenho, os quais servem “para monitorar, medir e gerenciar o desempenho de seus sistemas de saúde para garantir a eficácia, eficiência, equidade e qualidade” (KHALIFA; KHALID, 2015, p. 460).

5.3 GESTÃO BASEADA EM INDICADORES DESEMPENHO

Esta seção tem por objetivo discorrer sobre a gestão baseada em indicadores de desempenho, onde são apresentados conceitos relacionados ao sistema de medição por meio de indicadores no contexto organizacional.

5.3.1 Sistema de medição de desempenho

Partindo do princípio de que “o que não é medido, não é gerenciado” (KAPLAN; NORTON, 1987), pressupõe-se que para ocorrer uma gestão eficiente é necessário haver um sistema de medição de desempenho. Esse processo pode ser desenvolvido por meio de indicadores de desempenho.

Francischini e Francischini (2017, p. 111) salientam que o sistema de medição de desempenho “é um conjunto de indicadores de desempenho organizados em rede que mantém relação válida de causa e efeito entre si”. Estes precisam estar alinhados com os objetivos organizacionais, sendo esta uma das propriedades relevantes dos indicadores.

Estudioso da área da saúde, o médico Avedis Donabedian apresentou, em 1988, um modelo de avaliação também conhecido como tríade Donabediana. Nesse modelo, a sistematização da avaliação da qualidade em saúde se dava por meio de três aspectos: estrutura, processo e resultados. O primeiro aspecto diz respeito ao arcabouço que envolve o processo de assistência médica e fazem parte dele os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros. Já o segundo aspecto comporta as atividades específicas da prestação de serviço, envolvendo profissionais de saúde e pacientes. Concluindo a tríade, o terceiro aspecto refere-se aos resultados gerados da assistência hospitalar prestada (RODRIGUES, 2016).

O marco conceitual sobre o desempenho hospitalar é representado por três esferas analíticas (LA FORGIA; GERARD, 2009, p. 4-5):

- (i) ambiente externo: composto por políticas, regulamentos, condições de mercado e mecanismos de pagamentos que, juntos, são decisivos para a conformação do sistema de incentivos de um hospital;
- (ii) ambiente organizacional: conjunto de estrutura e arranjos organizacionais que permitem ao hospital responder aos incentivos produzidos pelo ambiente externo;
- (iii) ambiente interno: que se observa a influência dos ambientes externos e organizacionais, e é nesse âmbito que recursos são convertidos em serviços prestados [...] Características estruturais de prestação de serviços como instalações, equipamentos e mão de obra; e processo de tratamento.

Na Figura 8 pode-se verificar com mais clareza as três esferas analíticas do marco conceitual sobre o desempenho hospitalar.

Figura 8 - Marco conceitual sobre o desempenho hospitalar



Fonte: La Forgia e Couttolene (2009, p. 5).

A partir da Figura 8, pode-se perceber que a interação de cada um desses ambientes interfere diretamente no desenvolvimento das atividades como um todo no processo da gestão hospitalar. O processo de medição de desempenho não é algo simples e pode ser bastante dispendioso. Portanto, tem que haver, por parte do gestor, uma eficiência no processo com o objetivo de identificar e medir o que realmente necessita ser controlado, avaliar o que realmente importa (DOERR, 2019).

O sistema de medição é importante, pois:

- (i) fornece uma abordagem estruturada para focar no plano estratégico, nas metas e no desempenho de um programa;
- (ii) focam a atenção no que deve ser realizado;
- (iii) melhora as comunicações internamente entre funcionários, bem como externamente entre a organização e seus clientes e partes interessadas;
- (iv) ajuda a justificar os programas e seus custos. (FRANCESCHINI; GALETTO; MAISANO, 2007, p. 119)

É importante ressaltar que os indicadores são ferramentas fundamentais de apoio às decisões gerenciais. No entanto, se isolados de todo o processo organizacional, não possuem representatividade e podem levar a erros (RODRIGUES, 2016).

Posto isso, aponta-se a ferramenta de gestão por meio da técnica de *Benchmark* como algo importante, pois permite que gestores de diversas organizações do mesmo setor possam fazer comparações a fim de buscarem melhorias. Esse processo voltado para a área da saúde tem sido constatado nos últimos anos (NUNES, 2018; MADALENO, 2015).

5.3.2 Indicadores de Desempenho

Para analisar os indicadores de desempenho, primeiramente, é importante compreender o significado da palavra indicador. De acordo com Cassiolato e Gonzalez (2009, p. 24),

[...] o indicador é uma medida, de ordem quantitativa ou qualitativa, dotada de significado particular e utilizada para organizar e captar as informações relevantes dos elementos que compõem o objeto da observação. É um recurso metodológico que informa empiricamente sobre a evolução do aspecto observado.

Seguindo essa linha de raciocínio, Francischini e Francischini (2017, p. 6) explanam que o “indicador são medidas qualitativas ou quantitativas que mostram o estado de uma operação, processo ou sistema”. De forma similar, tem-se a definição da FNQ (2018, p. 6): “indicadores são informações quantitativas que, por meio de uma medição sistemática, permite avaliar o comportamento de objetos ou de eventos”.

O Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde (PROADESS, 2011, s. p.) pontua que “indicadores de desempenho (ID) são compreendidos como medidas que indicam o “grau de realização” em cada dimensão do desempenho a ser avaliado”.

Os indicadores de desempenho também são chamados de KPIs, sigla oriunda da língua inglesa, *Key Performance Indicator*, traduzida para o português como indicadores-chaves de desempenho. Utilizando-se deles, o gestor prioriza os indicadores de desempenho mais importantes (RUA, 2004).

Dessa maneira, os indicadores de desempenho são ferramentas de gestão “essencial não apenas para relatar o desempenho, destacar deficiências e sugerir

melhorias” (KHALIFA; KHALID, 2015, p. 465). Portanto, os indicadores de desempenho, além de avaliarem o desempenho organizacional, proporcionam, também, correções e possíveis melhorias na instituição.

De acordo com Franceschini, Galetto e Maisano (2007), os indicadores têm três funções básicas: controle, comunicação e melhorias. O primeiro, como o próprio nome diz, tem como função avaliar e controlar o desempenho executado. O segundo permite a comunicação sobre o desempenho. É importante tomar cuidado porque indicadores mal desenvolvidos podem gerar confusão. E, por fim, o terceiro proporciona a visualização de lacunas que precisam ser melhoradas dentro da organização.

Sendo assim, os indicadores têm como função “mostrar a ocorrência ou ausência de fatos relevantes, ser capaz de chamar a atenção de um analista sobre problemas que estão ocorrendo em um sistema produtivo e, também, ser portador da informação de que o problema foi resolvido” (FRANCISCHINI; FRANCISCHINI, 2017, p. 25). Eles colaboram com a visualização e a identificação da situação atual e viabilizam as informações mais relevantes para a avaliação de um determinado processo de bens ou serviços.

É importante salientar que os “indicadores apontam, mas não resolvem um problema” (FRANCISCHINI; FRANCISCHINI, 2017, p. 3). Logo, a solução do problema depende exclusivamente da ação e do desempenho corretivo do gestor, ou seja, da proatividade dele em resolver o problema identificado por meio dos indicadores de desempenho.

Algumas características básicas devem ser consideradas no processo de análise, formulação e elaboração dos indicadores de desempenho (FRANCISCHINI FRANCISCHINI, 2017, p. 60), dentre elas destacam-se:

- 1- Validade: Mostram-se o que deseja medir. Ela evidencia que antes de se elaborar um indicador é preciso ter claro qual é objetivo que se deseja medir, isto é primeiro objetivo, depois indicador.
- 2- Correto e preciso: Fiel ao estado do fenômeno. Se os dados coletados não forem corretos, a informação gerada pelos indicadores será falsa também.
- 3- Completo: Abrangem as partes importantes. As maiores dificuldades para elaboração de indicadores de desempenho a partir dos objetivos estabelecidos pela empresa são a seleção de quais variáveis são capazes de mostrar o que se deseja medir.
- 4- Único e mutuamente exclusivo: Não redundantes. Indicadores redundantes são aqueles que possuem esta correlação entre si de tal modo que, conhecendo o comportamento de um, é possível saber qual o comportamento de outro.
- 5- Quantificável: Expresso por números.

- 6- Compreensível: simples e inteligível. Quanto mais complexo for um indicador, mais difícil é a sua comunicação para os demais funcionários da empresa, fazendo com que os colaboradores responsáveis por sua variação fiquem confusos e desorientados.
- 7- Controlável: Passíveis de ações corretivas. Indicadores de desempenho são meios para orientar melhorias que devem ser feitas nas empresas para o alcance de seus objetivos operacionais.
- 8- Rastreável: Levam ao foco dos problemas. Um dos princípios básicos da administração diz que não se deve combater os efeitos dos problemas que ocorrem no processo produtivo, mas suas causas. (FRANCISCHINI; FRANCISCHINI, 2017, p. 60)

Assim, os indicadores são ferramentas que auxiliam e fazem parte do planejamento estratégico por meio da avaliação na busca por melhorias contínuas da organização. Um indicador pode ser representado na forma de taxa ou coeficiente, índice, número absoluto ou fato.

- (i) Taxa ou coeficiente: é o número de vezes que um fato ocorreu dividido pelo número de vezes que ele poderia ter ocorrido, multiplicado por uma base e definido no tempo e no espaço
- (ii) Índice: é a relação entre dois números ou a razão entre determinados valores;
- (iii) Número absoluto ou fato: podem ser indicadores, à medida que se comparam valores iguais, maiores ou menores a ele, resultantes de atividades, ações ou estudos de processos, resultados, estrutura ou meio ambiente. (BITTAR, 2001, p. 22)

Os indicadores podem ser categorizados de acordo com três níveis hierárquicos, são eles: estratégico, tático ou gerencial e operacional da organização (RELATÓRIO TÉCNICO FPNQ, 2004). Estratégicos estão ligados à alta administração da organização e possuem relação com o planejamento estratégico (missão, visão, valores). Os táticos ou gerenciais estão localizados nos departamentos, setores intermediários da organização e dizem respeito aos macroprocessos da organização. Os operacionais, localizados no último nível, têm relação direta com a tarefa executada, processos ou rotinas individuais.

Os indicadores também podem ser classificados conforme sua natureza, categoria, dimensões ou perspectiva do negócio. Segundo Takashina (2004), são eles: eficiência (produtividade), eficácia (qualidade) e efetividade (impacto). A eficiência engloba os recursos utilizados nas saídas (resultados alcançados). Os autores Franceschini, Galetto e Maisano (2007, p. 119) afirmam que a eficiência é “uma característica do processo que indica o grau em que o processo produz a saída necessária com um custo mínimo de recursos”.

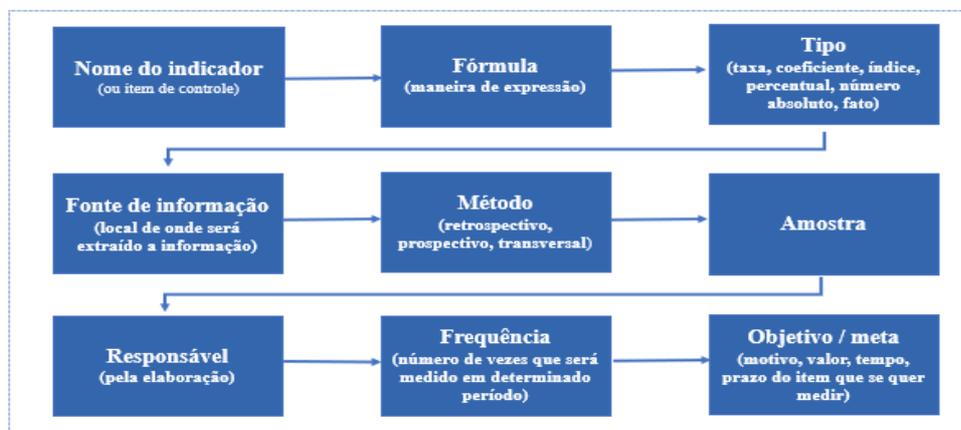
Já a eficácia avalia a capacidade de gerar resultados desejados na execução

do serviço. Para Franceschini, Galetto e Maisano (2007, p. 118), ela é “uma característica do processo que indica o grau em que a saída do processo está em conformidade com os requisitos”.

Concluindo, a efetividade tem relação com o impacto, pois seu enfoque está nas consequências geradas pelos produtos/serviços ofertados. É o fazer a coisa certa da maneira certa (VIEIRA; DETONI; BRAUM, 2006). Eles podem, também, ser categorizados pelo processo de tomada de decisão ou sistema/componentes de estrutura, por meio de três aspectos: estrutura, processo e resultados, discorridos no início deste capítulo (MODELO DONABEDIAN; RELATÓRIO TÉCNICO FPNQ, 2004).

Os indicadores não são definidos de qualquer maneira para a elaboração da sua ficha técnica, mas sim, são montados conforme uma composição lógica bem definida (PALADINI, 2005). Essa sequência lógica, seguida durante o processo de construção de indicadores, tem o intuito de facilitar o que se pretende medir, conforme sintetizado na Figura 9.

Figura 9 – Processo de construção de indicadores



Fonte: Adaptado de Bittar (2001).

Analisando a Figura 9, percebe-se que existe uma sequência de raciocínio lógica na construção de indicadores, onde há elementos mínimos que devem ser considerados no processo de construção de indicadores (ALVES, 2020). Baseados nos trabalhos de D’Innocenzo (2010), Francischini e Francischini (2017) e Alves (2020), apresenta-se um modelo de ficha de indicador no Quadro 4.

Quadro 4 - Modelo de ficha de indicador

Nível de informação:	Indica a estrutura, processo ou o resultado.
Número da ficha:	Apresenta numeração sequencial.
Nome do indicador:	Descreve o evento, o processo ou o cuidado que será monitorado.
Setor / departamento:	Local no qual o indicador será monitorado.
Responsável pela informação:	Pessoa/setor responsável pela produção e coleta dos dados, limites de acesso, análise e divulgação.
Objetivo:	Objetivo principal para sua criação.
Justificativa:	Breve explicação que justifique a criação e monitoramento do indicador.
Fonte de dado:	Fonte primária onde será extraída a informação (prontuários, fichas, relatórios, sistema de informação, entre outros).
Meta	Resultado que pretende atingir.
Período da análise	Período em que o indicador será monitorado.
Parte interessada	Identifica os clientes que têm interesse no resultado obtido do indicador.
Método de cálculo	Fórmula utilizada para calcular o indicador, definindo precisamente os elementos que compõem, como numerador, denominador.
Resultados	Descreve o resultado apontado no monitoramento.
<i>Benchmark</i>	Demonstra a referência com a qual se pretende comparar o indicador. A comparação também pode ocorrer com dados da própria organização ou concorrente.
Apresentação gráfica	Mostra os resultados por meio de gráficos.
Interpretação	Explicação concisa do tipo de informação obtida e seu significado.

Fonte: Elaborado pela autora (2022) com base em D’Innocenzo (2010), Francischini e Francischini (2017) e Alves (2020).

5.3.3 Indicadores de desempenho na gestão hospitalar

Para construir o portfólio para a seleção de indicadores voltados à gestão hospitalar, utilizou-se os resultados oriundos do estudo bibliométrico efetuado a partir de pesquisa na base de dados *Web of Science*, apresentado no Apêndice C. Acrescidas a elas, usou-se os seguintes materiais: ANS (2012), Semes (2009), CQH

(2009), Mendes (2018), Armijos e Mondaca (2017) e Proqualis (2014). O processo de identificação e triagem na base científica segue o modelo do diagrama do estudo bibliométrico. Contudo, para delimitar o estudo proposto, foi realizado um corte com apenas indicadores nos serviços de urgência e emergência. Todo o processo de triagem e análise encontra-se no desenvolvimento da teoria, quarta etapa da pesquisa-ação, localizado na seção 6.2.

Após análise do material selecionado, foram identificadas 60 variáveis de possíveis indicadores de desempenho relacionados à gestão hospitalar, que podem ser aplicados aos serviços de urgência e emergência, subdivididos em cinco dimensões: (i) Processo; (ii) Resultado; (iii) Sentinela; (iv) Gestão e (v) Estrutura.

A primeira dimensão está relacionada ao processo com foco no tempo de espera, ou seja, o tempo que o paciente aguarda para ser atendido em cada subunidades/departamentos, bem como o tempo que o paciente leva para alcançar o desfecho do seu atendimento médico, abrangendo o tempo médio de espera de admissão até para o seu desfecho clínico no hospital que pode ser alta, o tempo médio de espera para internação, assim como para transferência de pacientes para outro hospital, conforme o Quadro 5.

Quadro 5 - Indicadores de processo

Indicadores de processo	Fonte
Tempo de espera nas urgências e emergência.	ANS (2012).
Tempo médio de espera para admissão.	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al</i> (2018)
Tempo médio de espera para triagem.	Semes (2009); Armijos e Mondaca (2017); Resolução CFM nº 2.077/74; Política Nacional de Atenção às Urgências (2003); Oliveira <i>et al.</i> (2016); Machado (2005); Núñez <i>et al.</i> (2018)
Tempo médio de espera para consulta médica.	Armijos e Mondaca (2017); Machado (2005); Resolução CFM nº 2.077/74; Núñez <i>et al</i> (2018)
Tempo médio de espera por procedimento de enfermagem.	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al</i> (2018)
Tempo médio de espera relacionado às Atividades de apoio e Diagnóstico (Exames) / tempo de espera na sala de exames	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al</i> (2018)
Tempo médio de espera alta médica.	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al</i> (2018)
Acolhimento com classificação de risco.	ANS (2012); Mendes (2018);

Tempo médio de espera para internação	Núñez <i>et al</i> (2018)
Tempo médio de espera para transferência (interna ou externa)	Núñez <i>et al</i> (2018)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

No Quadro 6 são exibidos os indicadores da dimensão de resultado, ou seja, medem o que de fato foi realizado. Nessa dimensão pode-se observar o tempo médio realizado efetivamente em cada subunidade que compõe os serviços de urgência e emergência, assim como a estratificação de pacientes de acordo com a quantidade e a classificação de risco, os principais motivos de atendimento e as principais doenças, de acordo com a classificação internacional de doença, a quantidade de mortalidade, aspectos relativos à satisfação ou reclamação dos serviços prestados e do desempenho dos profissionais médicos, enfermeiros e técnicos que, em conjunto, fazem parte da prestação dos serviços executados.

Quadro 6 – Indicadores de resultados

Indicadores de Resultado	Fonte
Tempo médio de admissão.	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al</i> (2018)
Tempo médio na triagem - acolhimento com classificação de risco.	Armijos e Mondaca (2017); Semes (2009); Núñez <i>et al</i> (2018)
Tempo médio na consulta médica.	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al</i> (2018)
Tempo médio no procedimento de enfermagem.	Armijos e Mondaca (2017);
Tempo médio nas Atividades de apoio Diagnóstico (exames)	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al</i> (2018)
Tempo médio de espera de resultados das Atividades de apoio e Diagnóstico (Exames).	Armijos e Mondaca (2017)
Tempo médio de permanência total	Política Nacional de Atenção Integral às Urgências (2003); Núñez <i>et al</i> (2018)
Estratificação no acolhimento com classificação de risco / taxa de acolhimento com classificação de risco.	Machado (2005); Mendes (2018)
Quantidade de pacientes atendimento.	Política Nacional de Atenção Integral às Urgências (2003)
Média de pacientes/dias.	Bittar O. (2001); Caldana <i>et al</i> (2011)
Taxa de Pacientes período matutino.	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al</i> (2018)

Taxa de Pacientes período da tarde.	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al</i> (2018)
Taxa de Pacientes período noturno.	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al</i> (2018)
Atendimentos em virtude de uma determinada causa (CID).	Política Nacional de Atenção Integral às Urgências (2003)
Atendimentos segundo área de residência.	Política Nacional de Atenção Integral às Urgências (2003)
Média de permanência por clínica.	CQH (2009)
Índice de exames laboratoriais por consulta.	CQH (2009)
Índice de exames de Diagnóstico por consultas.	CQH (2009)
Porcentagem de pacientes transferidos para outras unidades.	Loan, Nestian e Titã (2012)
Taxa de mortalidade.	Semes (2009); Armijos e Mondaca (2017); Bitar (2001); Gabriel <i>et al.</i> (2011); Rossaneis <i>et al.</i> (2014); Viola <i>et al.</i> (2014); Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014); Loan, Nestian e Titã (2012); Proqualis (2014); Trettene <i>et al.</i> (2020)
Satisfação paciente / clientes.	ANS (2012); Bittar (2001); Gabriel <i>et al.</i> (2011); Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014); Semes (2009); Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al.</i> (2018)
Taxa de reclamação.	Viola <i>et al.</i> (2014); Machline e Pasquini (2011); Semes (2009); Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al.</i> (2018)
Satisfação dos profissionais / funcionários.	Armijos e Mondaca (2017); Schull <i>et al.</i> (2011); Trettene <i>et al.</i> (2020)
Conformidade de padrões de tempos de triagem.	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al.</i> (2018)
Porcentagem de exames concluídos dentro de seu intervalo de tempo atribuído.	Recht <i>et al.</i> (2013).

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

No Quadro 7 são apresentados os indicadores relacionados à Sentinela. Tais dados referem-se aos eventos indesejados transcorridos no decorrer do atendimento, desde erros na hora de identificação do paciente, erros relacionados a medicamentos, pacientes que abandonaram e/ou evadiram o atendimento clínico, até retorno de pacientes em até 72 horas. Esses indicadores refletem diretamente na qualidade do serviço executado.

Quadro 7 - Indicadores de sentinela

Indicadores de Sentinela	Fonte
Eventos adversos mal relacionados na identificação do paciente / taxa de eventos adversos devido às falhas na	Mendes (2018); Armijos e Mondaca (2017); Proqualis (2014); Seiffert <i>et al.</i>

identificação do paciente.	(2020); Sciacovelli <i>et al.</i> (2016); Simundic e Topić (2008)
Taxa de erro de prescrição.	Mendes (2018); Proqualis (2014)
Taxa de erro na administração medicamentos.	Mendes (2018); Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014); Armijos e Mondaca (2017); Proqualis (2014)
Taxa de erro na dispensação de medicamentos.	Mendes (2018); Proqualis (2014)
Porcentagem de erros nos medicamentos.	Armijos e Mondaca (2017); Seiffert <i>et al.</i> (2020); Núñez <i>et al.</i> (2018)
Taxa de eventos adversos a medicamentos.	Proqualis (2014)
Taxa de infecção hospitalar / infecção por serviço.	Mendes (2018); Gabriel <i>et al.</i> (2011); Bitta (2001); CQH (2009); Rossaneis <i>et al.</i> (2014); Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014); Trettene <i>et al.</i> (2020)
Taxa de rejeição ou repetição de exames.	Mendes (2018)
Índice / taxa / Incidência de queda de paciente / acidentes do paciente	Vignochi, Gonçalo e Lezana (2014); Caldana <i>et al.</i> (2011); Gabriel <i>et al.</i> (2011); Rossaneis <i>et al.</i> (2014); Silveira <i>et al.</i> (2015); CQH (2009); Proqualis (2014); Núñez <i>et al.</i> (2018); Trettene <i>et al.</i> (2020); Seiffert <i>et al.</i> (2020)
Taxa de abandono / abandono após a triagem	Núñez <i>et al.</i> (2018)
Retorno não programado em 24 horas	Burström <i>et al.</i> (2012)
Retorno em 72h / Retorno não programado em 72h	Semes(2009); Armijos e Mondaca (2017); Burström <i>et al.</i> (2012)
Permanência superior a 24 horas ao serviço de emergências.	Semes (2009); Armijos e Mondaca (2017)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Os indicadores da dimensão de gestão são exibidos no Quadro 8. Eles têm relação com a administração e com a alocação dos recursos disponíveis. Nessa dimensão, pode-se observar indicadores com foco nos processos que envolvem a atuação dos profissionais, como por exemplo, admissão, desligamento, absenteísmo, acidente de trabalho, doenças profissionais adquiridas no decorrer dos anos e o custo médio do paciente, indicador este extremamente complexo e fundamental na gestão hospitalar.

Quadro 8 - Indicadores de gestão

Indicadores de Gestão	Fonte
Taxa de rotatividade.	Novaes (2017); Machline e Pasquini (2011)
Taxa de absenteísmo / Índice de absenteísmo por categoria profissional.	Novaes (2017); CQH (2009); Mendes (2018); Loan, Nestian e Titã (2012); Vignochi (2014); Machline e Pasquini (2011)

Taxa de admissão.	Novaes (2017)
Taxa de desligamento.	Novaes (2017)
Taxa de acidente de trabalho.	CQH (2009); Machline e Pasquini (2011); Novaes (2017)
Índice de doenças profissionais.	Machline e Pasquini (2011)
Custo médio do paciente.	Armijos e Mondaca (2017).

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Por fim, o Quadro 9 apresenta indicadores relacionados à estrutura hospitalar de maneira geral, como por exemplo, desde a existência de protocolos clínicos, informações prestadas aos pacientes e parentes, até a existência de planos de treinamentos para os profissionais que trabalham nos serviços de urgência e emergência hospitalar.

Quadro 9 – Indicadores de estrutura

Indicadores de Estrutura	Fonte
Existência de um sistema de classificação ou seleção de pacientes (triagem).	Semes (2009); Armijos e Mondaca (2017)
Existência de protocolos clínicos /protocolos unidades	Semes (2009); Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al.</i> (2018)
Existência de protocolos para informações aos pacientes e parentes.	Semes (2009); Armijos e Mondaca (2017)
Monitoramento da manifestação dos pacientes.	ANS (2012)
Existência de planos de treinamentos / taxa de treinamentos	Armijos e Mondaca (2017); Núñez <i>et al.</i> (2018)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Foram identificados, também, indicadores clínicos específicos de assistência médica, como por exemplo, extubação não programada, utilização de cateter venoso, utilização de ventilação mecânica, entre outros, que foram desconsiderados neste trabalho. O objetivo é construir uma base científica de indicadores de desempenho de uma visão em cada uma das subunidades que compõem o PA. E, por conseguinte, analisar indicadores desde a sua entrada, passando pela triagem, consulta médica, atividades de apoio e diagnóstico (exames), enfermagem e seu desfecho, que pode ser alta, internação, ou óbito hospitalar.

Na seção a seguir apresentam-se conceitos de *Dashboard*, os tipos,

características e sua importância dentro do contexto gerencial.

5.3.4 Dashboard

Diariamente, os gestores da área da saúde enfrentam tarefas exigentes e difíceis (MONIZ, 2018). Outrossim, a “maioria dos hospitais enfrentam a necessidade de melhorar seus serviços de qualidade e sua eficiência” (BRÉANT *et al.*, 2020, p. 2). Tal situação exige que os hospitais tenham ferramentas de gerenciamento de desempenho que os auxiliem na gestão, de forma mais eficaz, e nas tomadas de decisão de forma rápida e precisa (GRAZISAEIDI *et al.*, 2015). Nesse contexto, alinhado ao sistema de medição de desempenho, o *Dashboard* pode ser uma das ferramentas empregadas.

A tradução da palavra *Dashboard*, proveniente da língua inglesa, significa painel de dados (FRAGA, 2016). É uma ferramenta de exibição e análise dos dados importantes para a organização. De acordo com Few (2006), os *Dashboards* são exibições visuais de informações mais relevantes da organização, disponibilizadas e apresentadas em uma única tela com foco em alcançar objetivos estipulados. Para os autores Yigitbasioglu e Veleu (2012, p. 44), é “uma interface gráfica de usuário que contém medidas de desempenho de negócios para permitir tomada de decisão gerencial”.

Nessa mesma perspectiva, com ênfase nos indicadores, Costa e Almeida (2020, p. 2) afirmam que os *Dashboards* “são painéis de controle de gestão, que permitem a visualização e monitoramento dos indicadores”. Para o pesquisador Noce (2017, p. 52), “painéis exibem a situação de um determinado momento da empresa, sendo gerados com base em indicadores, permitindo uma visualização rápida, dinâmica e interativa dos pontos mais relevantes”.

Assim, Few (2006) indica alguns pontos importantes sobre o *Dashboard* ou painel de dados, tais como: por meio dele as informações são apresentadas em formato de gráficos, não porque são bonitos, mas porque facilita a compreensão dos dados; as informações mais importantes são apresentadas em uma única tela; o painel possibilita monitorar as informações rapidamente e é uma ótima ferramenta para atingir os objetivos propostos.

A exibição dos painéis dos *Dashboards* pode ser classificada em três tipos: estratégico, analítico e operacional, segundo o pesquisador Few (2006). Já Eckerson

(2009) denomina esses tipos como: estratégico, tático e operacional. O primeiro tipo visa exibir informação de cunho estratégico, ou seja, informações de alto nível, a longo prazo, como por exemplo, informações relacionadas ao futuro da organização, metas traçadas, entre outros. Esse tipo de painel não muda constantemente. Já o segundo tipo disponibiliza informações de nível departamental, que envolvem um contexto maior e mais detalhado. O terceiro e último tipo expõe informações de monitoramento das operações. Tem como característica principal possuir uma natureza dinâmica e imediata, isto é, em constante mudanças (FEW, 2006; ECKERSON, 2009).

O Quadro 10 apresenta um resumo dos três tipos de painéis de desempenho mencionados e suas características principais.

Quadro 10 – Tipos de painéis de desempenho

Tipos de painéis desempenho	Estratégico	Análítico (FEW) Tático Eckerson)	Operacional
Foco	Executar estratégia	Otimizar processo	Operações de controle
Utilizador	Gestão	Análise	Monitoramento
Pessoa	Executivos	Gerentes	Funcionários
Dados	Resumo	Detalhado / resumo	Detalhado
Ciclo de atualização	Mensal/trimestral	Diariamente semanalmente	Todo dia

Adaptado de Eckerson (2009, p. 13).

É importante ressaltar que as organizações podem utilizar um ou vários tipos de *Dashboards*, pois depende dos objetivos e das necessidades específicas de cada instituição. Logo, qualquer um dos tipos de painéis colaboram para aumentar a visibilidade dos dados e integração (ECKERSON, 2011).

Um ponto fundamental é ter a clareza de que os *Dashboards* apenas exibem as principais informações. Nesse sentido, o sucesso dos painéis, dentre outros motivos, é o assertivo conjunto de indicadores de desempenho, pois para a construção dos *Dashboards*, as métricas devem ser capazes de refletir os objetivos principais da organização (BUCHSBAUM, 2012). Portanto, na elaboração e construção do *Dashboard*, os indicadores de desempenho se tornam fundamentais.

6. METODOLOGIA

Neste capítulo são apresentadas as etapas dos procedimentos metodológicos empregados para a execução deste estudo. Inicialmente pela estrutura metodológica empregada. Em seguida, são descritas detalhadamente as doze etapas da pesquisa que compõem todo o percurso metodológico utilizado. Posteriormente, os instrumentos e coleta de dados. E por fim, exibe-se a caracterização do HUM, os métodos sobre a análise de dados e a elaboração do *Dashboard*.

Seguindo a lógica exposta, a metodologia está dividida em: 6.1 Classificação da pesquisa; 6.2 Instrumento e coleta de dados; 6.2.1 Caracterização do HUM; 6.3 Método da análise dos dados e 6.4 Elaboração do *dashboard*.

6.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

As estratégias utilizadas para o desenvolvimento deste estudo foram definidas com base nas taxonomias apresentadas pelos autores Barros (2007), Gil (2010), Otani (2011), Thiollent (2011), Mascarenhas (2012), Bardi (2016) e Lakatos (2017). A Figura 10 ilustra toda a estrutura metodológica utilizada no trabalho.

Figura 11 - Estrutura Metodológica

Natureza	Abordagem	Objetivo	Metodologia	Procedimentos Técnicos	Técnica coletas de	Análise dos dados
Aplicada	Qualitativa	Exploratório	Pesquisa-ação	Bibliométrico; Documental; Estudo de campo.	Documentos oficiais; Leis; Entrevista; Observação; Questionário.	Análise de conteúdo

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

No que concerne ao tipo de abordagem, o estudo é qualitativo, visto que corresponde a um “modo descritivo voltado para compreensão do objeto”, (MASCARENHAS, 2012, p. 46). A partir dessa abordagem, busca-se aprofundar o conhecimento sobre os Indicadores de Desempenho na gestão hospitalar, cuja análise ocorre a partir da percepção dos gestores (conhecimento empírico) junto com o conhecimento teórico para validação do conhecimento científico.

Em relação ao objeto de estudo, trata-se de uma pesquisa exploratória, a qual,

segundo Gil (2010, p. 27), “tem como propósito proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses”. Assim, esse estudo busca explorar a realidade hospitalar por meio de princípios empíricos e interpretá-la junto aos princípios teóricos na busca por melhorias do desempenho hospitalar.

No que tange à finalidade ou à natureza do estudo, ele é de natureza aplicada. Otani (2011, p. 36) afirma que o "objetivo é gerar conhecimento para aplicação prática e dirigida à solução de problemas específicos". Desse modo, é uma pesquisa aplicada, porque tem como objetivo resolver problemas elencados na medição de desempenho nos serviços de urgência e emergência dentro do PA do HUM.

Dentre as várias técnicas existentes de metodologias de pesquisa, foi utilizada, neste estudo, a pesquisa-ação. De acordo com Thiollent (2011, p. 20),

[...] a pesquisa-ação é realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo.

Nesse tipo de pesquisa há um envolvimento entre os pesquisadores e os profissionais, que têm por objetivo comum a troca de saberes com a finalidade de intervir na realidade para modificá-la. Os profissionais conhecem a realidade na qual estão inseridos, fato que pode contribuir com a construção de melhorias do problema identificado. Outrossim, os pesquisadores, por meio do rigor científico, auxiliam na análise e na elaboração das melhorias almejadas (NUNES, 1996).

Para Koerich *et al.* (2009, p. 01), a pesquisa-ação é um tipo de pesquisa

[...] interpretativa que abarca um processo metodológico empírico. Compreende a identificação do problema dentro de um contexto social e/ou institucional, o levantamento de dados relativos ao problema, à análise e significação dos dados levantados pelos participantes, a identificação da necessidade de mudança, o levantamento de possíveis soluções e por fim, a intervenção e/ou ação propriamente dita no sentido de aliar pesquisa e ação, simultaneamente.

Acrescentando a palavra intervenção junto ao termo pesquisa-ação, tem-se como seu objetivo final, além da busca por soluções de necessidades identificadas, propor melhorias por meio de ação transformadora realizada em conjunto com o pesquisador e o profissional do setor. Portanto, este estudo específico busca melhorias na qualidade e eficiência dos serviços prestados na área da saúde, já que

é algo desejado por muitos quando se fala em serviços públicos de saúde.

Essa premissa também é defendida por Barros (2007, p. 92), ao comentar alguns aspectos importantes sobre a estratégica metodológica da pesquisa-ação:

- (i) há uma interação efetiva e ampla entre pesquisador e pesquisados;
- (ii) objeto de estudo é constituído pela situação social e pelos problemas de diferentes naturezas encontradas nessa situação;
- (iii) volta-se para a resolução e/ou esclarecimento da problemática observada.

Nessa perspectiva, a pesquisa-ação é composta por pesquisa ou investigação, ação e participação, que em conjunto compõem a tríade da metodologia científica pesquisa-ação (ANDER-EGG, 1990). O primeiro é um processo sistemático, cíclico, com o objetivo de investigar uma realidade e propor uma ação prática. Já o segundo diz respeito à intervenção ou ação realizada com foco em transformar a realidade. E o terceiro é a participação ativa do pesquisador com o profissional da área pesquisada, com o propósito de mudar o contexto em que estão inseridos.

Lorenzi (2021) apresenta diversos modelos de pesquisa-ação, tais como: pesquisa-ação técnica, pesquisa-ação prática, pesquisa-ação política, pesquisa-ação socialmente crítica, pesquisa-ação emancipatória, pesquisa-ação colaborativa, pesquisa-ação crítica e pesquisa-ação estratégica. Todavia, o estudo proposto se enquadra melhor na definição de pesquisa-ação colaborativa, onde os gestores do hospital do HUM atuaram em parceria com a Universidade Estadual de Maringá (UEM), indo ao encontro da metodologia, onde a “ação transformadora é solicitada pelo grupo de referência à equipe de pesquisadores” (LORENZI, 2021, p. 115). Nesse modelo, o pesquisador tem como papel a mediação entre o contexto e os profissionais do setor envolvidos com o processo de mudança.

Pensando numa visão macro dentro do processo, essa pesquisa pode, também, enquadrar-se como pesquisa-ação emancipatória, pois tem como propósito “visar mudanças ou sanar situações problemas que ultrapassam os limites de dado grupo social” (LORENZI, 2021, p. 114), ou seja, anseia que a sociedade tenha um atendimento digno, humanitário, eficiente e de qualidade na área da saúde pública.

A pesquisa-ação tem nove princípios que norteiam o seu desenvolvimento (LORENZI, 2021). Inicia-se o estudo pelo princípio chamado ato reflexivo. Como a pesquisa-ação é originada a partir das necessidades de grupos sociais, a condução de todas as etapas se dá por meio do ato reflexivo (ação-reflexão-ação), tendo como desafio não focar no problema em si, mas identificar a sua causa e a solução para ele.

Outro princípio está relacionado à objetividade e à clareza. Saber o que, porque e como surge determinado problema são pontos fundamentais na condução da pesquisa-ação. Todo esse processo pode ser representado em forma de uma espiral cíclica, como se pode depreender na Figura 11.

Figura 11 - Ciclo do ato reflexivo



Fonte: Tripp (2005, p. 446).

O processo ação “requer reflexão, que por sua vez, gera uma nova ação, que conseqüentemente, requer reflexão e assim sucessivamente” (LORENZI, 2021, p. 80).

Dinamismo é outro princípio norteador da pesquisa-ação, resultado direto do ato reflexivo realizado na condução da pesquisa. Por ser de caráter cíclico, tem atuação de forma dinâmica com todos os envolvidos no processo.

Teoria e prática é mais um princípio da pesquisa-ação. Esse princípio embasa o propósito amplo que envolve a pesquisa-ação, a qual vai além de simplesmente discorrer sobre um problema identificado. Assim, de acordo com Lorenzi (2021, p. 83), “pesquisa-ação é na verdade uma intervenção social que não se limita apenas em descrever e teorizar um problema social [...] mas em efetivamente resolvê-lo, na condição de prática-teórica que transforma a realidade”.

O próximo princípio é o da publicidade. Ele estabelece que o conhecimento gerado de todo processo de pesquisa-ação, que é formado pela investigação, implementação e avaliação, deve ser divulgado e publicizado, com o intuito de contribuir efetivamente para o conhecimento.

A ética é mais um dos princípios que norteiam a pesquisa-ação, visto que nenhuma ação envolvida na pesquisa, tanto por parte do pesquisador ou do profissional inserido dentro do contexto da investigação, pode gerar danos a outros.

Ademais, a ética deve priorizar a transparência na condução de todas as etapas da pesquisa-ação (LORENZI, 2021).

Um outro princípio vigente é o da prática social e política. A partir dele, as ações desempenhadas durante a pesquisa-ação transcendem o aspecto técnico em relação aos seus objetivos, pois colaboram como um agente importante de transformação social e política, segundo Lorenzi (2021). O conhecimento angariado por meio do estudo reflete de forma prática na realidade social e política.

E, por fim, tem-se o princípio da não neutralidade. A ênfase se dá em uma pesquisa realizada com participação de todos os envolvidos, inseridos no contexto. É importante que “o pesquisador precisa estar atento para não agir de forma unilateral, evitando impor suas convicções ou deixar de ouvir o outro” (LORENZI, 2021, p. 87).

Quanto às fases da pesquisa-ação, de acordo com Thiollent (2011, p. 55), ela é organizada em 12 etapas, contempladas na Figura 12.

Figura 12 – Etapas da pesquisa-ação



Fonte: Thiollent (2011).

Como pode-se observar na Figura 13, o processo de aplicação da metodologia

de pesquisa-ação se inicia pela fase exploratória. Nessa etapa é realizado o primeiro diagnóstico da situação e estabelecidos os objetivos da pesquisa relacionados com o eixo do processo investigativo (THIOLLENT, 2011).

A segunda etapa tem como escopo o tema da pesquisa (THIOLLENT, 2011). É o momento de escolher o campo de conhecimento a ser estudado, de forma simples e objetiva, evitando ambiguidade. É importante que a escolha do tema seja definida em comum acordo, gerando interesse tanto para o pesquisador, como para os sujeitos ativos integrantes da pesquisa. Além do mais, nessa fase é estabelecido um marco referencial teórico específico que norteará o desenvolvimento da pesquisa.

A terceira etapa é a colocação dos problemas, ou seja, é nesse momento que ocorre a problematização referente ao tema escolhido. A partir daí, o problema ganha importância e surge a necessidade de se fazer o seu desmembramento, que pode abranger as seguintes conjecturas: análise e delimitação da situação inicial, delineamento da situação final e a identificação dos problemas a serem solucionados no decorrer da pesquisa, para que possam ser planejados e tornem possível a solução desejada, bem como a execução e a avaliação das ações propostas (THIOLLENT 2011).

O desenvolvimento da teoria é a quarta etapa da pesquisa-ação. Essa etapa deve estar pautada em um quadro de referencial teórico acerca da realidade do estudo proposto. É fundamental atentar para a linguagem empregada no desenvolvimento da pesquisa com os demais integrantes para que todos possam conhecê-la detalhadamente (THIOLLENT, 2011).

A quinta etapa trata das suposições elaboradas como possíveis soluções para o problema da pesquisa. Tais soluções foram elaboradas de forma clara e concisa e têm caráter condutivo no desenvolvimento da pesquisa (THIOLLENT, 2011).

A sexta etapa corresponde ao seminário, momento essencial para promover as discussões e as tomadas de decisões sobre o processo de investigação. As principais atividades que devem ser elaboradas nessa etapa são: definir temas e equacionar os problemas para os quais a pesquisa foi solicitada; listar os problemas que serão tratados juntamente com as hipóteses da pesquisa; coordenar as atividades; elaborar interpretações; buscar soluções e definir ações. Todas essas atividades têm como função a elaboração e a condução das ações, acompanhamento e avaliação de resultados que deverão ser registrados em atas (THIOLLENT, 2011).

O campo de observação, a amostragem e a representatividade qualitativa

compreendem a sétima etapa. Nela é discorrido sobre o tamanho da amostra para o estudo proposto. Contudo, essa etapa da pesquisa-ação é um assunto controvertido, pois existem vários posicionamentos sobre como proceder, que envolvem: (i) a exclusão por amostra; ou (ii) a recomendação do uso de amostragem; ou (iii) a valorização de critérios qualitativos - representação expressiva (THIOLLENT, 2011).

A oitava etapa é a coleta de dados. Como principais técnicas aplicadas para a coleta, tem-se: entrevistas, questionários, diário de campo e observação dos participantes. Todos esses dados coletados são transportados para o seminário a fim de promover discussões e interpretações coletivas (THIOLLENT, 2011).

A nona etapa é a aprendizagem, a qual está associada à capacidade de aprendizagem e ao processo de investigação. É nesse momento que todas as ações realizadas no decorrer da pesquisa produzem conhecimento, pois são compartilhadas entre os participantes durante a realização dos seminários (THIOLLENT, 2011).

Saber formal/saber informal é a décima etapa. Partindo do princípio de que existem diversas formas de saber, na pesquisa-ação o pesquisador é conduzido a descrever a situação ou o problema, buscando explicações e ações para depois compará-los, mostrando as zonas de compatibilidade e incompatibilidade. Quanto maior for a interação entre o saber formal e o informal, melhor será a construção do conhecimento (THIOLLENT, 2011).

A etapa de número décimo primeiro refere-se ao plano de ação. Segundo Thiollent (2011), o plano de ação trata-se de um conjunto de definição dos atores ou unidades de intervenção, possibilitando relação entre os atores, ações de liderança, objetivos e continuidade da ação, além de levantar questões sobre como assegurar a participação dos atores, como incorporar as sugestões e como controlar e avaliar os resultados.

A última etapa é a divulgação externa. Nela é realizada a divulgação dos resultados com os participantes da pesquisa e também realizada uma disseminação em periódicos, eventos, congressos entre outros (THIOLLENT, 2011).

6.2 INSTRUMENTOS E COLETA DE DADOS

Quanto aos procedimentos técnicos de coleta de dados, foram utilizadas a bibliometria, a documental e a de campo. No estudo bibliométrico, optou-se pela utilização da base de dados *Web of Science* para a coleta de dados e os *softwares*

“*Bibliometrix*” e “*StudioR*” para a análise dos dados. O processo de identificação e triagem na base científica segue o modelo do diagrama do estudo bibliométrico. Contudo, para delimitar o estudo proposto, foi realizado um corte com apenas indicadores nos serviços de urgência e emergência.

Para a compilação de uma lista de indicadores relativos à problemática abordada, foi realizada uma análise e revisão da literatura, a fim de identificar os principais indicadores de desempenho nos serviços de urgência e emergência. A base de dados empregada foi a *Web of Science*, 2000 a 2020, acesso aberto. Nenhuma restrição de idioma foi aplicada. A seguir são explicitadas as três estratégias utilizadas.

(i) O processo de identificação de possíveis artigos científicos ocorreu da seguinte maneira: No primeiro momento foi realizada uma busca utilizando palavras em inglês, como “*hospital management*” and “*indicator performance*” and “*urgency*” and “*emergency*”, and “*emergency service*” and “*unit emergency service*”. Desse modo, foram localizados 203 artigos. No segundo momento, foram realizadas novas pesquisas sobre cada uma das subunidades que compõem o PA, utilizando palavras em inglês: a) *hospital reception*; b) *risk rating*; c) *medical appointment*; d) *laboratory tests*; e) *imaging exams* e) *nursing*. Foram encontrados 344 trabalhos. Acrescidas a elas, usou-se os seguintes materiais: ANS (2012), Semes (2009), CQH (2009), Mendes (2018), Armojis e Mondaca (2017) e Proqualis (2014).

(ii) O processo de triagem ocorreu da seguinte maneira: foram realizadas leituras dos títulos e do resumo a fim de identificar possíveis indicadores apresentados. Nesse momento, os artigos que não iam ao encontro do objetivo do estudo foram descartados, totalizam 493 artigos.

(iii) Após a triagem, ocorreu análise dos artigos selecionados, abrangendo os seguintes procedimentos: a) identificar possíveis indicadores relacionados aos serviços de urgência e emergência; b) excluir os indicadores duplicados, ou seja, com o mesmo nome; c) categorizá-los de acordo com suas dimensões e características. No total foram utilizados 29 documentos científicos.

Após análise do material selecionado, foram identificadas 60 variáveis de possíveis indicadores de desempenho relacionados à gestão hospitalar, que podem ser aplicados aos serviços de urgência e emergência, subdivididos em cinco dimensões: (i) Processo; (ii) Resultado; (iii) Sentinela; (iv) Gestão e (v) Estrutura.

A fonte documental, segundo Gil (2010, p. 31), refere-se a “quando o material consultado é interno à organização”. Dentre os mais utilizados na pesquisa

documental, estão “documentos institucionais, mantidos em arquivos de empresas, órgãos públicos e outras organizações”. Também são utilizados documentos externos, como por exemplo, leis para o embasamento teórico.

Os documentos que foram analisados são: (i) Relatórios de prontuários de pacientes elaborados pela gestão hospitalar - utilizados para analisar o fluxo e a quantidade de pacientes que o PA recebe diariamente; (ii) Documentos da gestão da qualidade - utilizados com a finalidade de identificar possíveis indicadores atrelados ao PA; (iii) Leis - analisadas para orientação sobre possíveis indicadores e também com o intuito de listar alguns indicadores para o PA; (iv) Portal da transparência do hospital; - acessados para obtenção de dados estatísticos e informações complementares sobre o hospital; e (v) Mapa estratégico do hospital – empregado para o alinhamento dos indicadores elaborados com as ações.

O caminho metodológico com relação à coleta de dados desta pesquisa ocorreu de duas maneiras: (i) observação direta intensiva e (ii) avaliação em escala por meio de um questionário. Para a construção dos indicadores de desempenho na gestão hospitalar, na etapa (i), da pesquisa de campo, utilizou-se como instrumento de coleta a observação direta intensiva, por meio de duas técnicas: observação e entrevista (MICHEL, 2015, p. 83-90).

A pesquisa de campo, de acordo com Lakatos (2017, p. 203), “é utilizada com objetivo de obter informações e/ou conhecimento sobre um problema, para o qual se procura uma resposta”. Nessa perspectiva, a pesquisa de campo é importante para que o pesquisador possa estar mais inserido no contexto analisado com o propósito de colher mais informações.

Com relação às técnicas aplicadas, a "observação é uma técnica de coleta de dados para conseguir informações que utilizam os sentidos na obtenção de determinados aspectos da realidade” (LAKATOS, 2017, p. 208). Esse estudo tem como característica a observação não participante, “onde o pesquisador toma contato com a comunidade ou realidade de estudo, mas não se integra a ela: permanece de fora” (LAKATOS, 2017, p. 211).

A entrevista tem por objetivo a obtenção de informações sobre determinado assunto acerca dos entrevistados. De acordo com Lakatos (2017, p. 213), “é o encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas, mediante conversação, obtenha informações a respeito de determinado assunto”. Em relação aos tipos de entrevista, o estudo tem como característica entrevistas semiestruturadas, ou seja,

segue um roteiro de questões pré-estabelecidas, contudo, o entrevistador tem uma liberdade maior na condução e realização da entrevista, de acordo com o *feedback* dos entrevistados.

A entrevista foi realizada no PA, de forma espontânea e aleatória, ou seja, a pessoa que estivesse no setor no momento da coleta foi entrevistada. Nesta etapa do estudo de campo (i) o critério de amostragem adotado foi por representatividade, isto é, buscou-se conversar com um número menor de pessoas, mas que puderam representar e expressar a situação atual do setor. Essa forma de entrevista foi escolhida em virtude da demanda excessiva que o PA recebe diariamente, característica marcante do setor, o que dificulta que os profissionais da linha de frente possam parar por alguns minutos para colaborar com o estudo. No momento da entrevista foi lido o termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice E), onde a participação é totalmente voluntária, e o colaborador podia recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarretasse qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa.

O instrumento utilizado para as entrevistas foi um roteiro composto por três questões norteadoras, desenvolvidas nas reuniões com os gestores do hospital. Os questionamentos seguiram as seguintes premissas:

a) Os funcionários foram questionados sobre o fluxo de atividades desenvolvidas com objetivo de compreender como funciona o setor e verificar se os mesmo tem um domínio das atividades desenvolvidas;

b) Os funcionários foram questionados sobre a existência de indicadores de desempenho com o objetivo de identificar possíveis indicadores para a construção dos indicadores para compor o painel;

c) E, por fim, os funcionários foram questionados sobre possíveis melhorias no local de trabalho com o objetivo de contribuir para um desempenho maior no PA.

A coleta de dados da pesquisa de campo (i) ocorreu entre os dias 08 de dezembro de 2021 a 13 de dezembro de 2021 e no total foram entrevistados 15 profissionais: médicos, enfermeiros e técnicos do PA-HUM, gerando um total de 24 horas desenvolvidas no pronto atendimento. No decorrer da conversa as informações mais relevantes foram sendo transcritas para posteriormente realizar análise. A maior parte da conversa com esses profissionais ocorreu no corredor central, com exceção dos diálogos com os técnicos, realizados em uma sala considerada como copa dos funcionários. Em decorrência do fluxo de pessoas próximas, foram anotadas as

informações mais relevantes, descartando o uso de aparelhos para gravar os diálogos.

Para a avaliação dos indicadores de desempenho, etapa (ii) da pesquisa em campo, foi utilizado um instrumento de avaliação em escala, composto por um questionário estruturado (Apêndice H) com indicadores de desempenho, onde os participantes da pesquisa utilizaram uma escala de relevância tipo Likert, formado por 5 pontos, conforme demonstrado na Figura 13.

Figura 13 – Escala de concordância

Muito baixa ()	Baixa ()	Média ()	Alta ()	Muito Alta ()
--------------------	--------------	--------------	-------------	-------------------

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Para o autor Gil (2011, p. 143), esse método é direcionado para que o entrevistado manifeste “[...] opinião ou atitude acerca do problema a ser estudado”. Nesse sentido, o estudo proposto tem por finalidade avaliar o grau de relevância que os gestores e profissionais do PA demonstram sobre os indicadores elaborados.

Nessa etapa foi utilizado como critério a amostragem quantitativa para a coleta de dados. Para cálculo amostral, foi levado em consideração a fórmula de Bolfarine e Bussab (2005), onde considerou-se: o tamanho da população (quantidade de funcionários no PA), representados pela letra N, a proporção da avaliação positiva em relação aos indicadores (p), a margem de erro (E=0,15) e o nível de confiança (Z=1,96).

$$n = \frac{N\rho(1-\rho)z^2}{\rho(1-\rho)z^2 + (N-1)E^2}$$

Para a realização desse cálculo, foi utilizado um aplicativo *online* chamado *QuestionPro*, onde foram inseridos o nível de confiança, margem de erro e população, e, a partir desses dados, foi feito o cálculo da amostra ideal. Assim, o tamanho da população (N=208) correspondeu ao número médio de funcionários que trabalham direta e indiretamente no PA (HUM, 2022). Como inexistia informação prévia sobre os

indicadores do PA, utilizou-se a margem de erro de 15% e o nível de confiança de 95%. Dessa forma, o tamanho da amostra foi de 36.

O questionário foi dividido em três partes:

- (i) Características dos respondentes;
- (ii) O grau de relevância dos indicadores, se os mesmos devem ou não ser selecionados, caso a resposta seja negativo o motivo;
- (iii) E os 10 indicadores de desempenho mais relevantes.

O público alvo do instrumento de avaliação em escala foi formado pelos funcionários que trabalham no pronto atendimento (médicos, enfermeiros, técnicos) e os gestores do hospital HUM, composto por oito diretorias: Diretoria Administrativa, Orçamento e Finanças, Enfermagem, Médica, Boas práticas da qualidade, Ensino, pesquisa e Extensão, Farmácia e Hemocentro. A coleta de dados ocorreu entre os dias 11 de junho de 2022 a 20 de junho de 2022, por meio de um questionário impresso (Apêndice H).

De forma resumida, a Figura 14 ilustra toda a estrutura da coleta de dados para o desenvolvimento desta pesquisa.

Figura 14 - Estrutura da coleta de dados.



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

6.2.1 Caracterização do HUM

O Hospital Universitário Regional de Maringá (HUM), objeto deste estudo, está localizado na cidade de Maringá, no estado do Paraná. A organização da Saúde no Paraná é dividida em quatro macrorregionais, que por sua vez são divididas em 22 regionais, e, segundo a Secretaria de Saúde do Paraná (SESA) (2022), o HUM faz

parte da macrorregional noroeste e da 15^o regional.

De acordo com o Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES, 2022), o HUM é um hospital de ensino, de natureza geral. Tem gestão dupla, estadual e municipal, é de grande porte, ou seja, possui 173 leitos⁵ direcionados a atendimentos de demanda espontânea e referenciada.

Dentre os diversos tipos de serviços ofertados à comunidade, o HUM oferta os serviços de urgência e emergência, classificados no pronto atendimento. Assim, ele é um hospital formado por uma Rede de Urgência e Emergência, com um Pronto Atendimento que funciona 24 horas por dia, nos sete dias da semana (HUM, 2022). Ele é considerado um hospital de “porta aberta”, expressão utilizada para definir locais que prestam atendimentos clínicos a pacientes desde os casos considerados simples até os mais complexos. A Figura 15 apresenta alguns dos tipos de atendimentos realizados no pronto atendimento.

Figura 15 - Tipos de atendimentos no PA

ORTOPÉDICOS
Traumas em geral, com porta referenciada para SIATE e SAMU e da grade de referência.
BUCOMAXILO-FACIAL
Traumas de face na urgência e emergência.
CENTRO DE CONTROLE DE INTOXICAÇÕES (CCI)
Intoxicações, acidentes com animais peçonhentos porta referenciada para SIATE E SAMU.
GESTÃO DE ALTO RISCO
Acompanhamento das Unidades Básicas de Saúde Mandacaru, Vila Esperança, Iguatemi, Ney Braga e Maringá Velho.
GINECOLOGIA
Violência sexual, gestação de alto risco, intercorrências gestacionais de pacientes da grade de referência.
CIRÚRGICOS:
Lesões por arma de fogo e/ou branca, traumas em geral, SIATE e SAMU, queimaduras de 1 ^o e 2 ^o graus.

Fonte: HUM (2022).

Em relação à demanda que o PA recebeu nos últimos três anos, de 2019 a 2021, conforme é possível observar na Tabela 2, foram atendidos um total de 157.296 pacientes. Esse setor abarca os serviços de urgência e emergência hospitalar,

⁵ Divididos entre as clínicas médicas de especialidades cirúrgicas, clínico geral, obstetra, pediatria e complementares.

configurando-se como um número bem expressivo de atendimentos realizados apenas neste hospital (HUM, 2021). Por meio da Tabela 2 também é possível verificar a quantidade de atendimentos do setor em cada um dos três anos analisados: 2019, 2020 e 2021.

Tabela 2 – Quantidade de atendimentos no PA

Ano	Quantidade de atendimento
2019	66814
2020	59417
2021 ⁶	31065
Total:	157.296

Fonte: HUM (2021).

6.3 MÉTODO DA ANÁLISE DOS DADOS

Para analisar os dados coletados na etapa (i) da pesquisa de campo, correspondente à observação, foi transcrito o que se observou e elaborado um relatório final (Apêndice F). Já em relação às entrevistas, as ideias principais das respostas dadas pelos entrevistados foram anotadas e depois organizadas para a obtenção da conclusão geral.

Para analisar os dados coletados na etapa (ii) da pesquisa de campo, na qual foi aplicado um instrumento de avaliação em escala, composto por um questionário estruturado com indicadores de desempenho, foi utilizado um formulário eletrônico do *Google Forms*, disponibilizado aos profissionais do PA de maneira impressa. As respostas fornecidas por meio dos questionários impressos foram transcritas para o formulário eletrônico com o objetivo de analisar os dados coletados.

Antes da aplicação do questionário foi feita a sua validação, ocorrida após a conclusão da etapa (i) da pesquisa de campo. O questionário foi elaborado alinhado ao referencial teórico e sua validação foi realizada por especialistas da área, com o objetivo de analisar os indicadores abordados e as possíveis falhas de interpretação,

⁶ Dados coletados até junho/2021.

para dessa forma aferir se esse instrumento seria compatível com a coleta de dados visando atingir os objetivos propostos. Ao total, cinco especialistas da área da saúde fizeram uma leitura minuciosa do questionário (Apêndice G). A validação do questionário ocorreu por meio de ferramentas de comunicação, como o *whatsapp* e o e-mail. A escolha dos especialistas se deu por meio da indicação de profissionais da área da saúde e de conhecidos próximos da pesquisadora e do orientador.

Após a validação, resultou-se em 52 indicadores, distribuídos em cinco dimensões. Houve a exclusão de alguns indicadores, por gerarem ambiguidade e valores que poderiam ser analisados de forma oposta, como por exemplo: o nível de reclamação dos pacientes foi um indicador excluído, pois esse dado, teoricamente, poderia ser levantado quando analisado pelo nível de satisfação dos pacientes, o que estaria gerando uma ambiguidade.

Para a análise dos dados, utilizou-se o autor Bardin (2011) como fonte. A análise do conteúdo foi definida a priori, durante e a posteriori, conforme o avanço das etapas do estudo proposto por meio da pesquisa-ação e da coleta dos dados, conforme o Quadro 11.

Quadro 11 - Análise dos dados

Domínio	Momento	Tipo
Domínio conceitual Definição do tema Definição dos objetivos propostos Referencial teórico	A priori e durante	Estudo documental e bibliométrico
Domínio metodológico Definição do método de pesquisa: Pesquisa-ação Unidade de análise: Pronto atendimento do hospital Coleta de dados: Entrevista semiestruturada e aplicação do questionário estruturado com respostas fechadas Análise de dados: análise de conteúdo	A priori durante e a posteriori	Pesquisa de campo (i) e (ii)
Domínio de resultados: Análise dos dados Discussão dos resultados Considerações finais	Posteriori	Atrrelamento da literatura com os resultados obtido pela prática

Elaborado pela autora (2022).

Para a avaliação dos indicadores, utilizou-se como instrumento um

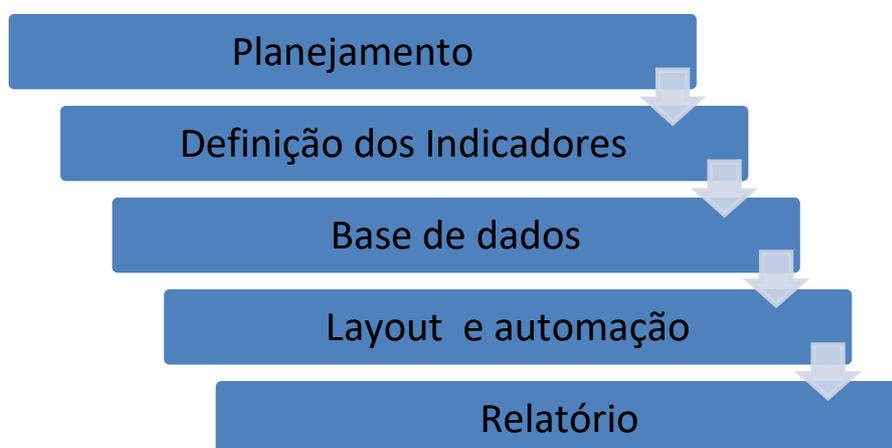
questionário com questões fechadas. Os questionários foram impressos e repassados aos profissionais que trabalham no PA e aos gestores do hospital que se propuseram a colaborar com o estudo. Após a coleta dos questionários respondidos, os dados obtidos foram transferidos para o formulário eletrônico para análise e tabulação dos mesmos.

Para a elaboração do plano de ação, foi utilizada a ferramenta de gestão 5W2H. De acordo com Marcos (2015, p. 46), essa ferramenta consiste em um “plano de ação organizado e simples, que encaminha a solução dos problemas, ordenando de forma prática a tomada de ações, identificando os principais elementos a serem abordados”. A nomenclatura 5W2H é oriunda dos Estados Unidos, e na língua inglesa significa: *What* (O quê?), *Why* (Por que?), *Who* (Quem?), *Where* (Onde?), *When* (Quando?), *How* (Como?) e *How much* (Quanto custa?).

6.4 ELABORAÇÃO DO DASHBOARD

Para a construção do *Dashboard* (painel de dados), foi utilizada como ferramenta a planilha eletrônica *Excel*, paga. O processo de elaboração do *Dashboard* foi realizado exclusivamente após análise dos principais indicadores por meio do grau de relevância aplicados na pesquisa de campo (ii). A Figura 16 apresenta a sequência realizada para a criação do *Dashboard*.

Figura 16 – Etapas da criação do *Dashboard*.



Elaborada pela autora (2021).

Pode-se observar na Figura 16 que a primeira etapa na construção do painel

de dados foi o planejamento. Nessa etapa é possível verificar a ferramenta utilizada e demais componentes: indicadores, base de dados, *layout*, automação e relatórios para a realização do objetivo proposto. Dessa forma, para a realização do *Dashboard*, optou-se pela ferramenta eletrônica chamada *Excel* da *Microsoft*, ferramenta que a pesquisadora tem mais afinidade.

A segunda etapa consistiu na definição dos indicadores mais importantes utilizados para gestão hospitalar. Esses indicadores são fruto do resultado da pesquisa de campo (ii). Alinhadas aos indicadores, foram desenvolvidas as métricas, ou seja, as fórmulas para obter os resultados. Tais informações estão organizadas no Apêndice J - Ficha Técnica dos Indicadores de Desempenho, obtidas por meio deste estudo.

Na terceira etapa ocorreu a elaboração da base de dados, após a definição dos indicadores e das suas fórmulas. Em virtude do pouco tempo para a concretização deste estudo, optou-se por gerar valores fictícios para elaboração do painel. O arquivo foi dividido em seis planilhas: uma para a base de dados, três para os respectivos indicadores, uma para o painel e outra para o relatório.

A quarta etapa compreendeu a definição do *layout* e das cores a serem utilizadas. Optou-se pelas cores preta, verde e branca, seguindo a logomarca do hospital. Após essa etapa, verificou-se alguns botões de automação para a visualização do painel.

Concluindo a elaboração do *Dashboard*, na última etapa foi adicionado um modelo de relatório tipo “boletim informativo” a partir dos dados gerados no painel.

7. RESULTADOS

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos durante a pesquisa. Inicia-se discorrendo sobre os resultados em cada uma das etapas da pesquisa-ação, metodologia utilizada no estudo proposto. Em seguida, são apresentados os resultados na construção dos indicadores de desempenho na gestão hospitalar, etapa (i) da pesquisa em campo, em que foi utilizado como instrumento de coleta a observação direta intensiva, por meio de duas técnicas: observação e entrevista. Na sequência, são expostos os resultados obtidos na validação e avaliação dos indicadores de desempenho para gestão hospitalar, por meio de um instrumento utilizado como avaliação de escala, composto por um questionário estruturado com indicadores de desempenho, onde os participantes da pesquisa utilizaram uma escala de relevância tipo Likert, etapa (ii) da pesquisa em campo. Por fim, é feita a elaboração do *Dashboard* por meio dos indicadores mais selecionados.

7.1 ETAPAS DA PESQUISA-AÇÃO

O trabalho iniciou-se com uma reunião no dia 18/06/2021, entre a gestão hospitalar - equipe formada pelo diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão e a equipe de Educação Permanente de Enfermeira da Secretaria da Saúde do Paraná, a pesquisadora e o seu orientador, para definir o setor que seria objeto do estudo, a qual foi realizada nas dependências do hospital HUM, no bloco administrativo. Nessa reunião ficou definido como objeto de estudo o PA. Após o encontro, orientador e orientanda fizeram uma visita ao PA do hospital, iniciando a fase exploratória, primeira etapa da pesquisa-ação e, conseqüentemente, a pesquisa de campo.

A delimitação do tema e apresentação dos problemas elencados foi discutida na reunião seguinte, configurando-se como segunda e terceira etapa da pesquisa-ação. Na ocasião, definiu-se que, dentre as diversas áreas que compõem o PA, o estudo seria realizado na parte clínica do PA, onde são atendidos pacientes com diversos níveis de enfermidades, desde os casos mais simples até os mais complexos. Tal área é chamada de “porta aberta”. Identificou-se como problema, passível de aprimoramento, a falta de controle da aferição de desempenho, visto que não existe nenhum tipo de indicador específico analisado sobre esse aspecto. Ainda, na reunião, dialogou-se acerca da importância da elaboração de indicadores para o hospital e da busca pelo desenvolvimento de uma cultura organizacional por meio da

medição de desempenho.

Paralelamente e em conjunto, foi elaborado um estudo documental e bibliométrico, sendo enquadrado como a quarta etapa da pesquisa-ação. O estudo documental desenvolveu-se a partir do acesso a documentos internos, tais como: relatórios de prontuários de pacientes, elaborados pela gestão hospitalar, gestão da qualidade em saúde, além de organograma e atividades desenvolvidas no setor objeto de estudo. Esses documentos foram alinhados e complementados no decorrer da pesquisa-ação em campo, etapa número oito - coleta de dados, com as entrevistas e as observações feitas pela pesquisadora no PA e com as informações disponibilizadas no site do hospital.

Já em relação ao estudo bibliométrico, optou-se pela utilização da base de dados *Web of Science* para a coleta de dados e os softwares “*Bibliometrix*” e “*StudioR*” para a análise dos dados. Com foco nos serviços de urgência e emergência, foram utilizados 29 documentos científicos além da legislação para a identificação dos indicadores e para a elaboração do estudo bibliométrico.

Uma nova reunião foi feita nas dependências do hospital HUM no dia 23/08/2021, no bloco administrativo, com o objetivo de aprofundar os estudos acerca do setor a ser analisado. Foi definido, também, alinhado com a teoria, alguns indicadores de desempenho que nortearam o desenvolvimento da análise no estudo no PA, como por exemplo, o tempo de permanência (espera e de realização), a capacidade e demanda, a eficiência e a questão da efetividade (taxa de retorno) para o hospital.

Alinhado à teoria, foi realizado um novo encontro - seminário com o objetivo de aprofundar o estudo proposto e de verificar possíveis soluções, configurando-se como a quinta e a sexta etapa da pesquisa-ação. O seminário aconteceu por meio de uma reunião que possibilitou a troca de conhecimentos entre pesquisadora e funcionários do setor analisado. Surgiu como possível solução, a fim de melhorar a gestão hospitalar, e, conseqüentemente, a qualidade dos serviços executados, a construção dos principais indicadores de desempenho para o pronto atendimento. No encontro, realizou-se a apresentação do estudo, exibindo dados levantados, o que levou ao alinhamento da condução da metodologia adotada para a pesquisa. Alguns problemas que não foram levantados nas reuniões anteriores foram identificados na ocasião, como por exemplo, o controle da “alta” dos pacientes, para a qual é necessário realizar três procedimentos: 1 – alta médica; 2 – alta administrativa na recepção; e 3 – alta no

sistema. Outros problemas apontados foram: a falta de procedimentos mais claros sobre como agir e como conduzir as informações aos pacientes dentro do PA; o espaço pequeno para atendimentos diante da grande demanda; o fato de que grande parte dos atendimentos hoje realizados no PA poderiam ser feitos nas UPAs, o que diminuiria a sobrecarga do sistema do HUM. Por fim, foi reforçada a relevância de se desenvolver um controle de medição de desempenho por meio de indicadores, o que seria uma das possíveis soluções para a melhoria do PA e aprimoraria o posicionamento estratégico da organização.

A elaboração da sétima etapa da pesquisa-ação de campo, envolvendo observação (amostragem), aconteceu de duas formas. Para a etapa (i) da pesquisa de campo foi utilizada a amostragem por representatividade. Justifica-se esse tipo de amostragem devido à demanda excessiva que o setor possui. No total foram entrevistadas 15 pessoas. A avaliação dos indicadores foi feita por amostragem, etapa (ii) da pesquisa em campo. No total foram respondidos 36 questionários entre técnicos, enfermeiros e médicos no PA. Essa amostra foi maior que a primeira devido à natureza do instrumento empregado, pois na segunda etapa utilizou-se um instrumento de coleta simples, aplicado por meio de questões fechadas de múltiplas escolhas, o que agilizou a coleta e permitiu que mais pessoas pudessem contribuir com o estudo proposto. A segunda etapa também contou com o pessoal da gestão administrativa que colaborou com o estudo e o aumento da amostra respondida.

A condução da oitava etapa da pesquisa-ação foi a realização da coleta de dados, ramificada em duas técnicas: observação e entrevista, visando a construção dos indicadores de desempenho na gestão hospitalar, etapa (i) da pesquisa em campo.

7.2 DADOS DA PESQUISA EM CAMPO (I):

No que concerne à observação, alguns pontos merecem destaque e necessitam de melhorias:

O primeiro refere-se à superlotação do PA do HUM, nítida pela quantidade de camas com pacientes que ficam no corredor central do HUM. Dessa forma, percebe-se que o setor atende mais pacientes do que a sua capacidade suporta. Diante da superlotação, surgiram duas reflexões: primeiro na percepção do paciente - como um paciente poderia ter um tratamento de qualidade diante da situação de superlotação

do PA? Fator que leva esse paciente a receber os primeiros cuidados no corredor central ao invés do ambiente adequado para atendimento de saúde. Em seguida, na percepção do profissional da saúde – como ele poderia oferecer um atendimento de qualidade diante daquela situação? Isso, pois, deve ser frustrante saber que acolhimento e tratamento poderiam ser melhorados, contudo, a alta demanda não permite que isso aconteça. Por fim, refletir sobre até quando o hospital conseguiria funcionar daquela maneira?

A situação da recepção do PA também merece destaque. A estrutura, *layout* e os mobiliários da recepção deixam a desejar e nos remetem a algo feito no improviso, mas que perdura até os dias atuais. Essa percepção fica mais nítida quando comparada a recepção do PA com outras recepções que o hospital possui, como a recepção do setor de imagenologia, na qual é possível verificar um planejamento envolto dessa recepção.

A sinalização do PA também necessita ser melhorada, pois não é clara e nem objetiva, gerando dúvidas nos pacientes e atrapalhando a movimentação no local. Ademais, não foi identificado nenhum elemento no PA que remete à identidade do hospital, como por exemplo, missão, visão, valores e objetivos do hospital. Elementos importantes tanto para os profissionais que ali trabalham, quanto para os pacientes.

Outro ponto de destaque está relacionado aos profissionais que trabalham no PA. Não são todos, porém, há profissionais que na abordagem realizada para a realização da pesquisa, demonstram um grande descontentamento com o local, associado à jornada de trabalho excedente, aos baixos salários e a falta de perspectivas de melhorias.

A falta de profissionais de segurança também é outro quesito que merece ser considerado. Como o local funciona 24 horas por dia, nos 7 dias da semana, e recebe gente de todo lugar, é fundamental que os profissionais possam se sentir protegidos no seu local de trabalho, entretanto, durante a realização da pesquisa, ficou claro que isso não existe. Ademais, sobre as sugestões de melhorias no PA, foram organizadas no Apêndice F - Diário de campo (I) as listas sugeridas pelos profissionais entrevistados que trabalham nos seus respectivos setores.

Foram realizadas 15 entrevistas entre médicos, enfermeiros e técnicos que trabalham no PA do HUM. A partir dessas entrevistas, foi possível perceber que, no que diz respeito ao fluxo das atividades desenvolvidas, todos compreendem e aplicam seus conhecimentos no decorrer das atividades realizadas.

Em relação à identificação de possíveis indicadores, foi possível perceber que grande parte das pessoas não entendem o que eles significam. Algumas pessoas comentam que existem alguns tipos de controles realizados, como, por exemplo, sobre a quantidade de atendimentos por dia. Na semana da pesquisa em campo (i), foi possível identificar na prática alguns indicadores de desempenho no decorrer das atividades. Houve pacientes que se evadiram, que deram entrada no hospital sem vida, erros na identificação de pacientes, quantidade de pacientes, período de maior fluxo, contudo, são fatores variáveis, pois mudam constantemente. Os demais indicadores estão listados no diário de campo no Apêndice F.

Após as observações e as entrevistas realizadas no PA, foi feita uma análise geral para transformar todo conteúdo em aprendizagem, nona etapa da pesquisa-ação. Realizada essa análise, foi elaborado um questionário sobre os indicadores de desempenho por meio da pesquisa de campo, alinhado com o referencial teórico. Após o levantamento de indicadores possíveis de serem aplicados no PA, desenvolveu-se um questionário, validado por cinco especialistas (Apêndice G). O questionário foi encaminhado através dos meios de comunicação *e-mail* e *WhatsApp* para que os profissionais da área pudessem fazer uma análise crítica do mesmo, com o objetivo de analisar os indicadores e possíveis erros na interpretação. A escolha do especialista se deu por meio da indicação de profissionais da área da saúde e profissionais conhecidos pela pesquisadora e orientador.

Após a validação, foi realizada a aplicação do questionário. Ao total foram coletados 36 questionários entre os dias 11 de junho de 2022 a 20 de junho de 2022. A seguir, são apresentados os resultados sobre os dados obtidos no questionário aplicado, configurando a pesquisa em campo (ii) e concretizando os saberes da décima etapa da pesquisa-ação.

7.3 DADOS DA PESQUISA EM CAMPO (II)

Para a avaliação dos indicadores de desempenho, na etapa (ii) da pesquisa em campo foi utilizado um instrumento de avaliação em escala, composto por um questionário estruturado com indicadores de desempenho, onde os participantes da pesquisa utilizam uma escala de relevância tipo *Likert*, formada por cinco pontos.

Em relação à primeira parte do questionário (i), sobre o perfil dos respondentes, 58,3% foram respondidos por pessoas do sexo masculino e 41,7% do sexo feminino.

Já na função que desempenham no PA, as três categorias que mais responderam o questionário foram os técnicos administrativos, com 44,4%, seguidos de enfermeiros/técnicos com 27,8% e 8,3% de agentes de segurança. Os demais foram médicos, administrador, motorista, técnicos de laboratórios, farmacêuticos e residentes.

No que concerne ao nível de escolaridade dos profissionais que colaboraram com o estudo, 41,7% possuem pós-graduação, seguidos de 30,6% com ensino superior, 19,4% com ensino médio e 8,3% com ensino técnico.

A Tabela 3 apresenta a quantidade de tempo que os profissionais trabalham no hospital. É possível perceber que 50% dos profissionais têm entre 1 a 10 anos, seguidos dos profissionais que têm entre 21 anos a 30 anos, o que representa 22,22% e os profissionais que atuam no hospital entre 11 a 20 anos, correspondentes a 13,88%. É possível verificar, também, que apenas um profissional tem mais de 40 anos de casa.

Tabela 3 – Tempo que trabalha no hospital

Quantidade	%
1 ano à 10 anos	50 %
11 anos à 20 anos	13,88 %
21 anos à 30 anos	22,22 %
31 anos à 40 anos	11,11 %
Acima de 40 anos	2,79 %

Elaborada pela autora (2022).

Em relação ao vínculo de trabalho que o profissional possui no hospital, 88,9% são servidores públicos, seguidos de 5,6% que ocupam cargos de confiança e credenciados. E, por fim, sobre a função que desempenham, 83,3% dos respondentes são de função operacional e 16,7% de estratégica.

No que tange à segunda parte do questionário sobre o grau de relevância dos indicadores selecionados, a Tabela 4 apresenta as notas relativas aos indicadores da dimensão de processo. Os três indicadores de maior relevância na dimensão do processo foram: o indicador P.5 – tempo médio de espera, relacionado à realização dos exames após a consulta, 33,3% de muito alta relevância; o indicador P.2 – tempo

médio de espera para triagem, com 52,8% de relevância alta e o indicador P.8 – tempo médio de espera para internação com 33,3% de média relevância.

Tabela 4 – Grau de relevância dos indicadores na dimensão processo

Código do Indicador	Grau de relevância				
	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
P.1	2,8%	5,6%	16,7%	41,7%	33,2%
P.2	-	8,3%	8,3%	52,8%	30,6%
P.3	-	-	30,6%	38,8%	30,6%
P.4	-	-	36,1%	38,9%	25%
P.5	2,8%	8,4%	30,5%	25%	33,3%
P.6	2,8%	5,6%	25%	38,9%	27,7%
P.7	2,8%	16,7%	30,5%	19,5%	30,5%
P.8	2,8%	2,8%	33,3%	33,3%	27,8%
P.9	2,8%	11,1%	22,2%	44,5%	19,4%
P.10	2,8%	8,4%	19,3%	44,5%	25%

Elaborada pela autora (2022).

Nessa mesma dimensão, a média foi de 90,10% para que estes indicadores sejam selecionados, ou seja, colocados no controle, e 9,99% para não. O percentual de cada indicador pode ser consultado no Apêndice I. E, por fim, sobre os principais motivos dos indicadores não serem selecionados, temos: muita demora na implantação, sem dados no registro, depende de outros serviços.

Já a Tabela 5 apresenta os dados relativos aos indicadores da dimensão de resultados. Os três indicadores de maior relevância na dimensão resultados foram: R.29 – tempo de atendimento em conformidade com os padrões de tempo na classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), com 41,6% de muita alta relevância, seguido do indicador R.12 – tempo médio no processo de triagem, com 47,2% de alta relevância e R. 31 – número de atendimentos realizados pelo

médico por hora, de média relevância.

Tabela 5 – Grau de relevância dos indicadores na dimensão resultado

Código do Indicador	Grau de relevância				
	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
R.11	2,8%	16,6%	27,8%	36,1%	16,7%
R.12	11,2%	0	22,3%	47,2%	19,3%
R.13	5,6%	0	38,8%	30,6%	25%
R.14	2,8%	11,2%	36%	33,3%	19,5%
R.15	2,8%	16,7%	30,5%	33,3%	16,7%
R.16	5,6%	25%	25%	13,9%	30,5%
R.17	5,6%	5,6%	27,7%	38,9%	22,2%
R.18	2,8%	11,1%	19,5%	30,5%	36,1%
R.19	5,6%	5,6%	25%	36%	27,8%
R.20	2,8%	19,4%	25%	30,6%	22,2%
R.21	2,8%	16,7%	25%	30,6%	24,9%
R.22	2,8%	16,7%	30,4%	30,6%	19,5%
R.23	2,8%	11,1%	27,8%	38,9%	19,4%
R.24	2,8%	10,7%	25%	38,9%	22,2%
R.25	11,1%	22,2%	30,5%	22,2%	14%
R.26	5,6%	11%	27,8%	38,9%	16,7%
R.27	5,6%	11,1%	27,8%	33,3%	22,2%
R.28	5,6%	5,6%	27,8%	36%	25%
R.29	2,8%	2,8%	16,7%	36,1%	41,6%
R.30	5,6%	8,3%	19,5%	44,4%	22,2%
R.31	2,8%	16,6%	38,9%	22,2%	19,5%
R.32	8,3%	11,1%	33,3%	38,9%	8,4%
R.33	8,3%	8,3%	36,3%	30,4%	16,7%
R.34	2,8%	5,6%	22,2%	41,7%	27,7%
R.35	0	2,8%	30,5%	30,5%	36,2%

Elaborada pela autora (2022).

Nesta mesma dimensão, se os indicadores devem ser selecionados ou não, a média foi de 86,22% para sim e 13,77% para não, onde as notas de cada um dos indicadores podem ser consultadas no Apêndice I. É interessante ressaltar que o único indicador que recebeu 100% para ser selecionado foi o indicador R. 35 – Nível

de satisfação dos funcionários, demonstrando que existe uma insatisfação por parte dos profissionais e vai ao encontro da observação feita pela pesquisadora relativa à insatisfação dos funcionários descrita na seção anterior. E, por fim, sobre os motivos de não serem selecionados, os principais foram: sem necessidade/sem dados de registro e muito demorada a implementação.

A Tabela 6 apresenta os dados referentes aos indicadores da dimensão de sentinela. Os três indicadores de maior relevância na dimensão sentinela foram: S.42 – quantidade de infecção hospitalar com 44,5% de muita relevância, seguido do S.45 – número de pacientes com permanência superior a 24 horas ao serviço de urgência e emergência (PA), com 41,6%, com 33,3% os indicadores S.37 – quantidade de evasão de pacientes, e S.46 – quantidade de pacientes que retornaram ao hospital em 72 horas.

Tabela 6 – Grau de relevância dos indicadores na dimensão sentinela

Código do Indicador	Grau de relevância				
	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
S.36	8,4%	16,6%	25%	27,8%	22,2%
S.37	11,1%	16,7%	33,3%	19,5%	19,4%
S.38	8,4%	8,4%	16,5%	36,1%	30,6%
S.39	11,2%	5,6%	13,9%	30,4%	38,9%
S.40	8,3%	5,6%	13,9%	36,1%	36,1%
S.41	8,3%	5,6%	27,7%	38,9%	19,5%
S.42	2,8%	2,8%	19,4%	30,5%	44,5%
S.43	11,1%	11,1%	22,2%	30,6%	25%
S.44	8,4%	2,8%	30,5%	25%	33,3%
S.45	2,8%	8,4%	22,2%	41,6%	25%
S.46	8,4%	8,4%	33,3%	27,7%	22,2%

Elaborada pela autora (2022).

Em relação à opção se os indicadores deveriam ou não ser selecionados, a média foi 88,89 % para sim e 11,11% não. Os motivos de não serem selecionados foram: sem dados de registro e muito cara a implantação.

A Tabela 7 apresenta os dados referentes aos indicadores da dimensão de gestão. Os três indicadores de maior relevância na dimensão gestão foram G.48 – número de rotatividade dos funcionários, com 44,5% de muita relevância, seguido do

indicador G.49 – número de faltas dos funcionários, com 33,3 de relevância alta, e o indicador G.47 – número de pacientes transferidos para outras unidades, com 41,7% de relevância média.

Tabela 7 – Grau de relevância dos indicadores na dimensão gestão

Código do Indicador	Grau de relevância				
	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
G.47	8,3%	13,9%	41,7%	30,5%	5,6%
G.48	2,8%	5,6%	22,2%	24,9%	44,5%
G.49	2,8%	5,6%	22,2%	33,3%	36,1%
G.50	8,4%	5,6%	25%	27,7%	33,3%
G.51	5,6%	11,1%	27,8%	22,2%	33,3%
G.52	5,6%	2,8%	30,6%	30,4%	30,6%

Elaborada pela autora (2022).

Em relação aos indicadores acerca da gestão, se devem ou não ser selecionados, a média foi de 89,82% para sim e 10,18% para não. Sobre os principais motivos para não serem selecionados, destacam-se: sem dados de registro e é muito cara a implementação.

A Tabela 8 apresenta os dados correspondentes aos indicadores da dimensão de estrutura. Os dois indicadores de maior relevância foram: E.54 – horas de treinamento para os profissionais que desenvolvem atividades no PA, com 33,3%, e E.53 – protocolos clínicos existentes são atualizados e executados, com 41,7%.

Tabela 8 – Grau de relevância dos indicadores na dimensão estrutura

Código do Indicador	Grau de relevância				
	Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito alta
E.53	0	0	30,5%	41,7%	27,8%
E.54	2,8%	5,6%	19,4%	38,9%	33,3%

Elaborada pela autora (2022).

Se os indicadores deveriam ou não ser selecionados, a média foi de 95,8% para sim e 4,2 % para não. O motivo principal para não serem selecionados foi o fato de não haver dados de registro.

A Tabela 8 apresenta os indicadores mais selecionados. É possível verificar

que as cinco dimensões estão presentes. No primeiro momento, o que deveria ter apenas 10 indicadores, gerou um total de 21 indicadores, pois mais de um indicador tiveram a mesma porcentagem. Contudo, para chegar no objetivo final, foi realizado o novo corte e selecionados os 10 primeiros, que viraram 12 indicadores de desempenho, conforme a Tabela 9. Foi realizado esse corte, também, para facilitar a elaboração do *Dashboard* de dados.

Os indicadores mais selecionados, seguindo a ordem de percentual, foram: R.29 – tempo de atendimento em conformidade com os padrões de tempo na classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul); P.03 – tempo médio de espera para consulta médica; R.34 – nível de satisfação dos pacientes; R.35 – nível de satisfação dos funcionários; E.54 – horas de treinamento para os profissionais que desenvolvem atividades nos serviços no PA; R.16 – tempo médio de permanência hospitalar; S.42 – quantidade de infecção hospitalar; P.02 – tempo médio de espera para triagem; P.10 – tempo médio total de espera nos serviços de urgência e emergência (Pronto Atendimento); R.18 – quantidade de pacientes por classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul); G.49 – número de falta dos funcionários; E.53 – protocolos clínicos existentes são atualizados e executados.

Tabela 9 – Indicadores mais selecionados

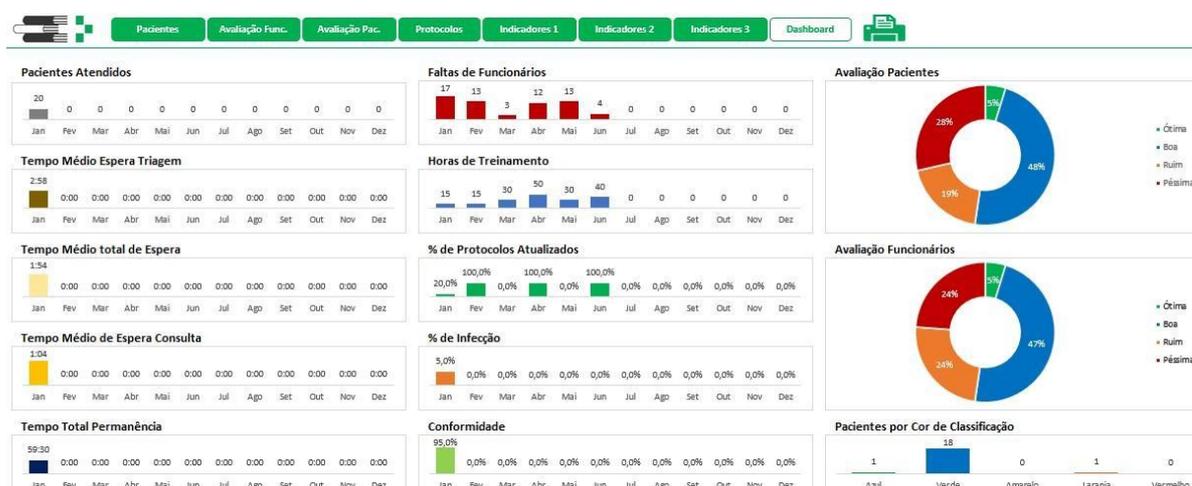
Primeiro momento			Segundo momento		
Nº	Código dos Indicador	%	Nº	Código dos Indicador	%
1	R.29	47,2	1	R.29	47,2
2 e 3	P.03; R.34	44,4	2	P.03	44,4
4 e 5	R.35; E.54	41,7	3	R.34	44,4
6	R.16;	36,1	4	R.35	41,7
7	S.42	33,3	5	E.54	41,7
8 e 9	P.02; P.10	30,6	6	R.16	36,1
10, 11 e 12	R.18; G.49; E.53	27,8	7	S.42	33,3
13 e 14	P.04; P.08	25	8	P.02	30,6

15,16,17e 18	P.06; R.26; S.40; S.46	22,2	9	P.10	30,6
19, 20 e 21	P.09; S.38; S.39	19,4	10	R.18	27,8
			11	G.49	27,8
			12	E.53	27,8

Elaborada pela autora (2022).

Após a conclusão dos indicadores mais relevantes, identificados na pesquisa de campo (ii), foram produzidos os “saberes”, concretizando a etapa 10 da pesquisa-ação com o desenvolvido do painel. A Figura 17 é o *Dashboard* produzido para o hospital, composto por nove planilhas no mesmo arquivo, sendo a primeira referente aos dados do paciente. É nessa planilha que se faz toda a movimentação dos pacientes. As seis planilhas seguintes estão relacionadas aos indicadores e seus respectivos cálculos. No Apêndice J encontra-se a ficha técnica dos indicadores utilizados para a elaboração do *Dashboard*. Por fim, apresenta-se uma planilha, correspondente ao *Dashboard*, com os gráficos dos resultados dos dados gerados e uma planilha referente à impressão dos dados.

Figura 17 – *Dashboard* para o hospital



Elaborada pela autora (2022).

Foi adicionado um modelo de relatório tipo folheto sugestivo para gestão sobre os resultados das informações geradas pelos indicadores, conforme a Figura 18. Uma forma simples de deixar os dados registrados também no papel.

Figura 18 – Relatório mensal (boletim informativo)



Elaborada pela autora (2022).

Após o desenvolvimento do *Dashboard*, foi feito o plano de ação e a divulgação do trabalho, concretizando a décima primeira etapa e a décima segunda etapa da pesquisa-ação. O plano de ação foi alinhado ao planejamento estratégico do hospital. Apresenta-se, inicialmente, o mapa estratégico do hospital, conforme a Figura 20, e, na sequência, o alinhamento dos indicadores. Todos os indicadores que constam no questionário da avaliação foram selecionados na pesquisa de campo (ii), conforme o Apêndice I, sobre o percentual se cada indicador deveria ou não ser selecionado.

Figura 19 – Mapa estratégico do hospital



Fonte: HUM (2022).

O Quadro 12 apresenta o alinhamento estratégico dos indicadores relacionados à gestão de processos. O processo de tempo foi subdividido em tempo de espera e tempo de resultado.

Quadro 12 - Alinhamento estratégico relacionado à gestão de processo: tempo de espera e realizado

Pilares	Subáreas	Indicadores subdimensões	Indicadores
Gestão :	Processos :	Processo de tempo espera	Tempo médio de espera para admissão (atendimento na recepção)
			Tempo médio de espera para triagem
			Tempo médio de espera para consulta médica
			Tempo médio de espera por cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem pós consulta médica
			Tempo médio de espera relacionado à realização dos exames após consulta médica
			Tempo médio de espera para obtenção dos resultados de exames
			Tempo médio de espera para alta médica
			Tempo médio de espera para internação
			Tempo médio de espera para transferência externa de pacientes
		Tempo médio total de espera nos serviços de urgência e emergência (Pronto Atendimento)	
		Processo de tempo realizado	Tempo médio de atendimento na admissão (recepção)
			Tempo médio de atendimento no processo de triagem
			Tempo médio de atendimento na consulta médico
			Tempo médio de atendimento nos cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem após consulta médica
			Tempo médio nas atividades relacionadas aos exames médicos

			Tempo médio de permanência hospitalar
--	--	--	---------------------------------------

Fonte: Elaborada pela autora (2022).

O Quadro 13 apresenta o alinhamento estratégico dos indicadores de gestão. Foi feita uma subdivisão e relacionada à capacidade e demanda e o tempo de conformidade.

Quadro 13 - Alinhamento estratégico relacionado à gestão: capacidade, demanda e tempo de conformidade

Pilares	Subáreas	Indicadores subdimensões	Indicadores
Gestão	Processo:	Processo relacionado à capacidade e demanda	Quantidade de atendimentos por Clínicas Médicas
			Quantidade de pacientes por classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul)
			Quantidade de pacientes liberados com alta apenas com a prescrição médica
			Número de pacientes atendidos no período: manhã
			Número de pacientes atendidos no período: tarde
			Número de pacientes atendidos no período: noite
			Número de exames realizados
			Número de doenças categorizadas por CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde)
			Número de atendimentos realizados segundo área de residência
			Número de exames Laboratoriais por consulta médica
Número de exames de Imagem por consulta médica			

			Número de pacientes transferidos para outras unidades
		Processos relacionados conformidade de tempo	Número de exames concluídos dentro do intervalo de tempo atribuído
			Tempo de atendimento em conformidade com os padrões de tempos na classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

No Quadro 14 são apresentados o alinhamento estratégico dos indicadores de gestão de processo e gestão de pessoas. Foi feito uma subdivisão em eventos indesejados (sentinelas) e funcionários.

Quadro 14 - Alinhamento estratégico relacionado à gestão de proceso: eventos indesejados (sentinelas) e gestão de pessoas

Pilares	Subáreas	Indicadores subdimensões	Indicadores
Gestão	Processos	Processos de eventos indesejados (sentinelas)	Quantidade de pacientes que desistiram do atendimento clínico;
			Quantidade de evasão de pacientes nos serviços de urgência e emergência (PA);
			Quantidade de pacientes com erro na identificação cadastral;
			Quantidade de erros na dispensação de medicamentos;
			Quantidade de erros de prescrição de medicamentos;
			Número de queda de paciente;
			Quantidade de infecção hospitalar;
			Número de exames repetitivos;
			Quantidade de erro médicos na solicitação de exames laboratoriais;
			Número de pacientes com permanência superior a 24 horas ao serviço de urgência e emergências (PA);
			Quantidade de pacientes que retornaram ao hospital em 72 horas
			Número de óbito hospitalar no serviço de urgência e emergência

			Número de rotatividade dos funcionários
Gestão	Gestão de Pessoas	Funcionários	Número de falta dos funcionários
			Número de acidente de trabalho
			Número de doenças adquiridas no local de trabalho
			Nível de satisfação dos funcionários

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

No Quadro 15 são apresentados o alinhamento estratégico dos indicadores referentes ao financeiro nas áreas de redução de custos. Foi feita uma subdivisão entre custos e desempenho profissional.

Quadro 15 - Alinhamento estratégico relacionado ao financeiro

Pilares	Subáreas	Indicadores subdimensões	Sigla	Indicadores
Financeiro	Redução de custos	Custos	G.52	Custo médio por paciente
		Desempenho profissional	R.31	Número de atendimentos realizado pelo médico por hora
			R.32	Número de atendimento realizado pelo enfermeiro por hora
			R.33	Número de atendimento realizado pelos técnicos por hora

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

O Quadro 16 são apresentados o alinhamento estratégico dos indicadores relacionados ao ensino e à pesquisa na área multiprofissionalidade. Foi realizada uma subdivisão em estrutura.

Quadro 16 - Alinhamento estratégico relacionado ao ensino e à pesquisa

Pilares	Subáreas	Indicadores subdimensões	Sigla	Indicadores
Ensino e Pesquisa	Multiprofissionalidade	Estrutura	E.53	Os protocolos clínicos existentes são atualizados e executados?
			E.54	Hora de treinamentos para os profissionais que desenvolvem atividades nos serviços de urgência e emergência no PA (médicos, enfermeiras, administrativo, limpeza etc.)

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Em seguida, foi proposto um plano de ação. Nele é apresentado um rol exemplificativo de sugestões, conforme o Quadro 17. Essas ações estão relacionadas aos indicadores selecionados que por si estão alinhados com o mapa estratégico do hospital, objeto deste estudo.

Quadro 17 – Rol exemplificativo de sugestões para o plano de ação

Elaboração de uma comissão;

Monitoramento sobre o tempo de espera e de resultados no processo de atendimento ao paciente;

Melhorar o fluxo interno dos pacientes a partir dos tempos identificados na ação 02;

Alocar os recursos humanos de acordo com a clínica médica e período que mais recebe atendimento;

Monitoramento das ações e eventos indesejados realizados pelos profissionais da saúde no PA;

Qualificação dos funcionários para correções e prevenção de eventos indesejadas;

Valorização dos profissionais - marketing sobre a importância dos profissionais no PA;

Monitoramentos sobre os gastos com pacientes;

Educação permanente - qualificação profissional por meio de cursos e palestras;

Monitoramento e atualização de todos os protocolos clínicos utilizados.

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Como principal ação, o estudo realizado deixa a base científica dos indicadores de desempenho mais o painel de dados. O hospital está em fase de elaboração de um plano atualizado sobre a gestão da qualidade. Dessa forma, é necessária a concretização desse plano para que possa ser feito um alinhamento em cima dos indicadores selecionados.

Diante desse cenário, tem-se, então, como a principal ação efetiva conclusiva, a utilização dos indicadores selecionados alinhados com o *Dashboard* que, junto com a comissão da qualidade do hospital, conseguirão subsidiar as decisões e as ações para a otimização do processo em busca de uma gestão mais eficiente e de qualidade. É o primeiro passo em busca de uma cultura organizacional por meio de indicadores de desempenho no hospital.

A divulgação do estudo foi feita por meio das redes sociais, como por exemplo, utilizando o *Instagram*. A defesa final também será outro meio de divulgação do trabalho realizado.

8. DISCUSSÃO

Em virtude dos problemas relacionados à superlotação nos hospitais, alinhados à complexidade do gerenciamento hospitalar e da necessidade constante de informações relevantes da organização hospitalar, surgiu como problemática a seguinte questão: como avaliar e monitorar o desempenho de um hospital público? Para responder à questão problema, tratou-se do tema a partir de uma visão macro sobre o sistema de gestão de saúde pública utilizado pelo Brasil, assim como os desafios que precisam ser superados. Numa visão micro, foi feito o estudo acerca da organização hospitalar e da gestão baseada em indicadores, com a utilização de um *Dashboard* como ferramenta de visualização dos dados da organização.

A superlotação foi o primeiro problema identificado, em virtude da crescente demanda nos serviços hospitalares, em que “a principal porta de entrada no sistema de saúde vem sendo representado pelos serviços de urgência e emergência, o que causa superlotação nas unidades hospitalares” (SANTOS *et al.*, 2018, p. 190).

Diante desse cenário, a questão da superlotação ficou bem nítida devido à quantidade de macas com pacientes acomodadas no corredor central do HUM (constatação na realização da pesquisa de campo realizada). Dessa forma, percebe-se que ele atende além do que a capacidade suporta. Diante da superlotação, surgem as duas reflexões: primeiro na percepção do paciente - como um paciente poderia ter um tratamento de qualidade diante da situação de superlotação do PA? Fator que leva esse paciente a receber os primeiros cuidados no corredor central ao invés de ser em ambiente adequado para o atendimento de saúde. Em seguida, na percepção do profissional da saúde – como ele poderia oferecer um atendimento de qualidade diante daquela situação? Isso, pois, deve ser frustrante saber que o acolhimento e o tratamento poderiam ser melhorados, contudo, a alta demanda não permite que isso aconteça. Por fim, refletir sobre até quando o hospital conseguirá funcionar daquela maneira?

A questão da superlotação tem consequência direta na visão como o paciente compreende todo o processo, visto que muitas vezes suas expectativas não são correspondidas. Nesse sentido, o indicador R.34 – Nível de satisfação dos pacientes é importante para avaliar o grau que se encontra o serviço executado.

Outro ponto importante, decorrente dessa superlotação, está ligado diretamente aos profissionais que trabalham na linha de frente do PA. No decorrer da

pesquisa, isso ficou evidente ao realizar a abordagem para a obtenção dos dados, pois alguns servidores demonstram com bastante ênfase o descontentamento que sentem com o local de trabalho. Essa insatisfação acontece devido ao ambiente de trabalho, alinhada à jornada de trabalho excedente, baixo salário e falta de perspectivas de melhorias. Isso vai ao encontro de um dos indicadores mais selecionados, o qual questiona a satisfação dos profissionais. Portanto, tendo como esse indicador um dos 12 indicadores mais selecionados, demonstra que existe uma insatisfação por parte dos profissionais e vai ao encontro com a observação da pesquisadora relacionada aos funcionários descritos na seção anterior.

Associada à demanda crescente, que acaba causando um desequilíbrio e, conseqüentemente, a superlotação, outro fator está relacionado ao ambiente no qual o hospital está inserido, segundo o problema elencado. A questão da complexidade hospitalar (CELESTINO, 2002; HENRIQUES, 2019; LISBOA, 2016) está atrelada a vários fatores, que colaboram para ampliar o problema, dentre eles o alto nível de interações sociais. Hoje o grande desafio na gestão hospitalar é fazer com que todos os departamentos e unidades funcionem simultaneamente de forma harmônica na prestação de serviços.

Dessa forma, exige-se dos profissionais inseridos no hospital qualificação profissional, olhar e pensamento sistêmico, além de pessoas líderes com características inovadoras e visionárias. Exige-se, também, “planejamento, organização, direção e controle das ações praticadas” (BORBA; LISBOA, 2006, p. 32), uma vez que a gestão hospitalar “não permite improvisos” (CAVEIÃO, 2020, p. 52). Portanto, os profissionais que atuam na gestão hospitalar necessitam ter diversas características, além de uma gama de conhecimento gerencial e clínico.

Nesse cenário, foi possível constatar pela pesquisa de campo que são poucos os profissionais que trabalham na linha de frente e que realmente sabem sobre indicadores de desempenho na gestão hospitalar. Isso vai ao encontro da formação, visto que “a frágil formação técnica dos profissionais de saúde para gestão, bem como a descontinuada e ineficiente ação da educação permanente nesta área” (LORENZETTI *et al.*, 2014, p. 420) atrapalham o andamento do setor.

Outro ponto está relacionado à formação continuada dos profissionais, indo ao encontro de um dos indicadores mais selecionados, o E.54 – Horas de treinamento para os profissionais que desenvolvem atividades nos serviços no PA. É fundamental o desenvolvimento de uma política de formação contínua, pois a mesma reflete na

qualidade dos serviços executados. Nesse sentido, "tão fundamental quanto ter funcionários treinados é ter funcionários que prestam atendimentos humanizados, já que o tratamento de doenças e a busca pela saúde exigem que o cliente/paciente goze de bem-estar físico e mental" (ALEXANDRA, 2017, p. 30).

Isso colabora para o desenvolvimento de uma gestão da saúde com foco na população, "por meio de um contínuo de cuidados, que envolve a promoção da saúde, prevenção das condições de saúde e ações curativas, reabilitadoras e paliativas" (SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ, 2021). Portanto, melhorar a saúde vai além da ausência de doenças, abarca a questão física, mental e social da população usuária (MCALERLERNEY, 2003).

A formação continuada também colabora com a qualidade na execução do serviço, sendo primordial para a realização de serviços satisfatórios. Por conseguinte, deve-se evitar ações indesejadas, como as previstas no indicador S.42 – Quantidade de infecção Hospitalar e, também, propondo condições apropriadas para a execução dos serviços por meio das atividades desempenhadas, aspecto abordado pelo indicador E.53 – Protocolos clínicos existentes são atualizados e executados.

E, por fim, o ambiente hospitalar necessita de ferramentas que auxiliem no controle e monitoramento das atividades desenvolvidas. Diante de tantos dados, torna-se essencial uma ferramenta de visualização que auxilie na gestão de forma mais eficaz e na tomada de decisões de forma rápida e precisa, inclusive pelo ambiente dinâmico que os hospitais exigem e estão inseridos, terceiro problema elencado. Diariamente, os gestores da área da saúde enfrentam tarefas exigentes e difíceis (MONIZ, 2018). É fato, também, que a "maioria dos hospitais enfrentam a necessidade de melhorar seus serviços de qualidade e sua eficiência" (BRÉANT *et al.* 2020, p. 2). Nesse sentido, os *Dashboards* surgem como ferramentas que têm como característica as exibições visuais de informações mais relevantes da organização. Posto isso, mais do que nunca a informação é essencial para o desenvolvimento do planejamento e das ações na área da saúde hospitalar.

Assim, os indicadores e seus respectivos resultados evidenciam que a questão do tempo é um item relevante e importantíssimo dentro do processo de atendimento. Não é por acaso que dos 12 indicadores mais selecionados, cinco têm relação direta com o tempo, seja no processo ou na execução, listados a seguir: O2 – tempo médio de espera para triagem; P.03 – tempo médio de espera para consulta médica; P.10 – tempo médio total de espera nos serviços de urgência e emergência (Pronto

Atendimento); R.16 – tempo médio de permanência hospitalar; R.29 – tempo de atendimento em conformidade com os padrões de tempo na classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul).

A questão do tempo possui relação direta com a visão positiva dos pacientes e possui resultados ligados à questão da qualidade dos serviços executados. Em meio a esse cenário, o indicador R.34 - satisfação dos pacientes merece destaque, pois reflete essa visão e elenca os problemas existentes.

No desenvolvimento da pesquisa em campo, foi possível verificar que existem funcionários descontentes com o local que trabalham e isso interfere diretamente na qualidade dos serviços prestados. Portanto, o indicador R.35 – nível de satisfação dos funcionários é fundamental para o desenvolvimento de tudo que é realizado.

O indicador citado anteriormente, relacionado à satisfação dos funcionários, é tão importante que, dentre outros motivos, tem relação com o indicador G.49 – número de faltas dos funcionários, o que interfere diretamente na condição dos serviços executados.

O indicador E.53 – protocolos clínicos existentes atualizados e executados é outro indicador extremamente importante. Associada com esse indicador, a formação continuada é outro ponto que merece destaque. O indicador E.54 – horas de treinamento para os profissionais que desenvolvem atividades nos serviços no PA é extremamente importante e fundamental até para a atualização constante dos procedimentos clínicos e para a execução satisfatória dos serviços desempenhados.

Para isso, é fundamental a identificação do perfil para gestão da saúde com foco na população, aspecto que vai ao encontro do indicador R.18 – quantidade de pacientes por classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul), ligada à política atual que almeja colaborar com a geração de valores para os usuários e tem impacto profundos em todo o sistema de saúde.

Com relação ao impacto do estudo, pode ser dividido em dois aspectos: social e científico. O impacto de caráter social – uma vez que abordou uma organização de saúde pública; e o impacto científico – a construção da base científica por meio da pesquisa-ação visa intervir na realidade, para que aos poucos se crie uma cultura organizacional baseada nos indicadores de desempenho.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As conclusões, a seguir, procuram sintetizar o pensamento desenvolvido ao longo do trabalho, de forma a analisar as constatações sobre o problema de pesquisa e os objetivos propostos pelo trabalho para a realização do estudo. O objetivo geral deste estudo foi apresentar uma proposta de um *Dashboard*, elaborado por meio de indicadores de desempenho relevantes na prestação de serviços de urgência e emergência hospitalar. Para tanto, empregou-se o rigor metodológico no desenvolvimento deste estudo, composto de 12 etapas da pesquisa-ação.

Diante das diversas metodologias de pesquisa-ação, esta pesquisa se encaixa como pesquisa-ação colaborativa e do pensar em uma visão macro dentro do processo. Também, pode-se enquadrar-se como pesquisa-ação emancipatória, visto que é um anseio de toda a sociedade um atendimento digno, humanitário, eficiente e de qualidade na área da saúde pública.

Ao delinear os aspectos fundamentais da gestão da saúde pública hospitalar, primeiro objetivo específico da pesquisa, foi possível perceber que o modelo de gestão adotado no Brasil é complexo e peculiar e são inúmeros os desafios que precisam ser superados, tais como: políticas de Estado que vão ao encontro das necessidades da sociedade; envelhecimento da população e com ela profundas implicações para o setor da saúde, pois, na medida em que a população envelhece, aumenta-se a carga de enfermidades e o tempo prolongado de tratamento; limitações financeiras, já que os recursos (investimentos) ainda são poucos se comparados com a dimensão gigantesca que a saúde no Brasil precisa contemplar, mesmo que esse setor já venha recebendo aumento de recursos nos últimos anos; necessidade de utilização de ferramentas administrativas atuais que colaborem na elaboração do planejamento e no controle das ações, pois o mesmo reflete na qualidade dos serviços executados.

A administração hospitalar passou por profundas mudanças ao longo dos anos. Deixou de ser um local que tinha como objetivo acolher os mais pobres e enfermos da sociedade e hoje se tornou em centros especializados. Existem diversos critérios relacionados à organização hospitalar. Ademais, uma característica marcante na Gestão Hospitalar é a complexidade, pois não é algo simples de ser executado e envolve diversos setores interconectados. Dessa forma, há a necessidade de implementação de ferramentas de gestão que possibilitem monitorar e avaliar as

atividades executadas, pois é uma área que não aceita improvisos e carece de profissionais qualificados, com conhecimento aprofundado.

Nesse contexto, foram propostos os indicadores de desempenho, segundo objetivo específico do estudo, como uma ferramenta de gestão. Visando a construção dos indicadores de desempenho na gestão hospitalar, etapa (i) da pesquisa em campo, foram utilizadas duas técnicas: observação e entrevista. A partir da observação, pôde-se concluir a ocorrência de superlotação no pronto atendimento do HUM, ou seja, percebeu-se que ele atende além do que a capacidade suporta.

Além da superlotação, pode-se perceber que a questão da estrutura, *layout* e dos mobiliários da recepção deixaram a desejar, parecendo serem de maneira improvisada. A falta de sinalização de forma clara e objetiva, meio confusa, também foi constatada e percebeu-se que isso atrapalha a movimentação dos pacientes dentro do PA. A falta de profissionais de segurança também é outro ponto que merece ser destacado, além de alguns profissionais estarem descontentes no PA, devido ao ambiente de trabalho, alinhada com a jornada de trabalho excedente, baixo salário e sem perspectivas de melhorias.

Por meio das entrevistas, percebeu-se que a maioria dos profissionais entendem e aplicam o conhecimento no decorrer das atividades realizadas, porém, grande parte deles não entendem o que os indicadores de desempenho significam, apesar de algumas dessas pessoas comentarem que existem alguns tipos de controles realizados. Tal situação desperta uma sugestão para a gestão sobre a importância de se fazer uma discussão com todos os funcionários acerca do que são os indicadores antes de realizar qualquer tipo de aplicação, a fim de que todos os servidores possam entender a importância de uma gestão baseada em indicadores. Nessa etapa, a pesquisa em campo ajudou na elaboração, pois ocorreram várias situações que refletiram diretamente nos indicadores, tais como: pacientes que evadiram, que deram entrada no hospital sem vida, erros na identificação de pacientes, quantidade de pacientes no período de maior fluxo.

Após as observações e as entrevistas realizadas no PA, foi elaborado um questionário sobre os indicadores de desempenho por meio da pesquisa em campo, alinhada ao referencial teórico. Os resultados obtidos por meio desse questionário, pesquisa de campo (ii), foram os seguintes: primeira parte sobre o perfil dos respondentes: 58,3% foram respondidos por pessoas do sexo masculino. Das duas funções que desempenha no PA, 44,4% foram os técnicos administrativos, seguidos

pelos enfermeiros/técnicos com 27,8%. Em relação ao nível de escolaridade dos profissionais, 41,7% possuem pós-graduação. Sobre o tempo que trabalham no hospital, 50% dos profissionais têm entre 1 a 10 anos. No que diz respeito ao vínculo de trabalho, a maioria dos trabalhadores é composta por servidores públicos. Sobre os indicadores, os de maior relevância foram: R.29, P.03, R.34, R.35, E.54, R.16, S.42, P.02, P.10, R.18, G.49, E.53.

O processo de medição de desempenho não é algo simples e pode ser bastante dispendioso. É importante salientar que os indicadores apontam, mas a solução do problema depende exclusivamente da ação e do desempenho corretivo do gestor. Ademais, foram percorridas as características básicas na elaboração dos indicadores. Ficou evidente, também, a quantidade imensa de indicadores na área hospitalar. Contudo, não existe um padrão dos mesmos, o que acaba dificultando o processo de escolha.

Em virtude do volume de informações que o hospital produz, faz-se necessária uma ferramenta de visualização que auxilie na gestão de forma mais eficaz e na tomada de decisões de maneira rápida e precisa, inclusive pelo ambiente dinâmico que os hospitais estão inseridos. Nesse sentido, os *Dashboard* surgem como ferramentas que têm como característica as exibições visuais de informações mais relevantes da organização, contemplando o terceiro objetivo específico proposto. A Figura 18 demonstra o painel pronto e entregue aos gestores do hospital HUM.

Figura 18 – *Dashboard* para o hospital



Elaborada pela autora (2022)

Acredita-se que o estudo realizado obteve uma ação inovadora e

transformadora. Antes de ele ser realizado, não havia nenhum tipo de indicador e nenhuma ferramenta capaz de acompanhar e subsidiar as ações da gestão hospitalar. A partir deste estudo, obteve-se uma gestão hospitalar mais focada em melhorar os procedimentos de controle, monitoramento e avaliação. Iniciamos também um trabalho de “formiguinha”, que é gerar uma cultura de medição organizacional do hospital por meio de indicadores de desempenho, última meta estabelecida.

Assim, destacam-se, uma vez mais, os impactos causados pelo estudo desenvolvido, abrangendo a dimensão social e científica.

Portanto, é possível verificar as contribuições teóricas (i) e práticas (ii) que o estudo gerou. Contribuições teóricas por meio da elaboração de indicadores de desempenho e contribuições práticas a partir da aplicação do uso do *Dashboard* como uma ferramenta que permite visualizar informações mais relevantes e subsidiar as tomadas de decisões.

Como principal implicação e dificuldade identificadas na realização do estudo proposto, tem-se como destaque o próprio local objeto do estudo, devido ao fluxo intenso que o setor possui, consequência da demanda excessiva de atendimentos.

9. PERSPECTIVAS FUTURAS

A partir do modelo proposto neste TCC, sugere-se que o estudo possa ser replicado aos demais setores e subunidades que compõem o hospital estudado, na tentativa de gerar inovação hospitalar e, conseqüentemente, melhorias na prestação de serviços na área da saúde, além da implementação de uma cultura organizacional de gerenciamento por meio de indicadores de desempenho.

Sugere-se, também, que essa construção de base de dados técnico-científicos possa gerar novos estudos, a fim de obter um consenso e uma padronização dos indicadores de desempenho mais relevantes para a gestão hospitalar.

E, por fim, espera-se que o *Dashboard* (painel de dados) construído possa gerar um sistema informatizado “modelo”, onde os demais hospitais, com pequenas adaptações ou ajustes de acordo com a realidade de cada organização, possam utilizá-lo como ferramenta de gerenciamento.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. L. S. **Gerenciamento por processo e indicadores de desempenho em saúde**. Editora: Senac, São Paulo, 2020.

ANDER-EGG, E. **Repensando la investigación acción-participativa**: comentario, críticas y sugerencias. México: El Ateneo, 1990.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Ministério da Saúde. **Indicadores Hospitalares**. Ficha técnica dos indicadores hospitalares essenciais. 2012. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/2-a-ans-2/83-espaco-do-prestador/1575indicadoreshospitalares>>. Acesso em: 12 nov. 2021.

ARMIJOS, J. C.; MONDACA, A. N. **Diseño e implementación de un modelo de Indicadores de Gestión para evaluar el Desempeño de Hospitales públicos**. Facultad Economía y Negocios. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BARROS, Aidil Jesus da Silveira. **Fundamentos de metodologia científica**. 3 ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

BERTO, A. M. **Hospitais**: muitos processos, algumas análises, pouco referencial teórico: In: Simpósio Internacional de ciência integradas da UNAERP. Campus Guarujá, 4 ed. 2007.

BITTAR, O. J. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde**. Revista de administração em saúde. V.3n, n12, 2001.

BOLFARINE, H.; BUSSAB, W. O. **Elementos de Amostragem**. São Paulo: Edgar Blücher, 2005. 274 p.

BORBA, V. R.; LISBOA, T. C. **Teoria geral da administração hospitalar**: estruturação e evolução do processo de gestão hospitalar. Rio de Janeiro-RJ: Editora Qualimark, p. 32, 2006.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm> Acesso: 15 dez. 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS**/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011. **Sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS**, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm> Acesso: 21 dez. 2021.

BRASIL. Lei nº 8.080 de setembro de 1990 - **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del8080.htm> Acesso: 23 dez. 2021.

BRASIL. Lei 8.142/90 de 28 de dezembro de 1990. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS)** e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso: 19 dez. 2021.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral às Urgências.** 2003.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde –** Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_classificacao_risco_servico_urgencia>. Acesso: 05 jan. 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria Nº 10 de 3 de janeiro de 2017. **Redefine as diretrizes de modelo assistencial e financiamento de UPA 24h de Pronto Atendimento como componente da Rede de Atenção às Urgências, no âmbito do Sistema Único de Saúde.** Disponível em: <://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt0010_03_01_2017.html> Acesso: 23 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 248 de 19 de dezembro de 2011. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html> Acesso: 15 dez. 2022.

BRASIL. Portaria nº 354 / 2014. **Boas Práticas para Organização e Funcionamento de Serviços de Urgência e Emergência.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0354_10_03_2014.html#:~:text=2.1%20Emerg%C3%Aancia%3A%20Constata%C3%A7%C3%A3o%20m%C3%A9dica%20de,necessita%20de%20assist%C3%Aancia%20m%C3%A9dica%20imed>. Acesso: 23 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017 - **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).** Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
Acesso: 23 dez. 2021.

BRASIL. Portaria nº 4.279 de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_3012_2010.html> Acesso: 05 jan. 2022.

BRASIL. SUS. **Sistema Único de Saúde. Secretaria de Estado de Saúde Mg.2022**. Disponível em: <<https://www.saude.mg.gov.br/sus> > Acesso: 05 jan. 2022.

BRASIL. **Sistema Único de Saúde (SUS):** Princípios e conquistas – Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios> Acesso: 23 dez. 2021.

BRÉANT, C.; SUCCI, L.; COTTEN, M.; GRIMAUD, S.; IAVINDRASANA, J.; KINDSTRAND, M.; MAUVAIS, F.; RORIVE-FEYTMANS, B. **Tools to measure, monitor, and analyze the performance of the Geneva university hospitals (HUG)**. Supply Chain Forum: Na International Journal. Taylor & Francis group DOI 10.1080/16258312.2020.1780634.

BUCHSBAUM, P. **Dashboard** – introdução ao conceito [s.l]: Fórum de varejo, 2012.

BURSTRÖM, L.; NORDBERG, M.; ÖRNUNG, G.; CASTRÉN, M.; WIKLUND, T.; ENGSTRÖM, M. L.; ENLUND, M. **Physician-led team triage based on lean principles may be superior for efficiency and quality?** A comparison of three emergency departments with different triage models. Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine. 2012. Disponível em: <<https://sjtrem-biomedcentral-com.ez79.periodicos.capes.gov.br/articles/10.1186/1757-7241-20-57>>. Acesso: 10 nov. 2021.

BUSATO, IVANA M. S.; GARCIA, I. F.; RODRIGUES, I. C. G. **SUS: estrutura organizacional, controle, avaliação e regulação**. Curitiba: Intersaberes, 2019.

BUSATO, I. M. S. **Planejamento estratégico em saúde**. Curitiba: InterSaber, 2017.

CALDANA, G.; GABRIEL, C. S.; BERNARDES, A.; ÉVORA, Y. D. M. **Indicadores de desempenho em serviços de enfermagem hospitalar: Revisão integrativa**; Fortaleza, 2011.

CASSIOLATO, M.; FERREIRA, H.; GONZALEZ, R. **Uma experiência de desenvolvimento metodológico para avaliação de programas: o modelo lógico do programa segundo tempo**. Texto para discussão 1369. Brasília: IPEA, 2009.

CAVEIÃO, C. **Organização estrutural e funcional do hospital**. Curitiba: Contentus, 2020.

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

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 1.958/2010 - **Define e regulamenta o ato da consulta médica, a possibilidade de sua complementação e reconhece que deve ser do médico assistente a identificação das hipóteses tipificadas nesta resolução.** Disponível em: <<https://sistemas.cfm.org.br/normas/visualizar/resolucoes/BR/2010/1958>>. Acesso em 20 dez. 2021.

CFM. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. RESOLUÇÃO CFM nº 2.077/14 - **Dispõe sobre a normatização do funcionamento dos Serviços Hospitalares de Urgência e Emergência, bem como do dimensionamento da equipe médica e do sistema de trabalho.** Disponível em: <<https://portal.cfm.org.br/images/PDF/resolucao2077>> Acesso: 20 dez. 2021.

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

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde.** 2022. Disponível em <https://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso 06/01/2022.

COSTA, C. V.; ALMEIDA, B. **Implementar *dashboard* e unificar os dados na área hospitalar.** 2020. Laboro ensino de excelência. Disponível em: <<http://repositorio.laboro.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/83>> Acesso: 06 jan. 2022.

CUNHA, J. A. C. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde: um estudo em hospitais filantrópicos.** São Paulo; 2011. Tese de Doutorado – Universidade de São Paulo, 2011 Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/12/12139/tde-01092011-190122/pt-br.php>> Acesso: 12 dez. 2021.

CUSTÓDIO, M. F. **Gestão da qualidade e produtividade.** São Paulo: Person Education do Brasil, 2015.

D'INNOCENZO, M. (coord). **Indicadores, auditoria, certificações:** ferramentas de qualidade para gestão em Saúde. 2 ed. São Paulo: Martinari, 2010.

DOERR, J. **Avalie o que importa:** como o Google, Bono Vox e a Fundação Gates sacudiram o mundo com os OKRs. Rio de Janeiro: Alta Books, 2019.

ECKERSON, W. **Performance dashboards.** measuring, monitoring and managing your business, New Jersey: John Wiley & Sons. 2011.

ECKERSON, W. **Performance management strategies:** How to Create and Deploy Effective Metrics. TDWI best practices report first quarter, 2009.

FHB. **Federação Brasileira de Hospitais.** CN Saúde – Confederação Nacional de Saúde. Cenários dos hospitais no Brasil 2020. Disponível em: <https://www.fbh.com.br/wp-content/uploads/2021/04/Cenarios_2020.pdf> Acesso: 05 jan. 2022.

FÁVERO, R. **Indicadores de desempenho**: desafios da escolha e do uso. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2017.

FNQ. Fundação Nacional da Qualidade. **Guia Prático**: aprenda como definir e utilizar os indicadores de desempenho. 2018. Disponível em: <https://mscompetitivo.org.br/uploads/mscompetitivo/files/1568638327guia_pratico_para_aprender_como_definir_e_utilizar_os_indicadores_de_desempenho> Acesso: 20 nov. 2021.

FNQ. Fundação Nacional da Qualidade. **Indicadores de Desempenho - Estruturação do Sistema de Indicadores Organizacionais**. Ebook. Excelência em qualidade. 2013. Disponível em: <https://prod.fnq.org.br/comunidade/wpc/ontent/uploads/2018/12/n_3_sistema_de_indicadores_fnq>. Acesso: 26 nov. 2022.

FERNANDES, A. M. R.; HENRIQUE, A. S.; LIEBEL, G.; DAZZI, R. L. S.; MEZADRI, T. **A relevância dos dashboards para a gestão da saúde na pandemia causada pelo COVID-19**. Brazilian Journal of Development, Curitiba, 2020. Disponível em <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BRJD/article/view/11931#:~:text=A%20grande%20quantidade%20de%20dados,uma%20an%C3%A1lise%20detalhada%20e%20eficiente>>. Acesso: 10 jan. 2022.

FEW, S. **Information Dashboard Design**. O'Reilly. January, 2006.

FPNQ. FUNDAÇÃO PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE. **Relatório do Comitê Temático**: Planejamento do sistema de medição do desempenho global. São Paulo, 2004.

FRANCESCHINI, F.; GALETTO, M.; MAISANO, D. **Management to define Designing Key Indicators and Performance Measurement Systems**. 2007, ISBN 978-3-540-73211-2 Springer Berlin Heidelberg Nova York.

FRAGA, A. C. **Dashboard no Microsoft Office Excel**. São Paulo: SENAI-SP Editora, 2016.

FRANCISCHINI, P. G.; FRANCISCHINI, A. **Indicadores de desempenho**: dos objetivos à ação – métodos para elaborar KPIs e obter resultados. Rio de Janeiro: Atlas Books, 2017.

GABRIEL, C. S.; MELO, M. R. A. C.; ROCHA, F. L. R.; BERNARDES, A.; MIGUELACI, T.; SILVA, M. L. P.. **Use of performance indicators in the nursing service of a public hospital**. Rev. Latino Am. Enfermagem. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/9FBXQZTHFchnfqMPYYXzYYJ/?lang=en>.> Acesso: 15 dez. 2021.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ed. – 4 reimp. São Paulo: Atlas, 2011.

GRAZISAEIDI, M. *et al.* **Desenvolvimento de painéis de desempenho no setor**

saúde: principais questões práticas. Acta Informatica Medica. 2015.

HENRIQUES, S. H. (org). **Tópicos contemporâneos em gestão hospitalar.** Person, 2019.

HUM. HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE MARINGÁ. **Atendimentos.** Disponível em: <https://www.hum.uem.br/hospital/atendimento>. Acesso: 05 jan. 2022

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Projeção da população 2020 – 2030.** Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?i bge/cnv/projpopuf.defacesso> 30/01/2022> Acesso: 15 dez. 2021.

ISO 9000 – 2015. **Sistemas de gestão da qualidade** – Fundamentos e vocabulário. Quality management systems – Fundamentals and vocabulary . 3 ed. 2015. www.abnt.org.br.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A estratégia em ação:** Balanced Scorecard. Rio de Janeiro: Elsevier,1997.

KHALIFA, M.; KHALID, P. **Developing Strategic Health Care Key Performance Indicators:** A Case Study on a Tertiary Care Hospital. Procedia Comp. Science. 2015; 63:459 - 466p.

KOERICH, M. S.; BACKES, D. S.; SOUSA, F. G. M.; ERDMANN, A. L.; ALBURQUERQUE, G. L. **Pesquisa-ação:** ferramenta metodológica para a pesquisa qualitativa. Rev. Eletr. Enf. [Internet]. 2009. 11(3):717-23.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENE, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil:** em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2003.

LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica.** 8 ed. São Paulo: Atlas, 2017.

LEMES, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. **A Gestão das Organizações hospitalares e suas complexidades.** VII Congresso Nacional de Excelência em Gestão. 2011.

LISBOA, T.C. **Lavanderia hospitalar:** integração homem-ambiente-função São Paulo; São Camilo, 1993.

LISBOA, T. C. **Organização estrutural e funcional do hospital.** Curitiba: InterSaberes, 2016.

LOAN, B. NESTIAN, A. S; TIȚĂ S. M. **Relevance of Key Performance Indicators (KPIs) in a Hospital Performance Management Model.** Journal of Eastern Europe Research in Business & Economics. DOI: 10.5171/2012.674169.

LORENZETTI, J.; LANZONI, G. M. M.; ASSUITI, L. F. C.; PIRES, D. E. P.; RAMOS, F. R. S. **Gestão em Saúde no Brasil:** Diálogo com Gestores Públicos e Privados. Contexto Enfermagem. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/qJDndkLvQ9qc6wVRsQRmyyH/?format=pdf&lan>

g=pt>. Acesso: 14 dez. 2021.

LORENZI, G. M. A. C. **Pesquisa-ação**: pesquisar, refletir, agir e transformar. Curitiba: InterSaberes, 2021.

MACHADO, S. C. E. P. **Como um protocolo de classificação de risco pode qualificar o encaminhamento dos pacientes na emergência**. Inovação na gestão Pública, 2005.

MACHLINE, C; PASQUINI, A. C. **Rede hospitalar nacional usa indicadores gerenciais na administração de suas unidades**. O mundo da Saúde. São Paulo: 2011.

MADALENO, J. M. **Uma proposta de sistematização de indicadores de desempenho na área hospitalar**. Dissertação em Sistemas de Gestão da Universidade Federal Fluminense. Niterói. 2015.

MANKINS, J. C. **TRL – Technology Readiness Levels**. Disponível em: <http://www.artemisinnovation.com/images/TRL_White_Paper_2004Edited>. Acesso: 14 mar. 2022.

MASCARENHAS, S. A. (org). **Metodologia científica**. Editora Pearson. 2ª ed. 2012.

MATOS, E.; PIRES, D. **Teorias Administrativas e Organização do Trabalho**: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na Enfermagem. Texto Contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006 Jul-Set; 15(3):508-14. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/PdVp6pWJtf_gXWnkg9HpDS3H/?format=pdf&lang=pt> Acesso: 13 dez. 2021.

MCALERLERNEY, A. S. **Population health management: strategies to improve outcomes**. Chicago: Health Administration Press; 2003.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549P. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude>. Acesso: 10 dez. 2021.

MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. **Perspectivas e desafios da Gestão Pública no SUS**. Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba. 2014 Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/18597>>. Acesso: 12 dez. 2021.

MENDES, J. D. V. BITTAR, O. J. N. V. **Saúde pública no Estado de São Paulo**: informações e implicações no planejamento de programas e serviços. Revista Administração Saúde, 2010.

MENDES, L. H. S. **Manual da ficha dos indicadores do Programa -UNIPLUS**. 5ed., São Paulo, 2018.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 3 ed. São

Paulo: GEN: Atlas, 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Sistema Único de Saúde (SUS)**: estrutura, princípios e como funciona, 2020. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sistema-unico-de-saude-sus-estrutura-principios-e-como-funciona>> Acesso: 21 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Ações Básicas Saúde. **Conceitos e definições em Saúde**. Brasília. 1977. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos> Acesso: 21 dez. 2021.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Terminologia Básica em Saúde**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. Disponível em: <<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0112terminologia>> Acesso: 05 jan. 2021.

MONIZ, B. A. **Modelo de criação de dashboards clínicos**. Dissertação. Mestrado em tecnologia e sistemas informativos. Web 2018. Disponível em: <<https://repositorioaberto.uab.pt/handle/10400.2/8081>> Acesso: 10 jan. 2022.

MOREIRA, T. M. M.; LIMA, L. L. S.; JORGE, S. R. S.; BESSA, M. S. **Manual de Saúde Pública**, 2ed. Salvador: Editora Sanar, 2019.

NASCIMENTO, A. B. **Gestão hospitalar e qualidade do atendimento**. São Paulo: Person Education do Brasil, 2017.

NUNES, P. M. **Proposta de um sistema de indicadores para monitoramento do sistema produtivo dos hospitais do estado de Santa Catarina**. Dissertação mestrado. Submetido ao Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina, 2018.

NÚÑEZ, A.; NERIZ, L.; MATEO, R.; RAMIS, F.; RAMAPRASAD, A.. **Emergency departments key performance indicators: A unified framework and its practice**. Health planning and management. 2018. Disponível em: <<https://doi-org.ez79.periodicos.capes.gov.br/10.1002/hpm.2548>> Acesso: 07 jan. 2022.

NOCE, C. A. M. **Análise da aplicação dos indicadores hospitalares de eficiência da ANS nos hospitais universitários federais brasileiros via business intelligence**. Dissertação de mestrado. Universidade de Brasília, Faculdade UnB Gama, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Biomédica, 2017. Disponível em: <https://bdtd.ibict.br/vufind/Record/UNB_de10a63569bf06496edcd8a9821f3842> Acesso: 07 jan. 2022.

OLIVEIRA *et al.* **Avaliação e classificação de risco**: tempo de espera dos usuários de baixa gravidade. Rev. Enfermagem. UFMS, 2016.

OTANI, N. **TCC**: métodos e técnicas. 2 ed. ver. Atual. Florianópolis: Visual Books,

2011.

QUESTIONPRO. **Calculadora de amostra de pesquisa**. Disponível em: <<https://static.questionpro.com/pt-br/mobile-diaries.html>>. Acesso: 10 fev. 2021.

PALADINI, E.; CARVALHO, M. **Gestão da Qualidade**: teoria e casos. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

PROGRAMA CQH COMPROMISSO COM A QUALIDADE HOSPITALAR. **Caderno de Indicadores CQH**. Edição, São Paulo, 2009.

PROJETO DE AVALIAÇÃO DO DESEMPENHO DO SISTEMA DE SAÚDE (PROADESS). **Avaliação do desempenho do sistema de Saúde**. 2011. Disponível em: <<http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>> Acesso: 20 dez. 2021.

PROQUALIS. **Qualidade do Cuidado e Segurança do Paciente**. Disponível em: <<https://proqualis.net/se%C3%A7%C3%B5es/indicadores>>. Acesso: 20 dez. 2021.

POSSOLI, G. E. **Acreditação hospitalar**: gestão da qualidade, mudanças organizacionais e educação permanente. Curitiba: InterSaberes, 2017.

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

RECHT *et al.* **Impacto nos indicadores-chaves de desempenho em um departamento acadêmico de imagens de RM por meio da melhoria de processos**. Journal of the American College of Radiology. 2013.

RODRIGUES, M. V. **Qualidade e acreditação em saúde**. Rio de Janeiro.: Editora FGV, 2016.

ROSSANEIS, M. A.; GABRIEL, C. S.; HADDAD, M. C. F. L.; MELO, M. R. A. C.; BERNARDES, A. **Indicadores de qualidade utilizados nos serviços de enfermagem de hospital de ensino**. Rev. Eletr. Enfermagem, v.16, n4, 2014.

RUA, M. G. **Desmistificando o problema**: uma rápida introdução ao estudo dos indicadores. Brasília: ENAP, 2004.

SAFDARI, R.; GHAZISAEEDI, M.; MIRZAEI, M.; FARZI, J.; GOODINI, A. **Development of Balanced Key Performance Indicators for Emergency Departments Strategic Dashboards Following Analytic Hierarchical Process**. The Health Care Manager. Volume 33, Number, pp. 328–334 2.

SANTOS, E. T. S.; FREITAS, A. A. S.; OLIVEIRA, D. M. L. **Acolhimento com avaliação e classificação de risco**: frente a superlotação dos serviços hospitalares de urgência. Ciência biológicas e de Saúde Unit. V.5, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/cadernobiologicas/article/view/5760/3008>> Acesso: 20 dez. 2021.

SECRETARIA DA SAÚDE DO PANARA. **Gestão com base populacional** – do modelo da gestão da oferta para o modelo da gestão da saúde da população.2021. PLANIFICASUS-PARANA. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/PlanificaSUS-Parana>> Acesso: 01 mai. 2022.

SECRETARIA DA SAÚDE DO PANARA. **Regionais de Saúde**. Disponível em: <<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/Regionais-de-Saude>> Acesso: 20 dez. 2021.

SCHRADER, F. T.; NETO, J. S. M.; CATANELI, R. C. B. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Distrito Federal/Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A gestão da saúde nos estados: avaliação e fortalecimento das funções essenciais**. Brasília: CONASS, 2007.

SCHULL, M. J.; GUTTMAN, A.; LEAVER, C. A.; VERMEULEN, M.; HATCHER, C. M.; ROWE, B. H.; ZWARENSTEIN, M.; ANDERSON, J. M. **Prioritizing performance measurement for emergency department care: consensus on evidencebased quality of care indicators**. CJEM N JCMU. Canadian Association of Emergency Physicians. 2011. Disponível em: DOI 10.2310/8000.2011.110334. Acesso: 20 dez. 2021.

SCIACOVELLI, L.; LIPPI, G.; SUMARAC, Z.; WEST, J.; CASTRO, I. G. P. C.; VIEIRA, K. F.; IVALOV, A.; PLEBANI, M. **Quality Indicators in Laboratory Medicine: the status of the progress of IFCC Working Group “Laboratory Errors and Patient Safety” Project**. International Federation of Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (IFCC) 2016. Disponível em: <<https://doi.org.ez79.periodicos.capes.gov.br/10.1515/cclm-2016-0929>>. Acesso: 10 fev. 2022.

SEIFFERT, L. S.; WOLFF, L. D. G.; FERREIRA, M. M. F.; CRUZ, E. D. A.; SILVESTRE, A. L. **Indicators of effectiveness of nursing care in the dimension of patient safety**. Rev. Bras. Enferm. 73 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/reben/a/bH386JswdxYD7jBbWMtbFTQ/?lang=en>>. Acesso: 14 mar. 2022.

SEMES. **Manual de Indicadores de Calidad para los servicios de urgencias de hospitales**. Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) 2009.

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

SIMUNDIC, A.; TOPIC, E. **Indicadores de qualidade**. 2008. Disponível em: <<https://www.biochemiamedica.com/en/journal/18/3/10.11613/BM.2008.027/fullArticle>>. Acesso: 15 jan. 2022.

SOUSA, F. S.; JORGE, M. S. **Sistema único de Saúde: arcabouço jurídico legal com ênfase na lei orgânica da Saúde**. In: MOREIRA T.M.M. (Org). Manual de saúde pública. Salvado: Sanar, 2016.

SOUZA, T. T. S. S.; BEZERRA, A. L. D.; FEITOSA, M. O.; SOUSA, M. N. A. **Percepção de Gestores Hospitalares sobre a qualidade nos serviços de Saúde.** Revista Interdisciplinar em Saúde, Cajazeiras, 1 (1): 82-100, set/out. 2014.
THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 1947. 18 ed. São Paulo: Cortez, 2011.

TRETTENE, A. S.; RAZERA, A. P. R.; BELUCI, M. L.; PRADO, P. C.; MONDINI, C. C. S. D.; SPIRI, W. C. **Absenteeism and the Technical Safety Index of a tertiary hospital nursing team.** Rev Esc Enferm USP - 2020;54:e03585. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/Reusp/a/CQxHyXhG5txCxTbRkPCW9Mh/?format=pdf&lang=ptdoi:https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018036003585>>. Acesso: 14 mar. 2022.

TRIPP, D. **Pesquisa-ação: uma introdução metodológica.** Educação e Pesquisa, São Paulo, v. 31, 2005.

TRONCHIN, D. M. R.; FREITAS, G. F.; MELLEIRO, M. M. **Avaliação dos serviços, qualidade e segurança do paciente no setor de saúde.** In: KURCGANT, P. (org). Gerenciamento em enfermagem. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016. p. 59-73.

VIEIRA, D. K.; DETONI, D. J.; BRAUM, L. M. S. **Indicadores de Qualidade em Unidade Hospitalar.** III SEGet – Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia 2006. Disponível em: <https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos06/680_Indicadores%20de%20qualidade%20em%20uma%20Unidade%20Hospitalar> Acesso: 20 dez. 2021.

VIOLA, D. C. M.; CORDIOLI, E.; PEDROTTI, C. H. S.; IERVOLINO, M.; NETO, A. S. B.; ALMEIDA, L. R. N.; NEVES, H. S. S.; LOTTENBERG, C. L. **Advanced units: quality measures in urgency and emergency care.** Einstein, v.12, n.4, 2014.

VIGNOCHI, L.; GONÇALO, C. R.; LEZANA, A. G. R. **How do hospital managers use performance indicators?** RAE-Revista de Administração de Empresas. Volume54, Edição5, Página496-509. 2014; DOI10.1590/S0034-759020140504.

WALEED, A. D.; AMR, A. **Simulation-based framework to improve patient experience.** 3S Group, College of Business, Dublin Institute of Technology, Dublin, Ireland 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Organização Mundial de Saúde. **Health Systems Financing: The path to universal coverage.** Genebra. 2010. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44371/9789899717848_por.pdf?sequence=33&isAllowed=y>. Acesso: 05 jan. 2022.

YIGITBASIOGLU, O. M., VELEU, O. The use of dashboards in performance Management: Evidence from Sales Managers. **International Journal of Digital Accounting Research.** 2012.

ZANCHI, Marco Túlio. **Sociologia da saúde.** 3 ed. rev.e ampl. – Caxias do Sul, RS: Educs, 2012.

APÊNDICE A – Matriz FOFA (SWOT)

	AJUDA	ATRAPALHA
INTERNA (Organização)	FORÇAS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Visão sistêmica do setor; 2. Auxilia na tomada de decisão; 3. Maior transparência nas informações; 4. Alinhamento estratégico; 5. Permite apresentar as informações de forma clara e objetiva; 6. Indicadores claros para medir o progresso. 	FRAQUEZAS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Ausência de indicadores na construção do painel de dados; 2. Tempo para a construção e atualização do painel; 3. Ausência de uma Cultura organizacional focada em resultados; 4. Algumas limitações na interação se for construída em diversas e diferentes planilhas; 5. Baixa tecnologia;
EXTERNA (Ambiente)	OPORTUNIDADES: <ol style="list-style-type: none"> 1. Pesquisa aplicado ao setor do hospital público; 2. Otimização no serviço; 3. Melhoria na qualidade dos serviços execução; 4. Otimização de tempo; 5. Treinamento dos colaboradores; 6. Desenvolvimento de tecnologia com foco na realidade do setor; 	AMEAÇAS: <ol style="list-style-type: none"> 1. Surgimento de alta tecnologia, como por exemplo sistemas; 2. Mudanças na legislação; 3. Concorrência; 4. Ausência de investimento; 5. Corte orçamentário;

Fonte: Elaborada pela autora (2022)

APÊNDICE B – Modelo de Negócio CANVAS

<p>Parcerias Chave:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hospital versus Universidade - estimular o desenvolvimento tecnológico e formação de profissionais; Empresas tecnológicas; Municípios com objetivo de difundir uma cultura hospitalar por meio de ferramentas de gestão (indicadores) e visualização de dados (<i>Dashboards</i>) 	<p>Atividades Chave:</p> <ol style="list-style-type: none"> Incentivar o desenvolvimento de uma cultura hospitalar baseada em sistema de medição; Elaboração de Indicadores chaves para medir o processo; Alinhamento estratégico por meio dos indicadores desempenho; 	<p>Propostas de Valor:</p> <ol style="list-style-type: none"> Desenvolvimento de uma ferramenta para gestão hospitalar; Gestão baseada em indicadores de desempenho; Indicadores claros para medir o processo; Painel de dados que contribua com agilidade e qualidade das informações; Produto que colabore com o impacto ambiente por meio da redução de relatórios impressos; 	<p>Relacionamento:</p> <ol style="list-style-type: none"> Serviço customizado - personalizado conforme cada área hospitalar e suas necessidades 	<p>Segmentos de Clientes:</p> <ol style="list-style-type: none"> Hospitais públicas e particulares; Setor de inovação hospitalar; Empresas do segmento da área da saúde;
<p>Estrutura de Custos:</p> <ol style="list-style-type: none"> Manutenção dos pesquisadores; Custos com treinamentos e formação acadêmica; 	<p>Fontes de Receita:</p> <ol style="list-style-type: none"> Venda do Dashboard para outros hospitais; Suporte e assistência na pós-venda; Elaboração dos indicadores e do Dashboard; 			

Fonte: Elaborada pela autora (2022)

APÊNDICE C – Artigo submetido ou publicado

ESTUDO BIBLIOMÉTRICO SOBRE INDICADORES DE DESEMPENHO NA GESTÃO HOSPITALAR

BIBLIOMETRIC STUDY ON PERFORMANCE INDICATORS IN HOSPITAL MANAGEMENT

ESTUDIO BIBLIOMÉTRICO SOBRE INDICADORES DE DESEMPEÑO EN GESTIÓN HOSPITALARIA

RESUMO

Objetivo: apresentar um estudo bibliométrico sobre Indicadores de Desempenho na gestão hospitalar. **Método:** Foi utilizada uma revisão bibliométrica. Optou-se pela utilização da base de dados Web of Science para a coleta de dados e os softwares “Bibliometrix” e “StudioR” para a análise dos dados. A estratégia metodológica para buscar material científico foi realizada da seguinte maneira: foram utilizadas palavras chaves, tais como: “*performance indicator*”, “*hospital management*” e “*performance*” na busca científica. No total, obtivemos um número de 296 documentos. Não foi empregado corte temporal na amostragem, desse modo, a pesquisa abrangeu materiais de 1945, data de fundação da base Web of Science, até 2021, quando foi feito o levantamento. Foram analisados, no primeiro momento, dados sobre os autores, periódicos e documentos. No segundo momento, a análise abordou a estrutura conceitual e intelectual. **Fundamentação teórica:** foi apresentado uma evolução temporal acerca das publicações científicas sobre indicadores de desempenho na gestão hospitalar com diferentes focos na organização hospitalar. **Resultado:** Entre os principais resultados encontrados na análise, foi possível constatar que a amostra teve início em 1988, porém o tema começou a ganhar grande volume de publicações a partir de 2005, tendo maior número de documentos publicados em 2020, chegando a 43. Os autores em destaque são: Amos D; Au-Yong CP; Liu HC e Musa ZN, com 4 documentos cada. A área com maior quantidade de publicações é *Health Care Sciences Services* juntamente com *Health Policy Services* com 56 documentos cada. O principal periódico é a *Revista International Journal for quality in Health Care* com 8 documentos. As palavras mais citadas são: *Hospitals / hospital* (34), *Performance indicators e quality indicators* (17), *Performance; performance measurement* (16). Por fim, não menos importante, quando analisada a estrutura conceitual desses materiais, é possível identificar dois grupos bem significativos, com grande quantidade de publicações: *Quality indicators e Performance Management*. A partir da análise da estrutura intelectual, feita por meio da Cocitação, foi possível identificar cinco grupos, com foco na gestão hospitalar e sistema de medição de desempenho, (Kaplan) voltados para qualidade na prestação de serviços, (Donabedian), na qualidade e segurança do paciente, (Shortell SM; Berwick, SM), relacionados a Medicina geral e interna, (Peterson, ED e Fonarow, GC), e por fim, um grupo que tem relação direta e características nas quatro áreas percorridas anteriormente, destaque para o autor (Ruter).

Palavras chaves: Indicadores de desempenho; Gestão hospitalar; Performance

ABSTRACT

Objective: To present a bibliometric study on performance indicators in hospital management. **Method:** A bibliometric review was used. We chose to use the Web of Science database for data collection and the software "Bibliometrix" and "StudioR" for data analysis. The methodological strategy to search for scientific material was carried out as follows: key words such as "performance indicator", "hospital management" and "performance" were used in the scientific search. In total, we obtained 296 documents. No time frame was used in the sampling, so the search covered materials from 1945, date of foundation of the Web of Science database, until 2021, when the survey was made. In the first step, data about authors, journals and documents were analyzed. In the second step, the analysis addressed the conceptual and intellectual structure. **Theoretical background:** a temporal evolution was presented about the scientific publications on performance indicators in hospital management with different focuses on hospital organization. **Result:** Among the main results found in the analysis, it was possible to see that the sample started in 1988, but the subject began to gain a large volume of publications from 2005 on, with a greater number of documents published in 2020, reaching 43. The featured authors are: Amos D; Au-Yong CP; Liu HC and Musa ZN, with 4 papers each. The area with the largest number of publications is *Health Care Sciences Services* together with *Health Policy Services* with 56 papers each. The main journal is the *International Journal for quality in Health Care* with 8 documents. The most cited words are: *Hospitals / hospital* (34), *Performance indicators and quality indicators* (17), *Performance; performance measurement* (16). Last but not least, when the conceptual structure of these materials is analyzed, it is possible to identify two very significant

groups, with a large number of publications: Quality indicators and Performance Management. From the analysis of the intellectual structure, made through the Co-citation, it was possible to identify five groups, focusing on hospital management and performance measurement system, (Kaplan) focused on quality in service delivery, (Donabedian), on quality and safety of the patient, (Shortell SM; Berwick, SM), related to general and internal medicine, (Peterson, ED and Fonarow, GC), and finally, a group that has direct relation and characteristics in the four areas previously discussed, highlighting the author Ruter.

Keywords: Performance indicators; Hospital management; Performance.

RESUMEN

Objetivo: Presentar un estudio bibliométrico acerca de indicadores de desempeño en la administración hospitalario. **Método:** Fueron utilizado una revisión bibliométrica. Fue elegido por la utilización de la base de información Web de la Ciencia para recoger informaciones y el softwares "Bibliometrix" y "StudioR" para analizar la informaciones. La estrategia metodologica para buscar material científico fue realizada de la siguiente manera: fueron utilizadas palabras claves, semejantes como: "indicador de desempeño", "administración hospitalaria" y "rendimiento" en la búsqueda científica. En total, obtenemos un número de 296 documentos. No fueron utilizado corte temporal en la muestra, de ese modo, la pesquisa abarcó materiales de 1945, fecha de fundación de las informaciones Web de la Ciencia, hasta 2021, cuando fue hecho el levantamiento. Fueron analizados, en el primero instante, informaciones acerca de los autores, periodicos y documentos. En el segundo momento, el análisis abordó la estructura conceptual e intelectual. **Fundamentación teórica:** fue presentado una evolución temporal acerca de las publicaciones científicas acerca de los indicadores de desempeño en la administración hospitalare con diferentes focos en la organización hospitalaria. **Resultado:** Entre los principales resultados encontrados en el analisis, fue posible verificar que la muestra tuvo comienzo en 1988, pero el tema empezó ganar gran volumen en publicaciones acerca de 2005, teniendo mayor número de documentos publicados en 2020, llegando a 43. Los autores destacados son: Amos D; Au-Yong CP; Liu HC y Musa ZN, con 4 documentos cada. El área con mayor cantidad de publicaciones *Health Care Sciences Services* juntamente con *Health Policy Services* con 56 documentos cada uno. El principal diario es la Revista *International Journal for quality in Health Care* con 8 documentos. Las palabras más citados son *Hospitals / hospital* (34), *Performance indicators* y *quality indicators* (17), *Performance; performance measurement* (16). Por fin, no menos importante, cuando se analiza la estructura conceptual deses materiales, es posible identificar dos grupos bien significativos, con grande cantidad de publicaciones: *Quality indicators* y *Performance Management*. Desde del analisis de la estructura intelectual, hecha por el medio de la cotización, fue posible identificar cinco grupos, con enfoque en la gestión hospitalaria y sistema de medicion del desempeño, (Kaplan) con enfoque en la gestión hospitalaria y sistema de medicion del desempeño, enfocados en la calidad en la prestación de servicios, (Donabedian), en la calidad y seguridad del paciente (Shortell SM; Berwick, SM), relacionados con la medicina general e interna, (Peterson, ED e Fonarow, GC), y por fin un grupo que tiene relación directo y características en las cuatro áreas discutidas previamente, énfasis en el autor (Ruter).

Palabras claves: Indicadores de desempeño; Administración hospitalario; Rendimiento

INTRODUÇÃO

Sabe-se que a superlotação nos serviços de saúde é algo corriqueiro. Sendo assim, é fundamental uma gestão estratégica, a qual possibilite de forma rápida o atendimento aos pacientes sem perder a qualidade na prestação de serviço. Dessa forma, na “gestão hospitalar, a medição do desempenho é de vital importância para a melhoria da qualidade dos serviços de saúde” (SHAN JIANG ET AL., 2020, p.1).

Nesse contexto, os indicadores de desempenho surgem como ferramentas relevantes que auxiliam na gestão hospitalar. De acordo com Projeto de Avaliação de Desempenho de Sistemas de Saúde -PROADESS, (2011, s.p) “indicadores de desempenho (ID) são

compreendidos como medidas que indicam o “grau de realização” em cada dimensão do desempenho a ser avaliado”. Sendo assim, “A análise de desempenho é uma forma importante para os hospitais alcançarem maior eficiência e eficácia na prestação de serviços aos seus clientes” (SI, SHENG LI ET AL, 2017, p.1).

A produção científica sobre Indicadores de Desempenho na gestão hospitalar tem crescido consideravelmente nos últimos anos. Entretanto, não foi localizado nenhum tipo de estudo sobre o panorama global científico e nem relacionado ao entendimento das origens e tendências sobre o tema objeto de estudo. Nesse sentido, o presente artigo tem como problematização apresentar um panorama da produção científica sobre indicadores de desempenho na gestão hospitalar.

Tendo em vista as considerações anteriores, este artigo tem como objetivo apresentar um estudo bibliométrico sobre indicadores de desempenho na gestão hospitalar, com o intuito de entender a estrutura intelectual e conceitual da pesquisa científica sobre o objeto proposto. O mapeamento científico é complexo e difícil de manejar. Desta forma, a bibliometria surge como ferramenta útil para realizar análises abrangentes de artigos científicos (ARIA E CUCCURULLO, 2017).

Segundo Aria e Cuccurullo (2017, p.961) em estudos referentes a bibliometria, a análise mais comum é através das citações. O mesmo autor afirma que esse método “[...] emprega contagens de citações como uma medida de semelhança entre documentos, autores e periódicos. A análise de citações pode ser decomposta em acoplamento bibliográfico e cocitação”. (ARIA E CUCCURULLO 2017, p.961). Dessa forma, em um primeiro momento realizar-se-á a análise dos autores, periódicos e documentos. E, em um segundo momento, análise da estrutura conceitual e intelectual por meio de redes de cocitação de referências de palavras-chave.

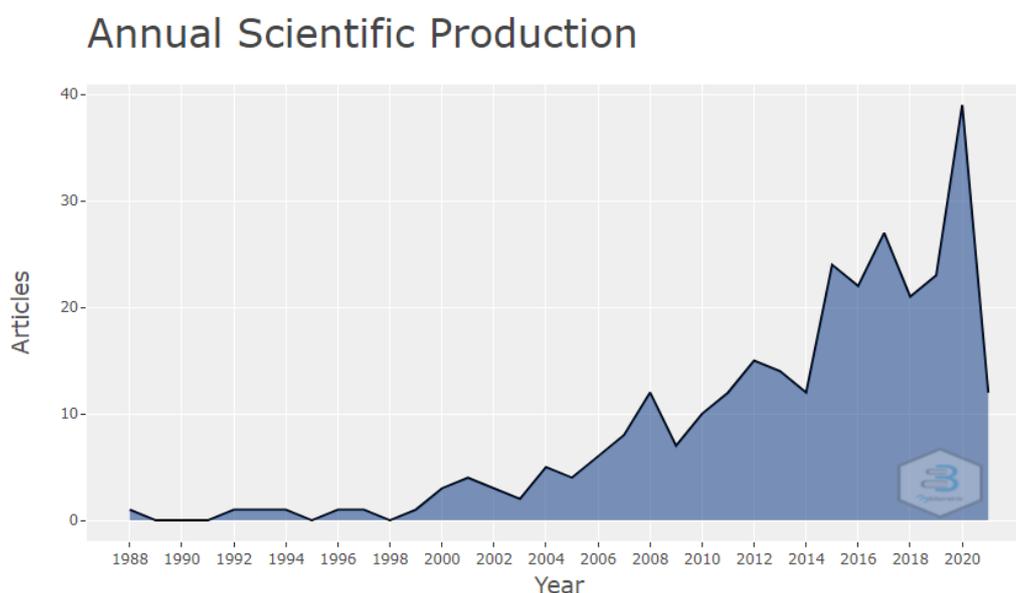
O presente estudo visa contribuir com um maior entendimento a respeito das origens e tendências sobre indicadores de desempenho na área hospitalar, bem como vislumbrar oportunidades de contribuição cientificamente para o tema proposto.

O artigo está organizado em cinco seções. Além desta seção introdutória, na segunda seção é realizada o referencial teórico acerca do assunto. Na terceira seção é apresentada a metodologia empregada no estudo, na quarta são exibidos os resultados e as discussões provenientes do estudo e na última seção são apresentadas as considerações finais, seguidas das referências.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O termo, indicador de desempenho na gestão hospitalar, teve sua primeira citação na literatura em 1988 na área de Ciências em Serviços de Saúde, com o título *Hospital Management through Performance Indicators - A case-study*, de autoria de TADEI, R. O termo voltou a ser tema de pesquisa em 1992, na área de Psicologia, com o título *The Application of a Performance Management-system in Hospitals - A hypothetical example*, autor Vantijl, HFJM. Contudo, pode-se observar no Gráfico 1- Evolução da produção anual científica, ou seja, quantidade de artigos publicados por ano que foi a partir de 2005 que ocorreu uma crescente produção científica com altos e baixos relacionados ao assunto, porém, o auge foi de fato em 2020, com a publicação de 43 documentos.

Gráfico 1 - Evolução das publicações anuais



Fonte: Bibliometrix e Software Studio R (2021).

A evolução da produção anual sobre indicadores de desempenho na gestão hospitalar surgiu mediante diversas publicações com pensamentos e focos diferentes. No entanto, todos direcionados a buscar melhorias na gestão hospitalar. Para exemplificar, é possível indicar, na área *Health Policy & Services*, o artigo intitulado *Applying performance indicators to health system improvement*, 2002, autor Leatherman, S. Na pesquisa, ele discorre sobre o ciclo de medição por meio da adoção dos indicadores de desempenho. O artigo também sintetiza algumas evidências correlacionadas ao uso e os impactos da divulgação pública de dados de desempenho de saúde, com base em grande parte na experiência americana do norte, Leatherman(2002).

Nessa mesma área destaca-se também artigo relacionados a construção dos principais indicadores na gestão hospitalar, como por exemplo *Hospital performance management: A multi-criteria decision-making approach*, autoria Tyagi, A; Singh, P. (2019) é identificar os indicadores de desempenho responsáveis pelo HPM” - hospital performance management. Singh, P., (2019). No mesmo raciocínio artigo intitulado artigo *Performance indicators: healthcare professionals' views*, autoria Gu XZ; Itoh, K (2016). Esse artigo tem como propósito identificar a utilidade do indicador como um recurso para avaliar o desempenho da saúde por meio da visão dos profissionais para projetar indicadores-chaves de desempenho. XZ; KENJI (2016)

Foi em 1992 que começaram a surgir estudos com enfoque nos recursos humanos dentro da gestão. Como por exemplo, o artigo “*The application of a performance management-system in Hospitals - a Hypothetical example*”, autor Vantuijl, HFJM. O tema central deste artigo é a gestão do desempenho, definida como atividades das organizações que visam a uma utilização eficaz e eficiente de seus recursos humanos. A organização é focada, em particular, no hospital. São tratados três princípios extraídos da teoria da motivação, os quais são básicos para a gestão de desempenho: estabelecimento de metas, feedback e reforço. Na mesma direção, Silver; Géis; Bateman (2004) enfatizou o fator humano no processo de avaliação e gestão de segurança organizacional para as áreas temáticas clínicas de pacientes internados utilizando medidas e métodos estabelecidos pelo CMS - *Centers for Medicare & Medicaid Services* para avaliar desempenho da *Medicare Quality Improvement Organizations (QIOs)* em todo país.

Já relacionados a área *Health Care Sciences Services*, é possível identificar a busca por melhoria na qualidade e segurança na prestação de serviço por meio dos indicadores. Destaca-se os artigos intitulado *Quality improvement implementation and hospital performance on quality indicators*, autoria Weiner, BJ (2006), que tem como objetivo “examinar implementação da melhoria da qualidade (QI) em hospitais e o desempenho hospitalar em indicadores selecionados de qualidade clínica” (WEINER, BJ, 2006, p. 307). Na mesma direção, *Are performance indicators used for hospital quality management: a qualitative interview study amongst health professionals and quality managers in The Netherlands*, autoria Botje, Daan et al (2016) com objetivo atividades internas de gestão da qualidade por meio da exploração do uso de indicadores de desempenho nos hospitais. E o artigo *Quality improvement implementation and hospital performance on patient safety indicators*, autoria Weiner, BJ et al (2006) com foco nos indicadores de segurança do paciente.

Já referente à área *a Managemet*, fica evidente a preocupação em criar e validar

indicadores e como é utilizado os mesmos na condução hospitalar. Destaca-se artigos como *Testing The Management Relevance Of Performance Indicators Within A Hospital Performance Management Model*, autoria Ioan, B; Nestian; Tita, S (2011) tem por objetivo a criação e validação de um modelo de gestão de desempenho hospitalar. Outro artigo *How do hospital managers use performance indicators?* Objetivo do artigo foi analisar como é utilizado indicadores de desempenho na gestão hospitalar com foco na gestão estratégica de recursos. (VIGNOCHI; GONCALO; ROJAS LEZANA, 2014)

Em meio a essa evolução de produção científica, o sistema de medição por meio de indicadores, como o "*balanced scorecard*", começou a ficar em maior evidência. O artigo intitulado *Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo Clinic*, (2000), autores: Curtright, JW; e Edell, ES discorre sobre isso. A pesquisa expõe a complexidade de gerenciar e medir sistemas de saúde integrados compostos de hospitais, clínicas ambulatoriais e centros de cirurgia, lares de idosos e serviços de saúde domiciliar. Desta forma, para gerenciar várias organizações adotam o sistema de desempenho conhecido como "balanced scorecard" ou "relatório de painel", onde fornece uma visão de nível macro por meio dos indicadores.

Surgiram, também, documentos científicos relacionados com a ferramenta *benchmarking*, como por exemplo: *Knowledge management system for benchmarking performance indicators using statistical process control (spc) and virtual instrumentation (VI)*, (2003), autores: Parachoor, SB; Rosow, E; Enderle, JD. Visando melhorias contínuas na qualidade de serviços executados, a utilização da ferramenta de *benchmarking*, sobre o uso de dados como ferramenta de comparações com outras organizações para avaliar o desempenho da gestão hospitalar. Na mesma linha o artigo intitulado como *Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe*. No texto afirma que é um componente central da política de saúde a medição por meio de indicadores de desempenho alinhado com a ferramenta de *benchmarking*. (KLAZINGA, N; FISCHER, C.; ASBROEK, 2011) O artigo *Performance Measurement System of Process-Analysis in Hospitals and the Application of Benchmarking* ressalta que *benchmarking* "é classificado como um ponto de partida eficaz para uma otimização de processo bem-sucedida" na gestão hospitalar. (Mueller, M et al.; 2012, p.24)

Outros trabalhos, com foco na questão financeira, também merecem destaque, como o artigo nomeado *Management strategies and financial performance in rural and urban hospitals* (2001), autoria de: Wang, BBL; Wan, TTH; Falk, JÁ; Goodwin, D. O artigo aborda a diferença

financeira entre hospitais rurais e urbanos, verificando se essa diferença possui relação com a estratégica de gerenciamento de custo utilizada por um deles. É apresentado 10 indicadores de desempenho relacionados a quatro categorias: receita, custos, lucros e produtividade. O artigo *Financial Performance of Croatian Public Hospitals* autoria de: Lutilsky; Zmuk; Budimir (2016), tem por objetivo apresentar o desempenho financeiro dos hospitais Croatas de 2014 e 2015 através dos indicadores financeiros na qual fornecem informações relacionadas alocação eficiente de recursos orçamentários além de informações sobre a qualidade hospitalar. E o artigo *An expert system for financial performance assessment of health care structures based on fuzzy sets and KPIs*, autor Muriana; Piazza; Vizzini, (2016) Aborda questões sobre a importância de avaliar para o planejamento adequado do recurso financeiro no desempenho da assistência à saúde e também sobre avaliação desempenho das estruturas de saúde para melhor otimização da alocação de recursos.

Voltado para a área da informação, temos o artigo *Enhancing performance in health care: A theoretical perspective on agency and the role of information*, autor por Goddard, M; Mannion, R; e Smith, P. (2000) discorre sobre o papel da informação em assegurar o controle de saúde de cuidados de sistemas. Artigo *Impacts of Information Quality on Operation Performance by Computer Simulation*, Su, Y; Shen, NQ (2010) discorre sobre a importância da qualidade das informações no impacto do desempenho no processo de operação nas salas de cirurgia. O artigo *Performance improvement indicators of the Medical Records Department and Information Technology (IT) in hospitals* Ajami, S; Ketabi, S; Torabiyan, F (2015) descreve sobre a Tecnologia da Informação (TI) alinhada com indicadores desempenho na busca por melhorias no Medical Record Department (MRD)

Diante do exposto, podemos perceber como a análise dos indicadores de desempenho na área da saúde tem se tornado mais complexa, principalmente por esses indicadores estarem interligados com demais subdepartamentos / unidade. “A complexidade dos hospitais públicos está associada aos serviços que presta, que dependem de vários processos” (ARMIJOS E NUNEZ, 2020, p.626). Nesse sentido, o termo indicadores de desempenho vem sendo relacionado com a gestão hospitalar. Para Si, Sheng Li et al., (2017, p. 1) “Avaliar o desempenho clínico e de serviço é significativo para impulsionar a excelência de qualidade e obter um desempenho mais eficaz”.

Assim, o crescente uso dos indicadores faz com que a produção acadêmica sobre o assunto também se expanda. Conforme Armijos e Núñez (2020, p. 627), “Em nível global, o uso de indicadores de gestão é cada vez mais frequente”, reforçando ainda mais a importância

da análise do estudo proposto.

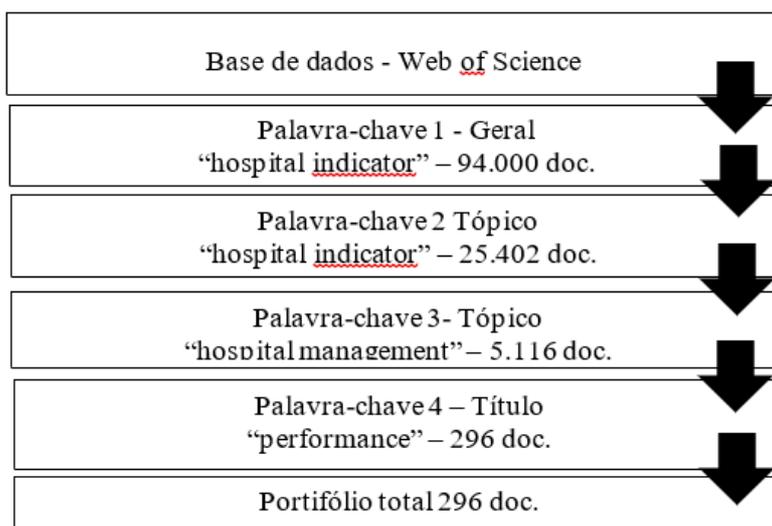
METODOLOGIA

Foi utilizado a bibliometria para análise sobre as estruturas intelectuais e conceituais relacionadas a indicadores de desempenho na gestão hospitalar. “A bibliometria é um estudo que visa analisar e construir indicadores sobre a dinâmica e evolução da informação científica em relação a um determinado tema por meio de métodos estatísticos e matemáticos” (SPINAK, 1998, *APUD* CARDOSO; SILVA; SILQUEIRA, 2020, p.2)

A Bibliometria é adequada para realização de análise (mais objetivo e confiável) sobre o mapeamento científico de determinado tema de pesquisa. “É uma ferramenta de código aberto para pesquisa quantitativa em cienciometria e bibliometria que inclui todos os principais métodos bibliométricos de análise” (BIBLIOMETRIX, 2021, S.P.)

O Quadro 1 ilustra o diagrama para o processo de identificação, triagem e inclusão na base científica. Logo em seguida, é discorrido o processo de parametrização, estruturação e processamento dos dados.

Quadro 1 - Diagrama para os processos de identificação, triagem e inclusão.



Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Parametrização: a base de dados utilizada para a pesquisa foi a Web of Science. Em uma busca sobre indicadores de desempenho, realizados em setembro de 2021, foram encontrados 94 mil documentos. Para delimitar mais o estudo, foram utilizadas palavras chaves em inglês, como “hospital management”, que resultou em 5.116 documentos e “performance”, que gerou 296 documentos com a utilização de conectivos lógicos como os operadores booleanos. Não houve restrições para o período, sendo, portanto, alvo dessa busca, documentos que poderiam

estar na base desde 1945. Porém, só foram encontrados documentos datados a partir do ano de 1988. Foram utilizadas planilhas eletrônicas para a tabulação dos dados, além do próprio site da Web of Science, que disponibiliza uma ferramenta para análise de dados por meio de filtros.

Estruturação: Na realização desta etapa foram consolidados os dados obtidos na busca dos termos e exportação dos resultados em formato TXT. Logo em seguida, foram salvos no pacote *Bibliometrix* por meio do software Rstudio.

Processamento: As análises foram feitas também com o apoio do pacote ‘bibliometrix’ para o software R., de acordo com recomendações autores Aria e Cuccurullo, 2017 no artigo *Bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis, Journal of Informetrics*. A análise é dividida em duas partes: A primeira com foco nos autores, periódicos e palavras-chave, para em seguida, desempenhar uma compreensão mais aprofundada do campo em estudo por meio da estrutura de conhecimento conceitual e intelectual. Para tanto, foram utilizadas as redes de cocitação de referências e de coocorrência de palavras-chave, conforme exposto por Vilas Boas; Nascimento (2020).

De acordo com Leydesdorff & Vaughan, (2006) apud Boas; Nascimento (2020, p. 25)

Essas redes são uma visualização obtida a partir da contagem das frequências de termos que aparecem juntos em um mesmo documento, dando a origem a uma matriz simétrica de coocorrência. Nessa matriz, a diagonal corresponde a frequência do termo no conjunto de publicações analisadas e os outros valores são as frequências *coword*

As redes foram construídas por pontos através da cocitação de autores na qual podem direcionar as tendências e as principais obras científicas que mais influenciam o mundo científico sobre objetivo de estudo.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesse tópico é apresentado os principais dados que envolve um estudo bibliométrico, ou seja, informações referentes aos autores, áreas, periódicos, além de abordar a estrutura conceitual e intelectual sobre Indicadores de Desempenho na gestão hospitalar.

A Tabela 1 apresenta as principais informações coletadas. A pesquisa analisou 296 documentos científicos, na qual não houve o empregado de corte temporal na amostragem, desse modo, a pesquisa abrangeu materiais de 1945, data de fundação da base Web of Science, até 2021, quando foi feito o levantamento. Foi identificado uma média de 7,14 correspondente às publicações por ano referente ao objeto de estudo. Já com relação aos tipos de documentos, 238 refere-se a artigos científicos e os demais são documentos do tipo *Proceedings Paper, Editorial Material, Meeting Abstract*. Sobre os autores, dentro da amostra de estudo apenas 25

documentos científicos possuíam autoria única, os demais 1267 com múltipla autoria, ou seja, mais de um autor no desenvolvimento dos documentos científicos.

Tabela 1 – Informações da pesquisa

Principais informações	Quantidade
DADOS	
Documentos	296
Período	A partir 1945– 2021 ^{*7}
Anos médios de publicação	7,14
Média de citações por documento	14,51
Média de citações por ano por documento	1.641
Referências	9469
TIPOS DOCUMENTOS	
Tipos documentos: artigos	238
Tipos documentos: outros	58
Citando artigos	48.176
Sem autocitações	47.367
AUTORES	
Autores	1292
Autores de documentos de autoria única	25
Autores de documentos de autoria múltipla	1267

Fonte: Web of Science (2021)

Já na Tabela 2, são apresentados os autores mais produtivos da amostra, ou seja, os que possuem mais publicações. É demonstrado tanto em quantidade de publicações quanto na métrica de artigos fracionados que leva em consideração as colaborações. Por meio dessa amostra, identificamos que os mais produtivos são 4 autores com 4 documentos científicos

^{7*} Pesquisa realizada até o dia 28/08/2021

cada. Em seguida, temos 15 autores com uma produção total de 3 documentos cada. Os demais autores localizados possuem 1 ou 2 trabalhos publicados.

Tabela 2 – Autores com os maiores números de publicações.

Autores	Quantidade de Documentos ²	Artigos Fracionados ³
AMOS D	4	1,33
AU-YONG CP	4	1,33
MUSA ZN	4	1,33
LIU HC	4	1,20
ALBERT NM	3	0,22
ALEXANDER JÁ	3	0,70
BRAITHWAITE J	3	0,81
BUDIMIR V	3	1,00
CASTREN M	3	0,48
FONAROW GC	3	0,20
ITOH K	3	1,50
KLAZINGA N	3	0,64
LUTILSKY ID	3	1,00
MANNION R	3	1,00
NILSSON H	3	0,64
PINTELON L	3	1,03
RADESTAD M	3	0,56
RUTER A	3	0,56
WALSHE K	3	0,67

² Quantidade de documentos: refere-se à quantidade de publicações que cada autor (principal e secundário) realizou, sendo essa equivalente a quantidade de autores (1292);

³ Artigo fracionado: diz respeito às colaborações que cada autor (principal e secundário) realizou nos artigos, o que corresponde ao valor igual ao número total de documentos desse estudo (296). Na tabela não consta autores com 2 ou 1 artigo publicado.

Os três primeiros autores são: Amos D; Au-Yong, Cheong Peng e Musa, Zairul Nisham que em conjunto produziram 4 textos, publicados nos anos de 2020 e 2021. Dentre os artigos

desses autores, destacamos o *Performance measurement of facilities management services in Ghana's public hospitals*, no ano de 2020 com 8 citações. O objetivo deste estudo foi explorar e medir o desempenho dos serviços de gerenciamento de instalações nos hospitais públicos de Gana. Tendo em vista que as más práticas de gerenciamento de instalações podem prejudicar significativamente a entrega dos serviços básicos dos hospitais, medir o desempenho do gerenciamento de Instalações é um passo fundamental para garantir a entrega ideal de serviços, além de ser uma ferramenta essencial para a implementação eficaz da estratégia de gerenciamento de instalações. Interessante notar que, mesmo sendo os autores que mais produziram documentos relacionados a esse assunto, não é o artigo que teve o maior número de citações.

O outro autor é Liu, Hu-Chen, com total de 4 documentos publicados nos anos de 2013 a 2020. Dentre seus artigos, destacamos o *Identifying Key Performance Indicators for Holistic Hospital Management with a Modified DEMATEL Approach*, no ano de 2017, sobre o qual foram feitas 29 citações em outros trabalhos até o momento da pesquisa. Esse artigo teve como objetivo identificar os principais indicadores de desempenho (KPIs) para a gestão holística do hospital, uma vez que a análise de desempenho é uma forma importante para os hospitais alcançarem maior eficiência e eficácia no fornecimento de serviços aos seus clientes.

Dentre as áreas com mais textos publicados, destaca-se a área *Health Care Sciences Services* e *Health Policy Services*, configurando juntas em primeiro lugar, com a publicação de 56 trabalhos em cada área, o que representa 37,84% da amostragem total dos documentos. A segunda área é *Management*, com 31 documentos (10,48%), seguidos da área *Medicinal General Internal* com 26 documentos (8,78%) e *Public Environmental Occupational Health* com 24 documentos (8,1%), fechando a relação de áreas com mais de 25 documentos cada, conforme a tabela abaixo.

Tabela 3 - Áreas com mais documentos publicados

Áreas	Quantidade de Documentos	%
Health Care Sciences Services; Health Policy Services	56	37,85
Management	31	10,48
Medicinal General Internal	26	8,78
Public Environmental Occupational Health	24	8,10
Outros	25	34,80

Fonte: Dados da pesquisa Web of Science (2021)

Em relação aos principais periódicos de publicações, verifica-se na Tabela 4, apresentada, que a *International Journal for Quality in Health Care* possui 8 documentos publicados, seguida da *BMC- Health Services Research* com 7 documentos, *Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation & Emergency Medicine* com 6 documentos, *International Journal of Healthcare Management* 5 documentos e *Health Services Research e Plos One* com 4 documentos cada, fechando o top 5 dos periódicos.

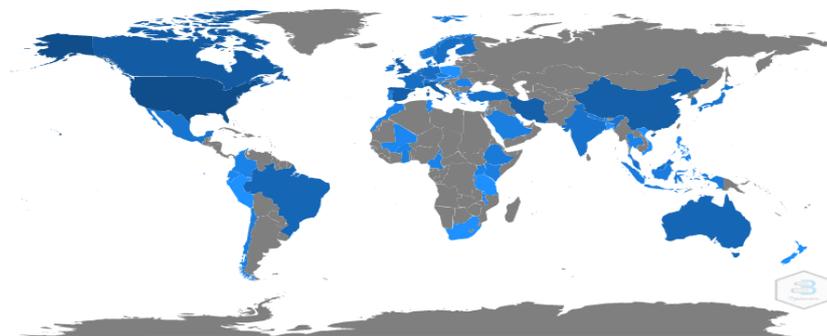
Tabela 4 – Principais periódicos com publicações sobre gestão de desempenho

Periódico	Quantidade de Documentos
International Journal for Quality in Health Care	8
BMC- Health Services Research	7
Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation & Emergency Medicine	6
International Journal of Healthcare Management	5
Health Services Research; Plos One	4
BMJ Open; Facilities; Health Care Management Review; International Journal of Health Planning and Management; Iranian Journal of Public Health; Journal Of Healthcare Management; Journal of Korean Academy of Nursing; Journal of Medical Systems; Prehospital and Disaster Medicine	3
Outras	263

Fonte: Web of Science (2021).

A Figura 1 se refere à produção científica do país. É possível verificarmos, a partir dela, que a cor azul mais escura é a que representa os maiores números de documentos publicados. Dessa forma, em primeiro lugar está a América do Norte, sendo os Estados Unidos o país com mais publicações, 238, seguidos pelo Canadá com 69 documentos. Para completar a lista dos 5 primeiros lugares, temos o Reino Unido com 62 publicações, China com 57 e Itália e Espanha com 55 cada um.

Figura 1 – Produção mundial
Country Scientific Production



Fonte: Bibliometrix e Software Studio R (2021).

Já a Tabela 5 apresenta os documentos mais citados, dentre os quais destaca-se em primeiro lugar o artigo *Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals* (2009), com 289 citações. Esse artigo teve como objetivo examinar a relação entre as medidas do clima de segurança do hospital e o desempenho do hospital em Indicadores de Segurança do Paciente (PSIs) selecionados.

O segundo artigo mais citado é *Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction* (2007) com 218 citações. Esse artigo teve como objetivo determinar se o pagamento por desempenho foi associado aos processos aprimorados de atendimento e resultados, ou como consequências não intencionais para infarto agudo do miocárdio em hospitais participantes do projeto piloto CMS - Serviços Medicare e Medicaid.

O terceiro de maior citação é o artigo denominado *Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries* (2012) com 183 citações. Esse artigo tem por objetivo avaliar as evidências atuais dos efeitos do pagamento por desempenho na prestação de cuidados de saúde e nos resultados da saúde em países de baixa e média renda.

Tabela 5 – A relação dos 10 documentos mais citados

Nº	Autores	Título	Ano	Revista	Áreas de pesquisa	Citações	Citações média por ano
1	Singer, Sara et al	Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals	2009	Health services research	Health Care Sciences & Services	289	22,92
2	Glickman, Seth W. et al	Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction	2007	Jama-Journal of the American Medical Association	General & Internal Medicine	218	14,53
3	Witter, Sophie et al	Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries	2012	Cochrane Database of Systematic Reviews	General and Internal Medicine	183	18,5
4	Gillam, Stephen J.; Siriwardena, A. Niroshan; Aço, Nicholas	Pay-for-Performance in the United Kingdom: Impact of the Quality and Outcomes Framework-A Systematic Review	2012	Annals of Family Medicine	General and Internal Medicine	173	17,3
5	Veillard, J et al	A performance assessment framework for hospitals: the WHO regional office for Europe PATH project	2005	International Journal for Quality in Health Care	Health Care Sciences & Services	142	8,35
6	Jneid, H. et al	2017 AHA/ACC Clinical Performance and Quality Measures for Adults With ST-Elevation and Non-ST-Elevation Myocardial Infarction A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Performance Measures	2017	Journal Of The American College Of Cardiology	Cardiac & Cardiovascular Systems	111	22,2
7	Mannion, R; Braithwaite, J	Unintended consequences of performance measurement in healthcare: 20 salutary lessons from the English National Health Service	2012	Internal Medicine Journal	General & Internal Medicine	101	10,1
8	Weiner, BJ et al	Quality improvement implementation and hospital performance on quality indicators	2006	Health services research	Health Care Sciences & Services	92	5,75

9	Westli, HK et al	Teamwork skills, shared mental models, and performance in simulated trauma teams: an independent group design	2010	Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation & Emergency Medicine	Emergency Medicine	87	7,25
10	McPhail, Mark J. W; Wendon, Julia A; Bernal, William	Meta-analysis of performance of Kings's College Hospital Criteria in prediction of outcome in non-paracetamol-induced acute liver failure	2010	Journal of Hepatology	Gastroenterology & Hepatology	80	6,67

Fonte: Web of Science (2021)

Tabela 6 – A relação das Palavras mais citadas pelo Autor, no Título e no Resumo

Nº	Palavras mais citadas: pelo Autor	Qtidade	Palavras mais citadas: no Título	Qtidade	Palavras mais citadas: no Resumo	Qtidade
1	Hospitals / hospital	34	Performance	297	Performance	1131
2	Performance indicators; quality indicators	17	Hospital / hospitals	146	Hospital / hospitals	976
3	Performance; performance measurement	16	Indicators	81	Indicators	606
4	Management; quality improvement	13	Management	69	Care	433
5	Hospital performance; key performance indicators	9	Quality	54	Management	419
6	Balanced scorecard; efficiency; indicators; performance management; quality; quality management	8	Care	43	Quality	372
7	Healthcare; hospital management; performance evaluation; performance measures	7	Health; study	38	Study	351

8	Benchmarking; health policy; quality measurement; quality of care	6	Key	30	Data	303
9	Emergency department; health care; pay for performance; public hospitals	5	Public	24	Health	299
10	Financial performance; ghana; healthcare management; implementation; key performance indicator; measurement of quality; patient safety; performance improvement; performance indicator; process mining; quality of healthcare; stroke	4	System	23	Results	269

Fonte: Bibliometrix e Software Studio R (2021).

Podemos perceber que as cinco palavras-chave mais citadas, de acordo com os textos dos autores, são hospitais / *Hospitals* / *hospital* (34), *Performance indicators*; *quality indicators* (17), *Performance*; *performance measurement* (16), *Management*; *quality improvement* (13) e *Hospital performance*; *key performance indicators* (9). No que diz respeito às cinco palavras mais citadas pelo Título são: *Performance* (297), *Hospital* / *hospitals* (146), *Indicators* (81), *Management* (69), e *Quality* (54). E por fim, não menos importante, as cinco palavras mais citadas pela análise de resumos são: *Performance* (1131), *Hospital* / *hospitals* (976), *Indicators* (606), *Care* (433) e *Management* (419).

Figura 2 apresenta uma outra forma de visualização das palavras-chave mais citadas de acordo com os autores, título e resumo. As palavras com tamanho maiores significam que são citadas mais vezes. As quantidades correspondentes de cada palavra estão na Tabela 6.

Figura 2 – Palavras por citação pelos autores



Fonte: Bibliometrix e Software Studio R (2021).

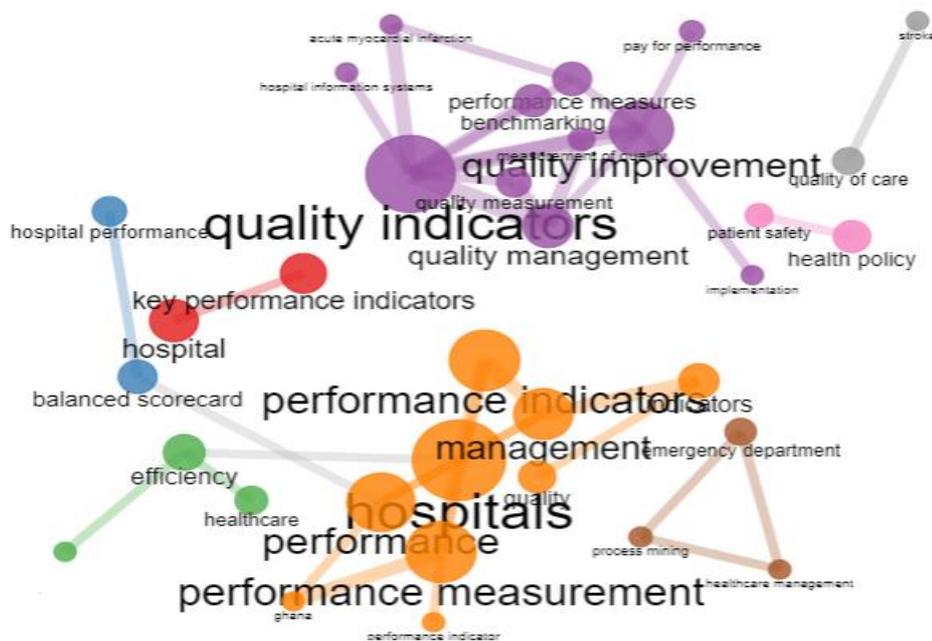
Figura 3 – Palavras por citação no título



Fonte: Bibliometrix e Software Studio R (2021).

Para o estudo da estrutura conceitual, foi realizada uma análise por meio da Rede de Coocorrência. A Figura 5 apresenta os dados angariados a partir do estudo das palavras-chave usadas pelos autores.

Figura 5 - Rede de Coocorrência estudo por palavras-chave

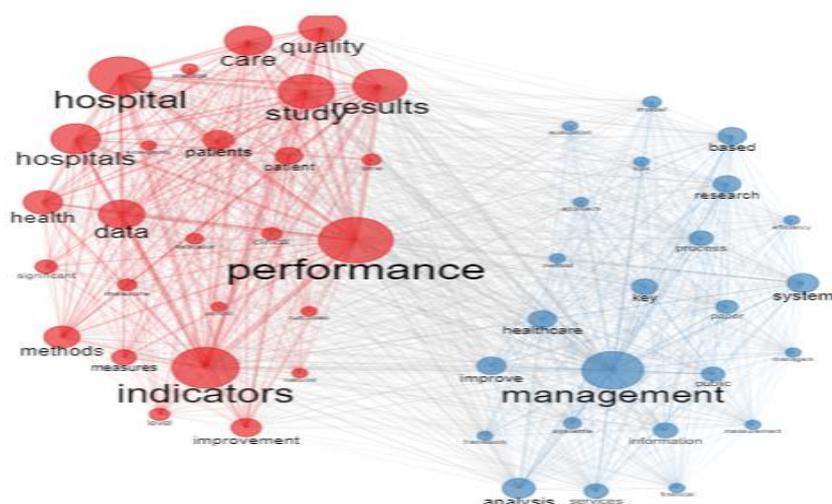


Fonte: Bibliometrix e Software Studio R (2021).

A Figura 5 demonstra dois grupos bem significativos com grande quantidade de publicações expressivas. O primeiro está relacionado aos *Quality indicators* (roxo) e o segundo aos *Performance Management* (laranja). Na figura, o tamanho do círculo é proporcional ao número de aparições da referência e as distâncias na Figura indicam a proximidade das referências nas publicações. No que concerne aos dados referentes aos *Quality indicators*, eles estão relacionados à *quality management*, ao *benchmarking*, *health policy*, *patient safety*, à *quality of care*, entre outros. Já os dados relativos aos *Performance Management* têm relação com *performance indicator*, *hospitals*, *management*, a *Balance Scorecard*, *efficiency*, *healthcare*, entre outros. É importante ressaltar que, envoltas a essas duas grandes áreas, surgem outras palavras que são importantes e que complementam o estudo.

Nota-se que quando é realizado um estudo por meio dos resumos e não por palavras-chave, surgem dois grupos também: *Management* e *performance*

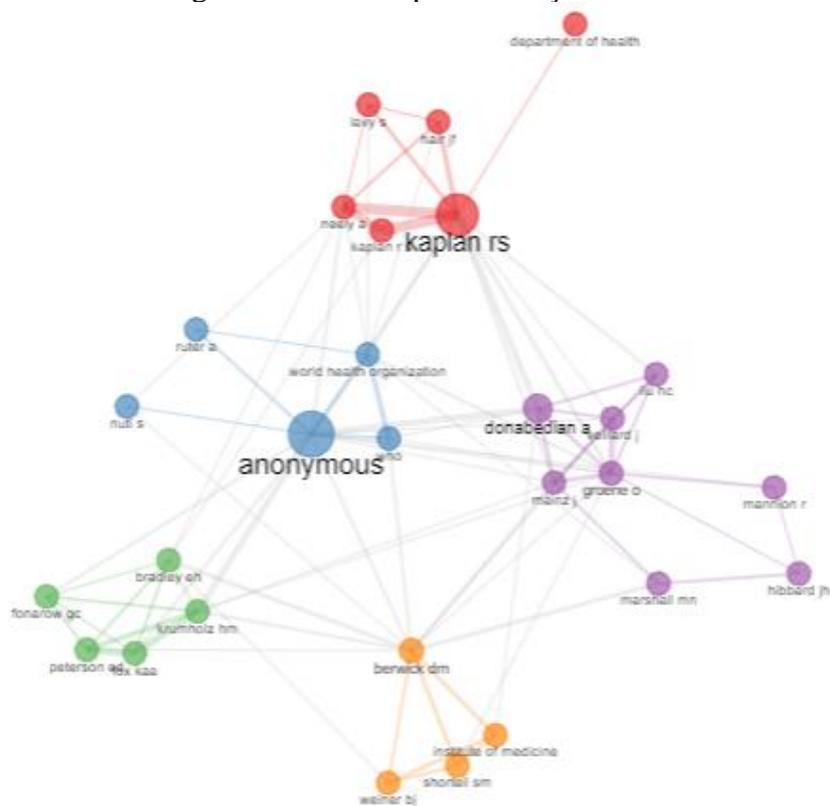
Figura 6 – Palavras-chave usadas nos resumos



Fonte: Bibliometrix e Software Studio R (2021).

Em relação à análise da estrutura intelectual, foi realizado um estudo por meio da rede Cocitação. Podemos verificar, de acordo com o Figura 7, que há ramificação em cinco grupos de cocitações. Figura 7, o tamanho do círculo é proporcional ao número de aparições da Cocitação e as distâncias no mapa indicam a proximidade das referências nas publicações.

Figura 7 – Análise por Cocitação



Fonte: Bibliometrix e Software Studio R (2021).

Para melhor entendimento optou-se por analisar uma amostra de 20 autores cocitados, para a partir da sua proximidade sobre autores entre eles. A Tabela 7 demonstra as referências presentes na rede de cocitação, a cor da posição na rede e a proximidade entre os autores.

A Tabela 7 demonstra as referências presentes na rede de cocitação

Cor da posição na rede	Autores	Proximidade
Vermelho	KAPLAN RS NEELY A HAIR JF DEPARTMENT OF HEALTH LAVY S	0.0151515151515152 0.0144927536231884 0.0108695652173913 0.00510204081632653 0.0108695652173913
Azul	ANONYMOUS WORLD HEALTH ORGANIZATION WHO RUTER A NUTI S	0.0172413793103448 0.0151515151515152 0.0135135135135135 0.00552486187845304 0.0121951219512195
Verde	KRUMHOLZ HM BRADLEY EH FOX KAA PETERSON ED FONAROW GCPAI	0.0144927536231884 0.0128205128205128 0.0119047619047619 0.0114942528735632 0.0119047619047619
Roxo	DONABEDIAN A LIU HC GROENE O MAINZ J MANNION R VEILLARD J HIBBARD JH MARSHALL MN	0.0135135135135135 0.0108695652173913 0.0163934426229508 0.0144927536231884 0.0121951219512195 0.0142857142857143 0.0053475935828877 0.0135135135135135
Laranja	SHORTELL SM BERWICK DM INSTITUTE OF MEDICINE WEINER BJ	0.0112359550561798 0.0163934426229508 0.0099009900990099 0.00952380952380952

Fonte: Bibliometrix e Software Studio R (2021).

O primeiro grupo de Cocitação, na cor vermelha, estão agrupados autores que possuem assuntos relacionados ao sistema de medição, gestão hospitalar, como por exemplo o autor Kaplan RS. No segundo grupo, na cor roxa estão agrupados a cocitação de autores relacionados

à gestão hospitalar, porém com foco nos indicadores de qualidade, que tem destaque o autor Donabedian, A. O terceiro grupo, na cor laranja, estão agrupados em cocitação de autores que possuem relação com os cuidados prestados voltados para a qualidade e segurança do paciente, e tem como destaque os autores Shortell SM e Berwick, SM. O quarto grupo, na cor verde, estão agrupados em cocitação de autores relacionados a Medicina geral e interna, tendo como um dos destaques os autores Peterson, ED e Fonarow, GC. E por fim, o último grupo, na cor azul, estão agrupados em cocitação de autores que têm relação direta e características nas quatro áreas percorridas anteriormente, destaque para o autor (Ruter).

CONCLUSÃO

O presente artigo propôs fazer uma análise bibliométrica que ajudasse a conhecer o estado atual das pesquisas sobre indicadores de desempenho na gestão hospitalar. Foi possível identificar que o tema começou a ganhar grande volume de publicações a partir do ano de 2005, tendo maior número de documentos publicados em 2020, com 43 publicações.

Diante desse crescimento de pesquisas, é normal que alguns autores e áreas acabaram se destacando e consolidando-se na literatura. Alguns autores como *AMOS D; AU-YONG CP; LIU HC; MUSA ZN*, com 4 documentos cada, são os autores que mais publicaram trabalhos relacionados a esse assunto.

Quando analisadas as áreas pesquisadas, identificamos 56 documentos da área de *Health Care Sciences Services*, configurando-se como a área com a maior quantidade de documentos publicados, junto com a área de *Health Policy Services*, também com 56, seguidas pela área de *Management*, com 31 documentos.

Com relação aos principais periódicos de publicações, *Revista International Journal for Quality in Health*, que possui 8 documentos publicados, seguida pelo periódico *Pesquisa em BMC- Health Services Research* com 7 documentos e a *Revista Scandinavian Journal of Trauma Resuscitation & Emergency Medicine*, com 6 documentos, fechando a classificação dos 3 primeiros periódicos.

Em relação às palavras-chaves mais citadas, de acordo com os trabalhos dos autores são: *hospitals / hospital* (34), *Performance indicators; quality indicators* (17), *Performance; performance measurement* (16), *Management; quality improvement* (13), *hospital performance; key performance indicators* (9).

E, por fim, quanto à análise da estrutura Conceitual, é possível identificar dois grupos

bem significativos com grande quantidade de publicações expressivas: *Quality indicators e Performance Management*. Já a análise da estrutura Intelectual, foi realizada pela rede Cocitação e possui cinco grupos, com focos na gestão hospitalar e sistema de medição desempenho, (Kaplan) voltados para qualidade na prestação de serviços, (*Donabedian*), foco na qualidade e segurança do paciente, (*Shortell SM; Berwick, SM*), relacionados a Medicina geral e interna autores *Peterson, ED e Fonarow, GC* e grupo na qual possui relação direta com os quatros grupos analisados anteriormente, destaque para o autor *Ruter, A*.

Esse estudo fornece uma visão geral da produção científica sobre o tema. Contudo, seria interessante como sugestões futuras um estudo de maior profundidade relacionado a qualquer tipo de indicador hospitalar, não somente de desempenho já que este assunto é amplo e possui mais de 94 mil estudos científicos somente na base de dados *Web of Science*.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMOS, Daniel *et al.* **Performance measurement of facilities management services in Ghana's public hospitals**, BUILDING RESEARCH AND INFORMATION. 2020; DOI10.1080/09613218.2019.1660607

AJAMI, S; KETABI, S; TORABIYAN, F . **Performance improvement indicators of the Medical Records Department and Information Technology (IT) in hospitals**; Pak J Med Sci. 2015 May-Jun; 31(3): 717–720. 10.12669/pjms.313.8005

ARIA, M. & CUCCURULLO, C. (2017). **Bibliometrix: An R-tool for comprehensive science mapping analysis**, *Journal of Informetrics*, 11(4), p. 959-975

ARMIJOS, Juan Carlos. Mondaca, Alicia Nunez. **Assessing the performance of public hospitals using key indicators: a case study in Chile and Ecuador**. *Revista Médica de Chile*, Vol 148, ed. 5, p. 626-643. 2020 <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v148n5/0717-6163-rmc-148-05-0626.pdf>

BOAS, Eduardo Pinto Vilas; NASCIMENTO, Fernando. **The evolution of publications on entrepreneurial education: an analysis from bibliometrics**. *Revista da Micro e Pequena Empresa (RMPE)* Vol. 14, Nº 2, Mai-Ago 2020, 23 de 43

BOTJE, DAAN *et al.* **Are performance indicators used for hospital quality management: a qualitative interview study amongst health professionals and quality managers in The Netherlands**, *BMC Helath Services Research*. 2016. DOI10.1186/s12913-016-1826-3

CARDOSO, Anissa Sasse; SILVA, Carlos Eduardo Sanches da; SILQUEIRA, Matheus Gonçalves. **Sistemas de medição de desempenho no setor de serviços: uma análise bibliométrica**. XL encontro nacional de engenharia de produção; Foz do Iguaçu, Paraná,

Brasil, 2020.

CURTRIGHT, JONATHAN W; STOLP-SMITH, STEVEN C. Edell, Eric S.; **Strategic performance management: development of a performance measurement system at the Mayo Clinic**, Journal of Healthcare Management, vol. 45; p. 58-68; 2000. Doi 10.1097/00115514-200001000-00014

FRANCISCHINI, Paulino G. **Indicadores de desempenho: dos objetivos à ação – métodos para elaborar KPIs e obter resultados**. Rio de Janeiro: Atlas Books, 2017

GLICKMAN, SETH W. *et al.*. **Pay for performance, quality of care, and outcomes in acute myocardial infarction** Jama-Journal of the American Medical Association. Volume297; Edição21; Página 2373-2380; 2007

GODDARD, M. MANNION, R SMITH, P (2000). **Enhancing performance in health care: A theoretical perspective on agency and the role of information** Health Economics, vol. 9, ed. 2, p. 95-107, 2000; DOI 10.1002 / (SICI) 1099-1050 (200003)

GU, Xiuzhu; ITOH, Kenji . **Performance indicators: healthcare professionals' views**, International Journal of Health Care Quality Assurance. Volume29. Edição7. Página801-815. 2004. DOI10.1108/IJHCQA-12-2015-0142

IOAN, Barliba; NESTIAN, Andrei Stefan; TITA, Silviu. **Testing The Management Relevance Of Performance Indicators Within A Hospital Performance Management Model**, Creating Global Competitive Economies: A 360-DEGREE APPROACH, VOLS 1-4; 2011

KLAZINGA, N.; FISCHER, C. ASBROEK A. **Health services research related to performance indicators and benchmarking in Europe**. Revista de Pesquisa e Política de serviços de saúde. Vol. 16, p. 38-47, 2011; DOI 10.1258 / jhsrp.2011.011042

LEATHERMAN, S. **Applying performance indicators to health system improvement** Measuring up: Improving Health System performance in OECD Countries Ottawa, Canada Página 319-333, 2002

LUTILSKY, L; ZMUK, I; BUDIMIR V. **Financial Performance of Croatian Public Hospitals 5**. Medunarodni Znanstveni Simpozij Gospodarstvo Istocne Hrvatske- Vizija I Razvoj; 2016

MUELLER, M *et al.* **Performance Measurement System of Process-Analysis in Hospitals and the Application of Benchmarking**. Endoskopie Heute. Vol. 25, ed. 1, p. 24-28; 2012 DOI 10.1055/s-0031-1283904

MURIANA, Cinzia; PIAZZA, Tommaso; VIZZINI, Giovanni. **An expert system for financial performance assessment of health care structures based on fuzzy sets and KPIs**, Knowledge-Based Systems. Volume97, Página1-10; 2016. DOI10.1016/j.knosys.2016.01.026

PARACHOOR, SB. ROSOW, E; ENDERLE, JD. **Knowledge management system for benchmarking performance indicators using statistical process control (SPC) and virtual instrumentation (VI)**. Biomedical Sciences Instrumentation, VOL 39; 2003

PROADESS. **Avaliação do desempenho do sistema de Saúde**. 2011. Disponível em: <http://www.proadess.icict.fiocruz.br/index.php?pag=matp>; Acesso em 20 nov 2021.

SHAN JIANG; HUA SHI; WANLONG LIN; HU-CHEN LIU; TENNYSON, DH. FOTTLER, MD. (2000) **Does system membership enhance financial performance in hospitals?** Medical Care Research and Review. Vol 57, ed. 1, p. 29-50. DOI 10.1177 / 107755870005700103

SHAN JIANG; HUA SHI; WANLONG LIN; HU-CHEN LIU; **Uma abordagem Z-DEMATEL linguística de grande grupo para identificar indicadores-chave de desempenho na gestão de desempenho hospitalar.**; 2020

SI, SHENG LI; YOU, XIAO YUE; LIU, HU CHEN; HUANG, JIA. **Identifying key performance indicators for holistic hospital management with a modified DEMATEL approach**. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2017, vol. 14, edição 8. <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC5580636&blobtype>. Acesso em 20 nov 2021

SILVER MP; GEIS MS; BATEMAN, Ka (2004). **Improving health care systems performance: A human factors approach**. American Journal of Medical Quality. Vol. 19, ed. 3, p. 93-102. DOI10.1177/106286060401900302

SINGER, SARA *et al.* **Relationship of Safety Climate and Safety Performance in Hospitals**. Helath Services Rerearch. Volume44. Edição2. Página 399-421; 2009. DOI10.1111/j.1475-6773.2008.00918.x

SU, YING ; SHEN, NINGQIAO. **Impacts of Information Quality on Operation Performance by Computer Simulation**, EBM 2010: International Conference on Engineering and Business Management, VOLS 1-8; 2010

TADEI, R. **Hospital Management through Performance Indicators - A case-study**. Collection de Médecine Légale et de Toxicologie Medical. Volume 139, Página 629-632; 1988

TYAGI, Aman; SINGH, Preetvanti; **Hospital performance management: A multi-criteria decision-making approach**, P. International Journal of Health Care Management; 2019. DOI10.1080/20479700.2017.1337606

VANTUIJL, HFJM. **The Application of a Performance Management-system in Hospitals - A hypothetical example**. Work and Stress Volume6, Edição3, Página311-326; 1992; DOI10.1080/02678379208259960

VIGNOCHI, LUCIANO; GONCALO, CLAUDIO REIS; ROJAS LEZANA, ALVARO GUILLERMO. **How do hospital managers use performance indicators?** RAE-Revista de Administração de Empresas. Volume54, Edição5, Página496-509. 2014; DOI10.1590/S0034-759020140504

WANG, BBL *et al*; **Goodwin. Management strategies and financial performance in rural and urban hospitals** J Med Syst Aug;25(4):241-55; 2001. Doi 10.1023/a:1010775104091

WEINER, BJ et al. **Quality improvement implementation and hospital performance on patient safety indicators**. Medical Care Research and Review. Volume63; Edição1; Página 29-57; 2006. DOI10.1177/1077558705283122

WEINER, BJ *et al.* **Quality improvement implementation and hospital performance on quality indicators**, Health Services Research. Volume41. Edição2. Página307-334. 2006. DOI10.1111/j.1475-6773.2005.00483. <http://europepmc.org/backend/ptpmcrender.fcgi?accid=PMC1702526&blobtype=pdf>

WITTER, SOPHIE *et al.* **Paying for performance to improve the delivery of health interventions in low- and middle-income countries**. Cochrane Database Of Systematic Reviews. 2012. DOI10.1002/14651858.CD007899.pub2

APÊNDICE D – Produto técnico-tecnológico

O tipo do Produto técnico-tecnológico: Construção de base de dados técnico-científicas(i), alinhados na elaboração de um *Dashboard* (ii), como produto, a ser entregue aos gestores do HUM.

- (i) O instrumento de avaliação (apêndice H) e a ficha técnica dos 12 indicadores de desempenho mais relevantes (Apêndice J);
- (ii) Imagem do produto - *Dashboard* entregue aos gestores do hospital.



Fonte: Elaborada pela autora (2022)

APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)

Concordo em participar, como voluntário, do estudo que tem como pesquisadora responsável a mestranda Erika Ananine Paiva, do curso de Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para Inovação da Universidade Estadual de Maringá, que pode ser contatada pelo e-mail erikkanp@gmail.com

Tenho ciência de que o estudo tem em vista realizar entrevistas com os profissionais do setor: Pronto Atendimento que se encontram dentro do HUM - Hospital Universitário de Maringá, visando, por parte da referida aluna, a realização de um trabalho de conclusão de mestrado intitulado GESTÃO HOSPITALAR: PROPOSTA DE INDICADORES DE DESEMPENHO PARA PRONTO ATENDIMENTO. A presente pesquisa tem por objetivo a proposição de indicadores de desempenho relevantes na prestação de serviço do pronto atendimento de um hospital público e a elaboração de dashboards que auxiliem no processo de tomada de decisão para melhoria do serviço prestado ao paciente. Para isto a sua participação é muito importante, e ela se dará de forma espontânea e aleatória, ou seja, a pessoa que estiver no setor no momento da coleta que será entrevistado. O áudio da entrevista será gravado e as respostas serão transcrita a caneta, em cópia em papel do instrumento de coleta de dados e o áudio imediatamente excluído.

Informamos que poderão ocorrer os riscos/desconfortos de você não se sentir a vontade com o entrevistado ou o horário não ser o mais adequado a sua disponibilidade. Em qualquer destas situações você poderá se recusar a responder as questões do entrevistado.

Poder-se-á ter acesso aos prontuários de alguns pacientes. Assim, assume-se o risco de vazamento de dados ou quebra do sigilo do prontuário do paciente. Contudo, procurar-se-á adotar mecanismos de monitoramento a fim de mitigar os riscos, uma vez que o acesso aos prontuários poderá se estabelecer na perspectiva de identificação do tempo em horas e/ou dias que o paciente permanece no hospital como um todo e/ou nos setores específicos de triagem, raio x, exames e outros.

Buscar-se-á obter uma opinião pública de cada participante, mediante consulta verbal. Tal contato se estabelecerá no local de trabalho por meio de convite aos participantes para expressar suas opiniões, expressar sua preferência, avaliação ou o sentido que atribui aos indicadores previamente explorados e indicadores pela literatura, assim como, o levantamento dos principais problemas identificados pelo participante no referido setor. E tal manifestação, não haverá a identificação do participante. Não haverá qualquer quebra de sigilo. Todo o material coletado, mediante conversa, será transcrita e imediatamente excluída, portanto, retirar-se-á qualquer resquício de voz dos participantes da pesquisa. Não haverá nenhum custo ao participante na presente pesquisa.

Gostaria de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo a sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa, e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar sua identidade, inclusive não é necessário no momento na entrevista manifestar sua identidade(nome). Esse documento será arquivado pelo coordenador do projeto. Como resultado almeja-se propor melhorias na gestão estratégica hospitalar, auxiliar processo de tomada de decisão, maior transparência nas informações, otimização de tempo e recursos, e redução de erros no processo de atendimento aos pacientes.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos pode contatar nos

endereços.

Abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você.

Além da assinatura nos campos específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como participante ou responsável pelo participante de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu, _____ (nome por extenso do participante da pesquisa) declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa coordenada pelo Prof. Dr. Fabrizio Meller da Silva

Data: _____

Assinatura

Eu Erika Ananine Paiva, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado

Assinatura do pesquisador(a)

Data: 29/10/2021

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o orientador e pesquisadora conforme o endereço abaixo:

Orientador - Nome: Dr. Fabrizio Meller da Silva
e-mail: fmsilva@uem.br

Pesquisadora - Nome: Erika Ananine Paiva
e-mail: erikkanp@gmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos da UEM (COPEP), no endereço abaixo:

Universidade Estadual de Maringá - Av. Colombo, 5790, Campus Sede UEM PPG, sala 4
CEP 87020-900 – Maringá PR. Fone/whatsapp: (44) 3011-4597 - E-mail: copep@uem.br
Atendimento por e-mail ou whatsapp (durante o distanciamento físico imposto pela pandemia), de segunda a sexta-feira, das 8 às 11h30 e 14h às 17h30.

APÊNDICE F – Relatório da pesquisa de campo (i)

Diário de campo da pesquisa-ação

A pesquisa-ação ocorreu no Hospital Universitário Regional de Maringá. No total, foram 60 horas e 15 minutos de estudo somente dentro do hospital. Além da gestão hospitalar, composta pela Superintendente do hospital, Diretora de Enfermagem, Diretor Administrativo, Assessora de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e equipe de Educação Permanente de Enfermeira da Secretaria da Saúde do Paraná, participaram da pesquisa profissionais que trabalham na linha de frente do Pronto Atendimento – PA (técnicos, enfermeiros e médicos).

Primeira etapa da pesquisa-ação: fase de exploração.

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	01
Data da atividade em campo:	18/06/2021
Quantidade de horas realizadas:	3 horas
Diário de campo - Pesquisa-ação	
<p>No dia 18/06/2021, às 9h30min, foi realizada nas dependências do hospital HUM, no bloco administrativo, uma reunião entre a gestão hospitalar - equipe formada pelo diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão e equipe de Educação Permanente de Enfermeira da Secretaria da Saúde do Paraná, a pesquisadora e o seu orientador para definir o setor que seria objeto do estudo. Nessa reunião, ficou definido como objeto de estudo o Pronto Atendimento (PA). Após o encontro, orientador e orientanda fizeram uma visita ao PA do hospital, iniciando a fase exploratória e, conseqüentemente, a pesquisa de campo.</p>	

Segunda e terceira etapas da pesquisa-ação: tema da pesquisa e colocação de problemas.

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	02
Data da atividade em campo:	02/08/2021
Quantidade de horas realizadas:	3 horas
Diário de campo - Pesquisa-ação	

No dia 02/08/2022, às 9h30min, foi realizada nas dependências do hospital HUM, no bloco administrativo, uma reunião com a gestão hospitalar, na qual estavam presentes, além da pesquisadora e do seu orientador, a equipe de Educação Permanente de Enfermeira da Secretaria da Saúde do Paraná, diretoria de enfermagem e Assessora de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, para delimitação do tema e apresentação dos problemas observados. Na ocasião, definiu-se que, dentre as diversas áreas que compõem o PA, o estudo seria realizado na parte clínica do Pronto Atendimento, onde são atendidos pacientes com diversos níveis de enfermidades, desde os casos mais simples até os mais complexos. Tal área é chamada de “porta aberta”. Identificou-se como problema, passível de aprimoramento, a falta de controle da aferição de desempenho, visto que não existe nenhum tipo de indicador específico sobre esse aspecto. Contudo, no decorrer do estudo, verificou-se que existem alguns controles, porém, nada especificamente chamado de indicador alinhado ao planejamento estratégico do hospital e incorporado na execução diária hospitalar. Ainda, na reunião, dialogou-se acerca da importância da elaboração de indicadores para o hospital e da busca pelo desenvolvimento de uma cultura organizacional por meio da medição de desempenho.

Paralelamente e em conjunto, foi elaborado um estudo documental e bibliométrico.

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	03
Data da atividade em campo:	03/08/2021
Quantidade de horas realizadas:	2 horas
Diário de campo - Pesquisa-ação	
<p>No dia 03/08/2021, às 14hs, foi realizada a elaboração dos documentos para aprovação do Comitê Omissão de Regulamentação das Atividades Acadêmicas (COREA) do hospital, em parceria com a Assessora de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde, por meio do uso das ferramentas tecnológicas WhatsApp e e-mail. Além da adequação do projeto nas normas da Pró Reitoria de pesquisa e pós-graduação/UEM, ocorreu a elaboração dos seguintes documentos: Carta de Submissão COREA, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Instrumento de coleta de dados e o Formulário do COREA.</p>	

Quarta etapa da pesquisa-ação: teoria.

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá

Número diário:	04
Data da atividade em campo:	23/08/2021
Quantidade de horas realizadas:	3 horas
Diário de campo - Pesquisa-ação	
<p>No dia 23/08/2021, às 9h40min, foi realizada nas dependências do hospital HUM, no bloco administrativo, uma reunião com a gestão hospitalar, na qual estavam presentes a equipe de Assessora de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e diretoria de enfermagem, além da pesquisadora e do orientador, com o objetivo de aprofundar os estudos acerca do setor a ser analisado. Foi definido, também, alinhado com a teoria, alguns indicadores de desempenho que norteariam o desenvolvimento da análise no estudo no PA, como por exemplo, o tempo de permanência (espera e de realização), a capacidade e demanda, a eficiência e a questão da efetividade (taxa de retorno) para hospital.</p>	

Quinta e sexta etapas da pesquisa-ação: possíveis soluções e seminário. O seminário aconteceu por meio de uma reunião que possibilitou a troca de conhecimentos entre pesquisadora e funcionários do setor analisado.

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	05
Data da atividade em campo:	16/09/2021
Quantidade de horas realizadas:	3 horas
Diário de campo - Pesquisa-ação	
<p>No dia 16/09/2021, às 9h30min, foi realizada nas dependências do hospital HUM, no bloco administrativo, uma reunião com a gestão hospitalar, na qual esteve presente a equipe diretiva, composta por diretor administrativo, de enfermagem, administrador, Assessora de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde e com a superintendente do hospital do hospital. Com a equipe da gestão mais completa, a reunião foi rica em informações. No encontro, realizou-se a apresentação do estudo, exibindo dados levantados, o que levou ao alinhamento da condução e metodologia adotada para a pesquisa. Alguns problemas não levantados nas reuniões anteriores foram identificados na ocasião, como por exemplo, o controle da “alta” dos pacientes, para a qual é necessário realizar 3 procedimentos: 1 – alta médica; 2 – alta administrativa na recepção; e 3 – alta no sistema. Outros problemas apontados foram: a falta de procedimentos mais claros sobre como agir e como conduzir as informações aos pacientes dentro do PA; o espaço pequeno para atendimentos diante da grande demanda; o fato de que grande parte dos atendimentos hoje realizados no PA poderiam ser feitos nas UPAs, o que diminuiria a sobrecarga do sistema HUM. Por fim, foi reforçada a relevância de se desenvolver um controle de medição de desempenho por meio de indicadores, o que seria uma das possíveis soluções para a melhoria do PA, e aprimoraria o posicionamento estratégico da organização.</p>	

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	06
Data da atividade em campo:	30/09/2021
Quantidade de horas realizadas:	2 horas
Diário de campo - Pesquisa-ação	
No dia 30/09/2021, às 10h, foi realizado o cadastro do projeto na plataforma Brasil para dar continuidade e formalizar/autorizar o início da pesquisa-ação em campo. O deferimento foi divulgado no dia 28/11/2022.	

Sétima e oitava etapa da pesquisa-ação: campo de observação (amostragem) e coleta de dados. Em relação ao campo de observação, utilizou-se o critério de amostragem. De acordo com dados da gestão do HUM, trabalham no PA aproximadamente 200 profissionais. Já em relação à coleta de dados, a pesquisa de campo no PA ocorreu entre os dias 08/12/2021 a 13/12/2021 e no total foram entrevistados 15 profissionais do PA (técnicos, enfermeiros e médicos). A justificativa por haver um número considerado baixo de participantes é em virtude da demanda excessiva que diariamente o PA recebe, dificultando que os profissionais da linha de frente possam parar por alguns minutos para colaborar com o estudo. No que tange os indicadores do questionário aplicado no total foram 36 questionários respondidos. Essa amostra foi maior que a primeira devido à natureza do instrumento empregado, pois na segunda etapa, utilizou-se um instrumento de coleta simples, aplicado por meio de questões fechadas de múltiplas escolhas, o que agilizou a coleta e permitiu que mais pessoas pudessem contribuir com o estudo proposto.

A seguir, são relatadas as ações desenvolvidas na pesquisa-ação em campo no PA. Entretanto, para garantir o anonimato e a confiabilidade, os servidores que participaram desse estudo são tratados nesta pesquisa como “servidor” e uma “letra” entre aspas, seguindo a ordem alfabética, como por exemplo, servidor “A”, servidor “B” e assim sucessivamente, até o servidor “Q”.

Nome:	Erika
-------	-------

Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	07
Data da atividade em campo:	08/12/2021
Quantidade de horas realizadas:	8 horas
Diário de campo no PA	
<p>No dia 08/12/2021, às 8h, a pesquisadora foi ao hospital HUM, diretamente ao departamento de Assessoria de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde conversar com a servidora “A”, localizada no bloco administrativo do hospital. Descemos até o Pronto Atendimento, onde ela conversou com o servidor “B”, explicou que a pesquisadora faria um estudo no local e que ele ficaria "responsável" em me apresentar o funcionamento do setor, objeto do nosso estudo. Ele prontamente me orientou dentro do PA na condução da pesquisa em campo, indicando pessoas prestativas e/ou pessoas líderes que estavam dispostas a colaborar com o estudo proposto.</p> <p>Fomos em uma pequena sala situada na copa da cozinha, onde expliquei a pesquisa e ele, muito prestativo, começou a explicar como funcionava o Pronto Atendimento. A explicação se deu de modo geral. Depois fomos anda pelo corredor central e à medida que caminhávamos e passávamos em cada unidade que compõe o PA ele explicava como funcionava. Já no período da tarde, comecei a conversar com alguns profissionais que trabalhavam no PA. No entanto, antes de iniciar algumas das conversas, analisei o PA de forma geral. Nesse dia, pode-se perceber que o setor estava além do que a capacidade é permitida e suportada, na medida que o corredor central estava cheio de macas, filas na classificação de risco e, conseqüentemente, na consulta médica. Em meio a esse contexto, surgiram alguns possíveis indicadores relacionados à quantidade de atendimentos por classificação de risco.</p> <p>Nesse dia, a abordagem para realização da conversa se deu por meio do servidor “B” que me apresentou e logo em seguida eu expliquei o objetivo da pesquisa e comentei que a qualquer momento o participante poderia parar de falar caso se sentisse incomodado ou desconfortável com a pesquisa, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em apêndice. A conversa se desenrolou a partir de três perguntas chaves acerca de diversos aspectos do trabalho exercido, como por exemplo: rotina, os indicadores e possíveis melhorias.</p> <p>Nesse dia conversei com 4 funcionários. Começando pelo:</p> <p>Servidor “B” - Iniciamos nossa conversa na sala do café, porém, ao ser indagado sobre possíveis melhorias, resolvemos ir até a recepção, na entrada do PA, pois ele quis mostrar e não apenas comentar sobre as melhorias almejadas. Percebi que o servidor possui um amplo e profundo entendimento do PA. Perguntado sobre alguns indicadores, ele comentou que existem alguns dados estatísticos do hospital, como por exemplo, a quantidade de atendimentos realizados por dia; por clínica médica. Sobre possíveis melhorias, quando fomos para a recepção, ele demonstrou quais seriam: a primeira está relacionada ao <i>Layout</i> e mobiliário (mesas e cadeiras), inadequados para a recepção. Foi possível verificar que a recepção do PA é mal projetada, a acústica do setor precisa ser melhorada; há equipamentos obsoletos; os computadores usados pelos recepcionistas são lentos – foi cronometrado o tempo de duração quando os computadores precisam ser reiniciados e logados novamente e observou-se um tempo médio de até 5 minutos para que os computadores se restabelecessem e pudessem realizar o atendimento na recepção; outro ponto importante a ser melhorado é a quantidade de funcionários, pois existe uma quantidade baixa de funcionários para atender as 3 portas que compõem o PA: Entrada de emergência, Corredor central e Entrada da clínicas médicas; a segurança é outro ponto</p>	

fundamental, visto que foi verificado a falta de agentes de segurança que trabalhem no monitoramento do PA – como recebe pacientes de toda região e funciona 24h por dia, sete dias por semana, seriam necessários profissionais de segurança para monitoramento e precaução de futuros casos indesejados; poderia haver uma sala de acolhimento e classificação de risco maior; a porta principal da entrada, que dá acesso ao corredor central, está com o trinco quebrado, ou seja, toda vez que precisa ser aberta tem que colocar o trinco no lugar; a porta principal de fora não fecha, pois está quebrada.

O servidor “B” me levou até a outra recepção ambulatorial e imagiologia do hospital para que eu olhasse a diferença entre elas. A diferença é “gritante”. Nessa recepção o servidor tem visão geral de toda recepção, cada servidor tem uma estação de trabalho separada por baias, assim o que o servidor e o paciente conversam o restante das pessoas presentes na recepção não ouve o diálogo entre eles. Tal organização poderia ser implementada pela gestão hospitalar na recepção do PA.

Servidor “C” - A conversa foi na recepção entre um atendimento e outro. Da mesma forma que o primeiro servidor, entende e compreende bem o fluxo e o andamento das atividades no PA. Sobre os indicadores, até existem alguns dados que são coletados, mas não há indicadores específicos referentes ao PA. As melhorias indicadas pelo servidor, foram relacionadas à estrutura da recepção do PA, além do acústico, mobiliário e equipamentos (computadores) da mesma. Como a estrutura, alinhada com a acústica e móveis do setor, é péssima, para que os funcionários possam entender perfeitamente o que os pacientes estão falando, geralmente eles têm que ficar em pé e depois se sentam para digitar as informações coletadas. Com relação ao sistema, o servidor comentou sobre a diferença entre o tempo de espera para quem já tem cadastro e para o paciente que não tem. Dessa forma, cronometrei, também, apenas um caso para cada situação. As diferenças entre os tempos são bem significativas: para quem já possui cadastro, leva em média 43 segundos para concretizar; já para a realização de um cadastro novo demora em média 1 minuto e 40 segundos, pois existem alguns dados que são apenas para compor estatística, como por exemplo, se é casado ou solteiro, informação que não vai interferir no atendimento clínico;

Servidor “D” - A conversa foi realizada na sala do café. Esse servidor compreende a rotina e o fluxo do setor, e sobre os indicadores no PA foi discorrido, como por exemplo, a quantidade de pacientes por dia. Como sugestões de melhorias, ele apontou, além da questão do mobiliário e da acústica do setor, os quais são péssimos, que seria interessante providenciar um sistema de dados fixos nos computadores, pois colaboraria com o atendimento quando o sistema está fora do ar, já que o sistema não é estável, o que prejudica o início de todo atendimento (SGUS e CADSUS); também comentou sobre o excesso de ligações telefônicas que chegam até a recepção do PA. Dessa forma, como sugestão do colaborador, deveria haver alguém específico para centralizar as ligações e repassar as informações solicitadas. Outro ponto discutido, foi referente aos pertences de pacientes que acabam parando na recepção do PA, como melhoria, poderia ser providenciado um setor de “achados e perdidos”. A questão do treinamento também foi colocada como fator fundamental, já que não existe um treinamento aos colaboradores, além da falta de profissionais de segurança monitorando o ambiente do PA.

Servidor “E” - A conversa também foi realizada na sala do café. Compreende o fluxo do setor. Um fator interessante observado no diálogo com esse servidor, foi o de que ao ser questionado sobre os indicadores, ele não soube do que se tratava. Após essa negativa de conhecimento, eu expliquei o que significava e como poderia interferir na atividade. Tal situação desperta uma sugestão para a gestão hospitalar da importância de se fazer uma discussão com todos os funcionários sobre o que são os indicadores antes de realizar qualquer aplicação, a fim de que todos os servidores possam entender a importância de

uma gestão baseada por indicadores. Como melhorias, o Servidor “E” indicou questões relativas ao mobiliário, acústica e equipamentos, já relatadas pelos colegas de trabalho entrevistados anteriormente.

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	08
Data da atividade em campo:	09/12/2021
Quantidade de horas realizadas:	4 horas - tarde

Diário de campo no PA

No dia 09/12/2021, às 14h, a pesquisadora encontra-se no Pronto Atendimento do hospital HUM e a mesma foi diretamente para a recepção, deixar a mochila no armário e começar a pesquisa de campo. Antes de iniciar algumas conversas, a pesquisadora foi analisar o setor de forma geral. É possível identificar que diferentemente do dia anterior, onde tinha um fluxo menor de pessoas, porém, ainda assim, havia muitas pessoas. Essa perspectiva se deu pela quantidade menor de macas ocupadas no corredor central. Surgiu, como possíveis indicadores, a quantidade de atendimentos por período (manhã, tarde e noite) para melhorar a escala de trabalho e o fluxo de atividade.

Nesse dia consegui conversar com 3 profissionais. Como já tinha ficado o dia inteiro anterior no local, uma parte do pessoal já sabia que eu estava fazendo um estudo no PA, até por ser um rosto novo no setor e andar com uma prancheta e papel na mão (característica típica de estudante). Dessa forma, apresentei, expliquei o objetivo da pesquisa e comentei que a qualquer momento a pessoa poderia parar de falar, caso se sentisse incomodada, ou desconfortável com a pesquisa, conforme o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em apêndice. A conversa se desenrolou a partir de três perguntas chaves acerca de diversos aspectos do trabalho exercido, como por exemplo: rotina, os indicadores e possíveis melhorias.

Servidor “G” - A conversa foi no corredor próximo à porta de emergência. O servidor compreende perfeitamente a rotina e o fluxo do setor. Com relação a alguns indicadores, não soube falar sobre nenhum. No que diz respeito às melhorias do setor, ele comentou sobre a questão da acústica, do mobiliário na recepção, sobre a necessidade de haver uma pessoa semelhante a um gerente para resolver problemas específicos. Por fim, afirmou que a demanda de trabalho é alta, para a qual seria necessário mais servidores, principalmente mais um assistente social.

Servidor “H” - A conversa foi na sala do café. De forma geral, ele disse existir uma rotina e um fluxo determinado no setor, compreendendo-os perfeitamente. Também não soube indicar nenhum indicador. Como possíveis melhorias, destacou a questão da estrutura, mobiliário e equipamento de informática obsoleto, já relatados por servidores anteriormente citados. Nesse sentido, há necessidade de equipamentos de informática mais modernos. Comentou que a estrutura do prédio era péssima e de que a última reforma foi feita em 2002 ou 2004, não soube informar o ano certo, portanto, precisaria de uma reforma.

Destarte, relatou que a comunicação interna é falha, tendo em vista que muitos pacientes são movimentados, mas isso acaba não sendo comunicado entre as subunidades.

Servidor "I" - A conversa foi na sala de classificação de risco (triagem), momento raro que teve uma pausa de 1min até a chegada de novos pacientes. Da mesma forma que os servidores anteriormente citados, compreende perfeitamente o fluxo que funciona o setor. Não soube comentar sobre alguns indicadores de desempenho utilizados na unidade. Esse servidor relatou como dificuldade a questão do sistema que às vezes não abre, demora para responder, e disse que precisaria haver uma solução para a execução do processo de triagem que envolve o preenchimento de ficha à mão e repasse ao sistema, o que dobra o trabalho. Comentou a necessidade de haver técnicos de enfermagem junto com os enfermeiros no processo de classificação de risco, devido à enorme demanda que o hospital recebe. Como possíveis indicadores, apontou a quantidade de pacientes de acordo com a classificação de risco e o tempo de conformidade executado de acordo com a triagem. Inclusive, nesse dia ocorreu um equívoco na identificação de dois pacientes que possuíam nomes bem parecidos. Com esse equívoco, surgiu como possível indicador a questão de erros na hora de identificação de pacientes.

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	09
Data da atividade em campo:	10/12/2021
Quantidade de horas realizadas:	4 horas

Diário de campo no PA

No dia 10/12/2021, às 14h, a pesquisadora estava no pronto atendimento do hospital HUM e como semelhante aos outros dias foi diretamente para a recepção, guardar a mochila no armário e começar a pesquisa de campo. Observei, de forma geral, que o corredor central estava repleto de pessoas, com um odor muito forte, e presenciei um paciente vomitando nesse corredor, próximo a um outro paciente que estava sendo medicado. Diante daquela situação, parei um pouco e fiz as seguintes reflexões: primeiro na percepção do paciente - como um paciente poderia ter um tratamento de qualidade diante da situação de superlotação do Pronto Atendimento, fator que leva esse paciente a receber os primeiros cuidados no corredor central ao invés do ambiente adequado para atendimento de saúde? Em seguida, na percepção do profissional da saúde – como ele poderia oferecer um atendimento de qualidade diante daquela situação? Isso, pois, deve ser frustrante saber que acolhimento e tratamento poderiam ser melhorados, contudo, a alta demanda não permite que isso aconteça. Por fim, refletir sobre até quando o hospital conseguiria funcionar daquela maneira.

Diante da situação, junto com o servidor "B", visitei a ala de internação apenas para

estudo comparativo de forma bem simples. Identifiquei uma nítida diferença do PA para a ala de internação. De imediato, foi possível verificar uma melhor organização do local, sem macas e pacientes nos corredores. Também percebi que a qualidade do ar entre os setores difere, pois o ambiente é mais tranquilo, possibilitando até ouvir o canto dos passarinhos do lado de fora do prédio.

Nesse dia conversei com 2 profissionais. A abordagem do servidor “J” se deu pela própria pesquisadora, quando identifiquei no corredor central um servidor que tinha acabado de fazer um atendimento. Em seguida me apresentei, expliquei o objetivo da pesquisa e comentei que a qualquer momento ele poderia parar de falar, caso se sentisse incomodado ou desconfortável com a pesquisa, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em apêndice. A conversa se desenrolou a partir de três perguntas-chaves acerca de diversos aspectos do trabalho exercido, como por exemplo: rotina, os indicadores e possíveis melhorias.

O servidor “J” afirmou que existe uma rotina no setor e de que a compreende, assim como compreende o fluxo e as atividades do setor. Em relação aos indicadores, não soube falar a respeito de nenhum. Sobre melhorias no setor, comentou acerca da necessidade de aumentar o quadro de funcionários, principalmente os técnicos de enfermagem; aumentar o espaço, pois considera inadequado pelo fluxo de pessoas que são atendidas; a falta de material básico – como cadeiras de rodas e macas; haver uma divulgação mais ampla sobre a escala dos plantonistas, definindo os nomes dos médicos; a ficha médica ter um espaço para sinalizar com letras grandes a gravidade do paciente (emergente, muito urgente, urgência, pouco urgência e não urgente), com o intuito de agilizar o atendimento de acordo com a gravidade do quadro clínico do paciente; existiu uma ficha simplificada para a liberação do paciente (alta), a fim de que saia escrita a liberação do médico, para que a enfermeira apenas destaque o canhoto e não precise fazer o preenchimento da guia. Diante disso, cronometrei o tempo de realização para o preenchimento desse papel para alta, o qual durou aproximadamente 48 segundos para cada papel/paciente de modo, um preenchimento meio automático. Teoricamente é rápido, porém, se houver uma análise mais profunda, como por exemplo, quanto tempo é destinado somente para isso ao final de um dia? uma semana? um mês? O tempo desperdiçado se acumula.

Já na conversa com o servidor “K”, a abordagem inicial se deu por meio do servidor “B”, que me apresentou a ele. Logo em seguida, expliquei o objetivo da pesquisa e comentei que a qualquer momento ele poderia parar de falar caso se sentisse incomodado ou desconfortável com as perguntas, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE em apêndice. A conversa se desenrolou no consultório médico entre um atendimento e outro, e se desenrolou a partir de três perguntas-chaves acerca de diversos aspectos do trabalho exercido, como por exemplo: rotina, os indicadores e possíveis melhorias. Da mesma forma que os demais servidores, compreende e aplica perfeitamente às normas do setor. Não comentou sobre os possíveis indicadores e, quando questionado acerca das melhorias, discorreu sobre a situação caótica que o PA se encontra em virtude da demanda de atendimentos ser maior do que a estrutura permite; comentou que o SUS está sucateado e de que é necessário haver uma mudança educacional e cultural no país para que, de fato, possa haver melhoras na saúde como um todo.

Nesse dia ocorreu a morte de um paciente que deu entrada no PA através do SAMU, já em quadro de óbito. Percebi que nos primeiros 30 segundos, a recepção do PA ficou meio que em “choque”, mas depois voltou à correria rotineira. Nesse cenário, surgiram como possíveis indicadores: o número de óbitos no PA e suas causas; a quantidade de atendimento por demanda espontânea e por entrada de SAMU; a quantidade de pacientes que receberam alta; a quantidade de pacientes que foram para a internação e a quantidade de pacientes transferidos para outras unidades hospitalares.

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	10
Data da atividade em campo:	13/12
Quantidade de horas realizadas:	8 horas

Diário de campo no PA

No dia 10/12/2021, às 9h, a pesquisadora estava no pronto atendimento do hospital HUM e foi diretamente para a recepção, guardar a mochila no armário e começar a pesquisa de campo. Antes de iniciar algumas conversas, foi analisar o setor de forma geral. Nesse dia, um pouco antes da minha chegada (para minha infelicidade, pois não cheguei a tempo de acompanhar o ocorrido), teve um paciente que se evadiu do local, ou seja, o paciente simplesmente “fugiu” do atendimento clínico. Nesse cenário, surgiu como possível indicador a quantidade de pacientes evadidos: qual seria a quantidade de pacientes que desistem de atendimento clínico?

Nesse dia, conversei com 6 servidores. A abordagem para a realização da conversa com o servidor “L” se deu por meio do servidor “B”, que me apresentou a ele. Em seguida, expliquei o objetivo da pesquisa e comentei que a qualquer momento o servidor poderia parar de falar caso se sentisse incomodada ou desconfortável com a pesquisa, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A conversa se desenrolou a partir de três perguntas chaves acerca de diversos aspectos do trabalho exercido, como por exemplo: rotina, os indicadores e possíveis melhorias.

Servidor “L”: a conversa foi realizada no corredor próximo à porta de emergência. O servidor compreende perfeitamente o setor. Sobre os indicadores, não soube se expressar. Discorreu com dificuldade a respeito da ambulância atual está sucateada, gerando desrespeito aos pacientes. Como sugestão, disse ser necessária, com urgência, uma nova ambulância para prover mais conforto aos pacientes. Atualmente, o veículo só realiza transporte de baixa e média complexidade de forma que o paciente é transportado de sentado. Para casos de complexidade alta, existem parcerias com a prefeitura para esse tipo de transporte. Só existe um condutor para cada plantão. Com isso, são necessários mais profissionais. O ideal seria haver um técnico de enfermagem atuando na ambulância para o caso de algum paciente necessitar de cuidados clínicos durante o trajeto até o PA.

Já a conversa realizada com o Servidor “M”, ocorreu no SSP - prontuário médico, na qual a abordagem espontânea se deu pela própria pesquisadora. Apresentei-me, em seguida, expliquei o objetivo da pesquisa e comentei que a qualquer momento o servidor poderia parar de falar caso se sentisse incomodado ou não se sentisse confortável, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A conversa se desenrolou a partir de três perguntas chaves acerca de diversos aspectos do trabalho exercido, como por exemplo: rotina, os indicadores e possíveis melhorias. Encontrei um profissional muito atencioso, que entende e compreende perfeitamente o setor. No decorrer da conversa, identifiquei alguns indicadores e controles realizados pelo hospital, como por exemplo: quantidade de atendimentos por período; quantidade de atendimentos por especialidade (ortopedia, cirurgia geral, clínica médica, pediatria e ginecologista); quantidade de óbitos hospitalares; quantidade de internação; quantidade de pacientes que esperam por vagas

(no pré ou pós-operatório) e melhorias nos prontuários médicos que hoje são digitais. A conversa com o servidor Servidor “N” foi realizada no núcleo interno de regulação, na qual a abordagem se deu pelo servidor “B”, que me apresentou. Expliquei o objetivo da pesquisa e comentei que a qualquer momento o servidor poderia parar de falar caso se sentisse incomodado ou desconfortável com a pesquisa, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A conversa se desenrolou a partir de três perguntas-chaves acerca de diversos aspectos do trabalho exercido, como por exemplo: rotina, os indicadores e possíveis melhorias. O supracitado servidor compreende e executa o fluxo determinado. Discorreu a respeito da falta de investimento no sistema de saúde como um todo. Disse que o hospital recebe pacientes que não são referenciados e existe uma demora para solucionar esses tipos de casos. Como possíveis indicadores, identificados a partir desse diálogo, temos a quantidade de casos não referenciados que o hospital recebe e a quantidade de pacientes transferidos.

Servidor “O” – a conversa foi realizada na recepção. Da mesma forma que os demais colegas que trabalham na recepção, o servidor entende e compreende bem o fluxo e o andamento das atividades no PA. Sobre indicadores, relatou que existem alguns dados que são coletados, mas que não há indicadores específicos do PA. Levantou como melhorias importantes a estrutura da recepção do PA, além do acústico, mobiliário e equipamentos (computadores) da mesma.

Com o Servidor “P” a conversa ocorreu no corredor do setor de imagiologia. A abordagem foi espontânea por parte da pesquisadora, onde após a minha apresentação, esclareci que a qualquer momento ele poderia parar de falar caso se sentisse desconfortável ou incomodado, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A conversa se desenrolou a partir de três perguntas-chaves acerca de diversos aspectos do trabalho exercido, como por exemplo: rotina, os indicadores e possíveis melhorias. A pesquisadora notou que o servidor tem um ótimo domínio sobre o setor, entende e executa o fluxo determinado. Sobre os indicadores, comentou que poderia ser abordada a quantidade de exames realizados. Elogiou a questão da atualização do plano de radiologia e do equipamento que é digital. Comentou, também, que o equipamento de mamografia está quebrado já faz uns 2 anos. Apontou como melhorias, a questão da estrutura física do hospital, arrumar as rachaduras. A demanda nesse setor também é alta, dessa forma, deveria ter o acréscimo do número de funcionários.

E, por fim, foi feita a conversa com o servidor “Q”. Esse servidor foi abordado por meio do Servidor “B”, que me apresentou a ele. Na sequência, expliquei o objetivo da pesquisa e comentei que a qualquer momento o servidor poderia encerrar a sua participação, caso se sentisse desconfortável ou incomodado, conforme Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A conversa se desenrolou a partir de três perguntas-chaves acerca de diversos aspectos do trabalho exercido, como por exemplo: rotina, os indicadores e possíveis melhorias. Compreende e executa o fluxo determinado, mas não soube se expressar sobre os indicadores. Como melhorias, indicou que a questão da sinalização dentro do hospital deixa a desejar e que faltam funcionários para orientar os pacientes a irem ao local correto do atendimento. Como possíveis indicadores, anotamos: qual é a quantidade de exames realizados? Tipos de exames realizados? Quantidade de exames repetitivos? Quais seriam os erros na realização de exames?

Sétima e oitava etapa da pesquisa-ação: aprendizagem e os saberes após coleta de dados. A primeira está relacionada ao conhecimento adquirido na pesquisa de campo. Após a realização da pesquisa-ação em campo no PA, foram analisados

os dados para a elaboração do questionário, o que corresponde à próxima etapa, referente ao conhecimento adquirido após a análise dos dados coletados por meio do questionário.

Validação do questionário

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	11
Data da atividade em campo:	31/05 a 07/06
Quantidade de horas realizadas:	-
Diário de campo - Pesquisa-ação	
Após o levantamento de indicadores possíveis de serem aplicados no PA, desenvolveu-se um questionário, validado por 5 especialistas (segue em anexo os seus nomes e cargos). O questionário foi encaminhado através dos meios de comunicação e-mail e WhatsApp para que os profissionais da área pudessem fazer uma análise crítica do mesmo, com o objetivo de analisar os indicadores e possíveis erros na interpretação. A escolha do especialista se deu por meio de indicação de profissionais na área da saúde e conhecidos próximos da pesquisadora e do orientador.	

Coleta dos dados

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	12
Data da atividade em campo:	11 /06 a 20/06
Quantidade de horas realizadas:	Dia 11/06 - 10hs às 14hs; 17 hs às 20:30hs - total:7hs: 30 min Dia 12/06 - 17hs às 18:30 - total: 1h: 30min Dia 13/06 - 07hs:30min às 11:30hs - total de 4 horas Dia 19/06 - 14:30 às 18:45 - Total: 4h e 15 min Dia 20/06 - 08h às 10hs; - 2 horas
Diário de campo - Pesquisa-ação	
Entre os dias 11/06 a 20/06, foram coletados 36 questionários respondidos no HUM. O total de horas coletadas no hospital foi de 19 horas e 15 min. Segue a distribuição por dia de coleta de questionários respondidos: 11/06/2022 - 14 questionários coletados; 12/06/2022 - 04 questionários coletados; 13/06/2022 - 07 questionários coletados; 19/06/2022 - 09	

questionários coletados; e 20/06/2022 - 02 questionários coletados;
 A distribuição e a coleta dos questionários ocorreram da seguinte maneira: para o pessoal da gestão do hospital foram feitas por meio da servidora “A” e “R”, de forma espontânea, na sala de cada gestor ou por meio de WhatsApp. Já no Pronto Atendimento, a abordagem se deu pelo servidor “B”, que me apresentou a alguns servidores para quem eu expliquei os objetivos da pesquisa. Em alguns casos, a abordagem se deu pela própria pesquisadora, quando consegui identificar no meio de tanta gente alguém que naquele momento pudesse responder. Os respondentes foram escolhidos de forma aleatória, ou seja, nos dias que a pesquisadora coletou os dados os mesmos estavam trabalhando.

Décima primeira e segunda etapa - plano de ação e divulgação do projeto.

Nome:	Erika
Instituição:	Hospital Universitário de Maringá
Número diário:	13
Data da atividade em campo:	30/06
Quantidade de horas realizadas:	3hs
Diário de campo - Pesquisa-ação	
<p>No dia 28/06/2022, às 9h30min, foi realizada nas dependências do hospital HUM, no bloco administrativo, uma reunião com a gestão hospitalar - equipe formada pelos profissionais que compõem a comissão da qualidade, além da pesquisadora e orientador. A reunião ocorreu para divulgar o resultado da pesquisa, a qual teve a apresentação dos seguintes pontos:</p> <ul style="list-style-type: none"> (i) A situação que se encontra o PA e possíveis melhorias apontada pelos funcionários; (ii) Os resultados sobre os possíveis indicadores já atrelados ao planejamento estratégico do hospital; (iii) Plano de ação alinhado aos possíveis indicadores; (iv) A entrega de um <i>dashboard</i> (painel de dado); (v) Divulgação do projeto realizado. 	

APÊNDICE G – Validação dos indicadores de desempenho

Após o levantamento de indicadores possíveis de serem aplicados no PA, desenvolveu-se um questionário, validado por 5 especialistas (segue em anexo os seus nomes e cargos).O questionário foi encaminhado através dos meios de comunicação e-mail e WhatsApp para que os profissionais da área pudessem fazer uma análise crítica do mesmo, com o objetivo de analisar os indicadores e possíveis erros na interpretação. A escolha do especialista se deu por meio de indicação de profissionais na área da saúde e conhecidos próximos da pesquisadora e do orientador.

Segue abaixo a relação dos 5 especialistas.

Nome	Informações complementares
Dr.Elton Cruz;	Especialista em Engenharia Biomédica com ênfase em engenharia clínica.
Fabiana Domingue Voltatoni;	Auditora em Saúde - Secretaria Municipal de Saúde de Maringá.
Greicy Cezar do Amaral;	15ª Regional de Saúde.
Layla Ceron Awada;	Hospital Santa Casa de Paranaíba.
Robson dos Santos Souza;	Auditoria SUS - SCRACA 15ª RS.

Elaborado pela autora (2022)

APÊNDICE H – Instrumento de avaliação dos indicadores de desempenho

Questionário número:

Gostaria da sua colaboração para responder esta pesquisa intitulada Gestão hospitalar: proposta de indicadores de desempenho para Pronto Atendimento, no programa de Pós-Graduação PROFNIT – Propriedade Intelectual e Transferência de Tecnologia para a Inovação, organizada pela discente Erika A. Paiva, orientado pelo Professor Dr. Fabrizio Meller da UEM.

1. Quem é você?

Gênero:

- Feminino;
 Masculino;

Qual sua função de trabalho?

- Médico;
 Enfermeiro / Técnico;
 Administrador;
 Técnico administrativo;
 Outros: _____

Quantos anos você trabalha no hospital?

R: _____

Seu vínculo no hospitalé

- Servidor público;
 Cargo de confiança.

A função que você desempenha no hospital é

- operacional;
 Tático;
 Estratégico.

Qual seu nível de escolaridade?

- Ensino Fundamental;
 Ensino Médio
 Ensino Técnico;
 Ensino Superior;
 Pós-graduação.

2. Validação dos indicadores

Assinale o nível/grau de relevância de cada indicador de desempenho;

Assinale para cada indicador de desempenho na caixa apropriada (Sim ou Não) para indicar se deve ser selecionado.

Indicando também o (s) motivo (s) dos indicadores de desempenho que não devem ser selecionados.

Código	Indicadores de desempenho	Qual o grau de relevância você atribui aos indicadores de desempenho?					O indicador de desempenho deve ser selecionado?	Por que não deve ser selecionado?			
		Muito baixa	Baixa	Média	Alta	Muito Alta		Muito demorado a implantação	Muito caro a implantação	Sem dados de registro	Outros (especifique)
P.01 ()	Tempo médio de espera para admissão (atendimento na recepção);						()Sim ()Não				
P.02 ()	Tempo médio de espera para triagem;						()Sim ()Não				
P.03 ()	Tempo médio de espera para consulta médica;						()Sim ()Não				
P.04 ()	Tempo médio de espera por cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem pós consulta médica;						()Sim ()Não				
P.05 ()	Tempo médio de espera relacionado a realização dos exames após consulta médica;						()Sim ()Não				
P.06 ()	Tempo médio de espera para obtenção dos resultados de exames;						()Sim ()Não				

P.07 ()	Tempo médio de espera para alta médica;						()Sim ()Não				
P.08 ()	Tempo médio de espera para internação;						()Sim ()Não				
P.09 ()	Tempo médio de espera para transferência externa de pacientes;						()Sim ()Não				
P.10 ()	Tempo médio total de espera nos serviços de urgência e emergência (Pronto Atendimento);						()Sim ()Não				
R.11 ()	Tempo médio de atendimento na admissão (recepção);						()Sim ()Não				
R.12 ()	Tempo médio de atendimento no processo de triagem;						()Sim ()Não				
R.13 ()	Tempo médio de atendimento na consulta médica;						()Sim ()Não				
R.14 ()	Tempo médio de atendimento nos cuidados realizados pelos profissionais de enfermagem após consulta médica;						()Sim ()Não				
R.15 ()	Tempo médio nas atividades relacionada a exames médicos;						()Sim ()Não				
R.16 ()	Tempo médio de permanência hospitalar;						()Sim ()Não				
R.17 ()	Quantidade de atendimentos por Clínicas Médicas;						()Sim ()Não				
R.18 ()	Quantidade de pacientes por classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul);						()Sim ()Não				

R. 19 ()	Quantidade de pacientes liberados com altas sem a necessidade de tratamento médico (apenas com a prescrição médica)						()Sim ()Não				
R.20 ()	Número de pacientes atendidos no período: manhã;						()Sim ()Não				
R.21 ()	Número de pacientes atendidos no período: tarde;						()Sim ()Não				
R.22 ()	Número de pacientes atendidos no período: noite;						()Sim ()Não				
R.23 ()	Número de exames realizados;						()Sim ()Não				
R.24 ()	Número de doenças categorizadas por CID (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde);						()Sim ()Não				
R.25 ()	Número de atendimentos realizados segundo área de residência;						()Sim ()Não				
R.26 ()	Número de exames Laboratoriais por consulta médica;						()Sim ()Não				
R.27 ()	Número de exames de Imagem por consulta médica;						()Sim ()Não				
R.28 ()	Número de exames concluídos dentro do intervalo de tempo atribuído;						()Sim ()Não				
R.29 ()	Tempo de atendimento em conformidade com os padrões de tempos na classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul);						()Sim ()Não				

R.30 ()	Número de óbito hospitalar no serviço de urgência e emergência;						()Sim ()Não				
R.31 ()	Número de atendimentos realizado pelo médico por hora;						()Sim ()Não				
R.32 ()	Número de atendimento realizado pelo enfermeiro por hora;						()Sim ()Não				
R.33 ()	Número de atendimento realizado pelos técnicos por hora;						()Sim ()Não				
R.34 ()	Nível de satisfação dos pacientes;						()Sim ()Não				
R.35 ()	Nível de satisfação dos funcionários;						()Sim()Não				
S.36 ()	Quantidade de pacientes que desistiram do atendimento clínico;						()Sim ()Não				
S.37 ()	Quantidade de evasão de pacientes nos serviços de urgência e emergência (PA);						()Sim ()Não				
S.38 ()	Quantidade de pacientes com erro na identificação cadastral;						()Sim ()Não				
S.39 ()	Quantidade de erros na dispensação de medicamentos;						()Sim ()Não				
S.40 ()	Quantidade de erros de prescrição de medicamentos;						()Sim ()Não				
S.41 ()	Número de Queda de Paciente;						()Sim()Não				
S.42 ()	Quantidade de infecção Hospitalar;						()Sim()Não				
S.43 ()	Número de exames repetitivos;						()Sim()Não				

S.44 ()	Quantidade de erro médicos na solicitação de exames laboratoriais;						()Sim()Não				
S.45 ()	Número de pacientes com Permanência superior a 24 horas ao serviço de urgência e emergências (PA);						()Sim()Não				
S.46 ()	Quantidade de pacientes que retornaram ao hospital em 72hs;						()Sim()Não				
G.47 ()	Número de pacientes transferidos para outras unidades;						()Sim()Não				
G.48 ()	Número de rotatividade dos funcionários;						()Sim()Não				
G.49 ()	Número de falta dos funcionários;						()Sim ()Não				
G.50 ()	Número de Acidente de Trabalho;						()Sim ()Não				
G.51 ()	Número de doenças adquiridas no local de trabalho;						()Sim()Não				
G.52 ()	Custo médio por paciente;						()Sim()Não				
E.53 ()	Os protocolos clínicos existentes são atualizados e executados;						()Sim)Não				
E.54 ()	Hora de treinamentos para os profissionais que desenvolvem atividades nos serviços de urgência e emergência no PA (médicos, enfermeiras, administrativo, limpeza etc.).						()Sim()Não				

3. Por favor, selecione os 10 indicadores mais relevantes na sua opinião, assinalando um x na primeira coluna: "Código"

APÊNDICE I – Relatório da pesquisa de campo (ii) sobre avaliação dos indicadores de desempenho

Código dos Indicador	O indicador de desempenho deve ser selecionados		Código dos Indicador	O indicador de desempenho deve ser selecionados	
	Sim (%)	Não (%)		Sim (%)	Não (%)
P.01	88,9%	11,1%	R.28	83,3%	16,7%
P.02	91,7%	8,3%	R.29	94,4%	5,6%
P.03	97,2%	2,8%	R.30	94,4%	5,6%
P.04	88,9%	11,1%	R.31	86,1%	13,9%
P.05	91,7%	8,3%	R.32	77,8%	22,2%
P.06	91,7%	8,3%	R.33	77,8%	22,2%
P.07	77,8%	22,2%	R.34	94,4%	5,6%
P.08	94,4%	5,6%	R.35	100%	-
P.09	88,9%	11,1%	S.36	86,1%	13,9%
P.10	88,9%	11,1%	S.37	83,3%	16,7%
R.11	80,6%	19,4%	S.38	88,9%	11,1%
R.12	91,7%	8,3%	S.39	91,7%	8,3%
R.13	88,9%	11,1%	S.40	88,9%	11,1%
R.14	83,3%	16,7%	S.41	88,9%	11,1%
R.15	88,9%	11,1%	S.42	97,2%	2,8%
R.16	88,9%	11,1%	S.43	86,1%	13,9%
R.17	91,7%	8,3%	S.44	88,9%	11,1%
R.18	91,7%	8,3%	S.45	91,7%	8,3%
R.19	88,9%	11,1%	S.46	86,1%	13,9%
R.20	75%	25%	G.47	88,9%	11,1%
R.21	75%	25%	G.48	86,1%	13,9%
R.22	75%	25%	G.49	91,7%	8,3%
R.23	91,7%	8,3%	G.50	91,7%	8,3%
R.24	88,9%	11,1%	G.51	86,1%	13,9%
R.25	69,4%	30,6%	G.52	94,4%	5,6%
R.26	91,7%	8,3%	E.53	97,2%	2,8%
R.27	86,1%	13,9%	E.54	94,4%	5,6%

Elaborada pela autora (2022)

APÊNDICE J – Ficha técnica dos 12 indicadores de desempenho mais relevantes

P.02-Tempo médio de espera para triagem;

Indicador: Tempo médio de espera para triagem
Objetivo: Minimizar o tempo de espera no processo de triagem
Fórmula: (Horário de entrada na Triagem - Horário de término da admissão) / N ^o pacientes admitidos
Período da análise: Mensal
Dimensão: Processo
Tipo: Absoluto

Elaborada pela autora (2022)

P.03-Tempo médio de espera para consulta médica;

Indicador: Tempo médio de espera para consulta médica
Objetivo: Minimizar o tempo de espera para consulta médica
Fórmula: (Horário de início do atendimento - saída da triagem) / N ^o de pacientes admitidos.
Período da análise: Mensal
Dimensão: Processo
Tipo: Absoluto

Elaborada pela autora (2022)

P.10-Tempo médio total de espera nos serviços de urgência e emergência (Pronto Atendimento);

Indicador: Tempo médio total de espera nos serviços de urgência e emergência (PA)
Objetivo: Minimizar o tempo médio total que o paciente fica nos serviços de urgência e emergência (PA)
Fórmula: (Soma total de todos os tempos de espera) / N° de pacientes admitidos
Período da análise: Mensal
Dimensão: Processo
Tipo: Absoluto

Elaborada pela autora (2022)

R.16-Tempo médio de permanência hospitalar;

Indicador: Tempo médio de permanência hospitalar
Objetivo: Identificar o tempo médio de permanência que os pacientes ficam nos serviços de urgência e emergência (PA)
Fórmula: Soma total de todos os tempos [espera e processo] / N° de pacientes atendidos por dia
Período da análise: Mensal
Dimensão: Resultado
Tipo: Absoluto

Elaborada pela autora (2022)

R.18-Quantidade de pacientes por classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul);

Indicador: Taxa por classificação de risco (triagem)

Objetivo: Identificar a estratificação de risco nos atendimentos em caráter de urgência e emergência na unidade de pronto atendimento.
Fórmula: (Nº de pacientes admitidos por classificados por risco / Nº de pacientes admitidos nos serviços de urgência e emergência) x100
Período da análise: Mensal
Dimensão: Resultado
Tipo: Taxa

Elaborada pela autora (2022)

R.29- Tempo de atendimento em conformidade com os padrões de tempos na classificação de risco (vermelho, laranja, amarelo, verde e azul);

Indicador: Taxa de conformidade de padrões de tempos de acordo com a classificação de risco na Triagem
Objetivo: Identificar a taxa de conformidade dos tempos de tratamento de acordo com a classificação de risco. .
Fórmula: (Soma dos tempos entre a classificação de risco até o atendimento clínico / número de atendimentos de acordo com a classificação) x 100
Período da análise: Mensal
Dimensão: Resultado
Tipo: Taxa

Elaborada pela autora (2022)

R.34-Nível de satisfação dos pacientes;

Indicador: Taxa de satisfação paciente

Objetivo: Avaliar o grau de satisfação dos pacientes perante os serviços prestados
Fórmula: (número de questões com respostas positivas pelos pacientes / número total de questões) x 100
Período da análise: Mensal
Dimensão: Resultado
Tipo: Taxa

Elaborada pela autora (2022)

R.35-Nível de satisfação dos funcionários;

Indicador: Taxa de satisfação de profissionais
Objetivo: Identificar a quantidade em percentagem dos profissionais que estão satisfeitos no desenvolvimento de suas atividades nos serviços de urgência e emergência (PA)
Fórmula: (número de questões com respostas positivas pelos profissionais que trabalham / número total de questões) x 100
Período da análise: Mensal
Dimensão: Resultado
Tipo: Taxa

Elaborada pela autora (2022)

S.42-Quantidade de infecção Hospitalar;

Indicador: Taxa de infecção Hospitalar
Objetivo: Identificar a taxa de infecções ocorridas nos serviços de urgência e emergência (PA)

Fórmula: Nº de paciente com infecções atribuídas ao hospital, em determinado período / número de saídas [alta e ou óbitos) no mesmo período x 100
Período da análise: Mensal
Dimensão: Sentinela
Tipo: Taxa

Elaborada pela autora (2022)

G.49- Número de falta dos funcionários;

Indicador: Taxa de absenteísmo dos funcionários
Objetivo: Verificar a taxa de absenteísmo nos serviços de urgência e emergência (PA)
Fórmula: (Nº de funcionários no período / Nº de dias em faltas de funcionários (justificadas ou injustificadas), atrasos, licenças curtas ou prolongadas x 100
Período da análise: Mensal
Dimensão: Gestão
Tipo: Taxa

Elaborada pela autora (2022)

E.53-Protocolos clínicos existentes são atualizados e executados;

Indicador: Existência de protocolos clínico atualizados e executados
Objetivo: Verificar a existência de protocolos clínicos atualizados e executados .

Fórmula: Existem protocolos clínicos? (Sim / Não)
Período da análise: Anual
Dimensão: Estrutura
Tipo: Absoluto

E.54-Horas de treinamento para os profissionais que desenvolvem atividades nos serviços no PA

Indicador: Existência de planos de treinamento para os profissionais que desenvolvem atividades nos serviços de urgência e emergência (médicos, enfermeiras, técnicos, administrativos, limpeza etc.)
Objetivo: Verificar se existem planos de treinamentos para todos os profissionais que desempenham atividades nos serviços de urgência e emergência
Fórmula: Existem planos de treinamento (qualificação)? Sim / não
Período da análise: Anual
Dimensão: Estrutura
Tipo: Absoluto

ANEXO A – Comprovante de submissão do artigo

Comprovante de submissão do artigo (APÊNDICE C).

[RAHIS] Agradecimento pela Submissão

Prof. Márcio Augusto <rahis.ufmg@gmail.com>
Para: Erika Ananine Paiva <erikkanp@gmail.com>

19 de fevereiro de 2022 22:08

Prezado (a) Erika Ananine Paiva,

Espero que você esteja bem!

Agradecemos a submissão do seu manuscrito "ESTUDO BIBLIOMÉTRICO SOBRE INDICADORES DE DESEMPENHO NA GESTÃO HOSPITALAR" para RAHIS- Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde. Através da interface de administração do sistema, utilizado para a submissão, será possível acompanhar o progresso do documento dentro do processo editorial, bastando logar no sistema localizado em:

URL do Manuscrito: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/authorDashboard/submission/7500>
Login: erika-ananine

Em caso de dúvidas, envie suas questões para este email. Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de transmitir ao público seu trabalho.

Prof. Márcio Augusto