

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza

Iracema Gardã



Trabalho 3024 - 1/5

A APLICAÇÃO DO MÉTODO BALANCED SCORECARD NO DESENVOLVIMENTO DE
MODELO DE GESTÃO PARA SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA

ROLOFF,A.*, JUNG,G**., JACQUES,E,J., ***,FERRARI,D.L.A.****

É cada vez mais complexo o cenário da prestação dos serviços em saúde. Fatores, como escassez de recursos em saúde, exigência para a contenção de custos e a otimização dos tempos de permanência e as dificuldades de acesso pela população ao sistema da rede básica de saúde, obrigam a repensar os modelos de gestão nos Serviços de Emergência Hospitalares (SEH). Este estudo é uma revisão da literatura especializada sobre a aplicação do *Balanced Scorecard* (BSC) nas organizações de saúde, ao mesmo tempo em que faz uma ampla análise dos problemas nos SEH, para, então, propor um modelo de gestão aplicado baseado no BSC para estes serviços. O método escolhido tem, como premissa maior, ligar o pensamento estratégico à execução operacional. Para isto, promove o alinhamento das pessoas e departamentos a partir das formulações estratégicas, comunicando-as através da construção de mapas estratégicos que, enquanto transmitem a missão e a visão, desdobram objetivos e constroem um sistema para a avaliação de desempenho. A tradução da estratégia enfoca tradicionalmente as perspectivas: financeira, clientes, processos e aprendizado e crescimento. Para o desenvolvimento do modelo, incluímos tópicos, como comunidade e desfechos assistenciais e, dentro da perspectiva processos, dividimos em internos e externos, para contemplar também objetivos para processos intrínsecos e extrínsecos de integração com demais serviços e organizações. *Objetivo*: propor o BSC como modelo de gestão para os SEH, de modo a contribuir para as melhores práticas de gestão hospitalar. *Método*: 1. revisão da literatura sobre o BSC; 2. análise da problemática do setor de emergência na saúde; 3. construção do planejamento estratégico; 4. desenvolvimento do modelo de gestão; e 5. elaboração do mapa estratégico do serviço. Para a implementação do BSC, dividimos a gestão assistencial em gestão econômico-financeira e gestão da assistência propriamente dita, considerando as características peculiares dos serviços de emergência, acrescentando perspectivas, como “processos externos”, “comunidade” e “desfechos assistenciais”, às já tradicionais perspectivas “financeira”, “processos internos”, “aprendizado & crescimento” e “clientes”. Para as duas últimas, alteramos para “pessoas e “pacientes e familiares”. *Resultados*: o modelo resultou em 7 focos gerenciais (ou perspectivas) e 30 objetivos estratégicos, divididos em 10 econômico-financeiros e 20 assistenciais, proporcionando um conjunto equilibrado de medidas financeiras e não financeiras. Com relação à distribuição dos objetivos, encontramos: financeiros (09), pacientes e familiares (13), processos internos (20), processos externos (07), pessoas (15), comunidade (05) e desfechos assistenciais (13), demonstrando que processos internos, pessoas e desfechos assistenciais devem ocupar considerável tempo das ações gerenciais. *Conclusão*: A forma como os serviços de atendimento de urgência/emergência de um país estão estruturados é um bom indicador do grau de maturidade do seu sistema sanitário. Ressalta, cada dia mais evidente, aos olhos

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza

Trabalho 3024 - 2/5

de quem trabalha no âmbito da saúde que, como a erradicação total de muitas enfermidades é um objetivo inalcançável, os esforços devem dirigir-se à melhora da qualidade de vida e ao alívio dos sintomas daqueles que os padecem. Paralelamente, nos últimos anos, os SEH começaram a desempenhar um papel preponderante no desenvolvimento de alternativas ao acesso hospitalar tradicional. Numa era em que se produzem recortes de gastos em saúde e, cada vez mais, é maior a exigência das organizações prestadoras de serviços em diminuir os custos, também produzem-se aumentos nas expectativas e exigências dos usuários que continuam procurando os SEH como fonte de atendimento [23]. Paradoxalmente, nesse contexto, o processo decisório no SEH transcorre sem planejamento ou organização, forjado no imediatismo que a situação crítica ou grave aparentemente exige (ressuscitação, alívio imediato da dor ou do sofrimento no eixo assistencial, superlotação, tempos elevados de espera, reclamações constantes, no plano de gestão), levando a sérias dificuldades de coordenação, avaliação e controle. Somente mudanças profundas de cultura de uso destes serviços e algumas outras de infraestrutura e gestão (p. ex., a adaptação e aplicação de modelos como o BSC) poderão trazer melhoras à assistência prestada. Perante à crescente pressão assistencial, produto de uma demanda em aumento constante, os SEH devem apresentar modificações estratégicas e de gestão que permitam melhorar aqueles aspectos potencialmente modificáveis, visando aumentar a segurança do paciente e a qualidade dos processos. Qualquer tentativa de gestão de um SEH deve avaliar os aspectos técnico-científicos, a humanização do cuidado, a segurança do paciente e a relação eficácia-eficiência da assistência prestada. Estes componentes são aqueles que, de alguma forma, devem estar incluídos e ser medidos total ou parcialmente em qualquer plano de melhora contínua. Entretanto, os profissionais, motivados por iniciar ou impulsionar processos de gestão nos SEH, encontram-se desorientados na hora de aplicar as conceituações teóricas num serviço em concreto ou no dia-a-dia da assistência de emergência, visto que as publicações disponíveis na literatura, embora indubitavelmente de grande utilidade, fornecem informações genéricas ou parciais sobre a relação gestão-operação-atendimento nos serviços de emergência, não permitindo o completo entendimento das relações causa-e-efeito dos resultados obtidos. A heterogeneidade organizativa e a falta de profissionalização da gestão, freqüentemente encontrada nos SEH em contraposição à culturalmente estabelecida expectativa de elevada resolução (assistência rápida, eficaz e eficiente), obrigam a busca de metodologias que permitam a reestruturação desses serviços. O desenvolvimento de rearranjos organizacionais implica assumir uma série de aspectos intrínsecos, e, portanto, não modificáveis, próprios do *status quo* do atendimento de emergência (elevada demanda, afluência descontínua mas recursos disponíveis em forma contínua, necessidade de classificação de pacientes, dentre outros). Conclui-se, principalmente, que o sucesso do modelo de gestão em emergências vai depender da capacidade de a gestão antever e agir precocemente nos desvios que esgotam os recursos e impedem a obtenção de melhores resultados, chamando a atenção para a necessidade de líderes fortes no comando de serviços essenciais à sociedade. Assim, a liderança do serviço, o planejamento – com a definição clara dos objetivos estratégicos e a coerência na escolha dos indicadores – juntamente às perspectivas que enfocam a ação gerencial poderão

**TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL**

07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza


Trabalho 3024 - 3/5

contribuir para melhores desfechos assistenciais e, deste modo, aumentar o valor à saúde da sociedade.

Palavras-chave: Gestão; emergência; hospital.

Referências

1. Friedman L, Góes J. Why integrated health network have failed. *Frontiers of Health Services Management* 2001;17(4).
2. Gray JA, Muir. Evidence based policy making. In: Haines A, Donald A. *Getting research findings into practice*. 3 ed. London: BMJ, Publishing Group; 1998.
3. Ministério da Saúde (Brasil). Portaria 2048, de 5 de novembro de 2002. Portaria n.º 2048/GM Em 5 de novembro de 2002. TEX O Ministro de Estado da Saúde.
4. Tudela P, Módol JM. Urgencias hospitalarias. *Medicina clínica* **2003**; 120:711-716.
5. Knobel E, Avezum A, Haibi DR et al. Qualidade e custos em terapia intensiva. *Rev Soc Cardiol Est São Paulo* 1998;8(3):603-620.
6. Kaplan RS, Norton DP. The Balanced Scorecard – measures that drive performance. *Harvard Business Review* 1992; 3 ed.:70-79.
7. Santiago J. Use of the BSC to improve the quality of behavioral health care. *Psychiatric Services* 1999;50(12):1571-1576.
8. Jones ML, Filip SJ. Implementation and outcomes of a BSC model in women's services in a academic health care institution. *Qual Manag Health Care* 2000;8 ed:40-51.
9. Inamdar N, Kaplan R, Bower M. Applying the BSC in healthcare provider organizations. *J Health Manag* 2001;47, 4 ed:179-95.
10. Chang A. How to start and sustain a successful pediatric cardiac intensive care program: a combined clinical and administrative strategic plan. *Pediatr Crit Care Med* 2002;3(2):107-111.
11. Hall LM, Doran D, Lascxhinger HS, Mallete C, Pedersen C, O'Brien-Pallas LL. A BSC approach for nursing report card development. *Outcomes Manag* 2003;1 ed:17-22.
12. Zelman WN, Pink GH, Matthias CB. Use of the BSC in health care. *J Health Care Finance* 2003;4 ed:1-16.
13. Asbroeck A, Arah O, Geelhoed J, Custers T, Delnoij D, Lalzinga N. Developing a national performance indicator framework for the Dutch health system. *International Journal for Quality in Health Care* 2004;16:65-71.
14. Potthoff SO, Ison D, Thompson N, Kissner M. Long-term care management: a BSC performance measurement system. *Journal of Strategic Performance Measurement* 1999;31, 4 ed:16-22.
15. Pineno CJ. The BSC: an incremental approach model to health care management. *J Health Care Finance* 2002;28:69-80.
16. Curtwright JW, Stolp-Smith SC, Edell ES. Strategic performance management: development of a performance measuring system at the Mayo Clinic. *Journal of Healthcare Management* 2000;45:58-68.

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza

Trabalho 3024 - 4/5

17. Zelman W, Blazer D, Gower JM, Bungarmer PO, Cancila SM. Issues for Academic Health Center to consider before implementing a BSC effort. *Academic Medicine* 1999;74:1269-1277.
18. Rimar S. Strategic planning and the BSC for faculty practice plans. *Academic Medicine* 2000; 75:1186-1188.
19. Kaplan R, Norton D. Mapas estratégicos: convertendo ativos intangíveis em resultados tangíveis. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier; 2004.
20. Proctor J, Hall P, Carr J. The business of emergency medicine: a model for success. *Emergency Medicine Clinics of North America* 2004;22(1):19-45.
21. Di Leoni Ferrari A. Desenvolvimento de um sistema gerencial de controle para serviços de emergência hospitalares [monografia de conclusão do curso de pós-graduação em Gestão em Saúde]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; 2004.

*Enfermeira, Especialista em Terapia Intensiva Adulto Crítico pela Universidade Luterana do Brasil (Ulbra-RS) e em Gerenciamento dos Serviços de Enfermagem pela PUC-RS; enfermeira orientadora técnica da Emergência do HPSC-RS; Professora do curso de graduação Enfermagem na Ulbra-RS; Professora do pós graduação de urgência e emergência da Ulbra-Rs; Professora do pós graduação em Terapia Intensiva na Ulbra-Rs mestranda em Genética Molecular e Toxicologia pela Ulbra-RS. **Enfermeira, Mestre; enfermeira assistencial do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da Prefeitura de Porto Alegre-RS; *** Médico, Mestre. Atua como gerente de Recursos Médico-Assistenciais do Hospital de Pronto Socorro de Canoas e como intensivista da UTI de Trauma do Hospital de Pronto-Socorro, em Porto Alegre. Professor na Unisinos. ****Médico, Especialista, Plantonista Serviço de Emergência Hospital Mãe de Deus; Médico de Bordo Uniair transporte aeromédico UNIMED. e-mail: a_roloff@hotmail.com

TRANSFORMAÇÃO SOCIAL
E SUSTENTABILIDADE AMBIENTAL

07 a 10 de Dezembro 2009
Centro de Convenções do Ceará
Fortaleza



Trabalho 3024 - 5/5