

UNIVERSIDADE DE SALAMANCA
FACULDADE DE TRADUÇÃO E DOCUMENTAÇÃO
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO



**ANÁLISE E REDESENHO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA E
GERENCIAL: O CASO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ**

VERA LUCIA BELO CHAGAS

SALAMANCA
2015

UNIVERSIDADE DE SALAMANCA
FACULDADE DE TRADUÇÃO E DOCUMENTAÇÃO
DEPARTAMENTO DE BIBLIOTECONOMIA E DOCUMENTAÇÃO



**ANÁLISE E REDESENHO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO CLÍNICA E
GERENCIAL: O CASO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ**

Tese apresentada ao Departamento de Biblioteconomia e Documentação da Faculdade de Tradução e Documentação da Universidade de Salamanca, como requisito parcial à obtenção do grau de “Doutor em Biblioteconomia e Documentação”.

Linha de pesquisa: “*Líneas de investigación en Biblioteconomía e Documentación*”

Orientadores: Prof^a Dr^a Marta de la Mano González

Prof. Dr. José Antonio Frias Montoya

Prof^a Dr^a Kira Maria Antonia Tarapanoff

Doutoranda: Vera Lucia Belo Chagas

SALAMANCA
2015

Catálogo na publicação
Sirlei do Rocio Gdulla – CRB 9ª/985
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

Chagas, Vera Lucia Belo

Análise e redesenho de um sistema de informação clínica e gerencial: o caso do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná / Vera Lucia Belo Chagas. – Salamanca, 2015. 393f.

Orientadores: Profª.Dra. Marta de La Mano González, Prof.º Dr. José Antonio Frias, ProfªDrª Kira M.A. Tarapanoff
Tese (Doutorado em Biblioteconomía e Documentación) – Departamento de Biblioteconomía y Documentación, Facultad de Traducción y Documentación, Universidad de Salamanca.

1. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – Sistema de informações para o planejamento – Processo decisório. 2. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná – Indicadores – Estudo de caso. I. Título.

CDD 658.40307

A nossa pequena Isabela.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Kira Maria Antonia Tarapanoff minha orientadora, no Brasil, pela dedicação constante, apoio e estímulo na realização deste trabalho.

À Prof^a Dr^a Marta de la Mano González e ao Prof. Dr. José Antonio Frías Montoya, meus orientadores na Espanha que, apesar da distância, se empenharam em me ajudar.

Ao Prof. Dr. Ulf Gregor Baranow que, desde a minha chegada no DeCiGI, incentivou o meu crescimento profissional.

Ao Prof. Giovanni Loddo, ex-Diretor Geral do HC-UFPR e ex-Coordenador dos Hospitais Universitários da UFPR, que, além de contribuir com ideias e sugestões, viabilizou as visitas aos demais hospitais, principalmente na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

A Gisele Lopes e Valéria Filomena de Oliveira, do Serviço de Planejamento do HC-UFPR, por meio delas estendo a minha gratidão a toda comunidade do HC-UFPR, professores e técnicos administrativos que colaboraram com informações e sugestões.

Ao Juarez Leites, da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, pelo pronto atendimento e fornecimento das informações solicitadas.

Aos Professores do Departamento de Biblioteconomia e Documentação da Universidad de Salamanca.

A Lilia Neves e toda a equipe da Biblioteca de Ciências da Saúde da UFPR.

Aos amigos e colegas com os quais convivi em Salamanca. Não vou nomeá-los pois certamente cometeria alguns esquecimentos.

Aos Professores e colegas do Departamento de Ciência e Gestão da Informação da Universidade Federal do Paraná, por terem permitido que eu chegasse até aqui.

À minha família pelo apoio incondicional e compreensão pela ausência.

A Deus pelo dom da vida e pela força nos momentos de desafios.

*“Viver não é dizer aos outros que somos felizes.
A vida é um constante aprendizado ...
E felicidade mesmo é aprender as lições,
que a vida nos dá todos os dias.”*
Vera Jacobowski

SUMÁRIO

RESUMO	9
RESUMEN	10
LISTA DE TABELAS	11
LISTA DE QUADROS	12
PARTE I – INTRODUÇÃO	13
1 INTRODUÇÃO.....	14
1.1 OBJETIVOS.....	15
1.1.1 Objetivo geral.....	15
1.1.2 Objetivos específicos	15
1.2 PREMISSAS	16
1.3 ESTRUTURA DA TESE	17
PARTE II – MARCO CONCEITUAL: O VALOR ESTRATÉGICO DA INFORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE.....	18
2 INFORMAÇÃO NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL DA SAÚDE.....	19
2.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	19
2.2 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE.....	23
2.2.1 Conceito de qualidade da informação	23
2.2.2 Qualidade de informação na área de saúde	26
2.3 CONCLUSÕES	31
3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE	33
3.1 SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL	33
3.1.1 Definição e conceito.....	34
3.1.2 Objetivos e benefícios	35
3.1.3 Finalidades	37
3.1.4 Componentes.....	38

3.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO.....	40
3.2.1 Características	40
3.2.2 Finalidades, funções e componentes	44
3.2.3 Tipos e características	45
3.2.4 Desenvolvimento.....	46
3.2.5 Avaliação.....	49
3.2.6 Segurança e confidencialidade dos dados	51
3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL.....	54
3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR.....	59
3.4.1 Aspectos gerais.....	60
3.4.2 Definição e conceito.....	63
3.4.3 Objetivos e funções	65
3.4.4 Características	69
3.4.5 Estrutura dos sistemas	71
3.4.6 Avaliação.....	75
3.5 CONCLUSÕES.....	78
4 INDICADORES COMO SUBSÍDIOS PARA ESTRUTURAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR.....	83
4.1 DEFINIÇÕES E CONCEITOS	87
4.2 CARACTERÍSTICAS E REQUISITOS.....	90
4.3 CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO, DESENVOLVIMENTO, SELEÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES.....	95
4.4 CLASSIFICAÇÃO, FORMA DE REPRESENTAÇÃO, TIPOS E EXEMPLOS DE INDICADORES	101
4.5 USO DOS INDICADORES	124
4.6 CONCLUSÕES.....	131
5 CONCLUSÕES SOBRE O MARCO CONCEITUAL: O VALOR ESTRATÉGICO DA INFORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE.....	134

PARTE III – ESTUDO DE CASO.....	138
INTRODUÇÃO	139
6 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO – HC-UFPR	140
6.1 HISTÓRICO E FINALIDADES.....	140
6.2 MISSÃO, VISÃO, OBJETIVOS DO HC-UFPR	141
6.3 POLÍTICAS INSTITUCIONAIS	141
6.4 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA.....	142
6.5 O MODELO GERENCIAL DO HC-UFPR	147
6.6 RECURSOS HUMANOS.....	149
6.7 EQUIPAMENTOS.....	150
6.8 FONTES DE RECURSOS.....	152
6.9 SERVIÇOS	152
6.10 ATIVIDADES DE ENSINO	155
6.11 ACREDITAÇÃO.....	160
6.12 PREMIAÇÕES E RECONHECIMENTO	160
6.2 IDENTIFICAÇÃO DAS FORÇAS E FRAQUEZAS.....	161
6.2.1 Forças	162
6.2.1.1 Reconhecimento e notoriedade.....	162
6.2.1.2 Apoio governamental para prestação de serviços à comunidade	162
6.2.1.3 Inovação e destaque no setor de Saúde Pública.....	162
6.2.1.4 Atividades de extensão e aprendizado continuado	163
6.2.1.5 Parcerias.....	163
6.2.1.6 Legitimação social em ensino, pesquisa e extensão	164
6.2.1.7 Atividades de apoio a iniciativa de grande impacto social.....	165
6.2.1.8 Reconhecimento nacional.....	165
6.2.2 Fraquezas.....	165
6.2.2.1 Problemas relacionados à capacitação de seus profissionais.....	165

6.2.2.2 Problemas financeiros.....	165
6.2.2.3 Quadro de pessoal insuficiente para atender a demandas crescentes	166
6.2.2.4 Demanda externa superior à capacidade instalada	166
7 DESENVOLVIMENTO DE REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO.	168
7.1 DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	169
7.1.1 Objetivos e metodologia contemplados	169
7.1.2 Desenvolvimento da primeira lista de parâmetros para o sistema de informação gerencial	169
7.1.3 Validação do instrumento de coleta de dados em dois estudos de casos	170
7.1.4 Identificação e diagnóstico de necessidades informacionais da alta direção da organização em estudo (Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná)..	172
7.1.5 Cotejamento do instrumento de coleta de dados com as necessidades informacionais.....	173
8 PROPOSTA DE INDICADORES CAPILARES PARA A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DO HC-UFPR.....	177
9 ESTUDO COMPARADO: <i>BENCHMARKING</i>; COTEJAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	215
9.1 BENCHMARK ESCOLHIDO.....	215
9.1.1 Indicadores usados pela Santa Casa de Misericórdia.....	216
9.1.2 Quadros comparativos.....	217
9.1.2.1 Descrição	217
9.1.2.2 Metodologia utilizada para agrupamento dos indicadores	217
9.1.2.3 Conclusão da análise dos dados.....	246
PARTE IV- CONCLUSÕES FINAIS.....	250
10 CONCLUSÕES.....	251
11 PESQUISAS FUTURAS	260
BIBLIOGRAFIA	261
APÊNDICES	272
ANEXO.....	370

RESUMO

Identifica as necessidades e demandas de informação para tomada de decisão do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), e, define indicadores hospitalares, alinhados com o seu planejamento estratégico, visando a estruturação de um sistema de informação gerencial para tomada de decisão. Trata-se de um estudo de caso exploratório descritivo. Inclui a pesquisa bibliográfica e documentária. Como instrumento de coleta de dados utilizou-se de uma lista de indicadores básica. Em seguida, elaborou-se um formulário contendo indicadores internos específicos para hospitais. Com este formulário foram entrevistados os responsáveis pelo Serviço de Planejamento; Direções, Unidades de Serviço, Serviços e Assessoria do HC-UFPR. Com a análise dos dados coletados, construiu-se uma proposta de capilaridade dos indicadores, ou seja, a partir dos indicadores estratégicos, foram elaborados os indicadores táticos e, em seguida os operacionais. Fez-se um teste de viabilidade de implantação dos indicadores. Durante o desenvolvimento desta fase, concluiu-se que a classificação dos indicadores é contingencial, pois os mesmos devem estar relacionados com o alinhamento estratégico da instituição. Então, optou-se por trabalhar com o Planejamento estratégico do HC-UFPR, 2007-2011. Elaborou-se uma lista de indicadores classificados em: Estratégicos, Táticos e Operacionais para cada diretriz. Realizou-se um estudo comparado com os indicadores utilizados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. O resultado da proposta contempla indicadores de estrutura, os indicadores de processo, indicadores de resultados e indicadores aplicados ao ensino, a pesquisa e a extensão, que poderão servir para agregar valor às informações e iniciar uma proposta de inteligência organizacional.

Palavras-chave: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Sistema de informações para o planejamento - Processo decisório. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Indicadores - Estudo de caso.

RESUMEN

El estudio identifica las necesidades y requisitos de información para la toma de decisiones del Hospital de Clínicas de la Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), y define los indicadores hospitalarios, alineados con su plan estratégico, dirigido a la estructuración de un sistema de información gerencial para la toma de decisión. Es un estudio de caso exploratorio descriptivo. Incluye la investigación bibliográfica y documentaria. Partiendo de la premisa que todo el sistema de información necesita de indicadores para su estructuración, el trabajo se concentró en la identificación de indicadores hospitalarios. En este sentido, como instrumento de recolección de datos utilizada es una lista de indicadores básicos. Luego elaborado un formulario que contiene los indicadores internos específicos para los hospitales. Con esta forma fueron entrevistados los responsables del Servicio de Planificación; Direcciones, Unidades de servicio, Servicios y asesoramiento del HC-UFPR. Con el análisis de los datos recogidos, se ha construido una propuesta de jerarquía de los indicadores, es decir, a partir de los indicadores estratégicos, indicadores tácticos fueron desarrollados y luego operacionales. Se convirtió en una de las pruebas de factibilidad de implementación de indicadores. Durante el desarrollo de esta fase, se concluyó que la clasificación de los indicadores es contingente, ya que deben estar relacionados con la alineación estratégica de la institución. Así que elegí para trabajar con la planificación estratégica del HC-UFPR, 2007-2011. Hay desarrollado una lista de indicadores clasificados como: estratégico, táctico y operacional para cada directriz. Se realizó un estudio comparativo con los indicadores utilizados en la Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. El resultado de la propuesta se refiere a los indicadores de estructura, los indicadores de procesos, indicadores de resultados e indicadores aplicados a la docencia, investigación y extensión, que podría ser utilizado para agregar valor a la información e iniciar una propuesta de inteligencia organizacional.

Palabras clave: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Sistema de información para la planificación - Proceso de toma de decisiones. Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná - Indicadores - estudio de caso.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CATEGORIA DOS FUNCIONÁRIOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO (MEC, FUNPAR) QUE ATUAM NO HC-UFPR – 2007-2010.....	149
TABELA 2 – FUNCIONÁRIOS POR VÍNCULO EMPREGATÍCIO DO HV-UFPR – 2007-2010.....	150
TABELA 3 – EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NO HC-UFPR E A FORMA DE AQUISIÇÃO -2010.....	151
TABELA 4 FONTE DE RECURSOS DO HC-UFPR – 2010.....	152
TABELA 5 ESTRUTURA HOSPITALAR DO HC-UFPR – 2007-2010.....	152
TABELA 6 INDICADORES DA PRODUÇÃO HOSPITALAR DO HC-UFPR – 2007-2010.....	153
TABELA 7 ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO HC-UFPR - 2007-2010	153
TABELA 8 ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E EMERGENCIAL DO HC-UFPR – 2007-2010.....	153
TABELA 9 TOTAL DE EXAMES COMPLEMENTARES DO HC-UFPR – 2007-2010	154
TABELA 10 SERVIÇOS AUXILIARES DO HC-UFPR – 2007-2010.....	154
TABELA 11 DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA QUE ATUAM NO HC-UFPR SEGUNDO TITULAÇÃO -2010.....	155
TABELA 12 DOCENTES DE OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE QUE ATUAM NO HC-UFPR – 2010	155
TABELA 13 ESPECIALIZAÇÃO EM RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPR – 2010....	156
TABELA 14 ESPECIALIZAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA UFPR – 2010.....	157
TABELA 15 RELAÇÃO DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO E A QUANTIDADE DE ALUNOS MATRICULADOS – 2010	157
TABELA 16 CURSOS DE MESTRADO E A QUANTIDADE DE ALUNOS MATRICULADOS – 2010	158
TABELA 17 CURSOS DE DOUTORADO E A QUANTIDADE DE ALUNOS MATRICULADOS – 2010	159
TABELA 18 PESQUISA VINCULADA DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR – 2010.....	159

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 1	218
QUADRO 2 – INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 1	219
QUADRO 3 – INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 1.....	221
QUADRO 4 INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 2	227
QUADRO 5 INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 2	227
QUADRO 6 INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 2.....	228
QUADRO 7 INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 3	230
QUADRO 8 INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 3	230
QUADRO 9 INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 3.....	231
QUADRO 10 INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 4	233
QUADRO 11 INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 4	233
QUADRO 12 INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 4.....	234
QUADRO 13 INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 5	235
QUADRO 14 INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 5	236
QUADRO 15 INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 5.....	237
QUADRO 16 INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 6	239
QUADRO 17 INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 6.....	239
QUADRO 18 INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 6.....	240
QUADRO 19 INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 7	241
QUADRO 20 INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 7	242
QUADRO 21 INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 7.....	242

PARTE I
INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a informação vem ocupando um papel fundamental no avanço das ciências e no desenvolvimento econômico e social, inclusive nas organizações da área da Saúde. A tecnologia da informação tem influenciado decisivamente as transformações que se estão produzindo na área. No entanto, para valorizar a informação com vista à sua utilização como recurso estratégico, é preciso que ela esteja sistematizada e ao alcance dos membros da organização.

Na área da Saúde, os sistemas de informação são necessários em todos os ambientes: em hospitais, clínicas, centros comunitários de saúde, agências de saúde, órgãos de pesquisa e instituições educacionais. A configuração desses sistemas deve atender tanto a demanda dos serviços de administração na organização, como as especialidades médicas específicas centradas no paciente.

Assim como os sistemas informacionais em outras áreas, o Sistema de Informação na área da Saúde também pode ser visto como uma estrutura de coleta, processamento, análises e transmissão de informação, destinada a facilitar a racionalidade da tomada de decisões.

A escolha do tema foi motivada pelo interesse da autora de estudar o Sistema de Informação do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), na cidade de Curitiba, Brasil, fazendo um diagnóstico quanto à sua utilização e apresentando propostas de aperfeiçoamento. Sobretudo, pretendeu-se verificar se este sistema atende as expectativas de informação para tomada de decisão da alta administração. A alta administração do Hospital é formada pela direção geral; a direção administrativa; a direção da assistência; a direção de ensino, pesquisa e extensão; a direção do corpo clínico; a direção financeira.

O sistema atualmente em uso neste Hospital Universitário foi desenvolvido pela Equipe de Informática do próprio hospital. Verificou-se que o Sistema está direcionado para o controle interno, isto é, o monitoramento apenas das atividades de rotina do hospital, por exemplo: registro dos dados referentes ao paciente, internação, atendimento, marcação de consulta, faturamento e suprimento (farmácia e gerais, laboratórios, fornecedores, compras/recebimento).

A proposta inicial foi estudar as informações gerenciais ou seja informações que pudessem subsidiar a tomada de decisão da alta administração portanto, optou-se por estudar os indicadores hospitalares tendo por base as diretrizes definidas no planejamento estratégico do hospital.

O interesse acadêmico desta tese, por sua vez, transcende seu objeto imediato, o âmbito do Hospital de Clínicas da Universidade do Paraná. Pretende-se que venha a constituir um estudo de caso, em profundidade, referente ao uso da Informação num hospital universitário e público, no cenário específico e complexo de um país rumo à implantação da Sociedade da Informação.

Do ponto de vista teórico, este trabalho pretende dar uma contribuição interdisciplinar, trazendo as vertentes da Gestão da Informação, Gestão do Conhecimento e de Sistemas e Tecnologias de Informação, em interface com a Ciência da Informação e a Biblioteconomia, no que tange ao acesso, recuperação, difusão e transferência da informação, e com a Área de Saúde, no que tange à informação hospitalar. Pretende-se com esta abordagem oferecer uma visão moderna de sistema de informação gerencial, que contemple uma recuperação inteligente¹ da informação.

Do ponto de vista prático, pretende-se contribuir para o aprimoramento do sistema de informação para a tomada de decisão do Hospital de Clínicas da UFPR, que atenda às demandas relativas à tomada de decisão num ambiente de tecnologia da informação avançada.

1.1 OBJETIVOS

Para elaboração desta tese, traçaram-se os seguintes objetivos geral e específicos:

1.1.1 Objetivo geral

Propor novos indicadores que possam servir de base para o uso efetivo do atual sistema de informações gerenciais para tomada de decisão do Hospital de Clínicas da UFPR, visando a sugerir medidas de aprimoramento e/ou formulação de um novo sistema.

1.1.2 Objetivos específicos

- a) Identificar e analisar a literatura existente sobre o desenvolvimento e organização de sistemas de informação hospitalar;
- b) Analisar e caracterizar o contexto, no qual deverá ser inserido o sistema de informação gerencial - o contexto do Hospital de Clínicas da UFPR;
- c) Propor um referencial conceitual que permita oferecer um novo entendimento de como deve ser estruturado um sistema de informação hospitalar no contexto estudado;

¹ *Inteligência* é aqui entendida como a habilidade de uma organização, de adquirir novas informações e conhecimentos, e agir de modo racional e efetivo com base nas informações adquiridas.

- d) Levantar as “melhores práticas”² para encontrar o *benchmark* adequado em termos de conteúdo informacional;
- e) Identificar as atuais necessidades informacionais dos tomadores de decisão do Hospital de Clínicas da UFPR;
- f) Identificar e caracterizar os indicadores vigentes no Hospital de Clínicas;
- g) Realizar um diagnóstico das principais informações fornecidas pelo atual sistema de informações existente no Hospital de Clínicas;
- h) Realizar estudo comparado, cotejando as informações levantadas no item d, e, f com o *benchmark* identificado;
- i) Propor novos indicadores para melhor adequação do sistema de informação do HC-UFPR às necessidades identificadas para os tomadores de decisão.

1.2 PREMISSAS³

Para elaboração da tese definiram-se as seguintes premissas:

- 1) A coleta de dados sobre informações úteis para a tomada de decisão no HC-UFPR encontram-se dispersas e devem ser centralizadas;
- 2) Uma vez centralizadas as informações é preciso que elas sejam estruturadas para serem úteis à tomada de decisão, em informações em nível estratégico, tático e operacional;
- 3) O HC-UFPR é um hospital de ensino e necessita de informações sobre o ensino e a pesquisa, porém, como o gerenciamento administrativo do ensino e da pesquisa é de responsabilidade do Setor de Ciências da Saúde, muitas vezes a coleta dessas informações pelo HC-UFPR é fragmentada e incompleta. Portanto, faz-se necessário a elaboração de um sistema de informação sobre os indicadores hospitalares do ponto de vista gerencial que possa subsidiar a tomada de decisão do hospital abrangendo tanto as áreas da assistência quanto do ensino, da pesquisa e da extensão;
- 4) Os indicadores podem ser desenvolvidos a partir de experiências bem sucedidas;
- 5) As informações, mesmo estruturadas ainda não vão gerar inteligência, para que isto ocorra é preciso que os tomadores de decisão passem a fundamentar todas as suas decisões a partir das informações coletadas e estruturadas;

² (Ingl. *Best practices*). Termo técnico que significa "a prática/modelo/metodologia mais avançada em determinada área, posta em prática por determinada empresa ou organização".

³ Premissas – aqui entendidas como informações essenciais que servem de base, ou fio condutor, para o desenvolvimento do raciocínio do estudo.

6) A sensibilização quanto ao uso contínuo das informações estruturadas na tomada de decisão poderá favorecer a elaboração de indicadores que beneficiará/contribuirá para o desenvolvimento da inteligência organizacional;

7) Para o aprimoramento do desenvolvimento da inteligência organizacional, além do uso da informação é necessário, no futuro, a instalação de um *software* de *Business Intelligence*.

1.3 ESTRUTURA DA TESE

Além desta Introdução – Parte I, a tese se compõe de mais 4 Partes.

A Parte II - se refere ao marco conceitual da tese e em suas conclusões oferece as premissas que possibilitaram a escolha da metodologia e orientaram o estudo de caso.

A Parte III - trata do estudo de caso propriamente dito e o desenvolvimento da metodologia.

A Parte IV - compreende as conclusões finais, as sugestões para pesquisas futuras, a bibliografia, os apêndices, onde encontram-se as várias etapas do desenvolvimento da proposta de indicadores do estudo de caso realizado, antes da versão final, bem como a proposta final de Indicadores para a elaboração de um sistema de informação hospitalar voltada para tomadores de decisão, consideradas as características do estudo de caso realizado e, por último, o anexo.

PARTE II - MARCO CONCEITUAL: O VALOR ESTRATÉGICO DA INFORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Esta parte, relacionada ao marco conceitual e teórico da tese, está subdividida em 5 capítulos. A saber:

CAPÍTULO 2 INFORMAÇÃO NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL DA SAÚDE

CAPÍTULO 3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

CAPÍTULO 4 INDICADORES COMO SUBSÍDIOS PARA ESTRUTURAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

CAPÍTULO 5 CONCLUSÕES SOBRE O MARCO CONCEITUAL: O VALOR ESTRATÉGICO DA INFORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

2 INFORMAÇÃO NO CONTEXTO ORGANIZACIONAL DA SAÚDE

Neste capítulo são abordados alguns aspectos relevantes relacionados à informação em saúde. São tratadas as suas características, a importância da qualidade dos dados e informações para e nos sistemas de informação em saúde, bem como, a inserção da informação no contexto organizacional da saúde, em especial a saúde pública.

O capítulo subdivide-se nos seguintes segmentos:

2.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE;

2.2 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE.

2.3 CONCLUSÕES

2.1 INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A informação ocupa hoje um papel fundamental no avanço da ciência e no desenvolvimento econômico e social. Na área da Saúde não é diferente. O binômio informação + tecnologia tem exercido uma participação decisiva nas transformações que se estão produzindo na área. Também aqui, a informação é considerada insumo básico para “conhecer, planejar, executar e avaliar as organizações de Saúde” (SEPÚLVEDA, 2006, p. 75).

Desse modo, a informação em Saúde não é apenas utilizada para controle do fenômeno saúde-doença. Ela constitui também um importante recurso para o planejamento das ações desenvolvidas a favor da Saúde. Isto inclui a elaboração de prováveis cenários futuros, baseados em informações reais, o que permite fundamentar a tomada de decisão relativamente aos recursos humanos, infraestruturas, instalações, e outros recursos necessários (ANDREU MARTÍNEZ, MARTÍNEZ MATEU, 2006, p. 174).

Informações em Saúde deve ser a consequência da elaboração e do tratamento de dados com fins previamente definidos. A utilização de dados, imagens, observação direta etc. deve permitir a elaboração de um processo, que nos aproxima da realidade ou do fenômeno que se pretende observar (ANDREU MARTÍNEZ, MARTÍNEZ MATEU, 2006, p. 174).

Quanto à eficácia informacional em Saúde, ela é condicionada por uma coleta contínua, regular e confiável. Sobretudo, essa informação deve estar disponível, isto é, ser facilmente acessível ou recuperável para subsidiar tomadas de decisão, ou seja, respostas adequadas, em tempo ideal. Entretanto, frequentemente, as informações apresentam-se fragmentadas e desconectadas, pois se originam de diferentes fontes ou sistemas de informação.

No caso brasileiro o Sistema Único de Saúde (SUS) que é o modelo público de ações e serviços de saúde no país, que começou a ser implantado no princípio da década de 1990, apresenta os problemas mencionados no parágrafo anterior. Sua estrutura de gestão e instâncias decisórias que inclui as três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal, teve ao longo dos anos desenvolvidos e implantados diferentes sistemas de controle da saúde não integrados, gerando dados e informações fracionadas (PETERLINI; ZAGONEL, 2006, p. 420, 422).

No entanto, a importância dos sistemas de informação em saúde não pode ser negada. Para a rede hospitalar a informação, além de ser um recurso utilizado para a tomada de decisão, pode ser considerada como processo que permite analisar os ruídos no dia a dia dos serviços e das relações humanas. Ela deve contribuir para os processos de intervenção institucional, fazendo com que os sistemas possam ser analisados além da simples lógica dos indicadores de estruturas, processos e resultados em saúde (PINTO *et al.*, 2004, p. 262-263, 266).

Pode-se destacar a importância da informação em Saúde sob três aspectos distintos, conforme Andreu Martínez e Martínez Mateu (2006, p. 174):

- 1) Seu entorno sofre mudança constante, através da necessidade de inovação contínua, com tecnologias e tarefas cada vez mais complexas;
- 2) Há elevadas exigências sociais quanto à qualidade e produtividade dos serviços em Saúde;
- 3) Deve-se garantir e facilitar a formação contínua dos profissionais.

Possui funções múltiplas, algumas apresentadas por Peterlini e Zagonel (2006, p. 420, 422):

- a) Do ponto de vista técnico, a informação apresenta-se numa perspectiva controladora, de acompanhamento;
- b) No aspecto político, assume um sentido dialético, tornando-se um fator de mudança;
- c) A partir do ponto de vista social, a informação toma a forma de possibilidades, em que as informações se transformam em conhecimento. E o conhecimento – na visão dos autores – deve tornar-se um instrumento capaz de fortalecer a cidadania.

No contexto organizacional, a informação deve ser utilizada para subsidiar várias ações ou comportamentos, tais como:

- a) Definição de produtos e serviços;
- b) Estabelecimento de objetivos de desempenho;
- c) Definição de processos operacionais;
- d) Monitoramento do desempenho organizacional, entre outros (CALAZANS, 2008, p. 30).

Do ponto de vista teórico e prático, a informação em Saúde constitui um assunto bastante abrangente. De forma didática, autores, como Andreu Martínez e Martínez Mateu

(2006, p. 174) distinguem dois tipos básicos: a informação clínica, e a informação para gestão.

Identificam a informação clínica como aquela que os profissionais da Saúde utilizam para a tomada de decisão em atenção a seus pacientes.

Por sua vez, a informação para a gestão é aquela que é necessitada e utilizada pelos administradores para fundamentar suas decisões no processo de direção das organizações.

No tocante à informação clínica, mencione-se ainda o papel da informação em relação à sua utilização na docência acadêmica e na investigação especializada.

De que forma é gerada informação na área da Saúde? A informação do que acontece, por exemplo, em um Serviço de Saúde pode ser obtida por meio de diversos procedimentos. Os mais comuns são:

- a) A observação direta;
- b) A comunicação interpessoal (que pode acontecer de modo formal, em reuniões estabelecidas ou de modo informal);
- c) Através de um sistema de informação estruturado (ANDREU MARTÍNEZ, MARTÍNEZ MATEU, 2006, p. 174).

As atividades desenvolvidas em um hospital ou um centro de saúde, frequentemente, são documentadas e registradas. A seleção das fontes de informação deve ser de acordo com os objetivos da coleta. No entanto, é preciso observar a legislação pertinente à privacidade da informação sobre o paciente.

Para valorizar a informação com vista à sua utilização como recurso estratégico, é preciso que ela esteja devidamente sistematizada e ao alcance (diferenciado) dos membros da organização.

Verifica-se, inicialmente, o aspecto competitivo. A organização que consegue reunir, interpretar e utilizar a informação para subsidiar sua tomada de decisão de forma rápida e eficiente, tem a possibilidade de se diferenciar das outras organizações. E isto deve habilitá-la para se tornar mais competitiva.

Quando devidamente sistematizada e tratada com qualidade, a informação pode ser utilizada como insumo (*input*) para a tomada de decisões estratégicas. Ao incrementar a inovação, a informação estratégica oferece oportunidades para que a organização se torne mais competitiva no mercado.

Lozano Rubí (2006, p. 390) sugere que a informação seja compreendida de modo consistente a todo o momento, devido às mudanças contínuas na ambiência interna e externa. Para isto, é necessário desenvolver iniciativas de gestão da informação, tendo como referência o alcance global da organização e com isto, maximizar o valor estratégico da informação, posicionando melhor a organização em seu entorno e em relação à concorrência.

A gestão da informação é entendida aqui como a aplicação de princípios administrativos à aquisição, organização, controle, disseminação e uso da informação para a operacionalização efetiva da organização (WILSON, 1997 citado por TARAPANOFF, 2004, p. 20).

O gerenciamento adequado e a difusão da informação por toda a organização devem propiciar a melhoria da inovação e, conseqüentemente, garantir sua competitividade (CALAZANS, 2008).

A informação para tomada de decisão em ambientes de organizações da Saúde, assim como, em outras organizações necessita estar disponível na hora certa para o público-alvo certo.

Diante disso, Martinez Serrano (2007) afirma que os sistemas de informação hospitalar devem ser desenhados para fornecer informações clínicas a serem utilizadas na definição de diagnóstico e terapêutica necessários para o paciente. Além disso, são utilizados para a docência e a pesquisa e na gestão da própria administração hospitalar.

O autor recomenda que o mesmo deva fornecer informação suficiente para a análise das estratégias traçadas para se alcançar determinados objetivos, identificar os possíveis desvios e corrigir as situações indesejáveis. A informação deverá ser útil para o planejamento das ações e serviços (MARTINEZ SERRANO, 2007, p. 407-408).

A informação na área da Saúde se destaca tanto do ponto de vista da assistência quanto recurso estratégico para a gestão das organizações. No entanto, para que ela possa ser usada adequadamente é necessário sistemas integrados de informação clínicas e econômicas e/ou de gestão. Neste caso, a integração das informações clínicas e econômicas faz-se necessária.

São os seguintes os objetivos que se pretende alcançar com um Sistema de Informação, integrando informação clínica e econômica:

- a) Gestionar o processo assistencial através do estabelecimento de padrões, protocolos de processos e monitoramento de desvios;
- b) Acompanhar a atuação dos profissionais, em comparação com as pautas clínicas estabelecidas;
- c) Analisar e planejar, conjuntamente, com médicos e gestores, os níveis de serviço, bem como as mudanças e os recursos necessários para a operacionalização dessas mudanças (ANDREU MARTÍNEZ; MARTÍNEZ MATEU, 2006, p. 177).

A integração entre informação clínica e gestão facilita a tomada de decisões em todas as fases do processo assistencial. Por esta razão, o autores recomendam que os dirigentes devam adequar os sistemas de informação à gestão da qualidade da organização.

Nesta mesma linha de orientação, o estudo realizado por Calazans (2008, p. 30) revela que na última década, aumentaram significativamente as atividades voltadas para a qualidade da informação. Nas organizações estudadas identificou-se, inclusive, a necessidade de medir e aumentar a qualidade das informações já disponíveis. Assunto a ser tratado no próximo segmento.

2.2 QUALIDADE DA INFORMAÇÃO EM SAÚDE

2.2.1 Conceito de qualidade da informação

Não existe uma definição única para o termo qualidade em informação. Também não há um consenso na literatura sobre definições teóricas e operacionais da qualidade da informação. Há uma alusão recorrente entre autores interessados no tema de que as definições de qualidade de informação são ambíguas, vagas ou subjetivas (PAIM, *et al.*, 1996, p.12).

Sua definição depende da abordagem em que está sendo estudada. Marchand (1989), por exemplo, citado por Calazans (2008, p. 31) identificou cinco abordagens na definição do conceito de qualidade da informação:

- 1) Transcendente – é o valor da informação, que deve ser percebido como absoluto e universalmente reconhecido. Pode ser sinônimo de excelência, ou seja, de qualidade intrínseca;
- 2) Baseada no usuário – o julgamento da excelência se dá de acordo com o atendimento das necessidades do indivíduo. Tipos e fontes de informação que mais satisfazem ao usuário seriam considerados os de melhor qualidade. No entanto, essa abordagem carrega um ponto de vista altamente subjetivo e com pouca possibilidade de operacionalização;
- 3) Baseada no produto – considera a qualidade da informação em termos precisos e identificáveis. Os atributos seriam passíveis de mensuração e quantificação;
- 4) Baseada na produção – a qualidade está associada a sua adequação aos padrões estabelecidos pela necessidade de informação do consumidor. Os desvios em relação a estes padrões devem significar redução da qualidade da informação;
- 5) Baseada na qualidade como um dos aspectos de valor - o valor da informação deve ser considerado como uma categoria mais abrangente e a qualidade deve ser um dos seus atributos.

De Sordi (2008) considera que a dificuldade de definir a qualidade da informação deve ser um estímulo ao seu estudo e compreensão uma vez que a informação deve ser considerada um ativo, sobretudo, nas organizações com estratégia baseada em conhecimento. O autor apresenta uma descrição de características ou dimensões da informação que podem ser utilizadas para análise e mensuração da sua qualidade. As características estão relacionadas à informação propriamente dita bem como aquelas relacionadas ao seu uso.

As dimensões da qualidade da informação propostas por De Sordi (2008, p. 31-58) são: Abrangência/escopo, Integridade, Acurácia/veracidade, Confidencialidade/privacidade, Disponibilidade, Atualidade, Ineditismo/raridade, Contextualização, Precisão, Confiabilidade, Originalidade, Existência, Pertinência/agregação de valor, Identidade, Audiência.

Neste trabalho, levando em conta o ambiente no qual se inserem os sistemas de informação o termo permeia três abordagens, a da área da Administração, da Ciência da Computação e da Ciência da Informação, nesta última em especial a Gestão da Informação.

Na área da Administração dois autores clássicos da qualidade total William Edwards Deming e Joseph M. Juran definem o seu entendimento do que pode ser considerada qualidade administrativa.

De acordo com Deming, a qualidade deve enfatizar uma abordagem sistêmica para solução de problemas, ou seja, “(...) a qualidade desejada começa com a intenção, que é determinada pela direção. A intenção tem de ser traduzida para planos, especificações e testes, numa tentativa de oferecer ao cliente a qualidade pretendida, e tudo isso é da área de responsabilidade da administração” (DEMING, 1990, p. 37).

Juran (1990) define qualidade como satisfação do cliente e ausência de defeitos. Também defende a ideia de que a qualidade não acontece por acaso e sim por meio de um programa constituído de planejamento, controle e aperfeiçoamento da qualidade, conhecido como trilogia da qualidade.

A estruturação de um sistema informacional, também na área administrativa começa pela qualidade dos dados. Para alguns autores como Davenport e Prusak (1998, p. 18), dados “são simples observações sobre o estado do mundo, são facilmente estruturados, obtidos por máquinas, frequentemente quantificados e facilmente transferidos”.

Nos sistemas de informação administrativos, o conceito de qualidade dos dados deve indicar o quanto as fontes de dados atendem às demandas de informação das áreas de negócio. As fontes de dados devem atender as necessidades informacionais do ponto de vista de uma:

- 1) Visão interna: confiabilidade, temporalidade, completude, atualidade, consistência e precisão; e uma
- 2) Visão externa: relevância, conteúdo, importância, temporalidade, suficiência, facilidade de uso, utilidade, concisão, clareza, nível de detalhe (WANG; WAND, 1996).

Teixeira Filho (2003) sintetiza a mesma visão quando coloca que os critérios que devem ser considerados na análise da qualidade dos dados são: acurácia, completude, consistência, confiabilidade, corretude, relevância e atualidade.

Na estruturação dos sistemas informacionais fica clara a distinção entre dado, informação e conhecimento.

Um dos objetivos dos sistemas de informação é transformar economicamente os dados em informação ou conhecimento (TURBAN *et al.*, 2007, p. 3). Dados, do ponto de vista de sistema de informação, “podem ser considerados os fatos brutos, o fluxo infinito de coisas que estão acontecendo e que aconteceram no passado, que podem ser moldados para serem convertidos em informações” (LAUDON; LAUDON, 1999, p. 10).

De acordo com Turban *et al.* (2007, p. 3) e Rainer Jr. e Cegielski (2011, p. 8), dados “referem-se a uma descrição elementar de coisas, eventos, atividades e transações que são registrados, classificados e armazenados, mas não são organizados para transmitir qualquer significado específico”.

Do ponto de vista da Ciência da Informação e, mais especificamente da Gestão da Informação de acordo com Moresi (2001, p. 117), “dados compreendem a classe mais baixa de informação e incluem os itens que representam fatos, textos, gráficos, imagens estáticas, sons, segmentos de vídeo analógicos ou digitais etc.”. Os dados podem ser coletados tanto do ambiente interno quanto do ambiente externo através dos processos organizacionais. Segundo o autor mencionado acima os dados “são sinais que não foram processados, correlacionados, integrados, avaliados ou interpretados de qualquer forma”.

A qualidade dos dados é de particular interesse para a área de Computação. Um aspecto caro à área é o da proveniência de dados, ou seja, a documentação complementar de um determinado dado que contem a descrição de como, quando, onde e porque ele foi obtido e quem o obteve. A proveniência é uma métrica de qualidade importante, pois além de se garantir maior confiança por saber onde e quem produziu o dado, ainda informa como foi o processo de produção, manutenção e por onde o dado passou. Desta forma fica mais fácil de verificar erros nos dados, contexto da sua criação e o processo para obter o dado. É uma ferramenta importante para aferir a qualidade de dados, sua replicação e investigação de origem (BUNEMAN *et al.*, 2000).

Para a área da Ciência da Computação destaca-se a necessidade do acompanhamento da qualidade dos dados, enquanto que para a área de Ciência da Informação e, em especial na Gestão da Informação em organizações, estas centram sua preocupação na informação. A Gestão da Informação preocupa-se com o valor, qualidade, posse, uso e segurança da informação no contexto do desempenho organizacional (WILSON, 1997 citado por TARAPANOFF, 2004, p. 20).

No centro do interesse da área de Ciência da Informação e da Gestão da Informação está o próprio conceito de informação, que, por sua vez, tem diversos significados.

De acordo com Turban *et al.* (2007, p. 3) e Rainer Jr. e Cegielski (2011, p. 8), “a informação refere-se aos dados que tenham sido organizados e que tem um significado e um valor para o destinatário ou receptor”. Laudon e Laudon (1999, p. 10) definem informação como o “conjunto de dados aos quais seres humanos deram forma para torná-los significativos e úteis”.

Para Moresi (2001, p. 117), a informação é o resultado de “dados que passam por algum tipo de processamento para serem exibidos em uma forma inteligível às pessoas que irão utilizá-los”.

Davenport e Prusak (1998, p. 18) definem informação como dados dotados de relevância e propósito. Para eles informação requer unidade de análise, exige consenso em relação ao significado e, necessariamente, também exige a mediação humana.

Arouck (2011) identifica e define os atributos da qualidade da informação presentes em um *corpus* formado por artigos de periódicos e atas de eventos científicos da área da Ciência da Informação em língua inglesa, relacionados à gestão de sistemas e serviços de informação, publicados entre 1974 e 2009. O autor elabora uma lista com os 40 atributos de qualidade identificados nos documentos analisados, agrupados de acordo com as três categorias propostas: meio, conteúdo, uso. A categoria meio agrupou 16 atributos: acessibilidade, aparência, clareza, concisão, formato, legibilidade, localizabilidade, mensurabilidade, ordem, quantidade, segurança, simplicidade, singularidade, tempestividade, tempo de resposta e volume. Na categoria conteúdo foram agrupados 13 atributos: abrangência, atualidade, coerência, completude, confiabilidade, correção, credibilidade, imparcialidade, inequivocidade, logicidade, precisão, validade e veracidade. A categoria uso agrupou 11 atributos: compatibilidade, compreensibilidade, conveniência, importância, interpretabilidade, pertinência, relevância, significância, suficiência, utilidade e valor informativo.

Arouck (2011) conclui que a identificação de atributos de qualidade da informação permite a utilização destes atributos como variáveis em diversos momentos na gestão de sistemas, serviços e produtos de informação: no planejamento, no desenvolvimento, na manutenção, na reformulação e na avaliação.

2.2.2 Qualidade de informação na área de saúde

Da mesma forma, considera-se que a qualidade da informação em Saúde é fundamental, pois a mesma é utilizada de forma direta ou indireta para o atendimento do paciente.

Seu controle deverá ser atribuição de uma equipe específica, sendo pré-requisito que a equipe administrativa trabalhe em conjunto com a equipe de Informática, cada uma com as suas competências específicas no desenvolvimento e manutenção do sistema informacional.

Destaca-se que a qualidade dos dados disponibilizados pelos sistemas de informação em Saúde deve ser acompanhada e avaliada sistematicamente, pois, informações insuficientes ou deficientes podem comprometer todo o processo de tomada de decisão. É mencionada a necessidade de ampliar a cobertura dos dados e, sobretudo, desenvolver mecanismos de validação desses dados (MORAES e SANTOS, 2001, p. 52-53, 55).

Alguns critérios em relação à avaliação da qualidade da informação na área da Saúde foram apontados por Lozano Rubí (2006, p. 386) onde constata que a informação deficiente tem-se apresentado como o ponto fraco nesses sistemas, e afirma que a deficiência na qualidade dos dados tem sido tradicionalmente o tendão de Aquiles dos sistemas de apoio às decisões no âmbito clínico.

O autor propõe uma série de parâmetros de qualidade para os dados coletados pelos sistemas em uso na área:

- a) As bases de dados devem ser bem desenhadas para conseguir seus objetivos;
- b) Os dados devem seguir as “regras do negócio” e as bases de dados devem refletir a realidade da organização;
- c) Os dados devem estar disponíveis, quando e onde forem necessários (exigência da disponibilidade);
- d) Distintas aplicações da organização devem poder acessar aos mesmos dados e ter uma visão integrada dos mesmos (exigência da integração);
- e) Os dados devem satisfazer as necessidades dos usuários, isto é, ser úteis (exigência da utilidade);
- f) O usuário deve estar satisfeito com a qualidade dos dados e da informação derivada dos mesmos (exigência da satisfação do usuário);
- g) Os dados devem ser bem compreensíveis pelos usuários (exigência da inteligibilidade);
- h) Não se devem permitir anomalias, por exemplo, o campo de uma base de dados, inicialmente definido com determinado propósito não deve ser utilizado para outro;
- i) Devem-se evitar duplicações. Por exemplo, repetição de itens da história clínica;
- j) Consistência com respeito ao conteúdo: os dados devem refletir a realidade de forma consistente por toda a organização, eliminando-se a possibilidade de dados contraditórios;
- k) Deve-se minimizar a redundância: quanto maior a duplicidade de dados, maior o risco da inconsistência. Ainda que não seja possível eliminar toda a redundância, ela deve ser reduzida ao nível mínimo necessário;
- l) Deve-se zelar pela correção dos dados. Isto inclui, por exemplo, a ortografia dos nomes, diretivas corretas etc.;
- m) Apresentando-se sob as formas numérica ou alfabética, os dados devem ser armazenados de acordo com seu tipo. Por exemplo, adota-se um único formato para as datas;
- n) Os dados devem ser completos. Se num hospital os pacientes forem registrados num sistema automatizado, todos os pacientes, sem exceção, devem ser registrados.

Ao apresentar esses parâmetros, que ele considera “mínimos”, o autor alerta que a não observância poderá gerar informações que poderão culminar em fontes conflitivas ao longo do processo (LOZANO RUBÍ, 2006, p. 386-387).

Silva *et al.* (2006, p. 202-203, 214) elaboraram uma revisão sistemática sobre o encadeamento de uma base de dados para uso em pesquisa de Saúde no Brasil. Os autores aplicaram os seguintes critérios, por eles considerados importantes, para analisar a qualidade

dos dados disponíveis. Trata-se da acurácia, precisão, completeza, confiabilidade e atualidade. Vejamos as respectivas significações conceituais:

- a) Acurácia – cuidado, exatidão, grau de conformidade com o padrão estabelecido. Em termos computacionais, refere-se ao grau de correção sintática do dado e à sua semântica;
- b) Precisão - diz respeito ao grau em que o valor do dado corresponde ao valor real. Uma diferença pode ocorrer devido a aproximações propositais, e não a erros, como no caso da falta de acurácia;
- c) Completeza – refere-se ao grau de existência da informação no banco de dados e à forma de tratamento de valores nulos;
- d) Confiabilidade - expressa o grau de confiança que os usuários têm nos dados, sendo, portanto, um indicador subjetivo;
- e) Atualidade - diz respeito à época em que a informação foi disponibilizada.

Os autores desse estudo concluem que o percentual de perdas no resultado do encadeamento dos dados está condicionado diretamente com a qualidade do dado nos arquivos utilizados.

De acordo com esses parâmetros, verifica-se que a qualidade da informação pode estar comprometida, por exemplo, por uma digitação incorreta; desenho de um sistema inconsistente; não observância dos objetivos da instituição e das necessidades de informação dos usuários.

Com relação às deficiências da qualidade da informação em Saúde Lozano Rubí (2006, p. 387-388) afirma ainda não existirem estudos que avaliem diretamente o custo que as deficiências das informações causam para empresas e organizações. No entanto, o autor identifica alguns inconvenientes, que são derivados da baixa qualidade dos dados, acarretando prejuízos para as organizações:

- a) Falta de informação. Não existem dados sobre um assunto específico ou a informação disponível não é considerada confiável;
- b) Falta de suporte à tomada de decisão. Consequência direta do aspecto anterior. Torna-se mais difícil tomar decisões sem informação. Ou então, a qualidade da decisão tomada pode estar comprometida;
- c) Produção de erros. Podem ser dos mais variados tipos e em diferentes níveis, desde os que afetam as rotinas diárias até aqueles que determinam estratégias erradas;
- d) Alto custo econômico. Acontece quando os Departamentos de Informática não conseguem fornecer as informações no mesmo ritmo da demanda. Isto eleva o custo da extração dos dados e conseqüentemente deve comprometer o prazo e qualidade da tomada de decisão.

O autor cita algumas situações que podem contribuir para a deficiência informacional na área da Saúde:

- a) Os sistemas de informações hospitalares são marcados por sucessivas fases e com distintos sistemas instalados;
- b) A qualidade dos sistemas de informação e dos recursos aumenta significativamente entre uma versão e outra;
- c) Normalmente, as novas versões dos sistemas garantem a manutenção das informações da versão anterior. Porém, não permitem extrair os dados de versões anteriores com o mesmo nível de qualidade permitidos pela versão mais recente;
- d) As organizações, frequentemente, têm poucos recursos e não possuem profissionais especializados em desenho e gestão da informação e gestão da qualidade;
- e) Existe grande heterogeneidade de dados com níveis de qualidade díspares;
- f) Os critérios atribuídos aos dados podem mudar, não só ao longo do tempo, mas também através da organização;
- g) Frequentemente, a informação é manejada de modo independente por diversas unidades na mesma organização (LOZANO RUBÍ, 2006, p. 388).

No caso brasileiro, destaca-se que como no país, o aporte financeiro é repassado para as instituições públicas da área de Saúde, baseado na produtividade quantitativa, o resultado dos dados repassados é insuficiente para retratar a realidade local. Na verdade, outros mecanismos, direcionados a conteúdos qualitativos, deveriam ser desenvolvidos para validar os procedimentos realizados.

Um estudo sobre a viabilidade de implantação de um Sistema de Informação em Saúde do Trabalhador no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil foi realizado por Facchini *et al.* (2005, p. 859). Os desafios apontados pelos autores com relação à precariedade dos dados são:

- a) A captação de novos dados esbarra na postura dos profissionais que necessitam dedicar um tempo significativo para a coleta dos dados. Apesar disso, tais dados não são analisados e divulgados o que contribui também, para o empobrecimento dos dados;
- b) A grande quantidade de dados coletados sobre os indivíduos pelo profissional de Saúde parece ter pouco significado para as suas atividades cotidianas. Este é outro fator relevante para a precariedade das informações produzidas, pois os profissionais não percebem o valor da informação no contexto institucional;
- c) A defasagem das tecnologias da informação nos níveis de coleta e processamento da informação contribui para a piora da qualidade das informações e funcionalidade dos sistemas de informação.

Cohn *et al.* (2005, p. 119) realizaram no Estado de São Paulo (Brasil) um estudo junto aos gestores municipais de saúde, cujo objetivo foi o de caracterizar a avaliação desses atores

sobre a qualidade das informações disponíveis nos sistemas para tomada de decisão na área. Os autores concluíram, com base neste estudo, que as informações eram defasadas; a infraestrutura e capacidade dos recursos humanos eram precárias; as informações eram utilizadas apenas para prestação de contas e não para subsidiar o processo decisório. Observaram também que nos municípios maiores a informação existia, embora fragmentada. Nos municípios de menor porte, a informação ou não existia simplesmente, ou não estava disponibilizada, sendo centralizada por algumas pessoas.

Os participantes da pesquisa relataram que os produtos dos sistemas, por vezes, eram ininteligíveis, o que inviabilizava seu uso. Os relatórios gerados eram inacessíveis ou de difícil compreensão. Assim, apesar de os gestores necessitarem de informação para a gestão da Saúde nos respectivos municípios, as informações disponíveis eram insuficientes.

Nos estudos mencionados acima se verificam que os problemas de qualidade de dados e informações são semelhantes. Tanto no primeiro estudo, que se refere ao SUS que é um sistema nacional, abordando uma aplicação específica, ou seja, a saúde do trabalhador quanto no segundo estudo realizado nos municípios do Estado de São Paulo, cujo objetivo foi a avaliação, pelos gestores, sobre a qualidade das informações disponíveis nos sistemas. A partir dos resultados apresentados, nos dois estudos, destacam-se as seguintes limitações:

- a) Ausência de conscientização sobre o valor da informação nas atividades desenvolvidas e como subsídio para tomada de decisão;
- b) Infraestrutura precária;
- c) Dados e informações defasadas;
- d) Os dados e informações coletadas não são analisados e divulgados;
- e) A postura dos profissionais envolvidos na coleta dos dados e informações.

Os itens mencionados acima são exemplos práticos de elementos e causas da deficiência da qualidade da informação.

De acordo com Lozano Rubí (2006, p. 388-389), é preciso que os gestores do setor da Saúde percebam e se conscientizem do impacto dos problemas relacionados com a qualidade dos dados. Apesar disso, as organizações na área, alegadamente, não levariam adiante os projetos sobre qualidade dos dados, por falta de recursos e de financiamento para tais projetos.

Ao analisar os elementos e causas da deficiência da qualidade da informação na área da Saúde, identificam-se, frequentemente, infraestruturas dos sistemas, por vezes, defasadas e limitadas para a integração de dados e informações, atividades operacionais insuficientes e atitudes comportamentais equivocadas. Verifica-se que tais problemas estão presentes e são similares tanto em nível nacional como descreve a pesquisa realizada por Facchini e outros (2005), quanto o estudo realizado por Cohn e outros (2005) com os gestores municipais no Estado de São Paulo, mencionadas acima. Faz-se necessário que as organizações de Saúde se conscientizem do valor da informação. Necessita-se de estudos e políticas de ações para

enfrentar as causas dessa deficiência, visto que a qualidade da informação repercute de forma direta na qualidade da assistência oferecida aos pacientes.

De acordo com Moraes e Santos (2001, p. 52-53; 55) alguns procedimentos podem ser considerados importantes para assegurar a qualidade da informação, ao utilizar tecnologias da informação: aperfeiçoar os sistemas; aperfeiçoar as variáveis e corrigir as deficiências na produção de informações, desde o registro até a disponibilização aos usuários.

Os autores incluem nas propostas de melhoria a adequação das informações produzidas por diferentes órgãos de pesquisa. No Brasil, por exemplo, o órgão responsável pela produção de indicadores nacionais, é o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), centralizando as atividades das estatísticas nacionais. Esta é uma proposta interessante, pois evita duplicidade de coleta de informações.

Há um consenso de que a operacionalização das propostas de melhoria da qualidade da informação deve ser coordenada por uma equipe responsável.

Um dos principais gargalos da melhoria da qualidade da informação é frequentemente, a escolha equivocada a respeito das pessoas ou equipes consideradas responsáveis, observa-se que as organizações não tem clareza sobre quem deve ser o responsável pela qualidade da informação (LOZANO RUBÍ, 2006, p. 388).

Apesar de reconhecer, frequentemente, o impacto negativo da baixa qualidade dos dados, as organizações tem enfrentado o problema de forma reativa; poucas têm sido aquelas que estabelecem um programa formal a respeito (LOZANO RUBÍ, 2006, p. 388-389).

2.3 CONCLUSÕES

A informação em Saúde pode ser classificada em dois tipos. As informações clínicas que são utilizadas para o binômio saúde/doença, focada principalmente no paciente. E as informações gerenciais que devem subsidiar a tomada de decisão dos gestores.

Verifica-se, na literatura consultada, que as informações em Saúde são originadas de diferentes sistemas de saúde desenvolvidos em épocas distintas. Isto pode gerar informações fragmentadas.

Para o uso efetivo da informação é necessário haver uma coleta contínua, regular e confiável, portanto, é necessário investir no aperfeiçoamento dos sistemas de informação bem como, observar os parâmetros e os aspectos da qualidade dos dados e das informações necessárias.

Quanto aos parâmetros e os aspectos da qualidade da informação, as bases de dados devem ser bem desenhadas, respondendo à realidade da organização. A informação disponibilizada deve atender, sobretudo aos critérios de acesso, integração, utilidade, inteligibilidade, coerência, consistência, precisão, atualização, confiabilidade, completeza, abrangência, acurácia, originalidade, identidade e audiência.

Os principais elementos que geram e/ou interferem na qualidade dos dados e informações, na área da saúde, são: a ausência de conscientização sobre o valor da informação nas atividades desenvolvidas e como subsídio para tomada de decisão; a infraestrutura precária dos sistemas de informação ou sistemas de informações hospitalares cada vez mais sofisticados, sem interação com versões mais antigas; os dados e informações defasadas; heterogeneidade de dados com níveis díspares de qualidade; falta de padronização no processamento da informação; os dados e informações coletadas não são analisados e divulgados e a postura dos profissionais envolvidos na coleta dos dados e informações e a falta de pessoal especializado no desenvolvimento de projetos específicos.

3 SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

Ainda como parte da revisão de literatura, neste capítulo é apresentada uma visão geral do que se espera de um Sistema de Informação em Saúde (SIS). Desta forma, o capítulo se divide nas seguintes partes:

3.1 Alguns aspectos gerais sobre sistemas de informação gerencial são apontados, a partir da Ciência e também da Gestão da informação.

3.2 A seguir foca-se na informação na área da Saúde, em especial no sistema de informação em saúde, automatizado, como ferramenta de apoio à tomada de decisão, discorrendo sobre suas finalidades, funções e componentes, tipos e características, bem como seu desenvolvimento, avaliação, segurança e confidencialidade dos dados.

3.3 Neste segmento é apresentado o Sistema Único de Saúde (SUS) do Brasil.

3.4 A seguir é descrito o Sistema de Informação Hospitalar (SIH), destacando seus aspectos gerais, a definição e conceito, os objetivos e funções, as características, as estruturas dos sistemas, e sua avaliação.

3.5 Por último apresentam-se as conclusões do capítulo.

3.1 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO GERENCIAL

Ciência da Informação é uma disciplina interdisciplinar. Emprsta importantes conceitos de um número de disciplinas estreitamente relacionadas que se formam em um todo coeso focado em informação.

Sua interdisciplinaridade revela-se quando ela se funde com disciplinas já existentes como a informação em Física, informação em Química (computação molecular), Bioinformação (vida artificial), informação em Neurociência (inteligência artificial), Socioinformação e também informação Médica e Biomédica (MARIJUAN, 1996, p. 91).

Atualmente, entre suas áreas de interesse, estão a Gestão da informação, a Inteligência competitiva e a Gestão do conhecimento (HAWKINS, 2001, p. 51).

Focando a Gestão da Informação esta decorreu da Biblioteconomia Especializada e da Ciência da Informação, e foi aplicada na administração de organizações e empresas. Seu principal objetivo é potencializar recursos informacionais de uma organização ou empresa aumentando suas possibilidades de manter-se “saudável” e útil em sua relação com a ambiência e as necessidades de seus usuários.

No contexto das organizações, a informação é um fator determinante para a melhoria de processos, produtos e serviços, tendo, portanto, valor estratégico. A ideia da informação como ferramenta estratégica evoluiu depois que a Gestão da informação mudou de seu foco inicial de gestão de documentos e dados, para recursos informacionais mostrando resultados

em relação à eficiência operacional, evitando desperdício e automatizando processos (TARAPANOFF, 2006, p. 23).

A nova visão se espalhou por grandes corporações públicas e privadas, que passaram a instituir uma estrutura formal, ligadas, ou não, ao alto escalão hierárquico, para cuidar da gestão dos recursos informacionais, materializada em seus sistemas de informação gerencial (SIGs), automatizado ou não. Seu foco, no caso das instituições privadas direciona-se para o principal negócio das empresas, e no caso das organizações públicas para sua principal atividade.

No caso das organizações públicas ligadas à saúde não é diferente e discorrer sobre as suas características é o objetivo deste capítulo.

3.1.1 Definição e conceito

Parte-se, hoje, do pressuposto de que toda organização pode ser vista como um sistema, um todo constituído pela soma de suas partes, em função de seus objetivos.

Rezende (2006, p.258) afirma “que todo o sistema, usando ou não recursos da tecnologia da informação, que guarda, manipula e gera informação, pode ser genericamente considerado sistema de informação”.

Esse grande sistema seria formado por diferentes subsistemas que atuam como suborganizações do principal. Pode-se então, distinguir três níveis:

- a) Sistema de produção;
- b) Sistema administrativo e;
- c) Sistema de decisão.

Esses níveis devem ser unidos pelo sistema de informação, correspondendo cada qual a um âmbito específico (PRADOS DE REYES; PEÑA YÁÑEZ, 2002, p. 32). Cada nível representará, assim, um componente ou aspecto da realidade organizacional em referência.

Quanto à sua definição, um sistema de informação gerencial pode ser considerado como o processo de transformação de dados e informações utilizadas na estrutura decisória da empresa, proporcionando, ainda, a sustentação administrativa da empresa para aperfeiçoar seus resultados (OLIVEIRA, 2004, p. 40).

Assim sendo, o SIG é um sistema planejado, oferece ao administrador informações, na medida do possível, seguras para a tomada de decisões consistentes e favorece a concretização dos objetivos previamente estabelecidos.

Segundo Laudon e Laudon (2010, p. 12), sistema de informação gerencial é um conjunto de componentes inter-relacionados que coletam (ou recuperam), processam,

armazenam e distribuem informações destinadas a apoiar a tomada de decisões, a coordenação, e ao controle de uma organização.

Conforme Stair e Reynolds (2012, p. 371), sistema de informações gerenciais – *Management Information System* (MIS) “é um conjunto integrado de pessoas, procedimentos, bancos de dados e dispositivos que fornece aos gerentes e aos tomadores de decisão informações que ajudam a alcançar os objetivos organizacionais”.

Resumindo, os sistemas de informações transformam os dados em informações que são utilizadas na estrutura decisória da organização e proporcionam subsídios para alcançar e aperfeiçoar os resultados esperados. As informações proporcionadas pelos SIGs apoiam as decisões e tornam possível vislumbrar o desempenho futuro das organizações.

3.1.2 Objetivos e benefícios

Os SIGs, quando utilizados por empresas privadas devem estar direcionados para o principal negócio da empresa e quando utilizados por organizações públicas devem estar voltados para a sua principal atividade, portanto, seus objetivos são:

- a) Evitar surpresas para a empresa ou organização;
- b) Identificar oportunidades e ameaças ambientais;
- c) Consolidar vantagens competitivas reais, sustentada e duradoura; e,
- d) Facilitar o planejamento de curto, médio e longo prazo (OLIVEIRA, 2004, p. 88).

Os benefícios apontados pelo autor no uso do SIG são:

- a) Redução de custos;
- b) Melhoria no acesso às informações, propiciando relatórios mais precisos e rápidos, com menor esforço;
- c) Melhoria na produtividade, tanto setorial quanto global;
- d) Melhoria nos serviços realizados e oferecidos;
- e) Melhoria na tomada de decisões, através do fornecimento de informações mais rápidas e precisas;
- f) Auxílio na consolidação do tripé básico de sustentação da empresa: qualidade, produtividade e participação (OLIVEIRA, 2004, p. 45).

Segundo Laudon e Laudon (2010), as organizações investem em tecnologias e sistemas de informações para atingir seis importantes objetivos organizacionais:

- a) A excelência operacional;

- b) Desenvolver novos produtos, serviços e modelos de negócio;
- c) Estreitar o relacionamento com clientes e fornecedores;
- d) Melhorar a tomada de decisão;
- e) Conseguir vantagem competitiva e
- f) Sobreviver no mercado (a tecnologia e os sistemas de informação se tornaram imprescindíveis à prática de negócios).

Para Stair e Reynolds (2012, p. 370-371), o propósito principal do SIG é auxiliar os indivíduos, grupos e organizações a tomar decisões melhores, resolver problemas e alcançar seus objetivos.

De acordo com Rezende e Abreu (2013, p. 41-42), entre os benefícios que as empresas procuram obter por meio dos SI estão:

- a) Suporte a tomada de decisão;
- b) Valor agregado ao produto (bens e serviços);
- c) Melhor serviço e vantagens competitivas;
- d) Produtos de melhor qualidade;
- e) Oportunidade de negócios e aumento da rentabilidade;
- f) Mais segurança nas informações, menos erros, mais precisão;
- g) Aperfeiçoamento nos sistemas, eficiência, eficácia, efetividade, produtividade;
- h) Carga de trabalho reduzida;
- i) Redução de custos e desperdícios;
- j) Controle das operações.

Os sistemas de informação, independentemente de seu nível ou classificação, têm como maior objetivo auxiliar os processos de tomada de decisões na empresa. Se os sistemas de informação não se propuserem a atender a esse objetivo, sua existência não será significativa para a empresa.

Verifica-se que o uso dos sistemas de informação gerencial beneficia a organização com informações do seu dia a dia e informações estratégicas. Permite a elaboração dos seus planos com informações reais e precisas. Agrega valor aos seus serviços e produtos. Agiliza e melhora o relacionamento entre os colaboradores, clientes e fornecedores. Oferece subsídios para a organização ser competitiva no mercado.

3.1.3 Finalidades

Segundo Turban *et al.* (2007, p. 239), os primeiros sistemas de informação apoiavam principalmente as funções informativas dos gerentes. Isto é, geravam resumos de transações básicas e exceções relativas ao planejamento, utilizavam ferramentas analíticas simples, solucionavam problemas estruturados e repetitivos, produziam relatórios de rotina. Nos últimos anos, foram desenvolvidos sistemas de informação que apoiam além das funções informativas (monitor, divulgador, porta-voz, analista), apoiam também as informações interpessoais (chefe, líder, elemento de ligação) e as funções de decisão (empreendedor, mediador de problemas, alocador de recursos, negociador). Portanto, existem três características importantes em um sistema de informação de apoio à decisão organizacional:

- 1) Ele afeta várias unidades organizacionais ou problemas corporativos;
- 2) Transpõe funções organizacionais ou camadas hierárquicas;
- 3) Envolve tecnologias computadorizadas e, normalmente, tecnologias de comunicação.

Além disso, ele se interage ou se integra com sistemas de informação de âmbito organizacional, como sistemas de apoio ao executivo.

Segundo Rainer Jr. e Cegielski (2011, p. 35), as principais capacidades dos sistemas de informação são:

- a) Realizar cálculos numéricos de alta velocidade e alto volume;
- b) Fornecer comunicação e colaboração rápidas e precisas dentro da organização e entre organizações;
- c) Armazenar enormes quantidades de informação com um espaço fácil de acessar embora pequeno;
- d) Permitir acesso rápido e barato a enormes quantidades de informação em todo o mundo;
- e) Interpretar grandes quantidades de dados de modo rápido e eficiente;
- f) Aumentar a eficácia e a eficiência das pessoas trabalhando em grupos em um local ou em vários locais, em qualquer lugar;
- g) Automatizar tanto processos de negócio semiautomáticos quanto tarefas manuais.

Os sistemas de informações desempenham as seguintes funções na organização:

- a) Fornecer relatórios com formatos fixos e padronizados;
- b) Produzir relatórios digitais e em papel;

- c) Usar dados internos armazenados no sistema de computação;
- d) Permitir aos usuários desenvolver seus próprios relatórios personalizados;
- e) Exigir requisição dos usuários para relatórios desenvolvidos por sistemas pessoais (STAIR; REYNOLDS, 2012, p. 377).

A finalidade dos sistemas de informação nas organizações abrange a melhoria das atividades de rotina, a agilidade de processos, a disponibilização de informações precisas e seguras para a tomada de decisão e conseqüentemente traz benefícios tanto para a organização quanto para as pessoas, sejam usuárias do sistema ou os clientes.

3.1.4 Componentes

Para Oliveira (2004, p.143-145), os componentes do SIG podem ser apresentados em forma de um processo, que são:

- a) Dado: é o elemento identificado em sua forma bruta que, por si, não conduz a uma compreensão de um fato ou situação;
- b) Tratamento: é a transformação de um insumo (dado) em um resultado gerenciável;
- c) Informação é o dado trabalhado que permite ao executivo tomar uma decisão;
- d) Alternativa é a ação sucedânea que pode levar, de forma diferente, ao mesmo resultado;
- e) Decisão é a escolha entre vários caminhos alternativos que levam a um determinado resultado;
- f) Recurso é a identificação das alocações ao longo do processo decisório (equipamentos, materiais, financeiros; humanos);
- g) Resultado é o produto final do processo decisório;
- h) Controle e avaliação são as funções do processo administrativo que, mediante a comparação com padrões previamente estabelecidos, procuram medir e avaliar o desempenho e o resultado das ações, com a finalidade de realimentar os tomadores de decisão, de forma que possam corrigir e reforçar esse desempenho.
- i) Coordenação é a função do processo administrativo que procura aproximar, ao máximo, os resultados apresentados com a situação anteriormente planejada.

De acordo com De Sordi e Meireles (2010, p. 6-7), a constituição de um sistema de informação envolve diversos componentes e atores que devem estar harmonicamente integrados. A base de um sistema de informação são seus insumos – dados –, que quando

processados por *softwares* analíticos, geram informações. Os componentes do sistema de informação, segundo os autores, são denominados de recursos, isto é:

- a) Recursos de dados e informações: conjunto de caracteres armazenados que constituem os dados e informações, bem como o conjunto de atributos a eles referentes: tamanho, localização, seus usuários, período de atualização, data da criação etc.;
- b) Recursos de *software*: abrangem todos os *softwares* necessários para o processamento dos algoritmos que constituem o sistema de informação;
- c) Recursos de tecnologia da informação: processadores, meios de armazenamento, equipamentos para interação homem-máquina;
- d) Recursos de telecomunicações ou rede: equipamentos e *softwares* específicos para operação e gestão do tráfego de dados e informações entre computadores;
- e) Recursos humanos: profissionais da área de informática e de outras áreas técnicas, como telecomunicações, responsáveis por construir, operar e aprimorar os sistemas de informação. Além dos técnicos, deve-se ressaltar a comunidade de clientes do sistema, seus usuários finais.

Componentes básicos dos sistemas de informação são:

- a) *Hardware* - dispositivo, como processador, monitor, teclado e impressora. Tais dispositivos recebem dados e informações, os processam e os exibem;
- b) *Software* - programa ou conjunto de programas que permite que o *hardware* processe os dados;
- c) Um banco de dados - coleção de arquivos ou tabelas relacionadas que contém dados;
- d) Uma rede - sistema de conexão (com ou sem fio) que permite que diferentes computadores compartilhem recursos;
- e) Procedimento - conjunto de instruções sobre como combinar todos os componentes para processar informações e gerar a saída desejada;
- f) Pessoas - indivíduos que usam o *hardware* e o *software*, interagem com eles ou usam a sua saída (RAINER Jr. e CEGIELSKI, 2011, p. 35).

Para Stair e Reynolds (2012, p. 11) os componentes de um sistema de informação são *hardwares*, *softwares*, banco de dados, telecomunicações, pessoas e procedimentos.

Rezende e Abreu (2013, p. 10-11) apresentam uma composição ampliada dos sistemas empresariais que ultrapassa a convenção simplória de entrada, processamento e saída. E abrange os seguintes componentes:

- a) Objetivos do sistema - objetos do tema, alvos, essências ou desígnios que se pretende atingir;
- b) Ambiente do sistema - local onde o sistema executa suas funções, considerando tanto o meio ambiente interno como o externo, físico e lógico;
- c) Recursos do sistema - meios necessários para que o sistema cumpra suas funções, infraestrutura logística e de tecnologia;
- d) Componentes humanos do sistema - pessoas responsáveis pelo acionamento e utilização dos produtos;
- e) Função do sistema - atividades que o sistema propõe fazer, atendendo à execução de seus requisitos funcionais e à geração dos produtos necessários;
- f) Procedimentos do sistema - atividades que antecedem e sucedem, ou ainda, paralelas à função principal dos sistemas, porém necessárias à preparação para funcionamento e remessa dos produtos;
- g) Gestão do sistema - compreende a administração, análise dos produtos, retroalimentação, controles e avaliações de qualidade e atendimento aos requisitos funcionais.

Resumindo, os componentes básicos de um sistema de informação abrangem os dados e informações, a infraestrutura tecnológica, a rede de telecomunicação, os procedimentos e as pessoas envolvidas ou seja, tanto os profissionais especializados quanto o público usuário.

3.2 SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE COMO FERRAMENTA DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO

Apresenta as características gerais de um sistema de informação em saúde. As suas finalidades, funções e componentes descrevendo tipos, objetivos e características, desenvolvimento e avaliação. Aborda ainda, a questão da segurança e confidencialidade dos dados em sistemas de informação em saúde.

3.2.1 Características

Um dos mais marcantes progressos da sociedade da informação e do conhecimento consiste na possibilidade de utilizar-se das novas tecnologias para apoiar e agilizar as decisões, seja em nível econômico, político ou, no presente caso, no planejamento da saúde e até no diagnóstico médico.

Segundo Medeiros *et al.* (2005, p. 434, 439), os Sistemas de Informação em Saúde (SIS), sejam eles assistenciais ou epidemiológicos, têm sido apontados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de Saúde com vistas a intervenções mais aproximadas do quadro de necessidades da população. Os autores chamam a atenção sobre a possibilidade de utilizar as bases de dados nacionais que, no caso brasileiro, por exemplo,

são alimentadas regularmente por municípios, estados e pelo Governo Federal. No entanto, essas bases ainda encontram-se subutilizadas no seu potencial de instrumentalizar a tomada de decisões e de produção científica ao nível de País.

Outra potencialidade quanto ao uso das informações disponíveis nos sistemas de informação em saúde diz respeito à possibilidade de identificar necessidades de recursos humanos. Tais informações podem subsidiar também uma Política de Recursos Humanos em Saúde.

Quanto ao nível organizacional, o SIS deve ser adequado às diretrizes e demandas da própria organização na qual está inserido. Deve ser flexível e dinâmico, oferecendo suporte para o processo de gerenciamento, planejamento, isto é, acompanhamento e avaliação das atividades, subsidiando a tomada de decisões (MISHIMA *et al.*, 1996, p. 86-87). Exige-se que as informações sejam úteis, confiáveis e oportunas e deve haver possibilidade de comparação e checagem, no que concerne a informações de diversas origens.

Mishima *et al.* (1996) lembram de que não há ainda padrões fixos para a construção de sistemas de informação, bem como de instrumentos de coletas de informações na área da Saúde. Por isso mesmo, esses sistemas podem ser construídos de acordo com os parâmetros fixados dentro da proposta política de cada organização, adaptando-se a diferentes realidades.

Aqui existe uma evidente contradição e lacuna, pois, existe a necessidade da interoperabilidade entre diferentes sistemas e bases de dados. Mas esta lacuna somente poderia ser preenchida a partir da fixação de normas e padrões para SIS. Assim os dados coletados em sistemas de informação em Saúde poderiam atender também a demanda de informações para tomada de decisão de Políticas Nacionais de Saúde, de acordo com a realidade de cada país ou região.

Pode-se concordar com a afirmação de que “os sistemas de informações devem ser capazes de dar suporte a processos de mudança constantes, aos quais estão submetidas às organizações, devido à competitividade crescente e, além disso, contribuir para a conscientização sobre os direitos dos cidadãos” (ANDREU MARTÍNEZ; MARTÍNEZ MATEU, 2006, p. 178).

O desenvolvimento histórico dos sistemas de informação pode ser dividido em três etapas:

- a) Na primeira fase, iniciada nos anos setenta, os sistemas eram direcionados para gestores e se baseavam em dados, principalmente das atividades e dados de faturamento. As iniciativas eram locais e não podiam ser compartilhadas. Os sistemas eram fragmentados e estanques, servindo principalmente para controle e utilização retrospectiva;
- b) Na segunda fase, que cobre os anos oitenta e noventa, surgem sistemas integrados, orientados ao paciente, facilitando o uso e compartilhamento da informação clínica, de laboratório, radiologia, farmácia etc.;

- c) A última fase refere-se à gestão clínica, na qual há a convergência e integração de ambos os sistemas. Oferece disponibilidade da história clínica completa, acessível de qualquer ponto, inclusive para diagnóstico. Há integração dos dados clínicos, administrativos e econômicos, podendo ser por serviço, por processo, por paciente e por médico. Esse tipo de sistema facilita a tomada de decisão em todas as fases do tratamento do paciente (ANDREU MARTÍNEZ; MARTÍNEZ MATEU, 2006, p. 176).

Atualmente, os sistemas de informação são necessários em todos os ambientes da área de Saúde: em hospitais, clínicas, centros comunitários de saúde, agências de saúde, órgãos de pesquisa e instituições educacionais. A configuração desses sistemas deve atender tanto a demanda de serviços da organização como as especialidades médicas específicas (SANTOS; NÓBREGA, 2002, p. 681).

Portanto, numa evolução mais recente, as organizações de saúde passaram a incluir nos seus desenhos organizacionais tanto a gestão do conhecimento como a medicina baseada em evidências. As organizações hospitalares utilizam esses componentes como ferramentas indispensáveis para o desenvolvimento do conteúdo dos serviços, da melhoria contínua dos processos e dos sistemas de informação para a gestão sanitária (FERNÁNDEZ I GALLEGO, 2007, p. 464).

Para que os SIS atinjam seus objetivos, são necessárias ferramentas avançadas que permitam, por exemplo, a informatização da história clínica do paciente. Além disso, é necessário propiciar o acesso por parte dos profissionais para o planejamento e gestão dos respectivos serviços de Saúde (FERNÁNDEZ I GALLEGO, 2007, p. 464).

Também Modai *et al.* (2002, p. 476) enfatizam que os sistemas destinados a especialidades ou tarefas médicas específicas sejam integrados no mesmo sistema de informação.

Esta visão, de uma integração informacional na área de Saúde em termos de sistema, permeia grande parte das propostas observadas na revisão da literatura corrente, no entanto verifica-se que os sistemas de informação da área ainda são fragmentados.

Sob enfoque da teoria dos sistemas, no caso do SIS, este deverá possibilitar a interação entre todos os componentes da realidade. Sendo assim, o SIS procuraria recompor um todo, através do conhecimento e da comunicação entre as partes e também dos demais sistemas interdependentes. Por isso, a exigência de que na área da Saúde, as informações dos programas de Saúde necessitam ser articulados de modo tal que realmente resultem em um único sistema (PETERLINI; ZAGONEL, 2006, p. 419).

Segundo os mesmos autores, também o SIS é um sistema de informação composto por elementos que interatuam entre si. Ou seja, trata-se de um conjunto de tarefas técnico-administrativas ou procedimentos organizados, sendo seu objetivo fornecer informações de suporte para as atividades da organização, no caso, na área da Saúde.

À exemplo de sistemas informacionais em outras áreas, o Sistema de Informação na área da Saúde também pode ser definido como uma estrutura de coleta, processamento, análise e transmissão de informação, destinada a facilitar a racionalidade da tomada de decisões (ANDREU MARTÍNEZ; MARTÍNEZ MATEU, 2006, p. 175).

Para Santos e Nóbrega (2002, p. 681), sistema é uma entidade que mantém sua existência pela interação mútua de suas partes, sendo a interação o elemento-chave da definição. Diante disso, os autores lembram que o conjunto de elementos de um sistema de informação é também formado por pessoas, informações, processos, *hardware* e *software*. Trabalhando juntos, complementam-se para desenvolver funções específicas com o propósito de maximizar os benefícios da capacidade humana e tecnológica.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS) não é possível definir um modelo universal de sistema de informação. Mas a OMS reconhece a existência de sistemas para atender necessidades concretas dos responsáveis pela tomada de decisões no Setor da Saúde. Há mais de 35 anos, em 1973, durante a realização da Conferência sobre Sistemas de Informação de Saúde patrocinada pela Oficina Regional Europeia da Organização Mundial da Saúde, já se definiu o SIS como “estrutura de compilação, processamento, análise e transmissão da informação necessária para a organização e funcionamento dos serviços de Saúde, reunindo como objetivos complementares os de investigação e ensino” (ANDREU MARTÍNEZ; MARTÍNEZ MATEU, 2006, p. 175).

Esta definição, sem dúvida, não perdeu sua atualidade, sendo particularmente interessante a distinção feita entre os “objetivos primários” (implícitos) que é o de responder as necessidades de informações clínicas e dos tomadores de decisão no setor de Saúde e os “objetivos complementares” que são as informações focadas no ensino e na investigação citados expressamente por aquela organização internacional.

Basicamente, um SIS deve destinar-se a favorecer a aproximação do Setor da Saúde com os seus usuários. Peterli e Zagonel assim resumem suas finalidades: “...o resultado da atividade de agregação dos dados oriundos do meio social, educacional, econômico, político e epidemiológico demonstra os fatores determinantes e condicionantes dos processos de saúde ou de doença de um cidadão, uma família ou comunidade” (PETERLINI; ZAGONEL, 2006, p. 419).

Um sistema de informação em saúde destina-se a ser utilizado dentro de uma organização para facilitar a comunicação, integrar a informação, documentar as intervenções de saúde, agilizar o armazenamento dos registros, e para outras funções de apoio (NAHM, *et al.*, 2007, p. 283).

Pode-se finalizar esse segmento com as observações de dois autores. Ao olhar para o cenário da informação na Saúde, observa-se que os sistemas de informação automatizados estão cada vez mais presentes. Nos últimos anos, tais produtos são desenvolvidos para atender as demandas da respectiva instituição como um todo, sobretudo com vista, também, ao “controle das atividades que permitem a melhoria na gestão dos recursos envolvidos” (SÁNCHEZ ROS; REIGOSA GAGO, 2006, p. 2).

3.2.2 Finalidades, funções e componentes

Há mais de trinta anos, tanto na Informática Médica, como entre especialistas existe consenso de que os sistemas informatizados para apoiar a tomada de decisões clínicas em tempo real, resolvem muitas ineficiências e evitam dispersões dentro do Sistema de Saúde.

Segundo Amaral (1998) os sistemas de informação em Saúde permitem a redução de custos e uma gestão adequada dos serviços. Reduzem a quantidade de procedimentos médicos e de diagnósticos desnecessários. Além disto, a análise dos dados e informações fornecidas pelo SIS facilita o controle das práticas médicas como um todo, identificando a ocorrência de doenças específicas o que permite o controle de epidemias e fornece subsídios par fundamentar as políticas públicas de Saúde. O autor destaca que o acesso e a análise das informações sobre os usuários dos serviços de saúde podem contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos.

Laverde e outros (2004) distinguem quatro principais finalidades de um Sistema de Informação em Saúde, que resumimos a seguir:

- a) Coletar e receber dados;
- b) Armazenar e processar dados;
- c) Combinar dados, a fim de proporcionar a informação necessária e atualizada;
- d) Disponibilizar a informação em rede, no contexto organizacional.

Para a operacionalização de um sistema de informação, e para que a informação seja realmente útil, os autores recomendam o desenvolvimento de três áreas inter-relacionadas, que são: a) sistemas de informação; b) tecnologias da informação e comunicação e, c) gestão da informação (LAVARDE *et al.*, 2004, p. 133).

Peterlini e Zagonel (2006, p. 420) afirmam que o SIS cumpre com seu objetivo, quando, através de um sistema articulado, tem a função de produzir informações para a melhora do processo de trabalho em Saúde. E é capaz de produzir informações para os cidadãos, para a gestão, para a prática profissional, para a geração do conhecimento e para o controle social.

Como nas demais áreas das atividades humanas, os sistemas de informação na área da Saúde são criados para atender às demandas informacionais específicas. No presente caso, são concebidos segundo a lógica de organização dos Serviços de Saúde. Numa visão contextualizada, eles influenciam e são influenciados pelo modelo assistencial em vigência (FREITAS; PINTO, 2005, p. 549).

Os sistemas de informação podem ser vistos como conjuntos de componentes identificados, respectivamente, como lógicos, físicos, estruturais e de modelagem, a saber:

- a) Componentes lógicos - oferecem o suporte conceitual, metodológico e ferramentas pelas quais as tecnologias de informação se integram na organização;
- b) Componentes físicos - equipamentos que possibilitam a disponibilidade dos dados;

- c) Componentes estruturais - unidades funcionais responsáveis pelo sistema, por exemplo: o departamento de Informática;
- d) Componentes de modelagem - integram as normas, métodos e técnicas de atuação, a partir das quais se estabelecem os modelos pelos quais o sistema deve ser dirigido e coordenado (PRADOS DE REYES; PEÑA YÁÑEZ, 2002, p. 32-33).

Na área da Saúde, esses componentes deverão de adequar-se às finalidades maiores da própria área e às finalidades específicas de cada organização hospitalar ou assemelhada.

No Brasil, ao longo das últimas três décadas, diversos SIS e bases de dados em Saúde foram desenvolvidos para atender as demandas de planejamento e gestão. Apesar dos debates e ações para uma visão integradora da informação em Saúde, esses SIS continuam fragmentados (FORNAZIN; JOIA, 2015).

3.2.3 Tipos e características

Do ponto de vista operacional, os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) podem ser classificados em dois tipos:

- a) Sistemas de Informação Clínica (SIC)
- b) Sistemas de Informação para a Gestão (SIG)

Esses tipos de sistemas se encontram minuciosamente descritos pelos autores Andreu Martínez e Martínez Mateu (2006, p. 175-177), razão pela qual seguimos aqui a sua exposição.

Os Sistemas de Informação Clínica (SIC) foram introduzidos nos Estados Unidos, a partir dos anos oitenta. Oferecem toda a informação disponível sobre o paciente, integram toda a história clínica com a informação dos sistemas de apoio, como de radiologia, de laboratórios, interações farmacológicas etc. A informação pode ser acessada de qualquer lugar, e em tempo real. Os Sistemas de Informação Clínica estão desempenhando um papel fundamental no processo de reforma da Saúde nos Estados Unidos, onde já existiam as Redes Comunitárias de Informação em Saúde (*Community Health Information Networks*).

Destinado a atender as demandas de informação, o SIC apresenta as seguintes características básicas:

- a) Aberto/fechado: deve ser minimamente fechado, com codificação unificada e aberto na definição da informação;
- b) Tempo de resposta: permite trabalhar em tempo real;
- c) Flexível na obtenção da informação: permite a recuperação da informação clínica sem necessidade de recorrer a toda a história clínica;

- d) Integração: integra subsistemas clínicos e incorpora-os de maneira unificada para cada paciente;
- e) Exatidão: a informação que proporciona é confiável;
- f) Modulável: toda a história clínica se encontra devidamente protegida contra usos inadequados da informação ou por pessoas não autorizadas;
- g) Segurança: permite o acesso somente pelos usuários do sistema;
- h) Amigável: deve ser cômodo e de fácil uso para qualquer usuário em potencial.

Por sua vez, os Sistemas de Informação Gerencial (SIG) foram introduzidos nos anos setenta, portanto 10 anos antes dos sistemas de informação clínica (SIC). O SIG propicia um conjunto de procedimentos que oferecem informações administrativas, custos etc. das atividades realizadas. Portanto, oferece suporte para a direção, planejamento, controle e tomada de decisões. Através da compilação de informação, contínua e periódica, sobre o andamento dos serviços, quando necessário, o SIG pode acionar um sistema de alarme, chamando a atenção para as ocorrências não previstas ou anomalias. Isto contribui para que a gestão seja ágil e efetiva.

O Sistema de Informação para a Gestão, além de adaptar-se às peculiaridades de cada serviço ou hospital, apresenta as seguintes características:

- a) Confiabilidade: a informação que abastece o SIG deve ser a mais certa e completa possível;
- b) Pertinência: deve oferecer a informação que realmente interessa;
- c) Relevância: a informação processada deve ser importante e útil;
- d) Oportunidade: o sistema deve ser capaz de oferecer a informação adequada no momento em que dele se necessitar.

Para a utilização efetiva de todos esses recursos e, sobretudo ter a informação disponível no momento certo, dois aspectos importantes são destacados:

- a) Necessidade de suporte técnico preciso, com profissionais especializados;
- b) Preparo das pessoas que administram a informação: devem ser capacitadas para desenvolver e dirigir com competência o Sistema de informação utilizado.

Resumindo, distingue-se entre dois sistemas de informação utilizados na área da Saúde, dependendo das respectivas finalidades de uma organização hospitalar. Trata-se do “Sistema de Informação Clínica” (SIC), mais recente, e do “Sistema de Informação para a Gestão” (SIG), mais antigo.

3.2.4 Desenvolvimento

Em relação ao desenvolvimento de sistemas de informação em Saúde, têm sido observadas duas correntes básicas: a metodologia tradicional e a metodologia alternativa. Conforme Santos e Nóbrega (2002), a metodologia tradicional apresenta os seguintes aspectos:

- a) Fundamenta-se no pensamento positivista e na visão funcionalista dos cientistas da computação;
- b) Coloca ênfase nas questões técnicas de *software*;
- c) Ignora o lado humano da organização, separando conceitualmente o sistema de informação dos usuários e de suas práticas de trabalho.

Com os avanços da Informática houve fortalecimento deste modelo. Mas ele se encontra em desarmonia com a atual realidade das organizações, pautadas pela globalização, fusões, onde o ambiente é cada vez mais complexo e com perspectivas humanas conflitantes.

Quando inseridos nas organizações sem o envolvimento e participação dos atores sociais, os sistemas de informação ditos tradicionais têm decepcionado muitas pessoas, elevando os custos dos investimentos. Conseqüentemente, sua eficiência tem sido questionada. Evidenciou-se então que o sucesso ou fracasso de um sistema de informação depende do nível de entendimento entre a concepção do desenho de sistema e a realidade que está sendo introduzida (SANTOS; NÓBREGA, 2002, p. 681-683).

Esse *insight* originou uma metodologia alternativa à tradicional, relativamente à aplicação de sistemas de informação. Passaram então a ser propostas as seguintes alternativas, segundo os mesmos autores:

- a) Uma abordagem subjetiva de análise do mundo social;
- b) Analisar o fenômeno, a partir da experiência humana, no nível em que ocorre e no mundo à sua volta;
- c) Utilizar um enfoque interacionista e a perspectiva organizacional que fornecem explicações para os dilemas ocasionados pela informatização das organizações;
- d) Enfatizar o estudo da prática de trabalho pelos profissionais que desenvolvem os sistemas profissionais na tentativa de melhorá-lo (SANTOS; NÓBREGA, 2002, p. 681-683).

Ainda em relação a uma proposta próxima à metodologia alternativa no desenvolvimento de sistemas de informação, Santos e Nóbrega (2002, p.682), enfatizam as seguintes características fundamentais para sistemas de informação em Saúde:

- a) Destaque para a valorização dos atores sociais no processo organizacional;
- b) Modelo de sistema construído de acordo com a visão de mundo das pessoas envolvidas;
- c) Ênfase no “desenho participativo”, por considerar o sistema de informação de caráter eminentemente social.
- d) O modelo apresentado é centralizado no usuário, dando prioridade às situações, aos relacionamentos e às interações de grupo.

Ambos os autores, inclusive contemplam a questão cultural através do seu conceito de “visão de mundo das pessoas envolvidas”.

Na visão desses autores, a implementação de um SIS requer o entendimento das pessoas e de suas ações, e da forma como a ordem social é produzida e reproduzida. E ainda

vão além, ao afirmar que esta perspectiva interpretativa também encerra um imperativo social crítico.

Por sua vez, a partir de um ponto de vista mais operacional, Laguardia *et al.* (2004) enumeram alguns quesitos que consideram importantes para a formulação de um sistema de informação na área da Saúde:

- a) Priorizar as demandas desde que mantidas as perspectivas do objeto principal;
- b) Contrapor os possíveis ganhos decorrentes da sofisticação de rotinas e procedimentos, com os custos na operacionalização e gerenciamento deste sistema;
- c) Avaliar se a informação a ser coletada pelo sistema pode ser obtida mediante a adoção de outro sistema já existente;
- d) Considerar que os fatores políticos, econômicos e sociais presentes no contexto institucional podem determinar limites e potencialidades, abreviar ou estender a vida útil do sistema;
- e) Valorizar a competência técnica da equipe de desenvolvimento do sistema de informação em saúde (SIS) e sua visão de sustentação da organização;
- f) Atribuir à tecnologia para o desenvolvimento de um SIS a tarefa de apontar os problemas, entre os razoavelmente estruturados e os não estruturados;
- g) Levar em conta a diversidade de modelos a serem usados, segundo as características das demandas de informação;
- h) Considerar o papel fundamental do usuário na implementação de sistemas de informação;
- i) Levar em consideração o fenômeno do “descongelamento-movimento-recongelamento”, que caracteriza os processos de mudança de um sistema de informação;
- j) Introduzir avaliações ao longo de todo o processo de implementação de um sistema de informação;
- k) Desenvolver a capacidade de adaptação e adequação às novas demandas, sem perda de agilidade ou oportunidade na disponibilidade da informação;
- l) Observar a definição das normas operacionais de um sistema de informação;
- m) Equilibrar os investimentos em recursos materiais e humanos; e
- n) Estabelecer uma política de gestão e disseminação da informação (LAGUARDIA *et al.*, 2004, p. 145-146).

Esta lista de recomendações bastante abrangente, facilmente poderia ser transformada em diretrizes gerais, ao criar-se um novo SIS tendo em vista uma organização na área da Saúde. Obviamente, o fator cultural, aqui não mencionado explicitamente, terá de constituir-se numa variável importante, a ser analisada à parte. Certamente, sua importância não poderá ser subestimada.

Korpela *et al.* (2013) afirmam que os sistemas de informação na área da Saúde precisam ser desenvolvidos de forma colaborativa. Eles apresentam uma abordagem holística emergente, fundamentada em uma base teórica unificadora para o desenvolvimento de sistemas de informação. A abordagem proposta, pelos autores, pretende:

- a) Ser de natureza inteiramente colaborativa;

- b) Todas as análises e desenhos devem ser baseadas na colaboração entre os profissionais da Saúde, pessoas comuns ou seja a comunidade envolvida, os especialistas em sistemas de informação e os *Stakeholders*;
- c) Identificar e avaliar as necessidades das atividades dos profissionais da Saúde e das pessoas comuns ou seja da comunidade usuária do sistemas (pacientes) e aplicar as soluções de arquitetura de informação funcionais;
- d) Ser contextualmente sensível;
- e) Ser praticável na “vida real”,

Os autores citados, especialmente em publicações mais recentes, são unânimes em afirmar a necessidade de tornar os sistemas de informação mais humanizados, na área da Saúde. Entretanto, é preciso assinalar que, por pressão do próprio mercado, os desenvolvedores e as empresas de *software*, já há algum tempo, vêm ao encontro dos usuários, tornando os programas mais efetivos e fáceis de utilizar. Cabe destacar a realidade de cada país. Em todo caso, essas recomendações constituem um diferencial importante, particularmente para os sistemas de informação em Saúde.

3.2.5 Avaliação

Na literatura sobre avaliação de Sistemas de Informação, é comum contraporem-se os pontos fortes e os pontos fracos, em casos específicos e concretos. No presente caso, a partir de uma perspectiva genérica, é possível enumerar alguns itens pertinentes aos Sistemas de Informação em Saúde.

A concepção de um sistema de informação SIS, compatível com a estrutura e a organização dos serviços e somada ao avanço da tecnologia deve vir ao encontro de determinadas necessidades. Portanto, podem constituir pontos positivos:

- Disponibilização de dados e informações para a tomada de decisão no âmbito organizacional da saúde (a autora);
- Obtenção da informação de forma rápida e eficaz (SÁNCHEZ ROS; REIGOSA GAGO, 2006, p. 2);
- Possibilidade de conexão com outros sistemas, por ex.: farmácia, laboratório etc. (SÁNCHEZ ROS; REIGOSA GAGO, 2006, p. 2);
- Facilidade de transmissão da informação e dinâmica do trabalho diário (SÁNCHEZ ROS; REIGOSA GAGO, 2006, p. 2);
- Integração de diferentes unidades independentemente da localização geográfica (SÁNCHEZ ROS; REIGOSA GAGO, 2006, p. 2);
- Demonstração de acesso e a oferta de serviços de saúde para a população (MEDEIROS *et al.*, 2005, p. 435, 439).

Portanto, esses “pontos fortes” estarão presentes em um SIS, quando o mesmo possibilita facilidade e rapidez de acesso à informação (especialmente, para tomada de decisão); conectividade com outros sistemas congêneres (ou complementares em termos de informação), sejam pertencentes à própria organização ou a organizações geograficamente distantes; informações sobre a oferta de serviços de Saúde para a população em geral (por exemplo, via Internet) entre outros.

A ausência desses aspectos, naturalmente, caracterizaria “pontos fracos.” Aspectos destacados como “pontos fracos” em determinados sistemas de informação também são relatados na literatura. Vejamos alguns:

- Infraestruturas tecnológicas dos sistemas não coincidem em todos os níveis (FACCHINI *et al.*, 2005, p. 861);
- A coleta de informações em muitos procedimentos é feita manualmente, o que gera repetição de rotinas de trabalho (FACCHINI *et al.*, 2005, p. 861);
- Desagregação e falta de intercomunicação entre sistemas já existentes (MEDEIROS *et al.*, 2005, p. 434-435). É o caso de “Sistemas que não conversam entre si”;
- Iniciativas de desenvolvimento de sistemas de informação não compartilhados, com pouca ou nenhuma articulação entre si (LAGUARDIA *et al.*, 2004, p. 143-144);
- Gerências de informação nos diversos níveis apresentam desenvolvimento inadequado às suas necessidades e responsabilidades (LAGUARDIA *et al.*, 2004, p. 143-144);
- Insuficiência de recursos humanos qualificados e insuficiência de equipamentos compatíveis (LAGUARDIA *et al.*, 2004, p. 143-144);
- Necessidade de contemplar a complexidade da organização, apresentar indicadores adequados e oportunos na estruturação e implementação para o acompanhamento e a avaliação das ações (FREITAS; PINTO, 2005, p. 554);
- Ausência de enfoque nas peculiaridades regionais, prejudicando a alimentação de dados importantes para a programação local (FREITAS; PINTO, 2005, p. 554).

Os pontos fracos destacados podem surgir em relação à infraestrutura e equipamentos; por ocasião da entrada de dados e na intercomunicação e no compartilhamento informacional. Além disso, podem ocorrer por insuficiência ou incapacidade gerencial da informação; em casos de inadequação às necessidades da organização, bem como em relação às peculiaridades não contempladas no tocante ao entorno social regional.

Albuquerque *et al.* (2011) realizaram um estudo sobre as implicações sociais na implantação de um sistema de informação em uma instituição pública no município de São Paulo. O uso do sistema permite ao paciente agendar consultas em qualquer Unidade de Saúde do Município. Isto resultou em uma maior democratização do tratamento especializado.

Por outro lado, o tempo necessário para agendar as consultas aumentou com a implantação do sistema. Tendo como causas a falta de familiaridade dos funcionários com a Tecnologia da Informação (TI) e a ausência de infraestrutura bem como, o custo das redes de comunicação. Tais causas certamente geram desconforto para os pacientes e para os funcionários e contrasta com um dos principais objetivos do sistema que é a agilidade no atendimento. Esses resultados mostram a ambivalência das implicações dos sistemas de informação em face dos desafios impostos por uma realidade que é comum nos países em desenvolvimento, particularmente aqueles da América Latina.

3.2.6 Segurança e confidencialidade dos dados

A proteção da pessoa, garantida em Lei, inclui a privacidade e confidencialidade dos dados a seu respeito, exceto nos casos previstos pela própria legislação.

Com o avanço tecnológico oferecem-se recursos que permitem a coleta e transmissão da informação para qualquer ponto em tempo real. Por isso, a implantação de sistemas de informação nas organizações de Saúde deve estar acompanhada também da preocupação de garantir a confidencialidade da informação. É necessário que os sistemas de informação tenham mecanismos de controle que permitam, por exemplo, proteger a informação clínica (SÁNCHEZ ROS; REIGOSA GAGO, 2006, p. 2).

Entende-se por segurança dos sistemas de informação a prevenção de lacunas de confidencialidade, integridade e disponibilidade. A principal preocupação com a confidencialidade deve ser aquela de garantir a proteção da privacidade dos indivíduos. Os pacientes têm que estar assegurados de que as organizações de Saúde protegem a informação sensível de que dispõem. É necessário assegurar ao paciente que os sistemas, segundo condições definidas, não lhe vão causar danos. A análise de segurança de um sistema não se restringe ao *software*; inclui também o *hardware*, os usuários do sistema e os procedimentos e práticas relacionados com o funcionamento do mesmo (MIGUEZ; VIÑALS, 2007, p. 440).

A informação propriamente clínica deve estar protegida, principalmente, do acesso, mal intencionado ou não, de quem não esteja autorizado a acessá-la. O uso dos recursos da Informática, sem as devidas precauções, pode facilitar ações que venham agredir a intimidade do paciente ou de sua família, o que pode restringir o exercício dos direitos dos indivíduos. Dados em suportes magnéticos podem ser vulneráveis pela falta de segurança física, lógica e jurídica (SÁNCHEZ CARAZO; SÁNCHEZ CARAZO, 1999, p. 255).

Naturalmente, o estudo da confidencialidade sobre dados clínicos não será realizado apenas sob o aspecto do tratamento informático. Existe também a necessidade do cumprimento de legislação específica a respeito da informação sobre o paciente. Esta deve ser planejada em nível global, pois os dados no âmbito da Saúde são considerados de caráter pessoal (MORILLO, 2007, p. 453-454).

Por isso, com relação especificamente aos sistemas de informação de Saúde, devem-se estabelecer os mecanismos e recursos necessários para garantir o cumprimento da legislação vigente (MORILLO, 2007, p. 453-454).

A segurança e confidencialidade da história clínica do paciente é um direito do cidadão. O uso de sistemas de informação automatizados pode apresentar variáveis que colocam em risco este direito. Por isso, cabe aos desenvolvedores de sistemas a obrigação de oferecer mecanismos de prevenção enquanto às organizações de Saúde cabe o dever de cumprir a legislação vigente, para evitar danos e preservar a relação de confiança existente entre o médico e o paciente.

O cumprimento das disposições legais referentes à segurança da informação sobre o paciente, independentemente das pessoas que tenham o acesso profissional, deve ser assegurado pelos próprios recursos técnicos e operacionais.

Dessa forma, os sistemas de informação em Saúde devem incorporar, desde sua definição e desenho, as ferramentas técnicas necessárias para o cumprimento da legislação vigente. Hoje em dia, a tecnologia dispõe de mecanismos de segurança e confidencialidade que oferecem garantias suficientes para administrar de maneira correta os dados relativos à saúde de um paciente (MIGUEZ; VIÑALS, 2007, p. 440).

Os principais mecanismos de segurança atualmente disponíveis abrangem a segurança lógica dos dados nos sistemas de informação, a saber:

- a) Desenvolvimento de arquiteturas de segurança;
- b) Gestão de usuários, sistemas e redes;
- c) Gestão de incidências;
- d) Monitoramento e auditoria;
- e) Cópias de segurança;
- f) Planos de contingência e recuperação;
- g) Segurança física;
- h) Segurança nos postos de trabalho;
- i) Codificação, pela qual se garante a comunicação entre as partes com a necessária confidencialidade e integridade da mensagem (recursos nas ferramentas de trabalho como correio eletrônico, servidores de aplicações etc.);
- j) Autenticação do usuário através do uso da tecnologia *Public Key Infrastructure* (PKI);
- k) Uso de traços biométricos próprios de cada pessoa (como íris, impressão digital, reconhecimento da face);
- l) Inclusão de chave de acesso aos dados no Cartão de Saúde do paciente;
- m) Assinatura eletrônica (MIGUEZ; VIÑALS, 2007, p. 440).

Tanto os arquivos como as bases de dados que armazenam informação sobre o paciente devem ser registrados legalmente no Registro Geral da Agência de Proteção dos Dados, que valida seu conteúdo, em virtude de seu uso. Além disso, oferece a possibilidade de inspecioná-los sempre que necessário (MORILLO, 2007, p. 454). O autor aponta que os arquivos e bases de dados devem cumprir os seguintes requisitos:

- a) Os dados coletados devem ser adequados, pertinentes e não excessivos. Não poderão ser utilizados para outros fins diferentes dos expostos no registro;
- b) Existe a obrigação de atualização e exatidão dos dados armazenados. Em caso de não cumprimento, a agência responsabiliza a instituição e o próprio pessoal com poderes para criar e modificar registros;
- c) Ao armazenar dados sobre as pessoas, é necessário o consentimento das mesmas. As pessoas cuja informação se armazena nas bases de dados, devem ter possibilidade de acesso aos mesmos. No caso de dados médicos se reconhece um consentimento tácito e os dados armazenáveis são regulados por legislação específica;
- d) Os arquivos devem dispor de mecanismos de segurança, conforme orientação do de legislação pertinente;
- e) O profissional deve manter segredo sobre os dados que afetam não só a organização responsável como um todo, como também aquele que intervenha em qualquer fase do tratamento dos dados. As obrigações de segredo não terminam após finalizarem as relações com a organização;
- f) A cessão dos dados a terceiros, está regulada e contemplada em casos específicos.

Na literatura consultada, são relatados avanços tecnológicos sofisticados na área de proteção e segurança de dados. Mas há, também, relatos de alternativas bem simples, por exemplo, o sistema desenvolvido e implantado em um Hospital Psiquiátrico em Israel. Num artigo, os autores descrevem que a questão da segurança e confidencialidade das informações sobre o paciente em sistemas automatizados, naturalmente, está coberta pela Legislação Israelense. No hospital por eles descrito, os computadores que tem informações sobre o paciente estão localizados em salas com controle de acesso. Os funcionários utilizam senhas para acessar os dados confidenciais dos pacientes. Os autores incentivam o uso desse sistema de informação. No julgamento dos autores, o investimento realizado é facilmente recuperável, tendo em vista a segurança dos dados e a possibilidade de melhorar a qualidade do serviço oferecido (MODAI *et al.*, 2002, p.477).

No Brasil, segundo a Agência Nacional da Saúde (ANS) a única legislação referente à proteção da privacidade de informação sobre o paciente é uma Portaria do Conselho Federal de Medicina (LEVIN; SANTOS, 2006, p. 5).

Nesta Portaria o Conselho Federal de Medicina (CFM) proíbe, em nome da Ética, o acesso às informações clínicas por outros profissionais que não sejam os médicos.

No entanto, essa restrição poderá prejudicar o próprio usuário, cujo encaminhamento e atendimento, num momento de emergência, pode ser dificultado por falta de informações. O inconveniente surge, quando autoridade na área da Saúde tem de adiar a tomada de decisão ou o redirecionamento de ações por falta de acesso à informação (PETERLINI; ZAGONEL, 2006, p. 424).

Diante da situação atual brasileira, alguns autores consultados reforçam a necessidade de desenvolver ações para garantir a segurança dos dados sobre o a saúde do paciente, sobretudo:

- a) Criar normas éticas e jurídicas que garantam a segurança da inviolabilidade da identificação do cidadão em qualquer base de dados existente (MORAES; SANTOS, 2001, p. 53, 55).
- b) Adotar padrões de segurança que garantam: a integridade e confidencialidade da informação. Deve ser preservada a privacidade do cidadão, tendo como referência o princípio do consentimento informado. Isto quer dizer que o paciente deve ter a liberdade de concordar ou não com a disponibilização das suas informações em bancos de dados de domínio público (MORAES; SANTOS, 2001, p. 53, 55; LEVIN; SANTOS, 2006, p. 5).
- c) Elaborar normas éticas para processamento e uso da informação com especificações sobre quem tem o direito de acesso, e a quais informações (MORAES; SANTOS, 2001, p. 53, 55).

A Tecnologia da Informação oferece mecanismos cada vez mais avançados para garantir a segurança das informações clínicas. No entanto, nos exemplos citados, evidenciou-se a necessidade de existir primeiro uma legislação mínima para viabilizar o uso efetivo das ferramentas tecnológicas. A simples implantação de mecanismos (*software*) de segurança da informação, obviamente, não é suficiente para garantir a segurança dos dados. É necessário que as pessoas envolvidas sejam devidamente preparadas e treinadas para usá-los.

Assim sendo, a garantia da confidencialidade e privacidade dos dados, especialmente, aqueles de natureza clínica, deve fazer parte explícita da política de uma organização que opera na área da Saúde. Esta deve providenciar a aquisição de mecanismos para garantir a segurança da informação, acompanhada de programas de treinamento e desenvolvimento das pessoas envolvidas.

Na área da tecnologia da informação são continuamente oferecidos novos recursos e ferramentas de trabalho. Entretanto, os problemas e as ameaças para quem trabalha com os recursos informáticos aparecem na mesma velocidade. As organizações de Saúde devem estar alerta e devidamente preparadas para evitar danos de qualquer natureza e, com a experiência adquirida, colaborar no desenvolvimento de novos recursos, mais potentes, junto aos desenvolvedores de *software* de segurança.

3.3 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

Com este segmento pretende-se oferecer um exemplo concreto de uma situação específica: o caso brasileiro em relação à informação na área da Saúde. A situação brasileira, de um país periférico, demonstra de modo crucial as dificuldades inerentes à implantação e uso de sistemas de informações em Saúde, especialmente, em nível de País.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o modelo público de ações e serviços de saúde no Brasil. Orienta-se por um conjunto de princípios e diretrizes válidos para todo o território nacional.

O SUS foi criado pela Constituição Federal Brasileira em 1988. A implantação do SUS iniciou na década de 1990, após a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei no. 8.080 de 19 de setembro de 1990, complementada pela Lei no. 8.142, de 28 de dezembro de 1990). O SUS é definido como; “o conjunto de ações e serviços públicos de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público”. A iniciativa privada participa do SUS, com a intervenção de prestadores privados de serviços de saúde.

Ao longo dos anos, os papéis dos entes governamentais foram reformulados na prestação de serviços e na gestão do sistema de saúde. Os critérios de transferência de recursos financeiros destinados à saúde também foram modificados. Novas instâncias colegiadas foram criadas e ampliadas tanto de negociação, integração e decisão, quanto à participação dos gestores, prestadores, profissionais de saúde e usuários.

Os principais princípios e diretrizes do SUS estabelecidos na Lei Orgânica da Saúde são:

- 1) Universalidade de acesso em todos os níveis de assistência;
- 2) Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;
- 3) Integralidade da assistência;
- 4) Participação da comunidade;
- 5) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo, com: a) ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b) regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

De acordo com Noronha *et. al.* (2008, p. 440) a descentralização com comando única implica que governos estaduais e municipais tenham maior responsabilidade e autonomia para decidir e implementar ações e serviços de saúde.

A direção do SUS é única nos níveis nacional, estadual e municipal, sendo exercida, respectivamente, pelo Ministério da Saúde e pelas secretarias de Saúde ou órgão equivalentes.

Os gestores no SUS atuam em dois âmbitos: o político e o técnico. O âmbito político se dá no relacionamento constante dos gestores do SUS com outros atores sociais, nos diferentes espaços de negociação e decisão existentes. No âmbito técnico, a atuação do gestor do SUS, é permanentemente permeada por variáveis políticas, se consubstancia por meio do exercício das funções gestoras na saúde. Identificam-se quatro grandes grupos de funções gestoras nos diferentes campos da atenção à saúde, que englobam: 1) Formulação de políticas e planejamento; 2) Financiamento; 3) Regulação; 4) Prestação direta de ações e serviços de saúde.

O financiamento do SUS é público e provém de recursos orçamentários das três instâncias federativas. Os depósitos devem ser feitos em contas especiais do Fundo Nacional de Saúde, Fundos Estaduais de Saúde e Fundos Municipais de Saúde. Parte dos recursos federais é transferida a estados e municípios, bem como, parte dos recursos estaduais é, também, transferida aos municípios (MENDES, 2001, p. 77).

A informação é fundamental para a democratização da Saúde, o aperfeiçoamento e desenvolvimento de novos serviços e ações e o aprimoramento da sua gestão. No Brasil, o órgão responsável pelo fomento de SIS e gestão de dados na área da Saúde é o Departamento de Informática do SUS (DATASUS).

O DATASUS foi criado em abril de 1991. Somente em 1998, o DATASUS passou a vincular-se ao Ministério da Saúde, para atender as necessidades desse órgão, ou seja, a descentralização das atividades de saúde, viabilização do Controle Social sobre a utilização dos recursos disponíveis, desenvolver, pesquisar e incorporar produtos e serviços de tecnologia da informação que possibilitem a implementação de sistemas e a disseminação de informações necessárias às ações de saúde, em consonância com as diretrizes da Política Nacional de Saúde.

Segundo Daniel (2014, p. 657), nesse período o Ministério modificou sua estrutura e missão, passando a ter o entendimento da importância da informação tanto para os processos de gestão quanto para a formulação de políticas públicas.

De acordo com o *site* do DATASUS estão disponíveis para uso da esfera pública 39 sistemas distintos, estes agrupados em nove categorias. São elas: a) ambulatoriais; b) epidemiológicos; c) financeiros; d) hospitalares; e) estruturantes; f) eventos vitais; g) tabulação; h) sociais; i) regulação.

Desde a implantação do SUS, sentiu-se a necessidade de reestruturação dos Sistemas de Informação em Saúde, com o objetivo de um acompanhamento integral. Pretendeu-se assegurar a avaliação permanente da situação da saúde da população e dos resultados das ações executadas, além de garantir o acompanhamento, controle e repasse de recursos.

Pelo novo sistema, os municípios também passaram a ser responsáveis pela produção, organização e coordenação das informações em Saúde. Existe, porém um sério entrave: grande parte dos SIS federais (tendo como filosofia a centralização) foi concebida antes da implantação do SUS, não incorporando as características exigidas pelo novo sistema de saúde, pelo qual se pretendeu privilegiar o princípio da descentralização da informação (SILVA; LAPREGA, 2005, p. 1821-1822).

As principais características dos SIS, em funcionamento no Brasil atualmente são as seguintes:

- a) Sistemas centralizados, verticalizados e fragmentados – os dados obedecem ao fluxo municípios-estados-federação;
- b) Exclusão do nível local (município) no processo de decisão e planejamento em Saúde;

- c) Ausência de mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos dados produzidos;
- d) Ênfase na coleta de dados médicos ou de doenças, não permitindo a construção do perfil sobre a saúde da população;
- e) Incompatibilidade entre os diversos sistemas de informação utilizados;
- f) Falta/deficiência de infraestrutura de informática nos municípios;
- g) Tem como base dos dados apenas a população assistida, o que contribui para a produção de informações não compatíveis com a realidade local;
- h) Ausência da participação popular na geração e no uso das informações (SILVA; LAPREGA, 2005, p. 1821-1822).

A descentralização acontece apenas em relação à entrada, ao processamento e ao acesso dos dados e da informação. A definição das prioridades dos programas de Saúde é definida pelas instâncias centrais, ou seja, nos níveis dos governos estadual e federal.

A enumeração dos problemas e deficiências por Silva e Laprega (2005) evidencia a situação problemática dos SIS brasileiros, que pode ser considerada idêntica no corrente ano de 2015. De acordo com dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) no *ranking* de 191 países, o Brasil se encontra em 125º lugar no tocante à Saúde Pública, o cenário dos SIS também se insere nesta realidade. Exceção feita a algumas organizações hospitalares, especialmente no Sul do País, a situação continua crítica, principalmente no tocante à Saúde Pública, de responsabilidade dos respectivos governos (federal, estadual e municipal) que dependem do conhecimento atualizado das condições de saúde da população, decorrentes da realização de estudos e análises das informações disponíveis. A precisão desse conhecimento depende, em grande parte, da qualidade dos dados gerados nos sistemas nacionais de informação de saúde.

De Jesus *et al.* (2012) realizaram um estudo sobre o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SIVAN), com os dados de 37 municípios, da Zona da Mata de Minas Gerais, sendo a maioria com menos de 20 mil habitantes. O SIAB agrega informações fundamentais para a análise da situação de saúde do município e o SIVAN é um instrumento de apoio às ações de promoção da saúde com monitoramento da situação alimentar e nutricional da população. O resultado do estudo salientou os aspectos facilitadores e as dificuldades encontrados na prática do uso dos sistemas.

A informática foi considerada um aspecto facilitador, embora a lentidão da *Internet* nos pequenos municípios foi considerada precária. O que gera irregularidade na atualização e fluxo de informações dos sistemas.

Outro aspecto que prejudica a atualização das informações, pelos digitadores, é a importância da colaboração dos profissionais da equipe de saúde que são os responsáveis pela consolidação dos dados nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS). Destaca-se que, nos municípios estudados, o registro de dados das atividades realizadas nessas unidades não é informatizado e os profissionais fazem anotações manuais. Tal ação pode comprometer a validade dos dados e causa desperdício de tempo, podendo levar à falta de confiabilidade dos

dados nos sistemas de informações. A sobrecarga de trabalho também foi outro aspecto mencionado pelos digitadores, pois nos municípios estudados somente um profissional fica responsável por atualizar todos os sistemas de informações. A desatualização das informações compromete o sistema de informação como fonte para o planejamento e monitoramento das ações direcionadas às necessidades de saúde da população. Além do que, as ações profissionais são pouco embasadas na realidade do usuário.

Os autores concluem que os resultados do estudo apontam a relevância dos sistemas de informações em saúde como uma ferramenta de destaque para a gestão em saúde, porém, isto, não garante a utilização dos dados consolidados para tomada de decisão. É necessário promover a educação permanente de profissionais e gestores dos serviços de saúde, visando à valorização e aplicabilidade das informações consolidadas como critério para o planejamento das ações a partir da identificação das necessidades de saúde da população (DE JESUS *et al.* 2012, p. 800).

No estudo realizado por Daniel (2014) em dois sistemas, de base nacional, desenvolvidos e mantidos pelo DATASUS, o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e o Sistema de Informações Hospitalares (SIH). O autor aponta a influência dos fatores institucionais na utilização dos SIS. No contexto internacional, na década de 1960 a Organização Mundial da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), que possuem como meta melhorar a situação de saúde da população mundial e das Américas, estavam sistematizando as informações em Saúde em outros países. Devido à situação de incertezas frente à gestão das informações em saúde no país, que ainda se encontrava desordenada e era proveniente de intervenções pontuais, foi necessário adequar-se ao contexto internacional, pois sistematizar informações poderia promover melhores condições de saúde à população. Outro aspecto que contribuiu para esta situação foi o fato do Brasil ser país-membro de ambas as organizações, OMS e OPAS, inclusive da Organização das Nações Unidas (ONU), desde 1945, e teve que aderir às determinações e aos acordos propostos por essas organizações.

Com relação à influência nacional, quanto surgiu a necessidade de padronizar e informatizar dados sobre mortalidade no país, isto é, institucionalizar o modelo único de declaração de óbito, foi estabelecido com base na experiência do Rio Grande do Sul, que foi um dos primeiros estados a registrar eletronicamente os atestados de óbito. O sistema foi criado e iniciou o processo de implementação em todo o país. O estudo mostra que, no início havia rotatividade de pessoas responsáveis pelo sistema. A cada mudança de governo na esfera municipal, a pessoa responsável pelo sistema era trocada. A forma de contornar essa situação foi instituir treinamentos para profissionais técnicos de carreira.

O autor conclui o estudo destacando que no SIM as pressões oriundas de instituições internacionais foram decisivas para a concepção do sistema. Afirma ainda, que a ausência nos estados de SI para organizar seus dados em saúde e a instituição de legislação que obriga os entes federados a remeterem, mensalmente seus dados, com penalidade atribuída ao descumprimento de tal normativa demonstra as influências institucionais na utilização de SIS por Secretarias Estaduais de Saúde (DANIEL *et al.*, 2014, p. 666).

Carreno *et al.* (2015), identificaram na produção científica, publicada entre 2008 e 2012, as ações de utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Esse sistema permite a visualização do perfil epidemiológico e sanitário da população de sua área de abrangência, oferecendo um diagnóstico da situação da saúde.

Algumas fragilidades foram evidenciadas, os autores, destacaram entre as principais, o uso do sistema somente como um formulário para registro. Eles notaram que há dificuldades por parte dos profissionais de saúde no preenchimento das fichas. E que as mesmas apresentam aspectos limitantes, por exemplo, os dados referentes ao meio ambiente e à saúde mental da população cadastrada.

Identificou-se o despreparo das equipes para a utilização do SIAB, segundo os autores, fica evidente que a problemática decorre da capacitação insuficiente da equipes. O treinamento oferecido para as equipes é introdutório, não discutindo de forma aprofundada as variáveis do sistema, bem como, a sua utilização para a extração de relatórios com o objetivo de auxiliar o planejamento das ações.

Os autores sugerem que sejam feitas capacitações e treinamentos permanentes e assessorias por parte das Coordenadorias Regionais da Saúde, com isso, os profissionais da saúde obterão uma maior conhecimento sobre este sistema. Segundo eles, saber utilizar adequadamente o sistema permitirá a valorização da informação para então realizar o planejamento de ações e atender a comunidade baseado na equidade e integralidade da atenção à saúde.

Pelas observações e recomendações encontradas na literatura consultada, abre-se um leque de possibilidades e exigências na área da Saúde, entre necessidades locais, regionais e suprarregionais no que concerne ao desenvolvimento, implantação e uso de Sistemas de Informação de Saúde. Evidenciou-se, principalmente, limitações de infraestrutura, ausência de treinamento desenvolvimento das equipes e necessidade de sensibilização das autoridades e profissionais da saúde sobre a potencialidade de uso das informações geradas pelos sistemas de informação bem estruturados. Os exemplos apresentados dos sistemas de informações demonstram a necessidade de aperfeiçoar os sistemas em uso com vista a uma Política de Saúde concreta em termos de País.

3.4 SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

Neste subcapítulo é apresentada uma visão geral descritiva de um Sistema de Informação Hospitalar (SIH), inserido no seu entorno, com base na literatura consultada. São desenvolvidos alguns aspectos gerais, definição e conceito. Aborda os seus objetivos e funções, características, composição e/ou estrutura dos sistemas e avaliação.

3.4.1 Aspectos gerais

A simples implantação de um SIH numa instituição ainda não o torna eficaz. Faz-se necessário intensificar o uso da informação produzida, gerando insumos para a tomada de decisão.

Três fatores básicos que sustentam um Centro de Saúde são estruturas, métodos de trabalho e estilo de direção e gestão. O uso correto da informação permite, por exemplo, atuar e tomar decisões relativas à economia e à produtividade. Ademais, é cada vez mais frequente nos hospitais que médicos, enfermeiros e gestores exijam sistemas de informação, que sirvam como instrumento de ajuda para conhecer e melhorar o andamento do serviço.

Em organizações hospitalares o manuseio correto da informação pode potencializar:

- a) As estratégias diagnósticas e terapêuticas;
- b) A gestão dos pacientes e do pessoal;
- c) Os circuitos lógicos e, particularmente, a qualidade tecnológica;
- d) A coerência nos investimentos (TEMES MONTES *et al.*, 1997, p. 225-226).

Atualmente, toda organização tem um sistema de informação, entendido como recurso para solicitar e transmitir informações entre distintas unidades dentro da própria organização. Um hospital moderno sugere uma organização comunicada e integrada em seu entorno, com capacidade de conhecer e analisar suas atividades e de controlar o alcance de sua imagem, seus produtos e serviços.

Entretanto, para que isto ocorra, é preciso integrar a informação como matéria prima do próprio processo produtivo para produzir mais e melhor. Forma-se assim uma nova dinâmica organizativa e funcional que gira em torno do sistema de informação (PRADOS DE REYES; PEÑA YÁÑEZ, 2002, p. 32).

Por sua vez, a gestão da produção da informação assistencial é parte importante dos processos de gestão da qualidade da assistência e não deve ser tratada como uma tarefa menor e isolada (SCHOUT; NOVAES, 2007, p. 942). Na visão desses autores, ela depende de e impacta sobre todas as atividades desenvolvidas no hospital.

Para que possa haver uma adequada gestão da informação, é necessário envolver todos os profissionais de uma organização, para que se sintam como participantes e responsáveis pela sua produção e utilização. Desse modo, chega-se a desenvolver uma cultura institucional de valorização da informação.

Os mesmos autores sugerem que os gestores de hospitais e de sistemas de serviços de saúde devem implantar propostas e instâncias que permitam a articulação das perspectivas e necessidades de informação clínica, de pesquisa e de gestão interna. Mas deve levar em consideração, também, as crescentes demandas externas econômico-financeiras, a vigilância epidemiológica e sanitária, a avaliação de desempenho em diferentes perspectivas etc. Além disto, os gestores devem ter condições de orientar os investimentos em informática e

promover o desenvolvimento das padronizações e registros necessários (SCHOUT; NOVAES, 2007, p. 942).

Há alguns anos atrás, pensava-se que para “resolver” o problema da qualidade da gestão da informação nos hospitais, existiam soluções externas definitivas e neutras. Pensava-se que essas supostas soluções dependiam apenas de recursos financeiros para a compra de equipamentos e programas. Atualmente, tenta-se desenvolver a capacidade de utilização dos recursos materiais e humanos adequando-os para cada instituição ou contexto. Dessa forma, a gestão da informação se transformou em um processo dinâmico, participando totalmente da gestão do serviço como um todo (SCHOUT; NOVAES, 2007, p. 942).

O desenvolvimento e o uso adequado da tecnologia da informação permitem oferecer a informação em tempo real, podendo gerar um impacto significativo nas organizações. A disponibilidade imediata de informações contribui para uma maior eficiência do processo de tomada de decisão e a contínua melhoria de processos, e, de forma crítica, para a gestão de custos. Aumenta a qualidade e a segurança do paciente oferecendo melhor precisão e redução do tempo de atendimento e diminuindo assim, os índices de mortalidade. Com relação à produtividade, os sistemas de informação diminuem o desperdício de pessoal de enfermagem com tarefas administrativas, aumentando a disponibilidade para tarefas clínicas. Diminuem os processos redundantes auxiliando na redução do tempo de diagnóstico, realização de exames, interpretação de resultados e o encaminhamento para os procedimentos seguintes. O uso dessas tecnologias nos hospitais amplia a capacidade geral de atendimento. Pode-se assim oferecer mais serviços aos pacientes pela aceleração do processo, redução da probabilidade de eventos adversos e a diminuição do uso de recursos desnecessários (FUMAGALLI *et al.*, 2011, p. 211-212, 215).

Para esses autores, a integração dos sistemas existentes nos hospitais conduz a um ambiente de trabalho coordenado. Permite que as organizações combinem suas tarefas pelas interdependências existentes no processo, ou porque compartilham recursos ou porque uma é pré-requisito da outra. Estas interações podem ser de diferentes tipos: para a ação ou tomada de decisão, explorar novas oportunidades, resolução de dúvidas e problemas e orientação em geral (FUMAGALLI *et al.*, 2011, p. 216).

Chen e Hsiao (2012) realizaram um estudo, onde demonstram que a qualidade do sistema e a qualidade de informação são fatores significativos que influenciam a facilidade percebida de uso de SIH, enquanto que a qualidade de informação e a qualidade de serviços são fatores-chave que afetam a utilidade percebida de SIH. Os resultados do estudo indicam que a utilidade percebida e a facilidade percebida de uso afetam significativamente a aceitação de SIH a partir da perspectiva do médico. Segundo eles, o SIH deve fornecer informação atualizada, interconectada pelas várias plataformas, e disponível em tempo real no local de cuidado do paciente. Os autores afirmam também que o modelo proposto fornece uma ferramenta útil de diagnóstico para avaliar a aceitação do usuário de outra Tecnologia da Informação, Sistema de Informação (TI/SI) relacionada ao cuidado de saúde, tais como sistemas de suporte de decisão clínica e sistemas de informação de enfermagem. E que as descobertas deste estudo são benéficas para a indústria do cuidado de saúde em termos de

avaliação do impacto de TIs e formulação de estratégias adequadas para aumentar a aceitação do usuário de TI/SI, possibilitando dessa forma aos hospitais melhorarem os sistemas de gerenciamento hospitalar e a qualidade do cuidado.

Arabchadegani (2013) afirma que os usuários, no dia a dia, quando utilizam o SIH também avaliam a sua qualidade de informação. Portanto, atender as expectativas dos usuários do SIH, que é realizar cursos educativos, acessibilidade de informação e facilidade de trabalhar com o sistema proposto, não somente aumentam a eficiência, efetividade e qualidade do fornecimento de serviços, mas também aumentam a satisfação do cliente. O SIH deve ser capaz de integrar a informação relacionada ao paciente, deve permitir o envio e troca desta informação entre departamentos e outros centros de saúde, a fim de acelerar o processo de tratamento e cuidado do paciente e diminuir despesas.

No âmbito das potencialidades do uso da informação, a tomada de decisão constitui uma área especialmente sujeita a repercussões da qualidade informacional. Por isso, a gestão da informação deve contribuir para fomentar a busca contínua de melhoria dos serviços e procedimentos através da análise do uso, da demanda e das necessidades de informação dos usuários do SIH.

Com o avanço das tecnologias da informação surgiram novas ferramentas de trabalho que têm sido aplicadas também no desenvolvimento e na execução das atividades dos profissionais da saúde. Esse avanço tem permitido alcançar níveis de desenvolvimento antes inimagináveis com relação ao tratamento da informação. O volume de dados que se pode captar, processar, armazenar e consultar hoje é significativo. As novas facilidades tecnológicas são fundamentais para as atividades da área da Saúde que requerem um conjunto de informações amplo e complexo, a ser disponibilizado em bases de dados para facilitar a tomada de decisão. O uso de sistemas de informação hospitalar contribui para que o profissional da saúde possa tomar decisões segundo parâmetros baseados na evidência (MORILLO, 2007, p. 450).

O autor registra que no ambiente hospitalar e da Saúde em geral, pode-se atualmente obter informação de forma rápida e eficaz, possibilitando conexão com outros serviços como farmácia, laboratório, unidades de internação e uso de protocolos de atuação clínica. Devido à agilidade da transmissão da informação é possível economizar tempo e evitar erros.

Schout e Novaes (2007, p. 941-942) observam que a modernização da gestão das empresas também se aplica às organizações hospitalares. A moderna gestão hospitalar exige a capacidade de quantificar, de forma consistente e quase em tempo real, tudo o que se faz, produz, recebe e gasta. Nisso se incluem, por exemplo, a compra, o armazenamento e a distribuição de insumos, serviços prestados, demandas, faturamento etc. Tais informações estão sendo utilizadas para gerir o cotidiano e planejar o futuro dos hospitais. Sua disponibilidade contribui para resolver e evitar possíveis problemas.

De acordo com estes autores, a implantação de sistemas de informação informatizados nos hospitais, na maioria dos casos, foi iniciada na área administrativa, e só mais tarde nas

áreas clínicas e de apoio. Atualmente as especificidades das perspectivas clínicas, epidemiológicas e de gestão também estão sendo adequadamente reconhecidas e contempladas.

Entretanto, ainda predomina a ideia de que os sistemas de informação são meios neutros de processamento e organização de dados, que se prestam igualmente a qualquer tipo de necessidade. Quando as informações produzidas não correspondem ao esperado, resulta um desencanto, que frequentemente, se tenta superar com mais tecnologia material.

Em vista disso, recomenda-se que as tecnologias da informação, antes de tudo, devem demonstrar sua validade e contribuição para melhorar as atividades desenvolvidas nos hospitais. Somente sob essa condição serão assumidas como ferramentas úteis neste contexto (MORILLO, 2007, p. 450).

Atualmente, a tecnologia da informação está presente nas organizações hospitalares não só cobrindo a administração propriamente dita, como também no âmbito dos dados e informações sobre pacientes, inclusive de natureza clínica. Além disso, as tecnologias da informação e comunicação facilitam os contatos com os usuários externos. Sobretudo oferecem subsídios para o desenvolvimento e aprimoramento da capacidade de gestão nas organizações de Saúde, particularmente nos hospitais.

3.4.2 Definição e conceito

O SIH pode ser considerado um sistema destinado à informação médica e administrativa de um hospital, com funções de armazenamento e transferência de informação, em consonância com os objetivos específicos da respectiva instituição (TEMES MONTES *et al.*, 1997, p. 191-192, 224).

É preciso que a adoção de um SIH contribua para melhorar o acompanhamento da história clínica do paciente, facilitar o trabalho clínico e administrativo e controlar tanto o tempo como os recursos despendidos. A adoção de um SIH deve impedir a duplicidade de procedimentos assistenciais e contribuir para evitar erros médicos. O SIH deverá melhorar os resultados globais, inclusive, a redução dos custos operacionais (MORILLO, 2007, p. 451). Seus resultados devem ser perceptíveis não só para a administração como também para o próprio usuário e paciente. A adoção de um SIH eficiente possibilita a redução de custos e permite que o setor da saúde torne-se competitivo a exemplo do que acontece no mundo corporativo (FUMAGALLI *et al.*, 2011, p. 209).

O avanço da ciência e da tecnologia tem favorecido o desenvolvimento e a utilização de sistemas de informação automatizados nos centros de cuidado da saúde. O Sistema de Informação Hospitalar é um dos sistemas de computação mais comuns projetado para dar suporte aos serviços de saúde. É constituído por grandes bancos de dados, cujo objetivo é a comunicação e armazenamento de informação de saúde e administrativa. Deve ser um *software* abrangente, que possa ser utilizado para unificar e transferir dados hospitalares de

forma eficiente, aumentar o nível de satisfação do usuário final, promover a qualidade dos serviços de saúde e minimizar custos hospitalares (ARABCHADEGANI, 2013).

Os sistemas de informação das organizações hospitalares devem permear os seus vários níveis hierárquicos e funcionais. Devem contemplar desde os sistemas administrativos (por exemplo, os que gerenciam recursos materiais, financeiros, jurídicos, humanos) até os sistemas clínicos, por exemplo, tecnologias de diagnóstico de doenças, sistemas de prescrição eletrônica, agendamento, admissão, internação, pronto socorro, controle cirúrgico, prontuário eletrônico (BALLONI, 2013).

O Sistema de Informação Hospitalar pode ser definido como um sistema computadorizado que é desenhado para atender todas as necessidades de informação dentro de um hospital. Deve incluir diversos tipos de dados, entre eles, informações sobre o paciente, faturamento, finanças e contabilidade, recursos humanos, agendamento, solicitação, prescrição e manipulação de medicamentos, gerenciamento de estoques, manutenção e requisição de suprimentos, monitoramento de pacientes por meio de relatórios de diagnóstico relacionados aos exames de laboratório, radiologia, bem como fornecer apoio à tomada de decisão.

Atualmente um objetivo comum nas organizações hospitalares, em muitos países, é desenvolver e implementar sistemas de informação de saúde de forma integrada. O esforço financeiro e tecnológico se justifica pela busca de serviços coordenados e abrangentes de saúde.

Jensen (2013) descreve um estudo realizado através de um projeto local denominado “padronização e recuperação dos dados dos pacientes” que se expandiu e atualmente é usado em grande escala, ou seja, na maioria dos hospitais e clínicas em toda a Dinamarca. O sistema possibilita o acesso aos dados de saúde de diferentes sistemas de registro eletrônico do paciente. O autor enfatiza os princípios para projetos de desenvolvimento sistemas de informação hospitalar integrados que vão além do contexto local em que o sistema foi inicialmente concebido e implementado. O estudo fundamenta-se, empiricamente, nos princípios da teoria de *design* desenvolvidos por Hanseth e Lyytinen (2010). No entanto, o autor defende que a análise do sistema deve incluir, particularmente, os fatores contextuais do setor saúde de cada localidade. Como resultado das suas descobertas, ele apresenta três lições aprendidas, que são: (i) princípios de flexibilidade, pois cada organização tem suas particularidades e necessidades; (ii) a expansão da base instalada por meio de estratégias modulares, isto é, iniciando por problemas menores e a medida que os usuários finais consigam perceber as vantagens quanto ao uso do sistema, é possível expandi-lo com outros módulos; e (iii) identificação dos principais agentes de saúde para lhes demonstrar os benefícios imediatos proporcionados pela adoção e uso do sistema. Isto não é fácil, normalmente os agentes de saúde já investiram muito esforço e recursos financeiros em tecnologia. E ainda, a decisão quanto ao uso de um determinado sistema tem também um componente altamente político.

Em suma, os sistemas de informação hospitalar, quando bem desenhados, devem oferecer a informação requerida em tempo real, potencializando assim a qualidade do

atendimento médico e da tomada de decisão dos gestores da organização hospitalar. Atualmente, busca-se o desenvolvimento de SIH integrados entre diferentes serviços de saúde, principalmente, os dados e informações sobre o paciente. Isso favorece a agilidade no atendimento do paciente e a redução de custos dos procedimentos hospitalares.

3.4.3 Objetivos e funções

Assim como os demais serviços e atividades hospitalares, o SIH deve ser planejado desde o seu início, levando em consideração os equipamentos necessários, seu propósito e, sobretudo, as necessidades informacionais de seus usuários. Também devem ser contemplados os mecanismos que viabilizam sua utilidade no sentido de construir, manter e atualizar permanentemente os parâmetros de gestão em todos os setores da organização hospitalar.

Para que o SIH proporcione os resultados desejados, a definição dos objetivos é um passo primordial. No desenho do SIH devem-se levar em consideração dois tipos de objetivos da instituição, em que se encontra inserido:

- a) Objetivos genéricos, que se aplicam a qualquer instituição, e que são:
 - Melhorar a qualidade da assistência hospitalar;
 - Aumentar sua produção;
 - Reduzir ao mínimo seu custo;
 - Disponibilizar, em tempo real, as informações dispersas, relativas aos pacientes e integrá-las às demais para facilitar processos de tomada de decisão;
 - Ajudar na divisão adequada dos recursos;
 - Liberar o pessoal de tarefas administrativas repetitivas;
 - Contribuir com informação contínua para o pessoal;
 - Oferecer uma visão global do SIH e da própria organização;
 - Dotar o hospital de um instrumento de medida e controle sobre o comportamento e custo da atividade hospitalar

- b) Objetivos institucionais, que definem as características do hospital, e que se referem ao sistema de Saúde (TEMES MONTES *et al.*, 1997, p.225).

Estabelecer os objetivos de um SIH é uma tarefa complexa, uma vez que o sistema se encontra inserido numa organização. Prados de Reyes e Peña Yáñez (2002, p. 34-45) sugerem que os objetivos devem ser analisados e traçados de acordo com os subsistemas que a organização hospitalar possui. Em decorrência existe uma tipologia muito diversa em função da visão ou âmbito de atuação de cada interveniente, traçando orientações particulares dentro de um contexto geral de organização única e integrada.

Na percepção dos mesmos autores, embora não sejam mutuamente excludentes, os seguintes tipos de objetivos podem ser estabelecidos no caso de um SIH:

- a) **Objetivos estratégicos** incidem no aspecto organizacional, em suas estruturas, metodologias e táticas de atuação. Os objetivos estratégicos derivam dos objetivos

restantes, sobre os quais se produzem orientações mais particularizadas com referência à atividade da organização hospitalar. Por exemplo, adequação à dinâmica do hospital, integração, acessibilidade, aproximação ao cidadão, comunicabilidade externa, integração com projetos corporativos;

- b) **Objetivos executivos** – têm um caráter fundamental no suporte da atividade hospitalar. Constituem um conjunto de marcadores que definem o grau em que o hospital, enquanto organização, é capaz de levar a cabo seu processo com eficácia e eficiência. São exemplos: qualidade, capacidade, controle, competitividade, custos;
- c) **Objetivos operacionais** – situam-se no âmbito da prestação assistencial, seja diretamente ou como suporte para aperfeiçoá-la. Por exemplo, disponibilidade da história clínica, administração de movimento dos pacientes, gestão de demandas internas, controle de processos de produção;
- d) **Objetivos de gestão** - estão situados no âmbito da administração hospitalar com uma orientação aos chamados “procedimentos de empresa”. Isto é, o hospital como instituição, está submetido a diretrizes, normas e obrigações de caráter legal, contratual ou simplesmente de qualidade, em torno da administração de seus recursos ativos, passivos e financeiros. Sendo assim, o sistema de informação é um suporte para a gestão. São exemplos: indicadores hospitalares, conjunto básico de dados, grupos de relações de diagnósticos, procedimentos de contabilidade analítica, localização seletiva de amostras estatísticas;
- e) **Objetivos técnicos** – figuram no âmbito puramente da eficácia e eficiência do sistema informático. Este deverá reunir os requisitos que determinem o uso adequado e otimizado de seus procedimentos e equipamentos, que repercutem de forma direta no sistema de informação. São exemplos: segurança, confidencialidade, estabilidade de funcionamento, nível tecnológico, capacidade de atualização e eficiência (PRADOS DE REYES; PEÑA YÁÑEZ, 2002, p. 34-45).

Verifica-se que os objetivos delineados para caracterizar um SIH abrangem todos os níveis da organização na qual está inserido, isto é, o nível estratégico, o tático e o operacional. Quanto mais seus objetivos estiverem em sintonia com o propósito institucional, mais relevante será o SIH para a instituição, contribuindo para que a mesma cumpra melhor os seus próprios objetivos.

Na visão da OPAS, a seleção dos tipos de objetivos, bem como sua aplicabilidade e sustentabilidade dependem do uso dos componentes estratégicos encontrados nas diferentes tendências de gestão hospitalar. Basicamente, os sistemas de informação e a tecnologia associada são necessários para criar, difundir e apoiar o conhecimento. Os sistemas de informação podem funcionar em muitos níveis de sofisticação e complexidade, do mais específico ao mais genérico. Suas recomendações enfatizam claramente que “de qualquer forma, a meta principal a ser perseguida é a de melhorar a saúde dos indivíduos e das populações, mediante a aplicação apropriada do conhecimento gerado por sistemas de informação, desenhados e selecionados adequadamente (ORGANIZAÇÃO PAN-

AMERICANA DA SAÚDE, 2004, p. 333)”. O conteúdo dessa exigência, embora óbvio e oportuno, nem sempre é suficientemente enfatizado na literatura sobre o assunto.

Os SIH requerem conhecimento e não apenas informação. No estudo realizado por Ward e Peppard (2002) citados por Fumagalli *et al.* (2011), foram identificados alguns fatores-chave para o sucesso na implantação de sistemas de informação, que são:

- a) Foco externo e não somente interno: voltado para clientes, concorrentes, fornecedores e outras empresas envolvidas no negócio e para similaridades com empresas de mercado internacional;
- b) Adicionar valor e não simplesmente cortar custos: o objetivo de todo sistema de informação deve ser a melhoria dos processos. Consistente com as premissas de empresas que desejam se diferenciar dos concorrentes através de melhores produtos e serviços;
- c) Repartir benefícios: na organização, com os fornecedores, clientes, usuários e até mesmo com concorrentes em alguns casos;
- d) Entender os clientes: com eles pode ser obtido o valor do sistema de informação e detectados problemas encontrados neste processo;
- e) O negócio deve ser movido pela inovação e não pela tecnologia: o sucesso advém de uma tecnologia boa o bastante e de um entendimento claro do mercado e das necessidades dos clientes;
- f) Desenvolvimento incremental: sistemas de informação não atingem a sua plenitude em um único passo. Normalmente o desenvolvimento efetivo acontece através da experimentação;
- g) Utilizar a informação obtida pelos sistemas de informação para desenvolver o negócio.

Se levados em conta e bem estruturados, tais fatores geram informação sobre o funcionamento interno e externo do sistema de informação, e podem dar “*insights*” sobre melhorias no próprio gerenciamento do sistema de informação, garantindo a sua eficácia (FUMAGALLI *et al.*, 2011, p. 214-215).

Para Fumagalli *et al.* (2011, p. 216) os SIH têm o objetivo fundamental de reduzir e controlar custos nos principais setores do hospital, tanto administrativos como clínicos, formando uma massa de dados que serão interligados entre si.

Segundo Glaser e Foley (2008) citados por Fumagalli *et al.*, (2011, p. 216-217), os sistemas de Tecnologia de Informação voltados para as organizações de saúde deverão conter as seguintes funções:

- a) Enfatizar a melhoria, mensuração e preparação de relatórios referentes à qualidade e segurança dos serviços de saúde;

- b) Conectar remuneração com o desempenho (*performance*) do serviço de saúde prestado;
- c) Promover o aumento do atendimento ambulatorial;
- d) Manter a demanda de internações contínua;
- e) Exigir maiores níveis de serviços aos pacientes;
- f) Descobrir que os pacientes têm interesse em participar igualmente nos cuidados que lhe são dados;
- g) Continuar tentando limitar os custos dos serviços de saúde;
- h) Requerer grande coordenação dos serviços.

Khoualdi e Mandurah (2014, p. 23) relatam a experiência no desenvolvimento e implantação de um SIH no Hospital da King AbdulAziz University na Arábia Saudita. Eles descrevem o hospital como de grande porte. Sendo um hospital escola ele se dedica aos cuidados do paciente, a educação e a pesquisa. A implantação do SIH no referido hospital teve como objetivo de longo prazo: construir e manter um banco de dados do paciente que permitisse a análise de dados para facilitar a tomada de decisão com relação aos cuidados e procedimentos oferecidos ao paciente. E os objetivos de curto prazo foram: reduzir custos, melhorar a precisão e a pontualidade do atendimento ao paciente, a contabilidade, a administração, a manutenção de registros e elaboração dos relatórios de gestão.

Pode-se considerar que a principal função de um SIH é oferecer à organização a informação interna e externa para subsidiar a tomada de decisão em todos os níveis.

O SIH deve viabilizar, também, a comunicação entre as distintas unidades e seus usuários. Por isso, deve estar inserido no contexto global do hospital, e direcionado aos objetivos que lhe são inerentes.

Outros autores também apontaram que o sistema deve ser adaptado e atualizado de acordo com as mudanças necessárias. Isso possibilita garantir a melhora do cuidado com o paciente e economia de recursos físicos e financeiros (MODAI *et al.*, 2002, p. 477-478).

Naranjo Gil (2005, p. 1-14) trata do uso estratégico do sistema de informação e controle de gestão (SICG) nos hospitais públicos da Espanha. O autor apresenta duas perspectivas ao definir o sistema de informação, neste contexto. Uma, do ponto de vista dos administradores, que utilizam a informação tanto para implantar estratégias como para organizar as rotinas, procedimentos e manter ou alterar padrões nas atividades da organização. A outra perspectiva é do ponto de vista contábil, pelo qual o sistema apresenta um conjunto de técnicas específicas de informação. Ambas as vertentes, de acordo com o autor, permitiriam através de determinadas técnicas de gestão, estudar o papel da informação contábil nas organizações. Dessa forma, o SICG pode ajudar a melhorar a efetividade da implantação de estratégias, assim como aumentar a comunicação das diferentes metas estratégicas para toda a organização.

Apesar de que o paciente deveria ser o “assunto” principal do processo informacional em um SIH, observa-se na maior parte da literatura encontrada sobre a matéria que a ênfase dos autores abarca preferencialmente os aspectos administrativos hospitalares, em especial o uso e à distribuição dos recursos financeiros.

Segundo Khan (2010), atualmente vários hospitais utilizam sistemas de informação. Os SIH apoiam a tomada de decisão, pois, facilitam o diagnóstico e tratamento do paciente, registram e armazenam a história do paciente por meio dos registros médicos eletrônicos, contribuem para a redução de erro médico, bem como, facilitam as funções da gestão hospitalar, no que diz respeito à internação, controle de exames de laboratórios, faturamento, estoque, farmácia, folha de pagamento, fisioterapia, tratamento ambulatorial e outros.

De acordo com Arabchadegani (2013), o Sistema de Informação Hospitalar contribui não somente com a melhoria do desempenho administrativo e da equipe de cuidados de saúde. Auxilia na melhor tomada de decisão para tratamento, ao fornecer subsídios para a realização de estudos mais acurados sobre os efeitos de procedimentos, ao oferecer informações para o desenvolvimento de melhores serviços para pacientes, a diminuição de despesas de tratamento, a diminuição do tempo de aplicação de procedimentos médicos e a diminuição de erros nos tratamentos. Os autores elaboraram um estudo de revisão não sistemática na literatura disponível sobre o aumento da qualidade dos procedimentos hospitalares ao utilizar o Sistema de Informação Hospitalar. Os resultados da pesquisa demonstram que a aplicação do Sistema de Informação de Saúde produz um efeito positivo na precisão e facilidade nos processos de tratamento, e enfatiza a importância dos subsídios gerados pelos SIH para a melhoria da qualidade de serviços hospitalares.

3.4.4 Características

Temes Montes *et al.* (1997) enumeram as seguintes condições a serem consideradas por ocasião da implantação de um eficiente SIH:

- a) **Clareza de objetivos.** É aplicável tanto ao sistema em seu conjunto como a cada uma de suas partes (formulários, dados etc.);
- b) **Transparência dos circuitos.** Deve-se saber com exatidão quem gera e elabora a informação e quais os circuitos pelos quais ela transcorre;
- c) **Simplicidade.** Devem-se definir as solicitações de dados em função de sua necessidade e, sobretudo, evitar solicitar a mesma informação a distintas fontes;
- d) **Agilidade.** A informação deve ser disponibilizada para que o gestor possa corrigir e ajustar possíveis desvios;
- e) **Hierarquização e centralização.** Trata-se de dois conceitos que devem ser considerados conjuntamente, já que se destinam ao mesmo objetivo;
- f) **Pessoal qualificado.** O SIH deve ser manejado por pessoal tecnicamente bem preparado;
- g) **Suporte informático.** O SIH deve dispor de suporte técnico adequado (v. item anterior);
- h) **Unificação da terminologia e da codificação.** É necessária uma metodologia comum para todos os responsáveis pela alimentação do Sistema. Somente assim

poderá resultar a confiabilidade da informação inserida, possibilitando comparações rigorosas, com o objetivo de que não resultem em:

- a) Multiplicidade de critérios;
- b) Manipulação de dados;
- c) Erros humanos;
- d) Controle interno deficiente;
- e) Fluxos de informações frágeis.

A unificação terminológica e da codificação na área da Saúde, especialmente, no caso dos SIH, é um assunto recorrente na literatura. Esta exigência é considerada uma das condições mais difíceis de ser implantada (KUO e YEN, 2006, p. 271-278). Existem várias padronizações terminológicas nacionais e internacionais, sendo preciso que, após uma escolha, a mesma seja seguida à risca, tanto na entrada de dados como por ocasião da busca.

O desenvolvimento de um sistema de informação clínico automatizado exige um ambiente específico. Porém, a percepção desse ambiente nem sempre está definida ou clara (AMARASINGHAM *et al.*, 2008). Para resolver esta situação, os autores mencionados, realizaram um estudo para identificar a relação entre as características hospitalares específicas de 69 hospitais urbanos no Texas, Estados Unidos e os sistemas de informação clínica, altamente automatizados, e a sua usabilidade. Eles utilizaram para análise a ferramenta denominada Avaliação da Tecnologia de Informação Clínica (CITAT em inglês), a qual mensura o nível de automação hospitalar baseada em interações de médicos com o sistema de informação. Como resultado, eles identificaram que os hospitais que tem afiliação acadêmica, que investem significativamente em tecnologia, e que possuem maior número de funcionários de Tecnologia de Informação (TI) em tempo integral, tiveram escores de automatização mais elevados do que hospitais que não atendem a estes critérios. E que houve poucas associações significativas entre as características dos hospitais testados no estudo e escores de usabilidade. Os autores sugerem outros estudos, utilizando outros métodos, para examinar se fatores organizacionais, como por exemplo, políticas, normas e culturas poderiam explicar estes relacionamentos. No entanto, Saboor e Ammenwerth (2009) afirmam que os Sistemas de informação hospitalar (SIH) podem ser considerados como o sistema nervoso do hospital. Os SIH são, em sua maioria, desenvolvidos ao longo de vários anos, dedicados a necessidades específicas e compreendem soluções individuais. Tais sistemas são complexos e a realização de mudanças de procedimentos pode causar uma variedade de efeitos colaterais negativos. Normalmente, acarretam problemas de comunicação incorreta entre SIH integrados, portanto, eles recomendam que é necessário examinar e compreender a natureza da comunicação incorreta em SIH integrados.

Neste mesmo estudo, eles apresentam uma categorização concisa e estruturada de problemas comuns de comunicação e suas razões. Descrevem tal categorização e explicam o processo qualitativo combinado obtido. Segundo eles, é essencial identificar os problemas de comunicação, elaborar uma categorização, desenvolver uma estrutura de problemas comuns bem como, verificar suas causas. Eles basearam-se em relatórios de experiência que apenas se concentram em aspectos únicos. Utilizaram os detalhes de tais referências a fim de compilar a categorização dos erros na comunicação eletrônica de SIH – assim, ela pode ser vista como

uma intersecção de experiências relevantes. A categorização pode gerar uma consciência básica sobre problemas potenciais e embasa a compreensão das razões subjacentes. A categorização proposta contém algumas recomendações para os autores dos relatórios analisados no estudo, que se pensa serem úteis para evitar o problema respectivo. Os autores afirmam ainda, que há a necessidade de uma avaliação da categorização proposta em um ambiente real para verificar se o conteúdo da mesma está correto.

3.4.5 Estrutura dos sistemas

Temes Montes *et al.* (1997) propõem a seguinte divisão para um SIH:

- a) **Subsistemas ativos** – são os que produzem os dados. Subdividem-se em três grandes áreas:
- **Área administrativa** – refere-se à administração do hospital (incluindo, por exemplo, os dados dos pacientes, a relação de recursos humanos, o estoque etc.);
 - **Área médico-administrativa** – destina-se as funções e aos procedimentos realizados no paciente;
 - **Área médica** (propriamente dita) - cuja informação fluirá por caminhos diferentes dos anteriores.

Observa-se que, na prática, as áreas administrativa e médico-administrativa são inseparáveis.

- b) **Subsistema passivo** - recebe os dados, elabora e transmite a informação para a direção da organização hospitalar.

Ambos os tipos de os subsistemas (a) e (b) se relacionam através da mesma base de dados. Para cumprir a sua finalidade, ambos devem estar atualizados.

O autor especifica que um sistema de informação hospitalar pode abranger os seguintes itens, distribuídos nas categorias de: 1) Planejamento; 2) Controle; 3) Investigação; 4) Informação hospitalar; 5) Informação de pessoal; e 6) Informação econômica. Esses itens, de certa forma, descrevem um universo de Saúde, num contexto organizacional, razão pela qual, será reproduzido aqui.

1) Planejamento

O processo de planejamento da assistência exige o conhecimento permanente da situação em relação a:

- **Recursos materiais:** capacidades dos centros, instalações básicas de que dispõem, variações do que se produz etc;
- **Recursos humanos:** dotações de pessoal, tanto nos aspectos quantitativos e qualitativos, carga horária e tipo de trabalho que realizam;

- **Recursos financeiros:** identificação das fontes de recursos de que dispõem e a aplicação desses recursos. Classificando esses recursos pela natureza dos gastos, tanto os gerais como os específicos;
- **Atividade de cada centro:** caracterização se os recursos empregados e as ofertas dos serviços dos centros ou unidade estão de acordo com a demanda, inclusive a análise de produtividade das unidades.

2) Controle

É necessário ter o controle permanente do funcionamento dos centros ou unidades de saúde, mantendo atualizado o custo e o gasto de cada unidade, bem como suas atividades para análise da sua manutenção ou, se necessário, tomar medidas corretivas.

3) Investigação

Formação de bases amplas de informação e fluxos dos dados.

4) Informação hospitalar

Dados relativos aos recursos físicos e à sua utilização:

- Número de leitos
- Consultas realizadas
- Salas de cirurgias
- Serviços de radiologia, radioterapia e medicina nuclear
- Banco de sangue
- Laboratório
- Instalações de hemodiálises
- Reabilitação
- Urgência
- Reanimação
- Número de atendimentos
- Número de internação
- Intervenções cirúrgicas
- Partos assistidos
- Necropsias realizadas
- Endoscopias

- Explorações analíticas e radiológicas
- Índice de mortalidade
- Transplantes de órgãos
- Infecções hospitalares
- Atividade docente.

5) Informação de pessoal

Inclui a evolução do quadro de pessoal:

- Diretores
- Médicos
- Outros profissionais
- Fisioterapeutas
- Auxiliares de enfermagem
- Outro pessoal de saúde (técnicos de laboratório, de radiologia etc).
- Pessoal administrativo
- Pessoal contratado
- Pessoal permanente
- Vagas no quadro
- Índice de absenteísmo
- Gasto de pessoal, por sua natureza
- Distribuição do pessoal por serviços

6) Informação econômica

Compõe-se de todos os dados que permitem conhecer a situação econômica e a sua evolução:

- Tesouraria
- Balanço da situação financeira
- Controle de arrecadação
- Índices econômico-financeiros

- Controle de previsão de entradas, despesas e investimentos

- Custo por produto:

a) Por internação

Por consulta, tanto a primeira como as subsequentes

Por atendimento de urgência

Por serviço

Por paciente

Por proceso.

b) Por Grupo de Diagnóstico Relacionado.

c) Por Categorias de gestão de pacientes.

- Obrigações com provedores e/ou fornecedores

- Faturamento

- Informação sobre seguridade hospitalar

- Incidências, estado das instalações e planos de seguridade (TEMES MONTES *et al.*, 1997, p. 193-195).

Numa visão retrospectiva, observa-se que a evolução dos sistemas de informação tem ocorrido de acordo com as demandas da própria área da Saúde. Hoje, os avanços tecnológicos cada vez mais se fazem presentes nas organizações hospitalares. Entretanto, no começo dos anos oitenta, os temas abordados eram ainda relacionados exclusivamente com a forma de associar informação às operações administrativas. Paulatinamente, os sistemas de informação têm sido utilizados em aplicações cada vez mais amplas e sofisticados nas áreas clínica, administrativa e financeira. A Organização Pan-Americana de Saúde recomenda que os sistemas utilizados pelas organizações hospitalares possam interagir com as redes assistenciais e o ambiente social em que estiverem inseridas (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2004, p. 332-333).

De acordo com Carvalho *et al.* (2008), os hospitais privados, no Brasil, têm feitos investimentos significativos na integração de sistemas, assim como no desenvolvimento da migração para o prontuário eletrônico e serviços baseados na Internet devido ao aumento da concorrência hospitalar.

Os sistemas de gestão empresarial *Enterprise Resource Planning* (ERP) específicos para a área da Saúde podem oferecer o acompanhamento e controle de gastos, a melhoria na prestação de serviços, a integração de sistemas de gestão administrativa e hospitalar, a consolidação do prontuário eletrônico e análise das informações médicas através da utilização

de ferramentas de *Business Intelligence* (BI) e incremento de soluções de *Customer Relationship Management* (CRM) para fidelizar clientes (CARVALHO *et al.*, 2008, p. 5).

Os itens mencionados acima oferecem uma ideia do desdobramento informacional de dados e informações do tipo clínico e de gestão. Verifica-se na comparação entre as duas propostas que o avanço da tecnologia da informação e comunicação tem oferecidos suportes para os serviços e contribuído para o avanço da área da Saúde. Ao mesmo tempo, aponta para a complexidade da implantação e manutenção de um SIH neste universo com atividades e serviços complexos.

3.4.6 Avaliação

O constante monitoramento e avaliação devem ser previstos e realizados no SIH em si e em cada uma de suas partes. Por outro lado, é preciso também acompanhar a evolução da cultura organizacional, sobretudo como as pessoas reagem diante da necessidade de incorporar novas tecnologias, mudanças de procedimento, capacidade de absorção de tecnologias etc.

Neste item pretende apresentar a avaliação dos SIH tanto do ponto de vista da implantação quanto do ponto de vista dos usuários dos sistemas.

Borba *et al.* (2003, p. 8) elaboraram um estudo sobre o uso de Sistemas Integrados de Gestão (ERP) com os representantes dos hospitais do Rio Grande do Sul. O resultado da pesquisa indica que os benefícios citados na pesquisa sobre a implantação são: a agilidade na obtenção da informação e conseqüentemente a agilidade nos processos internos do hospital; o controle dos processos; a acurácia das informações e redução da duplicidade e o apoio para a tomada de decisão. Com relação às dificuldades, as mais citadas estão relacionadas ao: processo de mudança organizacional; adaptabilidade do sistema às rotinas hospitalares; custo do sistema.

Outro exemplo encontrado na literatura consultada foi o estudo realizado por Nahm *et al.* (2007, p. 282). Esses autores afirmam que, em geral, a avaliação de um SIH é um processo complexo que ocorre em diferentes fases, sendo realizada por diferentes grupos de indivíduos. Ela acontece durante o desenvolvimento e é conduzida pelo vendedor. Então, o sistema é avaliado pela organização, antes de ser comprado. Após sua implementação, o resultado do sistema é avaliado por diferentes usuários. Em cada fase, os critérios de avaliação também variam. Pelo fato de um SIH, frequentemente, estar inter-relacionado com muitos outros sistemas, isto torna ainda mais complicada a sua avaliação.

De acordo com Aggelidis e Chatzoglou (2012), ao longo da última década, hospitais da Grécia fizeram investimentos significativos na adoção e implementação de novos sistemas hospitalares informatizados (SIH). Se estes investimentos se evidenciarão benéficos para estas organizações, dependerá do suporte que será fornecido para assegurar o uso efetivo dos sistemas de informação implementados, como também da satisfação de seus usuários, o que é

um dos mais importantes determinantes do sucesso destes sistemas. Na avaliação dessas variáveis os autores utilizaram um instrumento para medir a satisfação do usuário final de computação (EUCS em inglês). O objetivo do estudo foi investigar as questões que podem estar relacionadas aos determinantes - chave do EUCS, estender a generalidade do instrumento ao avaliar as propriedades psicométricas de uma tradução grega da pesquisa de EUCS, e finalmente fornecer *insights* adicionais para a satisfação do usuário final ao considerar fatores adicionais que podem ser determinantes no EUCS. Segundo os autores, as descobertas indicam que o novo modelo de EUCS proposto é válido e confiável, e pode ser utilizado com confiança pelos pesquisadores da Grécia e em qualquer outra parte. Os resultados do estudo possibilitam a generalidade do instrumento EUCS e melhoram sua robustez como uma mensuração válida de satisfação da informatização e serve também como um suporte para o sucesso do sistema em uma variedade de cenários culturais e linguísticos.

Na experiência apresentada por Khoualdi e Mandurah (2014, p. 25-31) é descrita uma análise comparativa das vantagens e desvantagens entre o sistema manual e o sistema automatizado implantado nos diferentes setores do Hospital da King AbdulAziz University na Arábia Saudita. O resultado da análise é complementada com alguns indicadores de desempenho medidos antes e depois da implementação do SIH automatizado. Os autores concluem o estudo afirmando que a implantação SIH pode ajudar na melhoria da qualidade do serviço oferecido bem como, no desenvolvimento do profissional da Saúde. Facilita a comunicação entre os departamentos, favorecendo o compartilhamento dos dados e informações entre eles. Os dados e as informações podem ser acessadas e trabalhadas rapidamente. Um SIH bem desenvolvido pode ser um instrumento de gerenciamento e melhoria dos serviços, controle de custos e pode assegurar o uso mais efetivo das instalações.

A avaliação de sistemas de informação fornece suporte à tomada de decisões. Pode ser vista como um processo educativo e de aprendizagem que permite as organizações obterem conhecimento dos benefícios dos sistemas de informação potenciais ou em uso, bem como de lacunas que precisam ser preenchidas, fornecendo *feedback* para o desenvolvimento de planos apropriados de aprimoramento e melhor gestão desses sistemas (MUSSI *et al*, 2014). Os autores relatam uma avaliação de sistemas de informação realizada em hospitais de Santa Catarina – Brasil. O objetivo da pesquisa foi mapear o parque tecnológico existentes em cinco organizações hospitalares públicas e filantrópicas do referido Estado e ainda, identificar a forma com que seus dirigentes realizam a gestão dos sistemas de informação. O resultado da avaliação mostra que contexto-pessoas-tecnologia influenciam-se mutuamente e que variáveis contextuais são determinantes na configuração da tecnologia da informação e da sua gestão nos hospitais pesquisados.

No processo de avaliação do SIH, destaca-se, portanto, a necessidade de envolver e comprometer, na medida do possível, todos os participantes da instituição. Além disso, o processo de monitoramento e avaliação do SIH deve ser realizado não só na fase de sua implantação, mas sim, incorporado às atividades da organização para garantir sua atualização e aprimoramento. Verificam-se na literatura consultada, modelos de instrumentos para avaliar a satisfação do usuário final do sistema.

Um estudo neste sentido foi realizado com enfermeiras de três hospitais vinculados ao Serviço Nacional de Saúde do Reino Unido e um dos diretores de projetos de cada hospital. Foi observado, baseado em relatos da literatura, que um fator de peso que interfere na implementação dos sistemas de informação informatizados é a resistência dos profissionais usuários em utilizar plenamente o sistema, inibindo a possibilidade dos sistemas de oferecer todos os benefícios prometidos. Muito embora, os profissionais a que se refere este estudo estivessem envolvidos com a fase de planejamento e desenvolvimento do sistema. Afirma o estudo que a resistência não está vinculada a tecnologia em si, mas, sobretudo com as ideias incorporadas com relação à tecnologia. Concluiu-se que essa resistência é um fenômeno muito mais complexo do que geralmente admitido na literatura da área de Enfermagem. Entre outras formas de resistência descritas, as mais frequentes foram aquelas em que os profissionais desenvolvem uma variedade de estratégias para minimizar o uso do sistema. As críticas mais comuns foram expressas em termos de conceito, modelo e linguagem do sistema (TIMMONS, 2003, p. 471-476).

Lium *et al.* (2008, p. 9-12) recomendam como estratégias para reduzir a resistência na organização quanto ao uso da tecnologia: a difusão de informações sobre o sistema, o engajamento do usuário final, a descentralização do poder de decisão em todos os níveis e os programas de treinamento.

Carvalho *et al.* (2008, p. 13, 14) realizaram um estudo para avaliação da implantação de ERP em um hospital privado de grande porte. Os benefícios destacados pelos usuários do sistema foram: facilidade progressiva do trabalho, a noção de aprimoramento da qualidade na prestação de serviços e baixos impactos no aprendizado. E o aspecto negativo relatado foi com relação a pouca agilidade na aplicação do sistema, causada pelos problemas ocorridos na rede (excesso de tráfego e indisponibilidade) e a dificuldade de resolução de problemas em tempo hábil, principalmente nos finais de semana que não possuía suporte no local.

Melas *et al.* (2011) realizaram um estudo para explicar a intenção de utilizar sistema de informação clínica em uma amostra de 604 profissionais na área da Saúde que trabalham em 14 hospitais na Grécia. Eles utilizaram o Modelo de Aceitação Tecnológica (TAM) para desenvolver a compreensão sobre a aceitação tecnológica de médicos e enfermeiros no local de trabalho. Os autores destacam que tal teoria, apesar de ser bem conhecida, nunca tinha sido aplicada em uma amostra tão significativa. A maioria dos estudos reportados é ou de natureza qualitativa, ou utiliza pequenas amostras por conveniência da equipe médica. Como resultado do estudo, os autores afirmam que a referida teoria se sustenta em contextos clínicos, porém, sugerem que outros estudos devem ser realizados para aperfeiçoamento do modelo com o objetivo de que o mesmo se torne uma ferramenta teórica útil no cuidado da Saúde.

Fornazin e Joia (2015) analisaram a implantação de um SIS em um hospital público brasileiro, baseando-se na Teoria Ator-Rede. O resultado da pesquisa mostra que o sucesso do SIS não ocorreu somente em função das suas características técnicas, como acreditavam os Analistas de Sistemas. Mas, foi resultado de negociações entre os diversos atores da rede. Os autores, da pesquisa, afirmam que tal característica não é peculiar apenas a este caso, pois, argumentam que projetos de SI, em vez de serem considerados meros empreendimentos

técnicos, devem levar em conta, por exemplo, o conjunto heterogêneo de elementos sociais, econômicos e políticos intrínsecos a essas iniciativas.

Verifica-se que o monitoramento e avaliação dos SIH devem ser previstos nas suas concepções e desenhos pois, o resultado de tais avaliações podem contribuir para a adequações necessárias de sistemas já elaborados e o desenvolvimento adequados de SIH de acordo com a necessidade e objetivos das organizações. Identifica-se a necessidade de desenvolvimento de SIH integrados. Outro aspecto importante é a possibilidade facilitar o uso dos sistemas pelos usuários envolvidos.

3.5 CONCLUSÕES

A tecnologia da informação tem se desenvolvido rapidamente e conseqüentemente os sistemas de informação. Verifica-se, na literatura consultada, que os sistemas de informação estão cada vez mais sendo adequados para as necessidades de cada organização. Essa mudança não ocorre somente do ponto de vista da tecnologia, mas também de conceitos, métodos e valorização das necessidades dos atores envolvidos no processo.

Os sistemas de informações gerenciais transformam os dados em informações que são utilizadas na estrutura decisória da organização e proporcionam subsídios para alcançar e aperfeiçoar os resultados esperados. As informações proporcionadas pelos sistemas de informações apoiam as decisões, corrigem distorções e possibilitam prever o desempenho futuro das organizações.

Verifica-se que o uso dos sistemas de informação gerencial beneficia a organização com informações do seu dia a dia e informações estratégicas. Permite a elaboração dos seus planos com informações reais e precisas. Agrega valor aos seus serviços e produtos. Agiliza e melhora o relacionamento entre os colaboradores, clientes e fornecedores. Oferece subsídios para a organização ser competitiva no mercado.

A finalidade dos sistemas de informação nas organizações abrange a melhoria das atividades de rotina, a agilidade de processos e disponibiliza informações seguras para a tomada de decisão e conseqüentemente, traz benefícios tanto para a organização quanto para as pessoas, sejam usuárias do sistema ou os clientes da organização.

Os componentes básicos de um sistema de informação abrangem os dados e informações, a infraestrutura tecnológica, a rede de telecomunicação, os procedimentos e as pessoas envolvidas, ou seja, tanto os profissionais especializados quanto o público usuário.

Os Sistemas de Informação em Saúde (SIS) surgiram, inicialmente para atender, sobretudo, a demanda de informações financeiras por parte dos gestores. Posteriormente surgiram iniciativas de sistemas integrados, que permitiam acessar as informações compartilhadas sobre os pacientes, bem como informações complementares referentes a laboratório, radiologia, farmácia etc. Por último, surgiram os sistemas que integram informações clínicas, administrativas e econômicas, com a característica de permitir o acesso

de qualquer ponto, agilizando as decisões relativas aos pacientes e oferecendo informações para a tomada de decisões gerenciais.

Os SIS podem ser usados em qualquer ambiente, ou seja, em hospitais, clínicas, centros de Saúde comunitários, agências de Saúde, unidades de Saúde em geral, instituições de ensino e órgãos de pesquisa. Obviamente, cada sistema deve adequar-se à realidade da instituição a que se destina.

Atualmente, o que se espera de um SIS é a possibilidade do uso integrado e compartilhado de toda a informação disponível na instituição. Com a implantação de sistemas nacionais de Saúde possibilitou-se o uso em rede, extrapolando o nível local, e estendendo o compartilhamento a nível regional, nacional. No entanto, não existe um padrão na coleta e alimentação dos dados e informações, o que prejudica a qualidade dos dados e o uso das informações para tomada de decisão, principalmente para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde.

Na literatura consultada, identificam-se estudos sobre a qualidade das informações armazenadas. O resultado destes estudos pode contribuir para o aprimoramento dos sistemas.

Quanto às finalidades e funções de um SIS, mencionam-se a coleta, o recebimento, a armazenagem, o processamento e a combinação dos dados, com o objetivo de proporcionar a informação atualizada necessária, disponibilizando-a em rede, no contexto organizacional.

Sua função principal deve ser a de produzir informações para aperfeiçoar o processo de trabalho em Saúde, a prática profissional, a gestão, a geração de conhecimento, a relação com os cidadãos e o controle social na área.

Sendo aplicados em qualquer organização de Saúde, desde pequenas unidades de atendimento até grandes hospitais, os SIS abrangem os seguintes itens: Planejamento, Controle, Investigação, Informação hospitalar, Informação de pessoal e Informação econômica.

Verifica-se no desenvolvimento dos sistemas a preocupação não só com as questões técnicas de *software*, acompanhando o avanço da tecnologia, mas passa a considerar o usuário em seu contexto natural, gerando um sistema, por assim dizer, mais humanizado pois, as organizações de Saúde atuais, que estão se adequando a competição no mercado e aos clientes mais conscientes dos seus direitos.

Na formulação de um SIS é preciso observar alguns requisitos básicos, que abrangem as demandas e necessidades informacionais dos usuários, a avaliação da tecnologia e diversidade de modelos disponíveis, aspectos políticos, sociais e econômicos e competência técnica. Especificamente, devem ainda ser definidos normas e padrões, investimentos em recursos materiais e humanos e o estabelecimento de uma política de gestão e disseminação da informação.

Citam-se entre os principais pontos fortes de um SIS: a disponibilização de forma rápida e eficaz, de dados e informações para a tomada de decisão no âmbito organizacional e

a possibilidade de conexão com outros sistemas, permitindo a integração de diferentes unidades, independentemente de sua localização espacial ou geográfica.

Pontos fracos podem apresentar-se principalmente com relação a infraestrutura e equipamentos, insuficiência ou incapacidade gerencial da informação e não adequação às necessidades da organização, entre outros.

Quanto a segurança e confidencialidade da história clínica do paciente é um direito do cidadão. O uso de sistemas de informação automatizados pode apresentar variáveis que colocam em risco este direito. Por isso, cabe aos desenvolvedores de sistemas a obrigação de oferecer mecanismos de prevenção enquanto às organizações de Saúde cabe o dever de cumprir a legislação vigente, para evitar danos e preservar a relação de confiança existente entre o médico e o paciente.

Na área da tecnologia da informação são continuamente oferecidos novos recursos e ferramentas de trabalho. Entretanto, os problemas e as ameaças para quem trabalha com os recursos informáticos aparecem na mesma velocidade. As organizações de Saúde devem estar alerta e devidamente preparadas para evitar danos de qualquer natureza e, com a experiência adquirida, colaborar no desenvolvimento de novos recursos, mais potentes, junto aos desenvolvedores de *software* de segurança.

A partir de uma visão propriamente estratégica e política, o SIS pode também ser considerado ferramenta de apoio para a tomada de decisão, destinado para diagnosticar a situação da Saúde em um contexto geográfico ou social, subsidiando o planejamento de ações e o desenvolvimento de políticas de Saúde para a população, de acordo com a demanda ao nível de região ou de país.

Para exemplificar, apresenta-se o caso brasileiro. No Brasil, os SIS estão vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS), desde sua implantação em 1988. A partir desta data, o SUS passou a reunir todos os serviços públicos (federal, estadual e municipal), além dos serviços privados (conveniados ou contratados) na área da Saúde.

Os SIS já existentes foram, então, reestruturados com o objetivo de um acompanhamento integral da situação da Saúde da população, dos resultados das ações executadas, além de garantir o controle do repasse e dos gastos de recursos, que fluem do respectivo Serviço Público para as unidades executantes e/ou conveniadas.

No entanto, os SIS já começaram a ser desenvolvidos antes da implantação do SUS, no início da década de 1990. Esses SIS eram centralizados, verticalizados e fragmentados, com a ênfase na coleta de dados médicos ou de doenças, e não incorporando as características exigidas pelo novo sistema de saúde integrado (SUS). Evidenciou-se assim, a necessidade de adaptar e aperfeiçoar os SIS, com vista ao desenvolvimento de uma política de Saúde em termos de País que atendesse as necessidades de cada região.

Historicamente, os SIH foram iniciados, atendendo as necessidades de informações da área administrativa e, só mais tarde, das áreas clínica e de apoio juntas. Hoje, a tendência

aponta no sentido de integrar as áreas clínica e de gestão nos sistemas de informação hospitalares. Em relação à Saúde Pública inclui-se ainda o controle epidemiológico. Outra demanda identificada é a das agências reguladoras dos sistemas de saúde que visam, principalmente, o controle, a agilidade dos processos e a redução de custos.

À exemplo de outras áreas, as ações básicas que definem um SIH são a coleta de dados, o processamento dos dados para produzir a informação, análises e a transmissão da informação.

Quanto aos objetivos de um SIH, estes devem estar em sintonia com os propósitos da organização da qual faz parte, para que a mesma possa cumprir da melhor maneira os seus objetivos.

Ao desenvolver um SIH, devem ser estabelecidos seus objetivos estratégicos, executivos, operacionais, de gestão e técnicos. Especificamente, devem-se contemplar sempre as necessidades de informação da instituição à qual está vinculado.

Pode-se considerar que sua principal função é a de oferecer à organização a informação interna e externa para subsidiar a tomada de decisão em todos os níveis. Deve viabilizar, também, a comunicação entre as distintas unidades e seus usuários.

Atualmente, requer-se que um SIH possibilite informação de forma rápida e eficaz, incluindo a conexão com outros serviços, tais como farmácia, laboratórios, unidades de internação e uso de protocolos de atuação clínica.

Por exemplo, no caso de um hospital moderno, o SIH atual deve constituir um sistema destinado à informação médica e administrativa, com funções de armazenamento e transferência da informação, que estejam em consonância com os objetivos específicos da respectiva organização.

Como principais características de um SIH pode-se citar a diferenciação informacional de acesso com níveis de centralização e descentralização; transparência dos circuitos; simplicidade, agilidade e hierarquização da informação. A manutenção do SIH exige pessoal qualificado e suporte informático competente; bem como unificação da terminologia e da codificação no tocante à informação processada.

Quanto aos requisitos gerais, devem ser levados em consideração no planejamento de um SIH: as necessidades informacionais dos usuários; a elaboração dos procedimentos para aquisição e tratamento da informação; o estabelecimento dos procedimentos para a recuperação, organização e difusão da informação e, por último, a determinação dos procedimentos de avaliação.

O processo de monitoramento e avaliação do SIH deve ser realizado não só na fase de sua implantação, mas sim, incorporado às atividades da organização para garantir sua atualização. Identificam-se, na literatura consultada, exemplos de instrumentos de avaliação de sistemas de informação. O objetivo é verificar a possibilidade de uso e a adaptação dos mesmos como instrumentos úteis na avaliação dos SIH.

Em organizações hospitalares exige-se hoje que o processamento correto da informação deve potencializar as estratégias diagnósticas e terapêuticas; a gestão dos pacientes e do pessoal; os circuitos lógicos e, particularmente, a qualidade tecnológica e a coerência nos investimentos.

Para que possa haver uma adequada gestão da informação, é necessário envolver todos os profissionais de uma organização, desenvolvendo assim uma cultura institucional de valorização de uso da informação. Destaca-se também a necessidade de avaliar os aspectos da qualidade de informação fornecida pelos SIH.

Resumindo, o processo da gestão da informação propiciada por um SIH deve permitir a articulação das perspectivas e necessidades de informação clínica, de pesquisa e de gestão interna. Deve levar em consideração, também, as crescentes demandas externas econômico-financeiras, a vigilância epidemiológica e sanitária, a avaliação de desempenho sob diferentes perspectivas. Além disto, deve oferecer condições de orientar os investimentos em Informática Médica e promover o desenvolvimento das padronizações e registros necessários. Dessa forma, a gestão da informação como processo dinâmico deverá fazer parte da gestão do serviço hospitalar como um todo.

4 INDICADORES COMO SUBSÍDIOS PARA ESTRUTURAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO HOSPITALAR

Neste capítulo inicia-se descrevendo a importância dos indicadores como recurso para avaliação dos serviços e produtos na área da saúde. Assim como, os indicadores, alinhados estrategicamente, como subsídios para o desenvolvimento de sistemas de informação hospitalares, gerando informações para a tomada de decisão.

O capítulo subdivide-se nas seguintes partes:

- 4.1 DEFINIÇÕES E CONCEITOS;
- 4.2 CARACTERÍSTICAS E REQUISITOS;
- 4.3 CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO, DESENVOLVIMENTO, SELEÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES;
- 4.4 CLASSIFICAÇÃO, FORMA DE REPRESENTAÇÃO, TIPOS E EXEMPLOS DE INDICADORES;
- 4.5 USO DOS INDICADORES
- 4.6 CONCLUSÕES

O fenômeno da globalização, ocorrido a partir de 1973, fez com que a qualidade de produtos e serviços se tornasse uma estratégia governamental, com o objetivo de aumentar a competitividade das nações através do aumento de produtividade. É considerada como o determinante principal, em longo prazo, do padrão de vida de um país. Nesta ocasião, surgiram os programas de qualidade com metodologias de avaliação com visão sistêmica aplicada na gestão da qualidade empresarial e organizacional (PORTER, 1999, p. 6; SOUZA, 2011, p. 20-21).

A gestão da qualidade espalhou-se em todas as áreas da atividade empresarial e organizacional. Não foi diferente para a área de saúde que, em muitos casos de sucesso, preocupou-se em introduzir padrões de qualidade em seu planejamento e oferta de serviços.

A boa gestão organizacional na área de saúde é revelada por meio de sua habilidade de mensurar e agir de acordo com os fatores críticos de sucesso e com os eventos, ameaças e oportunidades, que ocorrem no ambiente externo e em tempo real. Preocupar-se em adequar os processos na estrutura organizacional e nos relacionamentos entre os diferentes *stakeholders*⁴, uma vez que todas as diferentes áreas funcionais precisam integrar-se em alinhamento com a estratégia corporativa geral, para que o desempenho da organização aumente consistentemente.

⁴Parte interessada. Público estratégico. Refere-se a qualquer indivíduo ou grupo que pode afetar a organização ou que é afetado pelas ações, políticas, práticas ou resultados dessa (TARAPANOFF, 2015, p. 347). <http://www.significados.com.br/stakeholder/>.

A década de 70 também presenciou o surgimento de tecnologias de alta complexidade gerando a necessidade de controle da qualidade dos serviços, produtos, instalações, equipamentos e outros itens relevantes às organizações. Estes mecanismos de avaliação, da qualidade, não podendo ser subjetivos, demandavam a possibilidade de mensuração. Desta forma, foi sugerido o uso de indicadores para controle da qualidade dos produtos e serviços (PALADINI, 2002, p. 34).

O uso de indicadores, para avaliar a qualidade de produtos e serviços, pode funcionar como potencial transformador das instituições quando estas adotam a prática de uma política de abertura para um verdadeiro diálogo, com os seus *stakeholders*, e não somente para legitimar ações realizadas (RIBEIRO *et al.*, (2005, p. 238).

De acordo com a Norma ISO 9001 (ABNT, 2000) cabe à organização planejar e gerar processos necessários à melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade, desenvolvendo ações corretivas para eliminar as causas de não conformidade, impedindo assim, o seu reaparecimento, bem como, identificar ações preventivas, permitindo eliminar as causas potenciais de não conformidade, para evitar que elas sobrevivam. Diante disso, Sutter (2002) citado por Rozados (2005, p. 73), considera os indicadores como ferramentas, de uso reconhecido internacionalmente, que possibilitam o planejamento e a gestão, favorecendo a comparação de dados.

Os indicadores podem ser utilizados para avaliação dos resultados de uma organização de forma sistêmica. A avaliação de resultados abrange as questões econômico-financeiras e a interação com clientes, mercado e a sociedade em geral. É possível investigar o produto dos processos relativos às pessoas, das relações com fornecedores, incluindo o produto resultante de todos os processos da organização. Devem-se utilizar séries históricas, visando à comparação com indicadores de referência e metas estabelecidas pelas partes interessadas. É necessário que os processos sejam executados e monitorados de forma planejada para se alcançar resultados satisfatórios (SOUZA, 2011, p. 44-45). Resultados satisfatórios, que atendam aos desejos e necessidades dos clientes devem estar em permanente vigilância (NOGUEIRA, 2003, p. 66).

No caso brasileiro, em nível de gestão das organizações da área de saúde, estas tiveram um incremento e cobrança na avaliação de seus resultados de forma tardia. Apenas na década de 90 o contexto da política de Saúde é marcado por uma série de fatores econômicos e sociais que incidiram na demanda e na oferta de serviços da saúde com qualidade, resultando em reformas na área social, com ênfase para a área da saúde. Em função desta orientação inseriu-se a temática da avaliação como fator relevante. Intensificou-se a avaliação de desempenho de serviços, exigindo a criação de metodologias e indicadores para medição das distintas dimensões que cercam as suas áreas, incluindo a saúde pública. Embora, ainda não haja um consenso sobre a adoção de padrões ou *benchmarks* para medir o desempenho do serviço (VIACAVA *et al.*, 2004, p. 716-718).

No que concerne à área de saúde pública e, em especial, a área hospitalar, também, por força do avanço da ciência e tecnologia, esta vive em permanente mudança. Assim sendo, a

gestão hospitalar, também, necessita buscar um aprimoramento contínuo e a avaliação e adequação de seus produtos e serviços.

Por isso, a seleção e uso de um conjunto de indicadores na área hospitalar deve ser flexível. Permitindo que sua utilidade possa ser ativada ou desativada de acordo com o processo de melhoria. E que eventualmente, indicadores possam ser substituídos por outros mais sensíveis e adequados.

De uma maneira geral, o uso de indicadores na gestão hospitalar contribui para a avaliação de serviços, sendo um recurso fundamental para o planejamento, subsidiando a tomada de decisão e, principalmente, a gestão da qualidade. Verifica-se que os programas de gestão da qualidade têm como referencial a satisfação do cliente.

Neste particular, o uso e o tratamento adequado da informação podem aperfeiçoar a qualidade dos serviços de saúde prestados aos pacientes, aumentar a produtividade e facilitar o acesso ao conhecimento (FUMAGALLI *et al.* 2011).

Na literatura consultada, verifica-se que um dos principais desafios da modelagem dos sistemas de informação hospitalar é justamente a definição e a forma de mensurar os produtos.

Segundo Escrivão Jr. (2007) o produto hospitalar, normalmente, é analisado do ponto de vista de dois aspectos distintos, ou seja, pelo conjunto de serviços disponíveis (*service mix*) ou pelo conjunto de pacientes (*case mix*). O autor aponta como fator limitador destas duas formas de abordagens, a ausência do perfil dos pacientes, pois, é o paciente, a razão de ser dos serviços de saúde.

Afora o avanço das tecnologias de informação, o usuário da saúde está cada vez mais consciente dos seus direitos. A especialização constante do profissional da Saúde e a escassez de recursos têm obrigado às organizações hospitalares buscarem o aprimoramento dos seus processos de forma permanente, na tentativa de viabilizar a sustentabilidade financeira e a efetividade dos resultados da assistência.

Desafio que não passa despercebido aos hospitais universitários (HUs) que oferecem além da assistência médica, as atividades de ensino, pesquisa e extensão, portanto, devem ser um referencial em tecnologia de ponta e atendimento a pacientes.

Além do mais os hospitais universitários fazem parte do Sistema Único de Saúde no Brasil, desempenhando um papel essencial. Devido a hierarquização do atendimento mais complexo do Sistema Único de Saúde (SUS) os HUs prestam assistência de alta complexidade. O SUS reembolsa os hospitais com base numa tabela de preços única para cada procedimento, independente do tempo de permanência no hospital ou os custos com o paciente.

O Ministério da Saúde, através do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa em Saúde (FIDEPS), diferencia o reembolso aos HUs por incorporarem as atividades de ensino e pesquisa. Este sistema de reembolso, teoricamente, não admite

ineficiências, exigindo dos HUs um alto grau de eficiência na alocação e gestão de recursos (GERSCHMAN; BORGES, 2004; MARQUES; MENDES, 2005). A padronização financeira, que não leva em conta tempo nem despesas extras relacionadas a cada caso tratado, somada às questões de disponibilidade de recursos humanos e de infraestrutura faz com que os HUs estejam em uma crise financeira permanente, embora a cobrança pela qualidade do serviço prestado e eficiência na gestão esteja em cobrança constante, aumentando ainda mais sua responsabilidade.

A busca pela eficiência na alocação e gestão de recursos requer dos gestores e profissionais da área da Saúde o desempenho com excelência, fundamentados na qualidade dos serviços assistenciais e administrativos. Esta busca pode encontrar respaldo na certificação da qualidade e no credenciamento.

No Brasil, as organizações hospitalares têm escolhido a Organização Nacional de Acreditação (ONA) como mecanismo de certificação da qualidade na assistência à saúde.

A ONA é uma organização não governamental, caracterizada como pessoa jurídica de direito privado sem fins econômicos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional. Tem por objetivo geral promover a implantação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a melhorar a qualidade da assistência em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País (ONA, 2006).

A acreditação hospitalar, isto é a certificação de excelência na prestação de serviços e o aval para o seu funcionamento, de acordo com o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, refere-se a um método de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meios de padrões previamente definidos, tendo os indicadores um papel central neste processo. Constitui, essencialmente, um programa de educação continuada e jamais uma forma de fiscalização (ONA, 2006).

As etapas, da metodologia, que devem ser seguidas e que condicionam o êxito no processo de certificação, segundo Mezomo (2001, p. 24) são:

- a) Desenvolvimento de indicadores de qualidade, relativos a estrutura, aos processos e aos resultados;
- b) Avaliação do Hospital na aplicação dos indicadores;
- c) Educação - Essa etapa contempla o estudo de indicadores, análise dos dados, estabelecimento dos objetivos e metas, elaboração de uma política gerencial de envolvimento e compromisso dos profissionais;
- d) Reconhecimento;
- e) Custos - É necessário determinar o custo da certificação e as fontes de financiamento;
- f) Estratégia - Essa etapa compreende as fases de estudo, definição do perfil do processo, divulgação, aplicação do teste, reavaliação generalizada e avaliação do resultado;

g) Viabilização do projeto.

Segundo Bonfim *et al.* (2013, p. 121), a implantação do processo de Acreditação Hospitalar precisa compor a estratégia da instituição de saúde. Deve fazer parte do planejamento com as metas e expectativas relacionadas com essa ação devidamente formalizada.

No que concerne ao Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, HC-UFPR, objeto de estudo de caso do presente trabalho, o seu planejamento estratégico para o quinquênio 2001-2006, tinha como uma de suas metas a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar. Em seu histórico, o ano de 2002 incluiu o termo ‘assistência acreditada’ na missão do HC-UFPR e, em 2003, iniciou-se a implantação do Programa de Acreditação Hospitalar, composta por 21 profissionais atuantes em diversas áreas do Hospital (SEIFFERT, 2011).

Nas reuniões realizadas no HC-UFPR, para a elaboração da presente tese, identificou-se uma demanda, por parte das unidades e/ou serviços e da Direção Geral do Hospital, pela elaboração de indicadores hospitalares na forma de capilaridade. Ou seja, deveria ser colocada em pauta, a partir do Planejamento Estratégico, a elaboração dos indicadores estratégicos, táticos e operacionais.

Estava em estudo também, nesta ocasião, as adequações do Sistema de Informação Hospitalar vigente no HC-UFPR. Este fato motivou a elaboração desta tese e o desenvolvimento de seu referencial conceitual, presente nos capítulos da Parte II desta tese sobre sistemas de informação, culminando com o presente capítulo sobre indicadores com o objetivo de oferecer subsídios para a estruturação de um sistema de informação hospitalar.

Com base na literatura consultada, além desta introdução, este capítulo apresenta algumas definições e conceitos sobre indicadores, suas características e requisitos, os critérios para elaboração, desenvolvimento, seleção, monitoramento e avaliação de indicadores. Descrevem-se ainda a classificação, forma de representação, tipos e exemplos de indicadores, bem como o uso de indicadores para a gestão hospitalar. Ao final são apresentadas as conclusões.

4.1 DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Dentre as definições apresentadas pelo dicionário Houaiss (2001, p. 1604), a palavra “indicador” significa “que ou o que indica”, ou seja, aquilo que fornece um roteiro ou guia.

Autores como Burmester *et al.* (1993) citados por Rotta (2004, p. 22), definem indicadores como representações quantitativas ou não, tanto de resultados, como de ocorrência ou eventos de um sistema. Nesta mesma linha Rozados (2005 p. 62) entende que indicadores são unidades que permitem medir – caso de elementos quantitativos, ou verificar – caso de elementos qualitativos, se os objetivos ou as mudanças previstas estão sendo alcançados. Desta forma, possibilitam conhecer melhor os avanços em termos de resultados

ou de impactos. Segundo o autor, um indicador é uma ferramenta de mensuração, utilizada para levantar aspectos quantitativos e/ou qualitativos de um fenômeno, com vistas à avaliação e para subsidiar a tomada de decisão.

Para o autor mencionado acima, os indicadores quantitativos podem ser definidos por uma unidade de contagem. Já os indicadores qualitativos são os que se referem à preocupação com a avaliação. Por exemplo, o número de clientes é um indicador quantitativo bruto da frequência de um serviço, mas quando desmembrado em novos clientes e clientes regulares, torna possível elaborar indicadores qualitativos indiretos relativos à notoriedade dos serviços (ROZADOS, 2005, p. 63-64).

Os autores, Elias e Souza (2006, p. 220) adotaram a definição de indicador proposta por Moraes (1994), Pereira (1995) e Mota (1999), que o veem como “a unidade de análise, quantitativa ou qualitativa, utilizada para representar ou medir um problema, condição, tema ou evento que necessita ser observado em uma situação real”.

Borja *et al.* (2003) citados por Kligerman *et al.* (2007, p. 203) afirmam que a discussão sobre os indicadores serem qualitativos ou quantitativos representam formas diferentes, complementares e não antagônicas, de estudar um fenômeno” e concluem que deve haver interação entre estas duas abordagens.

Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e para autores como Rotta (2004, p.22-23), os indicadores são variáveis e têm como principal objetivo medir uma situação determinada ou suas mudanças direta ou indiretamente. A OPAS ressalta ainda, que é necessário insistir na orientação dos indicadores, na medida do possível, para a ação (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2004, p. 331).

A Financiadora de Estudos e Projetos - FINEP, organização governamental que fomenta, avalia e gerencia estudos e projetos e oferece consultoria, utiliza de forma maciça indicadores. Para a instituição o indicador especifica quantitativa e qualitativamente o atingimento de um objetivo (FINEP, 2002).

Da mesma maneira, a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), organização internacional, que possui reconhecidas publicações sobre o assunto, apresenta no glossário de conceitos de avaliação e gestão o seu entendimento de indicador como a medida de um objetivo que se pretende alcançar ou atingir, de um recurso mobilizado, de um efeito obtido, de um elemento de qualidade, de uma variável de contexto. No entanto, indicadores são acima de tudo, instrumentos de informação com vista a apoiar gestores em suas ações de comunicar, negociar ou decidir (OCDE, s.d., p. 15).

Verifica-se que, a FINEP define indicador como instrumento de medida quantitativa e qualitativa. E a OCDE amplia sua definição, considerando os indicadores como instrumentos de informação que oferecem subsídios para os tomadores de decisão. Indicadores são entendidos também como instrumentos de representação da informação, que permitem organizar, sintetizar e utilizar informações, úteis ao planejamento, ao estabelecimento de

metas e ao controle do desempenho, viabilizando, assim, a análise de decisões estratégicas e a tomada de decisão (KLINGERMAN, *et al.*, 2007, p.200).

No caso específico da saúde pública, pode-se afirmar que, os indicadores servem de instrumentos de medida para o binômio saúde/doença da população, e também do desempenho da assistência oferecida, dos serviços de apoio, das instituições de saúde, oferece, portanto, subsídios para avaliação e tomada de decisão dos gestores da área da saúde.

Dentre as instituições de saúde, destacam-se os hospitais, que são organizações complexas e de alto custo. A demanda crescente por diferentes serviços com alta qualidade e o aumento da perspectiva de vida da população exigem destas instituições a profissionalização da gestão para poderem concorrer por recursos. O uso da tecnologia da informação pode contribuir para que os hospitais se utilizem de indicadores como recurso para a tomada de decisão.

Nesta perspectiva, os indicadores hospitalares podem ser definidos como instrumentos utilizados para avaliar o desempenho hospitalar, envolvendo sua organização, recursos e metodologia de trabalho. Os dados coletados nas diversas áreas do hospital, quando relacionados entre si, transformam-se em instrumentos de gestão úteis para a avaliação da assistência prestada, quantidade e tipo de recursos envolvidos, controle de custos gerados na produção dos serviços e grau de resolutividade dos mesmos (APM/CRM, 1992, p. 1 citado por GÓES, 2007, p. 40).

Como exemplo, cita-se o trabalho de Góes (2007) que em um estudo realizado no Hospital de Clínicas da Faculdade de Ribeirão Preto, concluiu que o hospital gera, diariamente, através do seu sistema de informação dados sobre: controle de leitos, gestão de materiais, prescrição eletrônica e outros. Uma grande quantidade de dados que são convertidos em informações hospitalares. E justamente, esta grande quantidade de dados gerada dificulta a definição de indicadores, pois, para o autor, a geração de indicadores não é um processo simples em um complexo hospitalar (GÓES, 2007, p. 40).

Na área da saúde, identifica-se, como uma antiga tradição em saúde pública o uso de medidas para verificar e monitorar o estado de saúde da população. Iniciou-se com o registro sistemático de dados sobre mortalidade e sobrevivência. Os indicadores de saúde foram desenvolvidos para facilitar a quantificação e a avaliação das informações produzidas com tal finalidade. De uma maneira geral, os indicadores são medidas-síntese que contêm informação relevante sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde, bem como do desempenho do sistema de saúde. Um determinado grupo de indicadores deve refletir a situação sanitária de uma população e servir para a vigilância das condições de saúde (REDE, 2008, p. 13).

Uma vez estabelecidos os critérios de qualidade da assistência ou de um determinado serviço, pode-se utilizar dos indicadores como variáveis que medem quantitativamente as mudanças no comportamento dos critérios de qualidade anteriormente estabelecidos. Os indicadores proporcionam as informações necessárias e mensuráveis para descrever tanto a realidade como as modificações devidas à presença do serviço ou assistência. No entanto,

para refletir a realidade, é necessário que o indicador possua a característica de uma medida válida em termos estatísticos, pois representa informações que devem servir à gestão do sistema em busca de sua melhoria contínua, da qualidade da assistência da instituição e da saúde dos indivíduos em especial (KLÜCK, *et al.*, 2008, p. 99).

De acordo com a publicação “Descritores em Ciências da Saúde” da Biblioteca Virtual do Ministério da Saúde, indicadores são índices que resumem situações importantes, cujo progresso ao longo do tempo é de interesse. Eles são construídos a partir de informações disponíveis para tratar de questões específicas formuladas em um contexto específico (BVS, 2013).

Resumindo, verifica-se que o conceito de indicadores pouco varia de um autor para outro, destacando, primordialmente, os aspectos quantitativos e qualitativos. Os indicadores permitem organizar, sintetizar e utilizar informações sobre a realidade das instituições. Essas informações devem fundamentar o planejamento estratégico, direcionar o estabelecimento de metas, permitir o controle e avaliação de desempenho e subsidiar a tomada de decisão das instituições de saúde, inclusive das organizações hospitalares. Daí a importância da elaboração de um conjunto de indicadores que permita analisar os dados e informações geradas pelo sistema de informação hospitalar. Além de agilizar o processo de interpretação de dados e informações da situação, objeto, evento ou fenômeno observado, permite sua avaliação comparativa no contexto hospitalar.

Assim sendo, para que os indicadores cumpram o papel de subsidiar a tomada de decisão é necessário que eles possuam algumas características e que preencham determinados requisitos, apresentados a seguir.

4.2 CARACTERÍSTICAS E REQUISITOS

De acordo com a literatura consultada, apresenta-se algumas características e requisitos que devem ser considerados nos indicadores.

Malik e Schiesari (2002, p. 71) apresentam as características desejáveis de um indicador baseando-se na proposta de Mainz (2001), que são:

- a) Especificidade – associação clara a um determinado evento;
- b) Validade – baseado em definições acordadas, sendo submetido à validação para a realidade em questão;
- c) Poder discriminatório – associação clara entre o que se está medindo e o que se quer medir;
- d) Ajuste de risco – permitindo, assim, comparações;
- e) Comparabilidade;
- f) Evolução ao longo do uso – possibilidade de aprimoramento do indicador;

- g) Significância ou mesmo relevância para o que se quer medir;
- h) Aceitação – por parte dos vários envolvidos em sua análise e uso;
- i) Facilidade na coleta dos dados – factibilidade;
- j) Adequação para realidade social, econômica e cultural;
- k) Respeito à confidencialidade das informações do paciente;
- l) Custo-efetividade;
- m) Disponibilização para o público – desde que seja minuciosamente testado e validado.

Destacam-se algumas características importantes que devem ser observadas quando há proposta da utilização de indicadores na área hospitalar. Para Cohen *et al.* (1995) e Rocco (1998) citados por Rotta (2004, p. 24), os indicadores devem ser objetivos, claros, precisos, bem definidos, viáveis, representativos, baseados em conhecimentos atuais e que permitam rápida visualização do processo.

Assim como, Kardec *et al.* (2002) citados por Rotta (2004, p. 24-25), afirmam que o indicador deve ser representativo da realidade, pois deve expressá-la. Dessa forma, por se constituir numa expressão, deve ser didático e ensinar a respeito dos processos e da organização, servindo ao aprendizado e melhoria contínua. Para os autores, se o indicador não atender a todos esses requisitos não pode ser considerado um bom indicador.

Bigaton *et al.* (2004) reforçam as características já mencionadas quando apontam que as constantes mudanças que ocorrem não só no setor saúde, mas em todos os outros setores, e suas interferências na competitividade das organizações, coloca a informação como um elemento que deve ser tratado como um componente estratégico para a gestão dos mesmos, pois é considerado essencial para a tomada de decisão.

Nas propostas apresentadas acima, verifica-se semelhanças com relação a objetividade, clareza, precisão, viabilidade, representatividade, atualidade, comparabilidade, custo-efetividade nos indicadores. Nas características selecionadas por Rotta (2004), destaca-se o uso de indicadores como um recurso para uma visualização rápida do processo. Isto é um aspecto positivo, justamente, pela possibilidade de análise do ambiente como um todo, permitindo o aprendizado e a melhoria contínua. E na proposta de Bigaton *et al.* (2004), a ênfase é na informação gerada pelos indicadores, como componente estratégico, facilitando assim, as adequações necessárias nas organizações para permanecerem competitivas no mercado.

Com relação às características que são importantes a um conjunto de indicadores, com vistas a garantir a validade dos dados coletados, Martinez *et al.* (1998) citados por Rozados (2005, p. 62) indicam: generalidade; possibilidade de correlação entre as distintas variáveis ou os diferentes contextos; temporalidade. Francisco *et al.* (2000?) citados por Rozados (2005, p. 62) salientam que toda a avaliação parte de um princípio de comparação, sendo, portanto,

necessário que haja dados passíveis de serem comparados, que permitam ser coletadas de forma semelhante em todos os casos. Verifica-se que as colocações de Martinez *et al.* (1998) e de Francisco *et al.* (2000?), refletem as mesmas preocupações, uma vez que a generalidade, a possibilidade de correlação e a temporalidade – que visa estabelecer as séries estatísticas – são aspectos que permitirão a elaboração de dados e informações com potencial para comparações e visualizações das tendências no tempo e nos dados. Destacando também, que os dados devem estar disponíveis para um público amplo e de forma acessível (ROZADOS, 2005, p. 62-63).

Sutter (2002) citado por Rozados (2005) propõe quatro critérios para os indicadores de desempenho. O primeiro refere-se à pertinência, ou seja, um indicador deve ser fiel, deve estampar uma imagem fiel de um fenômeno estudado, com o mínimo de distorção; deve ser justo ou estável, o que significa dar uma informação exata e renovável, e também deve ser preciso ou sensível, indicando que as variações significativas do fenômeno precisam ser refletidas pelas variações coerentes do indicador. O segundo refere-se ao caráter operacional, no qual um indicador deve ser fácil de estabelecer, fácil de utilizar, vendável ou aceitável, ou seja, não deve ser contrário à cultura dos destinatários; deve, também, ser comunicante, o que significa permitir o diálogo entre diferentes populações. Como terceiro critério, cita o caráter consolidável (agregável) que se refere ao fato de que um indicador deve ser confiável, consolidável, agregável ou acumulável, ou seja, sua consolidação facilita as análises e as sínteses anteriores e permite deixar em evidência as tendências, enquanto durem. O último aspecto, diz respeito ao caráter econômico, que significa que um indicador deve ser calculável monetariamente ou ser útil à prevenção (ROZADOS, 2005, p. 65-66).

Os indicadores devam ser “o mais específicos possível à questão tratada; sensíveis a mudanças específicas nas condições de interesse; cientificamente confiáveis, imparciais e representativos das condições de interesse, além de proporcionar o máximo de benefício e utilidade (KLIGERMAN, *et al.*, 2007, p. 200)”.

Klück *et al.* (2008, p. 99) classificam as características dos indicadores em fundamentais e adicionais.

Segundo esses autores, um bom indicador deve apresentar três características fundamentais:

- a) Disponibilidade – Os dados básicos para o cálculo do indicador devem ser de fácil obtenção para diferentes áreas e épocas.
- b) Confiabilidade – Os dados utilizados para o cálculo do indicador devem ser fidedignos, isto é, devem ser capazes de fornecer o mesmo resultado se medido por diferentes pessoas em diferentes meios e diferentes épocas e, em condições similares.
- c) Validade – O indicador deve ser desenvolvido em função das características do fenômeno que se quer ou se necessita medir. Se o indicador reflete características

de outro fenômeno paralelo deixa de ter validade, pois pode levar a uma avaliação não verdadeira da situação.

Para esses mesmos autores, um bom indicador deve reunir, além das características fundamentais, o maior número possível das seguintes características adicionais:

- a) Simplicidade – O indicador deve fundamentar-se em informações básicas e, ser fácil de calcular. De preferência, um indicador deve ser formado apenas por um numerador e um denominador, e ambos devem ser compostos por dados de fácil obtenção.
- b) Discriminatoriedade – O indicador deve ter o poder de refletir diferentes níveis epidemiológicos ou operacionais, mesmo entre áreas com particularidades distintas.
- c) Sensibilidade – O indicador deve ter o poder de distinguir as variações ocasionais de tendência do problema de saúde ou dos resultados das ações de saúde numa determinada área, isto é, deve detectar as variações no comportamento do fenômeno que examina.
- d) Abrangência – O indicador deve sintetizar o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever. Indicadores muito abrangentes, como, por exemplo, o coeficiente de letalidade hospitalar, o tempo médio de permanência ou o coeficiente de incidência das infecções hospitalares, são utilizados para avaliar o desempenho da instituição hospitalar como um todo.

Afora estas características científicas desejáveis, outros critérios adicionais são relevantes, ou seja, ter os dados necessários para o indicador ser útil para a tomada de decisão de quem o coleta ou da gerência do serviço, e deve ser viável obter os dados necessários através de serviços de rotina ou de coleta de dados facilmente executáveis. Os indicadores devem ser simples e inteligíveis e, tanto o indicador quanto os processos de coleta e processamento dos dados devem atender a todos os critérios éticos (KLÜCK *et al.*, 2008, p. 99-100).

Segundo o Relatório da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (2008), um indicador depende das propriedades dos componentes utilizados em sua formulação, por exemplo: frequência de casos, tamanho da população em risco etc. Da precisão dos sistemas de informação empregados, isto é: registro, coleta, transmissão dos dados, etc. E ainda, são apontadas, além das características já mencionadas, outras consideradas importantes para um indicador, que são:

- a) Especificidade: medir somente o fenômeno analisado;
- b) Mensurabilidade: basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir;
- c) Relevância: responder a prioridades de saúde;

- d) Custo-Efetividade: os resultados devem justificar o investimento de tempo e recursos (REDE, 2008, p. 13).

Bittar (2008) denomina atributos necessários para os itens que outros autores estudados denominaram como características ou requisitos dos indicadores, que são:

- a) Validade – o grau no qual o indicador cumpre o propósito de identificação de situações nas quais a qualidade dos cuidados deve ser melhorada;
- b) Sensibilidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar todos os casos de cuidados nos quais existem problemas;
- c) Especificidade – o grau no qual o indicador é capaz de identificar somente aqueles casos nos quais existem problemas na qualidade atual dos cuidados;
- d) Simplicidade – quanto mais simples de buscar, calcular e analisar, maiores são as chances e oportunidades de utilização;
- e) Objetividade – todo indicador deve ter um objetivo claro, aumentando a fidedignidade do que se busca;
- f) Baixo custo – indicador cujo valor financeiro é alto inviabiliza sua utilização rotineira, sendo, frequentemente, deixados de lado (BITTAR, 2008, p. 88-89).

A literatura sobre as características dos indicadores enfatiza que, eles devem ser simples, fáceis de serem coletados, precisos, objetivos e claros, pois, o uso dos mesmos deve subsidiar a tomada de decisão dos gestores.

Outro aspecto que deve ser considerado é a qualidade dos dados que formam os indicadores. E deve ser analisada do ponto de vista das seguintes dimensões:

- a) Tempo – a informação deve ser fornecida quando necessária em períodos que compreendem passado, presente e futuro;
- b) Conteúdo – a informação deve estar isenta de erros, ter um alcance amplo ou restrito, ou um foco externo ou interno;
- c) Forma - deve ser fornecida de uma forma detalhada ou resumida, de forma narrativa, numérica ou gráfica, na forma de papel impresso, monitorada por vídeo, disco compacto (CD) ou outras mídias disponíveis (GÓES, 2007, p. 40).

Desta forma, entre as principais características e requisitos dos indicadores, podem-se destacar alguns comuns aos autores estudados, que são: a disponibilidade, a confiabilidade, a validade, o poder discriminatório, a sensibilidade, a abrangência, a simplicidade, isto é, devem ser fáceis de coletar, calcular e analisar. Devem ser representativos e adequados para a realidade social, econômica e cultural. É necessário que sejam produzidos com regularidade, visando à formação de séries temporais, permitindo visualizar as tendências no tempo, nos

dados e nas informações com potencial para comparações. Com isso, é possível, buscar a melhoria contínua e servir de apoio para a tomada de decisão do gestor.

Após identificar as características e os requisitos dos indicadores, faz-se necessário apresentar, baseando-se na literatura estudada, alguns critérios para elaboração, desenvolvimento, seleção, monitoramento e avaliação dos indicadores, aspectos que serão descritos a seguir.

4.3 CRITÉRIOS PARA ELABORAÇÃO, DESENVOLVIMENTO, SELEÇÃO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DE INDICADORES

O processo de concepção, construção e elaboração de indicadores é uma tarefa complexa, pois, deve estar intimamente associada aos objetivos da organização, dos serviços e da assistência e do uso que se fará dos mesmos entre outros.

Segundo Laurenti *et al.* (1987) citados por Malik e Schiesari (2002, p. 70-71), há pré-requisitos a observar quando da construção e seleção de indicadores:

- a) A existência e disponibilidade de dados;
- b) Definições e procedimentos empregados para construir esses indicadores devem ser conhecidos, de modo a possibilitar comparação entre localidades ou organizações diferentes, ou na mesma, em períodos distintos;
- c) Construção fácil, interpretação simples;
- d) Reflexo do maior número possível de fatores que reconhecidamente influem no estado de saúde;
- e) Poder discriminatório, possibilitando comparações.

De acordo com os autores citados acima, o indicador ideal deve revelar o maior número de casos em que existe um problema (no caso) de qualidade e o menor número de casos possível em que haja problema de qualidade. Ou seja, preferencialmente, o indicador deve apresentar alta sensibilidade e alta especificidade. Ex. alta rotatividade de profissionais num determinado serviço de saúde.

O indicador deve permitir, entre outros aspectos, a identificação de problemas de qualidade relevantes para os tomadores de decisão e/ou para os envolvidos na situação em estudo. Exemplo: elevado número de atestados de óbito por causa mal definida, refletindo a situação real da assistência prestada e da administração da instituição.

Outro aspecto a ser observado, é a participação de especialistas reconhecidos e considerados legítimos, ou seja, a apreciação técnico-científica na seleção de indicadores, em

cada uma das áreas abordadas. Tal ação oferece maior credibilidade e pode facilitar o aceite dos mesmos pela equipe que vai utilizá-los.

Entre os autores estudados, identifica-se a proposta de Moraes (1994) citado por Elias; Souza (2006, p. 220), onde o autor indica que, na concepção dos indicadores, devem ser respondidas cinco questões básicas, que são: Por que registrar a informação? Para que será utilizada? Quem a utilizará? Como será empregada? Por quanto tempo será útil? (ELIAS; SOUZA, 2006, p. 220).

No estudo realizado por Souza (2011), sobre as práticas gerenciais no Hospital de Clínicas de Santa Maria, ele identificou que a instituição possui somente dados isolados. Ele sugere a criação de uma matriz de indicadores com base nos dados dos processos mais críticos, possibilitando assim, a gestão dos resultados destes.

A definição e a escolha de indicadores devem basear-se em consenso, garantindo assim, um mínimo de uniformidade. Assim como, o consenso entre os profissionais envolvidos. Devem também fundamentar-se em boas práticas, por exemplo, a medicina baseada em evidências, que é o uso consciente, explícito e judicioso da melhor evidência atual na tomada de decisões relativas ao tratamento de cada paciente; e a metanálise que é a revisão sistemática que usa métodos quantitativos para resumir resultados (SACKETT *et al.*, 2003, p. 257).

Além dos critérios já apontados, anteriormente, devem ser agregadas características específicas de serviços de informação, algumas, inclusive próprias, da organização a que esses serviços estão vinculados, as quais permitirão definir um conjunto apropriado de indicadores, adequados à mensuração e à avaliação que se deseja realizar (ROZADOS, 2005, p. 65-66).

Rozados (2005, p. 63), assim como outros autores já citados, afirmam que para poder eger indicadores deve-se ter uma concepção precisa das organizações e sistemas a serem gerenciados, fato este que pode apresentar diferentes níveis de facilidade ou complexidade, ou seja, é necessário ter um diagnóstico preciso da organização. A seleção de diferentes tipos de indicadores deve estar adequada à organização, aos objetivos, metas e missão, permitindo medir diferentes tipos de atividade ou atingir objetivos diversos.

Escrivão Jr. (2007, p. 657), considera que a seleção do conjunto de indicadores, bem como, o seu nível de desagregação, deve levar em consideração a disponibilidade de sistemas de informação, das fontes de dados e dos recursos alocados para essa atividade. O autor acrescenta outros fatores importantes na seleção de indicadores, que são: as necessidades específicas e prioridades de cada instituição. Diante destes aspectos, ele considera uma tarefa complexa selecionar qual informação é necessária ao gestor dos serviços de saúde, assim como avaliar a real contribuição das informações para tomada de decisão adequada, uma vez que uma organização é formada por indivíduos, grupos ou entidades (*stakeholders*) que tem interesses ou que influenciam de maneira distinta a tomada de decisão.

O mesmo autor realizou um estudo sobre o uso da informação para a tomada de decisão, analisando alguns aspectos relativos aos sistemas de informação existentes, segundo a visão dos diretores e dos responsáveis pela área de informações, em 21 (vinte e um) hospitais públicos estaduais da Região Metropolitana de São Paulo. O resultado do estudo mostrou que os dirigentes dos hospitais, normalmente, não selecionam os indicadores de acordo com as estratégias da instituição. Os indicadores selecionados são os já consagrados pelo seu uso, ou ainda, de acordo com o que é estipulado pela Secretaria de Saúde. Não existindo a preocupação em customizar a seleção para atender as necessidades do gestor hospitalar em consonância com o alinhamento estratégico da instituição. O estudo apontou que, alguns poucos diretores afirmaram selecionar os indicadores baseando-se na literatura científica e/ou com base em discussões internas e experiências anteriores (ESCRIVÃO JR., 2007, p. 661-664).

KLIGERMAN *et al.* (2007, p. 200-201) realizaram uma revisão teórica sobre os aspectos conceituais e metodológicos da construção de um sistema de indicadores, visando a gestão integrada em saúde e ambiente nas instituições de pesquisa, ensino e prestação de serviços em saúde, articulando também a biossegurança. Como resultado do estudo, os autores recomendam alguns critérios que devem ser considerados na seleção de indicadores, que também são aplicáveis aos indicadores de saúde ambiental:

- a) Existência de dados base;
- b) Possibilidade de intercalibração;
- c) Número total de indicadores selecionados;
- d) Tipo de informação transmitida, nomeadamente a natureza da informação (ex. social, física, química ou biológica), os processos funcionais que lhe estão associados no sistema e que tipo de público pode receber essa informação;
- e) Possibilidade de comparação com critérios legais ou outros padrões/metapas existentes;
- f) Custo de implementação; e
- g) Possibilidade de ser rapidamente atualizado.

Os mesmos autores descrevem ainda, como se dá o processo de elaboração das informações, realizado de acordo com as diferentes etapas do processo de tomada de decisão, aliado a uma metodologia de seleção de indicadores determinada pelo modelo conceitual adotado. Eles exemplificam o processo fazendo referência a uma pirâmide. Na base da pirâmide estão os dados brutos que serão analisados e interpretados pelos pesquisadores nos programas de gerenciamento específico e de pesquisa. A seguir, serão transformados em dados analisados a fim de subsidiar os políticos e gestores na tomada de decisões estratégicas e operacionais e, por fim, sintetizados em indicadores, facilitando o processo de socialização das informações. Acontecendo uma redução crescente dos dados.

Segundo Escrivão Jr. (2007, p. 657) o desenvolvimento e aplicação de indicadores devem estar fundamentados em três questões básicas, que são:

- 1) Qual a perspectiva que o indicador pretende refletir?
- 2) Quais aspectos do cuidado em saúde serão mensurados/avaliados?
- 3) Quais são as evidências científicas disponíveis.

O estudo realizado por Góes (2007, p.79) para o desenvolvimento de um sistema de informação gerencial para o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto iniciou-se, a partir dos sistemas já existentes. Primeiramente, foram detalhados os indicadores incluindo as seguintes características: nome do indicador, forma de cálculo, o que ele mede etc. Em seguida, identificaram-se as necessidades de informação que, naquele momento, justificaria a construção do sistema. As necessidades de informações que realmente legitimavam a sua implementação foram pormenorizadas e classificadas como indicadores que por sua vez foram agrupadas em: Atenção a Saúde, Ensino e Pesquisa, Gestão Hospitalar e Comunicação e Humanização.

De acordo com Bittar (2008, p. 89) para a elaboração de indicadores deve-se conhecer o(s) cliente(s) a quem se destinam, e pode ser tanto cliente interno como externo; quais as necessidades, por exemplo: qualidade intrínseca, custo, atendimento, moral, segurança e outras. A partir dessas informações, é possível montar os indicadores obedecendo a uma sequência lógica de acordo com os seguintes atributos:

- a) Nome do indicador (ou item de controle);
- b) Fórmula (maneira de expressão, dependendo do tipo);
- c) Tipo (taxa, coeficiente, índice, percentual, número absoluto, fato);
- d) Fonte de informação (local de onde será extraída a informação);
- e) Método (retrospectivo, prospectivo, transversal);
- f) Amostra;
- g) Responsável (pela elaboração);
- h) Frequência (número de vezes que será medido em determinado período);
- i) Objetivo/meta (motivo, valor, tempo, prazo do item que se quer medir).

Pereira, Galvão e Chanes (2005) citados por Souza (2011, p. 44) declaram que o uso da tecnologia da informação por gestores de saúde tem se tornado cada vez mais importante. Tornando estratégico para a gestão administrativa. Este instrumento serve como fonte de informação sobre os indicadores do hospital, fornecendo dados importantes sobre a instituição e apoiando o processo decisório.

Os autores, Elias e Souza (2006, p. 220) acrescentam ao processo de concepção, a necessidade de monitoramento de indicadores. Enfatizando que os indicadores devem estar de acordo com as diretrizes, os interesses e as necessidades dos atores institucionais. Diante disso, eles destacam que o referido processo assume caráter político.

Barros (2008, p.18-19) afirma que, em uma organização hospitalar faz-se necessário a avaliação constante dos indicadores, pois, além de serem instituições complexas, normalmente, devido à demanda da população, há uma constante ampliação dos serviços, sendo necessário a criação de indicadores para programas, serviços e situações específicas. No entanto, justamente pela complexidade de tais organizações, a seleção do conjunto de indicadores pode variar de acordo com a disponibilidade dos sistemas de informação, fonte de dados, recursos, prioridades e necessidades de cada instituição.

Com relação ao monitoramento dos indicadores, é necessário se inteirar sobre os processos que se quer acompanhar, os objetivos e resultados que se pretende alcançar e, sobretudo, atingir um patamar mínimo de familiaridade com as práticas e ferramentas de gerenciamento para num momento posterior, realizar o acompanhamento do trabalho iniciado por indicadores (BITTAR, 2008, p. 89).

Quanto ao acompanhamento dos indicadores nas organizações hospitalares, verificou-se que o Hospital de Clínicas de Porto Alegre possui um grupo multidisciplinar que tem a atribuição de definir, implantar e acompanhar o desempenho dos indicadores da instituição, com o objetivo de subsidiar a gestão hospitalar (KLUCK *et al.*, 2008, p. 100-101; ROTTA, 2004, p. 107).

O monitoramento de indicadores, de acordo com a literatura estudada, deve ser feito após o levantamento de problemas e, durante a implementação de possíveis soluções. Por exemplo, para monitorar a taxa de infecção hospitalar, é necessário, primeiramente, a existência de um serviço de controle de infecção hospitalar. A implantação das atividades de um serviço funciona como um fator fundamental e básico para o uso de indicadores. E estes, funcionam como uma das estratégias para garantir a continuidade e o desenvolvimento do serviço.

Entretanto, de acordo com Góes (2007, p. 38-39), o uso de indicadores por si só não é suficiente. É preciso estabelecer critérios de avaliação para os mesmos, por exemplo, a média de permanência é um indicador, porém qual é o critério (número) aceitável para a nossa realidade ou a realidade de um hospital público e de ensino? O uso de indicadores muito genéricos aumenta o risco de elaborar apreciações genéricas da situação analisada.

Verifica-se, que não é suficiente ter o indicador, é necessário também, definir um intervalo regular para o seu monitoramento. Alguns indicadores referem-se a eventos comuns ou corriqueiros e outros, a eventos indesejáveis, que nunca deveriam ter ocorrido, que são os eventos denominados sentinela, por exemplo, casos de hepatite A repetidas vezes num mesmo bairro, queda de leito etc.

Escrivão Jr. (2007, p. 656), pesquisador na área de Administração hospitalar, informa que os pesquisadores e profissionais da área, em seus relatos, confirmam a complexidade envolvida na tarefa de eleger os sistemas de avaliação e indicadores de desempenho institucional adequados para apoiar a gestão dos hospitais. O autor enfatiza, a necessidade de desenvolver estudos sobre as características e os fatores determinantes do uso destes instrumentos pelos administradores.

As organizações hospitalares, a exemplo de outras organizações, frequentemente, elaboram o planejamento estratégico para a execução dos seus planos de ação. Então, para assegurar a adequada implementação, das estratégias e planos previstos, é necessária a criação de mecanismos de mensuração dos resultados através de indicadores.

O monitoramento de indicadores possibilita a melhoria no controle da execução do plano de ação e, portanto, funciona como um suporte ao controle gerencial, garantindo o desdobramento, a realização e a atualização das estratégias da organização (SOUZA, 2011, p. 63).

Diante disso, o autor sugere a criação de indicadores que possam medir e avaliar o desempenho dos diversos processos, servindo de suporte não só para o nível estratégico da instituição como também para o nível tático e operacional (SOUZA, 2011, p. 75).

De acordo com Tejero González *et al.* (2011), a gestão de saúde baseada em evidências deve monitorar e utilizar a melhor evidência disponível no planejamento da gestão das organizações de saúde. O monitoramento é uma medida sistemática e planejada dos indicadores de qualidade, com a finalidade de identificar a existência de situações problemáticas que devem ser avaliadas e, se necessário, realizar alguma intervenção.

Chuang *et al.* (2013) realizaram um estudo para determinar o uso e a utilidade percebida de relatórios de indicadores clínicos de avaliadores de acreditação dos hospitais, e o potencial para estabelecer o relacionamento de controle entre acreditação e sistemas de relatórios. O relacionamento de controle refere-se a diretivas instrucionais, advindas de métodos adequadamente delineados e esforços para utilização de indicadores clínicos, os quais fornecem um resultado melhor, dirigido, moderado e balanceado para os sistemas conectados. A pesquisa foi realizada com setenta e três avaliadores dos Programas de indicadores clínicos e de acreditação do Conselho Australiano sobre Padrões do Cuidado de Saúde (ACHS). Eles obtiveram como resultado que 50% dos participantes da pesquisa utilizavam os relatórios sempre e a maior parte do tempo. Cinco mensagens-chave foram reveladas: (i) uso do relatório estava relacionado à disponibilidade antes da investigação; (ii) uso do relatório estava associado ao uso de relatórios não-ACHS; (iii) a utilidade percebida de um conjunto de indicadores clínicos estava associada ao volume de relatórios pelos hospitais; (iv) mensurações mais simples e sumários visuais nos relatórios foram classificados como os mais úteis; (v) relatórios foram considerados adequados pelos objetivos de qualidade e segurança dos grupos-chave das partes interessadas (executivos seniores e funcionários administrativos, clínicos, gerentes de qualidade e avaliadores dos hospitais). Os autores concluem que estabelecer o relacionamento de controle entre a mensuração de qualidade e sistemas de acreditação é uma expectativa promissora; que os processos redelineados para

assegurar relatórios disponíveis em pacotes de pré-avaliação e formação melhorada de pesquisadores e hospitais sobre a melhor utilização dos relatórios vão embasar o relacionamento; e que estudos adicionais sobre o modelo de acreditação baseado na teoria dos sistemas e sistema de relatórios vão garantir o estabelecimento do relacionamento de controle, construindo relacionamentos integrados de sistemas com resultados sustentados e melhorados. Portanto, superar a tendência para pesquisa fragmentada é crucial na melhoria do impacto sobre a segurança e qualidade do cuidado do paciente no sistema de mensuração da qualidade e acreditação hospitalar.

Resumindo, verifica-se que para a elaboração e seleção de indicadores, em primeiro lugar, é necessário considerar os objetivos institucionais, as características dos serviços, da assistência e do uso que se fará dos mesmos. Deve-se observar a existência e disponibilidade de dados e recursos alocados para esta atividade; definir com clareza e simplicidade os procedimentos empregados para construir e interpretar os indicadores. Tanto a definição quanto a escolha dos indicadores devem basear-se em consenso entre os profissionais envolvidos. Destaca-se também, a necessidade de avaliação e monitoramento dos indicadores, tanto do ponto de vista da qualidade do indicador, isto é, o quanto ele está realmente mostrando a realidade da organização, quanto do ponto de vista do avanço da tecnologia. Pois, ela permite a ampliação e a criação de novos serviços, justamente, para que as organizações hospitalares atendam as demandas e necessidades da população. Além disso, os autores estudados apontam o resultado do monitoramento de indicadores como recurso para subsidiar a adequação de procedimentos clínicos, de métodos operacionais e a melhoria de instrumentos de avaliação e gestão. Abordam também, a possibilidade de uso e a utilidade de relatórios de indicadores elaborados por avaliadores de processos de mensuração da qualidade e de acreditação hospitalar, cujos objetivos principais são a segurança e a qualidade do cuidado do paciente.

4.4 CLASSIFICAÇÃO, FORMA DE REPRESENTAÇÃO, TIPOS E EXEMPLOS DE INDICADORES

Entre os autores estudados, não existe um consenso sobre a classificação dos indicadores, uma vez que, uma das principais recomendações é adequá-los de acordo com o interesse da instituição.

No entanto, Tironi (1991) citado por Rotta (2004, p. 26-27), classifica os indicadores em setoriais e corporativos. Considera como indicadores setoriais aqueles relacionados ao desempenho de grandes segmentos econômicos e de atividades que se prestam a subsidiar o planejamento governamental e seus interlocutores na sociedade civil, como as entidades de classe empresarial e os sindicatos de trabalhadores. Na área da saúde, pode-se, por exemplo, considerar a “taxa de mortalidade infantil” no Brasil ou a “taxa de mortalidade materna no Brasil” como indicadores setoriais do segmento saúde, que estariam abalizando as ações governamentais em nível nacional.

O mesmo autor define os indicadores corporativos como aqueles que se prestam à gestão de organizações públicas ou privadas com vistas à obtenção dos melhores resultados e do melhor desempenho. Esses indicadores corporativos apresentam vários níveis de agregação, partindo de um nível mais desagregado, onde são produzidos os dados básicos ou itens de controle, a partir dos quais serão elaborados indicadores que serão obtidos pela composição de itens de controle ou de indicadores mais agregados. Os indicadores corporativos devem refletir as prioridades estratégicas de uma organização, as quais diferem de um setor econômico para o outro, devem ainda refletir o relacionamento da empresa com seus empregados, o desempenho operacional, a satisfação do cliente, o relacionamento com fornecedores e a busca da inovação tecnológica. Esses aspectos são considerados como áreas estratégicas para a empresa na elaboração dos indicadores corporativos (ROTTA, 2004, p. 26-27).

Indicadores na área de saúde podem também ser chamados de indicadores de desempenho, não sendo entendidos como medidas diretas da qualidade, como sinalizadores, “*flags to alert users to possible opportunities for improvement in processes and outcomes*”⁵. Ou seja, eles estão, frequentemente, associados à qualidade dos resultados dos serviços de saúde. A mensuração do desempenho através dos indicadores está relacionada aos aspectos do cuidado em saúde que os tomadores de decisão planejam monitorar (ESCRIVÃO JR., 2007, p. 656).

Na abordagem de indicadores, enquanto ferramenta para avaliação na área da saúde, esses podem ser classificados em três grandes grupos. Os indicadores de estrutura, divididos em avaliação tecnológica e da capacidade instalada; os indicadores de processo, em processos administrativo e assistencial e; por último, os indicadores de resultados, que são os que avaliam a satisfação dos usuários, entendidos como os pacientes, famílias, médicos, fontes pagadoras, reguladores, empregados, supervisores, fornecedores e contratantes (MALIK; SCHIESARI, 2002, p. 75-79).

Indicadores úteis para a gestão de hospitais, bem como, de serviços de saúde podem ser classificados segundo a área ou a função em que serão utilizados da seguinte forma:

- a) Segundo áreas da gestão: indicadores de planejamento, programação, gestão administrativa, financeira, clínica, vigilância e monitoramento e avaliação;
- b) Segundo áreas temáticas: indicadores de população e condicionantes socioeconômicos, de contexto, de sistemas e serviços, de organização, indicadores de recursos, de atividades e de uso;
- c) Segundo aspectos do processo produtivo: indicadores de estrutura, incluindo organização e tecnologia, de processo (intermediários de apoio e finais) e de resultados, tanto aqueles imediatos (*output*) quanto finais (*outcome*);

⁵ Em tradução literal - “bandeiras que alertam os usuários sobre possíveis oportunidades de melhoria de processos e resultados”.

- d) Segundo aspectos relacionados com o uso de serviços por parte da população: indicadores de saúde, necessidade de atenção à saúde, demanda, acesso (efetivo) ou uso de serviços e distribuição do recurso e uso (desigualdade);
- e) Segundo aspectos relacionados com a qualidade global dos serviços: indicadores de eficiência, efetividade, equidade, humanização e ética da atenção. Também é importante considerar a sustentabilidade (OPAS, 2004, p.331).

Dois grandes segmentos de indicadores para a gestão estratégica são colocados por Rotta (2004, p. 27), conforme abaixo:

- a) Indicadores do meio externo: formados pelas informações demográficas, geográficas, políticas, legais, econômicas, tecnológicas, culturais, educacionais, condições de saúde, instituições de saúde, psicossociais e mercado.
- b) Indicadores do meio interno: estrutura, processo e resultado tais como: capacidade planejada, capacidade operacional, número de consultórios, número de salas cirúrgicas, número de atendimentos, taxa de ocupação, número de pacientes por dia, média de permanência, índice de renovação dos leitos, número de funcionários por leito, margem líquida, além de vários outros que são setoriais e específicos para determinadas áreas ou para determinado tipo de hospital.

De forma similar, Bittar (2008, p. 90-91), classifica os indicadores em: indicadores de informações do meio externo e os indicadores de informações do meio interno, ou seja, informações produzidas nas organizações de saúde. Indicadores de informações de meio externo abrangem os aspectos demográfico, geográfico, econômico, político, sociocultural, educacional, psicossocial, legal, tecnológico, a existência ou não de outras instituições de saúde e epidemiológicas. A recomendação do autor é que a análise dos indicadores de saúde da comunidade deva estar associada a outras informações para que se possa formar um panorama das reais condições de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento e reabilitação das pessoas que compõem determinada comunidade ou, ainda, conhecer os fatores e/ou influências que formam o perfil epidemiológico da mesma.

Segundo o autor, mencionado anteriormente, os indicadores sobre as informações do meio interno, das instituições de saúde, são aqueles caracterizados pelos recursos componentes da estrutura organizacional, por exemplo: recursos humanos, materiais: permanente e de consumo, financeiros, de informações, empregados em serviços terceirizados e, de utilidade pública. Distribuídos em áreas e subáreas, de infraestrutura, ambulatório/emergência, complementar de diagnóstico, terapêutica e, internação clínico-cirúrgica.

Tanto Rotta (2004) quanto Bittar (2008) apresentam o uso de informações do meio interno e externo como subsídios para a elaboração dos indicadores. Destacando a importância de monitorar as informações socioeducacional e o perfil epidemiológico da comunidade envolvida.

Tais informações possibilitam a formação de uma série de indicadores importantes e significativos para a administração das instituições de saúde, por exemplo, capacidade planejada (leitos), capacidade operacional (leitos), capacidade ociosa, número de consultórios entre outros.

Os indicadores da parte estrutural das unidades de saúde desempenham um papel importante, principalmente quando as organizações utilizam marcadores balanceados, alguns deles podem ser utilizados na avaliação da perspectiva interna dos negócios. E, permitem a avaliação das mesmas como um todo, propiciando, ainda, uma visão global da sua participação no mercado. A utilização dos mesmos se aplica à perspectiva dos acionistas, governo, comunidades, quando se utiliza o marcador balanceado, ou indicadores balanceados de desempenho (BSC), ou mesmo o *benchmarking* para comparação com outras unidades ou programas e serviços de saúde entre regiões (BITTAR, 2008, p. 91).

O método *Balanced Scorecard* (BSC), metodologia de gestão de desempenho, é uma ferramenta de desdobramento de metas que tem como pré-requisito a existência de um sistema de indicadores para apoiá-lo (NUTINI, 2015, p. 132). Seu objetivo principal é alcançar um alinhamento entre o planejamento estratégico da organização e as atividades que exerce. Objetivos e medidas são organizados por meio de indicadores (KAPLAN; NORTON, 1993).

Os indicadores podem ser representados na forma quantitativa ou qualitativa que deve acompanhar e avaliar um objeto, evento ou fenômeno.

Um indicador pode ser uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato. Bittar (2008, p. 88) define estes como:

- a) Taxa/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. Por exemplo, para mortalidade geral a base é 1.000, para indicadores específicos de mortalidade é 1.000.000, bem como para outras situações pode ser 100, como para infecção hospitalar e letalidade;
- b) Índice é a relação entre dois números ou a razão entre determinados valores, tendo como exemplo o índice de giro ou de rotatividade dos leitos e camas;
- c) Números absolutos 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;
- d) Fatos, por sua vez, demonstram a ocorrência de um resultado benéfico ou não, como por exemplo, um sangramento inesperado, uma reação alérgica, uma não conformidade ou outro resultado qualquer adverso ou não;

Na gestão da qualidade total, indicadores também são chamados de itens de controle. Além de serem utilizados nos programas de qualidade, são importantes na condução de outros processos como os de Acreditação Hospitalar, Seis Sigma e nas Certificações pela ISO 9000.

Os indicadores podem ser apresentados baseando-se em informações quantitativas e qualitativas. As informações quantitativas da realidade são transformadas em números. E as informações qualitativas representam as práticas dos sujeitos envolvidos, cuja apresentação pode ser na forma de texto.

Segundo Bittar (2008, p. 88), conforme mencionado anteriormente, os indicadores medem aspectos qualitativos e/ou quantitativos relativos ao meio ambiente, à estrutura, aos processos, resultados, e ainda os eventos sentinela, detalhados a seguir.

Os indicadores de **estrutura** são definidos por Donabedian (1994), citados por Bittar (2008), como a parte física de uma instituição, os seus funcionários, instrumentais, equipamentos, móveis, aspectos relativos à organização, entre outros.

Nos indicadores de **processos**, estão os relacionados com as atividades de cuidados realizadas para um paciente, frequentemente ligadas a um resultado, assim como atividades ligadas à infraestrutura para prover meios para atividades fins, por exemplo, ambulatório/emergência, serviços complementares de diagnóstico e terapêutica, internação clínico/cirúrgicas, para atingirem suas metas. São técnicas operacionais.

Os indicadores de **resultados** são demonstrações dos efeitos consequentes da combinação de fatores do meio ambiente, estrutura e processos acontecidos ao paciente depois que algo é feito, ou não, a ele, ou efeitos de operações técnicas e administrativas entre as áreas e subáreas de uma instituição.

E por fim, os indicadores para **eventos sentinela**, que servem como instrumento que mede o quanto é sério, indesejável, e frequentemente se pode ser evitável um resultado nos cuidados prestados ao paciente. Devido à peculiaridade das ocorrências é necessária a revisão de casos individuais dirigida para cada ocorrência.

O Sistema de Indicadores Padronizados para Gestão Hospitalar (SIPAGEH) existe desde 1998, por iniciativa de um pequeno grupo de hospitais do Rio Grande do Sul e propõe a avaliação interinstitucional utilizando indicadores hospitalares. Atualmente, ele é coordenado pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

O programa tem como objetivo estimular e capacitar os hospitais para utilização dos indicadores padronizados como ferramenta gerencial e criar referenciais adequados, visando execução de análises comparativas e estabelecimento de padrões.

Coleta mensalmente 17 indicadores padronizados de 160 hospitais de vários Estados do Sul e Sudeste. Os indicadores estão divididos em quatro áreas: indicadores relacionados aos clientes; indicadores com foco nos recursos humanos; indicadores relacionados à assistência; indicadores relacionados ao desempenho (PORTAL SIPAGEH, 2006).

Verifica-se, na literatura estudada, o enfoque nos indicadores clínicos e, iniciativas sobre indicadores gerenciais. Estes ligados, quase sempre, aos modelos de avaliação externa da qualidade, empregados nas empresas privadas e, atualmente, na administração pública, tanto no Brasil quanto no exterior.

De acordo com Malik, Schiesari (2002, p. 68-69, 90-91), a *International Society for Quality in Healthcare* (ISQUA), estabelece seis conjuntos de indicadores, totalizando 96 indicadores clínicos. Os indicadores são utilizados através do Projeto Nacional de Indicadores da Dinamarca, que avalia as doenças mais relevantes para a realidade de saúde do País, procedendo à comparação local, regional e nacional entre diferentes serviços.

O Ministério da Saúde do Brasil oferece à população os serviços e programas de planejamento familiar. O principal objetivo do programa é auxiliar os clientes a atingir suas metas em termos de reprodução. Para monitorar o grau de sucesso do programa e a qualidade da assistência foram sugeridos indicadores para que sejam verificados pelo supervisor de programa. Os indicadores pretendem mensurar a qualidade da assistência e o desempenho do programa de planejamento familiar, e seriam: os de assistência, de estrutura, de processo e os de resultados.

A Organização das Nações Unidas (ONU) sentiu a necessidade de definir e avaliar o nível de uma população. Para isso, em 1952, convocou um grupo de trabalho com o propósito de estudar métodos adequados para este fim. O grupo entendeu não ser possível utilizar um único índice que traduza o nível de vida de uma população; era preciso empregar abordagem pluralista. Para tanto, foi preciso considerar vários componentes passíveis de quantificação. Os componentes sugeridos foram: saúde, incluindo condições demográficas; alimentação e nutrição; educação, incluindo alfabetização e ensino técnico; condições de trabalho; situação em matéria de emprego; consumo e economia geral; transporte; moradia, com inclusão de saneamento e instalações domésticas; vestuário; recreação; segurança social e liberdade humana. Da mesma forma, a definição de saúde da Constituição Brasileira de 1988 também transcende a área estrita da saúde.

A Organização Mundial da Saúde divide os (macro) indicadores em três grupos:

- a) Aqueles que tentam traduzir a saúde ou sua falta para um grupo populacional. Exemplos: razão de mortalidade proporcional, coeficiente geral de mortalidade, expectativa de vida ao nascer, coeficiente de mortalidade infantil, coeficiente de mortalidade por doenças transmissíveis;
- b) Aqueles que se referem às condições do meio e que têm influência sobre a saúde. Exemplo: saneamento básico;
- c) Aqueles que procuram medir os recursos materiais e humanos relacionados às atividades de saúde. Exemplos: número de unidades básicas de saúde, número de profissionais de saúde, número de leitos hospitalares e número de consultas em relação à determinada população (LAURENTI *et al.*, 1987 citados por MALIK; SCHIESARI, 2002, p. 68).

As autoras apontam que na literatura verifica-se que a utilização de indicadores de saúde permite o estabelecimento de padrões, bem como o acompanhamento de sua evolução ao longo dos anos. Embora o uso de um único indicador isoladamente não possibilite o

conhecimento da complexidade da realidade social, a associação de vários deles e, ainda, a comparação entre diferentes indicadores de distintas localidades facilita sua compreensão.

Bittar (2004, p. 16-18; 2008, p. 91-92) destaca a importância das informações para a administração de qualquer empresa, principalmente, quando transformadas em indicadores que se prestam a medir a produção de programas e serviços de saúde bem como estabelecer metas a serem alcançadas para o bem-estar da população. A classificação dos indicadores proposta, pelo autor, é a seguinte: Indicadores externos ou do meio ambiente; Recursos componentes da estrutura; Indicadores de estrutura; Indicadores de produção; Indicadores de produtividade; Indicadores econômico-financeiros; Indicadores de economia da saúde; Indicadores hospitalares de qualidade; Indicadores de imagem; Indicadores de recursos humanos; Indicadores de ensino; Indicadores de pesquisa; Indicadores de produção industrial; Indicadores de atendimento extra-hospitalar: assistência domiciliar; Indicadores de atendimento extra-hospitalar: ambulatório/emergência; Indicadores diversos; Possibilidades de criação em avaliação tecnológica; Eventos-sentinela; Avaliação da biblioteca.

Apresentam-se, a seguir, os exemplos de indicadores classificando-os nas dimensões de estrutura, processo, resultados e os indicadores aplicados ao ensino superior:

a) Indicadores de estrutura:

Os indicadores de estrutura dizem respeito à capacidade planejada e operacional do hospital, incluindo toda a infraestrutura necessária para a realização da assistência ao paciente.

De acordo com Malik e Schiesari (2002, p. 72-75) é incluída neste rol de indicadores, a avaliação tecnológica em saúde. Essa avaliação é importante justamente para racionalizar o seu uso tendo em vista os crescentes custos e, os recursos cada vez mais escassos. Para as autoras, é preciso, assim, combinar os objetivos, os recursos econômicos disponíveis e as necessidades.

Para as autoras, na avaliação de tecnologia devem-se considerar as consequências das tecnologias, as crescentes necessidades de cuidados de saúde e as rápidas transformações tecnológicas. É necessário ainda, verificar os efeitos da introdução de determinada tecnologia, de sua extensão ou modificação, enfatizando, sobretudo, os impactos esperados e os inesperados, indiretos ou prolongados. Esta avaliação poderá ser realizada pelos tomadores de decisão, em diferentes níveis, envolvidos direta ou indiretamente na área da saúde, através de ações coordenadas e integradas.

Dentre as tecnologias a serem avaliadas podem-se destacar, os medicamentos, os equipamentos e correlatos, os procedimentos médico - cirúrgicos e o sistema organizacional e de apoio entre outras. Assim, podem ser tecnologias incorporadas em produtos e também as não incorporadas, como por exemplo, o conhecimento, nos procedimentos. O resultado da análise do processo de avaliação pode subsidiar com informações os formuladores de políticas, as indústrias de desenvolvimento de produtos, os profissionais de saúde e os próprios consumidores.

Rivard *et al.* (2010) realizaram um estudo para testar a associação entre as características estruturais hospitalares: *status* de ensino, número de leitos, equipe de enfermagem e eventos adversos potencialmente preveníveis. Os autores calcularam 14 indicadores propostos pela Agência para Pesquisa e Qualidade do Cuidado à Saúde e Segurança do Paciente (PSIs), utilizando os dados de alta hospitalar de hospitais militares e não federais. O estudo comparou a probabilidade de eventos adversos em hospitais, controlando as características estruturais e outras, inclusive um *mix* de casos de pacientes. Controles adicionais foram empregados para explicar diferenças dos dados sobre os pacientes dos hospitais militares *versus* não federais. O estudo encontrou algumas associações, mais notadamente, uma associação positiva (desfavorável) entre *status* como um importante hospital de ensino e seis PSIs. Contudo, para a maior parte dos PSIs, os autores não encontraram nenhuma associação entre as características estruturais testadas e probabilidade de eventos adversos de PSI. As descobertas do estudo confirmam resultados de pesquisas anteriores pois, demonstram uma falta de relacionamento consistente entre características estruturais e segurança do paciente. Os resultados também sugerem contínua necessidade de examinar o relacionamento entre *status* de ensino dos hospitais e eventos adversos potencialmente preveníveis. Portanto, a validade de indicadores, tais como os PSIs, necessita contínua testagem e desenvolvimento. Segundo os autores, a validação dos PSIs está em curso. Estudos como este fornecem peças potencialmente úteis do enigma, uma vez que o conhecimento se acumula sobre o significado e utilidade dos PSIs.

Conforme mostra a literatura estudada, este tipo de procedimento é utilizado por países desenvolvidos, enfatizando diversos aspectos, por exemplo, a segurança, a eficácia do emprego da tecnologia e os critérios da boa prática médica entre outros.

b) Indicadores de processo:

Os indicadores de processo incluem os processos administrativos e os assistenciais.

Para os processos administrativos, é necessário inicialmente fazer um estudo da racionalidade dos mesmos. Considerando-se a maneira mais adequada de se fazer algo, por exemplo, estudar o fluxo do paciente desde a recepção em um serviço de saúde até o momento de sua alta. A partir daí, estabelece-se as normas a serem seguidas para a realização de todos os processos executados nesse período de atendimento. As normas podem ser estabelecidas também para a gestão de pessoas, de materiais, da contabilidade, dos custos, dos procedimentos com fornecedores e outros (MALIK; SCHIESARI, 2002, p. 78-79).

Na literatura estudada, a recomendação para que essas normas sejam continuamente seguidas é através da participação nos programas de acreditação. Neste sentido, busca-se a certificação no seguimento dessas normas previamente estabelecidas, por exemplo, a certificação pela *International Standart Organization* (ISO), pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) ou outro programa de acreditação. Assim, o serviço estabelece suas próprias normas para o desenvolvimento de um determinado processo e a entidade de acreditação verifica se o seguimento está de acordo com o padrão estabelecido.

Com relação ao processo assistencial podem ser utilizados desde os indicadores genéricos que envolvem a assistência como um todo, até indicadores específicos relacionados a determinadas doenças. Incluindo os eventos adversos ou eventos sentinela relacionados à assistência que devem ser monitorados, por exemplo: erros de medicação, queda de leito, fuga de paciente entre outros.

Verifica-se a importância e a necessidade de estabelecer previamente os padrões a serem seguidos, para então, definir indicadores relacionados a estes padrões. Os padrões podem ser construídos através de consensos clínicos que dão origem aos protocolos clínicos. E em seguida, defini-se o que será medido em cada um deles. Por exemplo, pacientes tratados seguindo diretrizes clínicas pré-estabelecidas; pacientes submetidos à anestesia que realizaram avaliação pré-anestésica e outros.

c) Indicadores de resultados:

A área da saúde, conforme já descrito anteriormente, apresenta algumas iniciativas do uso de indicadores relacionado à medição e acompanhamento do desempenho e/ou resultado alcançado pela instituição, inclusive, em alguns casos, a comparação entre instituições. Os indicadores de desempenho/resultado buscam medir eficiência e a eficácia de uma organização hospitalar. E podem ser considerados como uma ferramenta para mensurar a satisfação do usuário e a qualidade dos serviços, visando à avaliação e à tomada de decisão.

O resultado da qualidade da assistência está associado com o processo assistencial, tendo em vista que este influencia a saúde do indivíduo.

Na literatura estudada, encontram-se, exemplos, que buscam medir o desempenho de microssistemas de saúde. Pode-se citar o caso britânico, o *National Health Service* que realiza desde 1985, através de um sistema computadorizado, a avaliação de 14 regionais de saúde, trabalhando com 450 indicadores de desempenho. Os indicadores dizem respeito à estrutura do sistema; outros se referem a processo e resultado. A perspectiva é o acúmulo progressivo de uma base de dados que viabiliza uma análise mais significativa do sistema de saúde da Inglaterra (AZEVEDO, 1991, p. 68).

Outro exemplo de análise de microssistemas de saúde através de indicadores é o estudo de Grosskopf e Valdmanis (1987) citado por Rotta (2004, p.29), realizado em 22 hospitais públicos e 60 privados da Califórnia, tendo como referência as medidas de produção. O objetivo do estudo foi o de comparar a utilização de recursos entre hospitais públicos e privados através dos indicadores.

Identifica-se também, relatos de iniciativas de desenvolvimento de indicadores para áreas específicas da saúde. É o caso do estudo desenvolvido por Montalto *et al.* (1999) que desenvolveram um conjunto de indicadores clínicos e de processo para medição da qualidade de serviços de atendimento domiciliar, oferecidos na Austrália. Os indicadores propostos pelos autores foram incluídos no Programa de Acreditação Hospitalar Australiano (ROTTA, 2004, p. 29-30).

Verifica-se, na literatura estudada, uma tendência em relação à evolução dos indicadores de desempenho profissional para os de desempenho institucional. Pode-se citar como exemplo, o estudo liderado pela Associação de Hospitais do Estado de *Maryland* nos Estados Unidos, que trabalha conjuntamente com um grupo de nove indicadores de desempenho hospitalar. Este estudo foi motivado por pressões federais e de grupos de consumidores, a respeito da qualidade do atendimento oferecido pelos hospitais do Estado (AZEVEDO, 1991, p. 68).

O monitoramento do desempenho dos prestadores de serviços hospitalares deve estar fundamentado na análise comparativa de indicadores de resultados dos cuidados de saúde. O resultado do cuidado está atrelado a três principais aspectos, que são: as características dos pacientes, a adequação do tratamento e os efeitos aleatórios. Segundo Martins *et al.* (2001, p. 186), o resultado do cuidado hospitalar pode sofrer alterações, inicialmente, por diferenças no perfil de pacientes atendidos, na comparação de indicadores de resultados, nos custos ou no consumo de recursos entre prestadores de serviços e requerem a caracterização e mensuração do perfil de casos atendidos (*case mix*) e da gravidade destes. Sendo assim, o uso de medidas de desempenho funciona como um instrumento importante na adoção de estratégias específicas de ajuste de risco, para o controle de variáveis, por exemplo, características do paciente que, independentemente da qualidade do cuidado prestado, afetam o resultado.

A administração hospitalar não tem ainda uma tradição no uso de indicadores. Diante disso, Rotta (2004, p.32-33) afirma que muitas dessas ferramentas podem ser encontradas em soluções criadas para empresas que não são da área da saúde, porém, adaptam-se às necessidades das organizações de saúde.

Conforme já mencionado, Rotta (2004, p. 4) destacou a importância do uso dos indicadores de desempenho através de estudo realizado com diretores, administradores, gerentes e chefias dos hospitais de Ribeirão Preto – SP, Brasil. Os resultados desta pesquisa evidenciam que os dirigentes dos hospitais participantes do estudo estavam voltados para a utilização de indicadores de desempenho na gestão das instituições, ainda, de forma muito incipiente. Na análise comparativa entre os hospitais privados filantrópicos e o público com os hospitais com fins lucrativos verificou-se, que no primeiro grupo, houve uma melhor definição da estrutura organizacional e um trabalho mais prospectivo relacionado aos dados financeiros, com uma gestão mais especializada na área hospitalar quando comparados aos hospitais com fins lucrativos.

Neste estudo Rotta (2004, p. 37, p. 122) verificou que as unidades hospitalares possuíam uma diversidade de variáveis que atuava sobre suas estruturas, seus processos e seus resultados. Porém, observou que a comparação entre elas, do ponto de vista geral, era praticamente impossível, no entanto, seria factível de ser realizada entre os serviços e setores das unidades.

A autora recomendou que os gestores hospitalares participantes da pesquisa, deveriam utilizar os indicadores de desempenho como um dos recursos estratégicos para melhorar o processo administrativo e seus resultados. Porém, para que isso acontecesse, seria necessário

que a administração percebesse os indicadores de desempenho como ferramenta para o planejamento e avaliação dos processos nos hospitais.

No Brasil, verifica-se que a principal base de dados para o estudo das internações hospitalares é o Sistema de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH-SUS), desenvolvido no final da década de 70 e implantado em todo o País entre 1983 e 1984. De acordo com Noronha *et al.* (2004, p. s243-s244) o SIH-SUS pode ser considerado avançado para o momento em que foi criado. No entanto, a falta de revisão do sistema de classificação e de incorporação dos avanços tecnológicos tornou o sistema desatualizado diante de outros que foram desenvolvidos e aprimorados ao longo desse período. Entre outras limitações do sistema, pode-se mencionar, por exemplo, a dificuldade de construção de coeficientes precisos, o que impede a possibilidade de seu uso para a gerência.

Na década de 90, observou-se a possibilidade de um uso mais abrangente do SIH-SUS, o que talvez tenha sido viabilizado pela maior facilidade de acesso ao banco de dados. Porém, na avaliação de Bittencourt *et al.* (2006, p. 24) um dos maiores problemas de confiabilidade dos dados do SIH-SUS estão relacionados, por exemplo, com as informações sobre o diagnóstico da internação. O sistema leva os pesquisadores a classificarem os motivos de internação em capítulos ou em grupos de causa baseados na Classificação Internacional de Doenças (CID), em vez da categoria específica, entre outros.

Em saúde pública a gestão orientada para o bem estar coletivo é fundamental. Para que isto ocorra é importante que os administradores tenham ao alcance da mão, ou seja, ao clique do *mouse*, a disponibilidade de indicadores de desempenho orientados para a avaliação da produção, rendimento, recursos e custos como:

- a) Produção substantiva: saídas, consultas, atendimentos de emergência, imunizações, atendimentos de enfermagem etc.
- b) Produção subsidiária: cirurgias, exames, tratamentos (radioterapia, fisioterapia, transfusões) etc.
- c) Indicadores de eficiência: taxa de ocupação de leitos, média de permanência, consultas por hora médica, hora médica por saída ou paciente dia, hora-recurso por unidade de serviço complementar, gasto médio por categoria de insumo essencial etc.
- d) Recursos humanos e insumos essenciais: categorias de recursos por serviço, composição, distribuição e produtividade.
- e) Custos: por serviço, paciente dia, por unidade de produção, material e medicamentos, composição (GÓES, 2007, p. 43-44).

Para Escrivão Jr. (2007, p. 656-657), não existe consenso na literatura quanto à definição e classificação dos indicadores de qualidade. O autor identifica uma tendência no uso da distinção entre as dimensões estrutura, processo e resultados da qualidade. Mas, para este mesmo autor, os indicadores de resultado referentes à dimensão “satisfação do usuário”

deveriam, refletir as outras dimensões, ou seja, a satisfação poderia ser entendida como uma variável independente, determinada pelas dimensões: acesso, efetividade do cuidado e custo. Por outro lado, a avaliação da efetividade do cuidado requer o emprego de indicadores objetivos, tais como a duração do tratamento, ocorrência de recidivas e efeitos adversos de medicamentos. Portanto, é necessário, construir indicadores para medir, ao mesmo tempo, o atendimento às necessidades do usuário, definidas do ponto de vista técnico, incluindo também as suas preferências.

Diante disso, os indicadores de qualidade são descritos como o termômetro que permite a alta administração e aos acionistas auscultar o diálogo ambiente externo/empresa, particularmente aquele exercido entre as linhas de negócios e seus clientes/consumidores (GIL, 1992, p. 40).

De acordo com Torres e Simões (2009, p. 18) os indicadores de qualidade avaliam dados subjetivos. Devem ser obtidos a partir de questionários ou entrevistas constituídos por quesitos básicos. A análise dos resultados deve possibilitar a identificação de eventuais problemas apontados e, ainda, a adoção de medidas que os solucionem, eliminando com isso, os motivos de insatisfação dos clientes.

No Brasil, os indicadores de qualidade e produtividade surgem, de forma institucional, a partir do desenvolvimento pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), do Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade, com a elaboração de um documento, em 1991, denominado “Critérios para geração de Indicadores da qualidade e produtividade no Serviço Público no Brasil”. O documento aponta alguns requisitos necessários para a elaboração desses indicadores, que são: seletividade, simplicidade e baixo custo de obtenção, ampla cobertura, estabilidade, rastreabilidade e confiabilidade. E devem ser formulados sob uma ótica abrangente que coloque em primeiro plano os clientes e usuários, razão de ser das instituições prestadoras de serviço, sobretudo as governamentais recomendando que os mesmos sejam gerados descentralizadamente. De acordo com o documento, os indicadores de satisfação dos clientes, devem considerar os clientes externos e os internos e destaca exemplos de vários tipos de indicadores para as áreas saúde, previdência social, educação e outros serviços essenciais. Para a área da saúde, os indicadores mencionados no documento, abrangem dados internos e externos às instituições, relacionados às áreas de estrutura, processos e custo, por exemplo: tempo de espera entre marcação da consulta e o atendimento, tempo médio de permanência hospitalar, taxa de ocupação hospitalar, percentual de internações eletivas, taxa de infecção durante hospitalização, taxa de resolubilidade, gasto médico por paciente (IPEA, 1991, p. 11, 14-15).

Segundo Stausberg *et al.* (2011), os hospitais estão cada vez mais sendo avaliados com respeito à qualidade do cuidado fornecido. Neste cenário, vários conjuntos de indicadores competem uns com os outros para a avaliação da eficiência e segurança. Contudo, há poucas investigações comparativas cobrindo diferentes conjuntos. Os autores desenvolveram um estudo para responder três perguntas: Qual a concordância de diferentes conjuntos de indicadores a nível hospitalar? Qual é o efeito de aplicar diferentes valores de referência? Qual a estabilidade das posições de uma classificação hospitalar? Os dados de rotina dos

hospitais foram disponibilizados para três companhias, oferecendo os Indicadores de Segurança do Paciente, um conjunto de indicadores do Grupo Hospitalar HELIOS, e mensurações baseadas no *Disease Staging*TM. Dez hospitais do Norte de Rhine-Westphalia (Alemanha), abrangendo um total de 151.960 hospitalizados em 2006, foram voluntários para participar deste estudo. As companhias forneceram relatórios de padrões de qualidade para os dez hospitais. Mensurações compostas foram definidas para forças e fraquezas. Além dos diferentes conjuntos de indicadores, valores diferentes de referência para um conjunto permitiu a construção de vários grupos de comparação. Concordância e robustez foram analisadas utilizando o coeficiente de correlação não paramétrica e o W de Kendall. Os resultados do estudo revelam uma falta de concordância nas estimativas do desempenho hospitalar quando conjuntos diferentes de indicadores de qualidade são utilizados. Segundo os autores, estas descobertas enfatizam a falta de consenso com relação a mensurações validadas para julgar a qualidade do hospital. Os conjuntos de indicadores compartilhavam uma definição comum de qualidade, independente de seu enfoque na segurança do paciente, mortalidade ou período de hospitalização. Contudo, para a maioria dos hospitais, mudar o conjunto de indicadores ou o valor de referência resultou em uma mudança da metade superior para a metade inferior do grupo ou vice-versa. Assim, enquanto reunidos, os conjuntos de indicadores oferecem aos hospitais imagens complementares de sua qualidade, em uma base individual, eles não estabelecem uma classificação confiável. Os autores afirmam que os pacientes devem estar conscientes que os sistemas de classificação atuais baseados em conjuntos de indicadores de qualidade não produzem um quadro confiável da qualidade hospitalar. Além do mais, hospitais têm a oportunidade de melhorar sua classificação ao selecionar um conjunto de indicadores mais favorável de sua escolha. Muito trabalho tem de ser feito para atingir uma aplicação empiricamente provada de conjuntos de indicadores de qualidade que sejam independentes do suporte de profissionais de saúde.

Os autores Tejero González *et al.* (2011) realizaram um estudo para verificar a validade e confiabilidade de um indicador sintético de qualidade da atenção hospitalar. O estudo foi desenvolvido em 10 hospitais da Comunidade de Castilla-La Mancha, na Espanha, no período de cinco anos (2004 a 2008). Eles afirmam que o *benchmarking* entre diferentes organizações de saúde é uma ferramenta útil para a melhora da qualidade, no entanto, necessita contar com indicadores válidos e confiáveis para que as comparações sejam baseadas em dados objetivos. O Plano de Qualidade do Sistema de Saúde de Castilla-La Mancha segue o modelo da Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade (EFQM em inglês). E o indicador sintético de qualidade pretende resumir em um só dado o rendimento de qualidade dos hospitais estudados. O objetivo do estudo foi contrastar a confiabilidade e a validade do indicador sintético mediante o coeficiente alfa de Cronbach e a análise de conglomerados. Explorando as correlações entre os indicadores de processo e os indicadores de resultados propostos pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Como resultado, os autores encontraram uma confiabilidade aceitável. Porém, não encontraram conglomerados que respondessem ao agrupamento de critérios do modelo EFQM, nem correlações significativas com os indicadores de resultados. Os autores concluíram que era necessário continuar elaborando indicadores que se mostrassem empiricamente válidos para

integrar-se em indicadores sintéticos, de forma a viabilizar a análise e comparação da eficiência da gestão em saúde em todos os hospitais.

Na avaliação da qualidade assistencial pode-se utilizar de indicadores compostos, construídos a partir do resultado da soma ou ponderação de vários indicadores. No entanto, a efetividade de integrar vários indicadores em um só é questionada, pois, este procedimento supõe a perda de informações relevantes.

Os autores, já citados, mencionam que, à época, os projetos de pesquisas sobre indicadores de qualidade estavam incluindo aspectos sobre a segurança do paciente. Por exemplo, o *Health Care Quality Indicators*, que é um projeto da Organização para o Desenvolvimento Econômico (OCDE) incluía indicadores de segurança não só na atenção hospitalar, mas também na atenção primária. Eles afirmaram também que provavelmente o desenvolvimento de um sistema de indicadores do Sistema Nacional de Saúde da Espanha servisse para detectar relações significativas entre processos e resultados, algo necessário para medir o impacto de qualquer ação desenvolvida com o objetivo de melhorar a atenção em saúde.

Van Dishoeck *et al.* (2011) afirmam que há um enfoque crescente na qualidade e segurança do cuidado de saúde. Indicadores de resultados são cada vez mais utilizados para comparar desempenho hospitalar e classificar hospitais, porém a confiabilidade do ranqueamento está em debate. Os autores desenvolveram um estudo para quantificar a ranqueabilidade de vários indicadores de resultado de desempenho hospitalar atualmente utilizados pelo governo holandês. De 52 indicadores utilizados pela Inspeção da Holanda, os autores selecionaram nove indicadores de resultados apresentando uma fração e números absolutos. Destes indicadores, quatro foram combinados em dois, resultando em sete indicadores para análise. Os dados oficiais de 97 hospitais holandeses do ano de 2007 foram utilizados. Incerteza dos resultados observados nos hospitais (na variância hospitalar, s_2) foi estimada utilizando modelos fixos de regressão logística de efeito. Heterogeneidade (entre variância hospitalar, s_2) foi mensurada com modelos aleatórios de regressão logística e de efeito. Subsequentemente, a ranqueabilidade foi calculada relacionando heterogeneidade à incerteza nos e entre hospitais (s_2/s_2+s_2 média). Tamanhos de amostras variaram, mas foram tipicamente em torno de 200 por hospital (variação de média 90 e 277) com uma média de 2 e 21 casos, causando uma incerteza substancial nos resultados por hospital. Embora diferenças quádruplas a óctuplas entre hospitais foram observadas, a incerteza nos hospitais causou uma ranqueabilidade insatisfatória (<50%) em três indicadores e ranqueabilidade moderada (50 e 75%) nos outros quatro indicadores. Os autores concluem o estudo afirmando que os indicadores de resultados holandeses atualmente utilizados não são adequados para classificação de hospitais. Ao julgar a qualidade do hospital, a influência da variação aleatória deve ser explicada para evitar interpretação exagerada dos números na busca por mais transparência no cuidado de saúde. O tamanho adequado de amostra é um pré-requisito na tentativa de classificação confiável.

De acordo com Anema *et al.* (2013), para os indicadores de desempenho (*performance*) do cuidado de saúde (PIs, em inglês) serem confiáveis, exige-se que dados

subjacentes aos PIs sejam completos, acurados, consistentes e reprodutíveis. Na Holanda não existe a regulamentação dos sistemas de dados, portanto, os indicadores apresentados são baseados em autorrelatórios. Isto pode afetar a confiabilidade e plausibilidade dos escores dos indicadores reportados nacionalmente. Espera-se que haja heterogeneidade em relação à coleta de dados hospitalares e à maneira como os indicadores são registrados e computados. Os autores elaboraram um estudo para investigar a coleta dos dados e as estratégias de computação utilizadas para os indicadores de desempenho em 42 hospitais holandeses e as informações registradas no banco de dados holandês sobre a qualidade nacional em saúde. Verificou-se que a coleta de dados e as estratégias de registros dos dados foram substancialmente heterogêneas. Os autores concluem que os escores de indicadores de desempenho podem ser afetados pela forma de coleta de dados e pela infraestrutura de registro e armazenamento dos dados. Tais fatores influenciam a confiabilidade dos indicadores. Os países que possuem mercado livre de *software* e objetivam implementar um sistema de indicadores de desempenho autorreportados para obter transparência no cuidado de saúde deveriam assegurar a exatidão e precisão dos dados apresentados sobre o resultado dos cuidados da saúde, a partir dos quais os PIs são calculados. Portanto, desenvolvedores de indicadores, usuários e o campo científico necessitam enfocar suas pesquisas na complexidade de instrumentos de mensuração do cuidado de saúde, no desenvolvimento contínuo da prática clínica de registro dos dados, bem como, a infraestrutura dos sistemas de informação hospitalar.

Segundo Weiss, Downar (2013), muitas organizações de cuidado de saúde criam “*Balanced Scorecards*” (BSCs) para monitorar indicadores de desempenho de elevada prioridade (PIs) e mensurar o sucesso de planos de melhoria da qualidade (QIPs). Ao monitorar PIs múltiplos, de alta prioridade, uma corporação pode mensurar o efeito de um QIP em um dado PI, enquanto assegura que outros aspectos importantes do desempenho corporativo não piorem. Em 2010, o legislativo da província de Ontário, Canadá, aprovou a Lei da Excelência do Cuidado para Todos, a qual especificou que “toda organização de cuidado de saúde deverá desenvolver um plano de melhoria da qualidade e o disponibilize ao público.” Cada QIP teve de incluir um BSC, e a compensação executiva estava ligada ao desempenho de cada empresa em determinados indicadores. Verifica-se que o cuidado paliativo e terminal (PELC, em inglês) está cada vez mais reconhecido como uma prioridade nacional e internacional do cuidado de saúde e, portanto, deveria ser uma prioridade corporativa para organizações do cuidado de saúde. Os autores analisaram os BSCs e os QIPs de 2011, de 61 hospitais com 100 ou mais leitos de Ontário, sendo 16 hospitais de ensino e 45 não são de ensino, para determinar qual proporção de hospitais estava monitorando PIs de PELC a nível corporativo e quais PIs eles utilizaram para mensurar a qualidade de seu PELC. Eles concluíram que os hospitais de Ontário mensuram e publicam uma ampla gama de PIs para o cuidado do paciente como parte de seus QIPs e BSCs, mas muito poucos mensuram PIs para PELC. Segundo os autores, devido a PELC ser uma prioridade para o governo, para a comunidade médica e o público em geral, ela deveria ser uma prioridade para hospitais também.

Mateu-Sbert e Vocéns-Gómez (2013) realizaram um estudo com o objetivo de analisar as mudanças de produtividade do Setor Sanitário das Comunidades Autônomas da Espanha. Os autores dividiram as 17 comunidades autônomas estudadas em dois grupos. As comunidades cujas competências em saúde foram transferidas antes de 2002 e as comunidades em que as competências foram transferidas após 2002. Portanto, a análise compreendeu o período prévio da culminação das transferências de competência (1997-2001) e durante o período posterior (2002-2007). Aplicou-se o Índice de Malmquist utilizando as seguintes variáveis: o capital, o trabalho, a atividade e a qualidade dos serviços sanitários construídas cada uma delas a partir de um total de 29 indicadores. Destacou-se a importância do uso dos indicadores para análise das diferenças regionais na área da saúde.

Nebot-Marzal *et al.* (2014) elaboraram um conjunto de indicadores de qualidade e segurança no contexto dos hospitais da Agencia Valenciana de Saúde. O objetivo do estudo foi definir uma bateria de indicadores hospitalares de qualidade, segurança e sustentabilidade combinando aspectos econômicos ou de gestão, específicos para a assistência em enfermagem e os indicadores propriamente clínicos. Inicialmente, os autores identificaram, através de revisão da literatura, possíveis critérios de qualidade, segurança e sustentabilidade. Posteriormente, utilizando a técnica de Delphi, 207 profissionais participaram do processo para identificar os indicadores mais confiáveis e viáveis. Por último, o resultado da etapa anterior, foi validado por diretores de 12 hospitais, considerando os aspectos de variabilidade, objetividade, viabilidade, confiabilidade e sensibilidade dos indicadores no contexto dos sistemas de informação dos hospitais. No entanto, os autores concluíram o estudo afirmando que antes de aplicar os indicadores seria imprescindível contrastar os indicadores propostos em diferentes grupos de hospitais, classificados por nível de complexidade da assistência, número de leitos e tipo de gestão para estimar a confiabilidade suficiente dos indicadores a partir dos dados disponíveis em cada hospital.

Verifica-se, um interesse na análise de desempenho dos serviços e setores das organizações hospitalares. Existe uma preocupação de acompanhamento dos resultados tanto dos órgãos financiadores, de fomentos e de avaliação quanto da própria sociedade que está mais consciente dos seus direitos. Portanto, torna-se cada vez mais necessário a identificação e uso de recursos para a obtenção de indicadores que mostrem a realidade das organizações de saúde, servindo assim, de subsídios para a melhoria contínua e satisfação do usuário do sistema.

d) Indicadores aplicados ao ensino superior:

O ensino na área da saúde na Universidade Federal do Paraná é oferecido e administrado pelo Setor de Ciências da Saúde, sendo o Hospital de Clínicas um dos locais onde se realiza o ensino de medicina.

Considerando este aspecto, buscou-se na literatura identificar algumas publicações que dizem respeito a indicadores de ensino e pesquisa tanto do ponto de vista da área hospitalar como os indicadores gerais de ensino e pesquisa. Com relação aos indicadores gerais de ensino e pesquisa não foram consultadas as fontes originais, ou seja, as leis, os decretos, as portarias etc. Considerou-se suficiente a consulta aos trabalhos publicados sobre a legislação

específica, pois o foco deste trabalho recai sobre indicadores hospitalares e não, especificamente, sobre indicadores de ensino e pesquisa.

A legislação brasileira estabelece através de decreto a “análise dos principais indicadores de desempenho global do Sistema Nacional de Ensino Superior, por região e unidade da federação, segundo as áreas do conhecimento e o tipo ou a natureza das instituições de ensino”. Essa análise é feita pela Secretaria de Avaliação de Informação Educacional do Ministério da Educação (SEDIAE-MEC) e abrange os seguintes pontos: taxas de escolarização bruta e líquida; taxas de disponibilidade e de utilização de vagas para ingresso; taxas de evasão e de produtividade; tempo médio para conclusão dos cursos; índices de qualificação do corpo docente; relação média alunos por docente; tamanho médio das turmas; participação da despesa com ensino superior nas despesas públicas com educação; despesas públicas por aluno no ensino superior público; despesa por aluno em relação ao Produto Interno Bruto (PIB) por habitante nos sistemas público e privado; e, proporção da despesa pública com a remuneração de professores (BRASIL, 1996, Art. 3º).

Os autores, Dias *et al.* (2006, p. 445, 449, 459) elaboraram um estudo a respeito dos sistemas utilizados para as medidas de qualidade e produtividade na avaliação do ensino superior no Brasil. Com relação aos recursos institucionais para o ensino e a pesquisa os autores sugerem que as instituições respondam a seguinte questão: qual o grau de suficiência da infraestrutura, das instalações e dos recursos educativos em relação às demais instituições brasileiras que apresentam cursos semelhantes? Apontam que o roteiro de avaliação das instituições de ensino e pesquisa do Ministério da Educação pede apenas que se responda se são suficientes as: infraestrutura, instalações e os recursos educativos, incluindo sua justificativa. Em seu trabalho, os autores apresentam uma proposta de análise comparativa, oferecendo subsídio para uma visão mais ampla da realidade das instituições.

Aspectos considerados na avaliação das condições de oferta dos cursos pelas instituições de Ensino Superior devem ser: a análise das condições de oferta, os indicadores sobre a organização didático-pedagógica, adequação das instalações físicas gerais e específicas, adequação das bibliotecas e qualidade do corpo docente.

Outro aspecto relacionado à produtividade do ensino poderia ser aferido através de um indicador que apresente a quantidade de alunos por hora de trabalho do professor. Segundo Dias *et al.*, (2006, p. 462), teoricamente, pode-se determinar um valor médio ideal que estabelece a relação de maior produtividade. Com esta padronização, as instituições que trabalham próximas a essa média estipulada poderiam ser consideradas com um fator de qualidade a mais. Mas, de acordo com o resultado do estudo realizado pelos autores mencionados, esse indicador nunca foi utilizado no Brasil.

Marques (2008, p. 124, 133) apresenta o papel da contabilidade analítica, de custos ou de gestão no sistema público de ensino superior e a sua contribuição para o estabelecimento de indicadores de gestão nas instituições públicas de ensino superior. O uso da contabilidade analítica permite a obtenção de informações sobre o processo da formação de custos, tanto os que correspondem às atividades internas como aos de serviços prestados à comunidade externa. A autora descreve a experiência de Portugal, onde as universidades estão obrigadas a

adotar o Plano Oficial de Contabilidade Pública para o Setor Educação, aprovado pela Portaria no. 794/2000, de 20 de setembro, que prevê o preenchimento de um mapa de demonstração de custos por funções e quadro de análise de custos por atividades. Os principais objetivos da introdução da contabilidade analítica no setor da Educação são o de analisar a eficiência na utilização dos recursos financeiros públicos; e proporcionar ao gestor da entidade pública as informações necessárias à elaboração de indicadores para inclusão no relatório de gestão.

A autora menciona também, o exemplo da Espanha que, através da *Intervención General de la Administración del Estado* (IGAE), desenvolveu um modelo de custos para os organismos autônomos, denominado Contabilidad Analítica Normalizada para Organismos Autónomos (CANOA). O modelo constitui um subsistema no sistema de informação global da entidade, visando proporcionar informações para a tomada de decisão; determinar o custo das atividades ou da prestação dos serviços públicos para estabelecer taxas e preços públicos; fornecer informação por objetos de custo: elementos, centros, atividades, produtos; medir a eficiência e a economia; facilitar a medição da eficácia; proporcionar uma base de informação para a elaboração do orçamento; valorizar os ativos gerados pelo setor público.

Segundo a autora, a contabilidade analítica é um instrumento para a gestão de recursos de forma racional e permite tomar decisões com um nível suficiente de operacionalidade, pois, é uma ferramenta de gestão que permite conhecer a relação entre os custos e benefícios. Ao nível do sistema de ensino superior em geral, o desenvolvimento de um sistema desta natureza possibilita a comparação de resultados, tanto entre as diversas instituições, como em diferentes períodos.

Costa *et al.* (2012) afirmam que o desempenho das Instituições de Ensino Superior (IES) tem sido objeto de estudo de diversos pesquisadores da área da economia da educação. Verifica-se que alguns desses estudos, além da análise qualitativa, se utilizam de metodologia quantitativas para mensurar os indicadores de desempenho das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). Indicadores como, por exemplo, “a proporção de alunos por professor e o custo por estudante” são formas de avaliação do desempenho das universidades. Os autores desenvolveram um estudo com o objetivo de mensurar a eficiência educacional de 49 IFES do Brasil, no período de 2004 a 2008, por meio da metodologia DEA-SBM (Análise Envoltória de Dados – *Slacks Based Measure*). Para a obtenção de dados mais consistentes, devido as características heterogêneas do setor, os autores subdividiram as IFES em dois grupos: no primeiro grupo, foram consideradas as instituições que têm atuação maior no ensino da pós-graduação e na pesquisa, e no segundo, foram consideradas as instituições que têm pouca ou nenhuma atuação no ensino da pós-graduação e na pesquisa. Os resultados obtidos indicaram, em todos os períodos avaliados, níveis elevados de eficiência educacional. As causas de ineficiência da produção educacional da IFES variaram de acordo com os grupos analisados. Por exemplo, para a maioria das IFES do primeiro grupo, o elevado número de alunos por professores e o aumento do custo por aluno foram causas da ineficiência. E para as IFES do segundo grupo, os fatores que mais comprometeram a eficiência foram o elevado número de alunos por professores e por funcionários, e o índice de qualificação do corpo docente. Além desses, a baixa taxa de sucesso nos cursos de graduação e do conceito CAPES-MEC, dos

cursos de pós-graduação, representaram fatores de ineficiência das IFES. No entanto, os autores destacam que, para que esses resultados possam realmente comprovar a real situação da educação superior pública federal, é necessário examinar cada IFES separadamente, para ter clareza sobre as causas de sua ineficiência relativa e de sua perda de produtividade.

O autor Peter Spink (2001), afirma que, para a avaliação ser um processo democrático é necessário que cumpra alguns requisitos, que são: a utilização de indicadores, meios de coleta de informação, mensuração e atribuição de valor que sejam compreensíveis e reconhecidos como relevantes pelo conjunto de pessoas envolvidas, e que apresentem métodos e instrumentos que possam facilitar e apoiar o diálogo e a participação no processo de avaliação.

Alguns autores estudados questionam o uso de indicadores impostos por agências internacionais. Eles sugerem que, ao invés de se aceitar automaticamente o indicador “internacional”, é recomendável que se peça para as agências assumirem a iniciativa de debater e dialogar com os atores locais, visando o conhecimento de sua realidade e, o esclarecimento sobre a importância e a utilidade de certos métodos de mensuração, em vez de exigir ou forçar a sua utilização sem questionamento de sua aplicabilidade em nível local (SPINK, 2001, p. 22; RIBEIRO, *et al.*, 2005, p. 233-234).

Fernandes (2008, p. 7, 81, 84) apresenta a metodologia de avaliação da eficácia organizacional para o ensino superior proposta por Cameron (1978). Segundo o autor o enquadramento teórico do tema revela a inexistência de consenso relativo ao conceito estudado, por essa razão, o autor utilizou de uma bateria de 63 indicadores que permitem avaliar nove critérios de eficácia que se agrupa em três domínios, que são, o acadêmico, o da adaptação externa e o da motivação. O autor destaca, inicialmente, que medir a eficácia no setor público é mais difícil do que no setor privado porque não existe um critério objetivo, como por exemplo, o lucro.

No que concerne ao Acordo de Bolonha, em implementação no ensino superior da Europa, este traz para a ordem do dia a discussão sobre a forma como essas instituições devem ser avaliadas, do que deve ser medido e como deve ser medido.

No âmbito brasileiro, Embiruçu *et al.* (2010) propõem a criação de um indicador quantitativo de avaliação docente para ser utilizado como um instrumento da avaliação do desempenho de docentes em Instituições de Ensino Superior. Segundo os autores, o indicador proposto é aderente aos indicadores institucionais estabelecidos pelo Programa de Apoio a Planos de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (REUNI) lançado pelo Governo Federal através do Ministério da Educação (MEC). Contempla a avaliação das atividades de extensão e gestão acadêmica não prevista nos indicadores do REUNI. A aplicação do índice permite uma avaliação docente bastante completa, na medida em que considera todas as principais atividades docentes, de ensino, pesquisa, extensão e gestão acadêmica, tanto na graduação quanto na pós-graduação. O índice pode ser modificado e aplicado nos departamentos, colegiados e unidades, permitindo fazer uma completa, detalhada e separada avaliação de toda a instituição.

Outro aspecto a ser considerado na avaliação do ensino superior é o desempenho discente. Neste sentido, Barbosa *et al.* (2011) destacam que, há uma tendência em nível mundial de avaliação do ensino superior, baseado em aspectos institucionais e de desempenho discente. No Brasil, o tema tem sido debatido há algum tempo com processos concretos de avaliação implantados. O Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior (SINAES – Lei 10.861/2004) estabeleceu três pilares de avaliação de universidades em nível de graduação: avaliação institucional; avaliação de cursos e; avaliação do desempenho discente. As Instituições Federais de Ensino Superior (IFES) estão sendo avaliadas por meio de indicadores de gestão propostos pelo Tribunal de Contas da União (TCU). Por outro lado, o desempenho discente de graduandos está sendo avaliado através do Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE). O objetivo do estudo realizado pelos autores foi o de analisar possíveis relações entre indicadores de gestão e desempenho discente. A amostra pesquisada foi de 52 IFES no período de 2006 a 2008. Os resultados revelam que, de fato, alguns indicadores de gestão parecem ser capazes de influenciar o desempenho discente. Os autores destacam, por exemplo, que o custo por aluno apresentou um efeito positivo sobre o desempenho dos alunos.

Outro estudo apresentado sobre a avaliação do ensino superior na área médica é o de Gontijo *et al.* (2011) afirmando que a avaliação da educação superior brasileira está permeada por concepções que ora se opõem, ora se mesclam de acordo com as políticas educacionais implementadas. Os autores desenvolveram um estudo descritivo dos indicadores do Sistema Nacional de Avaliação da Educação Superior – SINAES/INEP/MEC. As políticas educacionais mais emblemáticas, como a expansão acelerada de Instituições de Ensino Superior (IES) e cursos de graduação, a avaliação de egressos e cursos, e o movimento de reformas curriculares, têm gerado inquietações, mudanças e avanços no modelo de formação de médicos. De acordo com os autores, existem evidências de problemas metodológicos nos instrumentos de Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE). Para os autores tanto a nota no componente específico do concluinte como a diferença entre a nota de formação geral do concluinte e do ingressante são indicadores de forte discriminação de desempenho. Eles propõem um indicador multicritério dessas duas quantidades capaz de discriminar as instituições bem conceituadas da área médica. Matrizes de referência compatíveis e robustas são necessárias para o monitoramento de cursos que formem futuros médicos de excelente nível técnico e sensibilizados quanto às suas responsabilidades profissionais e sociais.

Com relação à extensão, estabeleceu-se avaliar a integração social com vistas a quantificar o “grau de inserção da instituição na comunidade, local e regional, por meio de programas de extensão e prestação de serviços”. Conforme os autores mencionados acima, os sistemas acadêmicos administrativos localizados nas instituições são centralizados e geralmente não computam separadamente os custos do ensino, da pesquisa e da extensão. Embora a universidade brasileira seja planejada de forma tripartite, ou seja, ensino, pesquisa e extensão, pouco se conhece a respeito dos dados sobre cada uma das áreas separadamente. Os autores propõem, como alternativa para avaliar a realidade existente, que as instituições respondam a seguinte pergunta: “qual o investimento médio das instituições universitárias em

serviços de extensão?” Essa informação permitiria quantificar a relevância dos programas setoriais de atendimento à comunidade realizados pelas instituições (DIAS, *et al.*, 2006, p. 444).

No HC-UFPR, considera-se que a assistência prestada à comunidade é um programa de extensão. Diante disso, o hospital é considerado como o maior programa de extensão da UFPR. No entanto, não temos informações específicas sobre os recursos e demais itens aplicados sob o ponto de vista da extensão.

O Ministério da Educação avalia a produção científica das instituições de ensino através do seguinte questionamento: “a produção científica da IES é coerente com a sua missão e com os investimentos e políticas propostas para o seu desenvolvimento? E com as necessidades sociais e as exigências da ciência?” Porém, Dias *et al.*, (2006, p.458-459) sugerem, para uma melhor objetividade da avaliação, a formulação do mesmo problema, visando a escalonamentos facilitadores da análise, da seguinte maneira: “uma vez expressa a qualidade da produção científica da IES em uma escala de cinco níveis, quais políticas existem para melhorar essa classificação, caso ela não esteja no melhor nível?”

Ainda, com relação à pesquisa, Rousseau (1998, p. 150-152) afirma que existem diferentes fórmulas para a análise dos fatores de impacto de artigos publicados em uma determinada revista de um grupo de pesquisa específico. Ele propõe então, três indicadores: a) A relação entre o impacto obtido e o impacto da coleção de revistas; b) A relação entre o impacto obtido e a média global de impacto dos campos nos quais o grupo atua; c) A relação entre a média do fator de impacto da coleção de revistas e a média de impacto dos campos nos quais o grupo atua. Destaca-se, que é necessário o conhecimento dos dois primeiros para determinar o terceiro.

Outro aspecto recomendado pelo autor é o desenvolvimento de indicadores que possam medir o potencial de pesquisa do indivíduo, grupo e da instituição. Estima-se a capacidade de pesquisa de cada grupo e da instituição, expressa em equivalência pessoa-ano em pesquisa. Para obter esses dados, observam-se as seguintes normas. É necessário ter um parâmetro para expressar a fração de horas trabalhadas em pesquisa, usando diferentes porcentagens de acordo com o vínculo dos membros da equipe. Com o uso desses parâmetros e o número de pessoas ativas em cada grupo de pesquisa, calcula-se a média de equivalência pessoa-ano em pesquisa por ano.

Ainda, segundo o autor, a produção de um grupo de pesquisa é o número de suas publicações. Assim sendo, a produtividade é representada pelo número de publicações por equivalência pessoa-ano em pesquisa. E a medida do impacto é baseada no número de citações por publicação e relacionada a um padrão internacional (a média mundial).

Para este mesmo autor, seria desejável comparar a produtividade dos grupos de pesquisa e das escolas com um padrão internacional. Com isso seria possível determinar se, de um ponto de vista global (internacional), a produtividade é alta ou baixa. Porém, ele afirma que, até a data da conclusão da sua pesquisa, não era possível obter dados confiáveis para traçar tal comparação.

Outro aspecto destacado pelo autor é a comparação da produtividade entre diferentes grupos de pesquisa. Para ele, isto não tem significado, pois, os grupos têm características e hábitos de publicação que diferem entre campos e departamentos científicos. Ele afirma ainda que, tem pouco significado comparar a produtividade de um grupo experimental com a de um grupo aplicado. A principal função desse indicador, portanto, é acompanhar grupos de pesquisa com uma produtividade extremamente baixa, isto é, grupos que publicam muito pouco em relação à sua capacidade de pesquisa (ROUSSEAU, 1998, p. 151).

Nos hospitais de ensino, segundo Bittar (2004, p. 16), as pesquisas muitas vezes não são nem registradas ou catalogadas. Algumas só são conhecidas quando há falta de insumos necessários à realização de exames complementares, neste momento os pesquisadores requerem à administração do hospital solicitando a aquisição do insumo. Outras são desenvolvidas no interior dos hospitais, porém, sem aproveitamento prático, isto provoca um mau direcionamento dos recursos que geralmente são escassos para as pesquisas.

Para os autores Elias e Souza (2006, p. 218-221), no Brasil, o Ministério da Saúde é um importante financiador e usuário de pesquisas e projetos de desenvolvimento tecnológico. Do ponto de vista dos autores, o Ministério não dispõe de mecanismos formais de acompanhamento sistemático das pesquisas e projetos de desenvolvimento tecnológico financiados no conjunto de suas áreas institucionais. Diante disso, os autores realizaram uma pesquisa cujo objetivo foi propor indicadores para monitorar o fomento das pesquisas financiadas. Com o desenvolvimento da pesquisa, as necessidades de informações foram identificadas, e os indicadores foram formulados baseados em visitas a órgãos de fomento à pesquisa no Brasil, revisão da literatura e reuniões técnicas. O conjunto de indicadores propostos permite monitorar os investimentos em pesquisas correlacionando-os às prioridades da política de saúde, aprimorar o processo de fomento e de alocação de recursos e, principalmente, organizar e disseminar informações científicas e tecnológicas provenientes das pesquisas e projetos de desenvolvimento tecnológico do próprio Ministério da Saúde. O uso de indicadores pode guiar a construção de base de dados no Ministério da Saúde.

Destaca-se que no Brasil, a produção científica e de pós-graduação está vinculada aos departamentos acadêmicos da Universidade, no caso da UFPR, no Setor de Ciências da Saúde e não aos hospitais, ou seja, no HC-UFPR. Isto dificulta, sendo muitas vezes, quase impossível a mensuração e acompanhamento pelo sistema hospitalar específico.

Um dos recursos disponíveis para identificar as pesquisas realizadas nas instituições hospitalares e outras é através do *Currilum Lattes*. No entanto, na pesquisa realizada em 33 hospitais de ensino de São Paulo por Bittar e Magalhães (2008, p. 14), eles verificaram que existe uma amplitude de variação do número de pesquisadores que preenchem seus *Curricula Lattes*. O número médio de pesquisadores que preencheram é de 224, sendo que o hospital com menor número foi igual a 20 e o maior foi igual a 420.

Para estes autores, é necessário criar mecanismos que permitam obter melhores informações sobre o número de publicações e dos profissionais que se dedicam ao ensino e a pesquisa.

No HC-UFPR, como exemplificado anteriormente por Bittar (2004) e Bittar e Magalhães (2008), apesar de todo o esforço envidado, nem todas as pesquisas são controladas pelo sistema próprio do hospital. As pesquisas são realizadas, mas, não são registradas nos sistemas vigentes. A administração, em algumas situações, identifica pesquisas sendo desenvolvidas quando faltam insumos essenciais para a sua continuidade daí, buscam-se recursos junto à direção do hospital para sua aquisição. Verifica-se a necessidade de sensibilizar os pesquisadores sobre a importância dos registros e a apresentação de relatórios para o monitoramento pelo hospital. E, sobretudo, identifica-se a necessidade de criar mecanismos que facilitem o procedimento de registro e acompanhamento das pesquisas pelos pesquisadores.

A qualidade dos cursos é avaliada por Comissões Externas de Avaliação de Cursos. Na avaliação são considerados, entre outros, os seguintes aspectos: o perfil do corpo docente; as condições das instalações físicas; a organização didático-pedagógica; o desempenho dos estudantes das instituições de ensino superior no Exame Nacional de Desempenho dos Estudantes (ENADE); os dados do questionário socioeconômico preenchido pelos estudantes, disponíveis no momento da avaliação; os dados atualizados do Censo da Educação Superior e do Cadastro Geral das Instituições e Cursos; e, outros considerados pertinentes pela Comissão Nacional de Avaliação da Educação Superior (CONAES) (DIAS, *et al.*, 2006, p. 460).

Segundo Bittar (2004, p. 16) o ensino prestado nos hospitais universitários representa uma parcela significativa no consumo dos recursos. No entanto, pouco se tem medido e acompanhado o ensino prestado nestes hospitais. E as pesquisas, como já mencionado, muitas não são sequer catalogadas. O autor faz uma proposta de indicadores a partir de informações básicas, número de alunos, gastos com o ensino, horas de utilização da área física etc. Por outro lado, como muitas vezes, a assistência se dá simultaneamente com o ensino os administradores relatam a dificuldade de criar mecanismos de acompanhamento das atividades separadamente.

Cunha (2014) apresenta algumas reflexões sobre os indicadores de qualidade da educação superior que decorre de um projeto de pesquisa desenvolvido no Observatório da Educação Superior MEC/CAPES/INEP/RIES. Descreve o estudo sobre organização de indicadores de qualidade do ensino de graduação, a partir de um instrumento de pesquisa aplicado a docentes e estudantes universitários de diferentes instituições. Foram respondidos e analisados estatisticamente 483 questionários. Os resultados da análise indicaram duas matrizes de indicadores de qualidade do ensino de graduação de duas naturezas: os referenciados em produtos e os referenciados em processos. A autora afirma compreender o desafio e a complexidade na elaboração de indicadores de qualidade, mas, tais argumentos não justificam a não formulação de indicadores. Ao contrário, estimula construí-los tendo em vista que eles devem ser legitimados pelas condições culturais e políticas específicos, orientando a direção dos processos pedagógicos de cursos ou comunidades de práticas quer de cada instituição, quer de um conjunto delas que tenham filiações comuns.

4.5 USO DOS INDICADORES

O uso de indicadores pelas instituições permite a medir o seu desempenho, avaliar a eficiência e a eficácia dos seus processos, diagnosticar problemas e subsidiar a tomada de decisão nos níveis operacionais, táticos e estratégicos.

Os indicadores podem avaliar estrutura, processo e resultado da assistência médica. Para Donabedian (1994) citado por Bittar (2008, p. 88), estrutura, refere-se à planta física, recursos humanos, materiais disponíveis e características organizacionais da instituição; processo, diz respeito às atividades desenvolvidas na assistência médica propriamente dita; resultado significa o produto final da assistência, isto é, envolve, além da satisfação do paciente, o impacto do tratamento sobre o estado de saúde do paciente.

Os autores Torres e Simões (2009, p. 17, 20) realizaram uma pesquisa com gestores representantes da alta administração de três instituições hospitalares universitárias públicas no município do Rio de Janeiro. Através de entrevistas identificaram a utilização de indicadores da qualidade, como ferramentas de informação integrantes no processo de tomada de decisão.

O resultado da pesquisa mostra, que a taxa de ocupação é o indicador mais utilizado, sendo esta uma preocupação primária dos hospitais estudados. Os gestores consideram também, como informações fundamentais, o controle de outros indicadores, tais como: taxa de utilização do centro cirúrgico, índice de cirurgias suspensas, tempo de permanência em internamento, número de óbitos, número de atendimentos emergenciais, consultas de primeira vez, reconsultas por paciente, taxa de infecção por unidade, número de procedimentos de investigação diagnóstica.

Verifica-se ainda, de acordo com os dados da referida pesquisa que existem duas classificações quanto à seleção e uso dos indicadores de qualidade. Os que são, preferencialmente, utilizados e selecionados de forma coletiva, ou seja, a taxa de infecção hospitalar e a taxa de mortalidade institucional. E outros indicadores de qualidade classificados de forma restrita entre os hospitais, como: tempo de permanência, número de queixas à ouvidoria e satisfação dos usuários. Os autores identificaram citações isoladamente, sobre a necessidade da análise de indicadores financeiros envolvidos como critérios de qualidade na gestão, subutilizados pelas organizações.

Para os autores, Torres e Simões (2009, p.22), usar indicadores específicos, como os de qualidade, pode ser o primeiro passo para conhecer melhor a instituição, suas características gerais e as necessidades dos usuários. Para isso, planejamento, organização, coordenação e empenho são fundamentais, assim como a reciclagem frequente das informações adquiridas.

No uso de indicadores na área de saúde, segundo os autores consultados, parece relativamente fácil distinguir os componentes estruturais daqueles relativos ao processo e aos resultados. Essa definição nem sempre é fácil entre as duas últimas áreas. Enquanto a análise que se dá do ponto de vista meramente quantitativo é fácil. No entanto, quando se busca o componente qualitativo torna-se mais complexa e de difícil caracterização, considerando a

variabilidade da prática de saúde. De acordo com D'Óleo (1991) citado por Rotta (2004, p. 24), algumas metodologias desenvolvidas para avaliação de atividades num hospital de determinada complexidade podem não ser úteis para avaliar outra instituição de saúde.

Para os autores mencionados acima, ao considerar a realidade em que acontecem muitas das atividades de um hospital, verifica-se que elas só podem ser comparadas entre si em termos de estrutura e processos, tornando-se muito difícil a comparação global ou setorial de hospitais.

Sutter (2002) citado por Rozados (2005, p. 64), recomenda que múltiplos indicadores podem ser utilizados por uma organização sendo uns para resolver problemas conjunturais, outros para assegurar que os procedimentos internos sejam aplicados; outros, ainda, para identificar aspectos econômicos da organização, qualidade de seus produtos, satisfação de sua clientela. Ainda, com relação à satisfação de usuários e qualidade de serviços e produtos, o autor os subdivide em dois outros tipos: os indicadores de satisfação e os indicadores de desempenho.

A construção e análise das séries históricas dos dados hospitalares, ou seja, dos indicadores, oferecem subsídios para a correção de possíveis desvios no alcance dos objetivos do hospital, o que seguramente ocorre ao longo do tempo. Uma série histórica de dados hospitalares torna possível o balanceamento destas correções. A seleção e uso de indicadores coerentes com os objetivos dos hospitais bem como, a compilação destes dados em forma de relatórios pode prover, para a equipe, o *feedback* necessário à avaliação do seu trabalho (ROTTA, 2004, p. 104).

Segundo Barros (2008, p. 58) os indicadores são necessários e importantes na gestão hospitalar, não só, pelos fatores mencionados acima. Ela acrescenta que, o estudo do processo de captura destas informações, permite o aprimoramento da sua extração, favorece uma melhor compreensão dos sistemas de informação implantados nos hospitais e, auxilia na padronização e na obtenção de outros indicadores.

Outro aspecto, possível, de ser explorado com o uso de indicadores é a viabilidade de transparência das ações de uma instituição. A situação política e econômica do País favorece as parcerias público-privadas, abrindo espaço de interação entre os hospitais públicos e privados, laboratórios e outros ramos das indústrias. Diante disso, os indicadores podem funcionar como instrumentos na evidência de transparências desses acordos institucionais. E ainda, na prática da Governança Corporativa nos hospitais, neste modelo de gestão, os hospitais passam a valorizar e diversificar seus conselhos inserindo cidadão de renome profissional, externos aos mesmos. Esses profissionais, pela própria experiência profissional, normalmente, já utilizam indicadores, e procuram com isso, sensibilizar a administração hospitalar quanto à importância e necessidade do uso de indicadores (BITTAR, 2004, p. 16).

Segundo Minvielle *et al.* (2010), a coordenação em hospitais é um atributo importante do cuidado médico e influencia a qualidade do cuidado do paciente. Os autores realizaram um estudo para testar a validade de três indicadores cobrindo dois aspectos-chave da coordenação: a transferência da informação escrita entre profissionais (conteúdo do registro

médico, pedido de exame radiológico) e a realização de reuniões da equipe multidisciplinar durante planejamento de tratamento. O estudo foi supervisionado pelas autoridades de saúde francesas da *Coordination for Measuring Performance Assuring Quality in Hospitals* (COMPAQH). Os dados para os três indicadores foram coletados em um painel de 30 a 60 hospitais voluntários por seis Assistentes de Pesquisa Clínica. A qualidade metrológica dos indicadores foi avaliada, a saber: (i) Viabilidade foi avaliada utilizando uma grade de dezenove problemas potenciais, (ii) Confiabilidade entre observadores foi fornecida pelo coeficiente kappa (κ) e a consistência interna pelo teste alfa de Cronbach, (iii) Poder discriminatório foi fornecido por uma análise de variabilidade entre hospitais utilizando o coeficiente de Gini como uma medida de dispersão. No total, 19.281 itens de dados foram coletados e analisados. Todos os três indicadores apresentaram viabilidade e confiabilidade aceitáveis (0,59 a 0,97) e demonstraram ampla diferença entre os hospitais (Gini, 0,08 a 0,11), indicando que eles são adequados para fazer comparações entre os hospitais. Os autores concluíram que este conjunto de três indicadores fornece uma mensuração autorizada de coordenação. O indicador de registro médico foi incluído no procedimento nacional francês de acreditação para organizações de cuidado de saúde. Os dois outros indicadores estão atualmente sendo avaliados para inclusão. Eles afirmam que é necessário o desenvolvimento de outras pesquisas sobre os indicadores para descobrir como eles podem gerar um processo de aprendizagem.

No Brasil, a Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde propõe quatro dimensões e onze subdimensões para avaliar a qualidade nos hospitais da Rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com respectivos indicadores de estrutura, processo e resultado. Tais indicadores devem ser trabalhados levando-se em conta o perfil assistencial; formas de financiamento; características geodemográficas da região; rede assistencial de referência; entre outras (SOUZA, 2011, p. 27).

Os indicadores devem ser utilizados para analisar determinada realidade. Para que isto aconteça, os dados devem ser transformados em informações, permitindo verificar se tal ocorrência alterou a realidade. Para que os indicadores sirvam de subsídios para o planejamento organizacional e apoio às decisões é necessário que se estabeleçam indicadores de acordo com os objetivos da organização como um todo bem como, dos diferentes setores. Outro aspecto importante é a disseminação e conscientização sobre a importância da coleta dos indicadores a todos os envolvidos no processo. A análise dos mesmos deve ser feita de acordo com o alinhamento estratégico da organização gerando informações que realimentam a tomada de decisão fundamentada em fatos reais. Isto permite a organização informar ou divulgar as realizações efetivas para os *stakeholders* e demais interessados (FELISBINO, 2008, p. 22-23).

Na pesquisa realizada por Felisbino (2008, p. 60), no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) foi identificado que o hospital possui um projeto elaborado com o objetivo de proporcionar melhorias no Sistema de Informação Hospitalar (SIH) através de um processo de reengenharia. Pretendia-se com a implementação deste projeto que o SIH atendesse as necessidades da instituição, ou seja, suprir as demandas dos diretores que sentem falta de relatórios com indicadores, para facilitar o processo de tomada

de decisões. Porém, a equipe aguardava, na época, recursos financeiros para as despesas com equipamentos, mão de obra, treinamento entre outras, e o projeto não pode ser viabilizado.

Pereira *et al.* (2005) citados por Souza (2011, p. 44) declaram que o uso da tecnologia da informação por gestores de saúde tem se tornado cada vez mais importante. Estratégico para a gestão administrativa, este instrumento serve como fonte de informação sobre os indicadores do hospital, fornecendo dados importantes sobre a instituição e apoiando o processo decisório.

Por outro lado, identificam-se na literatura algumas variáveis que dificultam o uso dos indicadores.

Em 2004, Rotta realizou um estudo com os dirigentes de nove hospitais não especializados de Ribeirão Preto – SP. Foi identificado que os mesmos consideram todos os indicadores fundamentais para a organização e consideram que servem também, como diretrizes para alcançar os objetivos da instituição. Porém, na prática não ocorre a utilização dos indicadores. Quando eles existem são parciais. Destaca-se que ao analisar quais são os principais indicadores entre os dirigentes, verifica-se que existe uma preocupação com os custos e receitas, mas tais indicadores são utilizados para situações imediatistas e não como subsídios para tomada de decisão à longo prazo. Até mesmo, “a análise de indicadores de produtividade dos leitos é simplista e pontual”, segundo a autora, não há “prospecções ou utilização de uma forma mais macro de forma a compor uma série histórica que mereça ser analisada internamente e comparada a padrões externos” (ROTTA, 2004, p. 116).

A autora identificou os motivos, segundo a opinião dos administradores hospitalares, que levam os gestores a não utilizarem os indicadores de desempenho na gestão das instituições:

- a) Os administradores não confiam nos dados. Segundo eles, apesar de existirem vários parâmetros, no Brasil, não existem parâmetros confiáveis;
- b) Ausência de profissionalização na gestão hospitalar. Faltam conhecimento e experiência no uso de indicadores nos hospitais.
- c) A quantidade de profissionais é mínima e os administradores trabalham priorizando as situações difíceis do dia a dia, principalmente pela falta de recursos. Nos hospitais menores há falta de assessoramento sobre a importância do uso;
- d) Alguns administradores preferem não ver os indicadores para não se incomodarem;
- e) Ausência de política de investimento do governo nos hospitais, baseada em desempenho (ROTTA, 2004, p. 111-112, 120-121).

Escrivão Jr (2007) no estudo realizado com os diretores e responsáveis pela área de informações de vinte e um hospitais públicos de São Paulo procurou identificar o uso efetivo dos indicadores pelos gestores hospitalares, através da solicitação de um exemplo de uso bem-

sucedido de indicadores para o planejamento estratégico e para a gestão. Mediante a análise das respostas, identificou-se que, apesar de quase todos os diretores afirmarem que utilizam indicadores para estes fins, verificou-se, no entanto, que os mesmos não diferenciaram os indicadores para planejamento estratégico, dos indicadores para gestão. Cita, como exemplo de indicadores para gestão: indicadores para controle de estoque de materiais; indicadores de infecção hospitalar; taxa de cesáreas; uso de indicadores de produção para justificar abertura ou fechamento de um serviço, ou ainda, ajuste do quadro de funcionários e uso de indicadores tais como taxa de ocupação e média de permanência para avaliação, ampliação ou redução do número de leitos em determinada especialidade. Diante disso, o autor conclui que, com exceção de alguns entrevistados, pelas respostas apresentadas, os diretores não exploram, na prática rotineira da gestão hospitalar, as informações geradas pelos indicadores de forma sistematizada e/ou planejada. Ainda, segundo a percepção do autor, tais indicadores são usados pelos diretores hospitalares, normalmente, para atender ou responder questões ou circunstâncias pontuais e/ou emergenciais (ESCRIVÃO JR., 2007, p. 661).

Segundo o autor, a comparação de indicadores entre hospitais é limitada pelo uso de definições distintas, o que ocorre inclusive entre as diversas áreas de um mesmo serviço, sendo um exemplo emblemático a dificuldade que se encontra habitualmente para conhecer, com exatidão, o número de leitos existentes em um hospital, o que compromete a fidedignidade dos indicadores hospitalares. A propósito desta dificuldade o autor aponta que o Ministério da Saúde, por meio da Portaria no. 312, de 02 de maio de 2002, estabeleceu uma padronização da nomenclatura do censo hospitalar, o que pode contribuir para minimizar esse problema (ESCRIVÃO Jr., 2007, p. 660).

O analisar o resultado dos dois estudos mencionados acima, verificam-se semelhanças no comportamento dos dirigentes dos hospitais pesquisados. Apesar de todos afirmarem sobre a importância do uso dos indicadores, os resultados mostram que os dirigentes não conseguem usá-los como subsídios para tomada de decisões assertivas e estratégicas. O uso dos indicadores fica restrito a situações do dia a dia, pontuais e/ou emergenciais e, mesmo assim, subutilizados. O estudo realizado por Escrivão Jr (2007) reforça os motivos do não uso efetivo dos indicadores destacados no estudo de Rotta (2004), ou seja, necessidade de profissionalização dos dirigentes, falta assessoramento, sensibilização e valorização quanto ao uso dos indicadores para melhoria da gestão.

Outro aspecto, no estudo realizado sobre os Sistemas de Informação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – SP, desenvolvido por Góes (2007) aponta para o fato de que, a exemplo de outras empresas um sistema de informação hospitalar e seus subsistemas são concebidos a fim de atuar em três níveis hierárquicos: operacional, gerencial e estratégico. Também não é suficiente ter um sistema de informação para que os diretores tenham acesso a indicadores em tempo hábil para tomada de decisão. É preciso que haja uma matriz de indicadores adequada.

Portanto, é necessário desenvolver um trabalho conjunto, isto é, desenvolvimento de sistemas de informações com indicadores. Com este trabalho integrado, os sistemas de informação contribuem para o nível gerencial permitindo que a administração tenha acesso,

em tempo hábil, a indicadores gerenciais, por exemplo, taxa de ocupação de leitos, padrões de utilização de materiais e medicamentos por cirurgia, ociosidade de leitos e salas do centro cirúrgico, custos por procedimento e outros.

O Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde da ONA é composto de seções e subseções, e para cada subseção existem padrões interdependentes. Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios orientadores específicos. O princípio orientador do Nível 1 é a Segurança; do Nível 2 é a Gestão Integrada; e do Nível 3, a Excelência em Gestão. Segundo Góes (2007, 18-19), a instituição hospitalar, candidata ao Nível 3 de acreditação, necessita ter um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permita análises comparativas com referências adequadas e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados.

Nebot-Marzal *et al.* (2014) afirmam que há uma expansão no emprego de indicadores para medir, comparar e melhorar a atenção a saúde na Espanha. Eles mencionam, como referência os seguintes documentos: “*Indicadores de calidad para el Sistema Nacional de Salud* (2011)” e o “*Estándares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales de SNS. Proyecto Séneca* (2009)” que trazem um conjunto de indicadores de qualidade e segurança à disposição dos hospitais espanhóis que permite a comparação entre eles.

Jeddi *et al.* (2014) realizaram um estudo com o objetivo de investigar e apresentar um modelo conceitual para sistema de informação de gestão clínica utilizando a linguagem de modelagem unificada - *Unified Modeling Language* (UML). Como pressuposto, os autores afirmaram que o uso de informatização é um dos componentes fundamentais da gestão clínica; mas infelizmente, ela não presta muita atenção ao gerenciamento da informação. Os autores realizaram um estudo transversal, e os dados foram coletados por meio de questionários e entrevistas em dois hospitais iranianos. Os dados finais foram apresentados através de diagramas UML. Os resultados demonstraram que, na prática, alguns indicadores não são calculados ou alguns deles são calculados, mas não são utilizados. O cálculo e a análise efetiva de indicadores dos hospitais na gestão clínica de hospital requer banco de dados delineados. Os autores concluíram que a Unidade de gestão clínica dos hospitais estudados não tem acesso a todos os indicadores necessários para realizar sua missão. Portanto, a definição de processos, o delineamento de modelos necessários e a criação de banco de dados são essenciais para o desenvolvimento de sistemas de informação que contribuam para a governança clínica desses hospitais.

A dificuldade de mensuração dos indicadores de desempenho é discutida entre os autores estudados. Para Marinho (1998) citado por Rotta (2004, p. 23), é difícil exprimir resultados sintéticos de eficiência produtiva, sendo frequente a incompatibilidade entre resultados obtidos por indicadores parciais. Segundo o autor, é necessário fazer a distinção entre processos produtivos e insumos para produção. Apesar da confusão existente na mensuração destes dois aspectos, ele ressalta a importância da utilização de indicadores de

desempenho para identificar os tipos de instituições e para obter melhor visibilidade de aspectos locais de eficiência.

De acordo com a OPAS (2004), os indicadores podem avaliar estrutura, processo e resultado da assistência médica, incluindo a satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

Com relação à mensuração da qualidade hospitalar, Casparie (2000) citado por Rotta (2004, p. 25) sugere que o processo seletivo e o uso de indicadores para mensurar a qualidade hospitalar, devem ser fundamentados nas respostas a três questões básicas. A primeira refere-se à certificação da qualidade do mesmo. Em qual extensão ele pode refletir a qualidade da assistência? A segunda refere-se ao registro do mesmo. Pode o indicador ser mensurado em um caminho válido e confiável? E a terceira refere-se a que atividades apropriadas deverão ser iniciadas após o indicador fornecer um sinal?

Para o uso adequado de indicadores na área hospitalar, a Comissão Conjunta de Acreditação Americana para hospitais recomenda o registro das informações de cada indicador, de forma padronizada. Esta padronização deve incluir: a descrição do indicador; a definição de termos incluídos no indicador; o tipo de indicador; a sua racionalidade; a descrição da população alvo; e os fatores subjacentes que possam explicar variações nos dados.

Segundo Rotta (2004), também os indicadores de qualidade e produtividade são necessários para que se possa fazer comparações entre produtos com base na sua qualidade, ou entre processos, com base na qualidade e produtividade (ROTTA, 2004, p. 25-26).

Para que o resultado da mensuração seja real e adequada é necessário saber qual é a expectativa dos avaliadores de processos, pois, indicadores genéricos farão apreciações genéricas da realidade. Com relação à mensuração da qualidade hospitalar devem ser levados em conta aspectos básicos de como a extensão dos indicadores pode refletir a qualidade da assistência e preocupar-se com o registro dos mesmos. Faz-se necessária a construção de séries históricas, bem como, a codificação do seu significado. E por último observar se serão tomadas providências ou correção de rumo e outras, a partir dos indícios apontados por indicadores. Recomenda-se ainda, para o uso adequado dos indicadores na área hospitalar, o registro das informações de cada indicador de forma padronizada.

A análise dos indicadores deve ser feita através da comparação no ambiente interno da instituição, considerando na avaliação os aspectos de sazonalidade e constância. Deve-se considerar ainda, a comparação com outras instituições de características semelhantes. Para viabilizar estas comparações são sugeridas as seguintes estratégias: a aproximação entre os gestores, através de reuniões, simpósios ou conferências, e ainda, a consulta à literatura atual e clássica que aborda o assunto.

A análise dos indicadores deve contemplar alguns fatores, como por exemplo: estrutura organizacional, produção e nível de complexidade dos serviços do hospital, a inovação e absorção de novas tecnologias e equipamentos, o desenho dos processos produtivos de serviços internos, as características socioeconômicas dos usuários, tipo de

hospital e sua finalidade, nível de resolutividade, atenção à saúde, a quantidade de especialidades envolvidas, e o sistema financiador da assistência. Os indicadores devem ser analisados qualitativa e quantitativamente, de forma global e sistemática, possibilitando identificar tendências, oferecendo aos administradores, conclusões válidas e significativas, com referências para comparação de resultados entre serviços e/ou entre instituições.

4.6 CONCLUSÕES

Os indicadores permitem organizar, sintetizar e utilizar informações sobre a realidade das instituições. Essas informações devem fundamentar o planejamento estratégico, direcionar o estabelecimento de metas, permitir o controle, a avaliação de desempenho e subsidiar a tomada de decisão das instituições de saúde, inclusive as organizações hospitalares. Verifica-se que os indicadores podem ser tanto qualitativos quanto quantitativos.

Entre as principais características e requisitos dos indicadores, destacam-se algumas, que são: a disponibilidade, a confiabilidade, a validade, o poder discriminatório, a sensibilidade, a abrangência e a simplicidade, isto é, deve ser fácil de coletar, calcular e analisar. Devem ser representativos e adequados para a realidade social, econômica e cultural. É necessário que sejam produzidos com regularidade, visando à formação de séries temporais, permitindo visualizar as tendências no tempo, nos dados e nas informações com potencial para comparações.

A definição e a escolha dos indicadores devem fundamentar-se no alinhamento estratégico da organização e basear-se em consenso entre os profissionais envolvidos em sua formulação. Na seleção de indicadores, os envolvidos devem considerar os objetivos institucionais, as características dos serviços, da assistência e do uso que se fará dos mesmos. Deve-se observar a existência e disponibilidade de dados e recursos alocados para esta atividade; definir com clareza e simplicidade os procedimentos empregados para construir e interpretar os indicadores. Destaca-se também, a necessidade de monitoramento dos indicadores, pois serve também como recurso para subsidiar a adequação de procedimentos clínicos, de métodos operacionais e a melhoria de instrumentos de avaliação. Faz-se necessário uma avaliação constante dos indicadores, tanto do ponto de vista da qualidade do indicador, isto é, o quanto ele está realmente mostrando a realidade da organização, quanto do ponto de vista do avanço da tecnologia. Pois, ela permite a ampliação e a criação de novos serviços, justamente, para que as organizações hospitalares atendam a demanda e necessidade da população.

Os autores apresentam diferentes propostas quanto à classificação dos indicadores. Alguns classificam os indicadores em setoriais e corporativos. Outros classificam os indicadores em três grandes grupos, que são: os indicadores de estrutura, de processo e de resultados. A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) propõe a classificação dos indicadores segundo a área ou a função para a qual serão utilizados, por exemplo, áreas de

gestão, temáticas, aspectos do processo produtivo, relacionados com o uso de serviços por parte da população e com qualidade global dos serviços.

Outros autores classificam os indicadores em dois grandes segmentos para a gestão estratégica: os indicadores do meio ambiente externo e os indicadores do meio ambiente interno. Os indicadores podem ser representados por uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato. Identifica-se que os indicadores estão focados na tríade estrutura, processo e resultados.

Neste trabalho, a literatura estudada dá ênfase aos indicadores clínicos, mas devido aos processos de acreditação das instituições de saúde, são incluídos trabalhos que focam no uso de indicadores para avaliar a gestão. Apresentam-se alguns exemplos de indicadores que são: de estrutura, de processo, de resultados e indicadores aplicados ao ensino superior, tanto para a área hospitalar quanto indicadores gerais de ensino e pesquisa.

Os indicadores devem ser usados no controle de qualidade dos serviços, produtos, instalações, equipamentos e outros. Na área hospitalar os indicadores devem ser flexíveis, tendo em vista o desenvolvimento científico e tecnológico e fatores econômicos e sociais, devendo ser ativados ou desativados de acordo com o processo de melhoria contínua.

De acordo com a OPAS, os indicadores têm como principal objetivo medir uma situação determinada ou suas mudanças direta ou indiretamente. Portanto, os indicadores podem avaliar estrutura, processo e resultados da assistência médica, incluindo a satisfação dos usuários dos serviços de saúde.

No entanto, nas pesquisas realizadas com gestores hospitalares verificam-se ainda, alguns limitadores que dificultam o uso de indicadores, por exemplo: despreparo da gerência, a dificuldade de explorar as informações geradas através dos indicadores nas práticas gerenciais da gestão hospitalar. Os resultados dos estudos demonstram que os gestores utilizam os indicadores normalmente, para responder questões pontuais e/ou emergenciais. Alguns países utilizam os indicadores com o objetivo de avaliar o sistema de assistência como um todo e outros que não perceberam ainda, o potencial de uso dos indicadores hospitalares como um recurso estratégico.

Para que o resultado da mensuração através dos indicadores seja real e adequado é necessário fazer a distinção entre indicador e parâmetros ou critérios de avaliação. É importante saber qual é a expectativa dos avaliadores de processos, pois, indicadores genéricos farão apreciações genéricas da realidade. Com relação à mensuração da qualidade hospitalar deve fundamentar-se em três aspectos básicos, que são: o quanto a extensão dos indicadores pode refletir a qualidade da assistência, outro aspecto refere-se ao registro dos mesmos. Faz-se necessário a construção de séries históricas, bem como, a codificação do seu significado. E por último, se serão tomadas algumas iniciativas ou atividades após os indicadores fornecerem algum indício. Para o uso adequado dos indicadores na área hospitalar recomenda-se o registro das informações de cada indicador de forma padronizada.

A análise dos indicadores deve contemplar alguns fatores, por exemplo: estrutura organizacional, produção e nível de complexidade dos serviços do hospital, a inovação e absorção de novas tecnologias e equipamentos, os desenhos dos processos produtivos de serviços internos, as características socioeconômicas dos usuários, tipo de hospital e sua finalidade, nível de resolutividade da atenção à saúde e a quantidade de especialidades envolvidas e o sistema financiador da assistência. Os indicadores devem ser analisados qualitativamente e quantitativamente, de forma global e sistemática, possibilitando identificar tendências, oferecendo aos administradores, conclusões válidas e significativas, com referências para comparação de resultados entre serviços e/ou entre instituições.

5 CONCLUSÕES SOBRE O MARCO CONCEITUAL: O VALOR ESTRATÉGICO DA INFORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Na busca da fundamentação teórica para subsidiar o desenvolvimento deste trabalho e chegar ao seu objetivo geral de **“Propor novos indicadores que possam servir de base para o uso efetivo do atual sistema de informações gerenciais para tomada de decisão do Hospital de Clínicas da UFPR visando a sugerir medidas de aprimoramento e/ou formulação de um novo sistema”**, foi realizada uma extensa revisão de literatura que passou pelos seguintes pontos: A informação no contexto organizacional da saúde; Sistema de Informação em Saúde; Indicadores como subsídios para estruturação de um Sistema de Informação Hospitalar.

Os objetivos específicos a serem atingidos com essa revisão buscaram definir um referencial conceitual para obter o entendimento de como deve ser estruturado um sistema de informação hospitalar na área de saúde pública, e, em especial levantar os indicadores que melhor pudessem caracterizar as necessidades específicas dessa área.

Neste sentido, e para nortear a metodologia desenvolvida destacamos dessa revisão os seguintes pontos:

- a) A informação em saúde deve ser entendida como um recurso estratégico. Pode ser utilizada em todos os processos de acompanhamento de controle da saúde/doença, desde o atendimento ao paciente até as decisões institucionais. Os Sistemas de Informação em Saúde devem ser elaborados de forma a poder atender as demandas do ponto de vista técnico, político e social;
- b) As tecnologias de informação e comunicação têm proporcionado um imenso potencial para captar, tratar, armazenar e transmitir dados e informações. Também para os sistemas de informação em Saúde, elas facilitam as tarefas de rotina, assim como subsidiam a tomada de decisão estratégicas da gestão. Além disso, potencializam o uso de dados e informações para a pesquisa;
- c) A informação em Saúde é utilizada como insumo básico para conhecer, planejar, executar e avaliar as organizações atuantes na área sendo, portanto, um recurso estratégico para a gestão institucional. Além disso, subsidia, cada vez mais, as atividades médicas e afins, focadas na figura do paciente;
- d) Na área da Saúde, distinguem-se basicamente dois tipos de informação. A informação clínica que é utilizada pelos profissionais da Saúde para a tomada de decisão no tratamento de seus pacientes. Conforme o caso, esta pode ser aproveitada na investigação especializada e na docência acadêmica, observadas as exigências legais de proteção de dados e informações referentes ao paciente. Por sua vez, a informação para a gestão, é aquela necessitada e utilizada por administradores e gestores para viabilizar e apoiar suas decisões, nisto não

diferindo do uso da informação feito em organizações de outras áreas, embora apresentando aqui as especificidades da área da Saúde;

- e) Quanto às fontes geradoras de informações numa organização de Saúde, elas são produzidas através da observação direta; da comunicação interpessoal e por meio de subsistemas de informação específicos;
- f) Ao estruturar-se um sistema de informação é preciso focar na qualidade da informação, para a qual existem distintas abordagens, dependendo se for baseada no usuário (os tipos e fontes de informação satisfazendo as necessidades do mesmo); baseada no produto (quando os seus atributos forem passíveis de mensuração e quantificação); baseada na produção (quando estiver em conformidade com os padrões estabelecidos pelas necessidades de informação do consumidor);
- g) Ao se discutir a qualidade da informação chega-se também à problemática da sua deficiência. Na área da Saúde, deficiência informacional pode ser causada por sistemas de informações hospitalares cada vez mais sofisticados, sem interação com versões mais antigas; heterogeneidade de dados com níveis díspares de qualidade; mudanças de critérios; falta de padronização no processamento da informação e falta de pessoal especializado no desenvolvimento de projetos específicos;
- h) Quanto aos parâmetros de qualidade da informação, as bases de dados devem ser bem desenhadas, atendendo à realidade da organização. A informação disponibilizada deve atender, sobretudo aos critérios de acesso, integração, utilidade, inteligibilidade, coerência, consistência, precisão, atualização, confiabilidade, completeza, abrangência, acurácia, originalidade, identidade e audiência;
- i) Exige-se que os sistemas de informação hospitalar, ao nível de gestão, devem ser capazes de oferecer informações para subsidiar o planejamento, acompanhamento, direcionamento e avaliação da própria administração hospitalar;
- j) O Sistema de Informação Gerencial (SIG) propicia informações administrativas, dados sobre os custos etc. Este tipo de sistema é centrado sobre as atividades realizadas. Dessa forma, oferece suporte para a direção, planejamento, controle e tomada de decisões. Destina-se, portanto, à administração da organização hospitalar propriamente dita;
- k) Os sistemas de informação hospitalar (SIH), quando bem desenhados, devem oferecer a informação requerida em tempo real, potencializando assim a qualidade do atendimento médico e da tomada de decisão dos gestores da organização hospitalar e favorecer o controle pelas Agencias Reguladoras;
- l) Os objetivos delineados para caracterizar um SIH abrangem todos os níveis da organização na qual está inserido, isto é, o nível estratégico, o tático e o

operacional. Quanto mais seus objetivos estiverem em sintonia com o propósito institucional e com suas necessidades informacionais mais relevante será o SIH para a instituição, contribuindo para que a mesma cumpra melhor os seus próprios objetivos;

- m) O processo da gestão da informação propiciada por um SIH deve permitir a articulação das perspectivas e necessidades de informação clínica, de pesquisa e de gestão interna. Deve levar em consideração, também, as crescentes demandas externas econômico-financeiras, a vigilância epidemiológica e sanitária, a avaliação de desempenho sob diferentes perspectivas. Além disto, deve oferecer condições de orientar os investimentos em Informática Médica e promover o desenvolvimento das padronizações e registros necessários. A gestão da informação como processo dinâmico deverá fazer parte da gestão do serviço hospitalar como um todo;
- n) Um SIH necessita de indicadores para recuperar informação. Esses permitem organizar, sintetizar e utilizar informações sobre a realidade das instituições. Essas informações devem fundamentar o planejamento estratégico, direcionar o estabelecimento de metas, permitir o controle e avaliação de desempenho e subsidiar a tomada de decisão das instituições de saúde, inclusive as organizações hospitalares. Estes podem ser tanto qualitativos quanto quantitativos;
- o) Entre as principais características e requisitos dos indicadores, destacam-se algumas, que são: a disponibilidade, a confiabilidade, a validade, o poder discriminatório, a sensibilidade, a abrangência e a simplicidade, isto é, deve ser fácil de coletar, calcular e analisar. Devem ser representativos e adequados para a realidade social, econômica e cultural. É necessário que sejam produzidos com regularidade, visando à formação de séries temporais, permitindo visualizar as tendências no tempo, nos dados e nas informações com potencial para comparações;
- p) Na seleção de indicadores, em primeiro lugar, é necessário considerar os objetivos institucionais, as características e peculiaridades de cada serviço, da assistência e do uso que se fará dos mesmos, assim é possível identificar os indicadores mais apropriados para atender às necessidade de cada área. Deve-se observar a existência e disponibilidade de dados e recursos alocados para esta atividade; definir com clareza e simplicidade os procedimentos empregados para construir e interpretar os indicadores. A definição e a escolha dos indicadores devem basear-se em consenso entre os profissionais envolvidos;
- q) A análise dos indicadores deve contemplar alguns fatores, por exemplo: estrutura organizacional, produção e nível de complexidade dos serviços do hospital, a inovação e absorção de novas tecnologias e equipamentos, os desenhos dos processos produtivos de serviços internos, as características socioeconômicas dos usuários, tipo de hospital e sua finalidade, nível de resolutividade da atenção à saúde e a quantidade de especialidades envolvidas e o sistema financiador da

assistência. Os indicadores devem ser analisados qualitativamente e quantitativamente, de forma global e sistemática, possibilitando identificar tendências, oferecendo aos administradores, conclusões válidas e significativas, com referências para comparação de resultados entre serviços e/ou entre instituições.

- r) O monitoramento de indicadores possibilita a melhoria no controle da execução do plano de ação e, portanto, funciona como um suporte ao controle gerencial, garantindo o desdobramento, a realização e a atualização das estratégias da organização. Apresenta-se também a possibilidade do uso de relatórios de indicadores elaborados por avaliadores de processos e mensuração da qualidade e de acreditação hospitalar, cujos objetivos principais são a segurança e a qualidade do cuidado do paciente;
- s) Uma avaliação constante dos indicadores, tanto do ponto de vista da qualidade do indicador, isto é, o quanto ele está realmente mostrando a realidade da organização, quanto do ponto de vista do avanço da tecnologia, permite a ampliação e a criação de novos serviços, justamente, para que as organizações hospitalares atendam a demanda e necessidade da população;
- t) Indicadores na área da saúde podem incluir os seguintes itens: a) indicadores de estrutura; b) indicadores de processo; c) indicadores de resultados. No caso de um hospital também voltado para o ensino é necessário incluir indicadores de ensino, pesquisa e extensão.

PARTE III - ESTUDO DE CASO

INTRODUÇÃO

6 DESENVOLVIMENTO DE REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

**7 PROPOSTA DE INDICADORES CAPILARES PARA A ESTRUTURAÇÃO
DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DO HC-UFPR**

**9 ESTUDO COMPARADO: BENCHMARKING; COTEJAMENTO E ANÁLISE
DOS DADOS**

ESTUDO DE CASO

Esta parte compreende quatro capítulos. O capítulo 6 refere-se ao objeto do estudo de caso; o Capítulo 7 refere-se ao Desenvolvimento do Referencial Teórico e Metodológico; o Capítulo 8 refere-se à nossa Proposta de Indicadores; e o Capítulo 9 refere-se ao Estudo comparado: Benchmarking; cotejamento e análise dos dados.

INTRODUÇÃO

Estudo exploratório descritivo ou interpretativo descritivo. Inclui pesquisa bibliográfica; de levantamento; análise; diagnóstico; e proposição em relação a parâmetros levantados nas literaturas nacional e internacional e cotejado com as melhores práticas de informação para tomada de decisão hospitalar. Constitui também um estudo de caso, visando a identificação de necessidades informacionais para tomada de decisão em ambiente hospitalar.

O estudo inclui:

- a) Identificação e análise do objeto de estudo - Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) - levantando suas principais características e contexto de atuação: histórico e finalidades, missão, visão, objetivos, políticas institucionais, estrutura administrativa, modelo gerencial, recursos humanos, equipamentos, fontes de recursos, serviços, atividades de ensino, acreditação, premiação e reconhecimento permitindo assim, uma análise das suas fraquezas, bem como, a análise do seu entorno, identificando as suas forças. Do ponto de vista metodológico nesta caracterização foram utilizados o levantamento e análise de documentos, e a técnica de observação participativa.
- b) Desenvolvimento de referencial teórico e metodológico visando a identificação dos requisitos necessários para a estruturação de um sistema de informação gerencial para tomada de decisão em hospitais com foco em indicadores administrativos;
- c) Levantamento de centros de excelência em informação hospitalar no Paraná para identificação de parâmetro de melhores práticas para estudo comparado;
- d) Desenvolvimento de instrumento de coleta de dados a partir de parâmetros identificados na revisão de literatura, visitas (estudos de casos) e entrevistas focando em indicadores;
- e) Identificação e caracterização dos indicadores utilizados pelas direções e assessorias do HC-UFPR;

- f) Identificação e diagnóstico de necessidades informacionais da alta direção para o seu processo de tomada de decisão, em relação às suas atividades, em alinhamento com as características institucionais. A metodologia utilizada foi a de “estudo centrado no usuário” e orientado para tarefa, utilizando a técnica de entrevista ou o grupo focal. Entendeu-se que as necessidades e os usos de informação devem ser examinados dentro do contexto profissional, organizacional e social dos usuários. Entendeu-se também que as necessidades de informação variam de acordo com a profissão ou o grupo social dos usuários e os requisitos específicos da tarefa que está realizando (Choo, 2003, p.79);
- g) Proposta de lista de indicadores que possam embasar o sistema de informações para tomada de decisão hospitalar para o HC-UFPR;
- h) Cotejamento desta lista com um *benchmark* identificado como prática consolidada no setor;
- i) Proposição de soluções e aprimoramentos, visando o “melhor” sistema de informações para tomada de decisão hospitalar dentro do contexto estudado, a partir de indicadores.

6 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO – HC-UFPR

6.1 HISTÓRICO E FINALIDADES

O Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) foi inaugurado em 1961. Nasceu da necessidade da Universidade ter um hospital para o treinamento dos alunos de Medicina e da necessidade do Estado ter um hospital geral que atendesse a população.

O HC-UFPR funciona como um Órgão Suplementar da Universidade Federal do Paraná. Trata-se do maior hospital público do Paraná e um dos cinco maiores hospitais universitários federais do Brasil. Diariamente, circulam pelos seus corredores cerca de 11 mil pessoas entre professores, médicos, residentes, estudantes, profissionais da área da saúde, funcionários, estagiários, voluntários, colaboradores, visitantes, pacientes e familiares. Possui, atualmente, 61.525 mil metros quadrados de área construída: 192 consultórios e dispõe de 643 leitos distribuídos em 31 especialidades. O aumento no atendimento aos pacientes, o desenvolvimento e a expansão das especialidades médicas exigiram que o hospital passasse a oferecer os seus serviços em outras instalações, localizadas, tanto nas proximidades do seu prédio principal, quanto em outras regiões da cidade.

6.2 MISSÃO, VISÃO, OBJETIVOS DO HC-UFPR

Seu planejamento estratégico define a Missão do HC-UFPR: “Prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão.” Sua Visão: “Ser Hospital de Ensino da UFPR de referência, com qualidade no ensino, pesquisa e extensão nas diferentes áreas da saúde, inserido no Sistema Único de Saúde, com atendimento de referência nos níveis terciário e quaternário e, articulado com as outras instâncias da Universidade Federal do Paraná nos níveis primário e secundário.”

Para cumprir sua missão e alcançar sua visão o HC-UFPR traçou os seguintes objetivos institucionais:

- a) Oferecer assistência hospitalar acreditada, integrada à rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde do país;
- b) Garantir campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão;
- c) Propiciar acesso fácil da comunidade universitária aos Hospitais Universitários, em programa articulado com a Pró-Reitoria de Assistência Estudantil;
- d) Aprimorar continuamente a gestão hospitalar.
- e) Aprimorar e dar continuidade à implantação do Novo Modelo de Gestão.

6.3 POLÍTICAS INSTITUCIONAIS

Suas políticas institucionais são:

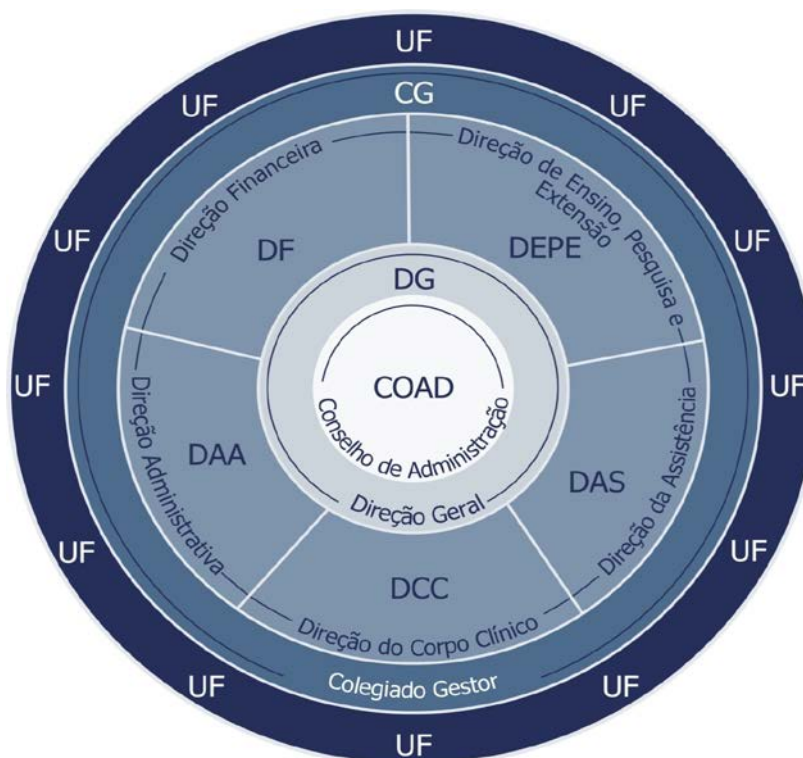
- a) **Política de Assistência à Saúde:** Melhorar o atendimento à saúde, através de ações que propiciem aumento da qualidade nos aspectos técnicos, científicos e administrativo-burocráticos, e ações que favoreçam e estimulem o trabalho em equipes multi e interdisciplinares.
- b) **Política de Apoio ao Ensino:** Promover a integração entre as atividades acadêmicas e a estrutura organizacional do Hospital.
- c) **Política de Intercâmbio com as outras Instâncias da UFPR:** Estabelecer ações de intercâmbio técnico, científico e administrativo com os diversos setores da UFPR.
- d) **Política de Apoio à Pesquisa:** Incentivar a atividade de pesquisa, desenvolvendo ações que possibilitem aos pesquisadores, maiores facilidades de acesso a recursos e maior proximidade com os órgãos financiadores de pesquisa.

- e) **Política de Recursos Humanos:** Agir na vanguarda, estar sintonizado com as metas estratégicas da instituição e da unidade em que atua. Busca de definição do financiamento das Fundações de Apoio e ou de política de suprimento de pessoal.
- f) **Política Financeira:** Tornar mais ágil e eficiente a circulação de recursos financeiros.
- g) **Política de Suprimentos:** Tornar mais eficiente, ágil e racional a aquisição e a distribuição de insumos.
- h) **Política de Recuperação Física e Adequação de Equipamentos:** Promover a recuperação da estrutura física do Hospital. Garantir recursos para a aquisição, manutenção e reparação dos equipamentos.
- i) **Política de Expansão Física:** Garantir o crescimento do Hospital.
- j) **Políticas de Relacionamento com a Sociedade:** Solidificar a imagem da Instituição como patrimônio da sociedade paranaense.
- k) **Política de Humanização:** Conscientizar e implementar junto a comunidade interna, colaboradores e docentes as políticas do Programa Nacional de humanização da Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde.

6.4 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA

Para facilitar o entendimento da estrutura administrativa do HC-UFPR apresentamos, em seguida, o seu organograma, conforme figura 1.

FIGURA 1 – ORGANOGRAMA DO HC-UFPR



Fonte: UFPR-HC (2007-2011)

O HC-UFPR possui diversos atores envolvidos na sua administração, que incluem desde os Conselhos da própria UFPR até a sociedade civil organizada, passando ainda pelas três esferas do governo, Federal, Estadual e Municipal. Os diversos atores que atuam de forma direta ou indireta no HC-UFPR definem a forma como o hospital é dirigido, administrado ou controlado. A seguir, descreveremos alguns dos principais atores do HC-UFPR e o papel que cada um exerce na governança corporativa da instituição.

O Conselho de Administração (COAD) do HC-UFPR é o seu órgão consultivo, deliberativo e normativo, integrado pelos seguintes membros: Diretor Geral; Diretor do Setor de Ciências da Saúde; Diretor Administrativo; Diretor da Assistência; Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretor do Corpo Clínico; Diretor Financeiro; Chefes dos Departamentos e Coordenadores dos Cursos que exercem atividades curriculares obrigatórias no âmbito do HC-UFPR; Representantes dos servidores técnico-administrativos da UFPR lotados no HC-UFPR; Representante do corpo discente.

As atribuições do COAD são:

- a) Aprovar a política global do HC-UFPR, planos de trabalho e plano diretor de gestão e suas modificações, em consonância com as diretrizes gerais da Reitoria;
- b) Propor aos órgãos superiores da Universidade acordos, convênios com entidades públicas e privadas;

- c) Aprovar doações e legados feitos ao HC-UFPR, respeitadas as atribuições dos órgãos superiores da Universidade;
- d) Propor aos órgãos superiores da Universidade o quadro de pessoal técnico-administrativo do HC-UFPR;
- e) Apreciar a proposta de orçamento do HC-UFPR, a programação financeira e as suas alterações e encaminhar aos órgãos superiores da Universidade;
- f) Elaborar proposta de Regimento do HC-UFPR e suas alterações e encaminhar aos órgãos superiores da Universidade para aprovação, zelando pela sua observância;
- g) Apreciar a prestação de contas e o relatório anual do Conselho Diretivo do HC-UFPR e encaminhar aos órgãos superiores da Universidade;
- h) Deliberar sobre assuntos encaminhados pelo Conselho Diretivo do HC-UFPR;
- i) Apreciar as indicações do Diretor Geral para os cargos de direção, e assessoria;
- j) Deliberar sobre assuntos patrimoniais, respeitada a atribuição dos órgãos superiores da Universidade;
- k) Outorgar, pelo voto de dois terços dos seus membros, apurado por escrutínio secreto, o título de Membro Honorário do HC-UFPR;
- l) Aprovar o regulamento do Conselho Diretivo do HC-UFPR e o seu próprio, e homologar os instrumentos normativos da Direção Geral;
- m) Apreciar periodicamente, os dados qualitativos e quantitativos dos serviços do HC-UFPR;
- n) Julgar os recursos interpostos das decisões do Conselho Diretivo do HC-UFPR;
- o) Apreciar atos administrativos e gerenciais dos Chefes de Departamento que dizem respeito diretamente à condução do HC-UFPR;
- p) Deliberar sobre propostas de interesse do corpo discente e docente da Universidade que envolva as dependências e o funcionamento do HC-UFPR para ensino, pesquisa e extensão;
- q) Propor ao Reitor, em parecer fundamentado, a destituição do Diretor Geral, desde que aprovada por dois terços de seus membros;
- r) Aprovar a outorga de títulos, comendas e honrarias do HC-UFPR, respeitados aqueles de competência do Conselho Universitário;
- s) Constituir comissões para tarefas específicas;
- t) Aprovar tabelas de preços e serviços propostos pelo Conselho Diretivo do HC-UFPR;
- u) Deliberar sobre a participação em estágios, cursos e eventos científicos custeados pelo HC-UFPR, no país ou no exterior, observada a legislação vigente.

O Conselho Diretivo (CODIR) do HC-UFPR é o órgão executivo integrado pelos seguintes membros: Diretor Geral; Diretor Administrativo; Diretor da Assistência; Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão; Diretor do Corpo Clínico; Diretor Financeiro; Diretor(es) da(s) Unidade(s) Hospitalar(es) Descentralizada(s).

As atribuições do CODIR são:

- a) Baixar normas de organização e funcionamento do HC-UFPR;
- b) Cumprir e fazer cumprir o Regimento do HC-UFPR, as decisões do Conselho de Administração do HC-UFPR e dos órgãos colegiados superiores, obedecendo a legislação pertinente;
- c) Elaborar a proposta orçamentária do HC-UFPR e submetê-la à apreciação do Conselho de Administração do HC-UFPR;
- d) Submeter ao Conselho de Administração do HC-UFPR a prestação de contas e o relatório anual;
- e) Buscar soluções técnicas e administrativas visando o desenvolvimento do HC-UFPR;
- f) Estabelecer as metas físicas e financeiras para cada exercício;
- g) Propor a tabela de preços e serviços;
- h) Propor pedido de suplementação de verbas adicionais em conformidade com o Art. 78 do Estatuto da Universidade.

O HC-UFPR sendo um órgão suplementar da UFPR segue as diretrizes da Universidade e ainda, presta conta das suas atividades ao Conselho Universitário da Universidade Federal do Paraná (COUN). O Conselho Universitário é o órgão máximo deliberativo da UFPR e é resultado da união dos membros do Conselho de Ensino, Pesquisa e Extensão e do Conselho de Planejamento e Administração. Tem como principal objetivo traçar a política universitária, funcionando também como instância recursal. É presidido pelo Reitor e composto por 51 membros dentre professores, técnicos administrativos, alunos e representantes da comunidade.

Por ser um hospital de ensino está vinculado, assim como a UFPR, ao Ministério da Educação (MEC) principalmente, no que tange as políticas de formação de recursos humanos na área da Saúde. O HC-UFPR é responsável pela formação de aproximadamente 60% dos profissionais desta área no país. Como já mencionado anteriormente, essa formação se dá tanto no nível da Graduação como da Pós-graduação. O MEC é também, responsável pela folha de pagamento de parte dos funcionários do HC-UFPR. E repassa juntamente com o Ministério da Saúde uma ajuda de custo para o Hospital através do Recurso Interministerial.

Sendo um hospital universitário público, o HC-UFPR, é regido pelo Acórdão TCU 013.204/2000-8, de 11/08/2004 que determina serem todos os Hospitais Universitários

Públicos integrantes da administração indireta, integrando incondicionalmente o Sistema Único de Saúde (SUS), independente da vontade de seus dirigentes. O SUS é constituído 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 pelo poder público”. Atendendo a população da sociedade usuária do SUS presta conta dos seus resultados ao Ministério da Saúde. Os hospitais de ensino do país servem como recursos estratégicos para o Ministério da Saúde na implementação das suas diretrizes e, desenvolvimento do avanço científico e tecnológico para a saúde da população brasileira.

A Secretaria Estadual de Saúde e a Secretaria de Ciência, Tecnologia e Ensino Superior disponibilizam, através de projetos apresentados por professores e técnicos administrativos que atuam no HC-UFPR, recursos para a aquisição de equipamentos e realização de obras e reformas. Por sua vez, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) integra o HC-UFPR, através de convênio, na rede regionalizada e hierarquizada de estabelecimentos de saúde que constituem o SUS/Curitiba. Caracteriza o HC-UFPR como um polo de atendimento em saúde que garanta aos seus usuários, atenção integral, humanizada e de qualidade, em ação conjunta a ser desenvolvida entre o município e os demais partícipes.

A Fundação da Universidade federal do Paraná para o Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Cultura (FUNPAR) apoia o HC-UFPR desde o início da década de 80, quando a quantidade de funcionários e professores mantidos pelo MEC, passou a ser insuficiente para o HC-UFPR enfrentar o desafio de manter suas atividades de ensino, de assistência, de pesquisa e de extensão. O constante avanço da ciência e da tecnologia médica, a universalização da clientela e, conseqüentemente o aumento de demanda da população por serviços de saúde, o elevado número de aposentadorias e, as extinções de cargos sem a necessária reposição, entre outras exigências, apresentaram-se como desafios para a administração do hospital. Isto levou as autoridades da UFPR e do HC-UFPR a buscarem a contratação de colaboradores através da FUNPAR. Os recursos para a folha de pagamento dos colaboradores da FUNPAR lotados no HC-UFPR são oriundos da arrecadação do SUS. A FUNPAR atua ativamente na viabilização de recursos, apoiando projetos de pesquisa, de ensino, de extensão e de desenvolvimento institucional. Ela é um instrumento facilitador das relações do HC-UFPR com a sociedade nas suas diversas dimensões – setor popular, setor produtivo e área governamental – viabilizando projetos e contribuindo para o desenvolvimento do hospital. Em 2001, a FUNPAR, juntamente com a Reitoria da UFPR, elaborou e implantou o programa “O HC CONTA COM VOCÊ”, que é a contribuição da comunidade através da doação de recursos financeiros por meio da conta de Luz para o HC-UFPR, sendo uma importante contribuição na linha complementar de captação de recursos para o hospital.

A sociedade paranaense, em geral, tem se sensibilizado com o HC-UFPR e, sabendo da sua importância para a população carente do Estado, tem se mobilizado através da Associação dos Amigos do Hospital de Clínicas, Associação Alírio Pfiffer, Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia, Associação Mara Lígia Cercal, Associação Pró Neuropediatria, Associação de Pais e Amigos da Criança com Deficiência as quais tem contribuído na manutenção dos serviços do hospital, adquirindo equipamentos, remédios, alimentos, mantimentos e, executando, ainda que de forma pontual, reformas de área física e

de instalações de algumas unidades do Hospital. Tem oferecido incentivo à elaboração de novos programas acadêmicos e apoio ao paciente na busca pela inclusão social. Isto se traduz em melhorias e benefícios na qualidade do atendimento de milhares de pacientes. Para a realização deste trabalho essas entidades contam com o apoio de pessoas físicas, associações de classe, órgãos públicos, instituições, agências, mídia, empresas, parceiros que têm como objetivo melhorar e humanizar o atendimento dos pacientes do HC-UFPR.

6.5 O MODELO GERENCIAL DO HC-UFPR

Os hospitais brasileiros convivem com graves questões gerenciais, determinadas pela conjuntura do mecanismo de financiamento do setor da Saúde vigente no País. Tais como: ausência de autonomia, necessidade de readequações administrativas e/ou assistenciais, mecanismos de avaliação de custo/benefício e eficiência. Portanto, a avaliação da qualidade dos serviços prestados torna-se crucial para a sobrevivência institucional.

Para tais instituições, mais que uma simples liberalização da legislação vigente, exige-se uma mudança completa do estilo gerencial, que possa conferir maior ênfase aos aspectos de eficiência e qualidade dos serviços.

Neste sentido, o HC-UFPR está implantando desde maio de 2002, o projeto de reestruturação organizacional e gerencial que objetiva a descentralização das decisões a partir da elaboração de metas e compromissos pactuados com a direção do hospital.

Esta nova estrutura transforma a organização do hospital em todos os seus aspectos, com destaque para a corresponsabilização, o relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se do nível executor.

O novo modelo propõe a constituição de Unidades Funcionais (U. F.) que se caracterizam pela existência de equipes estáveis, com processos de trabalho definidos e semelhantes ou com grande relação entre si, gestão descentralizada com desenvolvimento de planejamento estratégico situacional no nível da U.F, em consonância com o Plano Estratégico do HC-UFPR; maior distribuição de responsabilidade; maior participação e comprometimento do nível operacional; decisões pactuadas pelos colegiados internos; definição de objetivos e metas geridos pelo Contrato de Gestão com a direção.

Neste sentido, as unidades funcionais pretendem constituir-se como uma forma de gerenciar tanto o cotidiano como o projeto institucional, a partir de um planejamento participativo que apresente coerência entre os planos de trabalho das diversas unidades funcionais.

A composição de uma Unidade Funcional significa definir claramente o espaço físico, os recursos materiais e o quadro de pessoal alocado para produzir determinados produtos ou serviços, bem como seu custo operacional e sua produção de bens/serviços, tendo como eixo a integralidade da atenção ao paciente.

Este novo modelo gerencial tem como objetivo geral: Implantar e implementar um modelo de gestão descentralizado através da criação e organização das Unidades Funcionais.

E, como objetivos específicos:

- a) Ampliar a autonomia gerencial no Hospital de Clínicas da UFPR;
- b) Descentralizar o planejamento e gestão dos recursos existentes;
- c) Implantar processo gerencial baseado nos resultados e na racionalização dos recursos;
- d) Descentralizar decisões e responsabilidades visando o cumprimento da missão do hospital;
- e) Implantar dispositivos organizacionais que reduzam a fragmentação das práticas profissionais;
- f) Criar a lógica do compromisso com a qualidade do atendimento aos usuários internos e externos;
- g) Desenvolver e implementar uma política de recursos humanos centrada na ética da responsabilidade;
- h) Possibilitar difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática, solidária e crítica.

A implantação destas unidades funcionais está ocorrendo em duas etapas. No primeiro momento, foram implantadas as unidades funcionais administrativas. Foram agrupadas considerando serviços/seções/atividades/especialidades afins. No segundo, as unidades funcionais assistenciais que estão sendo concebidas a partir de três macro coordenações provisórias: Coordenação de Atendimento Externo, Coordenação de Unidades de Internação e Coordenação de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

Existem dois espaços coletivos, onde podem ser negociados e pactuados compromissos, de forma que todos se responsabilizem pela melhoria do desempenho dos serviços, que são:

- a) O colegiado interno de cada Unidade Funcional que é constituído por membros que contribuem para a gestão da Unidade Funcional, com os objetivos de promover a participação e a democratização, contemplando as representações ou serviços que participam efetivamente dos diversos processos produtivos.
- b) O colegiado gestor das Unidades Funcionais (Conselho Gerencial) é constituído pelos diretores e gerentes com o objetivo de coordenar e acompanhar o funcionamento das Unidades Funcionais, compatibilizando-as com as metas e objetivos gerais do hospital. É também o espaço de pactuação entre as diversas

unidades funcionais, visando o cumprimento da missão da instituição do ponto de vista assistencial, de ensino e pesquisa.

Essas unidades são construídas coletivamente, baseadas na lógica do cuidado integral, de forma que a atenção integral de um paciente no hospital seja o esforço de uma abordagem completa, holística, de cada pessoa portadora de necessidades de saúde que, por certo período de sua vida, precise de cuidados hospitalares.

Através deste modelo gerencial objetiva-se fazer a gestão a partir da integralidade do cuidado, satisfação dos trabalhadores com o seu fazer e o cumprimento de metas institucionais pactuadas publicamente, além da melhor assistência, oferecendo condições adequadas para o ensino e a pesquisa de excelência no HC-UFPR.

6.6 RECURSOS HUMANOS

No ano de 2010 o HC-UFPR registrou 3.799 funcionários de diversas categorias. Destes 1.025 são vinculados à Fundação da Universidade Federal do Paraná para o Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Cultura (FUNPAR) e 1.990 ao Ministério da Educação (MEC). Em seu quadro de recursos humanos inclui ainda 275 médicos residentes e 509 colaboradores terceirizados. As Tabelas 1 e 2 abaixo apresentam informações mais detalhadas do quadro de funcionários do HC-UFPR, incluindo as várias categorias de funcionários e o respectivo vínculo empregatício a partir de 2007 a 2010.

TABELA 1 – CATEGORIA DOS FUNCIONÁRIOS COM VÍNCULO EMPREGATÍCIO (MEC, FUNPAR) QUE ATUAM NO HC-UFPR – 2007-2010

CATEGORIA	2007	2008	2009	2010
Assistente Social	42	41	40	40
Atendente de Enfermagem	2	1	1	1
Auxiliar de Enfermagem	779	739	715	654
Enfermeiro	222	225	221	249
Fisioterapeuta	34	34	34	34
Fonoaudiólogo	3	3	3	3
Médico	392	379	365	367
Musicoterapeuta	2	2	2	2
Nutricionista	15	15	15	16
Psicólogos	22	22	21	20
Técnico de Enfermagem	209	196	186	251
Terapeuta Ocupacional	8	7	7	8
Outros funcionários	1.606	1.478	1.416	1.370
TOTAL	3.336	3.142	3.026	3.015

Fonte: Unidade de administração de Pessoas/HC - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p.138.

TABELA 2 – FUNCIONÁRIOS POR VÍNCULO EMPREGATÍCIO DO HC-UFPR – 2007-2010

VÍNCULO	2007	2008	2009	2010
MEC	2.147	2.050	2.049	1.990
FUNDAÇÃO	1.189	1.093	1.050	1.025
Residência Médica	237	247	248	275
Empresas Contratadas (terceirizados)	377	388	412	509
TOTAL	3.950	3.778	3.759	3.799

Fonte: Unidade de Administração de Pessoas e Serviço de Planejamento/Unidade de Informação/HC - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p.138.

Este contingente de funcionários permitiu ao hospital, em 2010, atender a um universo populacional regional de 464 mil pessoas do Estado do Paraná, ou seja, 96% dos pacientes atendidos no HC-UFPR são do Estado do Paraná. Recebeu também, paciente de outros estados, num total de 4% e, até mesmo, de outros países equivalentes ao percentual de 0,01% de atendimentos. A média mensal é de 99.749 mil atendimentos, deste total são 1.515 internações e 919 cirurgias.

6.7 EQUIPAMENTOS

Para manter o nível atual de serviço, em especial no que diz respeito à qualidade e a quantidade, o HC-UFPR utiliza, além dos insumos, os equipamentos mencionados na tabela 17. A tabela informa também sobre a sua forma de aquisição.

TABELA 3 - EQUIPAMENTOS DISPONÍVEIS NO HC-UFPR E A FORMA DE AQUISIÇÃO – 2010

TIPO DE EQUIPAMENTO	COMODATO	PRÓPRIO	QTDE TOTAL	
EQUIPAMENTOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	Gama câmara	-	1	1
	Mamógrafo com Comando Simples	-	1	1
	Mamógrafo com Estereotaxia	-	1	1
	Raio X ate 100 mA	-	1	1
	Raio X ate 100 a 500 mA	-	11	11
	Raio X mais de 500 mA	-	5	5
	Raio X Dentário	-	1	1
	Raio X com Fluoroscopia	-	4	4
	Raio X para Densitometria Ossea	-	-	1
	Raio X para Hemodinâmica	-	-	1
	Tomógrafo Computadorizado	-	-	2
	Ultrassom Doppler Colorido	-	-	1
	Ultrassom Convencional	-	1	1
	EQUIPAMENTOS DE INFRAESTRUTURA	Controle Ambiental/Ar-Condicionamento Central	13	18
Grupo Gerador		-	4	4
Equipo Odontológico		-	-	3
Compressor Odontológico		-	1	1
Fotopolimerizador		-	3	3
Caneta de Alta Rotação		-	5	5
Caneta de Baixa Rotação		-	5	5
Amalgamador		-	1	1
Aparelho de Profilaxia com Jato de Bomba/Balão Intra-Aórtico		-	4	4
		-	1	1
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENÇÃO DA VIDA EQUIPAMENTOS POR MÉTODOS ÓPTICOS	Bomba de Infusão	380	-	380
	Berço Aquecido	-	18	18
	Bilirrubinômetro	-	1	1
	Desfibrilador	6	46	52
	Equipamento de Fototerapia	-	11	11
	Incubadora	-	45	45
	Marcapasso Temporário	-	3	3
	Monitor de ECG	-	35	35
	Monitor de Pressão Invasivo	-	20	20
	Monitor de Pressão Não-Invasivo	-	22	22
	Reanimador Pulmonar/AMBU	-	38	38
	Respirador/Ventilador	14	50	64
	Eletrocardiógrafo	-	18	18
	Endoscópio das Vias Urinárias	-	1	1
	Endoscópio Digestivo	-	12	12
	Equipamentos para Optometria	-	2	2
	Laparoscópio/Vídeo	-	5	5
	Microscópio Cirúrgico	-	3	3
	Aparelho de Diatermia por	-	9	9
EQUIPAMENTOS	Eletroencefalógrafo	-	12	12
OUTROS EQUIPAMENTOS	Aparelho de Eletroestimulação	-	11	11
	Equipamentos de Aférese	6	-	6
	Equipamento para Audiometria	1	2	3
	Equipamento de Circulação	1	-	1
	Equipamento para Hemodiálise	-	15	15
	Forno de Bier	-	3	3

Fonte: Patrimônio HC-UFPR

6.8 FONTES DE RECURSOS

O HC-UFPR, sendo um hospital público, é mantido através de recursos públicos. Essas fontes de recursos são, por exemplo, o MEC, responsável pela folha de pagamento de um percentual de funcionários e professores, conforme já mencionado anteriormente na tabela 2. Os recursos oriundos do SUS através do pagamento dos procedimentos médicos, internações, consultas, exames etc, são empregados entre outras despesas, na manutenção e na aquisição de equipamentos e insumos para o hospital. O percentual das fontes de recursos do HC-UFPR está demonstrado na tabela 18.

TABELA 4 – FONTE DE RECURSOS DO HC-UFPR - 2010

FONTE	PERCENTUAL
MEC	66,12%
SUS	32,92%
Recurso Próprio	0,96%
TOTAL GERAL	100,00

Fonte: Diretoria Financeira (nov. 2010)

6.9 SERVIÇOS

Além de ser o maior prestador de serviços do SUS no Estado do Paraná, o grande leque de atividades desenvolvidas no HC-UFPR permite que ele seja o maior programa de extensão universitária da Universidade Federal do Paraná e, por isso, é a parte da Universidade mais visível para a comunidade. As Tabelas 3, 4, 5, 6, 7 e 8, retratam a estrutura do hospital, seus indicadores de produção, os números de atendimentos, nos ambulatorios e na emergência, bem como, a quantidade de exames realizados e também, os serviços auxiliares oferecidos para os pacientes do hospital nos últimos quatro anos (2007-2010).

TABELA 5 – ESTRUTURA HOSPITALAR DO HC-UFPR 2007-2010

NÚMEROS	2007	2008	2009	2010
Consultório Médico (1)	261	261	261	192
Leitos	643	643	643	643
Leitos na UTI	48	50	50	50
Salas de Cirurgia	20	20	20	20

Fonte: Serviço de planejamento – Unidade de Informação/HC - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p. 139.

Nota: (1) Eram consideradas todas as salas de atendimentos e a partir de 2010 foram considerados apenas os consultórios médicos.

TABELA 6 – INDICADORES DA PRODUÇÃO HOSPITALAR DO HC-UFPR 2007-2010

INDICADORES	2007	2008	2009	2010
Média de Permanência (dias)	7,21	7,32	7,03	7,09
Taxa de Ocupação %	69,7	71,2	63,03	68,08

Fonte: Serviço de planejamento – Unidade de Informação/HC - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p. 139.

TABELA 7 – ASSISTÊNCIA HOSPITALAR DO HC-UFPR – 2007-2010

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR	2007	2008	2009	2010
Internações	19.331	19.003	17.760	18.189
Óbitos	800	645	570	650
Cirurgias (C.Cir.+C.O)	11.962	10.677	10.081	11.023
Anestésias Cirúrgicas	10.927	11.377	10.605	11.323
Partos Normais	969	716	544	593
Partos Cesários	1.202	978	908	764
Nascidos vivos	2.143	1.794	1.469	1.360
Transplante de Córnea	28	35	53	34
Transplante de Medula Óssea	91	79	60	127
Transplante do Coração	1	1	1	-
Transplante Hepático	27	33	29	16
Transplante Orto (Músculo Esquelético)	18	8	(1)	(1)
Transplante Renal	3	1	-	-
Transplante Simultâneo Pâncreas e Rim	1	-	-	-
Transplante Esclera	3	1	3	1

Fonte: Serviço de planejamento – Unidade de Informação/HC - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p. 136.

NOTA: (1) Dados não disponíveis (Transplante Orto (Músculo Esquelético, 2009-2010).

O empenho e comprometimento do corpo clínico, dos docentes e dos discentes que atuam no HC-UFPR oferecem à instituição, em nível nacional, um lugar de destaque pela realização de transplantes. Desde 1973, já realizou 3.729 em diferentes especialidades, por exemplo: Transplante de Medula Óssea, Renal, Córnea, Coração, Hepático, Pâncreas, Rim e outros já descritos na tabela 5.

TABELA 8 – ASSISTÊNCIA AMBULATORIAL E EMERGENCIAL DO HC-UFPR – 2007 – 2010

Assistência Ambulatorial	2007	2008	2009	2010
Ambulatório	740.326	693.157	787.055	1.078.563
Emergência (PA)	86.031	72.900	68.454	118.427
Média Diária de Consultas % (1)	91,8	87,4	67,7	66,2

Fonte: Serviço de Planejamento/Unidade de Informação - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p. 137

Nota: (1) Alterada a forma de apuração dos dados a partir de 2009

TABELA 9 – TOTAL DE EXAMES COMPLEMENTARES DO HC-UFPR 2007-2010

Exames Complementares	2007	2008	2009	2010
Análises Clínicas	1.405.506	1.498.204	1.601.763	1.759.364
Anatomia Patológica	13.257	13.942	15.520	13.744
Cicloergometria	1.387	1.425	1.493	3.062
Ecocardiograma	9.804	10.157	10.140	11.040
Eletrocardiografia	15.671	17.739	15.779	18.703
Eletroencefalo (M.Neurol.)	1.511	1.648	1.760	1.806
Endoscopia Digestiva	5.267	4.736	4.680	4.523
Endoscopia Per-Oral/Broncoesof.	2.226	2.359	2.135	2.161
Endoscopia Urológica	551	452	317	289
Função Pulmonar	30.041	30.739	29.440	16.044
Medicina Nuclear	-	1.179	1.231	1.470
Mamografia	4.240	4.653	4.279	2.170
Radiologia	69.733	68.284	67.346	64.586
Tomografia	7.635	10.349	8.671	11.856
Ultrassonografia	18.812	18.403	18.681	18.284
Hemodinâmica	1.853	1.391	1.319	1.468
Genética Médica	86	168	160	102
Neuromuscular	1.065	1.336	1.754	1.525
Laparoscopia	97	22	-	-
Litotripsia	-	112	-	89
TOTAL	1.588.742	1.687.298	1.786.468	1.932.286

Fonte: Serviço de Planejamento – Unidade de Informação/HC - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p. 137

TABELA 10 – SERVIÇOS AUXILIARES DO HC-UFPR – 2007 - 2010

Serviços Auxiliares	2007	2008	2009	2010
Diálise/Hemodiálise/IPD-CAPD	1.119	1.326	1.889	2.134
Musicoterapia	2.907	1.478	862	1.706
Nutrição	84.975	91.534	86.933	96.286
Fonoaudiologia	3.064	3.346	5.209	6.360
Hemoterapia	35.399	27.930	30.127	42.324
Medicina Física e Reabilitação	91.957	52.434	47.616	65.244
Psicologia	12.425	14.598	16.347	18.739
Serviço Social	26.906	22.249	30.917	50.380
Terapia Ocupacional	17.444	11.750	10.342	17.531
Enfermagem	55.219	59.975	66.229	121.724
TOTAL	331.415	286.620	296.471	422.428

Fonte: Serviço de Planejamento – Unidade de Informação/HC - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p. 138

6.10 ATIVIDADES DE ENSINO

Campo para o ensino predominantemente pelo Setor de Ciências da Saúde inclui os setores de: Clínica Médica, Clínica Cirúrgica, Otorrinolaringologia e Oftalmologia, Saúde Comunitária, Pediatria, Tocoginecologia, Patologia Médica, Enfermagem, Nutrição, Terapia Ocupacional, Medicina Forense e Psiquiatria. Tais departamentos estão instalados nos diferentes prédios do hospital, onde também, grande parte das aulas é ministrada para melhor atender os docentes e discentes. De acordo com as tabela 9, somente o curso de Medicina possuía no segundo semestre de 2010, 261 professores.

TABELA 11 – DOCENTES DO CURSO DE MEDICINA QUE ATUAM NO HC-UFPR SEGUNDO A TITULAÇÃO – 2010

TITULAÇÃO	QUANTIDADE
DOCTORADO E PÓS- DOCTORADO	139
MESTRADO	86
ESPECIALIZAÇÃO	34
GRADUAÇÃO	2
TOTAL	261

Fonte: Serviço de Planejamento – Unidade de Informação/HC

O hospital também agrega outros profissionais do ensino de acordo com os diferentes cursos que o Setor oferece, por exemplo, os cursos de Enfermagem, Nutrição, Farmácia e Terapia Ocupacional conforme demonstra a tabela 10, apresentada abaixo.

TABELA 12 – DOCENTES DE OUTRAS ÁREAS DA SAÚDE QUE ATUAM NO HC-UFPR – 2010

ÁREA	QUANTIDADE
ENFERMAGEM	32
FARMÁCIA	2
NUTRIÇÃO	10
TERAPIA OCUPACIONAL	8
TOTAL	52

Fonte: Serviço de Planejamento – Unidade de Informação/HC

Também serve como campo de estágio para alunos de outros cursos da UFPR, e também, para alunos de outras instituições de ensino conveniadas. Possui o Programa de Residência Médica com atuação de 278 residentes da área médica em 41 Programas de Residência Médica em 31 especialidades, conforme apresentado na tabela 11. O hospital possui também 5 Programas de Residência Multiprofissional com 21 especialidades envolvendo 7 profissões na área da Saúde, de acordo com a tabela 12.

TABELA 13 – ESPECIALIZAÇÃO EM RESIDÊNCIA MÉDICA DA UFPR – 2010

ESPECIFICAÇÃO	DEPARTAMENTO	NÚMERO DE VAGAS	ALUNOS MATRICULADOS
Anestesiologia	Clínica Cirúrgica	4	12
Cardiologia	Clínica Médica	2	2
Cirurgia Vascular	Clínica Cirúrgica	1	0
Cirurgia Geral	Clínica Cirúrgica	6	12
Neurocirurgia	Clínica Cirúrgica	1	5
Infectologia	Clínica Médica	4	1
Ortopedia e Traumatologia	Clínica Médica	6	18
Oftalmologia	Oftalmo/Otorrino	3	7
Otorrinolaringologia	Oftalmo/Otorrino	3	7
Pediatria	Pediatria	16	32
Ginecologia e Obstetrícia	Tocoginecologia	10	30
Cirurgia da Mão	Clínica Cirúrgica	2	3
Clínica Médica R3	Clínica Médica	1	1
Medicina da Família e Comunidade	Saúde Comunitária	4	2
Clínica Médica	Clínica Médica	24	48
Dermatologia	Clínica Médica	2	5
Neurologia	Clínica Médica	3	9
Radiologia e Diagnóstico por Imagem	Clínica Médica	3	9
Psiquiatria	Psiquiatria Forense	3	7
Patologia	Patologia Médica	2	6
Cirurgia do Aparelho Digestivo	Clínica Cirúrgica	3	5
Cirurgia Geral R3	Clínica Cirúrgica	2	2
Cirurgia pediátrica	Clínica Cirúrgica	1	2
Cirurgia Vascular	Clínica Cirúrgica	1	2
Coloproctologia	Clínica Médica	1	2
Urologia	Clínica Médica	3	6
Medicina Intensiva	Clínica Médica	2	4
Neurofisiologia Clínica	Clínica Médica	2	2
Endocrinologia	Clínica Médica	3	5
Gastroenterologia	Clínica Médica	2	4
Hematologia-Hemoterapia	Clínica Médica	2	3
Cancerologia	Clínica Médica	2	5
Pneumologia	Clínica Médica	2	4
Reumatologia	Clínica Médica	2	4
Endocrinologia Pediátrica	Pediatria	1	1
Infectologia Pediátrica	Pediatria	1	1

Hematologia Pediátrica	Pediatria	1	0
Neurologia Pediátrica	Pediatria	1	2
Neonatologia	Pediatria	2	2
Pneumologia Pediátrica	Pediatria	1	1
Medicina Intensiva Pediátrica	Pediatria	3	5
TOTAL		138	278

Fonte: COREME/HC - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p. 92-93

TABELA 14 – ESPECIALIZAÇÃO EM RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL DA UFPR – 2010

ÁREA	NÚMERO DE VAGAS	ALUNOS MATRICULADOS
Enfermagem	3	3
Psicologia	2	2
Terapia Ocupacional	2	2
Nutrição	4	4
Serviço Social	2	1
Fisioterapia	2	2
Farmácia	6	6
TOTAL	21	20

Fonte: COREME/HC - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p. 93

Nas instalações do HC-UFPR, além do ensino da graduação, o hospital viabiliza cursos de pós-graduação tanto de especialização quanto de mestrado e doutorado nas diferentes áreas da Saúde, de acordo com as tabelas 13, 14 e 15, apresentadas a seguir.

TABELA 15 – RELAÇÃO DOS CURSOS DE ESPECIALIZAÇÃO E A QUANTIDADE DE ALUNOS MATRICULADOS - 2010

ESPECIFICAÇÃO	CURSO	DEPARTAMENTO	ALUNOS MATRICULADO S
Cirurgia Cardiovascular	Medicina	Clínica Cirúrgica	1
Cirurgia de Gastroenterologia	Medicina	Clínica Cirúrgica	1
Cirurgia Plástica Reparadora	Medicina	Clínica Cirúrgica	4
Cirurgia Vascular e Angiologia	Medicina	Clínica Cirúrgica	1
Patologias e Cir. Coluna vertebral	Medicina	Clínica Cirúrgica	2
Traumatologia Esportiva e	Medicina	Clínica Cirúrgica	11

Artroscopia			
Cardiologia	Medicina	Clínica Médica	10
Dermatologia	Medicina	Clínica Médica	4
Reumatologia	Medicina	Clínica Médica	4
Psiquiatria	Medicina	Psiqu. Med. Forense	15
Oftalmologia	Medicina	Oftalmo/Otorrino	11
Cirurgia de Córnea	Medicina	Oftalmo/Otorrino	3
Microcirurgia Otorrino	Medicina	Oftalmo/Otorrino	5
Alergia Pediátrica	Medicina	Pediatria	5
Dermatologia Pediátrica	Medicina	Pediatria	1
Endocrinologia Pediátrica	Medicina	Pediatria	6
Neonatologia	Medicina	Pediatria	1
Neurologia Pediátrica	Medicina	Pediatria	2
Infectologia Pediátrica	Medicina	Pediatria	1
Nutrição	Nutrição	Nutrição	14
TOTAL			102

Fonte: Serviço de Planejamento – Unidade de Informação/HC

TABELA 16 – CURSOS DE MESTRADO E A QUANTIDADE DE ALUNOS MATRICULADOS – 2010

ESPECIFICAÇÃO	CURSO	DEPARTAMENTO	ALUNOS MATRICULADOS
Clínica Cirúrgica	Medicina	Clínica Cirúrgica	27
Medicina Interna	Medicina	Clínica Médica	44
Ciências Farmacêuticas	Medicina	Patologia Médica	30
Crescimento e Desenvolvimento	Medicina	Pediatria	5
Hematologia Pediátrica	Medicina	Pediatria	1
Infectologia Pediátrica	Medicina	Pediatria	1
Erro inatos do Metabolismo	Medicina	Pediatria	1
Doenças Respiratórias	Medicina	Pediatria	1
Hemato Oncológica Pediátrica	Medicina	Pediatria	1
Enfermagem	Enfermagem	Enfermagem	21
TOTAL			132

Fonte: Serviço de Planejamento – Unidade de Informação/HC

TABELA 17 – CURSOS DE DOUTORADO E A QUANTIDADE DE ALUNOS MATRICULADOS – 2010

ESPECIFICAÇÃO	CURSO	DEPARTAMENTO	ALUNOS MATRICULADOS
Clínica Cirúrgica	Medicina	Clínica Cirúrgica	28
Medicina Interna	Medicina	Clínica Médica	17
Ciências Farmacêuticas	Medicina	Patologia Médica	19
Dermatologia Pediátrica	Medicina	Pediatria	1
Neonatologia	Medicina	Pediatria	2
Neurologia Pediátrica	Medicina	Pediatria	1
Violência na Infância	Medicina	Pediatria	1
Imuno Dermato	Medicina	Pediatria	1
Infectologia Pediátrica	Medicina	Pediatria	1
Hematologia Pediátrica	Medicina	Pediatria	1
TOTAL			72

Fonte: Serviço de Planejamento – Unidade de Informação/HC

Como hospital escola, o HC-UFPR possui uma expressiva produção científica. Para orientar os pesquisadores, em 1997, foi criado o Comitê de ética em Pesquisa em Seres Humanos, formado por um grupo de relatores, entre especialistas de diversas áreas e pessoas da comunidade, que são responsáveis pela análise das pesquisas e defesa dos interesses dos sujeitos da pesquisa em sua integridade e dignidade e que colabora no desenvolvimento da pesquisa dentro dos padrões éticos.

Os pesquisadores do HC-UFPR são reconhecidos em todo o Brasil pelo excelente trabalho desenvolvido, o que contribui para que o hospital seja um dos hospitais brasileiros mais procurados para o desenvolvimento de projetos multicêntricos. A tabela 16 apresenta o resultado da produção científica em 2010.

TABELA 18 – PESQUISA VINCULADA AOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO DO SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UFPR - 2010

ARTIGOS PUBLICADOS EM PERÓDICOS	ANAIS COMPLETOS	PRODUÇÃO TÉCNICA
571	643	78

Fonte: PRPPG, a partir dos dados Coleta CAPES - Adaptado do Relatório de Atividades UFPR 2010, p. 98 – 99.

Nota: Há, portanto, dupla contagem de itens de produção lançados simultaneamente por mais de um Programa de Pós-Graduação.

6.11 ACREDITAÇÃO

Durante seus anos de funcionamento, o HC-UFPR primou pela busca voluntária da qualidade, visando garantir a segurança das ações de saúde desenvolvidas pela sua equipe multiprofissional através de um processo permanente de melhoria da qualidade, pois, o hospital tem por missão prestar assistência acreditada à comunidade.

Diante disso, em 2003, o HC-UFPR firmou um compromisso de buscar acreditação e, para tanto, instituiu uma Comissão de Acreditação formada por 21 profissionais de diversas categorias (enfermeiros, farmacêuticos, administradores, psicólogos e engenheiros civil) com o objetivo de implantar um programa de qualidade capaz de conquistar, num processo de avaliação, o “Certificado de Acreditação”, conferido pela Organização Nacional de Acreditação – ONA. Esse documento assegura que a Instituição é digna de confiança, que segue a legislação e, por isso, cumpre os padrões de qualidade e segurança.

A participação no Programa de Acreditação Hospitalar, além de proporcionar uma base para o desenvolvimento contínuo de autoavaliação das equipes motivando-as a obterem resultados de excelência, satisfazendo assim, as expectativas da comunidade e dos gestores do Sistema Único de Saúde – SUS.

A acreditação Hospitalar funciona, também, como uma ferramenta de gestão, proporcionando uma base para o desenvolvimento organizacional dos processos contínuos de autoavaliação.

A Comissão de Acreditação vem desenvolvendo o seu trabalho através de estratégias que consistem em: capacitar os profissionais, tornando-os Facilitadores em Acreditação; realizar auditorias internas em todos os Serviços, para identificar as não conformidades e orientar os Serviços auditados a elaborarem um plano de ação corretiva; avaliar a resolutividade e implantar grupos internos de qualidade, objetivando a continuidade do processo de melhoria. Também foram realizadas sensibilizações face a face, para envolver as equipes em todos os níveis, com aproximadamente 2 mil trabalhadores.

As melhorias já são perceptíveis e demonstram a responsabilidade e compromisso da Comissão com a segurança dos pacientes e profissionais, com a ética profissional e com os procedimentos realizados no hospital.

6.12 PREMIAÇÕES E RECONHECIMENTO

O HC-UFPR recebeu ao longo dos anos várias premiações e reconhecimentos, das quais podemos destacar:

a) Hospital Amigo da Criança

O HC-UFPR foi o primeiro hospital universitário a ser reconhecido como “Hospital Amigo da Criança”, em 1995. O título é concedido pelo Ministério da Saúde, Organização

Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas (UNICEF), para a instituição que cumpre os 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno.

b) Programa De Excelência Para Laboratórios – Pelm

O Serviço de Análises Clínicas recebeu o certificado de excelência em 2000, concedido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC).

c) *Top Of Mind* 2003/Paraná

Na categoria hospital, o HC-UFPR foi eleito o mais lembrado. O *Top of Mind* é uma pesquisa de lembrança de marcas brasileiras realizada pelo Instituto Bonilha em parceria com a revista gaúcha Amanhã.

d) 8º Concurso Na Gestão Pública Federal

O Serviço de Análises Clínicas do HC-UFPR foi premiado neste concurso promovido pela Escola Nacional de Gestão Pública do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão que busca valorizar a iniciativa de dirigentes, gerentes e servidores, certificando a efetividade no setor público e a sua capacidade em responder e gerar resultados efetivos para a sociedade.

e) Certificado pelo Mec E Ministério da Saúde como Hospital de Ensino

Um dos primeiros hospitais certificados pelo Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde, como Hospital de Ensino em 2004, e um dos primeiros de Curitiba/Paraná.

d) *Certificate of Achievement Award to UFPR*

Em 2007, o Serviço de Transplante de Medula Óssea foi o primeiro do Brasil a receber o Certificado Internacional do Programa Nacional do doador de Medula (NMDP), por cumprir 100% dos requisitos necessários.

6.2 IDENTIFICAÇÃO DAS FORÇAS E FRAQUEZAS

Neste segmento procuramos dar destaque às forças e fraquezas do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. No que tange as forças consideramos em especial oito aspectos: seu reconhecimento e notoriedade na sociedade; o apoio governamental para prestação de serviços à comunidade; sua inovação e contribuição no setor de Saúde Pública local e nacional; suas atividades de extensão e preocupação com o aprendizado continuado; parcerias; legitimação social nas atividades de ensino, pesquisa e extensão; atividades de apoio a iniciativas de grande impacto social; e seu reconhecimento nacional. No que tange às fraquezas, estas se resumem principalmente em quatro pontos: problemas relacionados à capacitação de seus profissionais; problemas financeiros; quadro de pessoal insuficiente para atender a demandas crescentes; e demanda externa superior à capacidade instalada.

6.2.1 Forças

6.2.1.1 Reconhecimento e notoriedade

- a) Considerado o maior hospital público do Paraná e o terceiro maior hospital universitário do País⁶;
- b) É uma instituição pública Federal de ensino e de prestação de serviço (saúde pública), gratuita, que prima pela qualidade no atendimento humanizado ao cidadão.

6.2.1.2 Apoio governamental para prestação de serviços à comunidade

- a) Atende somente pelo Sistema Único de Saúde (SUS)⁷ e, apesar das dificuldades, torna realidade o acesso aos serviços de saúde para toda a população;
- b) Presta assistência àqueles que não teriam outra oportunidade para a solução de seus agravos à saúde;
- c) Propicia assistência a curitibanos, paranaenses e brasileiros de todos os extratos sociais, com equidade;
- d) Responde a demandas próprias da sociedade, que clama por atenção de alta complexidade e elevada qualidade no Sistema Único de Saúde.

6.2.1.3 Inovação e destaque no setor de Saúde Pública

Destaca-se o seu pioneirismo através das seguintes ações:

- a) 1º hospital do Brasil a criar o Diagnóstico de Doenças Neuromusculares (1972). E único no Paraná a realizar cirurgia de epilepsia desde 1996. Em maio de 1997, o Grupo de Epilepsia do Hospital, foi credenciado pelo Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde como um dos oito centros nacionais de referência para exploração e tratamento cirúrgico de epilepsia;
- b) 1º hospital da América Latina a realizar Transplante de Medula Óssea (1979). Trinta anos depois, é referência mundial com a realização de quase 2.000 transplantes. E, referência mundial no tratamento de algumas doenças, como a Anemia Aplástica Severa e a Anemia de Fanconi;

⁶ O Brasil tem vários hospitais de ensino ligados às instituições tanto públicas quanto particulares. Somente nas universidades públicas tem, atualmente, em torno de 46 hospitais em funcionamento.

⁷ O SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo. Abrange desde o simples atendimento laboratorial até o transplante de órgãos, garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população local e do país. Amparado por um conceito ampliado de saúde, foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde de toda a sua população.

- c) 1º do Paraná a realizar transplante de fígado intervivos em adultos (1991);
- d) 2º no Brasil a realizar duplo intervivos de fígado e rim e um dos cinco casos citados na literatura mundial (1991);
- e) 1º centro de referência credenciado pelo Ministério da Saúde para tratamento do Hipotireoidismo Congênito e Fenilcetonúria de crianças, detectados pelo “Teste do Pezinho” (1996);
- f) 1º centro da América Latina a possuir um Ambulatório de atendimento exclusivo à Síndrome de Down. Referência Nacional desde 1997;
- g) 1º do Brasil, a possuir um Banco de Ossos e Tecidos Músculo-Esqueléticos cadastrado pelo Ministério da Saúde (1998);
- h) 1º hospital totalmente público a receber o Certificado de Hospital Acreditado pela Organização Nacional de Acreditação – ONA (2011).

6.2.1.4 Atividades de extensão e aprendizado continuado

- a) A participação colegiada da comunidade interna, com provimento de um extenso programa de capacitação aos colaboradores fortalece os processos de humanização no atendimento;
- b) É o maior programa de extensão da Universidade Federal do Paraná (UFPR), além de representar sua atividade educacional e social de maior impacto imediato sobre a comunidade paranaense.

6.2.1.5 Parcerias

Possui parceria efetiva entre Hospital/Universidade e a comunidade externa;

- a) Parcerias mantidas no executivo e no legislativo, nos níveis municipal, estadual e federal, e com associações do terceiro setor têm garantido uma inserção cada vez maior de agentes públicos nas causas do Hospital;
- b) Graças ao apoio da sociedade organizada em associações, por exemplo, Associação do Amigos do Hospital de clínicas, Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia, Associação Alírio Pfiffer, Associação Mara Lígia Cercal e a Fundação da Universidade Federal do Paraná para o Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Cultura, já descritas anteriormente e, dos políticos paranaenses conseguiu, ao longo dos anos, repasse para sua estruturação física e parque tecnológico.

6.2.1.6 Legitimação social em ensino, pesquisa e extensão

Obteve reconhecimento público sobre a qualidade de seu atendimento à população paranaense conquistado por meio de estudos acadêmicos, da prática clínica e dos procedimentos de alta complexidade;

- a) Como hospital-escola, sua atuação é essencial à formação dos profissionais da área da saúde e a articulação dos projetos de ensino, pesquisa e extensão do HC-UFPR. Tem sido fundamental para a ampliação do atendimento das demandas de saúde para além das fronteiras do Paraná, sendo um respeitado centro formador de profissionais de saúde e pesquisadores;
- b) Está sempre atento não só aos aspectos técnicos, mas também, à evolução no setor e ao seu papel no atendimento ao Sistema Único de Saúde;
- c) Foi o primeiro hospital universitário a ser reconhecido como “Hospital Amigo da Criança”, em 1995. O título é concedido pelo Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas (UNICEF), para a instituição que cumpre os 10 passos para o sucesso do Aleitamento Materno;
- d) Através do Programa de Excelência para Laboratórios – PELM – O Serviço de Análises Clínicas recebeu o certificado de excelência em 2000, concedido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica (SBPC);
- e) O Serviço de Análises Clínicas do Hospital foi premiado no Concurso de Gestão Pública Federal promovido pela Escola Nacional de Gestão Pública do Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão que busca valorizar a iniciativa de dirigentes, gerentes e servidores, certificando a efetividade no setor público e a sua capacidade em responder e gerar resultados para a sociedade;
- f) Na categoria hospital, o HC-UFPR, em 2003, foi eleito o mais lembrado. O *Top of Mind* é uma pesquisa de lembrança de marcas brasileiras realizada pelo Instituto Bonilha em parceria com a revista gaúcha Amanhã;
- g) Foi um dos primeiros hospitais certificados pelo Ministério da Educação e Cultura e Ministério da Saúde, como Hospital de Ensino em 2004, e um dos primeiros de Curitiba/Paraná;
- h) Em 2007, o Serviço de Transplante de Medula Óssea foi o primeiro do Brasil a receber o Certificado Internacional do Programa Nacional do doador de Medula (NMDP), por cumprir 100% dos requisitos necessários;
- i) Em 2010, o projeto de gestão ambiental do HC-UFPR foi considerado pelo Ministério da Educação e Cultura como exemplo para a área da saúde.

6.2.1.7 Atividades de apoio a iniciativas de grande impacto social

Há quase duas décadas funciona como hospital-retaguarda e, a partir de 2001, no gerenciamento médico de dois Centros Municipais de Urgências Médicas – CMUMs, onde exercita sua experiência clínica e humana por meio de seus médicos que lá atendem. Tais centros funcionam também, como porta de entrada para urgências e emergências para o hospital;

- a) Há quase 2 anos, ao eclodir da pandemia da gripe influenza H1N1, foi aliado indispensável da Secretaria Municipal da Saúde (SMS) no enfrentamento da nova doença. Em julho de 2009, foi definido pela SMS de Curitiba como hospital referência para receber os pacientes em estado grave da referida gripe. Esse fato gerou a mobilização da instituição praticamente em sua totalidade com destaque nacional por sua atuação;
- b) Ao lado das autoridades sanitárias, iniciou um amplo trabalho de controle de infecção hospitalar por bactérias multirresistentes.

6.2.1.8 Reconhecimento nacional

- a) A dedicação de todos os profissionais que contribuíram e continuam contribuindo para que ele tenha se tornado num amplo complexo hospitalar, permite que ele faça parte, por isso, da história da saúde pública brasileira;
- b) Em 2010, o governo federal lançou o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais – REHUF, no qual o HC deposita grandes aspirações para a sua renovação tecnológica e questões relacionadas à reposição de pessoal.

6.2.2 Fraquezas

6.2.2.1 Problemas relacionados à capacitação de seus profissionais

- a) Para o HC-UFPR as dificuldades são enfrentadas como desafios de aperfeiçoamento, aproveitando tais oportunidades para o crescimento e o desenvolvimento permanente de seus colaboradores. O resultado disso é a necessidade de melhoria constante no processo de gestão.

6.2.2.2 Problemas financeiros

Por ser um Hospital universitário federal e totalmente público, durante toda a sua história sofre com problemas financeiros (de custeio);

- a) Os recursos recebidos são destinados, praticamente em sua totalidade, para a aquisição de materiais de insumo (medicamentos, materiais médicos etc.) e o pagamento de prestadores de serviço, não restando saldo para investimento em infraestrutura e equipamentos;
- b) Há constante necessidade de manutenção e de adaptação estrutural para ajustar-se à crescente incorporação de tecnologias em saúde, incluindo também, as atualizações dos processos administrativos.

6.2.2.3 Quadro de pessoal insuficiente para atender a demandas crescentes

Desde sua criação, tem necessidade contínua de reposição de pessoal. Como um hospital que funciona 24h ininterruptamente e, atualmente, com o atendimento de pacientes de maior complexidade, profissionais capacitados são primordiais para o pleno funcionamento da instituição, mas, nem sempre isso é possível;

- a) Como hospital federal a contratação de funcionários depende da realização de concursos públicos. A liberação para a realização de concurso depende de decisão do governo federal;
- b) A falta de reposição de servidores obriga o HC-UFPR a restringir atendimentos, não atingindo a sua capacidade total. Além disso, impede a criação de novos serviços e a expansão dos existentes e, conseqüentemente, afeta o ensino dos alunos que atuam na instituição;
- c) A necessidade do aumento de recursos humanos, entretanto, não é particular do HC-UFPR, enfrentam o mesmo problema todos os Hospitais Universitários do país, e reunidos na Associação Brasileira dos Hospitais Universitários e de Ensino buscam, juntamente com os respectivos Reitores das Universidades, solução junto aos Ministérios do Governo Federal.

6.2.2.4 Demanda externa superior à capacidade instalada

- a) Apesar do reconhecimento da comunidade, dos órgãos públicos e do seu destaque entre os demais hospitais, o HC-UFPR, não alcança o reconhecimento total da comunidade externa quando a mesma não consegue o acesso ao hospital. A demanda é superior a sua capacidade instalada. Isso gera uma insatisfação na população se ela não consegue o atendimento no hospital. Isto é consequência de uma política externa do HC-UFPR, pois, o SUS inseriu os Hospitais Universitários no ápice da “Pirâmide Assistencial”, atribuindo-lhes cada vez mais o papel terciário e quaternário do sistema. O paciente que é atendido no hospital dificilmente continua o seu tratamento em uma unidade de menor complexidade, com isso não há liberação de espaço para a entrada de outros pacientes que precisam do HC-UFPR;

- b) Por ser um hospital público, os procedimentos têm seu ressarcimento fixado pelo Governo. Porém, o HC-UFPR realiza os procedimentos independentemente do valor fixado, visto que, a Constituição Brasileira garante que o cidadão tenha direito à saúde e, ainda, determina que é dever do Estado o atendimento ao cidadão. Na prática, nem sempre o ressarcimento se faz a altura das despesas, gerando, portanto, um problema administrativo. Atualmente, está em andamento uma Política de Orçamento para os Hospitais Públicos onde o ressarcimento deixará de ser por serviços prestados e, será por serviços e/ou procedimentos individualizados.

7 DESENVOLVIMENTO DE REFERENCIAL TEÓRICO E METODOLÓGICO

A revisão de literatura, notadamente em suas conclusões ofereceu as linhas gerais que nortearam este estudo. A seguir destacamos as principais:

- a) A informação em saúde deve ser entendida como um recurso estratégico. Pode ser utilizada em todos os processos de acompanhamento de controle da saúde/doença, desde o atendimento ao paciente até as decisões institucionais. Subsidiaria, cada vez mais, as atividades médicas e afins, focadas na figura do paciente;
- b) Os Sistemas de Informação em Saúde devem ser elaborados de forma a poder atender as demandas do ponto de vista técnico, político e social;
- c) Entende-se que a informação para a gestão é aquela necessitada e utilizada por administradores e gestores para viabilizar e apoiar suas decisões, nisto não diferindo do uso da informação feito em organizações de outras áreas, embora apresentando aqui as especificidades da área da Saúde;
- d) Os sistemas de informação hospitalar (SIH), ao nível de gestão, devem ser capazes de oferecer informações para subsidiar o planejamento, acompanhamento, direcionamento e avaliação da própria administração hospitalar;
- e) O Sistema de Informação Gerencial (SIG) propicia informações administrativas, dados sobre os custos etc. Este tipo de sistema é centrado sobre as atividades realizadas. Dessa forma, oferece suporte para a direção, planejamento, controle e tomada de decisões. Destina-se, portanto, à administração da organização hospitalar propriamente dita;
- f) Os objetivos delineados para caracterizar um SIH abrangem todos os níveis da organização na qual está inserido, isto é, o nível estratégico, o tático e o operacional. Quanto mais seus objetivos estiverem em sintonia com o propósito institucional e com suas necessidades informacionais mais relevante será o SIH para a instituição, contribuindo para que a mesma cumpra melhor os seus próprios objetivos;
- g) Um SIH necessita de indicadores para recuperar informação. Esses permitem organizar, sintetizar e utilizar informações sobre a realidade das instituições. Essas informações devem fundamentar o planejamento estratégico, direcionar o estabelecimento de metas, permitir o controle e avaliação de desempenho e subsidiar a tomada de decisão das organizações hospitalares. Esses podem ser tanto qualitativos quanto quantitativos;
- h) Na seleção de indicadores, em primeiro lugar, é necessário considerar os objetivos institucionais, as características e peculiaridades de cada serviço, da assistência e do uso que se fará dos mesmos, assim é possível identificar os indicadores mais apropriados para atender às necessidades de cada área. Deve-se observar a

existência e disponibilidade de dados e recursos alocados para esta atividade; definir com clareza e simplicidade os procedimentos empregados para construir e interpretar os indicadores. A definição e a escolha dos indicadores devem basear-se em consenso entre os profissionais envolvidos;

- i) Uma avaliação constante dos indicadores, tanto do ponto de vista da qualidade do indicador, isto é, o quanto ele está realmente mostrando a realidade da organização, quanto do ponto de vista do avanço da tecnologia, permite a ampliação e a criação de novos serviços, justamente, para que as organizações hospitalares atendam a demanda e necessidade da população.

7.1 DESENVOLVIMENTO DO INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

7.1.1 Objetivos e metodologia contemplados

O objetivo de “propor um referencial conceitual que permita oferecer um novo entendimento de como deve ser estruturado um sistema de informação hospitalar no contexto estudado” norteou também o desenvolvimento de seu referencial metodológico visando à identificação dos requisitos necessários para a estruturação de um sistema de informação gerencial para a tomada de decisão em hospitais, em especial o Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR) e teve como resultado o desenvolvimento de seu instrumento de coleta de dados (uma listagem de indicadores).

Esse referencial, baseado na revisão de literatura, iniciou-se com um levantamento bibliográfico nas bases de dados Medline e Lilacs cobrindo o período de 1992 a 2010, atualizada até 2015, incluindo as bases de dados disponíveis no acervo da Universidade de Salamanca, as bases de dados de outras instituições, como por exemplo, os sítios Web da UFPR, SciELO, CAPES, CNPq, IBICT, Fundação Dialnet e a Biblioteca Virtual en Salud da Espanha.

7.1.2 Desenvolvimento da primeira lista de parâmetros para o sistema de informação gerencial

Partindo da premissa que um “Sistema de Informação Hospitalar necessita de indicadores para recuperar informação” o desenvolvimento do referencial metodológico focou nos itens relativos a indicadores, anteriormente levantados na revisão de literatura.

Autores consultados, em especial, Bittar (2004; 2008) e Torres e Simões (2009), permitiram a elaboração inicial de uma lista de indicadores gerenciais para organizações hospitalares. Esta lista contemplou as seguintes grandes áreas: 1) INDICADORES EXTERNOS OU DE MEIO AMBIENTE; 2) INDICADORES HOSPITALARES - AMBIENTE INTERNO; 3) INDICADORES DE ESTRUTURA; 4) INDICADORES DE PRODUÇÃO; 5) INDICADORES DE PRODUTIVIDADE; 6) INDICADORES

ECONÔMICO-FINANCEIROS;7) INDICADORES DE ECONOMIA DA SAÚDE; 8) INDICADORES HOSPITALARES DE QUALIDADE; 9) INDICADORES DE IMAGEM; 10) INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS; 11) INDICADORES DE ENSINO; 12) INDICADORES DE PESQUISA; 13) INDICADORES DE PRODUÇÃO INDUSTRIAL; 14) INDICADORES DE ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR; 15) INDICADORES DE ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR: AMBULATÓRIO/EMERGÊNCIA; 16) INDICADORES DIVERSOS; 17) POSSIBILIDADES DE CRIAÇÃO DE INDICADORES EM AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA; 18) EVENTOS-SENTINELA; 19) OUTROS.

Esta primeira lista (Apêndice 1) foi cotejada e analisada com a coorientadora da tese no Brasil e, após análise e discussão, planejou-se classificar os indicadores em três categorias: Estratégicos, Táticos e Operacionais. Apresentou-se o resultado desta classificação para o Serviço de Planejamento do HC-UFPR, solicitando-se que fosse feita uma avaliação da proposta. Ao longo do trabalho foi sentida muita dificuldade nesta classificação, pois, considerou-se que um determinado indicador poderia ser tanto estratégico como tático. A cada releitura e análise da listagem o indicador era percebido de forma diferente, variando a classificação conforme o ponto de vista do momento. (Ver Apêndices 2A, 2B, 2C)

7.1.3 Validação do instrumento de coleta de dados em dois estudos de casos

Na busca do objetivo de “levantar as melhores práticas”, mas principalmente de afinar a terminologia do instrumento de coleta de dados, e também, de observar na prática sistemas de informação hospitalar que utilizam efetivamente indicadores e, com a indicação do Coordenador dos Hospitais da UFPR foram visitados dois hospitais especializados, localizados em Curitiba. Esses hospitais são referência no uso de indicadores como elemento estratégico na sua tomada de decisão. O primeiro foi o Hospital Nossa Senhora das Graças. Trata-se de um hospital filantrópico, fundado em 1950 pelas irmãs Filhas da Caridade de São Vicente de Paulo. A instituição é referência nacional em tratamento de alta complexidade, como Transplante de Medula Óssea e Oncologia. Obteve diversas premiações, investindo em gestão de qualidade a fim de oferecer padrão de excelência a seus clientes. O hospital está credenciado no Nível II pela Organização Nacional de Acreditação.

Realizou-se uma entrevista com o Diretor Técnico Médico, ele explicou que os Indicadores utilizados seguem as diretrizes da Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP). Durante a entrevista, o Diretor nos apresentou a Seção Carta ao Leitor da publicação Observatório ANAHP, onde o Presidente do Conselho Deliberativo descreve que o Setor de Saúde Suplementar apresentou um crescimento considerável na última década. Diante deste resultado, sentiu-se a necessidade de criar ferramentas de avaliação do setor para medir a produção destes serviços, bem como estabelecer metas a serem alcançadas. A ANAHP, entendendo a necessidade de buscar alternativas que sirvam de *benchmarking* para o segmento, criou o Sistema de Indicadores Hospitalares ANAHP (SINHA) e o Projeto Melhores Práticas Assistenciais (PMPA), para oferecer aos hospitais associados e ao mercado, até então escasso de informações do setor, indicadores que estimulassem os processos de

melhoria da qualidade assistencial, econômico-financeiro e recursos humanos. O Hospital Nossa Senhora das Graças faz parte deste Sistema. Cada hospital da rede colabora com os dados de acordo com o seu porte e sua especialidade. Alguns indicadores são de uso específico para tomada de decisão clínica e gerencial na rotina do dia a dia do próprio hospital. Ao ser perguntado sobre o Sistema de Informação, o Diretor destacou que este é um dos pontos que devem ser aprimorados, pois, cada hospital que faz parte da rede tem seu próprio sistema de informação e, portanto, coleta os dados de forma distinta, o que dificulta na hora da consolidação dos dados na ANAHP. Nossa proposta de trabalho foi elogiada pelo Diretor, mas, observou que é um trabalho muito grande com vários níveis de especificidades.

O segundo hospital visitado foi o Hospital Erasto Gaertner, a entrevista foi realizada com o Superintendente e com a Gerente Administrativa. O Hospital foi inaugurado em 08 de dezembro de 1972. Hoje é referência no tratamento de câncer no sul do país e recebe pacientes do Brasil todo. Atende uma grande parcela necessitada da sociedade, pois praticamente 90% dos pacientes da instituição são atendidos através do Sistema Único de Saúde (SUS). Para manter a qualidade, o hospital investe também na evolução dos controles internos e padronização de todos os processos realizados na instituição. Com isso, mantém a ISO 9001:200 (Qualidade) e o Selo de Acreditação Hospitalar. Os entrevistados disseram que a implantação de indicadores nos três níveis gerenciais, ou seja, estratégico, tático e operacional, começou a ser realizada há mais ou menos 8 anos, a partir do planejamento estratégico para 10 anos da instituição. Construiu-se esse processo incluindo todos os membros do grupo de colaboradores e principalmente, do grupo mantenedor. O Superintendente destacou que a administração superior, no princípio teve dificuldade de assimilar o processo, porém, ao longo do desenvolvimento do projeto, diante dos resultados alcançados foram aderindo ao processo. Segundo o relato da gerente administrativa no princípio do processo foi necessário um acompanhamento mais frequente, hoje os serviços operacionais já incluíram nas suas rotinas o controle dos indicadores. Portanto, os entrevistados consideram que o processo está consolidado no referido hospital. Os entrevistados destacaram que um dos pontos que eles consideram facilitadores do processo é que no Hospital Erasto Gaertner não está presente a academia, ou seja, o ensino de graduação pois, conciliar a assistência e a academia é por natureza muito complicado.

Após estas visitas, pode-se concluir que apesar destes hospitais serem referência no uso de indicadores, os mesmos possuem características diferentes do nosso objeto de estudo, pois, são hospitais especializados, de porte menor e com natureza jurídica distinta do HC-UFPR, que é um hospital público e de ensino. Embora tenham fornecidos subsídios para aprimorar a terminologia dos indicadores e ainda, mostrar a importância do nosso estudo para o setor da Saúde, essas visitas não atenderam o propósito metodológico de identificação e diagnóstico do uso da informação no contexto organizacional, isto é a busca de um *benchmark* para realização de um estudo comparado.

7.1.4 Identificação e diagnóstico de necessidades informacionais da alta direção da organização em estudo (Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná)

Diante deste impasse percebemos que era necessário iniciar a “identificação das reais necessidades informacionais dos tomadores de decisão” do HC-UFPR, em seus três níveis estratégico, tático e operacional, atendendo também ao quarto objetivo do nosso projeto. Precisávamos também atender a proposta metodológica de “identificação e diagnóstico de necessidades informacionais (direção) para o seu processo de tomada de decisão, em relação às suas atividades, em alinhamento com as características institucionais”. Desta forma, para identificar os indicadores estratégicos, táticos e operacionais, iniciou-se uma discussão com os tomadores de decisão, tendo consultado, em primeira instância o Coordenador dos Hospitais Universitários da Universidade Federal do Paraná, sobre o conteúdo dos Apêndices 1 e 2. Em seu primeiro *feedback*, este considerou as listas muito abrangentes, tendo contemplado as áreas desenvolvidas no HC-UFPR, mas também incluído indicadores que não são utilizados no referido hospital. Assim sendo, ele sugeriu que consultássemos o Serviço de Planejamento para identificarmos quais desses indicadores eram realmente utilizados no HC-UFPR.

Com esta orientação e fundamentando-nos em CHOO (2003, p. 79), onde ele destaca que, as necessidades e usos de informação devem ser examinados dentro do contexto profissional, organizacional e social dos usuários, seguiu-se a proposta metodológica descrita no projeto, que é a de “estudo centrado no usuário” e orientado para tarefa, utilizando a técnica de entrevista.

Tendo como referencial a lista de indicadores, ou seja, o Apêndice 1, apenas suprimindo o Item 1: Indicadores externos ou de meio ambiente, pois neste momento, pretendeu-se identificar somente os indicadores internos utilizados no HC-UFPR, entrevistaram-se os responsáveis pelo Serviço de Planejamento do referido hospital e identificaram-se, através dos registros do Serviço, quais desses indicadores são utilizados no HC-UFPR. A partir desta identificação, acrescentaram-se na referida lista outros indicadores que o HC-UFPR usa, mas, que não constavam na lista original. O Serviço de Planejamento não conseguiu responder todos os itens da lista, alguns itens contemplados na lista original de indicadores são de alguns serviços específicos. Para identificar se os indicadores restantes são utilizados nestes serviços, foi necessário entrevistar os responsáveis pelas Direções, Unidades, Serviços e Assessoria hospitalar. A saber: Direção Administrativa; Direção de Corpo Clínico; Direção de Ensino e Pesquisa; Direção Financeira, Unidade de Abastecimento; Unidade de Infraestrutura; Unidade Ambulatorial; Unidade de Centro Cirúrgico; Unidade de Apoio Pessoal; Unidade de Contabilidade e Finanças; Unidade de Nutrição e Dietética; Unidade de Informação; Serviço de Planejamento; Serviço de Lavanderia e Assessoria de Marketing.

Identificou-se, durante a coleta dos dados, que o uso de indicadores no HC-UFPR para as áreas de Ensino e Pesquisa se limitam aos dados solicitados pela Pró-Reitoria de Planejamento, Orçamento e Finanças (PROPLAN) embora, diretores e assessores durante as entrevistas manifestam a necessidade de ter um melhor acompanhamento dessas áreas.

Sentiu-se a necessidade de realizar um levantamento na literatura sobre indicadores das áreas de ensino de graduação, pós-graduação e pesquisa. Neste caso, foram selecionados e

consultados os autores: Dias *et al.* (2006); Elias; Souza (2006); Kligerman *et al.* (2007); Lins *et al.* (2007); Reis e Vianna (2004); Ribeiro *et al.* (2005); Rousseau (1998). O resultado desta pesquisa somou-se aos indicadores da listagem original.

Através de visitas e entrevistas adequaram-se os termos da lista de indicadores original de acordo com os termos utilizados pelos serviços do Hospital, acrescentaram-se outros indicadores e descartaram-se os indicadores não viáveis para um hospital público e de ensino como é o HC-UFPR. Esta fase durou aproximadamente (3) três meses, pois, foi necessário agendar horário com cada responsável pelos serviços, explicar a proposta de trabalho, apresentar a lista de indicadores específica de cada serviço e solicitar que assinalassem quais indicadores eram utilizados e, ainda, acrescentar os indicadores utilizados, mas, que não estavam contemplados na lista e também adequar a terminologia de acordo com a especificidade de cada serviço (Apêndice 3).

Durante a realização desta fase, identificou-se que, com a implantação das Unidades Funcionais e assinaturas de contratos com órgãos externos, alguns serviços trabalham com indicadores e outros não. Identificou-se, também, que em algumas situações esses indicadores não são utilizados como recursos para tomada de decisão. Durante a apresentação da lista de indicadores para alguns serviços houve, em determinados casos, a manifestação que seria interessante a implantação e uso dos mesmos. Portanto, alguns serviços se manifestaram mais sensíveis, fundamentalmente, onde havia estudos para a implantação das Unidades Funcionais e, principalmente onde já ocorreu a implantação das Unidades.

7.1.5 Cotejamento do instrumento de coleta de dados com as necessidades informacionais

Com o objetivo de aprofundar os resultados da proposta de identificação das atuais necessidades informacionais dos tomadores de decisão do HC-UFPR foram realizadas algumas discussões com o Coordenador dos Hospitais, ele sugeriu que fossem selecionadas algumas áreas estratégicas, isto é, essenciais para o gerenciamento e administração do hospital e, que se construísse a partir daí, uma proposta de capilaridade dos indicadores, ou seja, a partir dos indicadores estratégicos, elaborar os indicadores táticos e, em seguida os operacionais. O resultado dos indicadores deveria permitir a rastreabilidade de cada serviço ou procedimento, havendo, portanto, um elo entre os indicadores dos diferentes níveis. Para esta proposta, as áreas contempladas foram: RECURSOS HUMANOS, FATURAMENTO, ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA.

Nesta fase, pretendeu-se apresentar a proposta dos indicadores nesta forma de capilaridade para cada um dos diretores e gerentes de Unidades do HC-UFPR. O objetivo era que cada um analisasse, no sentido de verificar a coerência e, a viabilidade de adotar nos seus respectivos serviços, a classificação elaborada, isto é, Indicadores Estratégicos, Táticos e Operacionais. Mas, discutindo com o Coordenador dos Hospitais concluiu-se que devido à extensão da lista e a falta de tempo disponível dos diretores e gerentes não seria viável realizar esta tarefa. Corria-se o risco de eles não responderem ou ainda entregar para alguma secretária responder (Apêndice 4).

Para atender e fundamentar a proposta de desenvolvimento de um referencial metodológico visando à identificação de indicadores e parâmetro de melhores práticas para estudo comparado discutiu-se com a coorientadora da tese no Brasil e com o Coordenador dos Hospitais Universitários e, concluiu-se que havia a necessidade de testar a viabilidade da operacionalização dos indicadores apresentados no Apêndice 4. O Coordenador dos Hospitais sugeriu que fosse feito o teste de viabilidade de implantação de indicadores das áreas de: RECURSOS HUMANOS, FATURAMENTO, ASSISTÊNCIA, ENSINO E PESQUISA no Serviço de Transplante de Medula Óssea. Após análise e discussão com a coorientadora, com o Serviço de Planejamento do HC-UFPR e com o Coordenador dos Hospitais Universitários optou-se por elaborar o teste no Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO) do HC-UFPR. Segundo o Coordenador dos Hospitais Universitários, o STMO pela sua especificidade, tanto em relação ao tipo de serviço e atendimento prestados quanto a recursos financeiros recebidos, possui as mesmas características encontradas no HC-UFPR como um todo. Uma breve descrição do Serviço de Transplante de Medula Óssea apresenta-se no Apêndice 5.

Contatou-se o STMO para agendamento. Na data e horário previstos apresentou-se a proposta do trabalho ao administrador do Serviço. O mesmo aceitou participar da análise de viabilidade da implantação dos indicadores, deixou-se então, uma cópia da lista de indicadores, ou seja, o Apêndice 4, para que o mesmo se inteirasse melhor. Agendou-se outra data para a execução do teste. O administrador assinalou todos os itens viáveis de serem coletados e implantados no STMO, sugeriu terminologia característica para o serviço, e ainda, a inclusão de indicadores específicos para o Serviço. Após análise de todos os indicadores o administrador do STMO sugeriu a apresentação dos indicadores das áreas de Ensino e Pesquisa para mais duas pessoas. Um professor, representando a área de graduação: e a outra, uma pesquisadora representando a área de pesquisa e pós-graduação, ambos envolvidos nos relatórios acadêmicos e administrativos do HC-UFPR. O procedimento foi o mesmo, com data e horário marcados, com cada um dos dois, apresentou-se a lista de indicadores. Ambos consideraram os indicadores interessantes, mas, deixaram claro que não trabalham com indicadores no nível de especificidade apresentado na lista. No caso deles, em sua atividade, apenas preenchem os dados solicitados pela PROPLAN. O resultado desta coleta está no Apêndice 6.

Durante o desenvolvimento desta fase, concluiu-se mais uma vez, que a classificação dos indicadores em Estratégicos, Táticos e Operacionais é contingencial, pois, os mesmos devem estar relacionados com o alinhamento estratégico da Instituição. E que no HC-UFPR devido a sua dimensão e, por estar passando pela mudança de Modelo Gerencial, ou seja, implantando as Unidades Funcionais, tanto as Direções quanto os Serviços estão vivendo momentos e situações diferentes. Isto é, algumas áreas pensam seus serviços de forma estratégica em todos os níveis, outras áreas seguem somente a sua rotina sem pensar no Hospital como um todo.

Tendo em mente o alinhamento estratégico institucional sentimos a necessidade de obter documentos que nos permitissem compatibilizar os nossos indicadores com as diretrizes institucionais. A principal finalidade era a de atingir o nosso objetivo específico de “Propor

um referencial conceitual que permitisse oferecer um novo entendimento de como deve ser estruturado um sistema de informação hospitalar no contexto estudado”. Desta forma, seguindo a metodologia de propor soluções de aprimoramento, visando o melhor sistema de informações para a tomada de decisão no contexto estudado, optou-se por trabalhar com o Planejamento estratégico do HC-UFPR, denominado: Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná 2007-2011. No final deste documento existe uma relação de sete diretrizes para serem cumpridas até 2011, cada uma delas acompanha as suas metas (Anexo 1).

Então, para cada diretriz identificou-se a qual direção pertencia e coletaram-se, quando existiam, os seus respectivos projetos, documentos ou outro tipo de material que pudesse fundamentar a elaboração dos indicadores.

Com relação aos indicadores de ensino e pesquisa após acrescentar na listagem os indicadores elaborados a partir da literatura consultada, procedeu-se a uma análise comparativa com os indicadores utilizados na PROPLAN. Esta análise foi realizada através de uma entrevista com o Coordenador de Planejamento Institucional desta Pró Reitoria. Neste encontro além de fazer as adequações dos indicadores, o referido professor colaborou no sentido referendar a classificação destes indicadores em: Estratégicos, Táticos e Operacionais. Para consolidar ainda mais o objetivo específico mencionado acima, bem como, a proposta metodológica de identificação e diagnóstico de necessidades da alta administração (direção) para o processo de tomada de decisão, em relação às suas atividades, em alinhamento com as características institucionais, em análise e discussão com o Coordenador dos Hospitais da UFPR, este sugeriu que apresentássemos a listagem específica dos indicadores desta área, ou seja, Ensino e Pesquisa para um dos membros da Comissão de Avaliação e Planejamento Estratégico dos Hospitais Universitários da UFPR (HU’S).

Enquanto membro desta comissão, este especialista, entrevistou os coordenadores e chefes de departamentos de todos os cursos do Setor de Ciências da Saúde que trabalham integrados com os Hospitais da UFPR. Além de professor, ele foi também Reitor da UFPR possuindo portanto, uma vasta experiência administrativa. Apresentou-se a lista completa de indicadores das áreas de Ensino e Pesquisa para o Professor, ele analisou cada item e fez alguns questionamentos e esclarecimentos. Concluiu dizendo que a proposta de indicadores está bem abrangente cobrindo todos os aspectos necessários para o aprimoramento administrativo desta área, conforme diagnóstico elaborado pela referida comissão e, que a implantação destes indicadores poderia viabilizar a integração dos cursos e conseqüentemente a qualidade dos mesmos, bem como a operacionalização da integração entre o ensino e a assistência de forma mais efetiva. Segundo a sua análise, há também um bom diagnóstico e infraestrutura para a implantação dos indicadores, porém, é necessário ter pulso, vontade, força política e, principalmente o envolvimento de todas as esferas do HC-UFPR para viabilizar um projeto destes.

Elaborou-se, então, uma lista de indicadores classificados em: Estratégicos, Táticos e Operacionais para cada diretriz, buscando com isso, uma proposta de capilaridade dos indicadores para o gerenciamento do HC-UFPR. Repassou-se o resultado desta lista para a

análise pelo Serviço de Planejamento. Acrescentaram-se sugestões e correções em cada uma delas. Em seguida, apresentou-se o resultado para cada um dos responsáveis pelas diretrizes. Cada um dos responsáveis pôde analisar acrescentar ou sugerir modificações. Apresentou-se o resultado deste trabalho para o Coordenador dos Hospitais que também analisou, sugeriu e acrescentou modificações. Depois de executar as devidas modificações, apresentou-se a lista para o Coordenador dos Hospitais para uma última análise. O mesmo considerou o resultado satisfatório. O resultado deste trabalho – a lista de indicadores usada - encontra-se no capítulo seguinte, ou seja, 8.

8 PROPOSTA DE INDICADORES CAPILARES PARA A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DO HC-UFPR

Esgotadas todas as etapas metodológicas, apresentamos abaixo a nossa proposta de indicadores capilares para o Sistema de Informação Gerencial do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná, baseados no documento do Planejamento Estratégico do Hospital de Clínicas da UFPR para os anos de 2007-2011.

DIRETRIZES:

1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”).

METAS:

- Aumentar o faturamento em 15%
- Reduzir os custos operacionais em 20%

INDICADORES ESTRATÉGICOS

- **ANÁLISE ECONOMICO-FINANCEIRA**
- **RESULTADO ANTES DA DEDUÇÃO DA RECEITA**
- **RESULTADO FINANCEIRO**
- **SUPERÁVIT/DÉFICIT OPERACIONAL – RECORRENTE**
- **SUPERÁVIT/DÉFICIT OPERACIONAL ANTES DO FINANCEIRO)**
- **RECEITA PRÓPRIA**
- **INDICE DE RECEITAS**
- **TOTAL DA RECEITA BRUTA**
- **PARTICIPAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO NA RECEITA**
- **PARTICIPAÇÃO DA CULTURA NA RECEITA**
- **PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA NA RECEITA**
- **PARTICIPAÇÃO DE RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS NOS INVESTIMENTOS DE CAPITAL (ONG, Emendas parlamentares, doação de equipamentos pelo Estado)**

- PARTICIPAÇÃO DO ENSINO NA RECEITA (HORAS TRABALHADAS DOS DOCENTES)
- PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS ACESSÓRIOS NA RECEITA (LABORATÓRIOS ESPECIALIZADOS)
- RECEITA SUS
- INDICE DE CUSTOS
- CUSTO DOS SERVIÇOS
- CUSTOS COM MATERIAIS DE CONSUMO
- CUSTOS COM PESSOAL DE TERCEIROS (PESSOAL DE APOIO E FUNPAR)
- CUSTOS COM PESSOAL PRÓPRIO
- CUSTOS/DESPESAS GERAIS E TRIBUTÁRIAS
- CUSTO EFETIVO DO HC-UFPR
- DEPRECIÇÕES
- INDICE DE PRODUTIVIDADE
- RESULTADO OPERACIONAL
- TOTAL DE PROCEDIMENTOS
- LEMBRANÇA DA MARCA – TOP OF MIND
- PARTICIPAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO NOS RESULTADOS
- PARTICIPAÇÃO DA CULTURA NOS RESULTADOS
- PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA NOS RESULTADOS
- PARTICIPAÇÃO DO ENSINO NOS RESULTADOS
- PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS ACESSÓRIOS NOS RESULTADOS
- PARTICIPAÇÃO DOS PROJETOS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL DESENVOLVIDOS EM PARCERIA COM A FUNPAR NOS RESULTADOS
- PARTICIPAÇÃO DOS PROJETOS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL DESENVOLVIDOS EM PARCERIA COM O GOVERNO (CONVÊNIOS COM AS UNIDADES 24HORAS; IML E O MINISTÉRIO PÚBLICO) NOS RESULTADOS

- **SATISFAÇÃO DOS CLIENTES PACIENTE/ACOMPANHANTE**
- **SERVIÇOS PRESTADOS AO SUS**
- **TOTAL PACIENTE-DIA**
- **RECLAMAÇÕES DOS CLIENTES INTERNOS E EXTERNOS**
- **SATISFAÇÃO DOS CLIENTES INTERNOS**
- **TOTAL DE CONSULTAS**
- **TOTAL DE EXAMES**
- **TOTAL DE INTERNAÇÕES**

INDICADORES TÁTICOS

- **ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DE RECEITAS DAS UNIDADES**
- **GERAÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS BIOLÓGICOS**
- **PARTICIPAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO NA RECEITA**
- **PARTICIPAÇÃO DA CULTURA NA RECEITA**
- **PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA NA RECEITA**
- **PARTICIPAÇÃO DE RECURSOS EXTRAORDINÁRIOS NOS INVESTIMENTOS DE CAPITAL**
- **PARTICIPAÇÃO DO ENSINO NA RECEITA**
- **PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS ACESSÓRIOS NA RECEITA**
- **REMUNERAÇÃO SUS PARA CADA R\$ 100 DE CUSTO**
- **RECEITA SUS**
- **PARECER SEM RESSALVA SOBRE AS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS**
- **ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DOS CUSTOS DAS UNIDADES**
- **INTERCORRÊNCIAS ASSISTENCIAIS**
- **CUSTO DOS SERVIÇOS**

- CUSTOS COM MATERIAIS DE CONSUMO
- CUSTOS COM PESSOAL DE TERCEIROS
- CUSTOS COM PESSOAL PRÓPRIO
- CUSTOS/DESPESAS GERAIS E TRIBUTÁRIAS
- DEPRECIAÇÕES
- ACIDENTES COM RESÍDUOS PÉRFURO-CORTANTES RELACIONADOS AO DESCARTE INADEQUADO
- ABSENTEÍSMO
- DESLIGAMENTO GERAL
- LEVANTAMENTO HISTÓRICO DA PRODUTIVIDADE
- ÍNDICE DE GIRO
- ÍNDICE DE SUBSTITUIÇÃO
- MÉDIA DE PERMANÊNCIA
- TAXA DE OCUPAÇÃO
- CONSULTA SUS
- AÇÕES DE MARKETING IMPLEMENTADAS
- CUMPRIMENTO DA AMOSTRAGEM MÍNIMA DA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE/ACOMPANHANTE
- PARTICIPAÇÃO DA ASSISTÊNCIA, EDUCAÇÃO E PREVENÇÃO NOS RESULTADOS
- PARTICIPAÇÃO DA CULTURA NOS RESULTADOS
- PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA NOS RESULTADOS
- PARTICIPAÇÃO DO ENSINO NOS RESULTADOS
- PARTICIPAÇÃO DOS SERVIÇOS ACESSÓRIOS NOS RESULTADOS
- PROJETOS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL DESENVOLVIDOS EM PARCERIA COM A FUNPAR
- PROJETOS DE RESPONSABILIDADE SOCIAL DESENVOLVIDOS EM PARCERIA COM O GOVERNO

- RECLAMAÇÕES DE PACIENTE SUS
- RETORNO DAS RECLAMAÇÕES DOS CLIENTES
- TAXA DE MORTALIDADE
- VOLUNTÁRIOS EM ATIVIDADE NO HC-UFPR
- INTERNAÇÕES SUS
- PACIENTE-DIA SUS
- EXISTÊNCIA FÍSICA DE BENS INVENTARIADOS
- VOLUMES COM RESÍDUOS SÓLIDOS ADEQUADAMENTE SEPARADOS
- EXAMES SUS
- PROCEDIMENTOS SUS
- SATISFAÇÃO DO MÉDICO
- TAXA QUINZENAL DE VERIFICAÇÃO DE ANDAMENTO DOS PROCESSOS

INDICADORES OPERACIONAIS

- CAPACIDADE PLANEJADA (LEITOS)
- NÚMERO DE LEITOS POR ESPECIALIDADE
- CAPACIDADE OPERACIONAL (LEITOS)
- OCUPAÇÃO TOTAL
- OCUPAÇÃO POR ESPECIALIDADE
- CAPACIDADE OCIOSA (LEITOS)
- ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE LEITOS
- NÚMERO DE CONSULTAS
- CONSULTAS REALIZADAS
- TOTAL DE CONSULTAS
- NÚMERO DE CONSULTAS/CONSULTÓRIO/DIA

- CONSULTAS ATENDIDAS NO PRAZO
- CONSULTAS INICIADAS NO PRAZO DE 30 MINUTOS
- CONSULTAS PONTUAIS
- AGENDAS DE CONSULTAS INICIADAS DENTRO DO PRAZO
- CONSULTAS ATENDIDAS DENTRO DO PRAZO DE 1 HORA
- CONSULTAS DE EMERGÊNCIAS REALIZADAS
- CONSULTAS INICIADAS NO PRAZO DE 20 MINUTOS
- NÚMERO DE CONSULTAS DE PRIMEIRA VEZ
- NÚMERO DE RECONSULTAS POR PACIENTES
- CONSULTAS PELO MESMO MOTIVO EM 24 HORAS (SEMUNS)
- NÚMERO DE CIRURGIAS/SALA CIRÚRGICA/DIA
- CESÁREAS
- CIRURGIAS INICIADAS NA HORA MARCADA
- CIRURGIAS AGENDADAS
- NÚMERO DE CIRURGIAS SUSPENSAS COM INDICAÇÃO DO MOTIVO
- CIRURGIAS SUSPENSAS
- CIRURGIAS ELETIVAS SUSPENSAS
- TAXA DE UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
- ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO
- DISPONIBILIDADE DE UTI
- NÚMERO DE EXAMES/EQUIPAMENTO/DIA
- EXAMES REALIZADOS
- TAXA DE SUSPENSÃO DE EXAMES
- TEMPO DO EQUIPAMENTO PARADO – EC
- TEMPO RESPOSTA-EXTERNO (EQUIPAMENTOS ELETRO-MÉDICOS) – EC

- **TEMPO RESPOSTA-INTERNO (EQUIPAMENTOS ELETRO-MÉDICOS) – EC**
- **NÚMERO DE EXAMES POR PACIENTES**
- **REMARCAÇÃO DE EXAMES DEVIDO AO MAL PREPARO**
- **EXAMES COM RESULTADO DENTRO DOS PADRÕES DA NORMALIDADE**
- **EXAMES IMUNO-HEMATO SUS REALIZADOS**
- **EXAMES SIA/SUS REALIZADOS**
- **EXAMES SOROLÓGICOS REALIZADOS**
- **EXAMES SUS**
- **TOTAL DE EXAMES**
- **REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL**
- **PRIORIZAÇÃO DOS EXAMES EM MENOR TEMPO POSSÍVEL**
- **LAUDOS PERICIAIS ENTREGUES NO PRAZO DE 15 DIAS ÚTEIS**
- **AMOSTRAS ANALISADAS NO LABORATÓRIO DE MICROBIOLOGIA**
- **EXAMES ECO REALIZADOS NO PRAZO (30 MINUTOS)**
- **EXAMES ECO AMBULATORIO ENTREGUES NO PRAZO (48 HORAS)**
- **EXAMES ECO AMBULATORIO REALIZADOS NO PRAZO (CONFORME AGENDA)**
- **EXAMES ECO ENTREGUES NO PRAZO (2 HORAS)**
- **EXAMES ECO INTERNADOS ENTREGUES NO PRAZO (NA HORA)**
- **EXAMES ECO INTERNADOS REALIZADOS NO PRAZO (24 HORAS)**
- **EXAMES ENTREGUES NO PRAZO**
- **EXAMES ENTREGUES NO PRAZO DE 48 HORAS**
- **EXAMES RX AMBULATORIO REALIZADOS NO PRAZO (CONFORME AGENDA)**
- **EXAMES RX AMBULATORIO SUS ENTREGUES NO PRAZO (7 DIAS)**
- **EXAMES RX E ECO ENTREGUES NO PRAZO**

- EXAMES RX ENTREGUES NO PRAZO (2 HORAS)
- EXAMES RX INTERNADOS SUS ENTREGUES NO PRAZO (12 HORAS)
- EXAMES RX REALIZADOS NO PRAZO (2 HORAS)
- LAUDOS DE EMERGÊNCIA ENTREGUES EM ATÉ 1 HORA
- LAUDOS DE EMERGÊNCIA PRIORITÁRIA ENTREGUES EM ATÉ 30 MINUTOS
- LAUDOS DE ROTINA ENTREGUES EM ATÉ 8 HORAS
- LAUDOS DE URGÊNCIA ENTREGUES EM ATÉ 3 HORAS
- EXAMES MICOLÓGICOS DIRETO ENTREGUES NO PRAZO
- NÃO CONFORMIDADES COM LAUDOS
- EXAMES ENTREGUES NO PRAZO DE 48 HORAS
- TOTAL DE EXAMES ENTREGUES NO PRAZO
- NÚMERO DE PROCEDIMENTOS NA INTERNAÇÃO
- PROCEDIMENTOS REALIZADOS POR ESPECIALIDADES
- TOTAL DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS
- CUSTO COM PROCEDIMENTOS
- LEVANTAMENTO HISTÓRICO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO (FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC (MS) E LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADES - MAC (MS)
- PROCEDIMENTOS SUS
- TOTAL DE PROCEDIMENTOS
- ANÁLISE DE CUSTO BENEFÍCIO POR PROCEDIMENTO
- NÚMERO DE PACIENTE/DIA
- PACIENTE-DIA
- PACIENTES COM DISTRIBUIÇÃO DE TERAPIA VIA ORAL
- NÚMERO/TEMPO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS

- ATENDIMENTO A CHAMADA EM ATÉ 5 MINUTOS
- ATENDIMENTO AO PACIENTE EM ATÉ 20 SEGUNDOS
- DURAÇÃO DO ATENDIMENTO EM ATÉ 2 MINUTOS
- PRESTEZA AOS CHAMADOS
- PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PRAZO (2 HORAS)
- PROCEDIMENTOS REALIZADOS NO PRAZO (30 MINUTOS)
- PACIENTES ATENDIDOS NO PRAZO DE 15 MINUTOS
- TEMPO DE RETORNO DOS PACIENTES EM ATÉ 20 MINUTOS
- TOTAL DE ATENDIMENTOS
- NÚMERO DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS
- PACIENTES COM DEFINIÇÃO DIAGNÓSTICA DE DOR TORÁCICA E DE OUTROS PROGRAMAS ESPECÍFICOS EM ATÉ 30 MIN.
- NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE
- NÚMERO DE INTERNAÇÕES
- INTERNAÇÕES REALIZADAS POR ESPECIALIDADES
- INTERNAÇÕES REALIZADAS EM 20 MINUTOS
- TOTAL DE INTERNAÇÕES
- NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR LEITO
- PACIENTES INTERNADOS COM A PRESENÇA DO PRONTUÁRIO
- INTERNAÇÕES COM GUIAS AUTORIZADAS NO PRAZO
- ÍNDICE DE PRODUÇÃO POR FUNCIONÁRIO DA ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE
- PRODUTIVIDADE / FUNCIONÁRIO DIA
- ANÁLISE DA PRODUÇÃO POR ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE
- NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR ÁREAS CRÍTICAS
- NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR ÁREAS NÃO CRÍTICAS

- **NÚMERO DE MÉDICOS POR LEITO**
- **NÚMERO DE MEDICOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO**
- **NÚMERO DE ENFERMEIROS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO**
- **NÚMERO DE PESSOAL DE APOIO POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO**
- **DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL**
- **DISPONIBILIDADE DE SERVIDORES**
- **ESCALA DE SERVIÇO MENSAL (MÉDICOS, ENFERMEIROS E PESSOAL DE APOIO)**
- **SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO**
- **SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO ATENDIDO NA CASA 3**
- **RECLAMAÇÃO DOS USUÁRIOS DE VESTIÁRIOS**
- **SATISFAÇÃO DA EQUIPE FUNCIONAL**
- **SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO**
- **SATISFAÇÃO DO MÉDICO**
- **SATISFAÇÃO DO MÉDICO DETENTOR DE AGENDA**
- **SATISFAÇÃO DO MÉDICO EM RELAÇÃO A ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL**
- **CONTROLE DE HORA EXTRA**
- **ÍNDICE DE HORA EXTRA POR UNIDADE E/OU POR SERVIÇO**
- **CUSTO DE HORA EXTRA POR UNIDADE E/OU POR SERVIÇO**
- **TAXA DE ABSENTEISMO**
- **ABSENTEÍSMO DE PACIENTES**
- **ABSENTEÍSMO DE FUNCIONÁRIOS**
- **ROTAÇÃO DE ESTOQUE**
- **ACURACIDADE DOS ESTOQUES**

- **CONTROLE DE ARMAZENAGEM DE MEDICAMENTOS DE ALTA VIGILÂNCIA**
- **ROTATIVIDADES DOS ESTOQUES**
- **ROTATIVIDADE DOS ESTOQUES – BAIXA ROTATIVIDADE**
- **PERÍODO MÉDIO DE ESTOCAGEM**
- **DIAS DE ESTOQUE**
- **CONTROLE DO CONSUMO DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR**
- **MATERIAIS DEVOLVIDOS INTEGRALMENTE**
- **MATERIAIS LIBERADOS NO PRAZO**
- **ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR**
- **OCORRÊNCIAS COM FURTO DE BENS PATRIMONIAIS**
- **CONTROLE DE DESPERDÍCIO DE MEDICAMENTOS**
- **ADEQUAÇÃO AO USO DE ANTIBIÓTICO**
- **CONTROLE DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**
- **CONTROLE DE CONSUMO DE MATERIAIS DE LIMPEZA**
- **CONTROLE DE CONSUMO DE MATERIAIS DE MANUTENÇÃO**
- **ANÁLISE DE USO DE ROUPA HOSPITALAR**
- **CONTROLE DA ROUPA SEMI LIMPA**
- **CONTROLE DA ROUPA SUJA**
- **QUANTIDADE E TIPO DE PERFURO CORTANTE ENVIADOS PARA LAVANDERIA**
- **CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES POR DIETA/DIA~**
- **REFEIÇÕES (TÉRMICOS) DE PACIENTES SERVIDOS CORRETAMENTE**
- **REFEIÇÕES DE PACIENTES SERVIDOS CORRETAMENTE NA UNIDADE DE INTERNAÇÃO**
- **CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES PELA QUALIDADE**
- **CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES POR QUANTIDADE**

- **CONTROLE DE DESPERDÍCIOS ALIMENTARES POR DIETA/DIA**
- **CONTROLE DO CUMPRIMENTO DO HORÁRIO DAS REFEIÇÕES**
- **CUMPRIMENTO DE HORÁRIOS COM BUFFET COMPLETO NO CAFÉ DA MANHÃ E ALMOÇO**
- **CUMPRIMENTO DO HORÁRIO DA LIBERAÇÃO DOS TÉRMICOS PARA DND**
- **SATISFAÇÃO DO CLIENTE REFEITÓRIO**
- **CONTROLE DO USO DE ENERGIA ELETRICA**
- **CONTROLE DO USO DE ÁGUA**
- **CONTROLE DE USO DE TELEFONE**
- **QUILOS DE SUCATA/ANO**
- **GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS**
- **GERAÇÃO DE RESÍDUOS SÓLIDOS BIOLÓGICOS, QUÍMICOS, RECICLÁVEIS**
- **GERAÇÃO DE RESÍDUO COMUM**
- **GERAÇÃO DE RESÍDUO RECICLÁVEL**
- **GERAÇÃO DE RESÍDUOS DO GRUPO B**
- **GERAÇÃO DE RESÍDUOS DO GRUPO D**
- **VOLUMES COM RESÍDUOS SÓLIDOS ADEQUADAMENTE SEPARADOS**
- **ANÁLISE DOS RECURSOS EMPREGADOS EM SERVIÇOS TERCEIRIZADOS**
- **NÚMERO DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS**
- **INTERCORRÊNCIAS ASSISTENCIAIS**
- **INCIDÊNCIA DE ÚLCERA POR PRESSÃO (UP) NA UTI**
- **REAÇÕES HEMOLÍTICAS AGUDAS**
- **REAÇÕES TRANSFUSIONAIS FEBRIS**
- **REAÇÕES TRANSFUSIONAIS POR CONTAMINAÇÃO BACTERIANA**
- **REAÇÕES TRANSFUSIONAIS URTICARIFORMES**

- **ÍNDICE DE INFECÇÃO HOSPITALAR**
- **INFECÇÃO DE ACESSOS VASCULARES**
- **INFECÇÃO HOSPITALAR CIRÚRGICA ADULTO**
- **INFECÇÃO HOSPITALAR CIRÚRGICA PEDIÁTRICA**
- **INFECÇÃO HOSPITALAR NAS UTIS**
- **INFECÇÃO PUERPERAL DE CESAREANAS**
- **INFECÇÃO PUERPERAL DE PARTO NORMAL**
- **INFECÇÃO HOSPITALAR**
- **REALIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS**
- **ADEQUAÇÃO À VIGILÂNCIA DE PROCESSOS TÉCNICOS ASSISTENCIAIS**
- **AVALIAÇÃO DAS NORMAS HOSPITAL AMIGO DA CRIANÇA**
- **CONTROLE DE HIGIENIZAÇÃO DE ACORDO COM O PROTOCOLO**
- **TAXA DE PROTOCOLOS ASSISTENCIAIS IMPLANTADOS**
- **ADESÃO A POLÍTICA DE PADRONIZAÇÃO**
- **ALTERAÇÃO NA PADRONIZAÇÃO MED/MAT**
- **DEMANDA REPRIMIDA/LISTA DE ESPERA**
- **INDISPONIBILIDADE DE AGENDAS/DIA**
- **LISTA DE ESPERA E TEMPO DE ESPERA**
- **TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA CONSULTAS NÃO AGENDADAS**
- **TEMPO MÉDIO DE ESPERA NO ATENDIMENTO**
- **FAIXA ETÁRIA DO PACIENTE**
- **NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA**
- **MÉDIA DE PERMANENCIA**
- **PERMANÊNCIA POR ESPECIALIDADE**
- **PERMANÊNCIA GERAL**

- **NÚMERO DE ALTAS**
- **ALTAS EFETIVADAS EM 4H NAS EMERGÊNCIAS**
- **ALTAS EFETIVADAS EM 18H NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO**
- **NÚMERO DE ÓBITOS**
- **COEFICIENTE DE MORTALIDADE MATERNA**
- **ÓBITO POR ESPECIALIDADE**
- **NÚMERO DE TRANSFERÊNCIAS INTERNAS E EXTERNAS**
- **TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES PARA OUTROS SERVIÇOS**
- **SATISFAÇÃO DO PACIENTE**
- **REINCIDÊNCIA DE RECLAMAÇÕES DO MESMO CLIENTE**
- **SATISFAÇÃO DE ATENDIMENTO**
- **SATISFAÇÃO DO CLIENTE CANDIDATO**
- **SATISFAÇÃO DO CLIENTE DO BANCO DE LEITE HUMANO**
- **SATISFAÇÃO DO CLIENTE DOADOR**
- **SATISFAÇÃO DO PACIENTE/FAMILIAR**
- **SATISFAÇÃO DOS PACIENTES EM CONSULTAS E SADTS**
- **SATISFAÇÃO EM EMERGÊNCIAS**
- **SATISFAÇÃO EM INTERNAÇÕES**
- **SATISFAÇÃO DE ATENDIMENTO**
- **SATISFAÇÃO DO PACIENTE ADULTO**
- **SATISFAÇÃO DO PACIENTE EM RELAÇÃO A ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL**
- **SATISFAÇÃO DO ACOMPANHANTE**
- **RECLAMAÇÕES DOS CLIENTES EXTERNOS PACIENTES/ACOMPANHANTES**
- **SATISFAÇÃO DO CLIENTE FAMILIAR**
- **SATISFAÇÃO DOS CLIENTES PACIENTES/ACOMPANHANTES**

- **SATISFAÇÃO DO VISITANTE**
- **GASTOS DA UNIDADE**
- **AVALIAÇÃO DE AÇÕES APROVADAS PARA USO RACIONAL DOS RECURSOS DISPONÍVEIS**
- **CUSTO COM RECLAMATÓRIA TRABALHISTA**
- **ENTREGA DE APURAÇÃO DE CUSTOS ESPECÍFICOS NO PRAZO**
- **REALIZAÇÃO DO CONTAS A PAGAR**
- **REALIZAÇÃO DO CONTAS A RECEBER**
- **CUSTOS COM DESPESAS GERAIS**
- **CUSTOS COM MATERIAIS DE CONSUMO**
- **CUSTOS COM PESSOAL TERCEIROS**
- **DÉBITOS CORRETOS**
- **DEPRECIÇÕES**
- **CUSTO**
- **RECEITA MÉDIA MENSAL PROVENIENTE DO SUS**
- **AIH'S REJEITADAS (MOTIVO INTERNO)**
- **CONTAS COM ALTERAÇÃO SUS**
- **CONTAS COM DOCUMENTOS COMPLETOS, CORRETAS E ENTREGUES NO PRAZO**
- **CONTAS FATURADAS FORA DA COMPETÊNCIA (ALTAS SIH/AIH)**
- **CONTAS FATURADAS FORA DA COMPETÊNCIA (AMB/SADT)**
- **CONTAS REAPRESENTADAS**
- **CONTAS REVISADAS SUS**
- **CONTAS SEM COBERTURA (AIH) SUS**
- **CONTRATOS CONCLUÍDOS ATÉ O DIA DA INTEGRAÇÃO**
- **CONTRATOS CONFORME ANS**

- **CONTRATOS FIRMADOS COM GARANTIA DE MARGEM FINANCEIRA MÍNIMA**
- **CONTRATOS RENOVADOS EM 60 DIAS DO TÉRMINO DO VENCIMENTO**
- **DATA DE FECHAMENTO MENSAL DO FATURAMENTO**
- **RECUPERAÇÃO ANUAL DE GLOSAS**
- **REGISTRO DE DÉBITOS CORRETOS**
- **CONTAS DEVOLVIDAS COM PENDÊNCIA**
- **CONTAS DEVOLVIDAS PELO SMS POR PROBLEMAS**
- **CONTAS REVISADAS SUS DE INTERNAÇÃO**
- **FATURADO DENTRO DA COMPETÊNCIA**
- **LAUDOS DE AIH COM AUTORIZAÇÃO PRÉVIA**
- **TAXA DE GLOSAS PROCEDENTES**
- **TAXA DE GLOSAS REVISADAS**
- **TEMPO MÉDIO DAS CONTAS EM PRÉ-FATURAMENTO**
- **TEMPO MÉDIO DE CONTAS EM AUDITORIA**
- **VALOR MÉDIO DAS CONTAS**
- **VALORES DE CONTAS DEVOLVIDAS COM PENDÊNCIA**
- **RECEITA SUS**
- **TOTAL DE RECEITAS**

DIRETRIZES:

2 - Reestruturação Administrativa e Gerencial (Projeto “HU – Uma Nova Cultura e um Novo Modelo de Gestão”).

METAS:

- Implantar o Projeto de Unidades Funcionais em 100% das Unidades Assistenciais
- Implantar em 100% das Unidades Funcionais a Política de Humanização

INDICADORES ESTRATÉGICOS

- **IMPLANTAR O NOVO MODELO DE GESTÃO**
- **IMPLANTAR A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO**

INDICADORES TÁTICOS

- **EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS**
- **DISSEMINAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO**

INDICADORES OPERACIONAIS

- **DESEMPENHO DAS AÇÕES DE MARKETING PARA DIVULGAÇÃO DO PROJETO DAS UNIDADES FUNCIONAIS**
- **CUMPRIMENTO DE PRAZO DE ENTREGA DAS AÇÕES DE MKT**
- **ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE MARKETING NOS DIFERENTES AMBIENTES VIÁVEIS PARA A IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS**
- **ANÁLISE DO RESULTADO DAS AÇÕES DE MARKETING**
- **ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO DA DIVULGAÇÃO DO PROJETO DAS UNIDADES FUNCIONAIS ATRAVÉS DOS CANAIS INTERNOS DE COMUNICAÇÃO DO HC**
- **ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO DA DIVULGAÇÃO DO PROJETO DAS UNIDADES FUNCIONAIS ATRAVÉS DOS CANAIS INTERNOS DE COMUNICAÇÃO DO HC**
- **ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DAS UNIDADES FUNCIONAIS NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS**
- **ANÁLISE DO RESULTADO DAS REUNIÕES COM OS DIRETORES, CONSELHOS, SERVIÇOS, DEPARTAMENTOS E OUTROS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS**
- **ANÁLISE DAS METAS PACTUADAS PARA CADA UNIDADE FUNCIONAL**

- **ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DAS UNIDADES FUNCIONAIS IMPLANTADAS**
- **ANÁLISE DA PRODUTIVIDADE DAS UNIDADES FUNCIONAIS IMPLANTADAS**
- **ACOMPANHAMENTO DA PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS DO COLEGIADO INTERNO NA TOMADA DE DECISÃO DE CADA UNIDADE FUNCIONAL ATRAVÉS DE LISTA DE PRESENÇA E ATAS DAS REUNIÕES**
- **ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO ENTRE O COLEGIADO GESTOR E AS UNIDADES FUNCIONAIS**
- **ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS PARA O PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO GERENCIAL**
- **HORAS DE TREINAMENTO PARA O PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO GERENCIAL**
- **ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE RH CENTRADAS NA ÉTICA DA RESPONSABILIDADE**
- **DISPONIBILIDADE DE ESPAÇO DE ESCUTA QUALIFICADA PARA OS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS ATRAVÉS DO SERVIÇO DE OUVIDORIA**
- **RESPOSTA EM 3 DIAS ÚTEIS – OUVIDORIA**
- **PROMOÇÃO DA SUBSTITUIÇÃO DE MOVEIS E EQUIPAMENTOS SUCATEADOS**
- **SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO**
- **SATISFAÇÃO DO MÉDICO**
- **SATISFAÇÃO DO MÉDICO DETENTOR DE AGENDA**
- **SATISFAÇÃO DO MÉDICO EM RELAÇÃO A ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL**
- **SATISFAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS**
- **SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO ATENDIDO NA CASA 3**
- **RECLAMAÇÃO DOS USUÁRIOS DE VESTIÁRIOS**
- **SATISFAÇÃO DA EQUIPE FUNCIONAL**
- **ORGANIZAÇÃO DA FILA DE ESPERA NOS PRONTOS ATENDIMENTOS PRIORIZANDO O ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM GRAU DE RISCO ELEVADO**

- **ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO NAS UNIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS**
- **ORIENTAÇÃO ÀS CRIANÇAS QUE PASSARÃO POR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS**
- **ACOMPANHAMENTO DO ENSINO REGULAR PARA AS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS**
- **ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO AOS PACIENTES/USUÁRIOS AOS DIVERSOS SERVIÇOS (ELABORAR FOLHETOS)**
- **ACOMPANHAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO BIO-PSICO-SOCIAL PARA AS GESTANTES DE RISCO E FAMILIARES DO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO**
- **ORIENTAÇÃO E APOIO PARA O SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO DESDE O PRÉ-NATAL ATÉ O PUERPÉRIO (ELABORAR FOLHETOS)**
- **ORIENTAÇÃO EM ALEITAMENTO MATERNO NA ALTA DO PACIENTE**
- **INCLUSÕES NO PROGRAMA DE INCENTIVO AO ALEITAMENTO MATERNO**
- **ANÁLISE DE AMPLIAÇÃO DAS POSSIBILIDADES DE ACESSO AOS VISITANTES**
- **ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO AOS FAMILIARES NO MOMENTO DO ÓBITO**

DIRETRIZES:

3 - Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde (Projeto “O HU integrado ao SUS e Submetido ao Controle Social”).

METAS:

- Atingir 100% das metas pactuadas no contrato de gestão municipal

INDICADOR ESTRATÉGICO

- **REALIZAR NEGOCIAÇÃO DE SUCESSO ENTRE O GESTOR MUNICIPAL E O HC/UFPR**
- **ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS VIÁVEIS PARA A PACTUAÇÃO COM O GESTOR LOCAL**

INDICADORES TÁTICOS

- **ACOMPANHAMENTO MENSAL DOS INDICADORES PACTUADOS NO CONTRATO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NAS ÁREAS DE ASSISTÊNCIA, GESTÃO, HUMANIZAÇÃO, ENSINO E PESQUISA**
- **AVALIAÇÃO FINANCEIRA DO CONTRATO POR NÃO TER CUMPRIDO AS METAS PACTUADAS**

INDICADORES OPERACIONAIS

- **LEVANTAMENTO HISTÓRICO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO (FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC (MS) E LIMITE FINANCEIRO DA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADES - MAC (MS)**
- **PROCEDIMENTOS SUS**
- **TOTAL DE PROCEDIMENTOS**
- **ÍNDICE DE PRODUÇÃO POR FUNCIONÁRIO DA ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE**
- **PRODUTIVIDADE / FUNCIONÁRIO DIA**
- **NÚMERO/TEMPO DE ATENDIMENTOS**
- **ATENDIMENTO A CHAMADA EM ATÉ 5 MINUTOS**
- **ATENDIMENTO AO PACIENTE EM ATÉ 20 SEGUNDOS**
- **DURAÇÃO DO ATENDIMENTO EM ATÉ 2 MINUTOS**
- **PRESTEZA AOS CHAMADOS**
- **PACIENTES ATENDIDOS NO PRAZO DE 15 MINUTOS**
- **TEMPO DE RETORNO DOS PACIENTES EM ATÉ 20 MINUTOS**
- **TOTAL DE ATENDIMENTOS**
- **NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS**
- **PACIENTES COM DEFINIÇÃO DIAGNÓSTICA DE DOR TORÁCICA E DE OUTROS PROGRAMAS EM ATÉ 30 MIN.**
- **NÚMERO DE CONSULTAS DE PRIMEIRA VEZ**
- **NÚMERO DE RECONSULTAS POR PACIENTES**
- **NÚMERO DE INTERNAÇÕES**

- INTERNAÇÕES REALIZADAS POR ESPECIALIDADE
- INTERNAÇÕES REALIZADAS EM 20 MINUTOS
- TOTAL DE INTERNAÇÕES
- NÚMERO DE INTERNAÇÕES ATRAVÉS DA CENTRAL DE LEITOS
- LISTA DE ESPERA E TEMPO DE ESPERA
- TEMPO MÉDIO DE ESPERA PARA CONSULTAS NÃO AGENDADAS
- TEMPO MÉDIO DE ESPERA NO ATENDIMENTO
- NÚMERO DE PACIENTE/DIA
- PACIENTE-DIA
- PACIENTES COM DISTRIBUIÇÃO DE TERAPIA VIA ORAL
- NÚMERO DE CIRURGIAS
- CIRURGIAS INICIADAS NA HORA MARCADA
- CIRURGIAS AGENDADAS
- NÚMERO DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS
- NÚMERO DE CIRURGIAS LAPAROSCÓPICAS
- TAXA DE UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
- TAXA DE CESÁRIAS
- NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÉUTICA
- NÚMERO DE EXAMES
- EXAMES REALIZADOS
- TOTAL DE EXAMES
- ESCALA DE SERVIÇO MENSAL (MÉDICOS, ENFERMEIROS E PESSOAL DE APOIO)
- NÚMERO DE MEDICOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO

- **NÚMERO DE ENFERMEIROS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO**
- **NÚMERO DE PESSOAL DE APOIO POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO**
- **SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO**
- **SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO ATENDIDO NA CASA 3**
- **RECLAMAÇÃO DOS USUÁRIOS DE VESTIÁRIOS**
- **SATISFAÇÃO DA EQUIPE FUNCIONAL**
- **SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO**
- **SATISFAÇÃO DO MÉDICO**
- **SATISFAÇÃO DO MÉDICO DETENTOR DE AGENDA**
- **SATISFAÇÃO DO MÉDICO EM RELAÇÃO A ASSISTÊNCIA NUTRICIONAL**
- **APRESENTAÇÃO MENSAL DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DOS ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS**
- **REALIZAÇÃO DE CAMPANHAS PARA DOAÇÃO DE SANGUE**
- **DOADORES DE SANGUE**
- **DOADORES QUE APRESENTAM HEMATOMAS PÓS-DOAÇÃO**
- **RETORNO DE SANGUE DOS BLOCOS**
- **NÚMERO DE ESTAGIARIOS DE GRADUAÇÃO POR ESPECIALIDADE**
- **NÚMERO DE ESTAGIARIOS DE PÓS-GRADUAÇÃO POR ESPECIALIDADE**
- **NÚMERO DE RESIDENTES POR ESPECIALIDADE**
- **ACOMPANHAMENTO DOS COMITÊS DE AVALIAÇÃO DE MORTALIDADE POR GRUPO DE RISCOS**
- **ANÁLISE DOS MECANISMOS DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA, MEDIANTE PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO**
- **ANÁLISE DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DE *PERFORMANCE* INSTITUCIONAL**
- **INDICADORES COM METAS NÃO ATINGIDAS E SEM PLANO DE AÇÃO**

- **INDICADORES COM METAS NÃO ATINGIDAS, COM PLANO DE AÇÃO**
- **INDICADORES COM PRÁTICAS ADEQUADAS DO SISTEMA DE GESTÃO**
- **RELATÓRIO GERENCIAL DISPONIBILIZADO NO PRAZO**
- **RELATÓRIOS COM SOLICITAÇÃO DE REVISÃO GERENCIAL**
- **ENTREGA EM TEMPO HÁBIL DE PLANEJAMENTO DE RECURSOS NECESSÁRIOS**
- **DESEMPENHO PONDERADO DE INDICADORES**
- **INDICADORES COM SINALIZADOR AMARELO, TENDÊNCIA NEGATIVA COM PLANO**
- **INDICADORES COM SINALIZADOR AMARELO, TENDÊNCIA NEGATIVA SEM PLANO**
- **INDICADORES COM SINALIZADOR AMARELO, TENDÊNCIA POSITIVA**
- **INDICADORES COM SINALIZADOR VERDE (NA META)**
- **INDICADORES COM SINALIZADOR VERMELHO COM PLANO**
- **INDICADORES COM SINALIZADOR VERMELHO SEM PLANO**
- **DESEMPENHO PONDERADO DE INDICADORES**
- **ACOMPANHAMENTO DAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS**

DIRETRIZES:

4 - Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar no HC-UFPR (Projeto “Acreditação para os Hus da UFPR”).

METAS:

- Implementar o Programa de Acreditação em 100% das Unidades Funcionais
- Terminar 100% das reformas estruturais do Hospital de Clínicas
- Substituir o parque tecnológico pelo menos 10%

INDICADORES ESTRATÉGICOS

- **ALCANÇAR A CERTIFICAÇÃO NO NÍVEL 1 DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA)**
- **CONCLUIR AS REFORMAS ESTRUTURAIS**
- **RENOVAR O PARQUE TECNOLÓGICO**

INDICADORES TÁTICOS

- **ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO**
- **ANÁLISE DOS ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA ATINGIR AS EXIGÊNCIAS DO MANUAL DE ACREDITAÇÃO DA ONA**
- **ACOMPANHAMENTO DAS REFORMAS ESTRUTURAIS**
- **ACOMPANHAMENTO DA RENOVAÇÃO DO PARQUE TECNOLÓGICO**

INDICADORES OPERACIONAIS

- **ACOMPANHAMENTO DA CAMPANHA HC HOSPITAL 5 ESTRELAS**
- **ANÁLISE DO RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ELABORADO PELA AUDITORIA INTERNA**
- **ENTREGA DE RELATÓRIOS DAS AUDITORIAS INTERNAS NO PRAZO**
- **PARECER SEM RESSALVA DA AUDITORIA EXTERNA NAS DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS**
- **REALIZAÇÃO DAS AUDITORIAS INTERNAS**
- **AUDITORIAS REALIZADAS**
- **CONTROLE DE QUALIDADE INTERNO**
- **CUMPRIMENTO DE ADEQUAÇÃO À LEGISLAÇÃO SÓCIO-AMBIENTAL PERTINENTE**
- **ACOMPANHAMENTO DA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO CORRETIVA**
- **ACOMPANHAMENTO DA AVALIAÇÃO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS ELABORADA PELOS AVALIADORES DA INSTITUIÇÃO ACREDITADORA**
- **ANÁLISE DOS PLANOS DE AÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS E SERVIÇOS PARA CORREÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS**

- **PRAZO MÉDIO DE CONCLUSÃO PARA NOTIFICAÇÕES DE NÃO CONFORMIDADES TÉCNICAS**
- **ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DAS METAS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS E SERVIÇOS PACTUADAS PARA ATINGIR AS METAS INSTITUCIONAL DE ACREDITAÇÃO**
- **TAXA DE LANÇAMENTOS CORRETOS EM PRONTUÁRIOS**
- **TAXA DE RASTREABILIDADE**
- **ÍNDICE DE QUEDAS**
- **ÍNDICE DE USO DE PULSEIRA DE IDENTIFICAÇÃO**
- **ANÁLISE E ATUALIZAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS (POP' S)**
- **REVISÃO DO MANUAL DE BOAS PRÁTICAS**
- **ACOMPANHAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO DAS ATUALIZAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS**
- **CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DA COMISSÃO DE ACREDITAÇÃO**
- **ANALISE DAS METAS PROPOSTAS**
- **APRESENTAÇÃO À DIRETORA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS**
- **ANÁLISE DAS CAUSAS DAS NÃO CONFORMIDADES PENDENTES**
- **MAPEAMENTO DOS PONTOS CRÍTICOS E FRAGILIDADES DA INSTITUIÇÃO PERANTE OS PADRÕES DA ONA E VISA**
- **DISPONIBILIZAÇÃO DE SUBSÍDIOS À DIRETORA PARA PLANEJAR AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA A AVALIAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO**
- **LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE REFORMAS ESTRUTURAIS**
- **PRIORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DAS REFORMAS ESTRUTURAIS**
- **ATENDIMENTO DE DEMANDAS APRESENTADAS**
- **ATENDIMENTO DE SOLICITAÇÕES NO PRAZO**
- **CONCLUSÃO DE SERVIÇOS**
- **ACOMPANHAR O DESEMPENHO DA RENOVAÇÃO DO PARQUE TECNOLÓGICO**

- PROPORCIONAR TREINAMENTO PARA USO DOS EQUIPAMENTOS NOVOS

DIRETRIZES:

5 - Reconhecimento do Trabalhador (Projeto “Valorização do Trabalhador do HU”).

METAS:

- Implementar ações de saúde ocupacional segundo o que determina a NR32 atingindo 100% dos colaboradores

INDICADORES ESTRATÉGICOS

- ESTABELECEMOS EM CONJUNTO COM OS FUNCIONÁRIOS QUAL A NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E BEM ESTAR SOCIAL AOS FUNCIONÁRIOS E SERVIDORES POR MEIO DE DIFERENTES SERVIÇOS

- CONSOLIDAR AS MEDIDAS ADOTADAS DE PROTEÇÃO À SEGURANÇA E À SAÚDE DOS TRABALHADORES

- FORTALECER AS CONDIÇÕES DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL OUVINDO A DEMANDA DOS FUNCIONÁRIOS

- ORIENTAR E CAPACITAR OS GERENTES E DIRIGENTES DA INSTITUIÇÃO QUANTO AOS ASPECTOS JURÍDICOS E RELAÇÕES INTERPESSOAIS LIGADOS AO QUADRO DE SERVIDORES E FUNCIONÁRIOS

INDICADORES TÁTICOS

- AMPLIAR A ASSISTÊNCIA MÉDICO-ODONTOLÓGICA E PSICO-SOCIAL

- SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO

- SATISFAÇÃO DO MÉDICO

- INTENSIFICAR OS PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA

- DESENVOLVER PROGRAMAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE

- PROPORCIONAR O ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS NOVOS

- ESTENDER A OUVIDORIA PARA OS FUNCIONÁRIOS

- **PROPOR MELHORIAS FÍSICAS E DE RECURSOS HUMANOS NO AMBULATÓRIO DOS FUNCIONÁRIOS**
- **FACILITAR A CONSULTORIA INTERNA JURÍDICA E COMPORTAMENTAL**
- **QUALIDADE PERCEBIDA E LIDERANÇA**
- **REALIZAR PESQUISA E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DAS AÇÕES PERTINENTES AOS PROCESSOS DE TRABALHO, DIREITOS E DEVERES DOS COLABORADORES**
- **CUSTO COM RECLAMATÓRIA TRABALHISTA**
- **REALIZAÇÃO DA PESQUISA SALARIAL – MERCADO REPRESENTATIVO NO PRAZO**
- **CUSTOS COM PESSOAL TERCEIROS**
- **CUSTOS COM PESSOAL PRÓPRIO**
- **APRIMORAR O ENTENDIMENTO E A FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DOS DIREITOS E DEVERES DOS COLABORADORES**
- **FUNCIONÁRIOS BENEFICIADOS PARA DESCONTO EM UNIVERSIDADES/ESCOLAS**
- **PLANEJAR, COORDENAR E CONTROLAR PROCESSOS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS DA GESTÃO DE PESSOAS**
- **FUNCIONÁRIOS COM ACORDOS COLETIVOS FIRMADOS**
- **ABSENTEÍSMO**
- **DESLIGAMENTO GERAL**
- **FREQUÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO**
- **FUNCIONÁRIOS COM AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO REALIZADA**

INDICADORES OPERACIONAIS

- **CONTROLAR A REALIZAÇÃO DOS EXAMES PERIÓDICOS**
- **REALIZAÇÃO DE EXAMES PERIÓDICOS NO PRAZO**
- **INICIAR O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, COM FOCO NA HIPERTENSÃO, DIABETES E SAÚDE BUCAL**

- **PROMOVER PALESTRAS SOBRE TEMAS DE SAÚDE DE INTERESSE DO TRABALHADOR**
- **TORNAR OBRIGATÓRIA A GINÁSTICA LABORAL**
- **REALIZAÇÃO DE *TIME OUT***
- **AMPLIAR A PARTICIPAÇÃO NAS TERAPIAS ALTERNATIVAS: MASSOTERAPIA, YOGA**
- **REALIZAR O CONTROLE DE FOLHAS-PONTO, PAGAMENTO, FÉRIAS, HORAS-EXTRAS, ADICIONAIS NOTURNOS E CONTRA-CHEQUES**
- **INFORMAÇÕES ENTREGUES NO PRAZO PARA A FOLHA DE PAGAMENTO**
- **RECIBOS DE FÉRIAS EMITIDOS SEM ERRO**
- **RECIBOS FOLHA MENSAL EMITIDOS SEM ERRO**
- **RECIBOS FOLHA QUINZENAL EMITIDOS SEM ERRO**
- **RESCISÕES EFETIVADAS SEM ERRO**
- **SOLICITAÇÃO DE DESLIGAMENTO COM FICHA DE AVALIAÇÃO PREENCHIDA E ENTREGUE ATÉ ENTREVISTA DE DESLIGAMENTO**
- **DESLIGAMENTO GERAL**
- **CONTROLAR A TAXA DE ABSENTEÍSMO**
- **IDENTIFICAR AS CAUSAS DE AFASTAMENTO: FALTAS, LICENÇAS MÉDICAS ETC**
- **FREQUÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO**
- **FORTALECER A TERAPIA EM GRUPO PARA FUNCIONÁRIOS EM ÁREAS DE RISCO E ÁREAS CRÍTICAS (UTI, CENTRO CIRÚRGICO ETC)**
- **SOLIDIFICAR OS PROGRAMAS DE CAPACIDADE LABORATIVA E REABILITAÇÃO**
- **EXECUTAR PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO FUNCIONAL**
- **CANDIDATOS QUE PREENCHEM OS REQUISITOS DAS CHEFIAS**
- **FUNCIONÁRIOS COM AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO REALIZADA**
- **FAZER AVALIAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAS**

- ANALISAR AS SOLICITAÇÕES DE ALTERAÇÃO DE CARGOS
- REALIZAR O DIMENSIONAMENTO QUALITATIVO E QUANTITATIVO
- CONSOLIDAR PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARA O FUNCIONÁRIO QUE FAZ A INTERFACE COM O PÚBLICO EXTERNO
- ATUAR NA MELHORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS
- ESTIMULAR E FACILITAR A REALIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE INTEGRAÇÃO PARA OS NOVOS FUNCIONÁRIOS
- ELABORAR PESQUISA DE SATISFAÇÃO COM O TRABALHO
- RECLAMAÇÃO DOS USUÁRIOS DE VESTIÁRIOS
- SATISFAÇÃO DA EQUIPE FUNCIONAL
- ORGANIZAR, DIVULGAR E REALIZAR CURSOS, TREINAMENTOS, PALESTRAS ETC
- AVALIAÇÃO DE REAÇÃO DE TREINAMENTOS
- CUMPRIMENTO DO PLANO DE TREINAMENTO E DESENVOLVIMENTO ANUAL
- ENTREGA DE CERTIFICADOS E DECLARAÇÕES NO PRAZO
- GRAU DE SATISFAÇÃO DOS TREINAMENTOS REALIZADOS
- METAS ATINGIDAS EM CONTRATOS DE TREINAMENTO
- METAS ATINGIDAS PREVISTAS EM CONTRATOS DE TREINAMENTOS
- SATISFAÇÃO DOS FREQUENTADORES DE SEMINÁRIOS, ENCONTROS, PALESTRAS E OUTROS
- HORAS DE TREINAMENTO POR FUNCIONÁRIO /MÊS/MÊS
- ADOPTAR MEDIDAS DE PROTEÇÃO ESTABELECIDAS PELA NR32 PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES
- PARTICIPAÇÃO EM TREINAMENTO DE BOAS PRÁTICAS E EM SEGURANÇA DO TRABALHO
- PARTICIPAR DE CURSOS, TREINAMENTOS, PALESTRAS E OUTROS PARA O APRIMORAMENTO DO EXERCÍCIO DOS CARGOS DE GERENTES
- ADEQUAÇÃO AO INVESTIMENTO COM CAPACITAÇÃO CORPORATIVA ANO

**- ÍNDICE DE FAVORABILIDADE PARA LIDERANÇAS
DIRETRIZES:**

6 - Informação para todos e em tempo (Projeto “Informação para a Ação”).

METAS:

- Implementar a reengenharia do SIH-HC em 100% do Hospital

INDICADORES ESTRATÉGICOS

- PARTICIPAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO NOVO MODELO DE GESTÃO PARA A REDE DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PROPOSTO PELO MEC

- IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL

INDICADORES TÁTICOS

- FOMENTAR E FACILITAR A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE DO HC NO DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO AGHU

- ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DA IMPLEMENTAÇÃO DA REENGENHARIA DO SIH

- RESPOSTA-EFETIVA DO HELP DESK

INDICADORES OPERACIONAIS

- NÚMERO DE HORAS PLANEJADAS

- NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS

- PRODUTIVIDADE / FUNCIONÁRIO DIA

- ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE TRABALHO

- DESEMPENHO DO PLANO DE TRABALHO

- SERVIÇOS EXECUTADOS

- DESEMPENHO DAS ATIVIDADES EXECUTADAS COM RELAÇÃO AO TEMPO PREVISTO PARA SUA EXECUÇÃO

- TAXA DE NOVAS TECNOLOGIAS IMPLANTADAS

- TEMPO DE RESPOSTA-EXTERNO (SISTEMAS DE INFORMÁTICA)

- TEMPO DE RESPOSTA-INTERNO (SISTEMAS DE INFORMÁTICA)
- NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA FORMAR A EQUIPE DE TRABALHO
- ADEQUAÇÃO DA EQUIPE DO PARA O DESENVOLVIMENTO E ADAPTAÇÃO DO NOVO MODELO
- NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA PARTICIPAÇÃO EM TREINAMENTOS
- HORAS DE TREINAMENTO POR FUNCIONÁRIO/MÊS/MÊS
- GASTO COM TREINAMENTO EXTERNO
- METAS ATINGIDAS EM CONTRATOS DE TREINAMENTO
- METAS ATINGIDAS PREVISTAS EM CONTRATOS DE TREINAMENTOS
- CONSULTORIA EXTERNA
- ANÁLISE PARA AQUISIÇÃO E REDISTRIBUIÇÃO DE EQUIPAMENTOS
- AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS: HARDWARE E SOFTWARE
- ITENS COMPRADOS E ATENDIDOS NO PRAZO
- CONFIGURAÇÃO DAS ESTAÇÕES DE TRABALHO
- CUSTO POR MÓDULOS
- PARCERIA COM OUTROS HOSPITAIS
- TEMPO MÉDIO DO DESENVOLVIMENTO DE MÓDULOS PRIORITÁRIOS
- TEMPO MÉDIO DO DESENVOLVIMENTO DOS MÓDULOS
- CONTROLE DO TEMPO PREVISTO PARA ENTREGA DE MÓDULOS/VERSÃO
- ANÁLISE PARA IMPLEMENTAÇÃO DE NOVAS FUNCIONALIDADES
- CONCLUSÃO DE AVALIAÇÃO NO PRAZO-TECNOLOGIAS
- PRAZO MÉDIO DE AVALIAÇÃO EM MESES-TECNOLOGIAS
- IMPLANTAÇÃO DOS PADRÕES DE USABILIDADE DOS PRODUTOS DESENVOLVIDOS
- DESEMPENHO DO SUPORTE E MANUTENÇÃO DO NOVO SISTEMA
- MANUTENÇÃO PREVENTIVA

- DESEMPENHO NA ELABORAÇÃO DO MANUAL DO USUÁRIO

- DESEMPENHO NA ELABORAÇÃO DO MANUAL DO SISTEMA

DIRETRIZES:

7 - Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”).

METAS:

– Implantar o núcleo de apoio ao pesquisador para 100% dos pesquisadores que atuam no HC, na área de pesquisa clínica.

INDICADORES ESTRATÉGICOS

- INDICE DE ENSINO

- PARTICIPAÇÃO DO ENSINO NOS RESULTADOS

- INDICE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

- ARTIGOS PUBLICADOS

- PESQUISAS ACADÊMICAS

- PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA NOS RESULTADOS

- PESQUISAS MULTICÊNTRICAS CADASTRADAS

INDICADORES TÁTICOS

- ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE DE ENSINO

- PARTICIPAÇÃO DO ENSINO NOS RESULTADOS

- ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE VAGAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

- ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

- ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA

- PESQUISAS ACADÊMICAS

- ACOMPANHAMENTO DE ATIVIDADES DOS PESQUISADORES

- PESQUISAS MULTICÊNTRICAS CADASTRADAS

- INTENSIDADE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

- ARTIGOS PUBLICADOS

- PARTICIPAÇÃO DA PESQUISA NOS RESULTADOS

INDICADORES OPERACIONAIS

- CARGA HORÁRIA DE ENSINO

- TURNO DOS CURSOS

- ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS POR CURSO/GRADUAÇÃO

- HORAS DE UTILIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA PELA GRADUAÇÃO

- HORAS DE UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PELA GRADUAÇÃO

- NÚMERO DE ALUNOS ATENDIDOS POR DEPARTAMENTO

- NÚMERO DE ALUNOS POR CURSO

- TAMANHO MÉDIO DAS TURMAS

- FAIXA ETÁRIA DOS ALUNOS POR CURSO

- GASTO COM ENSINO

- GASTO POR ALUNO

- DESPESAS POR ALUNO POR CURSO

- DESEMPENHO DOS ALUNOS NO ENADE

- TAXA DE EVASÃO

- CRESCIMENTO INTERANUAL

- TIPOS DE COTAS
- PERCENTUAL DE EGRESSO POR COTAS PARA CADA CURSO
- % DE APROVAÇÃO
- TEMPO MÉDIO PARA CONCLUSÃO DOS CURSOS
- CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS
- NÚMERO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS POR CURSO
- SOLICITAÇÕES DE ESTÁGIOS ATENDIDOS
- SATISFAÇÃO DO ESTAGIÁRIO
- NÚMERO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS VOLUNTÁRIOS
- ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS ALUNOS/GRADUAÇÃO
- NÚMERO DE DOCENTES POR CURSO
- NÚMERO DE DOCENTES COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA
- RELAÇÃO MÉDIA DE ALUNOS POR DOCENTE
- RELAÇÃO ALUNOS/HORA DE TRABALHO DO PROFESSOR
- NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO DOS DOCENTES EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ALUNOS POR CURSO
- RELAÇÃO ALUNOS/PROFESSOR TEMPO INTEGRAL
- NÚMERO DE HORAS DO DOCENTE NO ENSINO
- NÚMERO TOTAL DE HORAS DO DOCENTE NA ASSISTENCIA
- NÚMERO DE MÉDICOS COM DEDICAÇÃO AO ENSINO
- ÍNDICE DE QUALIFICAÇÃO DO CORPO DOCENTE
- NÚMERO DE DOCENTES COM MESTRADO
- NÚMERO DE DOCENTES COM DOUTORADO
- NÚMERO DE RESIDENTES POR CATEGORIA OU ESPECIALIDADE
- NÚMERO DE RESIDENTES POR CONVENIO COM O MEC

- **NÚMERO DE RESIDENTES POR CONVENIO COM AS SOCIEDADES ESPECIALIZADAS**
- **IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE INTEGRAÇÃO DOS RESIDENTES**
- **EXIGÊNCIA DE MONOGRAFIA NO TÉRMINO DA RESIDENCIA**
- **DESEMPENHO DOS RESIDENTES NAS PROVAS DAS ESPECIALIDADES**
- **NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS POR RESIDENTE**
- **NÚMERO DE TRABALHOS APRESENTADOS POR RESIDENTE EM EVENTOS CIENTÍFICOS**
- **NÚMERO DE TRABALHOS COMPLETOS PUBLICADOS EM ANAIS DE CONGRESSOS, SIMPÓSIOS ETC POR RESIDENTE**
- **NÚMERO DE APRESENTAÇÕES DE PALESTRAS E PARTICIPAÇÕES EM MESAS REDONDAS EM EVENTOS CIENTÍFICOS POR RESIDENTE**
- **NÚMERO DE ESPECIALIZANDOS**
- **NÚMERO DE MESTRANDOS**
- **NÚMERO DE DOUTORANDOS**
- **NÚMERO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO**
- **NÚMERO DE DOCUMENTOS PRODUZIDOS (TESE, DISSERTAÇÕES, LIVROS)**
- **NÚMERO DE PROJETOS DE PESQUISA REGISTRADOS NO CNPQ**
- **NÚMERO DE PROJETOS REGISTRADOS NO BANPESQ**
- **NÚMERO DE BOLSISTAS COM PRODUÇÃO EM PESQUISA CNPQ**
- **NÚMERO DE GRUPOS DE PESQUISA CNPQ**
- **GRAU DE CONSOLIDAÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISAS CNPQ**
- **NÚMERO DE ORIENTADORES DE PÓS-GRADUAÇÃO**
- **NÚMERO DE ORIENTANDOS DE POS-GRADUAÇÃO**
- **NÚMERO DE ORIENTADORES DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**
- **NÚMERO DE ORIENTANDOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**
- **NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS**

- **NÚMERO DE TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS**
- **NÚMERO DE TRABALHOS COMPLETOS PUBLICADOS EM ANAIS DE CONGRESSOS, SIMPÓSIOS ETC**
- **NÚMERO DE APRESENTAÇÕES DE PALESTRAS E PARTICIPAÇÕES EM MESAS REDONDAS EM EVENTOS CIENTÍFICOS**
- **PALESTRAS REALIZADAS**
- **SATISFAÇÃO DOS PARTICIPANTES NOS EVENTOS CIENTÍFICOS**
- **NOTAS CAPES DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÕES**
- **GASTO COM PESQUISA**
- **PROJETOS COM RECURSOS EFETIVADOS NO ANO**
- **PROJETOS CONCLUÍDOS DENTRO DO ORÇAMENTO ESTIMADO**
- **POLÍTICA DE INVENTIVO E APOIO PARA O DESENVOLVIMENTO ACADEMICO E CIENTÍFICO (AUXILIO/DISPENSA/APOIO A PUBLICAÇÃO)**
- **CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA PESQUISA**
- **ADEQUAÇÃO AO RECURSO FINANCEIRO CAPTADO EM PROJETOS INCENTIVADOS**
- **ADEQUAÇÃO AO RECURSO FINANCEIRO CAPTADO EM PROJETOS NÃO INCENTIVADOS**
- **EVENTOS CIENTÍFICOS AUTOSSUSTENTADOS**
- **NÚMERO DE PATENTES, LICENÇAS E OUTROS**
- **ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS POR CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO**
- **HORAS DE UTILIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA PELA PÓS-GRADUAÇÃO**
- **HORAS DE UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PELA PÓS-GRADUAÇÃO**
- **NÚMERO DE PESQUISAS JULGADAS NO PERÍODO**
- **PROJETOS REMETIDOS NO PRAZO**
- **PROTOCOLOS DE PESQUISA APROVADOS NO PRAZO**
- **NÚMERO DE PESQUISAS ACEITAS NO PERÍODO**

- PESQUISAS APROVADAS PELA COMISSÃO DE ÉTICA
- PESQUISAS CADASTRADAS
- NUMERO DE PESQUISAS POR LINHA NO PERÍODO
- NÚMERO DE PESQUISAS REALIZADAS POR PESQUISADORES
- PESQUISAS CONCLUÍDAS
- PESQUISAS EM ANDAMENTO
- PESQUISAS INICIADAS
- PESQUISAS PUBLICADAS
- NÚMERO, TIPO DE FONTES DE FINANCIAMENTO E VALORES
- NÚMERO DE PESQUISAS COM APLICAÇÃO PRÁTICA
- ÍNDICE DE PRODUTIVIDADE POR DEPARTAMENTO
- NÚMERO DE CITAÇÕES POR PUBLICAÇÃO E RELACIONADA A UM PADRÃO INTERNACIONAL (A MÉDIA MUNDIAL OU DA UFPR)
- HORAS TRABALHADAS EM PESQUISA
- PROJETOS EM CONFORMIDADE COM O CRONOGRAMA
- NÚMERO DE PUBLICAÇÕES POR ANO/DEPARTAMENTO
- APRESENTAÇÃO/PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS/ANO
- NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA TREINAMENTO/CATEGORIA
- CAPACIDADE DE ACESSO A REDES DE COMUNICAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
- TAXA DE ATUALIZAÇÃO DO BANCO DE DADOS
- DISPONIBILIDADE DE INFRAESTRUTURA DE TELECOMUNICAÇÃO
- DISPONIBILIDADE DE INTERNET
- DISPONIBILIDADE DE SISTEMAS (BANCO DE DADOS)
- DISPONIBILIDADE DE INFRAESTRUTURA DE REDE
- ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS ALUNOS DA PÓS-GRADUAÇÃO

- SATISFAÇÃO DO PESQUISADOR

- INVESTIMENTO MÉDIO POR CURSO EM ATIVIDADES DE EXTENSÃO

FONTE: Dados elaborados a partir da literatura pertinente, fundamentados nos projetos e demais documentos das direções e serviços envolvidos. Revisados pelos envolvidos, pela Coordenação dos Hospitais e pela Unidade de Informação do HC-UFPR. 26.08.11

9 ESTUDO COMPARADO: *BENCHMARKING*; COTEJAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Na descrição dos objetivos específicos do projeto de pesquisa da tese, o terceiro objetivo é: Levantar as “melhores práticas” para encontrar o *benchmark* adequado em termos de conteúdo informacional.

A seguir, descreveremos os passos seguidos para a identificação e elaboração do *benchmark*.

Identificaram-se através da literatura os indicadores gerenciais e coletaram-se as necessidades informacionais dos tomadores de decisão do HC-UFPR e ainda, identificaram-se as principais informações fornecidas pelo atual sistema de informação existente no HC-UFPR. Com essas informações elaboraram-se para cada diretriz do Planejamento Estratégico do HC-UFPR os indicadores estratégicos, táticos e operacionais. Conforme o detalhamento já descrito nos itens acima. A partir daí, foi necessário o cotejamento das informações levantadas com o *benchmark* identificado.

9.1 *BENCHMARK* ESCOLHIDO

Para dar prosseguimento ao trabalho, em discussão com o Coordenador dos Hospitais da UFPR e com a coorientadora da tese no Brasil, decidiu-se por visitar a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, que dadas as suas características, funcionará como o *benchmark* para o estudo comparado.

A Santa Casa está em funcionamento desde 1826. É formada por um complexo hospitalar com 7 hospitais, sendo 2 gerais e, 5 especializados. Entre os diversos prêmios conquistados, pode-se ressaltar o Prêmio Nacional de Qualificação, concedido pela Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade em reconhecimento às organizações que mais se destacam pela prática de gestões de excelência. O complexo hospitalar da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre funciona como hospitais de ensino da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre.

Inicialmente, tivemos acesso a uma relação com a nomenclatura de todos os indicadores, em ordem alfabética, utilizados pela Santa Casa de Porto Alegre. Como era impossível identificar a área de cada indicador, solicitamos então, uma listagem dos indicadores com os seus respectivos perfis. Denominados pela Santa Casa como, indicadores por áreas e corporativos.

A Santa Casa de Porto Alegre, a exemplo do HC-UFPR, trabalha no conceito de Unidade de Negócios. E está mapeada em 18 Unidades de Negócios, sendo um complexo formado por 7 hospitais. Há 21 Unidades Gerenciais Agregada (UGA) e 184 Unidades Gerenciais Básicas (UGB). Uma UGB pode ser considerada como um setor, todavia a UGA pode contemplar um grupo de UGB's.

9.1.1 Indicadores usados pela Santa Casa de Misericórdia

A Instituição trabalha em 5 níveis de indicadores:

- Institucionais (11 indicadores para todas UGBs);
- Por segmento (em níveis: ambulatorial, internação, UTI etc);
- Específicos (indicadores específicos para UGBs);
- Assistenciais;
- De gestão (9 indicadores que controlam a execução das práticas no *software*).

Tivemos, portanto, acesso a duas listagens, uma, denominada Indicadores corporativos com seus respectivos perfis: Assistenciais, Corporativo, Específicos, Gestão, Institucional, Segmento. Os indicadores de cada perfil estão em ordem alfabética somando um total de 104 indicadores. A segunda, denominada Indicadores por áreas, tendo os seguintes perfis: Assistenciais, Específicos, Gestão, Inativo, Institucional, Segmento. Da mesma forma, os indicadores listados em cada perfil são apresentados em ordem alfabética. Nesta segunda lista, inicialmente com 551 indicadores. No entanto havia alguns indicadores duplicados, que depois de eliminados foram reduzidos para 544 indicadores. Deste modo, trabalhamos com um total de 648 indicadores.

A partir desses indicadores iniciamos a nossa análise de dados para o estudo comparado, apresentada a seguir.

Inicialmente, seguindo a orientação de CHOO (2003, p. 79), onde é destacado que, as necessidades e uso de informação devem ser examinados dentro do contexto profissional, organizacional e social dos usuários, utilizamos os parâmetros do instrumento desenvolvido na primeira etapa da metodologia de pesquisa, especificamente para o HC-UFPR, **(PROPOSTA DE INDICADORES CAPILARES PARA A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DO HC-UFPR – cap. 8)**.

Este instrumento está constituído da seguinte forma: para cada diretriz desenvolvida no planejamento estratégico do HC-UFPR – 2007 - 2011, foram elaborados os indicadores para o nível estratégico, tático e operacional. Para realizar o estudo comparado foram construídos quadros onde constam: os níveis estratégico, tático ou operacional, à esquerda com os indicadores propostos para o HC-UFPR e, à direita os indicadores usados na Santa Casa de misericórdia de Porto Alegre. Foram construídos 21 quadros que serão apresentados no item 9.1.2.

Este foi um processo difícil, pois, apesar do HC-UFPR também trabalhar com as Unidades Funcionais ou de Negócios, ele ainda não trabalha com indicadores no nível de especificidade da Santa Casa de Misericórdia e, também os indicadores não são aplicados em todas as áreas ou serviços do hospital.

9.1.2 Quadros comparativos

9.1.2.1 Descrição

A proposta dos indicadores gerenciais para o HC-UFPR foi elaborada com base nas: revisão de literatura, coleta das necessidades informacionais dos tomadores de decisão do hospital e ainda, identificação das principais informações fornecidas pelo atual sistema de informação existente na instituição.

Para estruturar melhor a coleta de dados foi utilizado como balizador o Planejamento Estratégico do HC-UFPR 2007-2011 que estabelece sete diretrizes a serem alcançadas no espaço temporal compreendido. Ainda com base na revisão de literatura, para cada uma das diretrizes foram elaborados indicadores com vistas a cobrir os três níveis administrativos da instituição: estratégico, tático e operacional.

Baseados nesta proposta, foi realizado o estudo comparado com os indicadores utilizados pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre que, a exemplo do HC-UFPR trabalha com o conceito de Unidades de Negócios. Por esta razão, e pela excelência de sua estrutura administrativa e estruturação de coleta de dados para tomada de decisão a Santa Casa foi escolhida como *benchmark*. A seguir, foi trabalhada uma listagem de indicadores com os seus respectivos perfis, denominados pela Santa Casa como indicadores corporativos e por áreas. Os perfis dos indicadores corporativos são: indicadores assistenciais, corporativos, específicos, de gestão, institucional e por segmento, totalizando 104 indicadores. Os indicadores por áreas têm os seguintes perfis: assistenciais, específicos, de gestão, institucionais, por segmento. Ao todo foram utilizados 551 indicadores. Após a análise e retirada dos indicadores duplicados, a lista foi reduzida para 544 indicadores. Como foi feita a proposta de apresentar indicadores para os três níveis do HC-UFPR, já mencionado anteriormente, foi necessário classificar os indicadores da Santa Casa de Misericórdia da mesma forma, isto é, agrupando-os em estratégicos, táticos e operacionais.

9.1.2.2 Metodologia utilizada para agrupamento dos indicadores

Os quadros de indicadores para comparação e análise foram elaborados da seguinte maneira: inicia-se com o tipo de indicadores, por exemplo: estratégico (identificado nos quadros pela letra E), tático (identificado nos quadros pela letra T) ou operacional (identificado nos quadros pela letra O). A seguir, identifica-se a diretriz. A disposição dos dados para análise nos quadros é: no lado esquerdo do quadro os indicadores propostos para o HC-UFPR e no lado direito os indicadores utilizados pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Optamos por deixar os indicadores da Santa Casa com o número de identificação. Por exemplo, para os indicadores corporativos existe o número acompanhado da letra c, tanto para os indicadores estratégicos como para os táticos. Os indicadores operacionais estão somente acompanhados do número de identificação. Desta forma, para cada diretriz foram elaborados três quadros, ou seja, indicadores estratégicos, táticos e operacionais.

Após a construção de todos os quadros levamos para o Coordenador dos Hospitais da UFPR para que o mesmo analisasse e eventualmente indicasse alguma incoerência na nomenclatura. Fizemos os ajustes necessários e, então apresentamos para o Serviço de Informação do HC-UFPR, que também analisou e sugeriu alguns ajustes, os quais foram acatados. Após estes ajustes passamos novamente para o Coordenador dos Hospitais para mais uma análise. O mesmo concordou com os ajustes elaborados.

A seguir, ao final de cada quadro, sempre que possível, é feita uma rápida análise comparativa entre os indicadores das duas instituições estudadas.

QUADRO 1 – INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 1

INDICADORES ESTRATÉGICOS	
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- ANÁLISE ECONOMICO-FINANCEIRA	<ul style="list-style-type: none"> - 55C - Resultado antes dedução da receita - 56C - Resultado Financeiro - 62C - Superávit/Déficit Operacional – Recorrente - 63C - Superávit/Déficit Operacional Antes do Financeiro
- INDICE DE RECEITAS	<ul style="list-style-type: none"> - 19C - Total da Receita Bruta - 33C - Participação da assistência, educação e prevenção na receita - 35C - Participação da cultura na receita - 37C - Participação da pesquisa na receita - 39C - Participação de recursos extraordinários nos investimentos de capital - 40C - Participação do ensino na receita - 42C - Participação dos serviços acessórios na receita - 97C - Receita IPE - 98C - Receita Outros CNV - 99C - Receita PRT - 100C - Receita SUS
- INDICE DE CUSTOS	<ul style="list-style-type: none"> - 5C - Custo dos serviços - 6C - Custos com Materiais de Consumo - 7C - Custos com Pessoal de Terceiros - 8C - Custos com Pessoal próprio - 9C - Custos/Despesas Gerais e Tributárias - 10C – Depreciações
- INDICE DE PRODUTIVIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - 18C - Resultado Operacional - 20C - Total de Procedimentos Cirúrgicos e Obstétricos - 23C - Aprovação dos relatórios pela Assembléia Geral da Irmandade - 25C - Cumprimento de adequação à legislação sócio-ambiental pertinente - 26C - Entidades de Classe e de controle Social que a Santa Casa tem participação continuada - 32C – Lembrança da Marca – Top of Mind - 34C - Participação da assistência, educação e prevenção nos resultados - 36C - Participação da cultura nos resultados - 38C - Participação da pesquisa nos resultados - 41C - Participação do ensino nos resultados - 43C - Participação dos serviços acessórios nos resultados - 48C - Projetos de Responsabilidade Social de iniciativa da Santa Casa - 49C - Projetos de Responsabilidade Social desenvolvidos em parceria com a Sociedade - 50C - Projetos de Responsabilidade Social desenvolvidos em parceria com o Governo - 59C - Satisfação dos clientes paciente/acompanhante - Geral - 60C – Serviços prestados a convênios e particulares - 61C - Serviços prestados ao SUS - 65C - Total Paciente-dia - 81C – Reclamações dos clientes internos e externos - 82C - Satisfação dos clientes internos (UGBs) - 102C - Total de Consultas - 103C - Total de exames

INDICADORES ESTRATÉGICOS	
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
	- 104C - Total de Internações

Os indicadores estratégicos propostos para o HC-UFPR quanto ao faturamento são mais genéricos do que os utilizados na Santa Casa de Misericórdia de Santa Casa de Porto Alegre uma vez que o HC-UFPR é um hospital de ensino, totalmente público e, atende somente os pacientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Já a Santa casa de Porto Alegre apesar de ser igualmente um hospital de ensino, é uma instituição filantrópica porém, privada, que presta serviços ao SUS, mas atende também outros tipos de pacientes, tais como: os particulares, os do Instituto de Previdência do Estado, e ainda pacientes de outros tipos de convênios. Tendo portanto, várias fontes de custeio. Identifica-se nos indicadores da Santa Casa de Misericórdia uma preocupação muito maior no detalhamento da busca e controle de receitas, despesas, custos e produtividade. Podemos destacar ainda que a Santa Casa foi fundada em 19 de outubro de 1803, está portanto, com 211 anos. E tem como um dos seus objetivos principais a gestão profissionalizada. O HC-UFPR tem apenas 53 anos. E por ser uma instituição pública somente nos últimos anos é que passou a se preocupar com a profissionalização da sua gestão.

QUADRO 2 – INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 1

INDICADORES TÁTICOS	
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- Análise vertical e horizontal de receitas das unidades	<ul style="list-style-type: none"> - 30C - Geração de Resíduos Sólidos Biológicos - 33C - Participação da assistência, educação e prevenção na receita - 35C - Participação da cultura na receita - 37C - Participação da pesquisa na receita - 39C - Participação de recursos extraordinários nos investimentos de capital - 40C - Participação do ensino na receita - 42C - Participação dos serviços acessórios na receita - 54C - Remuneração SUS para cada R\$ 100 de custo - 97C - Receita IPE - 98C - Receita Outros CNV - 99C - Receita PRT - 100C - Receita SUS
- Análise vertical e horizontal dos custos das unidades	<ul style="list-style-type: none"> - 1C - Intercorrências assistenciais - 5C - Custo dos serviços - 6C - Custos com Materiais de Consumo - 7C - Custos com Pessoal de Terceiros - 8C - Custos com Pessoal próprio - 9C - Custos/Despesas Gerais e Tributárias - 10C – Depreciações - 21C - Acidentes com resíduos perfuro-cortantes relacionados ao descarte inadequado - 76C – Absenteísmo - 77C - Desligamento geral
- Levantamento histórico da produtividade	<ul style="list-style-type: none"> - 3C - Consulta IPE - 4C - Consulta SUS - 11C - Internações IPE - 12C - Internações Particulares - 13C - Paciente-dia IPE - 14C - Paciente-dia OUTROS CNV - 15C - Paciente-dia PRT - 17C - Pessoas participantes de eventos histórico-culturais - 22C - Ações de Marketing implementadas - 24C - Cumprimento da amostragem mínima da pesquisa de satisfação do paciente/acompanhante

INDICADORES TÁTICOS	
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)	
HC–UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
	<ul style="list-style-type: none"> - 27C - Eventos histórico-culturais realizados - 34C - Participação da assistência, educação e prevenção nos resultados - 36C - Participação da cultura nos resultados - 38C - Participação da pesquisa nos resultados - 41C - Participação do ensino nos resultados - 43C - Participação dos serviços acessórios nos resultados - 44C – Participações no Santa Casa Benchmarking - 45C – Pesquisa de lembrança da marca - 46C - Pesquisa de preferência da marca - 48C - Projetos de Responsabilidade Social de iniciativa da Santa Casa - 49C - Projetos de Responsabilidade Social desenvolvidos em parceria com a Sociedade - 50C - Projetos de Responsabilidade Social desenvolvidos em parceria com o Governo - 52C - Reclamações de paciente PRT / CNV - 53C - Reclamações de paciente SUS - 57C - Retorno das reclamações dos clientes - 64C - Taxa de mortalidade - 66C - Voluntários em atividade na Santa Casa - 67C - Internações SUS - 68C - Paciente-dia SUS - 78C - Existência física de bens inventariados - 83C - Volumes com resíduos sólidos adequadamente separados - 84C - Consultas de Outros Convênios - 85C - Consultas Particulares - 86C – Exames de Outros Convênios - 87C - Exames IPE - 88C - Exames Particulares - 89C - Exames SUS - 90C - Internações de Outros Convênios - 93C - Procedimentos de Outros Convênios - 94C - Procedimentos IPE - 95C - Procedimentos Particulares - 96C - Procedimentos SUS - 101C – Satisfação do cliente médico
- Índice de giro	
- Índice de substituição	- 58C - Rotatividade de leitos
- Média de permanência	- 92C – Permanência
- Taxa de ocupação	- 91C – Ocupação

O mesmo nível de detalhamento ocorre com os indicadores táticos em relação ao faturamento na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Diferente da proposta para o HC-UFPR pois, são indicadores mais gerais, embora percebe-se a mesma similaridade de preocupação com relação aos resultados em ambas as instituições, somente diferenciado-se pelo nível de especificidade. Destaca-se neste item as fontes de receitas da Santa Casa de Porto Alegre que inclui além da assistência, a educação, a prevenção, o ensino, a pesquisa, os serviços acessórios, a cultura e também, os recursos extraordinários nos investimentos de capital na receita. O HC-UFPR não pode considerar tais itens na sua receita por ser um hospital público e por isso, esbarra na legislação vigente no país. Outro aspecto bem detalhado nos indicadores da Santa Casa de Misericórdia e com relação à produtividade, tal resultado se justifica pelo fato de que, desde 1983 a instituição vem desenvolvendo ações na busca da excelência da sua gestão.

QUADRO 3 – INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 1

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- CAPACIDADE PLANEJADA (LEITOS)	- 164 – Leitos de PRT e CNV entregues em 90 minutos
- CAPACIDADE OPERACIONAL (LEITOS)	- 6 – Ocupação (Específicos) - 189 – Ocupação de paciente na Cirurgia Torácica - 190 – Ocupação de paciente na Neurocirurgia - 416 – Ocupação – UTI NEO - 417 – Ocupação CC - 418 – Ocupação PRT/CNV - 514 – Ocupação (Segmento)
- CAPACIDADE OCIOSA (LEITOS)	
- ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE LEITOS	
- NÚMERO DE CONSULTAS	- 364 – Consultas realizadas - 531 - Total de Consultas
- NÚMERO DE CONSULTAS/CONSULTÓRIO/DIA	- 45 – Consultas atendidas no prazo - 46 – Consultas iniciadas no prazo de 30 minutos - 48 – Consultas pontuais - 135 – Indicação não médica em consultas PRT e CNV - 346 – Agendas de consultas iniciadas dentro do prazo - 360 – Consultas atendidas dentro do prazo de 1 hora - 361 – Consultas emerg. gineco-obstétrica PRT/CNV realizadas - 362 – Consultas iniciadas no prazo de 20 minutos
- NÚMERO DE CONSULTAS DE PRIMEIRA VEZ	
- NÚMERO DE RECONSULTAS POR PACIENTES	- 47 – Consultas pelo mesmo motivo em 24 horas
- NÚMERO DE CIRURGIAS/SALA CIRÚRGICA/DIA	- 37 – Cesáreas SUS - 38 - Cirurgias iniciadas na hora marcada - 357 – Cirurgias agendadas
- NÚMERO DE CIRURGIAS SUSPENSAS COM INDICAÇÃO DO MOTIVO	- 39 – Cirurgias suspensas - 312 – Suspensão de cirurgias eletivas
- TAXA DE UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO	
- ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO	
- DISPONIBILIDADE DE UTI	
- NÚMERO DE EXAMES/EQUIPAMENTO/DIA	- 112 – Exames realizados - 323 – Taxa de suspensão de exames - 328 – Tempo do equipamento parado – EC - 334 – Tempo resposta-externo (Equipamentos Eletro-Médicos) – EC - 335 – Tempo resposta-interno (Equipamentos Eletro-Médicos) – EC
- NÚMERO DE EXAMES POR PACIENTE	-136 – Indicação não médica em exames e procedimentos PRT e CNV - 262 – Remarcação de exames devido ao mal preparo - 336 – Testes biológicos negativos - 503 – Exames de Outros Convênios - 505 – Exames imuno-hemato CNV/SUS realizados - 508 – Exames SIA/SUS realizados - 509 – Exames sorológicos realizados - 510 – Exames SUS - 532 – Total de exames
- REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL	
- PRIORIZAÇÃO DOS EXAMES EM MENOR TEMPO POSSÍVEL	- 5 – Laudos periciais entregues no prazo de 15 dias úteis - 104 – Exames ECO realizados no prazo (30 minutos) - 105 - Exames ECO ambulatório entregues no prazo (48 horas) - 106 - Exames ECO ambulatório realizados no prazo (conf. agenda) - 107 - Exames ECO entregues no prazo (2 horas) ramos v

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
	<ul style="list-style-type: none"> - 108 - Exames ECO internados entregues no prazo (na hora) - 109 - Exames ECO internados realizados no prazo (24 horas) - 110 – Exames entregues no prazo - 111 – Exames entregues no prazo de 48 horas - 113 – Exames RX ambulatório PRT/CNV entregues no prazo (24h) - 114 - Exames RX ambulatório realizados no prazo (conf. agenda) - 115 - Exames RX ambulatório SUS entregues no prazo (7 dias) - 116 - Exames RX e ECO entregues no prazo - 117 - Exames RX entregues no prazo (2 horas) - 118 - Exames RX internados PRT/CNV entregues no prazo (turno seguinte) - 119 - Exames RX internados realizados no prazo (turno seguinte) - 120 - Exames RX internados SUS entregues no prazo (12 horas) - 121 - Exames RX realizados no prazo (2 horas) - 160 - Laudos de emergência entregues em até 1 hora - 161 - Laudos de emergência prioritária entregues em até 30 minutos - 162 - Laudos de rotina entregues em até 8 horas - 163 - Laudos de urgência entregues em até 3 horas - 175 – MICO Exames micológicos direto entregues no prazo - 176 – Não conformidades com laudos - 395 – Exames entregue no prazo de 48 horas - 504 – Exames entregues no prazo
- NÚMERO DE PROCEDIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - 136 – Indicação não médica em exames e procedimentos PRT e CNV - 217 – Procedimentos oftalmológicos realizados - 218 – Procedimentos realizados no prazo (2 horas)?? - 219 – Procedimentos realizados no prazo (30 minutos) - 337 – Total de procedimentos realizados
- NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA	
- CUSTO COM PROCEDIMENTOS	
- LEVANTAMENTO HISTÓRICO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC (MS) e Limite Financeiro da Média e Alta Complexidades	<ul style="list-style-type: none"> - 516 – Procedimentos de Outros Convênios - 517 – Procedimentos IPE - 518 – Procedimentos Particulares - 519 – Procedimentos SUS - 534 – Total de Procedimentos
- ANÁLISE DE CUSTO BENEFÍCIO POR PROCEDIMENTO	
- NÚMERO DE PACIENTE/DIA	<ul style="list-style-type: none"> - 193 – Paciente-dia PRT/CNV - 194 – Paciente-dia SUS - 421 – Pacientes com distribuição de terapia via oral
- NÚMERO DE ATENDIMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> - 24 – Atendimento a chamada em até 5 minutos - 26 – Atendimento ao cliente em até 20 segundos - 84 – Duração do atendimento em até 2 minutos - 216 – Presteza aos chamados - 419 – Pacientes atendidos no prazo de 15 minutos - 463 – Tempo de retorno dos pacientes em até 20 minutos - 467 – Total de atendimentos
- Nº DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS	- 420 – Pacientes c/definição diagnóstica de dor torácica em até
- NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE	<ul style="list-style-type: none"> - 25 – Atendimento a transfusões no prazo - 30 – Atendimento psicológico ambulatorial - 31 – Atendimento psicológico na internação - 351 – Atendimento dos agravos de violência - 352 – Atendimento das sessões de fisioterapias prescritas - 353 – Atendimentos pacientes AMB/INT HCSA - 354 – Atendimentos pacientes AMB/INT HSR

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- NÚMERO DE INTERNAÇÕES	- 154 – Internações realizadas - 155 – Internações realizadas em 20 minutos - 472 – Tx de Internação com guias autorizadas no prazo - 533 – Total de Internações
- NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR LEITO	- 134 – Indicação médica em internações PRT e CNV - 152 – Internações geradas no CIEM Pediátrico - 153 – Internações geradas no PA SUS - 156 – Internações SUS (Específicos) - 196 – Pacientes internados com a presença do prontuário - 412 – Internações em SO - 511 – Internações com guias autorizadas no prazo - 512 – Internações de Outros Convênios - 513 – Internações SUS (Segmento)
- ÍNDICE DE PRODUÇÃO POR FUNCIONÁRIO DA ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE	- 220 – Produtividade / Funcionário dia
- ANÁLISE DA PRODUÇÃO POR ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE	
- NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR ÁREAS CRÍTICAS	
- NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR ÁREAS NÃO CRÍTICAS	
- NÚMERO DE MÉDICOS POR LEITO	
- NÚMERO DE MÉDICOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO	
- NÚMERO DE ENFERMEIROS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO	
- NÚMERO DE PESSOAL DE APOIO POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO	
- ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DOS FUNCIONÁRIOS	- 129 – Funcionários da UGB aprovados em término de contrato
- DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL	- 75 – Disponibilidade de Servidores - 264 – Requisições de pessoal liberadas até 48 horas
- ESCALA DE SERVIÇO MENSAL (Médicos, enfermeiros e pessoal de apoio)	
- GERENCIAMENTO DE FERIADOS	
- SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO	- 8 – Satisfação do cliente funcionário atendido no SMP - 251 – Reclamação dos clientes de vestiários - 496 – Satisfação da equipe funcional - 497 – Satisfação dos clientes internos (UGBs)
- SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO	- 275 – Satisfação do cliente corpo clínico - 281 – Satisfação do cliente médico detentor de agenda - 525 – Satisfação do cliente médico - 543 – Satisfação do cliente médico em relação a Assistência Nutricional
- CONTROLE DE HORA EXTRA	
- ÍNDICE DE HORA EXTRA POR UNIDADE E/OU POR SERVIÇO	
- CUSTO DE HORA EXTRA POR UNIDADE E/OU POR SERVIÇO	
- TAXA DE ABSENTEISMO	- 344 – Absenteísmo de pacientes (Específicos) - 488 – Absenteísmo - 536 – Absenteísmo de pacientes (Segmento)
- ROTAÇÃO DE ESTOQUE	- 13 – Acuracidade dos estoques - 369 – Controle de armazenagem de medicamentos de alta vigilância - 445 – Rotatividades dos Estoques; - 446 – Rotatividade dos Estoques – baixa rotatividade
- PERÍODO MÉDIO DE ESTOCAGEM	- 74 – Dias de estoque
- CONTROLE DO CONSUMO DE MATERIAL	- 169 – Materiais devolvidos integralmente

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
MÉDICO HOSPITALAR	- 170 – Materiais liberados no prazo
- ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR	
- CONTROLE DE DESPERDÍCIO DE MEDICAMENTOS	- 19 – Adequação ao uso de antibiótico
- CONTROLE DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS	
- CONTROLE DE CONSUMO DE MATERIAIS DE LIMPEZA	
- CONTROLE DE CONSUMO DE MATERIAIS DE MANUTENÇÃO	
- ANÁLISE DE USO DE ROUPA HOSPITALAR	
- CONTROLE DA ROUPA SEMI LIMPA	
- CONTROLE DA ROUPA SUJA	
- QUANTIDADE E TIPO DE PERFURO CORTANTE ENVIADOS PARA LAVANDERIA	
- CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES POR DIETA/DIA	- 11 – Acertos térmicos servidos - 437 – Refeições (térmicos) de pacientes servidos corretamente - 438 – Refeições de pacientes servidos corretamente na Unidade de Internação
- CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES PELA QUALIDADE	
- CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES POR QUANTIDADE	
- CONTROLE DE DESPERDÍCIOS ALIMENTARES POR DIETA/DIA	
- CONTROLE DO USO DE ENERGIA ELÉTRICA	
- CONTROLE DO USO DE ÁGUA	
- CONTROLE DE USO DE TELEFONE	
- QUILOS DE SUCATA/ANO	- 131 – Geração de Resíduos Sólidos Biológicos - 401 – Geração de resíduo comum - 402 – Geração de resíduo reciclável - 403 – Geração de resíduos do grupo B - 404 – Geração de resíduos do grupo D - 498 – Volumes com resíduos sólidos adequadamente separados
- ANÁLISE DOS RECURSOS EMPREGADOS EM SERVIÇOS TERCEIRIZADOS	
- NÚMERO DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS	- 2 – Intercorrências assistenciais - 3 – Incidência de úlcera por pressão (UP) na UTI - 232 – Reações hemolíticas agudas - 233 – Reações transfusionais febris - 234 – Reações transfusionais por contaminação bacteriana - 235 – Reações transfusionais urticariformes
- ÍNDICE DE INFECÇÃO HOSPITALAR	- 141 – Infecção de acessos vasculares - 142 – Infecção hospitalar cirúrgica (cardíaca) adulto - 143 – Infecção hospitalar cirúrgica (cardíaca) pediátrica - 144 – Infecção hospitalar cirúrgica (neurocirurgia) adulto - 145 – Infecção hospitalar na UTI Central - 146 – Infecção hospitalar no UTI NEO - 147 – Infecção puerperal de cesareanas - 148 – Infecção puerperal de parto normal - 411 – Infecção hospitalar
- REALIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS	- 1 – Adequação à vigilância de processos técnicos assistenciais - 33 - Avaliação das normas Hospital Amigo da Criança - 65 – Controle de higienização de acordo com o protocolo - 321 – Taxa de protocolos assistenciais implantados - 345 – Adesão a política de padronização - 348 – Alteração na padronização MED/MAT.
- DEMANDA REPRIMIDA/LISTA DE ESPERA	- 140 – Indisponibilidade de agendas/dia
- LISTA DE ESPERA E TEMPO DE ESPERA	- 10 - Tempo médio de espera para consultas não agendadas

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
	- 329 – Tempo médio de espera no atendimento
- FAIXA ETÁRIA DO PACIENTE	
- TIPO DE DIAGNÓSTICO	
- MÉDIA DE PERMANENCIA	- 4 – Pacientes com permanência em SO acima de 24 horas - 171 – Média de permanência de paciente na Neurocirurgia - 172 – Média de permanência de paciente na Cirurgia Torácica - 192 – Paciente com anestesia loco-regional com alta da SRPA em até 20 minutos - 423 – Pacientes com permanência em SO acima de 6 horas - 429 – Permanência – UTI NEO - 430 – Permanência PRT/CNV - 515 – Permanência
- NÚMERO DE ALTAS	- 21 – Altas efetivadas em 4h nas emergências - 347 – Altas efetivadas em 18h nas unidades de internação
- NÚMERO DE ÓBITOS	- 358 – Coeficiente de mortalidade materna - 415 – Óbito
- NÚMERO DE TRANSFERENCIAS	- 338 – Transferência de pacientes para outros serviços
- SATISFAÇÃO DO PACIENTE	- 125 – Fixação do cliente paciente - 252 – Reclamações dos clientes externos pac./acomp. Corporativo - 258 – Reincidência de reclamações do mesmo cliente - 273 – Satisfação de atendimento - 274 – Satisfação do cliente candidato - 276 – Satisfação do cliente do Banco de leite Humano - 277 – Satisfação do cliente doador - 282 – Satisfação do cliente pac./acomp. PRT CNV e comunidade
	- 283 – Satisfação do cliente paciente/familiar - 284 – Satisfação do cliente pós entrega (30 dias) - 289 – Satisfação dos clientes em consultas e SADTs - 295 – Satisfação em consultas PRT e CNV - 296 – Satisfação em emergência PRT e CNV - 297 – Satisfação em emergências SUS - 298 – Satisfação em exames e procedimentos PRT e CNV - 299 – Satisfação em internações PRT e CNV - 300 – Satisfação em internações SUS - 447 – Satisfação de Atendimento - 448 – Satisfação de cliente do BLH - 526 – Satisfação do cliente paciente adulto PRT/CNV - 527 – Satisfação do cliente paciente adulto SUS - 544 – Satisfação do cliente paciente em relação a Assistência Nutricional
- SATISFAÇÃO DO ACOMPANHANTE	- 252 – Reclamações dos clientes externos pac./acomp. Corporativo - 279 – Satisfação do cliente familiar - 282 – Satisfação do cliente pac./acomp. PRT CNV e comunidade - 528 – Satisfação dos clientes pac./acomp. PRT/CNV - 529 – Satisfação dos clientes pac./acomp. SUS
- SATISFAÇÃO DO VISITANTE	- 294 – Satisfação dos visitantes
- GASTOS DA UNIDADE	- 70 – Custo com reclamatória trabalhista - 71 – Custo da hora técnica - 89 – Entrega de apuração de custos específicos no prazo - 242 – Realização do contas a pagar - 243 – Realização do contas a receber - 373 – Custos com Despesas Gerais - 374 – Custos com Materiais de Consumo - 375 – Custos com Pessoal Terceiros - 384 – Débitos corretos - 385 – Depreciações - 489 – Custo
- RECEITA MÉDIA MENSAL PROVENIENTE DO SUS	- 20 – AIH's rejeitadas (motivo interno) - 53 – Contas com alteração SUS - 54 – Contas com documentos completa, correta e entregue no

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
	<p>prazo</p> <ul style="list-style-type: none"> - 55 - Contas com documentos completas, corretas e entregue no prazo – SUS - 56 – Contas faturadas fora da competência (altas SIH/AIH) - 57 – Contas faturadas fora da competência (AMB/SADT) - 58 – Contas reapresentadas - 59 – Contas revisadas SUS - 60 – Contas sem cobertura (AIH) SUS - 61 – Contratos concluídos até o dia da integração - 62 - Contratos conforme ANS - 63 – Contratos firmados com garantia de margem financeira mínima - 64 – Contratos renovados em 60 dias do término do vencimento - 72 – Data de fechamento mensal do faturamento - 253 – Recuperação anual de glosas - 255 – Registro de débitos corretos - 365 – Contas devolvidas com pendência - 366 – Contas devolvidas pelo SMS por problemas - 367 – Contas no Núcleo de negociações - 368 – Contas revisadas SUS de internação - 396 – Faturado dentro da competência - 413 – Laudos de AIH com autorização prévia - 457 – Taxa de Glosas Procedentes - 458 – Taxa de Glosas Revisadas - 464 – Tempo Médio das contas em pré-faturamento - 465 – Tempo médio de contas em auditoria - 474 – Valor médio das contas - 475 – Valores de contas devolvidas com pendência - 523 – Receita SUS - 535 – Total de Receitas

Com relação aos indicadores operacionais para a Diretriz 1 que diz respeito ao faturamento ou seja a sustentabilidade. As observações já mencionadas nos itens anteriores também se aplicam aos indicadores operacionais. Há também itens mais específicos na Santa Casa de Misericórdia do que os itens propostos para o HC-UFPR. As especificidades são por serviços e áreas identificando a produtividade de cada um deles. Destacamos a preocupação da Santa Casa de Misericórdia com relação aos aspectos da qualidade, isto é, o controle dos prazos na realização das ações. A preocupação com relação ao cumprimento dos horários e prazos traduz em qualidade e respeito pelo paciente gerando um alto índice de satisfação dos clientes e consequentemente nos resultados econômicos. Na proposta elaborada para o HC-UFPR o destaque se dá pelas especificidades de identificar a quantidade de funcionários por número de leitos, áreas críticas, ambulatório e procedimentos e outros, procurando relacionar a produtividade destas áreas, justamente para identificar a quantidade da necessidade real de recursos humanos no hospital. E, a partir daí, desenvolver um instrumento que possa subsidiar a tomada de decisão com relação alocação e redistribuição de pessoas.

QUADRO 4 – INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 2

INDICADORES ESTRATÉGICOS	
Diretriz 2 – Reestruturação Administrativa e Gerencial (Projeto “HU – Uma Nova Cultura e um Novo Modelo de Gestão”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- IMPLANTAR O NOVO MODELO DE GESTÃO	
- IMPLANTAR A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO	

A diretriz 2 diz respeito a Reestruturação Administrativa e Gerencial ou seja um Novo Modelo de Gestão que está sendo implantado no HC-UFPR. Diante disso, os indicadores tanto estratégicos e táticos da referida diretriz dizem respeito a implantação do novo modelo de gestão e a implantação da política nacional de humanização. No caso da Santa Casa de Misericórdia, seu modelo de gestão já está implantado e consolidado. Portanto, com relação a esta diretriz, não há indicadores que possam ser comparados, nestes dois níveis, entre estas duas instituições.

QUADRO 5 – INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 2

INDICADORES TÁTICOS	
Diretriz 2 – Reestruturação Administrativa e Gerencial (Projeto “HU – Uma Nova Cultura e um Novo Modelo de Gestão”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- Evolução da implantação das Unidades Funcionais	
- Disseminação e implantação da política de humanização	

Conforme mencionado, no quadro de indicadores estratégicos para esta diretriz, a Santa Casa não possui indicadores específicos para esta situação.

QUADRO 6 – INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 2

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 2 – Reestruturação Administrativa e Gerencial (Projeto “HU – Uma Nova Cultura e um Novo Modelo de Gestão”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- DESEMPENHO DAS AÇÕES DE MARKETING PARA DIVULGAÇÃO DO PROJETO DAS UNIDADES FUNCIONAIS	- 372 – Cumprimento de prazo de entrega das ações de MKT
- ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE MARKETING NOS DIFERENTES AMBIENTES VIÁVEIS PARA A IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS	
- ANÁLISE DO RESULTADO DAS AÇÕES DE MARKETING	
- ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO DA DIVULGAÇÃO DO PROJETO DAS UNIDADES FUNCIONAIS ATRAVÉS DOS CANAIS INTERNOS DE COMUNICAÇÃO DO HC	
- ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DAS UNIDADES FUNCIONAIS NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS	
- ANÁLISE DO RESULTADO DAS REUNIÕES COM OS DIRETORES, CONSELHOS, SERVIÇOS, DEPARTAMENTOS E OUTROS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS	
- ANÁLISE DAS METAS PACTUADAS PARA CADA UNIDADE FUNCIONAL	
- ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DAS UNIDADES FUNCIONAIS IMPLANTADAS	
- ANÁLISE DA PRODUTIVIDADE DAS UNIDADES FUNCIONAIS IMPLANTADAS	
- ACOMPANHAMENTO DA PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS DO COLEGIADO INTERNO NA TOMADA DE DECISÃO DE CADA UNIDADE FUNCIONAL	
- ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO ENTRE O COLEGIADO GESTOR E AS UNIDADES FUNCIONAIS	
- ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS PARA O PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO GERENCIAL	
- HORAS DE TREINAMENTO PARA O PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO GERENCIAL	
- ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE RH CENTRADAS NA ÉTICA DA RESPONSABILIDADE	
- DISPONIBILIDADE DE ESPAÇO DE ESCUTA QUALIFICADA PARA OS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS ATRAVÉS DO SERVIÇO DE OUVIDORIA	- 439 – Resposta em 3 dias úteis - Ouvidoria
- PROMOÇÃO DA SUBSTITUIÇÃO DE MOVEIS E EQUIPAMENTOS SUCATEADOS	

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 2 – Reestruturação Administrativa e Gerencial (Projeto “HU – Uma Nova Cultura e um Novo Modelo de Gestão”)	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO	- 275 – Satisfação do cliente corpo clínico - 281 – Satisfação do cliente médico detentor de agenda - 525 – Satisfação do cliente médico - 543 – Satisfação do cliente médico em relação a Assistência Nutricional
- SATISFAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS	- 8 – Satisfação do cliente funcionário atendido no SMP - 251 – Reclamação dos clientes de vestiários - 496 – Satisfação da equipe funcional - 497 – Satisfação dos clientes internos (UGBs)
- ORGANIZAÇÃO DA FILA DE ESPERA NOS PRONTOS ATENDIMENTOS PRIORIZANDO O ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM GRAU DE RISCO ELEVADO	
- ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO NAS UNIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS	
- ORIENTAÇÃO ÀS CRIANÇAS QUE PASSARÃO POR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	
- ACOMPANHAMENTO DO ENSINO REGULAR PARA AS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS	
- ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO AOS PACIENTES/USUÁRIOS AOS DIVERSOS SERVIÇOS (ELABORAR FOLHETOS)	
- ACOMPANHAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO BIO-PSICO-SOCIAL PARA AS GESTANTES DE RISCO E FAMILIARES DO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO	
- ORIENTAÇÃO E APOIO PARA O SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO DESDE O PRÉ-NATAL ATÉ O PUERPÉRIO (ELABORAR FOLHETOS)	- 191 - Orientação em aleitamento materno na alta do paciente - 408 – Inclusões no Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno
- ANÁLISE DAS POSSIBILIDADES DE ACESSO AOS VISITANTES	
- ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO AOS FAMILIARES NO MOMENTO DO ÓBITO	

Na relação de indicadores da Santa Casa de Porto Alegre identificamos alguns indicadores que dizem respeito a satisfação do corpo clínico e funcionários. Indicadores estes que estão presentes em quase todas as diretrizes. E ainda mais quatro indicadores bem pontuais ou seja, prazo, tempo de resposta e orientações ao paciente sempre com o foco na satisfação do cliente. Com relação aos indicadores propostos para o HC-UFPR são específicos para consolidar a implantação das Unidades Gerenciais e melhorias no atendimento dos pacientes e funcionários.

QUADRO 7 – INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 3

INDICADORES ESTRATÉGICOS	
Diretriz 3 - Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde (Projeto “O HU integrado ao SUS e Submetido ao Controle Social”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- REALIZAR NEGOCIAÇÃO DE SUCESSO ENTRE O GESTOR MUNICIPAL E O HC-UFPR	

A proposta da diretriz 3 é a Inserção do HC-UFPR no Sistema Único de Saúde e Submetido ao Controle Social. A exemplo da diretriz anterior, este aspecto não está destacado nos indicadores da Santa Casa de Misericórdia. Por isso, não existem relação entre os indicadores estratégicos e táticos entre as instituições. No entanto, quanto aos indicadores operacionais foi possível fazer a análise pois, os indicadores utilizados pela Santa Casa de Misericórdia estão bem específicos do ponto de vista do controle e qualidade na execução das tarefas e no atendimento aos usuários.

QUADRO 8 – INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 3

INDICADORES TÁTICOS	
Diretriz 3 – Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde (Projeto “O HU integrado ao SUS e Submetido ao Controle Social”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- Acompanhamento dos indicadores pactuados no contrato com a Secretaria Municipal de Saúde nas áreas de Assistência, Gestão, Humanização, Ensino e Pesquisa	- 69 – Desempenho Ponderado dos Indicadores - 70 – Indicadores com sinalizador amarelo, tendência negativa com plano - 71 - Indicadores com sinalizador amarelo, tendência negativa sem plano - 72 - Indicadores com sinalizador amarelo, tendência positiva - 73 - Indicadores com sinalizador verde (na meta) - 74 - Indicadores com sinalizador vermelho com plano - 75 - Indicadores com sinalizador vermelho sem plano
- Análise dos procedimentos viáveis para pactuação com o gestor local	

Conforme mencionado anteriormente não é possível fazer análise entre os indicadores das duas instituições. O HC-UFPR busca o acompanhamento dos indicadores no sentido de viabilidade do cumprimento dos mesmos ou seja, o atingimento de metas pactuadas. E a Santa Casa já trabalha com um processo automatizado dos resultados dos indicadores através do seu sistema de informação.

QUADRO 9 – INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 3

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 3 – Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde (Projeto “O HU integrado ao SUS e Submetido ao Controle Social”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- LEVANTAMENTO HISTÓRICO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC (MS) e Limite Financeiro da Média e Alta Complexidades - MAC (MS))	- 516 – Procedimentos de Outros Convênios - 517 – Procedimentos IPE - 518 – Procedimentos Particulares - 519 – Procedimentos SUS - 534 – Total de Procedimentos
- ÍNDICE DE PRODUÇÃO POR FUNCIONÁRIO DA ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE	- 220 – Produtividade / Funcionário dia
- NÚMERO DE ATENDIMENTOS	- 24 – Atendimento a chamada em até 5 minutos - 26 – Atendimento ao cliente em até 20 segundos - 84 – Duração do atendimento em até 2 minutos - 216 – Presteza aos chamados - 419 – Pacientes atendidos no prazo de 15 minutos - 463 – Tempo de retorno dos pacientes em até 20 minutos - 467 – Total de atendimentos
- NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS	- 420 – Pacientes com definição diagnóstica de dor torácica em até 30 min
- NÚMERO DE CONSULTAS DE PRIMEIRA VEZ	
- NÚMERO DE RECONSULTAS POR PACIENTES	- 361 – Consultas emerg. Gineco-obstétrica PRT/CNV realizadas
- NÚMERO DE INTERNAÇÕES	- 154 – Internações realizadas - 155 – Internações realizadas em 20 minutos - 472 – Tx de Internação com guias autorizadas no prazo - 533 – Total de Internações
- NÚMERO DE INTERNAÇÕES ATRAVÉS DA CENTRAL DE LEITOS	
- LISTA DE ESPERA E TEMPO DE ESPERA	- 10 - Tempo médio de espera para consultas não agendadas - 329 – Tempo médio de espera no atendimento
- NÚMERO DE PACIENTE/DIA	- 193 – Paciente-dia PRT/CNV - 194 – Paciente-dia SUS - 421 – Pacientes com distribuição de terapia via oral
- NÚMERO DE CIRURGIAS	- 37 – Cesáreas SUS - 38 - Cirurgias iniciadas na hora marcada - 357 – Cirurgias agendadas
- NÚMERO DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS	
- NÚMERO DE CIRURGIAS LAPAROSCÓPICAS	
- TAXA DE UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO	
- TAXA DE CESÁRIAS	- 37 – Cesáreas SUS
- NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÉUTICA	
- NÚMERO DE EXAMES	- 112 – Exames realizadas - 532 – Total de exames
- ESCALA DE SERVIÇO MENSAL (Médicos, enfermeiros e pessoal de apoio)	
- GERENCIAMENTO DE FERIADOS	

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 3 – Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde (Projeto “O HU integrado ao SUS e Submetido ao Controle Social”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- NÚMERO DE MEDICOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO	
- NÚMERO DE ENFERMEIROS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO	
- NÚMERO DE PESSOAL DE APOIO POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO	
- SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO	<ul style="list-style-type: none"> - 8 – Satisfação do cliente funcionário atendido no SMP - 251 – Reclamação dos clientes de vestiários - 496 – Satisfação da equipe funcional - 497 – Satisfação dos clientes internos (UGBs)
- SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO	<ul style="list-style-type: none"> - 275 – Satisfação do cliente corpo clínico - 281 – Satisfação do cliente médico detentor de agenda - 525 – Satisfação do cliente médico - 543 – Satisfação do cliente médico em relação a Assistência Nutricional
- APRESENTAÇÃO MENSAL DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DOS ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS	
- REALIZAÇÃO DE CAMPANHAS PARA DOAÇÃO DE SANGUE	<ul style="list-style-type: none"> - 80 – Doadores de sangue - 81 – Doadores que apresentam hematomas pós doação - 270 – Retorno de sangue dos blocos
- NÚMERO DE ESTAGIARIOS DE GRADUAÇÃO POR ESPECIALIDADE	
- NÚMERO DE ESTAGIARIOS DE PÓS-GRADUAÇÃO POR ESPECIALIDADE	
- NÚMERO DE RESIDENTES POR ESPECIALIDADE	
- ACOMPANHAMENTO DOS COMITÊS DE AVALIAÇÃO DE MORTALIDADE POR GRUPO DE RISCOS	
- ANÁLISE DOS MECANISMOS DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA, MEDIANTE PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO	
- ANÁLISE DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DE <i>PERFORMANCE</i> INSTITUCIONAL	<ul style="list-style-type: none"> - 137 - Indicadores com metas não atingidas e sem plano de ação - 138 – Indicadores com metas não atingidas, com plano de ação - 139 – Indicadores com práticas adequadas do Sistema de Gestão - 259 – Relatório gerencial disponibilizado no prazo - 260 – Relatórios com solicitação de revisão gerencial - 394 - Entrega em tempo hábil de PER - 477 – Desempenho Ponderado de Indicadores - 478 – Indicadores com sinalizador amarelo, tendência negativa com plano - 479 - Indicadores com sinalizador amarelo, tendência negativa sem plano - 480 - Indicadores com sinalizador amarelo, tendência positiva - 481 - Indicadores com sinalizador verde (na meta)

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 3 – Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde (Projeto “O HU integrado ao SUS e Submetido ao Controle Social”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
	- 482 - Indicadores com sinalizador vermelho com plano - 483 - Indicadores com sinalizador vermelho sem plano - 484 – Desempenho Ponderado de Indicadores - Pessoas
- ACOMPANHAMENTO DAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS	

Quanto aos indicadores operacionais foi possível fazer a comparação pois, os indicadores utilizados pela Santa Casa de Misericórdia estão bem específicos do ponto de vista do controle e qualidade na execução das tarefas e no atendimento aos usuários. A proposta de indicadores para o HC-UFPR preocupa-se com o controle do atendimento, isto é se atendeu e quanto atendeu. Já a Santa Casa se preocupa em como atendeu. Sem deixar de lado a produtividade evidentemente. Porém, este é um aspecto que o HC-UFPR já poderia inserir na sua proposta.

QUADRO 10 – INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 4

INDICADORES ESTRATÉGICOS	
4 - Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar no HC-UFPR (Projeto “Acreditação para os Hus da UFPR”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- ALCANÇAR A CERTIFICAÇÃO NO NÍVEL 1 DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA)	
- CONCLUIR AS REFORMAS ESTRUTURAIS	
- RENOVAR O PARQUE TECNOLÓGICO	

A diretriz 4 é também específica para o HC-UFPR pois, contempla a Implantação do Programa de Acreditação Hospitalar. A Santa Casa de Misericórdia, neste momento, não está participando desta proposta. Logo, não existem indicadores nos níveis estratégico e tático, da Santa Casa que possam ser comparados com os da proposta do HC-UFPR.

QUADRO 11 – INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 4

INDICADORES TÁTICOS	
Diretriz 4 - Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar no HC-UFPR (Projeto “Acreditação para os Hus da UFPR”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- Acompanhamento da implantação do processo de	

acreditação	
- Análise dos itens de verificação para atingir as exigências do Manual de acreditação da ONA	
- Acompanhamento das reformas estruturais	
- Acompanhamento da renovação do parque tecnológico	

Conforme já mencionado, esta é uma diretriz exclusiva do HC-UFPR. Portanto, não foi possível identificar nenhum indicador da Santa Casa que tivesse similaridade com estes do HC-UFPR.

QUADRO 12 – INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 4

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 4 - Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar no HC-UFPR (Projeto “Acreditação para os Hus da UFPR”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- ACOMPANHAMENTO DA CAMPANHA HC HOSPITAL 5 ESTRELAS	
- ANÁLISE DO RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ELABORADO PELA AUDITORIA INTERNA	- 91 – Entrega de relatórios das auditorias interna no prazo - 201 – Parecer sem ressalva da auditoria externa nas demonstrações contábeis - 240 - Realização das auditorias internas - 356 – Auditorias realizadas
- ACOMPANHAMENTO DA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO CORRETIVA	
- ACOMPANHAMENTO DA AVALIAÇÃO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS ELABORADA PELOS AVALIADORES DA INSTITUIÇÃO ACREDITADORA	
- ANÁLISE DOS PLANOS DE AÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS E SERVIÇOS PARA CORREÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS	
- ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DAS METAS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS E SERVIÇOS PACTUADAS PARA ATINGIR AS METAS INSTITUCIONAL DE ACREDITAÇÃO	
- ANÁLISE E ATUALIZAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS (POP’ S)	- 444 – Revisão do Manual de Boas Práticas e POP’s
- ACOMPANHAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO DAS ATUALIZAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS	
- CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DA COMISSÃO DE ACREDITAÇÃO	
- ANALISE DAS METAS PROPOSTAS	
- APRESENTAÇÃO À DIRETORA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS	

- ANÁLISE DAS CAUSAS DAS NÃO CONFORMIDADES PENDENTES	
- MAPEAMENTO DOS PONTOS CRÍTICOS E FRAGILIDADES DA INSTITUIÇÃO PERANTE OS PADRÕES DA ONA E VISA	
- DISPONIBILIZAÇÃO DE SUBSÍDIOS À DIRETORA PARA PLANEJAR AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA A AVALIAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO	
- LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE REFORMAS ESTRUTURAS	
- PRIORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DAS REFORMAS ESTRUTURAS	
- ACOMPANHAR O DESEMPENHO DA RENOVAÇÃO DO PARQUE TECNOLÓGICO	
- PROPORCIONAR TREINAMENTO PARA USO DOS EQUIPAMENTOS NOVOS	

No nível operacional, foi possível identificar indicadores que fazem parte da rotina da Santa Casa que podem ser comparados com a proposta do HC-UFPR justamente pela Santa Casa estar em um nível de profissionalização da gestão mais intenso e profundo. Destacando, que praticamente em todas as áreas a Santa Casa prima pelo prazo na execução e entrega das tarefas e atividades. A proposta dos indicadores para o HC-UFPR é bem abrangente, pois, a acreditação se dá considerando a Instituição como um todo e não de um serviço específico.

QUADRO 13 – INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 5

INDICADORES ESTRATÉGICOS	
Diretriz 5 - Reconhecimento do Trabalhador (Projeto “Valorização do Trabalhador do HU”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- PROMOVER ASSISTÊNCIA E BEM ESTAR SOCIAL AOS FUNCIONÁRIOS E SERVIDORES POR MEIO DE DIFERENTES SERVIÇOS	- 29C – Funcionários com participação em Projetos de Responsabilidade Social de iniciativa da Santa Casa - 82C – Satisfação dos clientes (UGBs) - 101C – Satisfação do cliente médico
- IMPLEMENTAR AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO À SEGURANÇA E À SAÚDE DOS TRABALHADORES	
- PROPICIAR CONDIÇÕES DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL	- 51C – Qualidade percebida e liderança
- ORIENTAR OS GERENTES E DIRIGENTES DA INSTITUIÇÃO QUANTO AOS ASPECTOS JURÍDICOS E RELAÇÕES INTERPESSOAIS LIGADOS AO QUADRO DE SERVIDORES E FUNCIONÁRIOS	- 28C – Funcionários com acordos coletivos firmados - 76 C - Absenteísmo - 77C – Desligamento geral

Esta diretriz contempla a proposta de Reconhecimento e Valorização do Trabalhador do HC-UFPR. Destacamos aqui as peculiaridades de cada instituição. Enquanto a Santa Casa de Misericórdia, conforme já mencionado, é uma instituição privada, possuindo flexibilidade e instrumentos que podem ser aplicados na valorização de seus funcionários, o HC-UFPR é uma instituição pública e, portanto, é engessada, não tendo quase meios ou instrumentos para a valorização dos seus funcionários. Outra peculiaridade do HC-UFPR é que nele trabalham funcionários com diferentes vínculos, ou seja, funcionário público, funcionário com vínculo através da FUNPAR e que presta serviço no hospital e ainda, o pessoal terceirizado. Os diferentes vínculos dificultam as iniciativas de determinadas ações de reconhecimento e valorização dos funcionários justamente pela legislação vigente para cada um destes vínculos. No entanto, foi possível fazer as comparações entre os indicadores nos três níveis das duas instituições, principalmente aqueles aspectos gerais, possíveis de serem acompanhados e/ou controlados independente do tipo de vínculo empregatício e, também, aqueles que dizem respeito ao controle de custos com pessoal e ainda, o grau de satisfação quanto ao trabalho e treinamentos oferecidos aos funcionários e servidores.

QUADRO 14 – INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 5

INDICADORES TÁTICOS	
Diretriz 5 - Reconhecimento do Trabalhador (Projeto “Valorização do Trabalhador do HU”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- Prestar assistência médico- odontológica e psico-social	- 82C – Satisfação dos clientes internos (UGBs) - 101C – Satisfação do cliente médico
- Oferecer programas de qualidade de vida	- 29C – Funcionários com participação em Projetos de Responsabilidade Social de iniciativa da Santa Casa
- Desenvolver programas de promoção à saúde	
- Proporcionar o acolhimento e integração dos funcionários novos	
- Desenvolver a ouvidoria para os funcionários	
- Propor melhorias físicas e de recursos humanos no ambulatório dos funcionários	
- Prestar a consultoria interna jurídica e comportamental	- 51C – Qualidade percebida e liderança
- Planejar, coordenar e controlar processos e rotinas administrativas da gestão de pessoas	- 28C – Funcionários com acordos coletivos firmados - 76C – Absenteísmo - 77C – Desligamento geral - 79C – Frequência de acidentes de trabalho - 80C – Funcionários com avaliação de desempenho realizada

Os indicadores propostos para o HC-UFPR tem a preocupação em oferecer serviços e benefícios aos funcionários e servidores buscando melhorar a qualidade de vida dos mesmos

no trabalho. Obter informações que possam subsidiar os tomadores de decisão além do acompanhamento controle das atividades rotineiras que dizem respeito a gestão de pessoas. Tais indicadores não aparecem na Santa Casa, no entanto, a preocupação em avaliar a satisfação dos colaboradores é constante e, ainda o destaque para a participação dos funcionários nas atividades de responsabilidade social desenvolvidas pela Santa Casa além das atividades de rotina da área.

QUADRO 15 – INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 5

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 5 - Reconhecimento do Trabalhador (Projeto “Valorização do Trabalhador do HU”).	
HC-UFRP	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- CONTROLAR A REALIZAÇÃO DOS EXAMES PERIÓDICOS	- 241 – Realização de exames periódicos no prazo
- INICIAR O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, COM FOCO NA HIPERTENSÃO, DIABETES E SAÚDE BUCAL	
- PROMOVER PALESTRAS SOBRE TEMAS DE SAÚDE DE INTERESSE DO TRABALHADOR	
- TORNAR OBRIGATÓRIA A GINÁSTICA LABORAL	- 435 – Realização de Time out
- AMPLIAR A PARTICIPAÇÃO NAS TERAPIAS ALTERNATIVAS: MASSOTERAPIA, YOGA	
- REALIZAR O CONTROLE DE FOLHAS-PONTO, PAGAMENTO, FÉRIAS, HORAS-EXTRAS, ADICIONAIS NOTURNOS E CONTRA-CHEQUES	- 150 – Informações entregues no prazo para a folha de pagamento - 245 – Recibos de férias emitidos sem erro - 246 – Recibos folha mensal emitidos sem erro - 247 – Recibos folha quinzenal emitidos sem erro - 248 – Recibos RPA emitidos no prazo - 249 – Recibos RPA emitidos sem prazo - 250 – Rescisões efetivadas sem erro - 304 – Solicitação de desligam. com ficha de aval. preenchida e entregue até entrev. de desligamento - 490 – Desligamento geral
- CONTROLAR A TAXA DE ABSENTEÍSMO	- 488 - Absenteísmo
- IDENTIFICAR AS CAUSAS DE AFASTAMENTO: FALTAS, LICENÇAS MÉDICAS ETC	- 492 – Frequencia de acidentes de trabalho
- IMPLANTAR TERAPIA EM GRUPO PARA FUNCIONÁRIOS EM ÁREAS DE RISCO E ÁREAS CRÍTICAS (UTI, CENTRO CIRÚRGICO ETC)	
- INTRODUIZIR PROGRAMAS DE CAPACIDADE LABORATIVA E REABILITAÇÃO	
- EXECUTAR PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO FUNCIONAL	- 36 – Candidatos que preenchem os requisitos das chefias - 493 – Funcionários com avaliação de desempenho realizada
- FAZER AVALIAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAS	
- ANÁLISAR AS SOLICITAÇÕES DE ALTERAÇÃO DE CARGOS	

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 5 - Reconhecimento do Trabalhador (Projeto “Valorização do Trabalhador do HU”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- REALIZAR O DIMENSIONAMENTO QUALITATIVO E QUANTITATIVO	- 86 – Efetivação em período de contrato - 129 – Funcionários da UGB aprovados em término de contrato - 330 – Tempo médio de recrutamento e seleção
- IMPLEMENTAR PROGRAMA DE TREINAMENTO PARA O FUNCIONÁRIO QUE FAZ A INTERFACE COM O PÚBLICO EXTERNO	
- ATUAR NA MELHORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS	- 130 – Funcionários ISCMPA que consideram GQT bem difundida
- REALIZAR PROGRAMAS DE INTEGRAÇÃO PARA OS NOVOS FUNCIONÁRIOS	
- ELABORAR PESQUISA DE SATISFAÇÃO COM O TRABALHO	- 251 – Reclamação dos clientes de vestiários - 496 – Satisfação da equipe funcional
- ORGANIZAR, DIVULGAR E REALIZAR CURSOS, TREINAMENTOS, PALESTRAS ETC.	- 497 – Satisfação dos clientes internos (UGBs) - 35 – Avaliação de reação de treinamentos - 69 – Cumprimento do Plano de Treinamento e Desenvolvimento anual - 90 – Entrega de certificados e declarações no prazo - 132 – Grau de satisfação dos treinamentos realizados - 173 – Metas atingidas em contratos de treinamento - 174 – Metas atingidas previstas em contratos de treinamentos - 292 – Satisfação dos frequentadores dos seminários sobre G da Rotina - 494 – Horas de treinamento por func. /mês/mês
- ADOPTAR MEDIDAS DE PROTEÇÃO ESTABELECIDAS PELA NR32 PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES	- 428 – Participação em treinamento de Boas Práticas e em Segurança do Trabalho
- PARTICIPAR DE CURSOS, TREINAMENTOS E OUTROS PARA O APRIMORAMENTO DAS LIDERANÇAS	- 15 – Adequação ao investimento com capacitação corporativa ano - 485 – Índice de Favorabilidade para lideranças
- REALIZAR PESQUISA E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DAS AÇÕES PERTINENTES AOS PROCESSOS DE TRABALHO, DIREITOS E DEVERES DOS COLABORADORES	- 70 – Custo com reclamatória trabalhista - 239 – Realização da pesquisa salarial – mercado representativo no prazo - 375 – Custos com Pessoal Terceiros - 376 – Custos com Pessoal Próprio
- APRIMORAR O ENTENDIMENTO E A FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DOS DIREITOS E DEVERES DOS COLABORADORES	- 128 – Funcionários beneficiados para desconto em universidades/escolas

Com relação aos indicadores operacionais o HC-UFPR por ser um órgão público tem uma preocupação mais focada nas atividades de rotinas dos serviços de recursos humanos. Outra preocupação é com relação ao preparo das chefias para o desenvolvimento das suas funções do ponto de vista da legislação. O funcionário público normalmente não recebe o treinamento suficiente para exercer cargos de chefia e isto gera consequências no desempenho de suas funções trazendo muitas vezes prejuízos administrativos e sociais tanto para a instituição quanto para os funcionários. O ambiente do hospital é por si mesmo desgastante e

estressante. Daí a preocupação em oferecer aos funcionários terapias alternativas para compensação. Esta atividade tem dado certo, em alguns setores e serviços, por isso, se pretende estender para outras áreas e ainda, fazer um acompanhamento mais direto dos resultados. Já os indicadores da Santa Casa aqui também se destacam pela preocupação com relação a prazos, custos e qualidade na execução das rotinas, nos benefícios com relação a descontos em escolas e universidades, na adequação dos investimentos em treinamentos e desenvolvimento. Mais uma vez a Santa Casa se destaca com relação aos aspectos de possibilidades e recursos na valorização dos recursos humanos.

QUADRO 16 – INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 6

INDICADORES ESTRATÉGICOS Diretriz 6 - Informação para todos e em tempo (Projeto “Informação para a Ação”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- PARTICIPAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO NOVO MODELO DE GESTÃO PARA A REDE DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PROPOSTO PELO MEC	
- IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL	

A proposta para esta diretriz é oferecer Informação para todos e em tempo cujo Projeto é “Informação para a Ação”. Através da implantação deste projeto o HC-UFPR pretende fazer parte da Rede de Hospitais Universitários proposto pelo MEC. E também a implementação da reengenharia do Sistema de Informação Hospitalar do HC-UFPR. Assim sendo, é um projeto específico do HC-UFPR e, diante disso, a Santa Casa de Misericórdia não tem indicadores nos níveis estratégicos e táticos para serem comparados com os propostos para o HC-UFPR.

QUADRO 17 – INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 6

INDICADORES TÁTICOS Diretriz 6 - Informação para todos e em tempo (Projeto “Informação para a Ação”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- Fomentar e facilitar a participação da equipe do HC no desenvolvimento e implantação do AGHU	
- Acompanhamento do desempenho da implementação da reengenharia do SIH	

Conforme mencionado no quadro anterior, a Santa casa não possui indicadores táticos pertinentes a esta diretriz . Ela iniciou a cultura da informação e do gerenciamento por resultados entre 1988 e 1992, sendo assim, é provável que a cultura da informação já esteja consolidada.

QUADRO 18 – INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 6

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 6 - Informação para todos e em tempo (Projeto “Informação para a Ação”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- NÚMERO DE HORAS PLANEJADAS	
- NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS	- 220 – Produtividade / funcionário dia
- ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE TRABALHO	
- DESEMPENHO DO PLANO DE TRABALHO	- 301 – Serviços executados
- DESEMPENHO DAS ATIVIDADES EXECUTADAS COM RELAÇÃO AO TEMPO PREVISTO PARA SUA EXECUÇÃO	- 320 – Taxa de novas tecnologias implantadas - 326 – Tempo de resposta-externo (Sistemas de Informática) - 327 – Tempo de resposta-interno (Sistemas de Informática)
- NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA FORMAR A EQUIPE DE TRABALHO	
- ADEQUAÇÃO DA EQUIPE DO PARA O DESENVOLVIMENTO E ADAPTAÇÃO DO NOVO MODELO	
- NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA PARTICIPAÇÃO EM TREINAMENTOS	- 494 – Horas de treinamento por func./mês/mês
- GASTO COM TREINAMENTO EXTERNO	- 173 – Metas atingidas em contratos de treinamento - 174 – Metas atingidas previstas em contratos de treinamentos
- CONSULTORIA EXTERNA	
- ANÁLISE PARA AQUISIÇÃO E REDISTRIBUIÇÃO DE EQUIPAMENTOS	
- AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS: HARDWARE E SOFTWARE	- 158 – Itens comprados e atendidos no prazo
- CONFIGURAÇÃO DAS ESTAÇÕES DE TRABALHO	
- CUSTO POR MÓDULOS	
- PARCERIA COM OUTROS HOSPITAIS	
- TEMPO MÉDIO DO DESENVOLVIMENTO DE MÓDULOS PRIORITÁRIOS	
- TEMPO MÉDIO DO DESENVOLVIMENTO DOS MÓDULOS	
- CONTROLE DO TEMPO PREVISTO PARA ENTREGA DE MÓDULOS/VERSÃO	
- ANÁLISE PARA IMPLEMENTAÇÃO DE NOVAS FUNCIONALIDADES	- 43 – Conclusão de avaliação no prazo-tecnologias - 215 – Prazo médio de avaliação em meses-tecnologias
- IMPLANTAÇÃO DOS PADRÕES DE USABILIDADE DOS PRODUTOS	

DESENVOLVIDOS	
- DESEMPENHO DO SUPORTE E MANUTENÇÃO DO NOVO SISTEMA	- 167 – Manutenção preventiva
- DESEMPENHO NA ELABORAÇÃO DO MANUAL DO USUÁRIO	
- DESEMPENHO NA ELABORAÇÃO DO MANUAL DO SISTEMA	

A Santa Casa de Misericórdia possui indicadores operacionais com relação a produtividade, o desempenho e avaliação dos sistemas de informática que puderam ser comparados com os do HC-UFPR. Pode-se destacar que os indicadores propostos para o HC-UFPR para esta diretriz são específicos para a implantação do projeto.

QUADRO 19 – INDICADORES ESTRATÉGICOS – DIRETRIZ 7

INDICADORES ESTRATÉGICOS	
Diretriz 7 - Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- INDICE DE ENSINO	- 41C – Participação do ensino nos resultados
- INDICE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA	- 2C – Artigos publicados - 16C – Pesquisas acadêmicas - 31C – Investigadores ligados ao ISCEP - 38C – Participação da pesquisa nos resultados - 47C – Pesquisas multicêntricas cadastradas)

Esta proposta diz respeito a Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão, através do projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”. Esta diretriz é um desafio para o HC-UFPR ou seja prestar a assistência em consonância com o ensino e a pesquisa. Hoje o HC-UFPR é considerado um hospital terciário e quaternário com isso presta assistência de média e alta complexidade. Porém, para viabilizar o ensino é necessário incluir também os níveis primário e secundário que estão no nível de atendimento básico para o paciente garantindo assim o ensino e a pesquisa na assistência básica. Diante disso, a proposta de indicadores do HC-UFPR para esta diretriz foi amplamente desenvolvida visando a real integração entre a assistência e o ensino. A Santa Casa de Misericórdia também é um hospital de ensino, porém, seus indicadores nesta área são mais genéricos, no entanto, foi possível fazer a comparação entre os indicadores em todos os níveis, ou seja, estratégico, tático e operacional das duas instituições.

QUADRO 20 – INDICADORES TÁTICOS – DIRETRIZ 7

INDICADORES TÁTICOS	
Diretriz 7 - Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- Acompanhamento da qualidade de ensino	- 41C – Participação do ensino nos resultados
- Acompanhamento do número de vagas dos cursos de graduação e pós-graduação	
- Acompanhamento do número de cursos de graduação e pós-graduação	
- Acompanhamento do desenvolvimento de projetos de pesquisa	- 16C – Pesquisas acadêmicas
- Acompanhamento de atividades dos pesquisadores	- 31C – Investigadores ligados ao ISCEP - 47C – Pesquisas multicêntricas cadastradas
- Intensidade de produção científica	- 2C – Artigos publicados) - 38C – Participação da pesquisa nos resultados

A parte do ensino na área da Saúde na UFPR fica totalmente vinculada ao Setor de Ciências da Saúde. Apesar do HC-UFPR, através de sua assistência, servir como local de ensino para o Setor, não há um acompanhamento e controle destes aspectos por parte do hospital. A proposta dos indicadores táticos tem por objetivo possibilitar que o HC-UFPR tenha controle e facilidade de acesso às informações relativas ao ensino e a pesquisa. Com relação aos indicadores utilizados pela Santa Casa nesta área do ensino são poucos e mais genéricos. Destacando aqui, que tanto o ensino como a pesquisa na Santa Casa tem participação nos resultados.

QUADRO 21 – INDICADORES OPERACIONAIS – DIRETRIZ 7

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 7 - Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- CARGA HORÁRIA DE ENSINO	
- TURNO DOS CURSOS	
- ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS POR CURSO/GRADUAÇÃO	
- HORAS DE UTILIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA PELA GRADUAÇÃO	
- HORAS DE UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PELA GRADUAÇÃO	
- NÚMERO DE ALUNOS ATENDIDOS POR DEPARTAMENTO	
- NÚMERO DE ALUNOS POR CURSO	
- TAMANHO MÉDIO DAS TURMAS	
- FAIXA ETÁRIA DOS ALUNOS POR CURSO	
- GASTO COM ENSINO	
- GASTO POR ALUNO	
- DESPESAS POR ALUNO POR CURSO	
- DESEMPENHO DOS ALUNOS NO ENADE	
- TAXA DE EVASÃO	

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 7 - Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- CRESCIMENTO INTERANUAL	
- TIPOS DE COTAS	
- PERCENTUAL DE EGRESSO POR COTAS PARA CADA CURSO	
- % DE APROVAÇÃO	
- TEMPO MÉDIO PARA CONCLUSÃO DOS CURSOS	
- CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS	
- NÚMERO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS POR CURSO	- 306 – Solicitações de estágios atendidos
- NÚMERO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS VOLUNTÁRIOS	
- ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS ALUNOS/GRADUAÇÃO	
- NUMERO DE DOCENTES POR CURSO	
- NÚMERO DE DOCENTES COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA	
- RELAÇÃO MÉDIA DE ALUNOS POR DOCENTE	
- RELAÇÃO ALUNOS/HORA DE TRABALHO DO PROFESSOR	
- NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO DOS DOCENTES EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ALUNOS POR CURSO	
- RELAÇÃO ALUNOS/PROFESSOR TEMPO INTEGRAL	
- NÚMERO DE HORAS DO DOCENTE NO ENSINO	
- NÚMERO TOTAL DE HORAS DO DOCENTE NA ASSISTENCIA	
- NÚMERO DE MÉDICOS COM DEDICAÇÃO AO ENSINO	
- ÍNDICE DE QUALIFICAÇÃO DO CORPO DOCENTE	
- NÚMERO DE DOCENTES COM MESTRADO	
- NÚMERO DE DOCENTES COM DOUTORADO	
- NÚMERO DE RESIDENTES POR CATEGORIA OU ESPECIALIDADE	
- NÚMERO DE RESIDENTES POR CONVENIO COM O MEC	
- NÚMERO DE RESIDENTES POR CONVENIO COM AS SOCIEDADES ESPECIALIZADAS	
- IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE INTEGRAÇÃO DOS RESIDENTES	
- EXIGÊNCIA DE MONOGRAFIA NO TÉRMINO DA RESIDENCIA	
- DESEMPENHO DOS RESIDENTES NAS PROVAS DAS ESPECIALIDADES	
- NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS POR RESIDENTE	
- NÚMERO DE TRABALHOS APRESENTADOS POR RESIDENTE EM EVENTOS CIENTÍFICOS	
- NÚMERO DE TRABALHOS COMPLETOS PUBLICADOS EM ANAIS DE CONGRESSOS, SIMPÓSIOS ETC. POR RESIDENTE	
- NÚMERO DE APRESENTAÇÕES DE PALESTRAS E PARTICIPAÇÕES EM MESAS REDONDAS EM EVENTOS CIENTÍFICOS POR RESIDENTE	
- NÚMERO DE ESPECIALIZANDOS	
- NÚMERO DE MESTRANDOS	
- NÚMERO DE DOUTORANDOS	
- NÚMERO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO	
- NÚMERO DE DOCUMENTOS PRODUZIDOS (Tese,	

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 7 - Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
dissertações, livros)	
- NÚMERO DE PROJETOS DE PESQUISA REGISTRADOS NO CNPq	
- NÚMERO DE PROJETOS REGISTRADOS NO BANPESQ	
- NÚMERO DE BOLSISTAS COM PRODUÇÃO EM PESQUISA CNPq	
- NÚMERO DE GRUPOS DE PESQUISA CNPq	
- GRAU DE CONSOLIDAÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISAS CNPq	
- NÚMERO DE ORIENTADORES DE PÓS-GRADUAÇÃO	
- NÚMERO DE ORIENTANDOS DE POS-GRADUAÇÃO	
- NÚMERO DE ORIENTADORES DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA	
- NÚMERO DE ORIENTANDOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA	
- NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS	
- NÚMERO DE TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS	
- NÚMERO DE TRABALHOS COMPLETOS PUBLICADOS EM ANAIS DE CONGRESSOS, SIMPÓSIOS ETC	
- NÚMERO DE APRESENTAÇÕES DE PALESTRAS E PARTICIPAÇÕES EM MESAS REDONDAS EM EVENTOS CIENTÍFICOS	- 200 – Palestras Realizadas
- NOTAS CAPES DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÕES	
- GASTO COM PESQUISA	- 223 - Projetos com recursos efetivados no ano - 224 – Projetos concluídos dentro do orçamento estimado
- POLÍTICA DE INVENTIVO E APOIO PARA O DESENVOLVIMENTO ACADEMICO E CIENTÍFICO (AUXILIO/DISPENSA/APOIO A PUBLICAÇÃO)	
- CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA PESQUISA	- 17 – Adequação ao recurso financeiro captado em projetos incentivados - 18 – Adequação ao recurso financeiro captado em projetos não incentivados - 103 – Eventos científicos autossustentados
- NÚMERO DE PATENTES, LICENÇAS E OUTROS	
- ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS POR CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO	
- HORAS DE UTILIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA PELA PÓS-GRADUAÇÃO	
- HORAS DE UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PELA PÓS-GRADUAÇÃO	
- NÚMERO DE PESQUISAS JULGADAS NO PERÍODO	- 226 – Projetos remetidos no prazo - 231 – Protocolos de pesquisa aprovados no prazo
- NÚMERO DE PESQUISAS ACEITAS NO PERÍODO	- 7 – Pesquisas aprovadas pelo CEP - 208 – Pesquisas Cadastradas
- NUMERO DE PESQUISAS POR LINHA NO PERÍODO	
- NÚMERO DE PESQUISAS REALIZADAS POR PESQUISADORES	- 209 – Pesquisas concluídas - 210 – Pesquisas em andamento - 211 – Pesquisas iniciadas - 212 – Pesquisas publicadas

INDICADORES OPERACIONAIS	
Diretriz 7 - Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”).	
HC-UFPR	SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE
- NÚMERO, TIPO DE FONTES DE FINANCIAMENTO E VALORES	
- NÚMERO DE PESQUISAS COM APLICAÇÃO PRÁTICA	
- ÍNDICE DE PRODUTIVIDADE POR DEPARTAMENTO	
- NÚMERO DE CITAÇÕES POR PUBLICAÇÃO E RELACIONADA A UM PADRÃO INTERNACIONAL (a média mundial ou da UFPR)	
- HORAS TRABALHADAS EM PESQUISA	- 225 – Projetos em conformidade com o cronograma
- NÚMERO DE PUBLICAÇÕES POR ANO	- 23 – Apresentação/publicação de trabalhos ano
- NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA TREINAMENTO/CATEGORIA	
- CAPACIDADE DE ACESSO A REDES DE COMUNICAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO	- 313 – Taxa de atualização do banco de dados - 387 – Disponibilidade de infraestrutura de Telecomunicação - 388 – Disponibilidade de Internet - 389 – Disponibilidade de Sistemas (Banco de Dados) - 390 – Disponibilidade de Infraestrutura de Rede
- ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS ALUNOS DA PÓS-GRADUAÇÃO	- 449 – Satisfação do cliente pesquisador
- INVESTIMENTO MÉDIO POR CURSO EM ATIVIDADES DE EXTENSÃO	

A proposta de indicadores operacionais para o ensino e a pesquisa para o HC-UFPR foi elaborada de forma bem específica uma vez que, conforme já mencionado, o hospital não tem controle algum sobre as informações relativas ao ensino e a pesquisa. Por isso, foram propostos indicadores operacionais para controle e acompanhamento dos seguintes aspectos: carga horária, infraestrutura física, móveis e equipamentos, desempenho dos alunos, produtividade dos professores e por departamentos, custos por aluno, investimentos em treinamento e extensão, desempenho dos cursos, horas aplicadas em pesquisas, fontes de financiamentos, desempenhos das pós-graduações perante as avaliações interna e externa, satisfação dos alunos e dos professores e capacidade de acesso a redes de comunicação, sistemas de informação e outros. Os indicadores propostos incluem tanto a graduação como a pós-graduação. Os indicadores utilizados pela Santa Casa são pontuais, incluindo os prazos, os recursos financeiros e a disponibilidade de infraestrutura de telecomunicação, internet, redes e sistemas de informação. Portanto, a proposta apresentada para o HC-UFPR está bem abrangente e, com estas informações coletadas é possível ter um panorama sobre o ensino e a pesquisa no hospital que poderão servir de subsídios para os tomadores de decisão desenvolver e/ou implantar a integração entre a assistência, o ensino e a pesquisa.

9.1.2.3 Conclusão da análise dos dados

A elaboração do estudo comparativo entre os indicadores propostos para o HC-UFPR e os utilizados pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foi construída fundamentada nas diretrizes elaboradas no Planejamento Estratégico para o HC-UFPR 2007-2011. Portanto, algumas diretrizes dizem respeito a projetos que estão sendo implantados especificamente no HC-UFPR e, por isso, não foi possível fazer a análise comparativa em todos os níveis da organização, ou seja: estratégico, tático e operacional. Principalmente quanto ao nível estratégico e tático, pois, são ações que dizem respeito especificamente ao momento administrativo que o hospital está vivenciando. Já no nível operacional foi possível fazer a análise comparativa tendo em vista que os indicadores dizem respeito às rotinas das instituições que, por serem organizações hospitalares tem atividades similares no dia a dia. Destacam-se, como exemplo, as diretrizes específicas para o HC-UFPR: a Diretriz 2 que diz respeito à Reestruturação Administrativa e Gerencial; a Diretriz 3 – Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde; a Diretriz 4 – Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar; e a Diretriz 6 – Informação para todos e em tempo.

A análise completa dos indicadores em todos os níveis, ou seja, nos níveis: estratégico, tático e operacional entre as duas instituições foi possível nas seguintes diretrizes:

- Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade cujo Projeto proposto é o Compromisso com o Faturamento. Existe a mesma preocupação com relação ao faturamento entre as duas instituições. A Santa Casa de Misericórdia por ser uma instituição privada e, que conseqüentemente tem várias fontes de recursos e que demonstra, através dos seus indicadores, um controle e acompanhamento bem detalhado das fontes geradoras de recursos, inclusive com relação à produtividade de cada área bem como, a qualidade dos serviços oferecidos e o nível de satisfação dos usuários internos e externos da instituição. Quanto ao HC-UFPR, por ser um hospital público não tem este nível de detalhamento. Destaca-se aqui, que no hospital, existe a preocupação em controlar no que foram gastos os recursos recebidos, porém, ainda não aplica uma análise de custo benefício dos serviços, da produtividade das áreas, da capacidade operacional de diferentes áreas etc. O HC-UFPR pertence ao SUS e, cumprindo as metas pactuadas ele recebe o recurso acordado, independente de qualquer outra variável;
- Diretriz 5 – Reconhecimento do Trabalhador. Tendo como projeto a Valorização do Trabalhador do HU. Para o pleno funcionamento de uma organização hospitalar é fundamental, além dos recursos financeiros, considerar os recursos humanos. As duas instituições se destacam pela preocupação em estabelecer indicadores com relação aos recursos humanos. Porém, o HC-UFPR além de primar pelo controle e acompanhamento dos serviços de rotina de gestão de pessoas, se destaca pela iniciativa de tentar promover a saúde e o bem estar do funcionário. Justamente pela sua natureza pública, não possui tantos instrumentos legais de valorização do seu funcionário, quanto a Santa Casa de Misericórdia por ser uma instituição privada. Diante disso, o HC-UFPR procura aprimorar as ações de cunho coletivo, por exemplo, estender serviços e produtos já oferecidos em algumas áreas e que foram bem aceitos

pelos funcionários. Destaca-se também pela preocupação em preparar as pessoas que ocupam ou ocuparão cargos de chefia, quanto à legislação vigente, oferecendo treinamento e desenvolvimento profissional. Com relação aos indicadores utilizados pela Santa Casa de Misericórdia identifica-se também um controle bem específico dos serviços de rotina da área, cobrindo tanto o comportamento, atitudes e satisfação do funcionário quanto os custos dos serviços, os prazos de execução e a qualidade das atividades da área;

- Diretriz 7 – Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão cujo projeto é: Pacto com o Ensino e Pesquisa. As duas instituições analisadas são hospitais de ensino, no entanto, o HC-UFPR destaca-se pela necessidade de viabilizar a integração entre a assistência e o ensino. O ensino da área da Saúde na UFPR é de controle e responsabilidade do Setor de Ciências da Saúde, apesar de que a operacionalização do ensino acontece no HC-UFPR, pois o hospital serve de campo de ensino para o referido Setor. Com o aumento dos cursos da área da Saúde, o hospital sente a necessidade de trabalhar a integração entre a assistência e o ensino. Assim sendo a proposta dos indicadores para esta diretriz é bem completa e específica, pois é uma área bem carente de controle e acompanhamento por parte do hospital. A proposta dos indicadores passa pelo acompanhamento dos alunos, residentes e professores. Inclui ainda o controle e acompanhamento da carga horária, produtividade científica, atividades desenvolvidas pelos pesquisadores, utilização dos equipamentos, gastos com alunos e com o ensino, qualificação dos docentes, programas de integração dos residentes, avaliação dos programas de pós-graduação, políticas de apoio e incentivo para o desenvolvimento acadêmico e científico, infraestrutura e nível de satisfação dos envolvidos no ensino, aprendizagem, pesquisa e extensão entre outros. Todos esses aspectos são propostos tanto para a graduação como para a pós-graduação. Já os indicadores nesta área, utilizados pela Santa Casa de Misericórdia são bem genéricos, consideram-se aspectos de produtividade, custos, prazos, adequação do uso do recurso financeiro e, sobretudo, a participação do ensino nos resultados. Destaca-se que na Santa Casa, ao contrário do HC-UFPR, o controle e o acompanhamento do ensino e da pesquisa são realizados pela própria Santa Casa.

Após a análise comparativa conclui-se que, o enfoque dos indicadores utilizados e propostos para o HC-UFPR relaciona-se **aos aspectos operacionais** do hospital, e o enfoque dos indicadores utilizados na Santa Casa de Porto Alegre é, sobretudo, voltado para a mensuração dos aspectos de produtividade e qualidade.

O estudo comparado dos indicadores hospitalares das duas instituições estudadas permitiu a ampliação da proposta de indicadores para o HC-UFPR (APENDICE 7). Tal proposta incluiu os indicadores utilizados pela Santa Casa com as devidas adaptações necessárias para a realidade de uma instituição pública. O resultado da proposta contempla indicadores de rotina, mas, também, os indicadores de qualidade e produtividade da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão oferecidos aos clientes, bem como, os

indicadores com relação à satisfação dos clientes internos e externos e outros, que poderão servir para iniciar a proposta de inteligência organizacional.

Destaca-se que a proposta final dos indicadores para o HC-UFPR foi elaborada fundamentada nas informações coletadas na revisão de literatura, nas informações identificadas através do sistema de informação disponível, na identificação das necessidades dos tomadores de decisão do hospital, bem como, na experiência bem sucedida da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Observamos durante o nosso estudo as seguintes fraquezas no sistema atual de informações do HC-UFPR:

a) Verificou-se que as informações úteis para tomada de decisão no HC-UFPR encontram-se dispersas;

b) Observou-se que as informações sobre o ensino e a pesquisa até o momento não estão disponíveis para o hospital;

c) Observou-se que as informações disponibilizadas, até o momento, não tem nenhuma utilidade para a tomada de decisão.

Defendemos que:

d) Além da necessidade de centralização das informações é preciso que as informações sejam **estruturadas** num sistema único para serem úteis à tomada de decisão. Nossa proposta é agrupá-las em nível estratégico, tático e operacional, embora saibamos que em todos e em cada um dos níveis os gestores poderão encontrar fundamentos para a sua tomada de decisão;

e) Para que a informação possa gerar inteligência organizacional é necessário que os tomadores de decisão passem a fundamentar todas as suas decisões a partir de informações coletadas e estruturadas;

f) É necessário sensibilizar os tomadores de decisão quanto à importância do uso contínuo das informações estruturadas;

g) A implementação de nossa proposta e a prática do uso de informações estruturadas poderão favorecer o avanço na elaboração de indicadores de qualidade que beneficiará o desenvolvimento da inteligência organizacional;

h) Não basta só a sensibilização quanto ao uso das informações estruturadas. É necessário que a coleta de dados seja pautada no controle e qualidade dos mesmos. Isto exige um alinhamento estratégico dos dados e informações a serem coletados, bem como, uma infraestrutura tecnológica adequada, incluindo *hardware* e *software*;

i) A partir do momento que houver uma proposta institucional do uso da informação para tomada de decisão, alguns aspectos devem ser considerados para, por exemplo, a implantação de um *software* de *Business Intelligence*:

- Controle da qualidade dos dados que devem alimentar o sistema. Exigindo o envolvimento e o comprometimento de todas as áreas do hospital;
- Definição de uma visão clara do propósito institucional, comum a todos para melhorar a tomada de decisão. Visão esta, que deve ser disseminada para todos os envolvidos na coleta de dados do HC-UFPR;
- Para auxiliar na definição de uma visão clara, em seu propósito, para os indicadores do sistema de informações para a tomada de decisão do HC-UFPR, nossa proposta baseou-se nas diretrizes definidas no Planejamento Estratégico do HC-UFPR;
- Enfatizamos que a análise dos dados coletados deve se pautar pelas metas e estratégias institucionais.

PARTE IV – CONCLUSÕES FINAIS

10 CONCLUSÕES

11 PESQUISAS FUTURAS

BIBLIOGRAFIA

APENDICES

ANEXO

CONCLUSÕES FINAIS

10 CONCLUSÕES

As organizações hospitalares, assim como as demais, geram muitas informações. No entanto, para que as mesmas possam subsidiar a tomada de decisão é necessário que elas sejam coletadas, organizadas e disseminadas de acordo com a necessidade e demanda da organização.

Apesar dos avanços dos sistemas de informação hospitalar é necessário que os mesmos disponibilizem informações de acordo com o alinhamento estratégico da instituição e assim, subsidiar o planejamento dos três níveis da organização, ou seja, estratégico, tático e operacional. Verifica-se que, pelo estudo realizado, que somente a tecnologia não consegue atender essa demanda de informação, portanto, é necessário alinhar os objetivos da organização com os objetivos de TI.

O desenvolvimento de um sistema de informação hospitalar deve incluir no seu planejamento as necessidades e demandas de informação de todos os atores da organização, tanto os internos como os externos. Identifica-se uma demanda maior do controle da qualidade e produtividade das ações hospitalares, do ponto de vista de gerentes, órgão financiadores, agências reguladoras e organizações de acreditação, cujo objetivo é oferecer uma assistência viável e, sobretudo com qualidade, centrada nas demandas e necessidades dos seus atores e, em especial, dos pacientes.

Uma das formas de viabilizar um sistema de informação hospitalar de acordo com o alinhamento estratégico institucional é o desenvolvimento de indicadores na forma de capilaridade, aqui entendida como aquela que permeia o planejamento e administração hospitalar em todos os seus níveis.

Na busca da fundamentação teórica para subsidiar o desenvolvimento deste trabalho e chegar ao seu objetivo geral de **“Propor novos indicadores, que possam servir de base para o uso efetivo do atual sistema de informações gerenciais, para tomada de decisão do Hospital de Clínicas da UFPR, visando a sugerir medidas de aprimoramento e/ou formulação de um novo sistema”**, realizou-se uma extensa revisão de literatura, cobrindo o período de 1992 a 2015.

Foram consultadas bases bibliográficas nacionais e internacionais, que incluíram os seguintes pontos: Informação no contexto organizacional da saúde; Informação em saúde; Qualidade da informação em saúde; Sistema de informação em saúde; Sistema de informação gerencial; Sistemas de informação em saúde como ferramenta de apoio à tomada de decisão; O Sistema Único de Saúde no Brasil; Sistema de informação hospitalar; Indicadores como subsídios para a estruturação de um sistema de informação hospitalar.

O objetivo a ser atingido com essa revisão foi o de definir um referencial conceitual para obter o entendimento de como deve ser estruturado um sistema de informação hospitalar

na área de saúde pública, e, em especial, levantar os indicadores que melhor pudessem caracterizar as necessidades específicas dessa área.

Neste sentido, e para nortear a metodologia desenvolvida destacamos dessa revisão os seguintes pontos:

- a) A informação em saúde deve ser entendida como um recurso estratégico. Pode ser utilizada em todos os processos de acompanhamento de controle da saúde/doença, desde o atendimento ao paciente até as decisões institucionais. Os Sistemas de Informação em Saúde devem ser elaborados de forma a poder atender as demandas do ponto de vista técnico, político e social;
- b) As tecnologias de informação e comunicação tem proporcionado um imenso potencial para captar, tratar, armazenar e transmitir dados e informações. Também para os sistemas de informação em Saúde, elas facilitam as tarefas de rotina, assim como subsidiam a tomada de decisão estratégicas da gestão. Além disso, potencializam o uso de dados e informações para a pesquisa;
- c) A informação em Saúde é utilizada como insumo básico para conhecer, planejar, executar e avaliar as organizações atuantes na área sendo, portanto, um recurso estratégico para a gestão institucional. Além disto, subsidia, cada vez mais, as atividades médicas e afins, focadas na figura do paciente;
- d) Na área da Saúde, distinguem-se basicamente dois tipos de informação. A informação clínica que é utilizada pelos profissionais da Saúde para a tomada de decisão no tratamento de seus pacientes. Conforme o caso, esta pode ser aproveitada na investigação especializada e na docência acadêmica, observadas as exigências legais de proteção de dados e informações referentes ao paciente;
- e) Por sua vez, a informação para a gestão, é aquela necessitada e utilizada por administradores e gestores para viabilizar e apoiar suas decisões, nisto não diferindo do uso da informação feito em organizações de outras áreas, embora apresentando aqui as especificidades da área da Saúde;
- f) Quanto às fontes geradoras de informações numa organização de Saúde, elas são produzidas através da observação direta; da comunicação interpessoal e por meio de subsistemas de informação específicos;
- g) Exige-se que os sistemas de informação hospitalar, ao nível de gestão, devam ser capazes de oferecer informações para subsidiar o planejamento, acompanhamento, direcionamento e avaliação da própria administração hospitalar;
- h) O Sistema de Informação Gerencial (SIG) propicia informações administrativas, dados sobre os custos etc. Este tipo de sistema é centrado sobre as atividades realizadas.

- i) Os sistemas de informação hospitalar (SIH), quando bem desenhados, devem oferecer a informação requerida em tempo real, potencializando assim a qualidade do atendimento médico e da tomada de decisão dos gestores da organização hospitalar e favorecer o controle pelas Agencias Reguladoras;
- j) Os objetivos delineados para caracterizar um SIH abrangem todos os níveis da organização na qual está inserido, isto é, o nível estratégico, o tático e o operacional. Quanto mais seus objetivos estiverem em sintonia com o propósito institucional e com suas necessidades informacionais mais relevante será o SIH para a instituição, contribuindo para que a mesma cumpra melhor os seus próprios objetivos;
- k) O processo da gestão da informação propiciada por um SIH deve permitir a articulação das perspectivas e necessidades de informação clínica, de pesquisa e de gestão interna. Deve levar em consideração, também, as crescentes demandas externas econômico-financeiras, a vigilância epidemiológica e sanitária, a avaliação de desempenho sob diferentes perspectivas. Além disto, deve oferecer condições de orientar os investimentos em Informática Médica e promover o desenvolvimento das padronizações e registros necessários. A gestão da informação como processo dinâmico deverá fazer parte da gestão do serviço hospitalar como um todo;
- l) Um SIH necessita de indicadores para recuperar informação. Esses permitem organizar, sintetizar e utilizar informações sobre a realidade das instituições. Essas informações devem fundamentar o planejamento estratégico, direcionar o estabelecimento de metas, permitir o controle e avaliação de desempenho e subsidiar a tomada de decisão das instituições de saúde, inclusive as organizações hospitalares. Estes podem ser tanto qualitativos quanto quantitativos;
- m) Entre as principais características e requisitos dos indicadores, destacam-se algumas, que são: a disponibilidade, a confiabilidade, a validade, o poder discriminatório, a sensibilidade, a abrangência e a simplicidade, isto é, deve ser fácil de coletar, calcular e analisar. Devem ser representativos e adequados para a realidade social, econômica e cultural. É necessário que sejam produzidos com regularidade, visando à formação de séries temporais, permitindo visualizar as tendências no tempo, nos dados e nas informações com potencial para comparações;
- n) Na seleção de indicadores, em primeiro lugar, é necessário considerar os objetivos institucionais, as características e peculiaridades de cada serviço, da assistência e do uso que se fará dos mesmos. Deve-se observar a existência e disponibilidade de dados e recursos alocados para esta atividade; definir com clareza e simplicidade os procedimentos empregados para construir e interpretar os indicadores. A definição e a escolha dos indicadores devem basear-se em consenso entre os profissionais envolvidos;

- o) Indicadores na área da saúde podem incluir os seguintes itens: a) indicadores de estrutura; b) indicadores de processo; c) Indicadores de resultados. No caso de um hospital também voltado para o ensino é necessário incluir indicadores de ensino, pesquisa e extensão.

Quanto aos objetivos específicos, levantados para este estudo, verifica-se que foram cumpridos.

Com relação ao objetivo: “Analisar e caracterizar o contexto, no qual deverá ser inserido o sistema de informação gerencial – o contexto do Hospital de Clínicas da UFPR” identificou-se o histórico e finalidade; recursos humanos; a descrição da atuação na assistência através do Sistema Único de Saúde (SUS); a estrutura e serviços oferecidos; as atividades de ensino na graduação, residência, especialização, mestrado e doutorado; os equipamentos; as fontes de recursos; o processo de acreditação; as premiações e reconhecimento; o modelo organizacional. Foi incluída, ainda, uma análise do entorno externo do hospital, identificando suas forças e fraquezas.

O HC-UFPR é o maior hospital público de ensino Estado do Paraná, funciona 24h ininterruptamente, e pode se dizer que é um hospital de alta complexidade. É um hospital de referência na região Sul do País e tem uma demanda superior à sua capacidade instalada. Por ser um hospital público, o valor dos procedimentos é fixado e ressarcido pelo Governo. Porém, por ser um hospital de ensino, realiza procedimentos independentemente do valor fixado. Dentre os seus problemas mais graves está o financeiro, mas também a falta de pessoal.

Diante deste cenário, presumimos, neste trabalho, que se faz necessário desenvolver um sistema de informação hospitalar que permita, através de indicadores, ter uma visão do hospital como um todo e que inclua, de maneira distinta, as informações sobre a assistência, o ensino, a pesquisa e a extensão como parâmetros para as ações de planejamento. O trabalho confirmou que, atualmente, as informações gerenciais estão dispersas e nem todos os dirigentes fazem uso das mesmas para análise de desempenho e/ou para subsidiar a tomada de decisão.

Com relação ao objetivo de “propor um referencial conceitual que permita oferecer um novo entendimento de como deve ser estruturado um sistema de informação hospitalar no contexto estudado”, este se baseou na revisão de literatura que forneceu os parâmetros iniciais para o processo de identificação dos requisitos necessários para a estruturação de um sistema de informação gerencial para a tomada de decisão em hospitais. A aplicação desses parâmetros, naturalmente, considerou o contexto específico do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná. Resultou numa PROPOSTA DE INDICADORES CAPILARES PARA A ESTRUTURAÇÃO DO SISTEMA DE INFORMAÇÕES GERENCIAIS DO HC-UFPR.

Esta proposta abrangeu tanto informação da área de indicadores hospitalares quanto sobre indicadores da área de ensino e pesquisa, uma vez que o HC-UFPR é também um hospital de ensino.

Já em sua aplicação inicial foi observado que o uso de indicadores, no hospital em estudo, era pontual em algumas áreas, e, de forma geral, que os indicadores não eram utilizados pelos dirigentes para análise de desempenho ou para tomada de decisão, conforme já tinha sido observado na revisão de literatura.

Com a premissa que esta omissão de utilização, talvez, não refletisse as reais necessidades informacionais dos dirigentes do hospital em estudo, partiu-se para o levantamento do próximo objetivo.

Este objetivo sendo o de “Identificar as atuais necessidades informacionais dos tomadores de decisão do Hospital de Clínicas da UFPR”.

Podemos afirmar que este foi alcançado através de entrevistas com Coordenadores, Diretores, Gerentes, Assessores e demais especialistas que atuam no referido hospital ou profissionais de destaque na área do estudo. Houve um acolhimento da proposta de trabalho apresentada e, uma participação efetiva destes profissionais ao longo do desenvolvimento do trabalho. O resultado permitiu um “afinamento” do instrumento de coleta de dados que nos permitiu chegar ao próximo objetivo de cotejar este instrumento com o sistema de informações existente no hospital em estudo.

Utilizando-se do instrumento de coleta de dados foi feito um levantamento dos indicadores utilizados em cada serviço e unidades funcionais do hospital. Portanto, percorreram-se todas as áreas do HC-UFPR. Durante as visitas e entrevistas foi possível analisar a terminologia do indicador viável para aquele serviço, bem como, a manifestação de interesse, por parte de alguns responsáveis pelos serviços por indicadores que constavam no instrumento de coleta de dados, mas, que eles não os utilizavam. Foi possível também identificar durante este processo que alguns serviços trabalham com indicadores independentemente do sistema de informação vigente no HC-UFPR, principalmente, as áreas em que foram implantadas as unidades funcionais. O mapeamento dos indicadores utilizados no HC-UFPR permitiu refinar, ainda mais, o instrumento de coleta de dados.

O material coletado na literatura consultada sobre os indicadores, a identificação das necessidades informacionais dos tomadores de decisão, o mapeamento dos indicadores utilizados no HC-UFPR e as visitas realizadas permitiram aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados, desenvolvendo uma lista de indicadores estratégicos, táticos e operacionais na forma de capilaridade, contemplando as seguintes áreas: recursos humanos, faturamento, assistência, ensino e pesquisa.

Para testar a viabilidade da operacionalização dos indicadores propostos nesta lista, decidiu-se por testá-los no Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO) do HC-UFPR, que devido a sua especificidade, tanto em relação ao tipo de serviço e atendimento prestado quanto aos recursos financeiros recebidos, possui as mesmas características do HC-UFPR.

Com este processo foi possível aperfeiçoar o instrumento de coleta de dados, porém, ficou ainda mais evidente o pressuposto de que o HC-UFPR é um hospital de ensino e de que necessita de informações sobre o ensino e a pesquisa. A identificação da necessidade dessas informações já havia sido manifestada nas entrevistas com os dirigentes, reiterada durante o mapeamento dos indicadores utilizados no hospital e no STMO ficou evidente a necessidade de tais informações.

Os indicadores propostos para o ensino, pesquisa e extensão foram avaliados, melhorados e ampliados através de entrevistas com especialistas que atuam ou já atuaram com indicadores para a área de ensino, pesquisa e extensão. Com isso foi possível adequar a terminologia e aprofundar as especificidades dos indicadores.

Todas as etapas seguidas para o desenvolvimento do instrumento de coleta de dados serviram para aperfeiçoá-lo e para confirmarmos a necessidade e a importância de um sistema de informação hospitalar capaz de atender a demanda da organização, em cada uma de suas especialidades e em todos os níveis gerenciais.

Para alcançar o objetivo de levantar as “melhores práticas” e encontrar o *benchmark* adequado para o cotejamento do instrumento desenvolvido, foram feitas visitas a dois hospitais especializados, localizados em Curitiba. Esses dois estudos de casos foram relevantes para afinar a terminologia do instrumento de coleta de dados e observar a prática de sistemas de informação hospitalar que utilizam efetivamente indicadores. Identificou-se em um dos hospitais visitados, um problema já relatado na literatura consultada, ou seja, os sistemas de informação hospitalar são específicos para cada instituição, e, portanto, coletam os dados de forma distinta, o que prejudica a consolidação de dados sobre a produção ou desempenho entre hospitais.

O segundo hospital visitado confirmou também o que já tínhamos identificado na literatura consultada, a implantação do uso de indicadores é um processo demorado. Por exemplo, os entrevistados destacaram que houve muita dificuldade da alta administração assimilar o processo; a importância de conscientização de todos os envolvidos, desde quem alimenta o sistema até a alta administração. Portanto, é necessário ter um acompanhamento frequente pela equipe que implanta o processo. Os entrevistados deste hospital destacaram que a ausência da academia na instituição em que eles atuam, com certeza foi um elemento facilitador na implantação do processo de uso de indicadores.

Pode-se concluir que apesar destes hospitais serem referência no uso de indicadores, os mesmos possuem características diferentes do HC-UFPR. São hospitais especializados, de porte menor e com natureza distinta do HC-UFPR, que é um hospital público e de ensino. Porém, ambos forneceram subsídios para aprimorar a terminologia dos indicadores e ainda, mostrar a importância do nosso estudo para o Setor da Saúde.

Diante disso, decidiu-se por visitar a Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, que dada as suas características, isto é, ela é formada por um complexo hospitalar com 7 hospitais, sendo 2 gerais e, 5 especializados, que servem como hospitais de ensino da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Este hospital foi considerado

como adequado para realizar um estudo comparativo em relação às melhores práticas, foi utilizado, portanto como *benchmark*. Realizamos junto a ele o cotejamento dos indicadores desenvolvidos por nós, até o momento, em nosso estudo, com os indicadores utilizados pelo sistema deles.

Através das listagens de indicadores fornecidas pela Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foi possível alcançar o seguinte objetivo: “Realizar estudo comparado, cotejando as informações identificadas como as atuais necessidades informacionais dos tomadores de decisão do Hospital de Clínicas da UFPR, os indicadores utilizados no referido hospital, as principais informações fornecidas pelo atual sistema de informação do HC-UFPR com o *benchmark* identificado”.

O estudo comparado dos indicadores utilizados nas duas instituições estudadas, ou seja, no HC-UFPR e na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre permitiu identificar que, o enfoque dos indicadores utilizados e propostos para o HC-UFPR relaciona-se aos aspectos operacionais do hospital, e o enfoque dos indicadores utilizados na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre é, sobretudo, voltado para a mensuração dos aspectos de produtividade e qualidade. O sistema deles, mais amadurecido, refletiu uma preocupação estratégica já bem visível, enquanto que a nossa proposta restringiu-se, nesta fase, a aspectos essenciais de estruturação e funcionamento do sistema.

Com o estudo comparado foi possível ampliar a proposta de indicadores para o HC-UFPR, incluindo os indicadores de rotina, mas, também, os indicadores de qualidade e produtividade da assistência, do ensino, da pesquisa e da extensão oferecidos aos clientes, bem como, os indicadores com relação à satisfação dos clientes internos e externos e outros, que poderão servir para iniciar a proposta de inteligência organizacional. Um tipo de informação com valor agregado para tomada de decisões estratégicas.

Destaca-se que a proposta final dos indicadores para o HC-UFPR (Apêndice 7) foi elaborada fundamentada nas informações coletadas na revisão de literatura, nas informações identificadas através do sistema de informação disponível, na identificação das necessidades dos tomadores de decisão do hospital, bem como, na experiência bem sucedida da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

Observamos durante o nosso estudo as seguintes fraquezas no sistema atual de informações do HC-UFPR:

- Verificou-se que as informações úteis para tomada de decisão no HC-UFPR encontram-se dispersas;
- Observou-se que as informações sobre o ensino, a pesquisa e a extensão até o momento não estão disponíveis para o hospital;
- Observou-se que as informações disponibilizadas, até o momento, não tem nenhuma utilidade para a tomada de decisão.

Defendemos que:

- Além da necessidade de centralização das informações é preciso que as informações sejam **estruturadas** num sistema único para serem úteis à tomada de decisão. Sendo agrupadas em nível estratégico, tático e operacional, embora saibamos que em todos e em cada um dos níveis os gestores poderão encontrar fundamentos para a sua tomada de decisão;

- Para que a informação possa gerar inteligência organizacional é necessário que os tomadores de decisão passem a fundamentar todas as suas decisões a partir de informações coletadas e estruturadas;

- É necessário sensibilizar os tomadores de decisão quanto à importância do uso contínuo das informações estruturadas;

- A implementação de nossa proposta e a prática do uso de informações estruturadas poderão favorecer o avanço no aperfeiçoamento de indicadores que beneficiará o desenvolvimento da inteligência organizacional;

- Não basta só a sensibilização quanto ao uso das informações estruturadas. É necessário que a coleta de dados seja pautada no controle e qualidade dos mesmos. Isto exige um alinhamento estratégico dos dados e informações a serem coletados, bem como, uma infraestrutura tecnológica adequada, incluindo *hardware* e *software*;

- A partir do momento que houver uma proposta institucional do uso da informação para tomada de decisão, alguns aspectos devem ser considerados para, por exemplo, considerar a implantação de um *software* de *Business Intelligence*, com as seguintes características essenciais:

- Controle da qualidade dos dados que devem alimentar o sistema. Exigindo o envolvimento e o comprometimento de todas as áreas do hospital;
- Definição de uma visão clara do propósito institucional, comum a todos para melhorar a tomada de decisão. Visão esta, que deve ser disseminada para todos os envolvidos na coleta de dados do HC-UFPR;
- A clareza e a objetividade da estruturação do sistema podem, e devem, basear-se e adaptar-se, na medida de seu desenvolvimento, com as diretrizes definidas no Planejamento Estratégico do HC-UFPR. Enfatizamos, portanto, que a análise dos dados coletados deve se pautar pelas metas e estratégias institucionais, tornando-as claras e mensuráveis em seus níveis operacional, tático e estratégico, num processo contínuo de alinhamento dos indicadores a novos objetivos e estratégias organizacionais.

Como conclusão final sabemos que a nossa proposta ainda precisa passar pelo crivo da aplicação. Quando isto ocorrer a proposta, necessariamente, será modificada no sentido de seu aperfeiçoamento contínuo e adequação às diretrizes, metas e visão do HC da UFPR. A proposta, se aplicada, poderá colaborar com a área de tecnologia da informação e

comunicação, oferecendo aos gestores a oportunidade de recuperação da informação de acordo com suas necessidades e demandas de informação para a tomada de decisão.

11 PESQUISAS FUTURAS

Como pesquisas futuras sugerimos:

- a) O cotejamento dos indicadores desenvolvidos para o sistema de informações do Hospital de Clínicas da UFPR, com algum dos hospitais de Salamanca, ou da Espanha que tenham características semelhantes, para uma visão mais globalizada do sistema proposto;
- b) O cotejamento dos indicadores desenvolvidos para o sistema de informações do Hospital de Clínicas da UFPR, com os indicadores utilizados pelo SUS. Ambas as instituições poderão contribuir para o aperfeiçoamento do uso de indicadores na forma de capilaridade, uma vez que o HC-UFPR recebe seus pacientes provenientes das Unidades Básicas de Saúde. O resultado do trabalho implantado poderia contribuir para a melhoria da gestão da saúde subsidiando a elaboração e manutenção de estratégias municipais;
- c) Desenvolver um trabalho conjunto com a área de informática do HC-UFPR para auxiliar no planejamento da implantação dos indicadores propostos no sistema de informações hospitalar do HC-UFPR;
- d) Elaborar estudos sobre os indicadores desenvolvidos não só com o Sistema de Saúde Pública Municipal de Curitiba, mas, também, com outros órgãos da esfera estadual e federal;
- e) Verificar o impacto do uso de indicadores desenvolvidos na gestão do HC-UFPR e outras organizações hospitalares;
- f) Identificar a contribuição dos indicadores de pesquisa, ensino e extensão na melhoria das práticas gerenciais e assistenciais do HC-UFPR;
- g) Verificar a possibilidade de apresentar a proposta dos indicadores desenvolvidos, com as devidas adaptações, para os outros hospitais da UFPR.

BIBLIOGRAFIA

AGGELIDIS, V. P.; CHATZOGLU, P. (2012) Hospital information systems: Measuring end user computing satisfaction (EUCS). *Journal of Biomedical Informatics*, v. 45, p. 566–579. Disponível em: www.elsevier.com/locate/yjbin. Acesso em: 10/08/2014.

ALBUQUERQUE, J. P. *et al.* (2011) Ambivalent implications of health care information systems: a study in the Brazilian public health care system. *RAE*, São Paulo, v. 51, n. 1, p. 58-71, jan./fev. Disponível em: http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75902011000100006.pdf. Acesso em: 16 nov. 2015.

AMARAL, M. B. (1998) Na direção de prontuário eletrônico de pacientes do HCFM da USP. In: FÓRUM NACIONAL DE CIÊNCIA E TECNOLOGIA EM SAÚDE, 1998, Curitiba. *Anais...* Curitiba, Fórum Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

AMARASINGHAM, R. *et al.* (2008) Hospital characteristics associated with highly automated and usable clinical information systems in Texas, United States. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 8, p. 39-50. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6947/8/39>. Acesso em: 11/08/2014

ANDREU MARTÍNEZ, F.J.; MARTÍNEZ MATEU, J.M. (2006) Importancia de los sistemas de información en la gestión clínica de los servicios. *Todo Hospital*, n. 225, p. 173-178.

ANEMA, H. A. *et al.* (2013) Influences of hospital information systems, indicator data collection and computation on reported Dutch hospital performance indicator scores. *BMC Health Services Research*, v. 13, p. 212-221. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/212>. Acesso em: 11/09/2014.

ARABCHADEGANI, R. (2013) Increasing quality of hospital procedures by using Hospital Information System (HIS). *Adv. Environ. Biol.*, v. 7, n. 8, p. 1466-1472.

AROUCK, O. (2011) *Atributos de qualidade de informação*. 117 f. Dissertação (Mestrado) Faculdade de Ciência da Informação. Universidade de Brasília. Brasília.

AZEVEDO, A. C. (1991) Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 64-71.

BALLONI, A. J. (2013) *Avaliação da gestão em sistemas e tecnologias de informação em hospitais*. Campinas: GESITI/Hospitalar. Disponível em: http://www.cti.gov.br/images/stories/cti/atuacao/dtsd/gesiti/hospitals_GESITI_Projeto.pdf. Acesso em: 08/09/2014.

BARBOSA, G. C. *et al.* (2011) Análise dos indicadores de gestão das IFES e o desempenho discente no ENADE. *Avaliação*, Campinas; Sorocaba, v. 16, n. 2, p. 317-344, jul.. Disponível em: <http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php?journal=avaliacao&page=article&op=view&path%5B%5D=894&path%5B%5D=892>. Acesso em: 10/10/2014.

BARROS, J. V. (2008) *Sistemas de informação e avaliação de desempenho hospitalar: a integração e interoperabilidade entre fontes de dados hospitalares*. São Paulo. 88 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAUDE - BVS. (2013) *Descritores em Ciências da Saúde*. São Paulo: Bireme. Disponível em: <decs.bvs/P/DeCS2013_alfab-I.htm>. Acesso em: 12/03/2014.

BIGATON, A. L. W. *et al.* (2004) Administração da informação: um ensaio sobre a gestão estratégica da informação na pequena empresa. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 11, 2004, Bauru. *Anais...* Bauru, UNESP. Disponível em: <http://www.prod.eesc.usp.br/producao/geope/publicaciones/pub_congressos.htm>. Acesso em: 23/01/2014.

BITTAR, O. J. N. V. (2004) Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. Parte II. *Revista de Administração em Saúde*, v. 6, n. 22, p. 15-18, jan./mar.

BITTAR, O. J. N. V. (2008) Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde*, v. 10, n. 40, p. 87-93, jul./set.

BITTAR, O. J. N. V.; MAGALHÃES, A. (2008) Hospitais de ensino: informações para monitoramento. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 10, n. 38, p. 12-20, jan./mar.

BITTENCOURT, S. A. *et al.* (2006) O sistema de informação hospitalar e sua aplicação na saúde coletiva. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 19-30, jan.

BONFIN, D. F. *et al.* (2013) Aceitação e resistência ao processo de acreditação hospitalar sob a perspectiva dos profissionais que atuam em instituições hospitalares. *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 116-133.

BORBA, G. S. *et al.* (2003) Saúde integrada? Um estudo exploratório sobre o uso de sistemas integrados de gestão (ERP) nos hospitais gaúchos. In: ENCONTRO NACIONAL DA ASSOCIAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 27, Atibaia, 2003. *Anais...* Atibaia, ANPAD. Disponível em <http://www.anpad.org.br/diversos/trabalhos/EnANPAD/enanpad_2003/ADI/2003_ADI1772.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2015.

BRASIL. (1996) Decreto n. 2.026, de 10 de outubro de 1996. Estabelece procedimentos para o processo de avaliação dos cursos e instituições de ensino superior. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, 11 out. Seção I. Disponível em: <http://planalto.gov.br>. Acesso em: 15/03/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portal da Saúde SUS*. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=06>>. Acesso em 16 de nov. 2015.

BRASIL. (2009) Ministério da Saúde. *Sistema de planejamento do SUS (PlanejaSUS): uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização*. Brasília.

BUNEMAN, P. *et al.* (2000) Data provenance: some basic issues. In: CONFERENCE ON FOUNDATIONS OF SOFTWARE TECHNOLOGY AND THEORETICAL COMPUTER SCIENCE, 20., 2000, New Delhi. *Proceedings...* New Delhi: FST TCS.

CALAZANS, A. T. S. (2008) Qualidade da informação: conceitos e aplicações. *Transinformação*, v. 20, n. 1, p. 29-45, jan./abr.

CARRENO, I. *et al.* (2015) Análise da utilização das informações do Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB): uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 3, p.

947-956. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00947.pdf>>. Acesso em 17 nov. 2015.

CARVALHO, R. B. *et al.* (2008) Avaliação da implantação de ERP: estudo de caso de um hospital de grande porte. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PROFESSORES EM ADMINISTRAÇÃO, 32, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: ANPAD, 2008. Disponível em: <www.anpad.org.br/admin/pdf/ADI-A2807.pdf>. Acesso em: 21 nov. 2015.

CAVALINI, L. T. *et al.* (2013) Tecnologias XML para a interoperabilidade semântica em saúde: referencial teórico e implementação. *J. Bras. Tele*, v. 2, n. 4, p. 117-130.

CHEN, R. F, HSIAO, J. L. (2012) An empirical study of physicians' acceptance of Hospital Information Systems in Taiwan. *Telemedicine and e-Health*, v. 18, n. 2, p. 210- 215, Mar. Disponível em: <10.1089/tmj.2011.0081>. Acesso em: 10/08/2014.

CHOO, C. W. (2003) *A organização do conhecimento: como as organizações usam a informação para criar significado, construir conhecimento e tomar decisões*. São Paulo: SENAC.

CHUANG, S. *et al.* (2013) Using clinical indicators to facilitate quality improvement via the accreditation process: an adaptive study into the control relationship. *International Journal for Quality in Health Care*; v. 25, n. 3, p. 277–283. Disponível em: 10.1093/intqhc/mzt023. Acesso em: 11/09/2014.

COHN, A. *et al.* (2005) Informação e decisão política em saúde. *Revista de Saúde Pública*, v. 39, n. 1, p. 114-121.

COSTA, E. M. *et al.* (2012) Eficiência e desempenho no ensino superior: uma análise da fronteira de produção educacional das IFES brasileiras. *Rev. Econ. Contemp.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 415-440, set./dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rec/v16n3/a03v16n3.pdf>. Acesso em: 10/10/2014.

CUNHA, M. I. (2014) A qualidade e ensino de graduação e o complexo exercício de propor indicadores: é possível obter avanços? *Avaliação*, Campinas; Sorocaba, v. 19, n. 2, p. 453-462, jul. Disponível em: <<http://periodicos.uniso.br/ojs/index.php?journal=avaliacao&page=article&op=view&path%5B%5D=1945&path%5B%5D=1736>>. Acesso em: 10/10/2014.

DANIEL, V. M. *et al.* (2014) Perspectiva institucional dos sistemas de informação em saúde em dois estados brasileiros. *RAC*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 650-669, set./out. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982-7849rac20141709>>. Acesso em 17 nov. 2015.

DAVENPORT, T. ; PRUSAK, L. (2008) *Ecologia da informação: por que só a tecnologia não basta para o sucesso na era da informação*. São Paulo: Futura.

DE JESUS, M. C. P. *et al.* (2012) Atualização dos dados nos sistemas de informação. *Rev. Enf. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. esp. 2, p. 795-801, dez. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20nesp2/v20e2a17.pdf>>. Acesso em 17 nov. 2015.

DEMING, E. (1990) *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro: Saraiva.

DE SORDI, J. O. (2008) *Administração da informação: fundamentos e práticas para uma nova gestão do conhecimento*. São Paulo: Saraiva.

- DE SORDI, J. O.; MEIRELES, M. (2010) *Administração de sistemas de informação: uma abordagem interativa*. São Paulo: Saraiva.
- DIAS, C. L. *et al.* (2006) Políticas para avaliação da qualidade do ensino superior no Brasil: um balanço crítico. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 32, n. 3, p. 435-464, set./dez.
- ELIAS, F. S.; SOUZA, L. (2006) Indicadores para monitoramento de pesquisa em saúde no Brasil. *Ci. Inf.*, Brasília, v. 35, n. 3, p. 218-226, set./dez.
- EMBIRUÇU, M. *et al.* (2010) Um indicador para a avaliação do desempenho docente em Instituições de Ensino Superior. *Ensaio: Aval. Pol. Públ. Educ.*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 69, p. 795-820, out./dez. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ensaio/v18n69/v18n69a08.pdf>. Acesso em: 10/10/2014.
- ESCRIVÃO JR., A. (2007) Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 3, p. 655-666.
- FACCHINI, L. A. *et al.* (2005) Sistema de informação em saúde do trabalhador: desafios e perspectivas para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 4, p. 857-867.
- FELISBINO, G. A. (2008) *Sistemas de informação e suas interferências na gestão do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná e na saúde pública de Curitiba*. Curitiba. 90 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Urbana) – Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.
- FERNANDES, A. (2008) Metodologia de avaliação da eficácia organizacional para o ensino superior. *Rev. Portuguesa e Brasileira de Gestão*, Lisboa, v. 7, n. 1, p. 77-87, jan./mar. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpbg/v7n1/v7n1a09.pdf>. Acesso em: 10/10/2014.
- FERNÁNDEZ I GALLEGU, A. (2007) Hacia La gestión eficiente en atención sanitaria. *Todo Hospital*, n. 238, p. 460-465, jul./ago.
- FINANCIADORA DE ESTUDOS E PROJETOS – FINEP. (2002) *Termos e conceitos*. Rio de Janeiro: Disponível em: <http://www.finep.gov.br/o_que_e_a_finep/conceitos_ct.asp#indiceI>. Acesso em: 22/09/2013.
- FORNAZIN, M.; JOIA, L. A. (2015) Articulando perspectivas teóricas para analisar a informática em saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 46-60. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902015000100004>>. Acesso em 17 nov. 2015.
- FORNAZIN, M.; JOIA, L. A. (2015) Remontando a rede de atores na implantação de um sistema de informação em saúde. *RAE*, São Paulo, v. 55, n. 5, p. 527-538, set./out. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020150505>>. Acesso em: 17 nov. 2015.
- FREITAS, F. P.; PINTO, I. C. (2005) Percepção da equipe de saúde da família sobre a utilização do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 13, n. 4, p. 547-554, jul./ago.
- FUMAGALLI, L. A. W. *et al.* (2011) O impacto da tecnologia da informação na gestão hospitalar: o caso do Hospital Santa Cruz revisitado. *Perspect. Gestão & Conhecimento*, João

Pessoa, v. 1, n. 2, p. 209-231, jul./dez. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>>. Acesso em: 02/08/2014.

GERSCHMAN, S.; BORGES, A. (2004) As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil - arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.795-806.

GIL, A. L. (1992) *Qualidade total nas organizações*: indicadores de qualidade, gestão econômica da qualidade, sistemas especialistas de qualidade. São Paulo: Atlas.

GÓES, W. M. (2007) *Análise dos sistemas de informação do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto*: rumo ao sistema de informação gerencial. Ribeirão Preto. 134 f. Dissertação (Mestrado em Saúde na Comunidade) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

GONTIJO, E. D. *et al.* (2011) Cursos de graduação em Medicina: uma análise a partir do Sinaes. *Rev. Bras. Educ. Méd.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 209-218, abr./jun. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022011000200010>>. Acesso em: 10/10/2014.

HAWKINS, D.T. (2001) Information science: abstracts: tracking the literature of Information Science. Part 1: Definition and Map. *Journal of the American Society for Information Science and Technology*, v.52, n.1, p. 44-53.

HOUAISS, A. (2001) *Dicionário Houaiss da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Objetiva.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA - IPEA. Programa Brasileiro da Qualidade e Produtividade. (1991) Critérios para geração de indicadores da qualidade e produtividade no serviço público. Brasília: IPEA. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11058/1701>>. Acesso em: 18/01/2014

JEDDI, F. R. *et al.* (2014) Conceptual model of clinical governance information system for statistical indicators by using UML in two sample hospitals. *Acta Inform. Med.*, v. 22, n. 2, p. 98-102, Apr. Disponível em: <10.5455/aim.2014.22.98-102>. Acesso em: 11/09/2014.

JENSEN, T. B. (2013) Design principles for achieving integrated healthcare information systems. *Health Informatics Journal*, v. 19, n. 1, p. 29-45. Disponível em: <http://jhi.sagepub.com/content/19/1/29>. Acesso em: 28/08/2014.

JURAN, J. M. (1990) *Juran planejando para a qualidade*. São Paulo: Pioneira.

KAPLAN, R.; NORTON, D.P. (1993) Putting the Balanced Scorecard to work. *Harvard Business Review*, p.131-147, Sept./Oct.

KHAN, N. N. (2010) Hospital Information Systems: an aid to decision making. In: INTERNATIONAL CONFERENCE ON [EMERGING TRENDS IN ENGINEERING AND TECHNOLOGY, 3rd, 2010, Goa](#). *Anais... Goa: IEEE*. p. 657-663. Disponível em: <10.1109/ICETET.2010.13>. Acesso em: 20/08/2014.

KHOUALDI, K., MANDURAH, S. (2014) Implementation of a healthcare information system: key performance indicators in King Abdulaziz University Hospital. *International Journal of Modern Business Issues of Global Market (IJMBIGM)*, v. 2, n. 1, p. 22-31, Jan.

KLIGERMAN, D. C. *et al.* (2007) Sistemas de indicadores de saúde e ambiente em instituições de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 1, p. 199-211.

KLÜCK, M. *et al.* (2008) A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *Revista de Administração em Saúde*, v. 10, n. 40, p. 97-102, jul./set.

KORPELA, M. *et al.* (2013) How to co-develop services, work, and information systems in healthcare: the Daisy approach. In: BEUSCART-ZÉPHIR, M. C. *et al.* (Eds.) *Context sensitive health informatics: human and sociotechnical approaches*. Amsterdam: IOS Press. Disponível em <10.3233/978-1-61499-293-6-126>. Acesso em 16 nov. 2015.

KUO, C. H.; YEN, M. (2006) Cross-mapping ICNP terms with Taiwanese gynecological nursing records. *Journal of Nursing Research*, v. 14, n. 4, p. 271-278.

LAGUARDIA, J. *et al.* (2004) Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN): desafios no desenvolvimento de um sistema de informação em saúde. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 13, n. 3, p. 135-147.

LAUDON, K. C., LAUDON, J. P. (1999) *Sistemas de informação*. 4. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1999.

LAUDON, K. C.; LAUDON, J. P. (2010) *Sistemas de informação gerenciais*. 9. ed. São Paulo: Pearson.

LAVERDE, L. A. *et al.* (2004) Revisión del sistema de información para los programas de vigilancia del maltrato al menor: ¿problema de gestión o de tecnología? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, v. 22, n. 1, p. 129-138, ene./jun.

LEVIN, J., SANTOS, S.R.R. (Rel.) (2006) *Pacto pela democratização e qualidade da informação e informática em saúde: relatório final da oficina de trabalho*. Rio de Janeiro: ABRASCO/GTIIS. Disponível em: <http://www.abrasco.org>. Acesso em: 02/05/2008.

LIMA, C. R. A. *et al.* (2009) Revisão das dimensões de qualidade dos dados e métodos aplicados na avaliação dos sistemas de informação em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, p. 2095-2109, out.

LINS, M. E. *et al.* (2007) O uso da análise envoltória de dados (DEA) para avaliação de hospitais universitários brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n.4, p. 985-998.

LIUM, J. T. *et al.* (2008) No paper, but the same routines: a qualitative exploration of experiences in two Norwegian hospitals deprived of paper based medical record. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, v. 8, n. 2, p. 1-12.

LOZANO RUBÍ, R. (2006) ¿Cómo cuidamos La información en los hospitales? *Todo Hospital*, n. 228, p. 384-90.

MALIK, A. M. (1996) Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. *Cadernos Fundap*, n. 19, p. 7-24.

MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. (2002) *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo: IDS.

MARIJUAN, P.C. (1996) First conference on foundations of Information Science; from computers and quantum physics to cells, nervous systems, and societies. *Bio Systems*, v.38, p.87-96.

- MARQUES, M. C. C. (2008) Novos desafios na gestão universitária em Portugal: o papel da contabilidade analítica. *Economia Global e Gestão*, Lisboa, v. 13, n. 3, p. 119-136. Disponível em: <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/egg/v13n3/v13n3a06.pdf>>. Acesso em: 10/10/2014.
- MARQUES, R. M., MENDES, A. (2005) Os dilemas do financiamento do SUS no interior da seguridade social. *Economia e Sociedade*, Campinas, v. 14, n. 1, p. 159-175.
- MARTÍNEZ SERRANO, C. (2007) Sistemas de información radiológica. *Todo Hospital*, n. 237, p. 400-9.
- MARTINS, M. *et al.* (2001) Sistema de informações hospitalares como ajuste de risco em índices de desempenho. *Revista de Saúde Pública*, v. 35, n. 2, p. 185-192.
- MATEU-SBERT, J., VOCÉNS-GÓMEZ, J. M. (2013) Evolución de la productividad del sistema hospitalario en España antes y después de la culminación de las transferencias de competencias: una aproximación. *Medicina Balear*, v. 28, n. 2, p. 21-27. Disponível em: <10.3306/MEDICINABALEAR.28.01.21>. Acesso em: 19/08/2014.
- MEDEIROS, K. R. *et al.* (2005) O sistema de informação em saúde como instrumento da política de recursos humanos: um mecanismo importante na detecção das necessidades da força de trabalho para o SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 10, n. 2, p. 433-440.
- MELAS, C. D. *et al.* (2011) Modeling the acceptance of clinical information systems among hospital medical staff: an extended TAM model. *Journal of Biomedical Informatics*, v. 44, n. 4, p. 553-564. Disponível em: <www.elsevier.com/locate/yjbin>. Acesso em 10/08/2014.
- MENDES, E. V. (2001) *Os grandes dilemas do SUS*. Salvador: Casa da Qualidade Ed.
- MEZOMO, J. C. (2001) *Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos*. Barueri: Manole.
- MIGUEZ, V.; VIÑALS, S. (2007) Seguridad en los sistemas de información en salud. *Todo Hospital*, n. 238, p. 439-445.
- MINVIELLE, E. *et al.* (2010) Suitability of three indicators measuring the quality of coordination within hospitals. *BMC Health Services Research*, v. 10, p. 93-99. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/10/93>. Acesso em: 11/09/2014.
- MISHIMA, S. M. *et al.* (1996) O sistema de informações no processo gerencial dos serviços de saúde: algumas reflexões. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 4, n. especial, p. 83-89, abr.
- MODAI, I. *et al.* (2002) A computerized patient information system in a psychiatric hospital. *Psychiatric Services*, v. 53, n. 4, p. 476-478, Apr.
- MORAES, I. H. S., SANTOS, S. R. F. R. (2001) Informações para gestão do SUS: necessidades e perspectivas. *Informe Epidemiológico do SUS*, v. 10, n. 1, p. 49-56, jan./mar.
- MORESI, E. A. D. (2001) Gestão da informação e do conhecimento. In: TARAPANOFF, K. (Org.) *Inteligência organizacional e competitiva*. Brasília: UNB.
- MORILLO, J. (2007) Historia clínica electrónica como elemento central en las soluciones de TI en la salud. *Todo Hospital*, n. 238, p. 450-454.

- MUSSI, C. C. *et al.* (2014) Avaliação de sistemas de informação em hospitais do Estado de Santa Catarina – Brasil: uma abordagem sociotécnica. *Perspectivas em Gestão & Conhecimento*, João Pessoa, v. 4, n. 1, p. 179-203, jan./jun. Disponível em: <http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>. Acesso em: 08/09/2014.
- NAHN, E. S. *et al.* (2007) Outcomes assessment of clinical information system implementation: a practical guide. *Nursing Outlook*, v. 55, n. 6, p. 282-288.
- NARANJO GIL, D. (2005) Un estudio exploratorio del uso estratégico del sistema de información y control de gestión en los hospitales públicos españoles. *Revista Iberoamericana de Contabilidad de Gestión*, v.3, n.5, p. 1-14, ene./junio.
- NEBOT-MARZAL, C. M. *et al.* (2014) Conjunto de indicadores de calidad y seguridad para hospitaes de la Agencia Valenciana de Salud. *Rev. Calidad Asist.*, v. 29, n. 1, p. 29-35. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2013.08.003>. Acesso em: 19/08/2014.
- NOGUEIRA, L. C. L. (2003) *Gerenciando pela qualidade total na saúde*. Belo Horizonte: IDG.
- NORONHA, J. C. *et al.* (2008) O Sistema Único de Saúde – SUS. In: GIOVANELL, L. *et al.* *Políticas e sistema de saúde no Brasil*. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.
- NORONHA, M. F. *et al.* (2004) Potenciais usos dos AP-DGR\$ para discriminar o perfil da assistência de unidades hospitalares. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. s242-s255.
- NUTINI, M. A. (2015) *Transformando o sistema de indicadores: avaliação do desempenho global sob a ótica do MEG*. São Paulo: FNQ.
- OLIVEIRA, D. P. R. (2004) *Sistemas de informações gerenciais: estratégicas, táticas, operacionais*. 9. ed. São Paulo: Atlas.
- ONA. (2006) *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde*. Brasília: Organização Nacional de Acreditação. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação).
- ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (2004) Sistemas de informação. In.: OPAS. *A transformação da gestão de hospitais na América Latina e Caribe*. Brasília: OPAS/OMS, p. 319-345.
- ORGANIZAÇÃO PARA A COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO – OCDE. (s.d.) *Glossário de conceitos de avaliação e gestão*. Disponível em: <www.ccas.min_financas.pt/documentação/glossario_seav.pdf>. Acesso em: 15/08/2013.
- PAIM, I. *et al.* (1996) Problematização do conceito “qualidade” da informação. *Perspectivas em Ciência da Informação*, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 111-119, jan./jun. Disponível em: <<http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/pci/article/view/8/27>> Acesso em: 02.11.2015
- PALADINI, E. P. (2002) *Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços*. São Paulo: Atlas.
- PETERLINI, O., ZAGONEL, I.P.S. (2006) O sistema de informação utilizado pelo enfermeiro no gerenciamento do processo de cuidar. *Texto e Contexto Enfermagem*, v. 15, n.3, p. 418-426, jul./set.

- PINTO, I. C. *et al.* (2004) Possibilidades de tomada de decisão a partir do sistema de informações de nascidos vivos. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 17, n. 3, p. 262-267, jul./set.
- PIRES, D. F., RUIZ, E. E. S. (2010) Interoperabilidade terminológica em sistemas de informação em saúde: problemas e soluções com a UMLS. *J. Health Inform.*, v. 2, n. 2, p. 34-43, abr./jun.
- PORTAL SIPAGEH (2006) Disponível em: <<http://www.projeto.unisinos.br/sipageh>>. Acesso em: 24.02.2014.
- PORTER, M. E. (1999) *A vantagem competitiva das nações*. 5.ed. Rio de Janeiro: Campus.
- PRADOS DE REYES, M., PEÑA YÁÑEZ, M. C. (2002) *Sistemas de información hospitalarios: organización y gestión de proyectos*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- PRADOS DE REYES, M., PEÑA YÁÑEZ, M. C. (2004) *Tecnologías de la información en la gestión del conocimiento en a el ámbito hospitalario*. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública.
- RAINER JR., R. K.; CEGIELSKI, C. G. (2011) *Introdução a sistemas de informação: apoiando e transformando negócios na era da mobilidade*. 3. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- RATH, S. *et al.* (1999) Integration of generic indicators for quality management in hospital information systems. *International Journal of Medical Informatics*, v. 55, p. 179-188.
- REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÃO PARA A SAÚDE (2008) *Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações*. 2.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- REIS, I. N. C., VIANNA, M. B. (2004) Proposta e análise de indicadores para reorientação do serviço na promoção da saúde: um estudo de caso no Centro de Saúde Escola Germano Sinval Faria. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 697-709.
- REZENDE, D. A. (2006) Sistemas de conhecimento e as relações com a gestão do conhecimento e a inteligência organizacional nas empresas privadas e nas organizações públicas. In: TARAPANOFF, K. *Inteligência, Informação e Conhecimento*. Brasília: IBICT: UNESCO. p. 257-276
- REZENDE, D. A.; ABREU, A. F. (2013) *Tecnologia da informação aplicada a sistemas de informação empresariais: o papel estratégico da informação e dos sistemas de informação na empresa*. 9. ed. São Paulo; Atlas.
- RIBEIRO, V. M. *et al.* (2005) Indicadores de qualidade para a mobilização da escola. *Cadernos de Pesquisa*, v. 35, n. 124, p. 227-251, jan./abr.
- RIVARD, P. E. *et al.* (2010) Testing the association between patient safety indicators and hospital structural characteristics in VA and nonfederal hospitals. *Med Care Res Rev.*, v. 67, n. 3, p. 321-341, May. Disponível em: <[10.1177/1077558709347378](http://dx.doi.org/10.1177/1077558709347378)>. Acesso em: 12/09/2014.
- ROTTA, C. S. G. (2004) *Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial*. São Paulo. 143 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São.

- ROUSSEAU, R. (1998) Indicadores bibliométricos e econométricos para a avaliação de instituições científicas. *Ciência da Informação*, Brasília, v. 27, n. 2, p. 149-158, maio/ago.
- ROZADOS, H. B. F. (2005) Uso de indicadores na gestão de recursos de informação. *Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação*, Campinas, v. 3, n. 1, p. 60-76, jul./dez..
- SABOOR, S., AMMENWERTH, E. (2009) Categorizing Communication Errors in Integrated Hospital Information Systems. *Methods Inf. Med.*; v. 48, n. 2, p. 203–210. Disponível em: <www.methods-online.com>. Acesso em 10/08/2014.
- SÁNCHEZ CARAZO, C., SÁNCHEZ CARAZO, J. (1999) *Protección de datos de carácter personal relativos a la salud*. Madrid: Agencia de Protección de Datos.
- SÁNCHEZ ROS, N., REIGOSA GAGO, L. F. (2006) Selene. Informatización de la historia clínica electrónica: implicación sobre el proceso de enfermería. *Enfermería Global*, n. 8, p. 1-10, Mayo. Disponível em: <<http://www.um.es/eglobal/8/08d03.html>>. Acesso em: 20/05/2008.
- SANTOS, S. R., NÓBREGA, M. M. L. (2002) Metodologias para desenvolvimento de sistemas de informação em enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 55, n. 6, p. 680-684.
- SCHOUT, D., NOVAES, H.M.D. (2007) Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 12, n. 4, p. 935-944.
- SEIFFERT, L. S. (2011) *Modelo de consultoria interna para o preparo de unidades Hospitalares para a certificação de acreditação*. 128 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Setor de Ciência da Saúde, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- SEPÚLVEDA, R. (2006) Reflexiones sobre la reforma psiquiátrica chilena y la necesidad de un sistema de información pertinente. *Psiquiatria y Salud Mental*, v. 23, n. 1-2, p. 75-78.
- SILVA, J. P. L. *et al.* (2006) Revisão sistemática sobre encadeamento ou *linkage* de base de dados secundários para uso em pesquisa em saúde no Brasil. *Cadernos Saúde Coletiva*, v. 14, n. 2, p. 197-224.
- SILVA, A. S., LAPREGA, M. R. (2005) Avaliação crítica do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e de sua implantação na região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 21, n. 6, p. 1821-1828, nov./dez.
- SOUZA, A. T. (2011) *Práticas gerenciais para hospital público universitário com base nos critérios de excelência na Fundação Nacional da Qualidade*. Santa Maria. 135 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Centro de Tecnologia, Universidade Federal de Santa Maria.
- SPINK, P. (2001) *Avaliação democrática: propostas e práticas*. Rio de Janeiro: ABIA.
- STAIR, R. M.; REYNOLDS, G. W. (2012) *Princípios de sistemas de informação*. São Paulo: Cengage Learning.
- STAUSBERG, J. *et al.* (2011) Concordance and robustness of quality indicator sets for hospitals: an analysis of routine data. *BMC Health Services Research*, v. 11, p. 106-114. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/11/106>. Acesso em: 11/09/2014.

- TARAPANOFF, K. (2004) Inteligência social e competitiva/*Social intelligence and competitive intelligence*. *Enc. Bibli. R. Eletr. Bibliotecon. Ci. Inf.*, Florianópolis, v. 9, (n. esp.), p. 11-26, 1º. sem.
- TARAPANOFF, K. (2006) Informação, conhecimento e inteligência em corporações: relações e complementaridade. In: _____. *Inteligência, informação e conhecimento*. Brasília: IBICT. p. 19-35.
- TARAPANOFF, k. (Org.) (2015) *Análise da informação para tomada de decisão; desafios e soluções*. Curitiba: Intersaberes.
- TEIXEIRA FILHO, J. (1999) Transformando dados corporativos em inteligência competitiva. *Informal Insight [on line]*. Disponível em: <http://www.crdshop.com.br/files/artigo131.pdf>. Acesso em: 06.11.2015
- TEJERO GONZÁLEZ, J. M. *et al.* (2011) Validez y fiabilidad de un indicador sintético de calidad de la atención hospitalaria. *Rev. Calidad Asit.*, v. 26, n. 4, p. 234-241. Disponível em: <http://zi.elsevier.es>. Acesso em: 19/8/2014.
- TEMES MONTES, J. L. *et al.* (1997) *Manual de gestión hospitalaria*. 2.ed. Madrid: Mcgraw-Hill-Interamericana.
- TIMMONS, S. (2003) Resistance to computerized care planning systems by qualified nurses working in the UK NHS. *Methods of Information in Medicine*, v. 42, n. 4, p. 471-476.
- TORRES, D. F. M., SIMÕES, H. C. (2009) Indicadores de qualidade e o processo decisório nos hospitais universitários do Rio de Janeiro. *Revista de Administração em Saúde*, v. 11, n. 42, p. 16-22, jan./mar.
- TURBAN, E. *et al.* (2007) *Introdução a sistemas de informação*. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier.
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Hospital de Clínicas. (s. d.) *Planejamento estratégico do Hospital de Clínicas da UFPR: 2007-2011*. Curitiba. 24 p.
- VAN DISHOECK, A. M. *et al.* (2011) Random variation and rankability of hospitals using outcome indicators. *BMJ Qual. Saf.* v. 20, p. 869-874. Disponível em: 10.1136/bmjqs.2010.048058. Acesso em: 11/09/2014.
- VIACAVA, F. *et al.* (2004) Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 9, n. 3, p. 711-724.
- WAND, Y.; WANG, R. (1996) Data quality dimensions in ontological foundations. *Communications of the ACM*, v. 39, n. 11, p.86-95, Nov.
- WEISS, A., DOWNAR, J. (2013) Ontario hospitals are not using palliative care performance indicators in their balanced scorecards. *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 46, n. 2, p. e1-e5, Aug. Disponível em: <[http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(13\)00191-7/fulltext](http://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(13)00191-7/fulltext)>. Acesso em: 12/09/2014.

APÊNDICES E ANEXO

APÊNDICE 1 – INDICADORES GERENCIAIS DE QUALIDADE E QUANTIDADE EM SAÚDE.....	273
APÊNDICE 2A – INDICADORES ESTRATÉGICOS DE QUALIDADE E QUANTIDADE EM SAÚDE.....	287
APÊNDICE 2B – INDICADORES TÁTICOS DE QUALIDADE E QUANTIDADE EM SAÚDE	290
APÊNDICE 2C – INDICADORES OPERACIONAIS DE QUANTIDADE EM SAÚDE	300
APÊNDICE 3 – IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DO HC-UFPR.....	304
APÊNDICE 4 – INDICADORES ESTRATÉGICOS, TÁTICOS E OPERACIONAIS NA FORMA DE CAPILARIDADE.....	315
APÊNDICE 5 – SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (STMO-HC-UFPR).....	327
APÊNDICE 6 – INDICADORES DO STMO-HC-UFPR NA FORMA DE CAPILARIDADE.....	330
APÊNDICE 7 – INDICADORES PARA O HC-UFPR (PRODUTO FINAL).....	342
ANEXO 1 – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HC-UFPR 2007 2011	370

APÊNDICE 1 – INDICADORES GERENCIAIS DE QUALIDADE E QUANTIDADE EM SAÚDE

Indicadores de Análise (Coletados na Literatura)	
1) INDICADORES EXTERNOS OU DE MEIO AMBIENTE	
1.1 Indicadores de saúde da comunidade	
- Taxa de incidência	
- Taxa de prevalência	
- Taxa de letalidade	
- Taxa de mortalidade geral	
- Taxa de mortalidade infantil	
- Taxa de mortalidade infantil tardia	
- Taxa de mortalidade neonatal precoce	
- Taxa de mortalidade materna	
- Taxa de natimortalidade	
- Taxa de mortalidade por causa específica	
1.2 Indicadores econômicos e de políticas	
1.3 Indicadores demográficos e geográficos	
1.4 Indicadores epidemiológicos	
1.5 Indicadores educacionais, psicossociais, culturais	
1.6 Indicadores tecnológicos	
2) INDICADORES HOSPITALARES AMBIENTE INTERNO	
2.1 Recursos componentes da estrutura	
- Recursos humanos	
- Médicos	
- enfermeiros	
- pessoal de apoio	
- Recursos financeiros	

- Recursos de informações	
- Recursos empregados em serviços terceirizados e quarterizados	
- Recursos materiais (permanente)	
- edificações	
- mobiliários	
- equipamentos	
- instrumentais	
- utensílios	
- veículos	
- Recursos materiais (consumo)	
- medicamentos	
- limpeza	
- manutenção	
- gases medicinais	
1. oxigênio	
2. protóxido	
3. ar comprimido	
4. óxido de etileno	
- combustíveis	
1. gasolina	
2. diesel	
3. óleo	
- roupas	
- escritório	
- informática	
- impressos	

- gêneros alimentícios	
- Recursos de utilidade pública	
- energia	
1. elétrica	
2. solar	
3. gás	
4. outras	
- água/esgoto	
- comunicação	
1. telefone	
2. internet	
3. intranet	
4. correio	
3) INDICADORES DE ESTRUTURA	
- Capacidade planejada (leitos e camas)	
- Capacidade operacional (leitos e camas)	
- Capacidade ociosa	
- Número de consultórios	
- Número de salas cirúrgicas	
- Consultas/consultório/dia	
- Cirurgias/sala cirúrgica/dia	
- Exames/equipamento/dia	
- K1 roupa lavada/máquina dia	
4) INDICADORES DE PRODUÇÃO	
- Número de atendimentos	
- Número de atendimento emergenciais	

- Número de internações	
- Número de consultas de primeira vez	
- Número de reconsultas por pacientes	
- Lista de espera e tempo de espera	
- Pacientes-dias	
- Percentual de ocupação em função da capacidade instalada	
- Número de cirurgias e partos	
- Rendimento/concentração	
- Taxa de utilização do centro cirúrgico	
- Número de procedimentos de investigação diagnóstica	
5) INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	
- Índice de produção por funcionário da área/subárea	
- Índice de renovação ou giro de rotatividade	
- Índice intervalo de substituição	
- Média de permanência	
- Funcionários/Leitos e camas	
6) INDICADORES ECONOMICO-FINANCEIROS	
6.1 Indicadores de liquidez	
- Índice de liquidez imediata	
- Índice de liquidez corrente	
- Índice de liquidez seco	
- Índice de liquidez global	
6.2 Indicadores de atividade	
- Período médio de cobrança	

- Prazo médio de pagamento	
- Posição relativa	
- Rotação de estoques	
- Período médio de estocagem	
6.3 Indicadores de rentabilidade	
- Margem operacional	
- Giro do ativo	
- Retorno sobre o total do ativo ou investimento	
- Retorno sobre o patrimônio líquido	
6.4 Indicadores de alavancagem	
- Grau de alavancagem	
6.5 Indicadores de viabilidade econômica	
- Índice de viabilidade	
6.6 Outros	
- Ponto de equilíbrio	
- Balanço/balancetes	
- Orçamento	
- Contabilidade de custos	
7) INDICADORES DE ECONOMIA DA SAUDE	
- Análise de minimização de custos	
- Análise de custo-efetividade	
- Análise de custo-benefício	
- Análise de custo-utilidade	
- QALY (Quality adjusted life years)	
- Índice de eficácia	

- Índice de efetividade	
- Índice de eficiência	
- Eficiência clínica	
- Eficiência na produção	
- Eficiência na distribuição	
8) INDICADORES HOSPITALARES DE QUALIDADE	
- Taxa bruta de infecções	
- Taxa de cesáreas	
- Taxa de cirurgias suspensas	
- Taxa de cirurgias desnecessárias	
- Taxa de complicações ou intercorrências	
- Taxa de infecção hospitalar (geral/sistêmica/topográfica/respiratória/ urinária...)	
- Taxa de mortalidade geral hospitalar/necropsia	
- Taxa de mortalidade institucional	
- Taxa de mortalidade materna hospitalar	
- Taxa de mortalidade operatória	
- Taxa de mortalidade pós-operatória	
- Taxa de mortalidade por anestesia	
- Taxa de mortalidade transoperatória	
- Taxa de remoção de tecidos normais	
- Notificação de doenças compulsórias	
9) INDICADORES DE IMAGEM	
9.1 Resultados de pesquisa sobre:	
- Satisfação do paciente	

- Satisfação do fornecedor	
- Satisfação do visitante	
- Satisfação do acompanhante	
- Satisfação do funcionário	
- Satisfação do corpo clínico	
- Número de queixas à ouvidoria	
- Imagem perante o público	
- Fidelidade dos clientes	
- Inserções na mídia	
- Balanço social	
10) INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	
- Taxa de absenteísmo	
- Índice de rotatividade	
- Número de cursos/treinamentos realizados	
- Horas de treinamento/funcionário/ano	
- Orçamento para treinamento	
- Satisfação do funcionário	
- Idade média dos funcionários	
- Anos de escolaridade dos funcionários	
- Facilidade para lidar com a tecnologia existente	
- Facilidade para lidar com a tecnologia emergente	
- Número e categoria profissional pelas diversas subáreas/áreas	
- Salários/benefícios	
- Capacidade de inovação	

- Planejamento para novos desafios	
11) INDICADORES DE ENSINO	
- Número de alunos residentes/categoria	
- Número de alunos estagiários/categoria	
- Número de alunos internos/categoria	
- Número de aprimorandos/categoria	
- Número de pós-graduandos (“stricto sensu”)	
- Número de documentos (dissertações, teses, ...) produzidos	
- Carga horária de ensino	
- Número de profissionais para treinamento/categoria	
- Gasto com ensino	
- Gasto por aluno	
- Horas da utilização da área física	
- Horas de utilização dos equipamentos	
- Número de candidatos/categoria inscrito no período	
- % de aprovação	
- Índice de satisfação de alunos e instrutores	
- % funcionários com nível universitário com título acadêmico	
- Relação de instrutores/ número de alunos	
12) INDICADORES DE PESQUISA	
- Número e tipo das linhas de pesquisa	
- Número de pesquisas julgadas no período	
- Número de pesquisas aceitas no período	

- Número de pesquisas por linha no período	
- Número de infrações éticas verificadas no período	
- Gasto com pesquisa	
- Gasto total pelo número de pesquisas em andamento	
- Número, tipo de fontes de financiamento e valores	
- Número de pesquisadores seniores	
- Número de pesquisadores juniores	
- Número de pesquisas realizadas pelo número de pesquisadores	
- Número de trabalhos de graduação e pós-graduação	
- Número de pesquisas com aplicação prática	
- Tempo médio para desenvolvimento de pesquisa	
- Número e tipo de publicações nacionais e internacionais	
- Prêmios e distinções obtidos	
- Citações em periódicos indexados, internacionais e nacionais	
- Número de patentes no período	
- Índice de satisfação de pesquisadores e financiadores	
13) INDICADORES DE PRODUÇÃO INDUSTRIAL	
- Número e tipo de equipamentos produzidos	
- Número e tipo de instrumentais produzidos	

- Número e tipo de órteses produzidas	
- Número e tipo de próteses produzidas	
- Número de defeitos/100 peças produzidas	
- Número de reclamações de clientes	
- Índice de satisfação dos funcionários	
- Tempo médio de manutenção dos produtos	
- Gasto com produção	
- Gasto com manutenção	
- Produtividade por funcionário/tipo de produto e/ou área de produção	
- Produtividade por Real investido	
- Número de produtos testados em determinado período	
- Número de fornecedores de insumos por tipo	
- Índice de retrabalho	
- Horas de treinamento dos profissionais	
- Número de peças refugadas	
14) INDICADORES DE ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR: ASSISTENCIA DOMICILIAR	
- Número de pacientes em assistência domiciliar	
- Número de pacientes em internação domiciliar	
- Número de visitas da equipe por paciente	
- Gastos com assistência domiciliar	
- Número e categorias profissionais das equipes	

- Número de altas por período	
- Taxa de mortalidade	
- Número de pacientes em reabilitação física	
- Número de pacientes em reabilitação psicológica	
- Número de pacientes em reabilitação profissional	
- Tempo médio despendido nas visitas e na locomoção da equipe	
- Distancia média percorrida pelas equipes	
- Resultados de pesquisas de satisfação do paciente e família	
- Número de horas de treinamento da equipe	
- Número de complicações, internações e reinternações	
- Índice de satisfação do cliente, paciente e funcionário	
15) INDICADORES DE ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR: AMBULATÓRIO/EMERGENCIA	
- Número e tipo de procedimentos (invasivos e não invasivos)	
- Diferença de custo com procedimentos internados	
- Taxa de procedimentos ambulatoriais x internados	
- Tempo médio das cirurgias ambulatoriais	
- Tempo médio de permanência na recuperação	
- Índice de satisfação dos clientes e pacientes	

- Índice de satisfação dos profissionais	
- Produtividade por sala de cirurgia ambulatorial	
- Produtividade por cama de recuperação ambulatorial	
- Gastos da unidade	
- Número de complicações, internações e reinternações	
- Absenteísmo (relativo ao paciente)	
- Número de palestras, reuniões e atividades para a comunidade	
16) INDICADORES DIVERSOS	
- Quilos de resíduos/dia	
- Quilos de sobras alimentares/dia	
- Quilos de restos alimentares/dia	
- Quilos de sucata/ano	
- Quantidade e tipo de perfurocortantes enviados para a lavanderia	
17) POSSIBILIDADES DE CRIAÇÃO DE INDICADORES EM AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA	
- Acesso	
- Benefícios	
- Custo-benefício	
- Custo-efetividade	
- Custos	
- Custo-utilidade	
- Demanda	
- Desperdício	

- Economia de escala	
- Efetividade	
- Eficácia	
- Eficiência	
- Equidade	
- Especificidade	
- Ética	
- Impacto	
- Medicina baseada em evidências	
- Minimização de custos	
- Produtividade	
- Qualidade	
- Precisão	
- Reações adversas	
- Resolubilidade	
- Retorno financeiro	
- Risco	
- Segurança	
- Sensibilidade	
- Uso	
- Valor preditivo	
- Valores sociais	
18) EVENTOS-SENTINELA	
- Mortes imprevistas de pacientes (elevação incidental da mortalidade/surtos de mortalidade)	
- Surtos de infecção hospitalar	

- Cirurgia em paciente errado	
- Cirurgia em parte errada do corpo	
- Mortes relacionadas à falta/demora no atendimento	
- Mortes ou danos relacionados com contenção	
- Suicídio de paciente internado	
- Partos que ocorrem no corredor ou ante-sala de parto	
- Troca de bebê após o nascimento	
- Rapto infantil	
- Reações transfusionais	
- Agressão/estupro/homicídio	
- Surtos de acidentes com pacientes (internação e ambulatório)	
- Surtos de acidentes de trabalho	
- Incêndio	
- Explosão	
- Outros: quedas, fuga de paciente, infiltração de quimioterápico, material sem esterilizar aberto em sala cirúrgica, morte materna, lesão de nervo por posicionamento inadequado, necrose em área de aplicação de injeção, infecção causada pela inefectiva esterilização de equipamento ou instrumental, alta prematura de paciente pós-sedação, injeção de leite em intra-cath subclávia, queimaduras (bisturi, soluções)	
19) OUTROS	
-	
-	
-	
-	

Fonte: BITTAR, O. J. N., 2004; 2008; TORRES, D. F. M.; SIMÕES, H. C., 2009
05.12.2009

APÊNDICE 2A – INDICADORES ESTRATÉGICOS DE QUALIDADE E QUANTIDADE EM SAÚDE

Indicadores Estratégicos (Coletados na Literatura)	
1) INDICADORES EXTERNOS OU DE MEIO AMBIENTE	
1.1 Indicadores de saúde da comunidade	
- Taxa de incidência	
- Taxa de prevalência	
- Taxa de letalidade	
- Taxa de mortalidade geral	
- Taxa de mortalidade infantil	
- Taxa de mortalidade infantil tardia	
- Taxa de mortalidade neonatal precoce	
- Taxa de mortalidade materna	
- Taxa de natimortalidade	
- Taxa de mortalidade por causa específica	
1.2 Indicadores econômicos e de políticas	
1.3 Indicadores demográficos e geográficos	
1.4 Indicadores epidemiológicos	
1.5 Indicadores educacionais, psicossociais, culturais	
1.6 Indicadores tecnológicos	
2) INDICADORES HOSPITALARES AMBIENTE INTERNO	
2.1 Recursos componentes da estrutura	
- Recursos humanos	
- Médicos	

- enfermeiros	
- pessoal de apoio	
- Recursos financeiros	
- Recursos de informações	
- Recursos empregados em serviços terceirizados e quarteirizados	
3) INDICADORES ECONOMICO-FINANCEIROS	
- Balanço/balancetes	
- Orçamento	
4) INDICADORES HOSPITALARES DE QUALIDADE	
- Taxa de mortalidade institucional	
5) INDICADORES DE IMAGEM	
5.1 Resultados de pesquisa sobre:	
- Satisfação do corpo clínico	
- Imagem perante o público	
- Inserções na mídia	
- Balanço social	
6) INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	
- Capacidade de inovação	
- Planejamento para novos desafios	
7) INDICADORES DE ENSINO	

- Gasto com ensino	
- Gasto por aluno	
8) INDICADORES DE PESQUISA	
- Gasto com pesquisa	
9) INDICADORES DE ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR: ASSISTENCIA DOMICILIAR	
- Número de pacientes em assistência domiciliar	
- Número de pacientes em internação domiciliar	
- Gastos com assistência domiciliar	
10) OUTROS	
-	
-	
-	
-	
-	

Fonte: BITTAR, O. J. N., 2004; 2008; TORRES, D. F. M.; SIMÕES, H. C., 2009
11.01.2010

APÊNDICE 2B – INDICADORES TÁTICOS DE QUALIDADE E QUANTIDADE EM SAÚDE

Indicadores Táticos	
(Coletados na Literatura)	
1) INDICADORES HOSPITALARES AMBIENTE INTERNO	
1.1 Recursos componentes da estrutura	
- Recursos materiais (permanente)	
- edificações	
- mobiliários	
- equipamentos	
- instrumentais	
- utensílios	
- veículos	
2) INDICADORES DE ESTRUTURA	
- Capacidade planejada (leitos e camas)	
- Capacidade operacional (leitos e camas)	
- Capacidade ociosa	
- Número de consultórios	
- Número de salas cirúrgicas	
- Consultas/consultório/dia	
- Cirurgias/sala cirúrgica/dia	
- Exames/equipamento/dia	
- K1 roupa lavada/maquina dia	
3) INDICADORES DE PRODUÇÃO	
- Número de atendimentos	
- Número de atendimento emergenciais	

- Número de internações	
- Número de consultas de primeira vez	
- Número de reconsultas por pacientes	
- Lista de espera e tempo de espera	
- Pacientes-dias	
- Percentual de ocupação em função da capacidade instalada	
- Número de cirurgias e partos	
- Rendimento/concentração	
- Taxa de utilização do centro cirúrgico	
- Número de procedimentos de investigação diagnóstica	
4) INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	
- Índice de produção por funcionário da área/subárea	
- Índice de renovação ou giro de rotatividade	
- Índice intervalo de substituição	
- Média de permanência	
- Funcionários/Leitos e camas	
5) INDICADORES ECONOMICO-FINANCEIROS	
5.1 Indicadores de liquidez	
- Índice de liquidez imediata	
- Índice de liquidez corrente	
- Índice de liquidez seco	
- Índice de liquidez global	
5.2 Indicadores de atividade	
- Período médio de cobrança	

- Prazo médio de pagamento	
- Posição relativa	
- Rotação de estoques	
- Período médio de estocagem	
5.3 Indicadores de rentabilidade	
- Margem operacional	
- Giro do ativo	
- Retorno sobre o total do ativo ou investimento	
- Retorno sobre o patrimônio líquido	
5.4 Indicadores de alavancagem	
- Grau de alavancagem	
5.5 Indicadores de viabilidade econômica	
- Índice de viabilidade	
5.6 Outros	
- Ponto de equilíbrio	
- Contabilidade de custos	
6) INDICADORES DE ECONOMIA DA SAUDE	
- Análise de minimização de custos	
- Análise de custo-efetividade	
- Análise de custo-benefício	
- Análise de custo-utilidade	
- QALY (Quality adjusted life years)	
- Índice de eficácia	
- Índice de efetividade	
- Índice de eficiência	
- Eficiência clínica	

- Eficiência na produção	
- Eficiência na distribuição	
7) INDICADORES HOSPITALARES DE QUALIDADE	
- Taxa bruta de infecções	
- Taxa de cirurgias suspensas	
- Taxa de cirurgias desnecessárias	
- Taxa de infecção hospitalar (geral/sistêmica/topográfica/respiratória/urinária...)	
- Taxa de mortalidade geral hospitalar/necropsia	
- Taxa de mortalidade materna hospitalar	
- Taxa de mortalidade operatória	
- Taxa de mortalidade pós-operatória	
- Taxa de mortalidade por anestesia	
- Taxa de mortalidade transoperatória	
- Taxa de remoção de tecidos normais	
- Notificação de doenças compulsórias	
8) INDICADORES DE IMAGEM	
8.1 Resultados de pesquisa sobre:	
- Satisfação do paciente	
- Satisfação do fornecedor	
- Satisfação do visitante	
- Satisfação do acompanhante	
- Satisfação do funcionário	
- Número de queixas à ouvidoria	
- Fidelidade dos clientes	
9) INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	
- Taxa de absenteísmo	

- Índice de rotatividade	
- Número de cursos/treinamentos realizados	
- Horas de treinamento/funcionário/ano	
- Orçamento para treinamento	
- Satisfação do funcionário	
- Idade média dos funcionários	
- Anos de escolaridade dos funcionários	
- Facilidade para lidar com a tecnologia existente	
- Facilidade para lidar com a tecnologia emergente	
- Número e categoria profissional pelas diversas subáreas/áreas	
- Salários/benefícios	
10) INDICADORES DE ENSINO	
- Número de alunos residentes/categoria	
- Número de alunos estagiários/categoria	
- Número de alunos internos/categoria	
- Número de aprimorandos/categoria	
- Número de pós-graduandos (“stricto sensu”)	
- Número de documentos (dissertações, teses, ...) produzidos	
- Carga horária de ensino	
- Número de profissionais para treinamento/categoria	
- Horas da utilização da área física	
- Horas de utilização dos equipamentos	
- Número de candidatos/categoria inscrito no período	
- % de aprovação	

- % funcionários com nível universitário com título acadêmico	
- Índice de satisfação de alunos e instrutores	
- Relação de instrutores/ número de alunos	
11) INDICADORES DE PESQUISA	
- Número e tipo das linhas de pesquisa	
- Número de pesquisas julgadas no período	
- Número de pesquisas aceitas no período	
- Número de pesquisas por linha no período	
- Número de infrações éticas verificadas no período	
- Gasto total pelo número de pesquisas em andamento	
- Número, tipo de fontes de financiamento e valores	
- Número de pesquisadores seniores	
- Número de pesquisadores juniores	
- Número de pesquisas realizadas pelo número de pesquisadores	
- Número de trabalhos de graduação e pós-graduação	
- Número de pesquisas com aplicação prática	
- Número e tipo de publicações nacionais e internacionais	
- Prêmios e distinções obtidos	
- Citações em periódicos indexados, internacionais e nacionais	
- Número de patentes no período	
- Índice de satisfação de pesquisadores e financiadores	

12) INDICADORES DE PRODUÇÃO INDUSTRIAL	
- Índice de satisfação dos funcionários	
- Gasto com produção	
- Gasto com manutenção	
- Produtividade por funcionário/tipo de produto e/ou área de produção	
- Tempo médio de manutenção dos produtos	
- Produtividade por Real investido	
- Número de produtos testados em determinado período	
- Número de fornecedores de insumos por tipo	
- Horas de treinamento dos profissionais	
- Número de reclamações de clientes	
13) INDICADORES DE ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR: ASSISTENCIA DOMICILIAR	
- Número de visitas da equipe por paciente	
- Número de altas por período	
- Número e categorias profissionais das equipes	
- Taxa de mortalidade	
- Tempo médio despendido nas visitas e na locomoção da equipe	
- Distancia média percorrida pelas equipes	
- Resultados de pesquisas de satisfação do paciente e família	
- Índice de satisfação do cliente, paciente e funcionário	

14) INDICADORES DE ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR: AMBULATÓRIO/EMERGENCIA	
- Índice de satisfação dos clientes e pacientes	
- Índice de satisfação dos profissionais	
- Número e tipo de procedimentos (invasivos e não invasivos)	
- Taxa de procedimentos ambulatoriais x internados	
- Tempo médio das cirurgias ambulatoriais	
- Tempo médio de permanência na recuperação	
- Número de complicações, internações e reinternações	
- Gastos da unidade	
- Absenteísmo (relativo ao paciente)	
- Número de palestras, reuniões e atividades para a comunidade	
15) POSSIBILIDADES DE CRIAÇÃO DE INDICADORES EM AVALIAÇÃO TECNOLÓGICA	
- Acesso	
- Benefícios	
- Custo-benefício	
- Custo-efetividade	
- Custos	
- Custo-utilidade	
- Demanda	
- Desperdício	
- Economia de escala	

- Efetividade	
- Eficácia	
- Eficiência	
- Equidade	
- Especificidade	
- Ética	
- Impacto	
- Medicina baseada em evidências	
- Minimização de custos	
- Produtividade	
- Qualidade	
- Precisão	
- Reações adversas	
- Resolubilidade	
- Retorno financeiro	
- Risco	
- Segurança	
- Sensibilidade	
- Uso	
- Valor preditivo	
- Valores sociais	
16) EVENTOS-SENTINELA	
- Mortes imprevistas de pacientes (elevação incidental da mortalidade/surtos de mortalidade)	
- Surtos de infecção hospitalar	
- Cirurgia em paciente errado	
- Cirurgia em parte errada do corpo	

- Mortes relacionadas à falta/demora no atendimento	
- Mortes ou danos relacionados com contenção	
- Suicídio de paciente internado	
- Partos que ocorrem no corredor ou ante-sala de parto	
- Troca de bebê após o nascimento	
- Rapto infantil	
- Reações transfusionais	
- Agressão/estupro/homicídio	
- Surtos de acidentes com pacientes (internação e ambulatório)	
- Surtos de acidentes de trabalho	
- Incêndio	
- Explosão	
- Outros: quedas, fuga de paciente, infiltração de quimioterápico, material sem esterilizar aberto em sala cirúrgica, morte materna, lesão de nervo por posicionamento inadequado, necrose em área de aplicação de injeção, infecção causada pela inefetiva esterilização de equipamento ou instrumental, alta prematura de paciente pós-sedação, injeção de leite em intra-cath subclávia, queimaduras (bisturi, soluções)	
17) OUTROS	
-	
-	
-	
-	

FONTE: BITTAR, O. J. N., 2004; 2008; TORRES, D. F. M.; SIMÕES, H. C., 2009
11.01.2010

APÊNDICE 2C – INDICADORES OPERACIONAIS DE QUANTIDADE EM SAÚDE

Indicadores Operacionais (Coletados na Literatura)	
1) INDICADORES HOSPITALARES AMBIENTE INTERNO	
2.1 Recursos componentes da estrutura	
- Recursos materiais (consumo)	
- medicamentos	
- limpeza	
- manutenção	
- gases medicinais	
5. oxigênio	
6. protóxido	
7. ar comprimido	
8. óxido de etileno	
- combustíveis	
1. gasolina	
2. diesel	
3. óleo	
- roupas	
- escritório	
- informática	
- impressos	
- gêneros alimentícios	
- Recursos de utilidade pública	

- energia	
1. elétrica	
2. solar	
3. gás	
4. outras	
- água/esgoto	
- comunicação	
5. telefone	
6. internet	
7. intranet	
8. correio	
2) INDICADORES HOSPITALARES DE QUALIDADE	
- Taxa de cesáreas	
- Taxa de complicações ou intercorrências	
3) INDICADORES DE PESQUISA	
- Tempo médio para desenvolvimento de pesquisa	
4) INDICADORES DE PRODUÇÃO INDUSTRIAL	
- Número e tipo de equipamentos produzidos	
- Número e tipo de instrumentais produzidos	
- Número e tipo de órteses produzidas	
- Número e tipo de próteses produzidas	
- Número de defeitos/100 peças	

produzidas	
- Índice de retrabalho	
- Número de peças refugadas	
5) INDICADORES DE ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR: ASSISTENCIA DOMICILIAR	
- Número de pacientes em reabilitação física	
- Número de pacientes em reabilitação psicológica	
- Número de pacientes em reabilitação profissional	
- Número de horas de treinamento da equipe	
- Número de complicações, internações e reinternações	
6) INDICADORES DE ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR: AMBULATÓRIO/EMERGENCIA	
- Diferença de custo com procedimentos internados	
- Produtividade por sala de cirurgia ambulatorial	
- Produtividade por cama de recuperação ambulatorial	
7) INDICADORES DIVERSOS	
- Quilos de resíduos/dia	
- Quilos de sobras alimentares/dia	
- Quilos de restos alimentares/dia	
- Quilos de sucata/ano	

- Quantidade e tipo de perfurocortantes enviados para a lavanderia	
8) OUTROS	
-	
-	
-	
-	
-	

FONTE: BITTAR, O. J. N., 2004; 2008; TORRES, D. F. M.; SIMÕES, H. C., 2009
11.01.2010

APÊNDICE 3 – IDENTIFICAÇÃO DOS INDICADORES DO HC-UFPR

Indicadores de Análise	(HC-UFPR)
1) INDICADORES HOSPITALARES AMBIENTE INTERNO	
1.1 Recursos componentes da estrutura	
- Recursos humanos	
- Médicos	SIM
- enfermeiros	SIM
- pessoal de apoio	SIM
- Recursos financeiros	SIM
- Recursos de informações	SIM
- Recursos empregados em serviços terceirizados e quarteirizados	SIM
- Recursos materiais (permanente)	
- edificações	SIM
- mobiliários	SIM
- equipamentos	SIM
- instrumentais	NÃO
- utensílios	NÃO
- veículos	SIM
- Recursos materiais (consumo)	
- medicamentos	SIM
- limpeza	SIM
- manutenção	SIM
- gases medicinais	

9. oxigênio	SIM
10. protóxido	SIM
11. ar comprimido	SIM
12. óxido de etileno	SIM
- combustíveis	
1. gasolina	SIM
2. diesel	SIM
3. óleo	SIM
- roupas	SIM
- escritório	SIM
- informática	SIM
- impressos	SIM
- gêneros alimentícios	SIM
- Recursos de utilidade pública	
- energia	
1. elétrica	SIM
2. solar	NÃO
3. gás	NÃO
4. outras	NÃO
- água/esgoto	SIM
- comunicação	
9. telefone	SIM
10. internet	NÃO
11. intranet	NÃO
12. correio	SIM
2) INDICADORES DE ESTRUTURA	

- Capacidade planejada (leitos e camas)	SIM
- Capacidade operacional (leitos e camas)	SIM
- Capacidade ociosa	SIM
- Número de consultórios	SIM
- Número de salas cirúrgicas	SIM
- Consultas/especialidade/dia	SIM
- Exames/equipamento/dia	NÃO
- K1 roupa lavada/maquina dia	SIM
3) INDICADORES DE PRODUÇÃO	
- Número de atendimentos	SIM
- Número de atendimentos emergenciais	SIM
- Número de internações	SIM
- Número de consultas de primeira vez	SIM
- Número de reconsultas por pacientes	NÃO
- Lista de espera e tempo de espera	NÃO
- Pacientes-dias	SIM
- Percentual de ocupação em função da capacidade instalada	SIM
- Número de cirurgias e partos	SIM
- Rendimento/concentração	SIM
- Taxa de ocupação do centro cirúrgico	SIM
- Taxa de ociosidade do centro cirúrgico	SIM
- Número de procedimentos de investigação diagnóstica	SIM
4) INDICADORES DE PRODUTIVIDADE	
- Índice de produção por funcionário da área/subárea	NÃO

- Índice de renovação ou giro de rotatividade	SIM
- Índice intervalo de substituição	SIM
- Média de permanência	SIM
- Funcionários/Leitos e camas	NÃO
5) INDICADORES ECONOMICO-FINANCEIROS	
5.1 Indicadores de liquidez	
- Índice de liquidez imediata	NÃO
- Índice de liquidez corrente	NÃO
- Índice de liquidez seco	NÃO
- Índice de liquidez global	NÃO
5.2 Indicadores de atividade	
- Período médio de cobrança	NÃO
- Prazo médio de pagamento	SIM
- Giro de estoques	SIM
- Período médio de estocagem	SIM
- Empenhos liquidados	SIM
- Empenhos reforçados e anulados	SIM
- Índice de pagamento geral em aberto	SIM
- Índice de fornecedores pagos	SIM
- Índice de processos com irregularidades	SIM
- Índice da despesa por competência	SIM
5.3 Indicadores de rentabilidade	
- Margem operacional	NÃO
- Giro do ativo	NÃO
- Retorno sobre o total do ativo ou investimento	NÃO

- Retorno sobre o patrimônio líquido	NÃO
5.4 Indicadores de alavancagem	
- Grau de alavancagem	NÃO
5.5 Indicadores de viabilidade econômica	
- Percentual de sustentabilidade (SUS)	SIM
5.6 Outros	
- Ponto de equilíbrio	NÃO
- Balanço/balancetes	SIM
- Orçamento	SIM
- Contabilidade de custos	SIM
6) INDICADORES DE ECONOMIA DA SAUDE	
- Análise de minimização de custos	NÃO
- Análise de custo-efetividade	NÃO
- Análise de custo-benefício	NÃO
- Análise de custo-utilidade	NÃO
- QALY (Quality adjusted life years)	NÃO
- Índice de eficácia	NÃO
- Índice de efetividade	NÃO
- Índice de eficiência	NÃO
- Eficiência clínica	NÃO
- Eficiência na produção	NÃO
- Eficiência na distribuição	NÃO
7) INDICADORES HOSPITALARES DE QUALIDADE	
- Taxa bruta de infecções	SIM
- Taxa de cesáreas	SIM

- Taxa de cirurgias suspensas	SIM
- Taxa de cirurgias desnecessárias	NÃO
- Taxa de complicações ou intercorrências	SIM
- Taxa de infecção hospitalar - (geral/sistêmica/topográfica/respiratória/ urinária...)	SIM
- Taxa de mortalidade geral hospitalar/necropsia	NÃO
- Taxa de mortalidade institucional	SIM
- Taxa de mortalidade materna hospitalar	SIM
- Taxa de mortalidade operatória	SIM
- Taxa de mortalidade pós-operatória	NÃO
- Taxa de mortalidade por anestesia	SIM
- Taxa de mortalidade transoperatória	SIM
- Taxa de remoção de tecidos normais	NÃO
- Notificação de doenças compulsórias	SIM
8) INDICADORES DE IMAGEM	
8.1 Resultados de pesquisa sobre:	
- Satisfação do paciente	SIM
- Satisfação do fornecedor	NÃO
- Satisfação do visitante	SIM
- Satisfação do acompanhante	SIM
- Satisfação do funcionário	SIM
- Satisfação do corpo clínico	SIM
- Número de queixas à ouvidoria	SIM
- Imagem perante o público	SIM
- Inserções na mídia	SIM

- Balanço social (Por unidade)	SIM
9) INDICADORES DE RECURSOS HUMANOS	
- Taxa de absenteísmo	NÃO
- Índice de rotatividade	NÃO
- Número de cursos/treinamentos realizados	SIM
- Horas de treinamento/funcionário/ano	SIM
- Orçamento para treinamento	SIM
- Satisfação do funcionário	NÃO
- Idade média dos funcionários	NÃO
- Anos de escolaridade dos funcionários	NÃO
- Facilidade para lidar com a tecnologia existente	NÃO
- Facilidade para lidar com a tecnologia emergente	NÃO
- Número e categoria profissional pelas diversas subáreas/áreas	SIM
- Salários/benefícios	NÃO
- Capacidade de inovação (Por unidade)	SIM
- Planejamento para novos desafios (Por unidade)	SIM
10) INDICADORES DE ENSINO	
- Número de alunos residentes/categoria	SIM
- Número de alunos estagiários/categoria	SIM
- Número de alunos internos/categoria	SIM
- Número de aprimorandos/categoria	NÃO
- Número de pós-graduandos (“stricto sensu”)	SIM
- Número de documentos (dissertações, teses, ...) produzidos	SIM

- Carga horária de ensino	NÃO
- Número de profissionais para treinamento/categoria	NÃO
- Gasto com ensino	NÃO
- Gasto por aluno	NÃO
- Horas da utilização da área física	NÃO
- Horas de utilização dos equipamentos	NÃO
- Número de candidatos/categoria inscrito no período	NÃO
- % de aprovação	NÃO
- Índice de satisfação de alunos e instrutores	NÃO
- % funcionários com nível universitário com título acadêmico	NÃO
- Relação de instrutores/ número de alunos	NÃO
11) INDICADORES DE PESQUISA	
- Número e tipo das linhas de pesquisa	NÃO
- Número de pesquisas julgadas no período	SIM
- Número de pesquisas aceitas no período	SIM
- Número de pesquisas por linha no período	NÃO
- Número de infrações éticas verificadas no período	NÃO
- Gasto com pesquisa	NÃO
- Gasto total pelo número de pesquisas em andamento	NÃO
- Número, tipo de fontes de financiamento e valores	NÃO
- Número de pesquisadores seniores	NÃO
- Número de pesquisadores juniores	NÃO
- Número de pesquisas realizadas pelo número de pesquisadores	NÃO

- Número de trabalhos de graduação e pós-graduação	NÃO
- Número de pesquisas com aplicação prática	NÃO
- Tempo médio para desenvolvimento de pesquisa	NÃO
- Número e tipo de publicações nacionais e internacionais	NÃO
- Prêmios e distinções obtidos	NÃO
- Citações em periódicos indexados, internacionais e nacionais	NÃO
- Número de patentes no período	NÃO
- Índice de satisfação de pesquisadores e financiadores	NÃO
12) INDICADORES DE ATENDIMENTO EXTRA-HOSPITALAR: AMBULATÓRIO/EMERGENCIA	
- Número e tipo de procedimentos (invasivos e não invasivos)	NÃO
- Diferença de custo com procedimentos internados	NÃO
- Taxa de procedimentos ambulatoriais x internados	NÃO
- Tempo médio das cirurgias ambulatoriais	NÃO
- Tempo médio de permanência na recuperação	NÃO
- Índice de satisfação dos clientes e pacientes	SIM
- Índice de satisfação dos profissionais	NÃO
- Produtividade por sala de cirurgia ambulatorial	NÃO
- Produtividade por cama de recuperação ambulatorial	NÃO
- Gastos da unidade	SIM

- Número de complicações, internações e reinternações	NÃO
- Absenteísmo (relativo ao paciente)	NÃO
- Número de palestras, reuniões e atividades para a comunidade	NÃO
13) INDICADORES DIVERSOS	
- Quilos de sobras alimentares por tipo de alimento	SIM
- Sobras alimentares por dietas/dia	SIM
- Desperdícios alimentares por dietas/dia	SIM
- Sobras alimentares por dietas enterais/dia	SIM
- Desperdícios alimentares por dietas enterais/dia	SIM
- Sobras por mamadeiras/dia	SIM
- Desperdícios por mamadeiras/dia	SIM
- Desprezo de leite humano antes do processamento	SIM
- Desprezo de leite humano no processamento	SIM
- Sobras de leite humano no processamento	SIM
- Quilos de sucata/ano	SIM
- Quantidade e tipo de perfurocortantes enviados para a lavanderia	NÃO
- Quilos de resíduos/dia	SIM
14) EVENTOS-SENTINELA	
- Mortes imprevistas de pacientes (elevação incidental da mortalidade/surtos de mortalidade)	NÃO
- Surtos de infecção hospitalar	NÃO
- Cirurgia em paciente errado	*
- Cirurgia em parte errada do corpo	*
- Mortes relacionadas à falta/demora no	*

atendimento	
- Mortes ou danos relacionados com contenção	*
- Suicídio de paciente internado	*
- Partos que ocorrem no corredor ou ante-sala de parto	NÃO
- Troca de bebê após o nascimento	*
- Rapto infantil	*
- Reações transfusionais	SIM
- Agressão/estupro/homicídio	*
- Surtos de acidentes com pacientes (internação e ambulatório)	NÃO
- Surtos de acidentes de trabalho	NÃO
- Incêndio	*
- Explosão	*
- Outros: quedas, fuga de paciente, infiltração de quimioterápico, material sem esterilizar aberto em sala cirúrgica, morte materna, lesão de nervo por posicionamento inadequado, necrose em área de aplicação de injeção, infecção causada pela inefectiva esterilização de equipamento ou instrumental, alta prematura de paciente pós-sedação, injeção de leite em intra-cath subclávia, queimaduras (bisturi, soluções)	
19) OUTROS	
-	
-	
-	
-	
-	

* Indicadores da ONA (Acreditação) em implantação

Fonte: BITTAR, O. J. N., 2004; 2008; TORRES, D. F. M.; SIMÕES, H. C., 2009 E DADOS COLETADOS NO HC-UFPR 12.04.2010

APÊNDICE 4 – INDICADORES ESTRATÉGICOS, TÁTICOS E OPERACIONAIS NA FORMA DE CAPILARIDADE

ÁREAS CONTEMPLADAS: RECURSOS HUMANOS; FATURAMENTO;
ASSISTENCIA; ENSINO E PESQUISA

INDICADORES ESTRATÉGICOS

- 1 – TAXA DE OCUPAÇÃO
- 2 – MÉDIA DE PERMANENCIA
- 3 - ÍNDICE DE CUSTOS
- 4 – INDICE DE RECEITAS
- 5 – INDICE DE PRODUTIVIDADE
- 6 - INDICE DE ENSINO
- 7 - INDICE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

INDICADORES TÁTICOS

- 1a – ÍNDICE DE GIRO
- 1b – INDICE DE SUBSTITUIÇÃO
- 2a – MÉDIA DE PERMANENCIA
- 2b – TAXA DE OCUPAÇÃO
- 3a – ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DOS CUSTOS DAS UNIDADES
- 4a – ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DE RECEITAS DAS UNIDADES
- 4b – ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS VIÁVEIS PARA PACTUAÇÃO COM O GESTOR LOCAL (CONTRATUALIZAÇÃO)
- 5a - LEVANTAMENTO HISTÓRICO DA PRODUTIVIDADE
- 6a – ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE DE ENSINO
- 6b – ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE VAGAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
- 6c – ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

7a – ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA

7b – ACOMPANHAMENTO DE ATIVIDADES DOS PESQUISADORES

7c – INTENSIDADE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

INDICADOR ESTRATÉGICO

1 – TAXA DE OCUPAÇÃO

INDICADOR TÁTICO

1a – ÍNDICE DE GIRO

1b – ÍNDICE DE SUBSTITUIÇÃO

INDICADORES OPERACIONAIS

1.1 – ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE LEITOS

1.2 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS

1.3 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE

1.4 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS

1.5 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES

1.6 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR LEITO

1.7 – REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1.8 - PRIORIZAÇÃO DOS EXAMES EM MENOR TEMPO POSSÍVEL

1.9 – REALIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS

1.10 - NÚMERO DE CIRURGIAS POR SALA

1.11 - ANÁLISE DA DISPONIBILIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO

1.12 – DISPONIBILIDADE DE UTI

1.13 - ANÁLISE DA DISPONIBILIDADE DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR

1.14 – DEMANDA REPRIMIDA/LISTA DE ESPERA

1.15 - NÚMERO DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS

INDICADOR ESTRATÉGICO

2 – MÉDIA DE PERMANENCIA

INDICADOR TÁTICO

2a – MÉDIA DE PERMANENCIA

2b - TAXA DE OCUPAÇÃO

INDICADORES OPERACIONAIS

2.1 – ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE LEITOS

2.2 – NÚMERO DE PACIENTE/DIA

2.3 – NÚMERO DE ALTAS

2.4 – NÚMERO DE ÓBTOS

2.5 – NÚMERO DE TRANSFERENCIAS

2.6 – SATISFAÇÃO DO PACIENTE

2.7 – SATISFAÇÃO DO ACOMPANHANTE

2.8 – SATISFAÇÃO DO VISITANTE

2.9 - REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

2.10 - PRIORIZAÇÃO DOS EXAMES EM MENOR TEMPO POSSÍVEL

2.11 - REALIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS

2.12 - NÚMERO DE CIRURGIAS POR SALA

2.13 - ANÁLISE DA DISPONIBILIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO

2.14 - DISPONIBILIDADE DE UTI

2.15 – ANÁLISE DA DISPONIBILIDADE DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR

2.16 - NÚMERO DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS

2.17 - ÍNDICE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

INDICADOR ESTRATÉGICO

3 – ÍNDICE DE CUSTOS

INDICADOR TÁTICO

3a – ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DOS CUSTOS DAS UNIDADES

INDICADORES OPERACIONAIS

3.1 - REDUÇÃO DE HORA EXTRA

3.2 - ÍNDICE DE HORA EXTRA POR UNIDADE E/OU POR SERVIÇO

3.3 - CUSTO DE HORA EXTRA POR UNIDADE E/OU POR SERVIÇO

3.4 – REDUÇÃO DE DESPERDÍCIO DE MEDICAMENTOS

3.5 – REDUÇÃO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

3.6 – ANÁLISE DE USO DA ROUPA HOSPITALAR

3.7 - REDUÇÃO DE CONSUMO DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR

3.8 - REDUÇÃO DE SOBRAS ALIMENTARES POR DIETAS/DIA

3.9 – REDUÇÃO DE DESPERDÍCIOS ALIMENTARES POR DIETA/DIA

3.10 – REDUÇÃO DO USO DE ENERGIA ELETRICA

3.11 – REDUÇÃO DO USO DE ÁGUA

3.12 – ANÁLISE DA PRODUÇÃO POR ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE

3.13 – NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR LEITO

3.14 – NÚMERO DE MÉDICOS POR LEITO

3.15 – NÚMERO DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS

3.16 – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL

3.17 – TAXA DE ABSENTEISMO

3.18 – NÚMERO DE EXAMES POR PACIENTE

3.19 – QUANTIDADE E TIPO DE PERFURO CORTANTE ENVIADOS PARA LAVANDERIA

3.20 – QUILOS DE SUCATA/ANO

3.21 – ÍNDICE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

3.22 – NÚMERO DE CIRURGIAS SUSPENSAS

3.23 – ANÁLISE DOS RECURSOS EMPREGADOS EM SERVIÇOS TERCEIRIZADOS

3.24 – REDUÇÃO DE CONSUMO DE MATERIAIS DE LIMPEZA

3.25 - REDUÇÃO DE CONSUMO DE MATERIAIS DE MANUTENÇÃO

3.26 – REDUÇÃO DE USO DE TELEFONE

3.27 – ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DOS FUNCIONÁRIOS

INDICADOR ESTRATÉGICO

4 – INDICE DE RECEITAS

INDICADOR TÁTICO

4a – ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DE RECEITAS DAS UNIDADES

4b – ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS VIÁVEIS PARA PACTUAÇÃO COM O GESTOR LOCAL (CONTRATUALIZAÇÃO)

INDICADORES OPERACIONAIS

4.1 – CAPACIDADE PLANEJADA (LEITOS)

4.2 – CAPACIDADE OPERACIONAL (LEITOS)

4.3 – CAPACIDADE OCIOSA

4.4 – NÚMERO DE CONSULTAS/CONSULTÓRIO/DIA

4.5 – NÚMERO DE CIRURGIAS/SALA CIRÚRGICA/DIA

4.6 – NÚMERO DE EXAMES/EQUIPAMENTO/DIA

4.7 – INDICE DE PRODUÇÃO POR FUNCIONÁRIO DA ÁREA/SUBÁREA

4.8 – CUSTO COM PROCEDIMENTOS

4.9 – GASTOS DA UNIDADE

4.10 – ANÁLISE DE CUSTO BENEFÍCIO POR PROCEDIMENTO

4.11 – RECEITA MÉDIA MENSAL PROVENIENTE DO SUS

4.12 - ROTAÇÃO DE ESTOQUE

4.13 – PERÍODO MÉDIO DE ESTOCAGEM

4.14 - LEVANTAMENTO HISTÓRICO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC (MS) e Limite Financeiro da Média e Alta Complexidades - MAC (MS))

INDICADOR ESTRATÉGICO

5 – INDICE DE PRODUTIVIDADE

INDICADOR TÁTICO

5a – LEVANTAMENTO HISTÓRICO DA PRODUTIVIDADE

INDICADORES OPERACIONAIS

5.1 – INDICE DE PRODUÇÃO POR FUNCIONÁRIO DA ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE

5.2 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS

5.3 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS

5.4 – NÚMERO DE CONSULTAS DE PRIMEIRA VEZ

5.5 – NÚMERO DE RECONSULTAS POR PACIENTES

5.6 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES

5.7 – LISTA DE ESPERA E TEMPO DE ESPERA

5.8 – NÚMERO DE PACIENTE/DIA

5.9 - NÚMERO DE CIRURGIAS

5.10 – TAXA DE UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

5.11 – NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

5.12 – ESCALA DE SERVIÇO MENSAL (Médicos, enfermeiros e pessoal de apoio)

5.13 – GERENCIAMENTO DE FERIADOS

5.14 – NÚMERO DE MEDICOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO

5.15 - NÚMERO DE ENFERMEIROS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO

5.16 - NÚMERO DE PESSOAL DE APOIO POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO

5.17 – SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO

5.18 – SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO

5.19 – NÚMERO DE EXAMES

INDICADOR ESTRATÉGICO

6 – ÍNDICE DE ENSINO

INDICADOR TÁTICO

6a – ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE DE ENSINO

6b – ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE VAGAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

6c – ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

INDICADORES OPERACIONAIS

6.1 – CARGA HORÁRIA DE ENSINO

6.2 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA TREINAMENTO/CATEGORIA

6.3 – GASTO COM ENSINO

6.4 – GASTO POR ALUNO

6.5 – DESPESAS POR ALUNO POR CURSO

6.6 - DESEMPENHO DOS ALUNOS NO ENADE

6.7 - TAXA DE EVASÃO

6.8 - CRESCIMENTO INTERANUAL

6.9 - TIPOS DE COTAS

6.10 - PERCENTUAL DE EGRESSO POR COTAS PARA CADA CURSO

6.11 – TURNO DOS CURSOS

6.12 – HORAS DE UTILIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA

6.13 – HORAS DE UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

6.14 – % DE APROVAÇÃO

6.15 – NÚMERO DE ALUNOS ATENDIDOS POR DEPARTAMENTO

- 6.16 – NÚMERO DE ALUNOS POR CURSO
- 6.17 - TEMPO MÉDIO PARA CONCLUSÃO DOS CURSOS
- 6.18 – ÍNDICE DE QUALIFICAÇÃO DO CORPO DOCENTE
- 6.19 – RELAÇÃO MÉDIA DE ALUNOS POR DOCENTE
- 6.20 – TAMANHO MÉDIO DAS TURMAS
- 6.21 – FAIXA ETÁRIA DOS ALUNOS POR CURSO
- 6.22 – INVESTIMENTO MÉDIO POR CURSO EM ATIVIDADES DE EXTENSÃO
- 6.23 – ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS POR CURSO
- 6.24 – CAPACIDADE DE ACESSO A REDES DE COMUNICAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
- 6.25 – NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO DOS DOCENTES EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ALUNOS POR CURSO
- 6.26 – RELAÇÃO ALUNOS/PROFESSOR TEMPO INTEGRAL
- 6.27 – RELAÇÃO ALUNOS/HORA DE TRABALHO DO PROFESSOR
- 6.28 – NÚMERO DE MÉDICOS COM DEDICAÇÃO AO ENSINO
- 6.29 – NÚMERO TOTAL DE HORAS DO DOCENTE NA ASSISTENCIA
- 6.30 – NÚMERO DE HORAS DO DOCENTE NO ENSINO
- 6.31 - NÚMERO DE DOCENTES COM DOUTORADO
- 6.32 - NÚMERO DE DOCENTES COM MESTRADO
- 6.33 – NUMERO DE DOCENTES POR CURSO
- 6.34 - NÚMERO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS POR CURSO
- 6.35 – NÚMERO DE RESIDENTES POR CATEGORIA OU ESPECIALIDADE
- 6.36 – NÚMERO DE ESPECIALIZANDOS
- 6.37 - NÚMERO DE MESTRANDOS
- 6.38 - NÚMERO DE DOUTORANDOS
- 6.39 – NÚMERO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO
- 6.40 – NÚMERO DE DOCUMENTOS PRODUZIDOS (Tese, dissertações, livros)
- 6.41 – ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS ALUNOS

INDICADORES ESTRATÉGICOS

7 - INDICE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

INDICADORES TÁTICOS

7a – ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DOS PROJETOS DE PESQUISA

7b – ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES DOS PESQUISADORES

7c – INTENSIDADE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

INDICADORES OPERACIONAIS

7.1 – NÚMERO DE PROJETOS DE PESQUISA REGISTRADOS NO CNPq

7.2 – NÚMERO DE PROJETOS REGISTRADOS NO BANPESQ

7.3 – NÚMERO DE DOCENTES COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA

7.4 – NÚMERO DE BOLSISTAS COM PRODUÇÃO EM PESQUISA CNPq

7.5 – NÚMERO DE GRUPOS DE PESQUISA CNPq

7.6 – NÚMERO DE ORIENTADORES DE PÓS-GRADUAÇÃO

7.7 – NÚMERO DE ORIENTADORES DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

7.8 – NÚMERO DE ORIENTANDOS DE POS-GRADUAÇÃO

7.9 – NÚMERO DE ORIENTANDOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

7.10 – NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS

7.11 – NÚMERO DE TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS

7.12 - NÚMERO DE TRABALHOS COMPLETOS PUBLICADOS EM ANAIS DE CONGRESSOS, SIMPÓSIOS ETC

7.13 - NÚMERO DE APRESENTAÇÕES DE PALESTRAS E PARTICIPAÇÕES EM MESAS REDONDAS EM EVENTOS CIENTÍFICOS

7.14 - NOTAS CAPES DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÕES

7.15 - CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA PESQUISA

7.16 – GASTO COM PESQUISA

- 7.17 - GRAU DE CONSOLIDAÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISAS CNPq
- 7.18 - NÚMERO DE PATENTES, LICENÇAS E OUTROS
- 7.19 - HORAS DE UTILIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA
- 7.20 – HORAS DE UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS
- 7.21 – NÚMERO DE PESQUISAS JULGADAS NO PERÍODO
- 7.22 - NÚMERO DE PESQUISAS ACEITAS NO PERÍODO
- 7.23 - NUMERO DE PESQUISAS POR LINHA NO PERÍODO
- 7.24 – NÚMERO DE PESQUISAS REALIZADAS POR PESQUISADORES
- 7.26 – NÚMERO, TIPO DE FONTES DE FINANCIAMENTO E VALORES
- 7.27 – NÚMERO DE PESQUISAS COM APLICAÇÃO PRÁTICA
- 7.28 – ÍNDICE DE PRODUTIVIDADE POR DEPARTAMENTO
- 7.29 – NÚMERO DE CITAÇÕES POR PUBLICAÇÃO E RELACIONADA A UM PADRÃO INTERNACIONAL (a média mundial ou da UFPR)
- 7.30 – HORAS TRABALHADAS EMPESQUISA
- 7.31 – NÚMERO DE PUBLICAÇÕES POR ANO
- 7.32 – ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS POR CURSO
- 7.33 – ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS ALUNOS

Fonte: BITTAR, O. J. N., 2004; 2008; TORRES, D. F. M.; SIMÕES, H. C., 2009 E COLETADOS NO HC-UFPR, 2010
16.07.2010

APÊNDICE 5 – SERVIÇO DE TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA (STMO-HC-UFPR)

O transplante de medula óssea representa um dos procedimentos de maior eficácia no tratamento de doenças hematológicas malignas (como as Leucemias), não malignas (como as Anemias) e algumas doenças genéticas. É um procedimento complexo, que exige equipe multiprofissional e multidisciplinar e infraestrutura hospitalar apropriada para suportar as múltiplas complicações a que os transplantados estão sujeitos. Além disso, os centros de transplantes que atuam de forma sistemática funcionam com a utilização das mais modernas técnicas existentes, dentro de padrões estabelecidos por organismos mundiais.

O Serviço de Transplante de Medula Óssea do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná em Curitiba (STMO-HC-UFPR) é o maior centro de transplantes de medula óssea do Brasil e o primeiro internacionalmente acreditado e credenciado para realizar transplantes entre não-aparentados.

Iniciou suas atividades, no Brasil, em 1979 de forma pioneira na América Latina, sendo reconhecido pelo Ministério da Saúde, em 1993, como Centro de Excelência. Em seus 31 anos de história realizou um total de 2126 transplantes, sendo que em 2010 bateu seu próprio recorde realizando 132 transplante (66 alogênico aparentado, 50 alogênico não aparentado e 16 autólogos). Está entre os poucos serviços do mundo que realizam mais que 100 transplantes por ano. Os números dos procedimentos e o sucesso obtido na recuperação de pacientes conferem ao STMO-HC-UFPR o reconhecimento como **Centro de Referência**.

O STMO-HC-UFPR ocupa uma área física de aproximadamente 1.500 m², subdividido nas unidades de internação e ambulatório. Mobiliza cerca de 150 profissionais de saúde que são liderados pelo Chefe do Serviço, Professor Dr. José Zanis Neto. Esses profissionais dominam as técnicas mais sofisticadas existentes no mundo. O serviço age em estreita cooperação com outras áreas do HC-UFPR, como os laboratórios de imunogenética, citogenética, hematologia, imunofenotipagem e a unidade de criopreservação de frações do sangue, para oferecer um padrão científico de nível internacional, comprovado pelas taxas de sucesso, semelhantes às dos melhores centros de transplantes mundiais. Com a implantação do novo modelo gerencial do HC-UFPR, o STMO-HC-UFPR integra a Unidade Funcional de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia (UHHO).

O Serviço, além de ser referência nacional, está cientificamente vinculado aos grandes centros internacionais como o *CENTER FOR INTERNATIONAL BLOOD & MARROW TRANSPLANT RESEARCH (CIBMTR) - Milwaukee, WI, USA*, que registra os dados de transplante de todo o mundo e o *National Marrow Donor Program (NMDP)*, que é o maior registro de doadores voluntários de medula óssea do mundo e vem acreditando anualmente com grau 100% o STMO-HC-UFPR.

Como centro de pesquisa científica e formação de recursos humanos especializados, o STMO-HC-UFPR mantém um ativo intercâmbio com centros médicos brasileiros e do

exterior, contribuindo, assim, para a difusão das técnicas de transplante. Médicos e pesquisadores de instituições de renome internacional como o *Saint Jude Children's Research Hospital*, *The Rockefeller University Hospital*, *University of Minnesota* e *Fred Hutchinson Cancer Center* dos Estados Unidos e *Hôpital Saint Louis* de Paris, França, desenvolvem trabalhos conjuntos com profissionais do STMO-HC-UFPR em diversas áreas de aplicação dos transplantes de medula óssea.

Os recursos para as ações do STMO-HC-UFPR, em sua maioria são oriundos do Governo Federal, em forma de aporte de recursos humanos pela UFPR, pagamento pelo SUS pelos procedimentos realizados e alguns programas específicos. Os recursos federais, no entanto, não são suficientes para o desenvolvimento adequado de todas as atividades. Por esta razão o STMO -HC-UFPR, ao longo da sua existência e graças às suas conquistas, tem conseguido outras parcerias importantes. Com o Governo do Estado do Paraná; entidades de apoio, em especial a Associação Alírio Pfiffer fundada em 1989; sociedade civil organizada e empresas privadas, como a TELEPAR, ParkShopping Barigüí e outras.

A produção científica do STMO-HC-UFPR, até 2010, pode ser resumida da seguinte maneira:

TRABALHOS PUBLICADOS (em revistas especializadas)		239
Nacionais	72	
Internacionais	167	
TRABALHOS APRESENTADOS EM CONGRESSOS		612
Nacionais	508	
Internacionais	104	
TESES DA PÓS-GRADUAÇÃO		
Mestrado		26
Doutorado		4
DISSERTAÇÕES EM FASE DE ELABORAÇÃO		8
ESTAGIÁRIOS MÉDICOS DE OUTROS CENTROS		
- NACIONAIS - SP, BA, PE, RS, SC, GO, RJ, MG, PR		135
- INTERNACIONAIS - Equador, Argentina, Chile, Venezuela, Peru, Ucrânia, Cuba,		24

Outros

E as linhas de pesquisas desenvolvidas no STMO – HC/UFPR são:

EPIDEMIOLOGIA E TRATAMENTO DA ANEMIA APLÁSTICA

BIOLOGIA E TRATAMENTO DA ANEMIA DE FANCONI

INVESTIGAÇÃO DE NOVAS DROGAS LIGADAS AO TRANSPLANTE

NOVAS MODALIDADES DE TRANSPLANTES (Mieloablativos, Não Mieloablativos, Haplo-identicos)

TRANSPLANTE AUTÓLOGO (Hemopatias malignas e não malignas, Doenças Autoimunes)

TRANSPLANTES COM DOADOR NÃO APARENTADO

TRANSPLANTES COM SANGUE DE CORDÃO UMBILICAL

TRANSPLANTES DE CÉLULAS TRONCO HEMOPOIÉTICAS (TCTH) EM LACTENTES

TRANSPLANTES DE CÉLULAS TRONCO HEMOPOIÉTICAS (TCTH) EM DOENÇAS GENÉTICAS RARAS

Fonte: CASTOR, B. V. J. 2009?; ROSENMANN, M. C., 2009; SKORA, C. M., 1999; ZANIS NETO, J. 2010.
15.02.11

APÊNDICE 6 – INDICADORES DO STMO-HC-UFPR NA FORMA DE
CAPILARIDADE

ÁREAS CONTEMPLADAS: RECURSOS HUMANOS; FATURAMENTO;
ASSISTENCIA; ENSINO E PESQUISA

INDICADORES ESTRATÉGICOS

- 1 – TAXA DE OCUPAÇÃO
- 2 – MÉDIA DE PERMANENCIA
- 3 - ÍNDICE DE CUSTOS
- 4 – INDICE DE RECEITAS
- 5 – INDICE DE PRODUTIVIDADE
- 6 - INDICE DE ENSINO
- 7 - INDICE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

INDICADORES TÁTICOS

- 1a – ÍNDICE DE GIRO
- 1b – INDICE DE SUBSTITUIÇÃO
- 2a – MÉDIA DE PERMANENCIA
- 2b – TAXA DE OCUPAÇÃO
- 3a – ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DOS CUSTOS DAS UNIDADES
- 4a – ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DE RECEITAS DAS UNIDADES
- 4b – ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS VIÁVEIS PARA PACTUAÇÃO COM O GESTOR LOCAL (CONTRATUALIZAÇÃO)
- 5a - LEVANTAMENTO HISTÓRICO DA PRODUTIVIDADE
- 6a – ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE DE ENSINO
- 6b – ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE DE ENSINO DO PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA
- 6c – ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE VAGAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

6d – ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

7a – ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA

7b – ACOMPANHAMENTO DE ATIVIDADES DOS PESQUISADORES

7c – INTENSIDADE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

INDICADOR ESTRATÉGICO

1 – TAXA DE OCUPAÇÃO

INDICADOR TÁTICO

1a – ÍNDICE DE GIRO

1b – ÍNDICE DE SUBSTITUIÇÃO

INDICADORES OPERACIONAIS

1.1 – ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE LEITOS

1.2 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS

1.3 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE

1.4 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS

1.5 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES

1.6 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR LEITO

1.7 – NÚMERO DE PROCEDIMENTOS

1.8 – REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

1.9 - PRIORIZAÇÃO DOS EXAMES EM MENOR TEMPO POSSÍVEL

1.10 – REALIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS

1.11 - NÚMERO DE CIRURGIAS POR SALA

1.12 - ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO

1.13 - DISPONIBILIDADE DE UTI

1.14 – ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR

1.15 – DEMANDA REPRIMIDA/LISTA DE ESPERA

1.16 - NÚMERO DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS

1.17 – FAIXA ETÁRIA DO PACIENTE

1.18 – TIPO DE DIAGNÓSTICO

1.19 – MÉDIA DE PERMANENCIA

INDICADOR ESTRATÉGICO

2 – MÉDIA DE PERMANENCIA

INDICADOR TÁTICO

2a – MÉDIA DE PERMANENCIA

2b - TAXA DE OCUPAÇÃO

INDICADORES OPERACIONAIS

2.2 – ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE LEITOS

2.2 – NÚMERO DE PACIENTE/DIA

2.3 – NÚMERO DE ALTAS

2.4 – NÚMERO DE ÓBTOS

2.5 – NÚMERO DE TRANSFERENCIAS

2.6 – SATISFAÇÃO DO PACIENTE

2.7 – SATISFAÇÃO DO ACOMPANHANTE

2.8 – SATISFAÇÃO DO VISITANTE

2.9 - REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL

2.10 - PRIORIZAÇÃO DOS EXAMES EM MENOR TEMPO POSSÍVEL

2.11 - REALIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS

2.12 - NÚMERO DE CIRURGIAS POR SALA

2.13 - ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO

2.14 - DISPONIBILIDADE DE UTI

2.15 – ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR

2.16 - NÚMERO DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS

2.17 - ÍNDICE DE INFECÇÃO HOSPITALAR

INDICADOR ESTRATÉGICO

3 – ÍNDICE DE CUSTOS

INDICADOR TÁTICO

3a – ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DOS CUSTOS DAS UNIDADES

INDICADORES OPERACIONAIS

3.1 – CONTROLE DE HORA EXTRA

3.2 - ÍNDICE DE HORA EXTRA POR UNIDADE E/OU POR SERVIÇO

3.3 - CUSTO DE HORA EXTRA POR UNIDADE E/OU POR SERVIÇO

3.4 – CONTROLE DE DESPERDÍCIO DE MEDICAMENTOS

3.5 – CONTROLE DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS

3.6 – ANÁLISE DE USO DE ROUPA HOSPITALAR

3.6a – CONTROLE DA ROUPA SEMI LIMPA

3.6b – CONTROLE DA ROUPA SUJA

3.7 - CONTROLE DO CONSUMO DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR

3.8 - CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES POR DIETAS/DIA

3.8a – CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES PELA QUALIDADE

3.8b – CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES POR QUANTIDADE

3.9 – CONTROLE DE DESPERDÍCIOS ALIMENTARES POR DIETA/DIA

- 3.10 – CONTROLE DO USO DE ENERGIA ELETRICA
- 3.11 – CONTROLE DO USO DE ÁGUA
- 3.12 – ANÁLISE DA PRODUÇÃO POR ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE
- 3.13a – NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR ÁREAS CRÍTICAS
- 3.13b - NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR ÁREAS NÃO CRÍTICAS
- 3.14 – NÚMERO DE MÉDICOS POR LEITO
- 3.15 – NÚMERO DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS
- 3.16 – DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL
- 3.17 – TAXA DE ABSENTEISMO
- 3.18 – NÚMERO DE EXAMES POR PACIENTE
- 3.19 – NÚMERO DE CONSULTAS
- 3.20 – QUANTIDADE E TIPO DE PERFURO CORTANTE ENVIADOS PARA LAVANDERIA
- 3.21 – QUILOS DE SUCATA/ANO
- 3.22 – ÍNDICE DE INFECÇÃO HOSPITALAR
- 3.23 – NÚMERO DE CIRURGIAS SUSPENSAS COM INDICAÇÃO DO MOTIVO
- 3.24 – ANÁLISE DOS RECURSOS EMPREGADOS EM SERVIÇOS TERCEIRIZADOS
- 3.25 – CONTROLE DE CONSUMO DE MATERIAIS DE LIMPEZA
- 3.26 - CONTROLE DE CONSUMO DE MATERIAIS DE MANUTENÇÃO
- 3.27 – CONTROLE DE USO DE TELEFONE
- 3.28 – ÍNDICE DE ROTATIVIDADE DOS FUNCIONÁRIOS

INDICADOR ESTRATÉGICO

- 4 – INDICE DE RECEITAS

INDICADOR TÁTICO

4a – ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DE RECEITAS DAS UNIDADES

4b – ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS VIÁVEIS PARA PACTUAÇÃO COM O GESTOR LOCAL (CONTRATUALIZAÇÃO)

INDICADORES OPERACIONAIS

4.1 – CAPACIDADE PLANEJADA (LEITOS)

4.2 – CAPACIDADE OPERACIONAL (LEITOS)

4.3 – CAPACIDADE OCIOSA

4.4 – NÚMERO DE CONSULTAS/CONSULTÓRIO/DIA

4.5 – NÚMERO DE CIRURGIAS/SALA CIRÚRGICA/DIA

4.6 – NÚMERO DE EXAMES/EQUIPAMENTO/DIA

4.7 – ÍNDICE DE PRODUÇÃO POR FUNCIONÁRIO DA ÁREA/SUBÁREA

4.8 – CUSTO COM PROCEDIMENTOS

4.9 – GASTOS DA UNIDADE

4.10 – ANÁLISE DE CUSTO BENEFÍCIO POR PROCEDIMENTO

4.11 – RECEITA MÉDIA MENSAL PROVENIENTE DO SUS

4.12 - ROTAÇÃO DE ESTOQUE

4.13 – PERÍODO MÉDIO DE ESTOCAGEM

4.14 - LEVANTAMENTO HISTÓRICO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC (MS) e Limite Financeiro da Média e Alta Complexidades - MAC (MS))

INDICADOR ESTRATÉGICO

5 – INDICE DE PRODUTIVIDADE

INDICADOR TÁTICO

5a – LEVANTAMENTO HISTÓRICO DA PRODUTIVIDADE

INDICADORES OPERACIONAIS

5.1 – INDICE DE PRODUÇÃO POR FUNCIONÁRIO DA ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE

5.2 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS

5.3 – NÚMERO DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS

5.4 – NÚMERO DE CONSULTAS DE PRIMEIRA VEZ

5.5 – NÚMERO DE RECONSULTAS POR PACIENTES

5.6 – NÚMERO DE INTERNAÇÕES

5.7 – LISTA DE ESPERA E TEMPO DE ESPERA

5.8 – NÚMERO DE PACIENTE/DIA

5.9 - NÚMERO DE CIRURGIAS

5.10 – TAXA DE UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO

5.11 – NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA

5.12 – ESCALA DE SERVIÇO MENSAL (Médicos, enfermeiros e pessoal de apoio)

5.13 – GERENCIAMENTO DE FERIADOS

5.14 – NÚMERO DE MEDICOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO

5.15 - NÚMERO DE ENFERMEIROS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO

5.16 - NÚMERO DE PESSOAL DE APOIO POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO

5.17 – SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO

5.18 – SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO

5.19 – NÚMERO DE EXAMES

INDICADOR ESTRATÉGICO

6 – ÍNDICE DE ENSINO

INDICADOR TÁTICO

6a – ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE DE ENSINO

6b – ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE DE ENSINO DO PROGRAMA DE RESIDENCIA MÉDICA

6c – ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE VAGAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

6d – ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO

INDICADORES OPERACIONAIS

6.1 – CARGA HORÁRIA DE ENSINO

6.2 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA TREINAMENTO/CATEGORIA

6.3 – GASTO COM ENSINO

6.4 – GASTO POR ALUNO

6.5 – DESPESAS POR ALUNO POR CURSO

6.6 - DESEMPENHO DOS ALUNOS NO ENADE

6.7 - TAXA DE EVASÃO

6.8 - CRESCIMENTO INTERANUAL

6.9 - TIPOS DE COTAS

6.10 - PERCENTUAL DE EGRESSO POR COTAS PARA CADA CURSO

6.11 – TURNO DOS CURSOS

6.12 – HORAS DE UTILIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA

6.13 – HORAS DE UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS

6.14 – % DE APROVAÇÃO

6.15 – NÚMERO DE ALUNOS ATENDIDOS POR DEPARTAMENTO

- 6.16 – NÚMERO DE ALUNOS POR CURSO
- 6.17 - TEMPO MÉDIO PARA CONCLUSÃO DOS CURSOS
- 6.18 – ÍNDICE DE QUALIFICAÇÃO DO CORPO DOCENTE
- 6.19 – RELAÇÃO MÉDIA DE ALUNOS POR DOCENTE
- 6.20 – TAMANHO MÉDIO DAS TURMAS
- 6.21 – FAIXA ETÁRIA DOS ALUNOS POR CURSO
- 6.22 – INVESTIMENTO MÉDIO POR CURSO EM ATIVIDADES DE EXTENSÃO
- 6.23 – ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS POR CURSO
- 6.24 – CAPACIDADE DE ACESSO A REDES DE COMUNICAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO
- 6.25 – NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO DOS DOCENTES EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ALUNOS POR CURSO
- 6.26 – RELAÇÃO ALUNOS/PROFESSOR TEMPO INTEGRAL
- 6.27 – RELAÇÃO ALUNOS/HORA DE TRABALHO DO PROFESSOR
- 6.28 – NÚMERO DE MÉDICOS COM DEDICAÇÃO AO ENSINO
- 6.29 – NÚMERO TOTAL DE HORAS DO DOCENTE NA ASSISTENCIA
- 6.30 – NÚMERO DE HORAS DO DOCENTE NO ENSINO
- 6.31 - NÚMERO DE DOCENTES COM DOUTORADO
- 6.32 - NÚMERO DE DOCENTES COM MESTRADO
- 6.33 – NUMERO DE DOCENTES POR CURSO
- 6.34 - NÚMERO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS POR CURSO
- 6.35 – NÚMERO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS VOLUNTÁRIOS
- 6.36 – CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS
- 6.37 – NÚMERO DE RESIDENTES POR CATEGORIA OU ESPECIALIDADE
- 6.38 – NÚMERO DE RESIDENTES POR CONVENIO COM O MEC
- 6.39 – NÚMERO DE RESIDENTES POR CONVENIO COM AS SOCIEDADES ESPECIALIZADAS
- 6.40 – EXIGÊNCIA DE MONOGRAFIA NO TÉRMINO DA RESIDENCIA

6.41 – DESEMPENHO DOS RESIDENTES NAS PROVAS DAS ESPECIALIDADES

6.42 – NÚMERO DE ESPECIALIZANDOS

6.43 - NÚMERO DE MESTRANDOS

6.44 - NÚMERO DE DOUTORANDOS

6.45 – NÚMERO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO

6.46 – NÚMERO DE DOCUMENTOS PRODUZIDOS (Tese, dissertações, livros)

6.47 – ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS ALUNOS

INDICADORES ESTRATÉGICOS

7 - INDICE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

INDICADORES TÁTICOS

7a – ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DOS PROJETOS DE PESQUISA

7b – ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES DOS PESQUISADORES

7c – INTENSIDADE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA

INDICADORES OPERACIONAIS

7.1 – NÚMERO DE PROJETOS DE PESQUISA REGISTRADOS NO CNPq

7.2 – NÚMERO DE PROJETOS REGISTRADOS NO BANPESQ

7.3 – NÚMERO DE DOCENTES COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA

7.4 – NÚMERO DE BOLSISTAS COM PRODUÇÃO EM PESQUISA CNPq

7.5 – NÚMERO DE GRUPOS DE PESQUISA CNPq

7.6 – NÚMERO DE ORIENTADORES DE PÓS-GRADUAÇÃO

7.7 – NÚMERO DE ORIENTADORES DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

7.8 – NÚMERO DE ORIENTANDOS DE POS-GRADUAÇÃO

7.9 – NÚMERO DE ORIENTANDOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

7.10 – NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS

- 7.11 - NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS POR RESIDENTE
- 7.12 – NÚMERO DE TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS
- 7.13 – NÚMERO DE TRABALHOS APRESENTADOS POR RESIDENTE EM EVENTOS CIENTÍFICOS
- 7.14 - NÚMERO DE TRABALHOS COMPLETOS PUBLICADOS EM ANAIS DE CONGRESSOS, SIMPÓSIOS ETC
- 7.15 - NÚMERO DE TRABALHOS COMPLETOS PUBLICADOS EM ANAIS DE CONGRESSOS, SIMPÓSIOS ETC. POR RESIDENTE
- 7.16 - NÚMERO DE APRESENTAÇÕES DE PALESTRAS E PARTICIPAÇÕES EM MESAS REDONDAS EM EVENTOS CIENTÍFICOS
- 7.17 - NÚMERO DE APRESENTAÇÕES DE PALESTRAS E PARTICIPAÇÕES EM MESAS REDONDAS EM EVENTOS CIENTÍFICOS POR RESIDENTE
- 7.18 - NOTAS CAPES DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÕES
- 7.19 – POLÍTICA DE INVENTIVO E APOIO PARA O DESENVOLVIMENTO ACADEMICO E CIENTÍFICO (AUXILIO/DISPENSA/APOIO A PUBLICAÇÃO)
- 7.20 - CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA PESQUISA
- 7.21 - GASTO COM PESQUISA
- 7.22 - GRAU DE CONSOLIDAÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISAS CNPq
- 7.23 - NÚMERO DE PATENTES, LICENÇAS E OUTROS
- 7.24 - HORAS DE UTILIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA
- 7.25 – HORAS DE UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS
- 7.26 – NÚMERO DE PESQUISAS JULGADAS NO PERÍODO
- 7.27 - NÚMERO DE PESQUISAS ACEITAS NO PERÍODO
- 7.28 - NUMERO DE PESQUISAS POR LINHA NO PERÍODO
- 7.29 – NÚMERO DE PESQUISAS REALIZADAS POR PESQUISADORES
- 7.30 – NÚMERO, TIPO DE FONTES DE FINANCIAMENTO E VALORES
- 7.31 – NÚMERO DE PESQUISAS COM APLICAÇÃO PRÁTICA
- 7.32 – ÍNDICE DE PRODUTIVIDADE POR DEPARTAMENTO

7.33 – NÚMERO DE CITAÇÕES POR PUBLICAÇÃO E RELACIONADA A UM PADRÃO INTERNACIONAL (a média mundial ou da UFPR)

7.34 – HORAS TRABALHADAS EM PESQUISA

7.35 – NÚMERO DE PUBLICAÇÕES POR ANO

7.36 – ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS POR CURSO

7.37 – ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS ALUNOS

**FONTE: Lista original; lista do HC-UFPR e coletados no TMO
26.07.10**

APÊNDICE 7 – INDICADORES PARA O HC-UFPR (PRODUTO FINAL)

QUADRO 1E – INDICADORES ESTRATÉGICOS – HC-UFPR – DIRETRIZ 1

INDICADORES ESTRATÉGICOS HC-UFPR
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)
<ul style="list-style-type: none"> - ANÁLISE ECONOMICO-FINANCEIRA - Resultado antes dedução da receita; - Resultado Financeiro; - Superávit/Déficit Operacional – Recorrente; - Superávit/Déficit Operacional Antes do Financeiro) - Receita Própria
<ul style="list-style-type: none"> - INDICE DE RECEITAS - Total da Receita Bruta; - Participação da assistência, educação e prevenção na receita; - Participação da cultura na receita; - 37C - Participação da pesquisa na receita; - Participação de recursos extraordinários nos investimentos de capital (ONG, Emendas parlamentares, doação de equipamentos pelo Estado); - Participação do ensino na receita (horas trabalhadas dos docentes); - Participação dos serviços acessórios na receita (Laboratórios especializados); - Receita SUS
<ul style="list-style-type: none"> - INDICE DE CUSTOS - Custo dos serviços, - Custos com Materiais de Consumo; - Custos com Pessoal de Terceiros (Pessoal de apoio e FUNPAR); - Custos com Pessoal próprio; - Custos/Despesas Gerais e Tributárias; - Custo efetivo do HC-UFPR - Depreciações
<ul style="list-style-type: none"> - INDICE DE PRODUTIVIDADE - Resultado Operacional; (Despesas sem fontes alternativas) - Total de Procedimentos - Lembrança da Marca – Top of Mind - Participação da assistência, educação e prevenção nos resultados - Participação da cultura nos resultados - Participação da pesquisa nos resultados - Participação do ensino nos resultados - Participação dos serviços acessórios nos resultados - Participação dos projetos de Responsabilidade Social desenvolvidos em parceria com a FUNPAR nos resultados - Participação dos projetos de Responsabilidade Social desenvolvidos em parceria com o Governo (Convênios com as Unidades 24horas; IML e o Ministério Público) - Satisfação dos clientes paciente/acompanhante - Geral - Serviços prestados ao SUS - Total Paciente-dia - Reclamações dos clientes internos e externos

- Satisfação dos clientes internos
- Total de Consultas
- Total de exames
- Total de Internações

QUADRO 2T – INDICADORES TÁTICOS – HC-UFPR – DIRETRIZ 1

INDICADORES TÁTICOS HC –UFPR

Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)

- ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DE RECEITAS DAS UNIDADES

- Geração de Resíduos Sólidos Biológicos
- Participação da assistência, educação e prevenção na receita
- Participação da cultura na receita
- Participação da pesquisa na receita
- Participação de recursos extraordinários nos investimentos de capital
- Participação do ensino na receita
- Participação dos serviços acessórios na receita
- Remuneração SUS para cada R\$ 100 de custo
- Receita SUS
- Parecer sem ressalva sobre as demonstrações contábeis

- ANÁLISE VERTICAL E HORIZONTAL DOS CUSTOS DAS UNIDADES

- Intercorrências assistenciais
- Custo dos serviços
- Custos com Materiais de Consumo
- Custos com Pessoal de Terceiros
- Custos com Pessoal próprio
- Custos/Despesas Gerais e Tributárias
- Depreciações
- Acidentes com resíduos perfuro-cortantes relacionados ao descarte inadequado
- Absenteísmo
- Desligamento geral

- LEVANTAMENTO HISTÓRICO DA PRODUTIVIDADE

- Consulta SUS
- Ações de Marketing implementadas
- Cumprimento da amostragem mínima da pesquisa de satisfação do paciente/acompanhante
- Participação da assistência, educação e prevenção nos resultados
- Participação da cultura nos resultados
- Participação da pesquisa nos resultados
- Participação do ensino nos resultados
- Participação dos serviços acessórios nos resultados
- Projetos de Responsabilidade Social desenvolvidos em parceria com a FUNPAR
- Projetos de Responsabilidade Social desenvolvidos em parceria com o Governo
- Reclamações de paciente SUS
- Retorno das reclamações dos clientes
- Taxa de mortalidade
- Voluntários em atividade no HC-UFPR
- Internações SUS
- Paciente-dia SUS
- Existência física de bens inventariados
- Volumes com resíduos sólidos adequadamente separados
- Exames SUS
- Procedimentos SUS
- Satisfação do cliente médico
- Taxa quinzenal de verificação de andamento dos processos

- ÍNDICE DE GIRO

- Rotatividade de leitos
- ÍNDICE DE SUBSTITUIÇÃO
- MÉDIA DE PERMANÊNCIA
- TAXA DE OCUPAÇÃO

QUADRO 30 – INDICADORES OPERACIONAIS – HC-UFPR – DIRETRIZ 1

INDICADORES OPERACIONAIS HC – UFPR
Diretriz 1 – Alcançar a Sustentabilidade (Projeto “Compromisso com o Faturamento”)
- CAPACIDADE PLANEJADA (LEITOS) - Número de leitos
- CAPACIDADE OPERACIONAL (LEITOS) - Ocupação total - Ocupação por especialidade
- CAPACIDADE OCIOSA (LEITOS)
- ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE LEITOS
- NÚMERO DE CONSULTAS - Consultas realizadas - Total de Consultas
- NÚMERO DE CONSULTAS/CONSULTÓRIO/DIA - Consultas atendidas no prazo - Consultas iniciadas no prazo de 30 minutos - Consultas pontuais - Agendas de consultas iniciadas dentro do prazo - Consultas atendidas dentro do prazo de 1 hora - Consultas de emergências realizadas - Consultas iniciadas no prazo de 20 minutos
- NÚMERO DE CONSULTAS DE PRIMEIRA VEZ
- NÚMERO DE RECONSULTAS POR PACIENTES - Consultas pelo mesmo motivo em 24 horas (nos SEMUNS)
- NÚMERO DE CIRURGIAS/SALA CIRÚRGICA/DIA - Cesáreas - Cirurgias iniciadas na hora marcada - Cirurgias agendadas
- NÚMERO DE CIRURGIAS SUSPENSAS COM INDICAÇÃO DO MOTIVO - Cirurgias suspensas - Suspensão de cirurgias eletivas
- TAXA DE UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
- ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE CENTRO CIRÚRGICO
- DISPONIBILIDADE DE UTI
- NÚMERO DE EXAMES/EQUIPAMENTO/DIA - Exames realizados - Taxa de suspensão de exames - Tempo do equipamento parado – EC - Tempo resposta-externo (Equipamentos Eletro-Médicos) – EC - Tempo resposta-interno (Equipamentos Eletro-Médicos) – EC
- NÚMERO DE EXAMES POR PACIENTE - Remarcação de exames devido ao mal preparo

<ul style="list-style-type: none"> - Exames com resultado dentro dos padrões da normalidade - Exames imuno-hemato SUS realizados - Exames SIA/SUS realizados - Exames sorológicos realizados - Exames SUS - Total de exames
<p>- REALIZAÇÃO DE EXAMES PRÉ-OPERATÓRIOS NO ATENDIMENTO AMBULATORIAL</p>
<p>- PRIORIZAÇÃO DOS EXAMES EM MENOR TEMPO POSSÍVEL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Laudos periciais entregues no prazo de 15 dias úteis - Amostras analisadas no laboratório de microbiologia - Exames ECO realizados no prazo (30 minutos) - Exames ECO ambulatório entregues no prazo (48 horas) - Exames ECO ambulatório realizados no prazo (conforme agenda) - Exames ECO entregues no prazo (2 horas) ramos v - Exames ECO internados entregues no prazo (na hora) - Exames ECO internados realizados no prazo (24 horas) - Exames entregues no prazo - Exames entregues no prazo de 48 horas - Exames RX ambulatório realizados no prazo (conforme agenda) - Exames RX ambulatório SUS entregues no prazo (7 dias) - Exames RX e ECO entregues no prazo - Exames RX entregues no prazo (2 horas) - Exames RX internados SUS entregues no prazo (12 horas) - Exames RX realizados no prazo (2 horas) - Laudos de emergência entregues em até 1 hora - Laudos de emergência prioritária entregues em até 30 minutos - Laudos de rotina entregues em até 8 horas - Laudos de urgência entregues em até 3 horas - MICO Exames micológicos direto entregues no prazo - Não conformidades com laudos - Exames entregues no prazo de 48 horas - Exames entregues no prazo
<p>- NÚMERO DE PROCEDIMENTOS NA INTERNAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos realizados por especialidades - Total de procedimentos realizados
<p>- CUSTO COM PROCEDIMENTOS</p>
<p>- LEVANTAMENTO HISTÓRICO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO - Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC (MS) e Limite Financeiro da Média e Alta Complexidades - MAC (MS)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos SUS - Total de Procedimentos
<p>- ANÁLISE DE CUSTO BENEFÍCIO POR PROCEDIMENTO</p>
<p>- NÚMERO DE PACIENTE/DIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Paciente-dia - Pacientes com distribuição de terapia via oral

<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO/TEMPO DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS - Atendimento a chamada em até 5 minutos - Atendimento ao cliente em até 20 segundos - Duração do atendimento em até 2 minutos - Presteza aos chamados - Procedimentos realizados no prazo (2 horas) - Procedimentos realizados no prazo (30 minutos) - Pacientes atendidos no prazo de 15 minutos - Tempo de retorno dos pacientes em até 20 minutos - Total de atendimentos
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE ATENDIMENTOS EMERGENCIAIS - Pacientes com definição diagnóstica de dor torácica em até 30 min. e de outros Programas específicos
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE ATENDIMENTOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE INTERNAÇÕES - Internações realizadas por especialidades - Internações realizadas em 20 minutos - Total de Internações
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE INTERNAÇÕES POR LEITO - Pacientes internados com a presença do prontuário - Internações com guias autorizadas no prazo
<ul style="list-style-type: none"> - ÍNDICE DE PRODUÇÃO POR FUNCIONÁRIO DA ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE - Produtividade / Funcionário dia
<ul style="list-style-type: none"> - ANÁLISE DA PRODUÇÃO POR ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR ÁREAS CRÍTICAS
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE FUNCIONÁRIOS POR ÁREAS NÃO CRÍTICAS
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE MÉDICOS POR LEITO
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE MÉDICOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE ENFERMEIROS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE PESSOAL DE APOIO POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO
<ul style="list-style-type: none"> - DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL - Disponibilidade de Servidores
<ul style="list-style-type: none"> - ESCALA DE SERVIÇO MENSAL (Médicos, enfermeiros e pessoal de apoio)
<ul style="list-style-type: none"> - SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO - Satisfação do cliente funcionário atendido na Casa 3 - Reclamação dos clientes de vestiários - Satisfação da equipe funcional - Satisfação dos clientes internos
<ul style="list-style-type: none"> - SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO - Satisfação do cliente corpo clínico - Satisfação do cliente médico detentor de agenda - Satisfação do cliente médico - Satisfação do cliente médico em relação a Assistência Nutricional
<ul style="list-style-type: none"> - CONTROLE DE HORA EXTRA

- ÍNDICE DE HORA EXTRA POR UNIDADE E/OU POR SERVIÇO
- CUSTO DE HORA EXTRA POR UNIDADE E/OU POR SERVIÇO
- TAXA DE ABSENTEISMO - Absenteísmo de pacientes - Absenteísmo
- ROTAÇÃO DE ESTOQUE - Acuracidade dos estoques - Controle de armazenagem de medicamentos de alta vigilância - Rotatividades dos Estoques; - Baixa rotatividade
- PERÍODO MÉDIO DE ESTOCAGEM - Dias de estoque
- CONTROLE DO CONSUMO DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR - Materiais devolvidos integralmente - Materiais liberados no prazo
- ANÁLISE DE DISPONIBILIDADE DE MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR - Ocorrências com furto de bens patrimoniais
- CONTROLE DE DESPERDÍCIO DE MEDICAMENTOS - Adequação ao uso de antibiótico
- CONTROLE DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS
- CONTROLE DE CONSUMO DE MATERIAIS DE LIMPEZA
- CONTROLE DE CONSUMO DE MATERIAIS DE MANUTENÇÃO
- ANÁLISE DE USO DE ROUPA HOSPITALAR
- CONTROLE DA ROUPA SEMI LIMPA
- CONTROLE DA ROUPA SUJA
- QUANTIDADE E TIPO DE PERFURO CORTANTE ENVIADOS PARA LAVANDERIA
- CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES POR DIETA/DIA - Acertos térmicos servidos - Refeições (térmicos) de pacientes servidos corretamente - Refeições de pacientes servidos corretamente na Unidade de Internação
- CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES PELA QUALIDADE
- CONTROLE DE SOBRAS ALIMENTARES POR QUANTIDADE
- CONTROLE DE DESPERDÍCIOS ALIMENTARES POR DIETA/DIA
- CONTROLE DO CUMPRIMENTO DO HORÁRIO DAS REFEIÇÕES - Cumprimento de horários com buffet completo no café da manhã e almoço - Cumprimento do horário da liberação dos térmicos para DND copas - Satisfação do cliente refeitório
- CONTROLE DO USO DE ENERGIA ELETRICA
- CONTROLE DO USO DE ÁGUA
- CONTROLE DE USO DE TELEFONE
- QUILOS DE SUCATA/ANO
- GERENCIAMENTO DE RESÍDUOS - Geração de Resíduos Sólidos Biológicos, Químicos, Recicláveis - Geração de resíduo comum - Geração de resíduo reciclável

<ul style="list-style-type: none"> - Geração de resíduos do grupo B - Geração de resíduos do grupo D - Volumes com resíduos sólidos adequadamente separados
<ul style="list-style-type: none"> - ANÁLISE DOS RECURSOS EMPREGADOS EM SERVIÇOS TERCEIRIZADOS
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE COMPLICAÇÕES OU INTERCORRÊNCIAS - Intercorrências assistenciais - Incidência de úlcera por pressão (UP) na UTI - Reações hemolíticas agudas - Reações transfusionais febris - Reações transfusionais por contaminação bacteriana - Reações transfusionais urticariformes
<ul style="list-style-type: none"> - ÍNDICE DE INFECÇÃO HOSPITALAR - Infecção de acessos vasculares - Infecção hospitalar cirúrgica adulto - Infecção hospitalar cirúrgica pediátrica - Infecção hospitalar nas UTIs - Infecção puerperal de cesareanas - Infecção puerperal de parto normal - Infecção hospitalar
<ul style="list-style-type: none"> - REALIZAÇÃO DOS PROTOCOLOS CLÍNICOS - Adequação à vigilância de processos técnicos assistenciais - Avaliação das normas Hospital Amigo da Criança - Controle de higienização de acordo com o protocolo - Taxa de protocolos assistenciais implantados - Adesão a política de padronização - Alteração na padronização MED/MAT
<ul style="list-style-type: none"> - DEMANDA REPRIMIDA/LISTA DE ESPERA - Indisponibilidade de agendas/dia
<ul style="list-style-type: none"> - LISTA DE ESPERA E TEMPO DE ESPERA - Tempo médio de espera para consultas não agendadas - Tempo médio de espera no atendimento
<ul style="list-style-type: none"> - FAIXA ETÁRIA DO PACIENTE
<ul style="list-style-type: none"> - MÉDIA DE PERMANENCIA - Permanência por especialidade - Permanência geral
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE ALTAS - Altas efetivadas em 4h nas emergências - Altas efetivadas em 18h nas unidades de internação
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE ÓBITOS - Coefficiente de mortalidade materna - Óbito
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE TRANSFERENCIAS INTERNAS E EXTERNAS - Transferência de pacientes para outros serviços
<ul style="list-style-type: none"> - SATISFAÇÃO DO PACIENTE - Reincidência de reclamações do mesmo cliente

<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação de atendimento - Satisfação do cliente candidato - Satisfação do cliente do Banco de leite Humano - Satisfação do cliente doador - Satisfação do cliente paciente/familiar - Satisfação dos clientes em consultas e SADTs - Satisfação em emergências - Satisfação em internações - Satisfação de Atendimento - Satisfação do cliente paciente adulto - Satisfação do cliente paciente em relação a Assistência Nutricional
<ul style="list-style-type: none"> - SATISFAÇÃO DO ACOMPANHANTE - Reclamações dos clientes externos pac./acomp. - Satisfação do cliente familiar - Satisfação dos clientes pac./acomp.
<ul style="list-style-type: none"> - SATISFAÇÃO DO VISITANTE
<ul style="list-style-type: none"> - GASTOS DA UNIDADE - Avaliação de ações aprovadas para uso racional dos recursos disponíveis - Custo com reclamatória trabalhista - Entrega de apuração de custos específicos no prazo - Realização do contas a pagar - Realização do contas a receber - Custos com Despesas Gerais - Custos com Materiais de Consumo - Custos com Pessoal Terceiros - Débitos corretos - Depreciações - Custo
<ul style="list-style-type: none"> - RECEITA MÉDIA MENSAL PROVENIENTE DO SUS - AIH's rejeitadas (motivo interno) - Contas com alteração SUS - Contas com documentos completas, correta e entregue no prazo - Contas faturadas fora da competência (altas SIH/AIH) - Contas faturadas fora da competência (AMB/SADT) - Contas reapresentadas - Contas revisadas SUS - Contas sem cobertura (AIH) SUS - Contratos concluídos até o dia da integração - Contratos conforme ANS - Contratos firmados com garantia de margem financeira mínima - Contratos renovados em 60 dias do término do vencimento - Data de fechamento mensal do faturamento - Recuperação anual de glosas - Registro de débitos corretos - Contas devolvidas com pendência - Contas devolvidas pelo SMS por problemas

- Contas revisadas SUS de internação
- Faturado dentro da competência
- Laudos de AIH com autorização prévia
- Taxa de Glosas Procedentes
- Taxa de Glosas Revisadas
- Tempo Médio das contas em pré-faturamento
- Tempo médio de contas em auditoria
- Valor médio das contas
- Valores de contas devolvidas com pendência
- Receita SUS
- Total de Receitas

QUADRO 4E – INDICADORES ESTRATÉGICOS - HC-UFPR – DIRETRIZ 2

INDICADORES ESTRATÉGICOS HC –UFPR

Diretriz 2 – Reestruturação Administrativa e Gerencial (Projeto “HU – Uma Nova Cultura e um Novo Modelo de Gestão”)

- IMPLANTAR O NOVO MODELO DE GESTÃO

- IMPLANTAR A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO

QUADRO 5T – INDICADORES TÁTICOS – HC-UFPR – DIRETRIZ 2

INDICADORES TÁTICOS HC –UFPR

Diretriz 2 – Reestruturação Administrativa e Gerencial (Projeto “HU – Uma Nova Cultura e um Novo Modelo de Gestão”)

- EVOLUÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS

- DISSEMINAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO

QUADRO 6O – INDICADORES OPERACIONAIS – HC-UFPR – DIRETRIZ 2

INDICADORES OPERACIONAIS HC –UFPR

Diretriz 2 – Reestruturação Administrativa e Gerencial (Projeto “HU – Uma Nova Cultura e um Novo Modelo de Gestão”)

- DESEMPENHO DAS AÇÕES DE MARKETING PARA DIVULGAÇÃO DO PROJETO DAS UNIDADES FUNCIONAIS

- Cumprimento de prazo de entrega das ações de MKT

- ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DAS AÇÕES DE MARKETING NOS DIFERENTES AMBIENTES VIÁVEIS PARA A IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS
- ANÁLISE DO RESULTADO DAS AÇÕES DE MARKETING
- ANÁLISE E ACOMPANHAMENTO DA DIVULGAÇÃO DO PROJETO DAS UNIDADES FUNCIONAIS ATRAVÉS DOS CANAIS INTERNOS DE COMUNICAÇÃO DO HC
- ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO DAS UNIDADES FUNCIONAIS NAS UNIDADES ASSISTENCIAIS
- ANÁLISE DO RESULTADO DAS REUNIÕES COM OS DIRETORES, CONSELHOS, SERVIÇOS, DEPARTAMENTOS E OUTROS SOBRE A IMPLANTAÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS
- ANÁLISE DAS METAS PACTUADAS PARA CADA UNIDADE FUNCIONAL
- ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DAS UNIDADES FUNCIONAIS IMPLANTADAS
- ANÁLISE DA PRODUTIVIDADE DAS UNIDADES FUNCIONAIS IMPLANTADAS
- ACOMPANHAMENTO DA PARTICIPAÇÃO DOS MEMBROS DO COLEGIADO INTERNO NA TOMADA DE DECISÃO DE CADA UNIDADE FUNCIONAL ATRAVÉS DE LISTA DE PRESENÇA E ATAS DAS REUNIÕES
- ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO ENTRE O COLEGIADO GESTOR E AS UNIDADES FUNCIONAIS
- ACOMPANHAMENTO DAS ATIVIDADES PROPOSTAS PARA O PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO GERENCIAL
- HORAS DE TREINAMENTO PARA O PROGRAMA DE CAPACITAÇÃO GERENCIAL
- ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DAS POLÍTICAS DE RH CENTRADAS NA ÉTICA DA RESPONSABILIDADE
- DISPONIBILIDADE DE ESPAÇO DE ESCUTA QUALIFICADA PARA OS PROFISSIONAIS E USUÁRIOS ATRAVÉS DO SERVIÇO DE OUVIDORIA - Resposta em 3 dias úteis – Ouvidoria
- PROMOÇÃO DA SUBSTITUIÇÃO DE MOVEIS E EQUIPAMENTOS SUCATEADOS
- SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO - Satisfação do cliente corpo clínico - Satisfação do cliente médico detentor de agenda

<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação do cliente médico - Satisfação do cliente médico em relação a Assistência Nutricional
<ul style="list-style-type: none"> - SATISFAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS - Satisfação do cliente funcionário atendido na Casa 3 - Reclamação dos clientes de vestiários - Satisfação da equipe funcional - Satisfação dos clientes internos
<ul style="list-style-type: none"> - ORGANIZAÇÃO DA FILA DE ESPERA NOS PRONTOS ATENDIMENTOS PRIORIZANDO O ATENDIMENTO AO USUÁRIO COM GRAU DE RISCO ELEVADO
<ul style="list-style-type: none"> - ORIENTAÇÃO AOS FAMILIARES NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO NAS UNIDADES CLÍNICAS E CIRÚRGICAS
<ul style="list-style-type: none"> - ORIENTAÇÃO ÀS CRIANÇAS QUE PASSARÃO POR PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS
<ul style="list-style-type: none"> - ACOMPANHAMENTO DO ENSINO REGULAR PARA AS CRIANÇAS HOSPITALIZADAS
<ul style="list-style-type: none"> - ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO AOS PACIENTES/USUÁRIOS AOS DIVERSOS SERVIÇOS (ELABORAR FOLHETOS)
<ul style="list-style-type: none"> - ACOMPANHAMENTO DAS ESTRATÉGIAS DE INTERVENÇÃO BIO-PSICO-SOCIAL PARA AS GESTANTES DE RISCO E FAMILIARES DO RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO
<ul style="list-style-type: none"> - ORIENTAÇÃO E APOIO PARA O SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO DESDE O PRÉ-NATAL ATÉ O PUERPÉRIO (ELABORAR FOLHETOS) - Orientação em aleitamento materno na alta do paciente - Inclusões no Programa de Incentivo ao Aleitamento Materno
<ul style="list-style-type: none"> - ANÁLISE DE AMPLIAÇÃO DAS POSSIBILIDADES DE ACESSO AOS VISITANTES
<ul style="list-style-type: none"> - ORIENTAÇÃO E AUXÍLIO AOS FAMILIARES NO MOMENTO DO ÓBITO

QUADRO 7E – INDICADORES ESTRATÉGICOS – HC–UFPR – DIRETRIZ 3

INDICADORES ESTRATÉGICOS HC –UFPR

Diretriz 3 - Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde (Projeto “O HU integrado ao SUS e Submetido ao Controle Social”).

- REALIZAR NEGOCIAÇÃO DE SUCESSO ENTRE O GESTOR

MUNICIPAL E O HC/UFPR
- ANÁLISE DOS PROCEDIMENTOS VIÁVEIS PARA A PACTUAÇÃO COM O GESTOR LOCAL

QUADRO 8T – INDICADORES TÁTICOS – HC-UFPR – DIRETRIZ 3

INDICADORES TÁTICOS HC –UFPR
Diretriz 3 – Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde (Projeto “O HU integrado ao SUS e Submetido ao Controle Social”).
- ACOMPANHAMENTO MENSAL DOS INDICADORES PACTUADOS NO CONTRATO COM A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE NAS ÁREAS DE ASSISTÊNCIA, GESTÃO, HUMANIZAÇÃO, ENSINO E PESQUISA
- AVALIAÇÃO FINANCEIRA DO CONTRATO POR NÃO TER CUMPRIDO AS METAS PACTUADAS

QUADRO 90 – INDICADORES OPERACIONAIS – HC-UFPR – DIRETRIZ 3

INDICADORES OPERACIONAIS HC –UFPR
Diretriz 3 – Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde (Projeto “O HU integrado ao SUS e Submetido ao Controle Social”).
- LEVANTAMENTO HISTÓRICO DO NÚMERO DE PROCEDIMENTOS POR FONTE DE FINANCIAMENTO (Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC (MS) e Limite Financeiro da Média e Alta Complexidades
- MAC (MS)
- Procedimentos SUS
- Total de Procedimentos
- ÍNDICE DE PRODUÇÃO POR FUNCIONÁRIO DA ÁREA/SUBÁREA/UNIDADE
- Produtividade / Funcionário dia
- NÚMERO/TEMPO DE ATENDIMENTOS
- Atendimento a chamada em até 5 minutos
- Atendimento ao cliente em até 20 segundos
- Duração do atendimento em até 2 minutos
- Presteza aos chamados
- Pacientes atendidos no prazo de 15 minutos
- Tempo de retorno dos pacientes em até 20 minutos
- Total de atendimentos

<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE ATENDIMENTOS DE URGÊNCIAS E EMERGENCIAS - Pacientes com definição diagnóstica de dor torácica em até 30 min. e de outros Programas
- NÚMERO DE CONSULTAS DE PRIMEIRA VEZ
- NÚMERO DE RECONSULTAS POR PACIENTES
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE INTERNAÇÕES - Internações realizadas - Internações realizadas em 20 minutos - Total de Internações
- NÚMERO DE INTERNAÇÕES ATRAVÉS DA CENTRAL DE LEITOS
<ul style="list-style-type: none"> - LISTA DE ESPERA E TEMPO DE ESPERA - Tempo médio de espera para consultas não agendadas - Tempo médio de espera no atendimento
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE PACIENTE/DIA - Paciente-dia - Pacientes com distribuição de terapia via oral
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE CIRURGIAS - Cesáreas - Cirurgias iniciadas na hora marcada - Cirurgias agendadas
- NÚMERO DE CIRURGIAS AMBULATORIAIS
- NÚMERO DE CIRURGIAS LAPAROSCÓPICAS
- TAXA DE UTILIZAÇÃO DO CENTRO CIRÚRGICO
- TAXA DE CESÁRIAS
- NÚMERO DE PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO DIAGNÓSTICA E TERAPÉUTICA
<ul style="list-style-type: none"> - NÚMERO DE EXAMES - Exames realizados - Total de exames
- ESCALA DE SERVIÇO MENSAL (Médicos, enfermeiros e pessoal de apoio)
- GERENCIAMENTO DE FERIADOS
- NÚMERO DE MEDICOS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO
- NÚMERO DE ENFERMEIROS POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO

<p>- NÚMERO DE PESSOAL DE APOIO POR AMBULATÓRIO/UNIDADE POR PROCEDIMENTO</p>
<p>- SATISFAÇÃO DO FUNCIONÁRIO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfação do cliente funcionário atendido na Casa 3 - Reclamação dos clientes de vestiários - Satisfação da equipe funcional - Satisfação dos clientes internos
<p>- SATISFAÇÃO DO CORPO CLÍNICO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Satisfação do cliente corpo clínico - Satisfação do cliente médico detentor de agenda - Satisfação do cliente médico - Satisfação do cliente médico em relação a Assistência Nutricional
<p>- APRESENTAÇÃO MENSAL DE FICHA DE NOTIFICAÇÃO DOS ÍNDICES EPIDEMIOLÓGICOS</p>
<p>- REALIZAÇÃO DE CAMPANHAS PARA DOAÇÃO DE SANGUE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Doadores de sangue - Doadores que apresentam hematomas pós-doação - Retorno de sangue dos blocos
<p>- NÚMERO DE ESTAGIARIOS DE GRADUAÇÃO POR ESPECIALIDADE</p>
<p>- NÚMERO DE ESTAGIARIOS DE PÓS-GRADUAÇÃO POR ESPECIALIDADE</p>
<p>- NÚMERO DE RESIDENTES POR ESPECIALIDADE</p>
<p>- ACOMPANHAMENTO DOS COMITÊS DE AVALIAÇÃO DE MORTALIDADE POR GRUPO DE RISCOS</p>
<p>- ANÁLISE DOS MECANISMOS DE REFERENCIA E CONTRA REFERENCIA, MEDIANTE PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTO</p>
<p>- ANÁLISE DOS INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO DE PERFORMANCE INSTITUCIONAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Indicadores com metas não atingidas e sem plano de ação - Indicadores com metas não atingidas, com plano de ação - Indicadores com práticas adequadas do Sistema de Gestão - Relatório gerencial disponibilizado no prazo - Relatórios com solicitação de revisão gerencial - Entrega em tempo hábil de Planejamento de Recursos Empresariais - Desempenho Ponderado de Indicadores - Indicadores com sinalizador amarelo, tendência negativa com plano - Indicadores com sinalizador amarelo, tendência negativa sem plano - Indicadores com sinalizador amarelo, tendência positiva - Indicadores com sinalizador verde (na meta)

- Indicadores com sinalizador vermelho com plano
- Indicadores com sinalizador vermelho sem plano
- Desempenho Ponderado de Indicadores - Pessoas
- ACOMPANHAMENTO DAS POLÍTICAS PRIORITÁRIAS DO SUS

QUADRO 10E – INDICADORES ESTRATÉGICOS - HC-UFPR – DIRETRIZ 4

INDICADORES ESTRATÉGICOS HC –UFPR
Diretriz 4 - Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar no HC-UFPR (Projeto “Acreditação para os Hus da UFPR”).
- ALCANÇAR A CERTIFICAÇÃO NO NÍVEL 1 DA ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA)
- CONCLUIR AS REFORMAS ESTRUTURAIS
- RENOVAR O PARQUE TECNOLÓGICO

QUADRO 11T – INDICADORES TÁTICOS – HC-UFPR – DIRETRIZ 4

INDICADORES TÁTICOS HC –UFPR
Diretriz 4 - Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar no HC-UFPR (Projeto “Acreditação para os Hus da UFPR”).
- ACOMPANHAMENTO DA IMPLANTAÇÃO DO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO
- ANÁLISE DOS ITENS DE VERIFICAÇÃO PARA ATINGIR AS EXIGÊNCIAS DO MANUAL DE ACREDITAÇÃO DA ONA
- ACOMPANHAMENTO DAS REFORMAS ESTRUTURAIS
- ACOMPANHAMENTO DA RENOVAÇÃO DO PARQUE TECNOLÓGICO

QUADRO 12O – INDICADORES OPERACIONAIS – HC-UFPR – DIRETRIZ 4

INDICADORES OPERACIONAIS HC – UFPR
Diretriz 4 - Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar no HC-UFPR (Projeto “Acreditação para os Hus da UFPR”).
- ACOMPANHAMENTO DA CAMPANHA HC HOSPITAL 5 ESTRELAS
- ANÁLISE DO RELATÓRIO DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DAS UNIDADES E SERVIÇOS ELABORADO PELA AUDITORIA INTERNA
- Entrega de relatórios das auditorias interna no prazo

<ul style="list-style-type: none"> - Parecer sem ressalva da auditoria externa nas demonstrações contábeis - Realização das auditorias internas - Auditorias realizadas - Controle de Qualidade Interno
<p>- ACOMPANHAMENTO DA ELABORAÇÃO DO PLANO DE AÇÃO CORRETIVA</p>
<p>- ACOMPANHAMENTO DA AVALIAÇÃO DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS ELABORADA PELOS AVALIADORES DA INSTITUIÇÃO ACREDITADORA</p>
<p>- ANÁLISE DOS PLANOS DE AÇÃO DAS UNIDADES FUNCIONAIS E SERVIÇOS PARA CORREÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES EVIDENCIADAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prazo médio de conclusão para notificações de não conformidades técnicas
<p>- ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DAS METAS DAS UNIDADES ASSISTENCIAIS E SERVIÇOS PACTUADAS PARA ATINGIR AS METAS INSTITUCIONAL DE ACREDITAÇÃO</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taxa de lançamentos corretos em prontuários - Taxa de rastreabilidade - Índice de Quedas - Índice de uso de pulseira de identificação
<p>- ANÁLISE E ATUALIZAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS (POP' S)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Revisão do Manual de Boas Práticas e POP's
<p>- ACOMPANHAMENTO DA DISTRIBUIÇÃO DAS ATUALIZAÇÕES DOS PROCEDIMENTOS</p>
<p>- CAPACITAÇÃO E TREINAMENTO DA COMISSÃO DE ACREDITAÇÃO</p>
<p>- ANÁLISE DAS METAS PROPOSTAS</p>
<p>- APRESENTAÇÃO À DIRETORA DOS RESULTADOS ALCANÇADOS</p>
<p>- ANÁLISE DAS CAUSAS DAS NÃO CONFORMIDADES PENDENTES</p>
<p>- MAPEAMENTO DOS PONTOS CRÍTICOS E FRAGILIDADES DA INSTITUIÇÃO PERANTE OS PADRÕES DA ONA E VISA</p>
<p>- DISPONIBILIZAÇÃO DE SUBSÍDIOS À DIRETORA PARA PLANEJAR AS ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA A AVALIAÇÃO DE CERTIFICAÇÃO</p>
<p>- LEVANTAMENTO DAS NECESSIDADES DE REFORMAS ESTRUTURAIS</p>
<p>- PRIORIZAÇÃO DA REALIZAÇÃO DAS REFORMAS ESTRUTURAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atendimento de demandas apresentadas - Atendimento de solicitações no prazo - Conclusão de serviços

- ACOMPANHAR O DESEMPENHO DA RENOVAÇÃO DO PARQUE TECNOLÓGICO
- PROPORCIONAR TREINAMENTO PARA USO DOS EQUIPAMENTOS NOVOS

QUADRO 13E – INDICADORES ESTRATÉGICOS – HC-UFPR – DIRETRIZ 5

INDICADORES ESTRATÉGICOS HC
Diretriz 5 - Reconhecimento do Trabalhador (Projeto “Valorização do Trabalhador do HU”).
- ESTABELECEMOS EM CONJUNTO COM OS FUNCIONÁRIOS QUAL A NECESSIDADE DE AMPLIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA E BEM ESTAR SOCIAL AOS FUNCIONÁRIOS E SERVIDORES POR MEIO DE DIFERENTES SERVIÇOS
<ul style="list-style-type: none"> - Funcionários com participação em Projetos de Responsabilidade Social de iniciativa da FUNPAR; - Satisfação dos clientes internos; - Satisfação do cliente médico
- CONSOLIDAR AS MEDIDAS ADOTADAS DE PROTEÇÃO À SEGURANÇA E À SAÚDE DOS TRABALHADORES
- FORTALECER AS CONDIÇÕES DE DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL OUVINDO A DEMANDA DOS FUNCIONÁRIOS
<ul style="list-style-type: none"> - Qualidade percebida e liderança
- ORIENTAR E CAPACITAR OS GERENTES E DIRIGENTES DA INSTITUIÇÃO QUANTO AOS ASPECTOS JURÍDICOS E RELAÇÕES INTERPESSOAIS LIGADOS AO QUADRO DE SERVIDORES E FUNCIONÁRIOS

QUADRO 14T – INDICADORES TÁTICOS - HC-UFPR – DIRETRIZ 5

INDICADORES TÁTICOS HC –UFPR
Diretriz 5 - Reconhecimento do Trabalhador (Projeto “Valorização do Trabalhador do HU”).
- AMPLIAR A ASSISTÊNCIA MÉDICO- ODONTOLÓGICA E PSICO-SOCIAL
<ul style="list-style-type: none"> - Satisfação dos clientes internos - Satisfação do cliente médico

- INTENSIFICAR OS PROGRAMAS DE QUALIDADE DE VIDA
- DESENVOLVER PROGRAMAS DE PROMOÇÃO À SAÚDE
- PROPORCIONAR O ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS NOVOS
- PROPORCIONAR O ACOLHIMENTO E INTEGRAÇÃO DOS FUNCIONÁRIOS NOVOS
- PROPOR MELHORIAS FÍSICAS E DE RECURSOS HUMANOS NO AMBULATÓRIO DOS FUNCIONÁRIOS
- FACILITAR A CONSULTORIA INTERNA JURÍDICA E COMPORTAMENTAL - Qualidade percebida e liderança
- REALIZAR PESQUISA E FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DAS AÇÕES PERTINENTES AOS PROCESSOS DE TRABALHO, DIREITOS E DEVERES DOS COLABORADORES - Custo com reclamatória trabalhista - Realização da pesquisa salarial – mercado representativo no prazo - Custos com Pessoal Terceiros - Custos com Pessoal Próprio
- APRIMORAR O ENTENDIMENTO E A FUNDAMENTAÇÃO LEGAL DOS DIREITOS E DEVERES DOS COLABORADORES - Funcionários beneficiados para desconto em universidades/escolas
- PLANEJAR, COORDENAR E CONTROLAR PROCESSOS E ROTINAS ADMINISTRATIVAS DA GESTÃO DE PESSOAS - Funcionários com acordos coletivos firmados - Absenteísmo - Desligamento geral - Frequência de acidentes de trabalho - Funcionários com avaliação de desempenho realizada

QUADRO 150 – INDICADORES OPERACIONAIS - HC-UFPR – DIRETRIZ 5

INDICADORES OPERACIONAIS HC –UFPR

Diretriz 5 - Reconhecimento do Trabalhador (Projeto “Valorização do Trabalhador do HU”).

- CONTROLAR A REALIZAÇÃO DOS EXAMES PERIÓDICOS

- Realização de exames periódicos no prazo
- INICIAR O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE, COM FOCO NA HIPERTENSÃO, DIABETES E SAÚDE BUCAL
- PROMOVER PALESTRAS SOBRE TEMAS DE SAÚDE DE INTERESSE DO TRABALHADOR
- TORNAR OBRIGATÓRIA A GINÁSTICA LABORAL - Realização de Time out
- AMPLIAR A PARTICIPAÇÃO NAS TERAPIAS ALTERNATIVAS: MASSOTERAPIA, YOGA
- REALIZAR O CONTROLE DE FOLHAS-PONTO, PAGAMENTO, FÉRIAS, HORAS-EXTRAS, ADICIONAIS NOTURNOS E CONTRA-CHEQUES - Informações entregues no prazo para a folha de pagamento - Recibos de férias emitidos sem erro - Recibos folha mensal emitidos sem erro - Recibos folha quinzenal emitidos sem erro - Rescisões efetivadas sem erro - Solicitação de desligam. com ficha de aval. preenchida e entregue até entrev. de desligamento - Desligamento geral
- CONTROLAR A TAXA DE ABSENTEÍSMO
- IDENTIFICAR AS CAUSAS DE AFASTAMENTO: FALTAS, LICENÇAS MÉDICAS ETC - Frequencia de acidentes de trabalho
- FORTALECER A TERAPIA EM GRUPO PARA FUNCIONÁRIOS EM ÁREAS DE RISCO E ÁREAS CRÍTICAS (UTI, CENTRO CIRÚRGICO ETC)
- SOLIDIFICAR OS PROGRAMAS DE CAPACIDADE LABORATIVA E REABILITAÇÃO
- EXECUTAR PROGRAMA DE AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO FUNCIONAL - Candidatos que preenchem os requisitos das chefias - Funcionários com avaliação de desempenho realizada
- FAZER AVALIAÇÃO E MOVIMENTAÇÃO DE PESSOAS
- ANÁLISAR AS SOLICITAÇÕES DE ALTERAÇÃO DE CARGOS

- REALIZAR O DIMENSIONAMENTO QUALITATIVO E QUANTITATIVO
- CONSOLIDAR PROGRAMAS DE TREINAMENTO PARA O FUNCIONÁRIO QUE FAZ A INTERFACE COM O PÚBLICO EXTERNO
- ATUAR NA MELHORIA DAS RELAÇÕES INTERPESSOAIS
- ESTIMULAR E FACILITAR A REALIZAÇÃO DE PROGRAMAS DE INTEGRAÇÃO PARA OS NOVOS FUNCIONÁRIOS
- ELABORAR PESQUISA DE SATISFAÇÃO COM O TRABALHO - Reclamação dos clientes de vestiários - Satisfação da equipe funcional - Satisfação dos clientes internos
- ORGANIZAR, DIVULGAR E REALIZAR CURSOS, TREINAMENTOS, PALESTRAS ETC. - Avaliação de reação de treinamentos - Cumprimento do Plano de Treinamento e Desenvolvimento anual - Entrega de certificados e declarações no prazo - Grau de satisfação dos treinamentos realizados - Metas atingidas em contratos de treinamento - Metas atingidas previstas em contratos de treinamentos - Satisfação dos frequentadores de seminários, encontros, palestras e outros - Horas de treinamento por func. /mês/mês
- ADOTAR MEDIDAS DE PROTEÇÃO ESTABELECIDAS PELA NR32 PARA O DESENVOLVIMENTO DAS ATIVIDADES - Participação em treinamento de Boas Práticas e em Segurança do Trabalho
- PARTICIPAR DE CURSOS, TREINAMENTOS, PALESTRAS E OUTROS PARA O APRIMORAMENTO DO EXERCÍCIO DOS CARGOS DE GERENTES - Adequação ao investimento com capacitação corporativa ano - Índice de Favorabilidade para lideranças

QUADRO 16E – INDICADORES ESTRATÉGICOS – HC-UFPR – DIRETRIZ 6

INDICADORES ESTRATÉGICOS HC –UFPR
Diretriz 6 - Informação para todos e em tempo (Projeto “Informação para a Ação”).
- PARTICIPAÇÃO E IMPLANTAÇÃO DO NOVO MODELO DE GESTÃO PARA A REDE DE HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS PROPOSTO PELO MEC

- IMPLANTAÇÃO DE UM SISTEMA DE INFORMAÇÃO GERENCIAL
--

QUADRO 17T – INDICADORES TÁTICOS – HC-UFPR – DIRETRIZ 6

INDICADORES TÁTICOS HC –UFPR
Diretriz 6 - Informação para todos e em tempo (Projeto “Informação para a Ação”).
- FOMENTAR E FACILITAR A PARTICIPAÇÃO DA EQUIPE DO HC NO DESENVOLVIMENTO E IMPLANTAÇÃO DO AGHU
- ACOMPANHAMENTO DO DESEMPENHO DA IMPLEMENTAÇÃO DA REENGENHARIA DO SIH
- Resposta-efetiva do Help Desk

QUADRO 18O – INDICADORES OPERACIONAIS – HC-UFPR – DIRETRIZ 6

INDICADORES OPERACIONAIS HC –UFPR
Diretriz 6 - Informação para todos e em tempo (Projeto “Informação para a Ação”).
- NÚMERO DE HORAS PLANEJADAS
- NÚMERO DE HORAS TRABALHADAS
- Produtividade / funcionário dia
- ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE TRABALHO
- DESEMPENHO DO PLANO DE TRABALHO
- Serviços executados
- DESEMPENHO DAS ATIVIDADES EXECUTADAS COM RELAÇÃO AO TEMPO PREVISTO PARA SUA EXECUÇÃO
- Taxa de novas tecnologias implantadas
- Tempo de resposta-externo (Sistemas de Informática)
- Tempo de resposta-interno (Sistemas de Informática)
- NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA FORMAR A EQUIPE DE TRABALHO
- ADEQUAÇÃO DA EQUIPE DO PARA O DESENVOLVIMENTO E ADAPTAÇÃO DO NOVO MODELO
- NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA PARTICIPAÇÃO EM

TREINAMENTOS
- Horas de treinamento por func./mês/mês
- GASTO COM TREINAMENTO EXTERNO
- Metas atingidas em contratos de treinamento - Metas atingidas previstas em contratos de treinamentos
- CONSULTORIA EXTERNA
- ANÁLISE PARA AQUISIÇÃO E REDISTRIBUIÇÃO DE EQUIPAMENTOS
- AQUISIÇÃO DE EQUIPAMENTOS: HARDWARE E SOFTWARE
- Itens comprados e atendidos no prazo
- CONFIGURAÇÃO DAS ESTAÇÕES DE TRABALHO
- CUSTO POR MÓDULOS
- PARCERIA COM OUTROS HOSPITAIS
- TEMPO MÉDIO DO DESENVOLVIMENTO DE MÓDULOS PRIORITÁRIOS
- TEMPO MÉDIO DO DESENVOLVIMENTO DOS MÓDULOS
- CONTROLE DO TEMPO PREVISTO PARA ENTREGA DE MÓDULOS/VERSÃO
- ANÁLISE PARA IMPLEMENTAÇÃO DE NOVAS FUNCIONALIDADES
- Conclusão de avaliação no prazo-tecnologias - Prazo médio de avaliação em meses-tecnologias
- IMPLANTAÇÃO DOS PADRÕES DE USABILIDADE DOS PRODUTOS DESENVOLVIDOS
- DESEMPENHO DO SUPORTE E MANUTENÇÃO DO NOVO SISTEMA
- Manutenção preventiva
- DESEMPENHO NA ELABORAÇÃO DO MANUAL DO USUÁRIO
- DESEMPENHO NA ELABORAÇÃO DO MANUAL DO SISTEMA

QUADRO 19E – INDICADORES ESTRATÉGICOS – HC-UFPR – DIRETRIZ 7

INDICADORES ESTRATÉGICOS HC –UFPR
Diretriz 7 - Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”).
- ÍNDICE DE ENSINO
- Participação do ensino nos resultados
- ÍNDICE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA
- Artigos publicados;
- Pesquisas acadêmicas;
- Participação da pesquisa nos resultados
- Pesquisas multicêntricas cadastradas

QUADRO 20T – INDICADORES TÁTICOS – HC-UFPR – DIRETRIZ 7

INDICADORES TÁTICOS HC –UFPR
Diretriz 7 - Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”).
- ACOMPANHAMENTO DA QUALIDADE DE ENSINO
- Participação do ensino nos resultados
- ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE VAGAS DOS CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
- ACOMPANHAMENTO DO NÚMERO DE CURSOS DE GRADUAÇÃO E PÓS-GRADUAÇÃO
- DESENVOLVER ESTUDO DE ANÁLISE COMPARATIVA DA PRODUTIVIDADE DOS AMBULATÓRIOS ATENDIDOS POR TÉCNICO-ADMINISTRATIVOS, POR DOCENTES, POR ALUNOS, POR RESIDENTES
- ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO DE PROJETOS DE PESQUISA
- Pesquisas acadêmicas
- ACOMPANHAMENTO DE ATIVIDADES DOS PESQUISADORES
- Pesquisas multicêntricas cadastradas
- INTENSIDADE DE PRODUÇÃO CIENTÍFICA
- Artigos publicados
- Participação da pesquisa nos resultados

QUADRO 210 – INDICADORES OPERACIONAIS – HC-UFPR – DIRETRIZ 7

INDICADORES OPERACIONAIS HC –UFPR
Diretriz 7 - Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto “Pacto com o Ensino e Pesquisa”).
- CARGA HORÁRIA DE ENSINO
- TURNO DOS CURSOS
- ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS POR CURSO/GRADUAÇÃO
- HORAS DE UTILIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA PELA GRADUAÇÃO
- HORAS DE UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PELA GRADUAÇÃO
- NÚMERO DE ALUNOS ATENDIDOS POR DEPARTAMENTO
- NÚMERO DE ALUNOS POR CURSO
- TAMANHO MÉDIO DAS TURMAS
- FAIXA ETÁRIA DOS ALUNOS POR CURSO
- GASTO COM ENSINO
- GASTO POR ALUNO
- DESPESAS POR ALUNO POR CURSO
- DESEMPENHO DOS ALUNOS NO ENADE
- TAXA DE EVASÃO
- CRESCIMENTO INTERANUAL
- TIPOS DE COTAS
- PERCENTUAL DE EGRESSO POR COTAS PARA CADA CURSO
- % DE APROVAÇÃO
- TEMPO MÉDIO PARA CONCLUSÃO DOS CURSOS
- CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS ESTAGIÁRIOS
- NÚMERO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS POR CURSO
- Solicitações de estágios atendidos - Satisfação do cliente estagiário

- NÚMERO DE ALUNOS ESTAGIÁRIOS VOLUNTÁRIOS
- ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS ALUNOS/GRADUAÇÃO
- NUMERO DE DOCENTES POR CURSO
- NÚMERO DE DOCENTES COM DEDICAÇÃO EXCLUSIVA
- RELAÇÃO MÉDIA DE ALUNOS POR DOCENTE
- RELAÇÃO ALUNOS/HORA DE TRABALHO DO PROFESSOR
- NÚMERO DE HORAS DE TRABALHO DOS DOCENTES EM RELAÇÃO AO NÚMERO DE ALUNOS POR CURSO
- RELAÇÃO ALUNOS/PROFESSOR TEMPO INTEGRAL
- NÚMERO DE HORAS DO DOCENTE NO ENSINO
- NÚMERO TOTAL DE HORAS DO DOCENTE NA ASSISTENCIA
- NÚMERO DE MÉDICOS COM DEDICAÇÃO AO ENSINO
- ÍNDICE DE QUALIFICAÇÃO DO CORPO DOCENTE
- NÚMERO DE DOCENTES COM MESTRADO
- NÚMERO DE DOCENTES COM DOUTORADO
- ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS DOCENTES - Satisfação dos clientes docentes internos
- NÚMERO DE RESIDENTES POR CATEGORIA OU ESPECIALIDADE
- NÚMERO DE RESIDENTES POR CONVENIO COM O MEC
- NÚMERO DE RESIDENTES POR CONVENIO COM AS SOCIEDADES ESPECIALIZADAS
- IMPLANTAÇÃO DE PROGRAMAS DE INTEGRAÇÃO DOS RESIDENTES
- EXIGÊNCIA DE MONOGRAFIA NO TÉRMINO DA RESIDENCIA
- DESEMPENHO DOS RESIDENTES NAS PROVAS DAS ESPECIALIDADES
- NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS POR RESIDENTE
- NÚMERO DE TRABALHOS APRESENTADOS POR RESIDENTE EM EVENTOS CIENTÍFICOS
- NÚMERO DE TRABALHOS COMPLETOS PUBLICADOS EM ANAIS DE

CONGRESSOS, SIMPÓSIOS ETC. POR RESIDENTE
- NÚMERO DE APRESENTAÇÕES DE PALESTRAS E PARTICIPAÇÕES EM MESAS REDONDAS EM EVENTOS CIENTÍFICOS POR RESIDENTE
- NÚMERO DE ESPECIALIZANDOS
- NÚMERO DE MESTRANDOS
- NÚMERO DE DOUTORANDOS
- NÚMERO DE PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO
- NÚMERO DE DOCUMENTOS PRODUZIDOS (Tese, dissertações, livros)
- NÚMERO DE PROJETOS DE PESQUISA REGISTRADOS NO CNPq
- NÚMERO DE PROJETOS REGISTRADOS NO BANPESQ
- NÚMERO DE BOLSISTAS COM PRODUÇÃO EM PESQUISA CNPq
- NÚMERO DE GRUPOS DE PESQUISA CNPq
- GRAU DE CONSOLIDAÇÃO DOS GRUPOS DE PESQUISAS CNPq
- NÚMERO DE ORIENTADORES DE PÓS-GRADUAÇÃO
- NÚMERO DE ORIENTANDOS DE POS-GRADUAÇÃO
- NÚMERO DE ORIENTADORES DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
- NÚMERO DE ORIENTANDOS DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA
- NÚMERO DE ARTIGOS PUBLICADOS
- NÚMERO DE TRABALHOS APRESENTADOS EM EVENTOS CIENTÍFICOS
- NÚMERO DE TRABALHOS COMPLETOS PUBLICADOS EM ANAIS DE CONGRESSOS, SIMPÓSIOS ETC
- NÚMERO DE APRESENTAÇÕES DE PALESTRAS E PARTICIPAÇÕES EM MESAS REDONDAS EM EVENTOS CIENTÍFICOS
- Palestras Realizadas - Satisfação dos participantes nos eventos científicos
- NOTAS CAPES DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÕES
- GASTO COM PESQUISA
- Projetos com recursos efetivados no ano

- Projetos concluídos dentro do orçamento estimado
- POLÍTICA DE INCENTIVO E APOIO PARA O DESENVOLVIMENTO ACADEMICO E CIENTÍFICO (AUXILIO/DISPENSA/APOIO A PUBLICAÇÃO)
- CAPTAÇÃO DE RECURSOS PARA PESQUISA
<ul style="list-style-type: none"> - Adequação ao recurso financeiro captado em projetos incentivados - Adequação ao recurso financeiro captado em projetos não incentivados - Eventos científicos auto-sustentados
- NÚMERO DE PATENTES, LICENÇAS E OUTROS
- ADEQUAÇÃO DAS INSTALAÇÕES FÍSICAS POR CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO
- HORAS DE UTILIZAÇÃO DA ÁREA FÍSICA PELA PÓS-GRADUAÇÃO
- HORAS DE UTILIZAÇÃO DOS EQUIPAMENTOS PELA PÓS-GRADUAÇÃO
- NÚMERO DE PESQUISAS JULGADAS NO PERÍODO
<ul style="list-style-type: none"> - Projetos remetidos no prazo - Protocolos de pesquisa aprovados no prazo
- NÚMERO DE PESQUISAS ACEITAS NO PERÍODO
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisas aprovadas pela Comissão de ética - Pesquisas Cadastradas
- NUMERO DE PESQUISAS POR LINHA NO PERÍODO
- NÚMERO DE PESQUISAS REALIZADAS POR PESQUISADORES
<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisas concluídas - Pesquisas em andamento - Pesquisas iniciadas - Pesquisas publicadas
- NÚMERO, TIPO DE FONTES DE FINANCIAMENTO E VALORES
- NÚMERO DE PESQUISAS COM APLICAÇÃO PRÁTICA
- ÍNDICE DE PRODUTIVIDADE POR DEPARTAMENTO
- NÚMERO DE CITAÇÕES POR PUBLICAÇÃO E RELACIONADA A UM PADRÃO INTERNACIONAL (a média mundial ou da UFPR)

<p>- HORAS TRABALHADAS EM PESQUISA</p> <p>- Projetos em conformidade com o cronograma</p>
<p>- NÚMERO DE PUBLICAÇÕES POR ANO/DEPARTAMENTO</p> <p>- Apresentação/publicação de trabalhos ano</p>
<p>- NÚMERO DE PROFISSIONAIS PARA TREINAMENTO/CATEGORIA</p>
<p>- CAPACIDADE DE ACESSO A REDES DE COMUNICAÇÃO E SISTEMAS DE INFORMAÇÃO</p> <p>- Taxa de atualização do banco de dados - Disponibilidade de infraestrutura de Telecomunicação - Disponibilidade de Internet - Disponibilidade de Sistemas (Banco de Dados) - Disponibilidade de Infraestrutura de Rede</p>
<p>- ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS ALUNOS DA PÓS-GRADUAÇÃO</p> <p>- Satisfação do cliente pesquisador</p>
<p>- INVESTIMENTO MÉDIO POR CURSO EM ATIVIDADES DE EXTENSÃO</p>

ANEXO 1 – PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HOSPITAL DE CLÍNICAS
DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – 2007-2011



**PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HOSPITAL DE
CLÍNICAS DA UFPR**

2007 – 2011



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

AVALIAÇÃO ESTRATÉGICA

1. Apresentação

Avaliar é...

v. tr., determinar a valia ou o valor de; apreciar o merecimento de; aquilatar, reconhecer a força de, a grandeza de; estimar, prezar; orçar; computar;
v. refl., reputar-se; ter-se em conta; julgar-se como.

um verbo e, como tal, traz a idéia de uma ação. Logo é uma atitude que a empresa deve tomar. Como verbo transitivo, (que pode determinar, apreciar, reconhecer, estimar, computar, etc), prevê que não encerra em si mesmo, mas precisa de um objeto para essa ação. Como verbo reflexivo, (reputar-se, ter-se em conta, julgar-se), antevê que é um exercício de autoconhecimento e de ações que devem ser feitas pela própria empresa e para a empresa.

Estratégia é:

do Lat. *strategia* < Gr. *strategía*, comando do exército.
s. f., parte da arte militar que estuda as grandes operações da guerra e lhes prepara o plano; estratagema; tática; artil.

é estudar, fazer planos, se preparar para o futuro e antever situações.

Avaliação estratégica é ...

verificar as condições internas e externas da empresa. Ela consiste na identificação dos principais aspectos facilitadores (**oportunidades**) e dificultadores (**ameaças**) encontrados no ambiente externo. E também na identificação dos aspectos facilitadores (**forças**) e dificultadores (**fraquezas**) encontrados no ambiente interno da empresa que afetam o cumprimento da sua missão ou o desempenho do seu negócio hoje e no futuro.



Avaliação estratégica no HC...

Consiste em fazer o diagnóstico global da instituição, baseado nos realizados em cada unidade, a fim de verificar suas oportunidades e ameaças, bem como suas forças e fraquezas para buscar cumprir a missão do HC em toda sua plenitude e fazer prognósticos para que, cumprindo a missão, chegue à excelência no atendimento.

2. Diagnóstico

O Hospital de Clínicas da UFPR (HC), além de ser um órgão suplementar da Universidade Federal do Paraná, é o maior, e apresenta características próprias. Faz um atendimento assistencial à população paranaense e não se dedica exclusivamente ao ensino e à pesquisa como as demais unidades da Universidade. É o quinto maior Hospital público do país e o primeiro do Estado e convive com vários paradoxos, como de, ao mesmo tempo, apresentar serviços de excelência e não ter recursos humanos, materiais e financeiros necessários para tanto. Convive com problemas administrativos, de recursos humanos que abrange servidores públicos com vínculo com a Federação e normas estabelecidas pelo RJU, funcionários da Fundação de Apoio e de empresas terceirizadas que seguem as regras da CLT. O HC está, perante a comunidade, com a incumbência de atendimentos mais complexos, uma vez que os atendimentos básicos foram municipalizados, entre outros.

2.1. - Problemas Gerenciais:

É impossível não considerar um problema de cunho nitidamente gerencial, o pouco engajamento e comprometimento de algumas chefias para com a Instituição, desconsiderando a importância de seu papel.

O rompimento da hierarquia organizacional também é causa de muitos problemas, na medida em que torna impotentes muitos chefes e líderes que ainda têm envolvimento e comprometimento com os objetivos maiores da Instituição - assistência, ensino, pesquisa e extensão.

As dificuldades, em relação à liderança, comunicação, centralização de decisões, funcionamento e operacionalização de muitos serviços,



são tidas, ora como causa de ineficácia e ineficiência, ora como efeito dos dois problemas apontados inicialmente.

As restrições impostas pela legislação vigente, tanto na área de recursos humanos, materiais e financeira, exigem da equipe de administração, fórmulas mágicas para manter o Hospital funcionando sem ferir a ética e a moral.

O grande ponto positivo na questão do *gerenciamento* e, visando superar os problemas relatados acima, foi o de o Hospital estar, desde 2002, implantando o projeto de reestruturação organizacional e gerencial denominado de *Unidades Funcionais*.

2.1.1. Unidades Funcionais é um novo modelo administrativo que objetiva a descentralização das decisões a partir da elaboração de metas e compromissos pactuados por cada unidade com a direção do Hospital por meio de contratos de gestão. Os contratos de gestão são assinados pelo colegiado interno dessas unidades que é formado por membros representantes da mesma pertencentes a quaisquer dos níveis hierárquicos. Com a assinatura, as unidades funcionais se obrigam a fazer a auto-avaliação e estabelecer metas a cumprir a curto, médio e longo-prazo.

Esta nova estrutura transforma a organização do Hospital em todos os seus aspectos, com destaque para a co-responsabilização, o relacionamento entre os atores organizacionais e a flexibilização administrativa, na medida em que o processo de tomada de decisão aproxima-se do nível executor. Foram implantadas todas as Unidades Funcionais Administrativas do Hospital, faltando ainda, a maioria das Unidades Funcionais Assistenciais, que são os serviços fins da instituição, serviços esses que, por falta de definição de prioridades, atrelado à falta de planejamento estratégico, propicia que cada um estabeleça seus próprios objetivos e metas, por vezes com muito bons resultados, mas à custa de desperdício de esforços, recursos materiais e muitos conflitos.

Tivemos um momento de transição, quando houveram conflitos de idéias, percepções e entendimentos, o que consideramos uma oportunidade para alavancar o processo. Hoje, o momento é de reflexão, e acreditamos que a fragilidade cujo processo de implantação está passando, tanto nas Unidades Funcionais já implantadas, como nas que ainda o serão, pode ser uma ameaça, caso não



revertamos a situação para uma estrutura mais sólida, organizada, confiável e cumpridora de seus objetivos e metas apresentadas.

Não podemos deixar de destacar o grande avanço dos programas de Acreditação Hospitalar e de Humanização da Assistência que, além de serem pontos positivos que colaboram com o novo modelo de gestão, são programas que impulsionam a constante melhoria da qualidade e a concretização das metas que fazem parte da missão institucional, oportunizando e direcionando ações para a obtenção da excelência dos serviços prestados, como um processo permanente de aperfeiçoamento e não um fim isolado a ser alcançado.

2.2.- Recursos Humanos:

Desde o início da década de 80, o Hospital de Clínicas da UFPR vem se defrontando com o desafio de manter suas atividades de ensino devido ao constante desenvolvimento da ciência e da tecnologia médica, a universalização da clientela e conseqüente aumento de demanda da população por serviços de saúde, o elevado número de aposentadorias e, a extinção de cargos sem a necessária reposição, entre outras exigências. Este desafio levou as autoridades da UFPR e do Hospital de Clínicas a ousarem e buscarem a contratação de colaboradores através da Fundação da UFPR para o Desenvolvimento da Ciência, Tecnologia e Cultura (FUNPAR).

De acordo com o convênio entre os Ministérios da Educação e da Saúde, os recursos arrecadados pela prestação de serviços junto ao SUS deveriam ser utilizados apenas para o custeio do Hospital. Caberia ao MEC, fornecer os colaboradores e assegurar os recursos para a administração predial e, os investimentos necessários para atualização de equipamentos. Ocorre que, os recursos para a folha de pagamento dos colaboradores da FUNPAR são oriundos da arrecadação do SUS, e isto é apenas parte do problema, pois o mais sério é a Ação Civil Pública movida pelo Ministério Público do Trabalho, solicitando a extinção do quadro de colaboradores da FUNPAR, alegando que é ilegal o pagamento dos mesmos com recursos públicos. Recentemente, negociações junto ao Tribunal de Contas da União e ao Ministério Público do Trabalho, prorrogaram a determinação de extinção do quadro de colaboradores da FUNPAR lotados no Hospital de Clínicas para o ano de 2010, por conta do entendimento de que não foram disponibilizadas



pelo MEC, todas as vagas necessárias à manutenção das atividades do Hospital. Este é, sem dúvida, o ponto crítico da gestão recursos humanos.

E a tendência é de agravamento da situação, pois o tempo mínimo de trabalho dos colaboradores da FUNPAR, desde o impedimento das contratações em 1997, é de 10 anos. Considerando que 80% dos colaboradores são do sexo feminino, cujo tempo de aposentadoria por tempo de serviço é de 30 anos, poderíamos dizer que até o ano de 2010 estaremos com 35% a 40% dos colaboradores da FUNPAR com o direito de solicitar suas aposentadorias sem a garantia de reposição destas vagas, ficando a instituição, com grande defasagem de recursos humanos. A mesma situação também ocorre com os colaboradores da UFPR lotados no Hospital de Clínicas, cujo número de aposentadorias, às vagas disponibilizadas para concurso público, estão sempre aquém das necessidades. Isso se torna uma ameaça real, levando-se em conta que cerca de 35% do total de colaboradores pertencem à equipe de enfermagem, em que a exigência laboral diária é mais intensa. Se a estratégia for apenas deixar o tempo passar, será resolvido um problema conjuntural (FUNPAR), porém, será colocado em risco de total inviabilidade, o cumprimento da missão institucional, afinal existem funcionários da FUNPAR e servidores públicos da UFPR lotados nos mais diversos níveis hierárquicos, cargos e função e, com isso, podendo ocorrer algo mais grave.

Dois outros elementos também devem ser considerados:

- 1) O Ensino e a Pesquisa exigem a constante evolução tecnológica, não apenas quanto a equipamentos e laboratórios, mas principalmente de profissionais cada vez mais especializados, capacitados e atualizados com os avanços da ciência;
- 2) O SUS, gradativamente, está inserindo os Hospitais Universitários no ápice da "Pirâmide Assistencial", atribuindo-lhes cada vez mais o papel terciário e quaternário do sistema, não só quanto a Assistência, mas também quanto à capacitação de profissionais do Sistema de Saúde, ao desenvolvimento de novas tecnologias, assim como o papel definidor da incorporação de novas tecnologias para o SUS. Tornando-se ameaças ao desenvolvimento, com conseqüente estagnação das ações da Instituição.

Com esse cenário, os níveis de motivação dos colaboradores estão comprometidos pelas notícias referentes à extinção do quadro da FUNPAR,



pelo nível de gravidade e complexidade crescente dos pacientes que tem chegado à instituição, pelas difíceis condições de trabalho e pelos aviltantes salários vigentes.

O fato de haverem equipes de trabalho com vínculos empregatícios diferentes impõe às chefias superar o desafio e, fazer com que todos trabalhem em harmonia, apesar de serem reconhecidas, as faltas de isonomia e de tratamento.

Consideramos uma grande oportunidade as relações trabalhistas no que diz respeito aos colaboradores contratados pela FUNPAR, que são regidos pelo Acordo Coletivo de Trabalho, negociado anualmente entre representantes dos colaboradores, da administração do HC, UFPR e FUNPAR, num avanço contínuo, procurando manter e estabelecer as conquistas por melhores condições de trabalho e maiores benefícios sociais.

Uma vez vencido este desafio, o Hospital de Clínicas da UFPR poderá responder às novas demandas do desenvolvimento tecnológico, científico e administrativo, pois os colaboradores têm demonstrado que, apesar das inúmeras dificuldades, ainda é possível manter uma instituição que se destaca no cenário nacional.

As instituições têm sido levadas a se adaptarem, com frequência e rapidez crescentes, às mudanças de cenários que ocorrem no mundo do trabalho. As influências sofridas e exercidas pelas instituições sejam públicas ou privadas não se restringem às que são geradas no ambiente onde elas se estabelecem, mas em todos os recantos do globo.

Essas adaptações referem-se tanto à forma de gestão quanto à própria definição dos projetos a serem conduzidos, ou seja, do direcionamento estratégico da instituição. A função Recursos Humanos, tal como as instituições, também precisam se adaptar continuamente para fazer frente às necessidades das pessoas, à conseqüente adaptação às novas tecnologias, às alterações de rumo da instituição, aos dispositivos legais, às conquistas crescentes da sociedade. Esse permanente movimento de adaptação também constrói a identidade da função recursos humanos.

A identidade da função recursos humanos no Hospital de Clínicas e na UFPR é percebida como difusa, não pragmática. Apesar do RH estar em processo de mudança ainda temos uma visão de RH voltada para o atendimento de demandas de



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

rotinas operacionais, com atuação estratégica limitada, forte na assistência aos servidores/ funcionários. É consenso entre significativo número de servidores/funccionários do RH, numa abordagem desprendida do rigor científico e da própria pesquisa estatística, que o foco central da função RH está alicerçado na execução, ou seja no operacional. A definição do que é estratégico para a instituição não permeia a função. Sua atribuição fica restrita ao cumprimento das decisões através de programas cuja fundamentação encontra amparo nas diretrizes já estabelecidas. É visível que a função recursos humanos compõe-se de uma estrutura na Pró Reitoria de Recursos Humanos que age com atribuições de um poder legislativo para a instituição. Às unidades dentro da instituição compete fazer cumprir essas orientações. O modelo de recursos humanos é descentralizado, com a presença de setores RH em unidades da UFPR, onde uma delas é a Unidade de Administração de pessoas no Hospital de Clínicas.

Existe compartilhamento de atividades entre essas unidades, mas sem subordinação hierárquica, pois as estruturas de RH estão inseridas nas estruturas organizacionais das unidades da instituição. Emergem situações em que a PRHAE é utilizada pelos órgãos descentralizados ora como âncora, ora como escudo, ou ainda como forma de justificar a ineficácia, a lentidão, a não tomada de decisão. Observam-se focos diferenciados sobre a Função RH. Existem atividades cuja responsabilidade está a cargo da estrutura RH, mas em que nada permeia a essência da função. Com esse foco dispersivo, a importância da Função RH torna-se relativa, pois as questões prioritárias intrínsecas da Função são tratadas com a mesma prioridade ou relevância que as outras atividades.

É necessário indicadores e diagnósticos que contribuam para uma reflexão crítica e mais aprofundada sobre a identidade e o papel da Gestão de Pessoas na Universidade Federal do Paraná e em suas unidades. É recente a preocupação que o profissional de RH tem com as diretrizes estratégicas da empresa. Durante muito tempo ficou estático não levando em consideração o planejamento estratégico, os custos, etc. Percebemos pela ótica da administração, que no contexto das instituições existem regras e que estas obedecem a preceitos jurídicos que as regimentam. No entanto, para as instituições se sustentarem, elas deverão estar alicerçadas em três pilares: pessoas, resultados e inovações.



2.3. - Instalações:

A falta de recursos específicos para a correta manutenção do Hospital, desde instalações elétricas, hidráulicas, até equipamentos de infra-estrutura como: subestações elétricas, geradores elétricos e caldeiras, têm comprometido algumas atividades no Hospital, e podem ser consideradas como causas do aumento do custo.

Outras instalações como: sanitárias, portas, janelas, também estão comprometidas pela falta de manutenções, que conflitam com os programas de Humanização da Assistência e Acreditação Hospitalar.

Destacam-se como pontos positivos e com tendência de grandes oportunidades, os apelos da Associação Amigos do HC, Associação Alirio Pffler e Associação Paranaense de Apoio à Criança com Neoplasia, as quais têm contribuído, ainda que de forma pontual, para a reforma de área física e de instalações de algumas unidades do Hospital; e do projeto "O HC CONTA COM VOCÊ" gerenciado pela FUNPAR, através da contribuição da comunidade na doação de recursos financeiros por meio da conta de Luz, que muito têm contribuído para suprir as necessidades do Hospital de Clínicas.

2.4. - Parque de Equipamentos:

A ciência médica e a tecnologia têm evoluído de forma desproporcional em relação à disponibilização dos recursos financeiros para a aquisição de equipamentos.

A demanda por equipamentos que ofereçam um diagnóstico seguro, rápido, preciso e terapias de menor custo com comprovada eficiência, que façam com que o paciente permaneça o menor tempo possível no hospital, estão sendo incrementadas em todas as especialidades médicas.

Para o ensino dos cursos da área da saúde, atendendo as novas diretrizes curriculares, é imperiosa a incorporação de novas tecnologias, sob pena do Hospital contribuir para formação de profissionais que não possuem habilidade e treinamento em consonância com as exigências tecnológicas existentes no mercado.

Apesar do esforço, a atual administração depende do apoio da comunidade através de projetos como o "O HC CONTA COM VOCÊ", das várias associações de apoio e de emendas parlamentares para a aquisição de novos



equipamentos e, mesmo assim, ainda se mantém aquém das necessidades. Além disso, existe o desgaste natural dos equipamentos decorrentes do uso intermitente ao longo dos anos, aliado à falta de manutenção preventiva, tendo como consequência direta, os altos custos de manutenção corretiva.

Digno de citação é o envolvimento de professores, principalmente do curso de medicina que, constantemente, têm buscado alternativas de obtenção de equipamentos, através de projetos de pesquisa em instituições como: CAPES, CNPq, Fundação Araucária, parlamentares, Fundação Nacional de Saúde, entre outros.

Nas negociações com o gestor municipal de saúde, também podem ocorrer doações de equipamentos. Vale ainda ressaltar, a proposta vigente do Governo do Estado, por meio de Secretarias como a da **Ciência, Tecnologia e Ensino Superior (SETI)** e da **Saúde (SESA)**, que disponibilizou recursos para equipamentos, obras e reformas.

2.5. – Financiamento e Competência:

Os altos custos de manutenção de um hospital universitário, que reúne as funções de prestar Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão, muitas vezes são motivos de crítica.

Em 2004, iniciou-se um novo processo para mudança da sistemática de financiamento dos hospitais de ensino, com certificação e auditoria por parte dos Ministérios da Saúde e da Educação, qualificando aqueles que, realmente, podem assim ser considerados. O objetivo principal era adequar os hospitais para a sua missão, com o financiamento adequado, mediante metas pactuadas e auditadas. O modelo teórico é excelente, porém, a sua execução está em fase de implantação, não tendo ainda ocorrido uma adequação financeira por completo. O modelo, quando totalmente implantado, permitirá que o Hospital tenha orçamento e recursos financeiros adequados, acabando com o modelo atual de remuneração por procedimento. Com a implantação parcial houve discreta melhoria no planejamento do Hospital, criando a expectativa de que o mesmo venha a melhorar com a implantação total.



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

2.6. - Integração Assistência/Ensino/Pesquisa/Extensão:

A integração das quatro funções do HC-UFPR - Assistência, Ensino, Pesquisa e Extensão é um constante desafio, isto porque o descompasso existente entre as mesmas vem se cristalizando ao longo dos anos, na medida em que, a cada ano que passa, o Ministério da Educação tem reduzido sistematicamente o volume dos recursos financeiros destinados à manutenção das atividades do Hospital, o que levou o HC a obtê-los através da inserção do mesmo na rede pública de prestadores de serviço de saúde - SUS.

Por força da Lei nº 8.080 de 1.990, o HC-UFPR é o Sistema Único de Saúde, e vem lutando para preservar suas características de HOSPITAL DE ENSINO, e não ser confundido com um prestador comum, ou seja, exclusivamente de serviços de saúde. Muito embora, o artigo 4º da referida lei o tenha enquadrado como prestador:

"O 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 pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde."

Além disso, o Acórdão TCU 013.204/2000-8, de 11/08/2004, ainda determinou:

"Todos os Hospitais Universitários Públicos integrantes que são da administração indireta, integram o incondicionalmente o Sistema Único de Saúde, independente da vontade de seus dirigentes."

Os hospitais de ensino são classificados como terciários e quaternários, fazendo com que as atividades consideradas primárias e secundárias sejam atendidas nas unidades básicas de saúde, com a integração do aluno/docente junto à comunidade. Isto tem causado desconforto com as atividades acadêmicas, que tradicionalmente sempre foram executadas no próprio Hospital. Além disso, a assistência básica de saúde que deveria ser realizada pelos municípios é inadequada, quer pela escassez de oferta, quer pela falta de resolutividade, sendo dirigida para o nível terciário de atenção, ultrapassando a capacidade de atendimento dos hospitais e sem o devido ressarcimento financeiro destes atendimentos.

Dentro da instituição, os efeitos deste descompasso vêm sendo minimizando por meio da integração com o ensino em todos os níveis organizacionais, da implantação do novo modelo de gestão, da contratualização e da integralidade com a Secretaria Municipal de Saúde, como um ponto positivo. Uma



tendência hoje ameaçada pelo reconhecimento dos docentes de que o ensino está amarrado às exigências de atendimento dos casos encaminhados através do pactuado pela contratualização. Para o ensino e a pesquisa deveria existir certa liberdade neste sentido, com administração pela academia e subvenção pelo SUS, sem comprometer as metas contratadas com a Secretaria Municipal de Saúde, visto que muitas doenças são de interesse acadêmico para a formação de recursos humanos, porém, não são consideradas prioridades pelos gestores da saúde.

2.7. - Autonomia:

As questões de autonomia e flexibilidade para o HC-UFPR, dizem respeito às amarras impostas ao seu funcionamento, principalmente no tocante a atos administrativos, como, por exemplo, nos assuntos relativos ao orçamento, finanças, recursos humanos, planejamento, captação de recursos e gerenciamento, que em geral têm obstaculizado as ações no HC.

O Hospital não dispõe de orçamento e nem de financiamento anual, tendo que fazer os ajustes permanentes em função da sua produtividade e custos, nem sempre com a resposta pronta por parte dos gestores. Esse descompasso provoca momentos de desabastecimento, com dificuldades junto aos fornecedores e às equipes que atendem os pacientes.

Para tentar minimizar parte do problema, a partir do final de 2004, foi implantado o pregão eletrônico, o qual foi considerado como oportunidade para os problemas relativos às compras na instituição. Atualmente, o mesmo está sendo considerado como uma ameaça, pois como os fornecedores, que ganham esse tipo de licitação, podem ser de qualquer parte do Brasil, muitas vezes, devido à distância, não conseguem entregar a mercadoria no prazo, assim, com o valor do frete inviabilizando o custo, torna o planejamento de compras insustentável.

Os pareceres da Procuradoria Federal da UFPR, para processos do HC de natureza diversa, não possuem nenhuma prioridade em relação a outros da UFPR. Ocorre que, muitas vezes, determinada ação administrativa que, se não operacionalizada a tempo pode expor pacientes a risco de morte. A dependência do parecer da Procuradoria Federal da UFPR, em inúmeras situações, pode comprometer o bom desenvolvimento das atividades no Hospital.



E quanto aos colaboradores, as amarras legais reduzem a eficácia e eficiência do Hospital como um todo, quer pelos regimes diferenciados de trabalho, quer pelos salários, quer pela impossibilidade da remuneração de produtividade, quer pela inadequação da jornada de trabalho às atividades do Hospital.

3. ELEMENTOS ADMINISTRATIVOS INSTITUCIONAIS

3.1. MISSÃO

"Prestar assistência hospitalar acreditada à comunidade, garantindo campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão."

3.2. VISÃO

Ser Hospital de Ensino da UFPR de referência, com qualidade no ensino, pesquisa e extensão nas diferentes áreas da saúde, inserido no Sistema Único de Saúde, com atendimento de referência nos níveis terciário e quaternário e, articulado com as outras instâncias da Universidade Federal do Paraná nos níveis primário e secundário.

3.3. OBJETIVOS INSTITUCIONAIS

- Oferecer assistência hospitalar acreditada, integrada à rede regionalizada e hierarquizada do Sistema Único de Saúde do país;
- Garantir campo apropriado para o ensino, a pesquisa e a extensão
- Propiciar acesso fácil da comunidade universitária aos Hospitais Universitários, em programa articulado com a PRHAE;
- Aprimorar continuamente a gestão hospitalar;
- Aprimorar e dar continuidade à implantação do Novo Modelo de Gestão.

3.4. POLÍTICAS INSTITUCIONAIS

3.4.1. Política de Assistência à Saúde:



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

Melhorar o atendimento à saúde, através de ações que propiciem aumento da qualidade nos aspectos técnicos, científicos e administrativo-burocráticos, e ações que favoreçam e estimulem o trabalho em equipes multi e interdisciplinares. Estas ações devem, simultaneamente e conjuntamente, visar a humanização do atendimento, concorrendo para resgatar a dignidade do paciente, sob todos os aspectos.

3.4.2. Política de Apoio ao Ensino:

Promover a integração entre as atividades acadêmicas e a estrutura organizacional do Hospital, procurando conciliar os interesses docentes, discentes, assistenciais e de pesquisa, para desenvolver ações conjuntas que reflitam positivamente na formação de recursos humanos na área da saúde.

3.4.3. Política de Intercâmbio com as outras instâncias da UFPR:

Estabelecer ações de intercâmbio técnico, científico e administrativo com os diversos setores da UFPR, visando troca de experiências e soluções conjuntas para problemas comuns.

3.4.4. Política de Apoio à Pesquisa:

Incentivar a atividade de pesquisa, desenvolvendo ações que possibilitem aos pesquisadores, maiores facilidades de acesso a recursos e maior proximidade com os órgãos financiadores de pesquisa, pois é a única atividade que poderá nortear, com segurança, o crescimento científico, acadêmico e assistencial da instituição.

3.4.5. Política de Recursos Humanos:

Agir na vanguarda, estar sintonizado com as metas estratégicas da instituição e da unidade em que atua, dominando processos através da conciliação das atividades predominante operacionais com, atividades que contribuam para os resultados da instituição, conquistar a confiança dos clientes e agir prestando consultoria. Criar condições através da parceria entre a área de recursos humanos, gerentes e diretores para que as pessoas possam atender suas expectativas de desenvolvimento, realização e reconhecimento. Encontrar soluções que possam aflorar e dinamizar o talento o potencial e a diversidade dos sujeitos humanos presentes e atuantes na instituição. Buscar continuamente níveis adequados de excelência em gerenciamento, produtividade e qualidade, através de ações que supram as necessidades



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

quantitativas e qualitativas dos colaboradores da instituição, e que promovam o desenvolvimento do potencial humano, contribuindo para a valorização pessoal e profissional do colaborador, bem como para a melhoria de suas relações com a instituição. Busca de definição do financiamento das Fundações de Apoio e ou de política de suprimento de pessoal.

3.4.6. Política Financeira:

Tornar mais ágil e eficiente a circulação de recursos financeiros, com a implantação de mecanismos de orçamentação, para que cada unidade administre seu orçamento, projetando com maior segurança as necessidades de capital da instituição e com melhor orientação para investir prioritariamente.

3.4.7. Política de Suprimentos:

Tornar mais eficiente, ágil e racional a aquisição e a distribuição de insumos com estoques planejados e com as especificações técnicas desejadas, sem criar privilégios.

3.4.8. Política de Recuperação Física e Adequação de equipamentos:

Promover a recuperação da estrutura física do Hospital, com especial atenção aos aspectos de infra-estrutura, segurança, circulação, manutenção e adequação às necessidades funcionais e a preservação do seu patrimônio.

Garantir recursos para aquisição, manutenção e reparação dos equipamentos.

3.4.9. Política de Expansão Física:

Garantir o crescimento do Hospital, por meio da geração de espaços físicos, seja no plano interno (reformas e/ou realocação de espaços), no plano externo (construções em áreas adjacentes ao Hospital) e adquirindo novas áreas, próximas ou distantes, para instalar novas atividades necessárias.

3.4.10. Política de Relacionamento com a Sociedade:

Solidificar a imagem da Instituição como um patrimônio da sociedade paranaense, enfatizando os benefícios sociais que o trabalho do Hospital trás para a população que utiliza o Sistema Único de Saúde do país; para a formação de 60% dos profissionais da área da saúde no Estado e para o desenvolvimento da pesquisa em saúde, conscientizando a sociedade quanto à necessidade da co-responsabilidade pela manutenção da instituição, buscando sensibilizar as classes políticas, empresariais, culturais, entre outras.



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

3.4.11. Política de Humanização :

Conscientizar e implementar junto a comunidade interna, colaboradores e docentes as políticas do Humaniza SUS.

3.5. PROPOSTA DE METAS E OU OBJETIVOS

- 3.5.1. Implementar, pelas ações da DEPE – Direção de Ensino e Pesquisa - e do seu colegiado, a integração das atividades acadêmicas com as da assistência, atendendo às determinações da legislação referente à saúde pública e às novas diretrizes educacionais para a formação de recursos humanos na área da saúde. (até 2010)
- 3.5.2. Implementar o programa e inserção legal de voluntários profissionais nas ações vinculadas ao ensino/assistência.(2007)
- 3.5.3. Regularizar as ações dos estágios no âmbito do HC.(2007)
- 3.5.4. Regularizar o acesso e as ações de alunos de instituições de 2º grau, graduação, pós-graduação, mestrado e doutorado no âmbito do HC (visitas, aulas, trabalhos acadêmicos, entre outros). (2007)
- 3.5.5. Avaliar a formação dos residentes ouvindo ambos os lados e procurar implementar as ações que resultem na satisfação dos agentes formadores e formados. (2007)
- 3.5.6. Promover curso para os profissionais da saúde lotados no Hospital sobre a importância do registro de todas as atividades, buscando dar instrumentos para o trabalho do serviço de faturamento. (2007)
- 3.5.7. Promover/Reforçar a conscientização através da CCIH dos residentes e supervisores, quanto ao uso dos antimicrobianos, a importância da higienização de mãos integrada aos procedimentos assistenciais, a importância da adesão às normas de Precauções e isolamentos, a importância da adesão às normas e rotinas de prevenção de indução e disseminação de microrganismos multi droga resistentes (MDR) e a importância da adesão às normas de prevenção e controle das quatro grandes infecções nosocomiais: pneumonias, infecções urinárias, infecções cirúrgicas e infecções de corrente sanguínea. Demonstrando a relação entre o benefício/custos e financiamento. (2009)



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

- 3.5.8. Instituir o Espaço da residência, como uma das estratégias de incentivo e apoio a AMEREHC, buscando maior aproximação e fortalecendo a participação dos médicos residentes em todas as ações desenvolvidas no Hospital – até 2010.
- 3.5.9. Continuar com a implementação do novo modelo de gestão com a implantação das Unidades Funcionais Assistenciais, integrando as atividades acadêmicas com as assistenciais. Implantar 100% até 2010.
- 3.5.10. Implantar as Unidade Funcionais:
- 3.5.10.1. de Cardiologia e Imagem, SAC/SAP e Ambulatórios até 12/2007.
- 3.5.10.2. das Doenças Neurológicas e Apoio Terapêutico (2008).
- 3.5.10.3. demais Unidades, em torno de seis, serão implantadas até 2010, conforme plano de ação a ser definido.
- 3.5.10.4. Avaliar e acompanhar semestralmente as Unidades já implantadas.
- 3.5.11. Manter o Programa de Capacitação Gerencial.
- 3.5.12. Buscar o equilíbrio econômico-financeiro do Hospital, a fim de permitir o real planejamento de suas atividades, evitando o desgaste da improvisação frente às suas necessidades diárias.
- 3.5.13. Controlar rigorosamente os insumos que são utilizados pelas Unidades, verificando a relação entre a produção e o consumo. (2007)
- 3.5.14. Implantar o sistema de reposição ativa de insumos na totalidade das Unidades Funcionais. Somente aumentar as cotas com justificativas técnicas passíveis de avaliação por uma comissão de abastecimento. (2008)
- 3.5.15. Realizar, trimestralmente, a análise dos custos de cada Unidade com as ações de cada gerente para a sua otimização, utilizando a ferramenta disponibilizada pela SEPLAN. (2007)
- 3.5.16. Cadastrar todo o parque tecnológico do Hospital com ficha individual indique idade, vida útil prevista, revisões, manutenção preventiva, quebras, custos de manutenção, previsão para a sua substituição. (2007)
- 3.5.17. Implementar a orçamentação por unidade funcional (dentro dos limites legais e possíveis).(2008)
- 3.5.18. Implementar a tecnologia de código de barras na Unidade de Farmácia e no Laboratório até junho de 2007 e, na Unidade de Abastecimento até dezembro de 2007.
- 3.5.19. Implementar a reengenharia do SIH/HC, até 2009.



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

- 3.5.20. Promover a Valorização das equipes de colaboradores através de aprimoramento técnico-científico, melhoria das condições de trabalho, materiais e humanas. (2007)
- 3.5.21. Promover cursos de atualização dos profissionais das unidades de saúde públicas, municipais e estaduais, a fim de reduzir o afluxo de pacientes que podem ser tratados nessas unidades, reservando nossa estrutura para os pacientes que, realmente, somente possam ser atendidos pelo HC. (2007)
- 3.5.22. Promover interação com os gestores da saúde, em todos os níveis de governo, para que haja a compreensão das características próprias dos hospitais de ensino como centros formadores de recursos humanos e não somente prestadores de serviços de saúde. (2007)
- 3.5.23. Promover ações junto ao MEC para aumento da cota do programa interministerial para fazer frente ao pagamento da folha dos terceirizados, enquanto não houver concurso público. (2007)
- 3.5.24. Propiciar e incentivar a equipe de colaboradores a participar de cursos de atualização nas várias áreas de atuação do Hospital.
- 3.5.25. Promover, junto com as demais instâncias da UFPR, SINDITEST e outras entidades, a política de atividade laboral para os colaboradores.
- 3.5.26. Promover, juntamente com a UFPR, ações para a implantação de unidades básicas de saúde gerenciadas pela Universidade, a fim de proporcionar ao nosso aluno formação integral e com uma linha de conduta acadêmica integrada.
- 3.5.27. Promover integração com os outros setores da Universidade para que haja compreensão da dimensão do Hospital e sua importância como agente de grande interface sociedade/universidade. Procurar otimizar a relação com as áreas que dispõem de condições materiais e humanas para a troca de experiências e auxílio mútuo, a fim de otimizar o uso dos recursos públicos. (2007)
- 3.5.28. Promover a atualização do parque tecnológico do Hospital para que o mesmo seja o principal agente da incorporação tecnológica na área da saúde, validando o que é realmente inovação, permitindo que o paciente se beneficie do que há de melhor para a sua saúde e não somente atender à ação mercantilista dos fabricantes. Permitir que o egresso da nossa Universidade



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

esteja atualizado tecnologicamente e não tenha a defasagem que tem nos dias de hoje, quando a atividade privada está anos à frente dos hospitais públicos. Substituição do parque tecnológico de aproximadamente 10% ao ano.

- 3.5.29.** Criar Programa de Treinamento contínuo através da Engenharia Clínica e de profissionais habilitados, para a correta utilização dos equipamentos, a fim de reduzir o desgaste e as quebras constantes.
- 3.5.30.** Continuar com as adequações físicas do Hospital: entrega da reforma da Unidade de Internação da Neurologia Clínica - 2006; entrega de reforma para a Unidade de Pesquisa Clínica-2006; início das obras do Anexo G: 2006; término da reforma da Pediatria – UTI - 2006; início da reforma e pintura da fachada do prédio da maternidade - 11/2006; modernização parcial dos elevadores - 2007; licitação da reforma da Cardiologia/Pneumologia Clínica -12 dezembro 2006; reforma do SEC Pediatria/TMO Ambulatorial -1º semestre 2007;
- 3.5.31.** Criar o Programa de Auxílio e Apoio ao pesquisador para que o mesmo possa dispor de mecanismos de busca de recursos e incentivar a formação de novos pesquisadores.
- 3.5.32.** Criar estrutura de apoio ao pesquisador pela DEPE, para oferecer ao mesmo a infra-estrutura administrativa e de logística na elaboração de projetos, formatação, encaminhamento e acompanhamento, além de buscar as possíveis fontes de financiamento públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras.
- 3.5.33.** Consolidar a Revista do HC, pela sua indexação, e demais medidas estruturais que garantam sua edição e circulação regulares, e seu reconhecimento como veículo de caráter científico em âmbito local, estadual e nacional. – 2008
- 3.5.34.** Adequar a estrutura física do Hospital às reais necessidades, visando atender aos ditames da legislação, seja pelas reformas, seja por sua ampliação.
- 3.5.35.** Concluir as reformas internas do Hospital até final de 2008.
- 3.5.36.** Buscar recursos para ampliação dos Ambulatórios e da instalação de Métodos Diagnósticos.



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

- 3.5.37.** Disponibilizar parte da capacidade instalada para as atividades acadêmicas com a garantia do seu financiamento, independente da gerência do gestor do SUS.
- 3.5.38.** Promover ações junto à sociedade organizada e aos agentes públicos (governantes, parlamentares, colaboradores, etc.) para reforçar a visão de que o Hospital é um bem público de interesse social indispensável, e que os mesmos se mobilizem em sua defesa.
- 3.5.39.** Promover ações junto ao MEC visando acelerar a contratação de colaboradores para substituir os terceirizados, com conseqüente redução dos custos.
- 3.5.40.** Atuar junto a ANDIFES, ABRAHUE, MEC, MS, SESA, SMS, para melhoria da remuneração dos serviços prestados junto ao SUS, considerando que os mesmos são deficitários, tornando-se impossível a manutenção nos parâmetros atuais. Demonstrar que o Hospital de Ensino tem um custo bem superior ao hospital exclusivamente assistencial, tendo em vista suas características peculiares. O paciente que é atendido no Hospital de Ensino é de complexidade terciária ou quaternária, submetido a tratamentos ou medidas terapêuticas que somente estes oferecem no sistema público. Estes pacientes têm permanência longa e custos extremamente elevados e habitualmente tem intercorrências associadas.
- 3.5.41.** Buscar recursos por meio de projetos de pesquisa, fontes de financiamento públicas ou privadas, doações, emendas parlamentares, programas de governo que permitam a compra ou cessão de equipamentos, utilizando o cadastro como elemento norteador das prioridades.
- 3.5.42.** Inscrever-se nos programas governamentais de inovação tecnológica que servem como balizamento para a sua incorporação no país.
- 3.5.43.** Implementar as ações desenvolvidas pela Comissão de Acreditação Hospitalar, de modo que até 2010, 100% das áreas/atividades do Hospital estejam plenamente preparadas para serem certificadas no nível 1 da Acreditação, com conseqüente obtenção da Licença Sanitária.
- 3.5.44.** Fortalecer o trabalho do Comitê de Humanização para promoção das ações de valorização do trabalho em equipes multiprofissionais e propor uma



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

agenda de mudanças que possam beneficiar os usuários e os trabalhadores de saúde.

- 3.5.45.** Promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores de saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde de vida no trabalho. Reformar o vestiário dos colaboradores com espaço apropriado para as refeições.
- 3.5.46.** Conscientizar a equipe assistencial multidisciplinar de sua responsabilidade para com o faturamento do Hospital, bem como implementar ações para o controle dos custos, garantindo a sobrevivência do Hospital.(2007)
- 3.5.47.** Implantar o Acolhimento com Avaliação de Risco no Pronto Atendimento Adulto, de acordo com as recomendações da Política Nacional de Humanização.(até 2008).
- 3.5.48.** Atualização e manutenção da Internet e Intranet como ferramenta de comunicação e informação para o público interno e externo (2007), com versão mínima em inglês e com áreas restritas para a comunidade interna poder acessar de qualquer local (2008).
- 3.5.49.** Busca de recursos e condições para elaboração e implementação de campanhas internas que visem à conscientização do público interno quanto a temas relacionados à melhoria do desempenho institucional e pessoal (economia de maneira geral, atendimento ao usuário, processo de trabalho, comunicação entre os serviços do HC, entre outros).
- 3.5.50.** Ampliar o desenvolvimento de instrumentos de comunicação e orientação para o público interno e externo (folders, cartilhas, banners, material gráfico em geral, jornal interno, teatros educativos, entre outros).
- 3.5.51.** Estruturar a equipe técnica de Marketing por meio de concurso público (Jornalista, Relações Públicas, Designer).
- 3.5.52.** Buscar parceria junto à Imprensa da UFPR para a confecção de materiais gráficos de comunicação e orientação para o público interno e externo.
- 3.5.53.** Assessorar e orientar permanentemente a comunidade interna para a manutenção da imagem institucional positiva do HC, como hospital público de



HOSPITAL DE CLÍNICAS
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

ensino, referência no Estado e no país na assistência, ensino, pesquisa e extensão na área da saúde.

- 3.5.54.** Disseminar entre o público interno a importância de cada colaborador e suas atitudes para a manutenção da imagem positiva da instituição, considerando que o HC tem como "produto" a prestação de serviços, que é uma atividade baseada no relacionamento entre pessoas.
- 3.5.55.** Implementar o projeto de Pesquisa de Satisfação do Usuário.
- 3.5.56.** Consolidar o Marketing Institucional como ferramenta estratégica de gestão.
- 3.5.57.** Apoiar, estimular e orientar o servidor /funcionário criando condições para o desenvolvimento de competências tais como comunicação verbal, inteligência emocional, criatividade, auto aprendizagem, escrever corretamente, relacionamento interpessoal, saber usar tecnologia.
- 3.5.58.** Desenvolvimento de programas de assistência ao servidor/ funcionário auxiliando na identificação e resolução de problemas de produtividade associados a questões pessoais e familiares, de saúde, uso e abuso de substâncias químicas, problemas emocionais e estresse ou outros problemas que possam afetar negativamente o trabalho e a vida pessoal.
- 3.5.59.** Desenvolver e consolidar junto à Pró Reitoria de Recursos Humanos uma identidade única na gestão de pessoas e união de forças para buscar os resultados esperados pela instituição.
- 3.5.60.** Implantação de programa de excelência em movimentação de pessoas com o objetivo de reduzir o impacto da movimentação e facilitar a adaptação ~~de~~ ao novo ambiente profissional. Manter a satisfação das pessoas e o comprometimento com os resultados e objetivos da instituição.

	Prazo
<p>1. Alcançar a Sustentabilidade (Projeto "Compromisso com o Faturamento").</p> <p>Meta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumentar o faturamento em 15% • Reduzir os custos operacionais em 20%; 	<p>Até 2011</p> <p>Até 2011</p>
<p>2. Recestruturação Administrativa e Gerencial (Projeto "HU – Uma Nova Cultura e um Novo Modelo de Gestão").</p> <p>Meta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implantar o Projeto de Unidades Funcionais em 100% das Unidades Assistenciais • Implantar em 100% das Unidades Funcionais a Política de Humanização. 	<p>Até 2011</p> <p>Até 2011</p>
<p>3. Inserção do HC-UFPR no Sistema de Saúde (Projeto "O HU Integrado ao SUS e Submetido ao Controle Social").</p> <p>Meta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atingir 100% das metas pactuadas no contrato de gestão municipal; 	<p>Ao ano até 2011</p>
<p>4. Implantar o Programa de Acreditação Hospitalar no HC-UFPR (Projeto "Acreditação para os HUs da UFPR).</p> <p>Meta</p> <ul style="list-style-type: none"> • Implementar o Programa de Acreditação em 100% da Unidades do Hospital. • Terminar 100% das reformas estruturais do Hospital de Clínicas. • Substituir o parque tecnológico pelo menos 10% 	<p>Até 2011</p> <p>Até 2011</p> <p>Ao ano até 2011</p>

Diretrizes	Prazo
5. Reconhecimento do Trabalhador (Projeto "Valorização do Trabalhador do HU") Meta <ul style="list-style-type: none"> • Implementar ações de saúde ocupacional segundo o que determina a NR32 atingindo 100% do colaboradores. 	Até 2011
6. Informação para todos e em tempo (Projeto "Informação para a Ação") Meta <ul style="list-style-type: none"> • Implementar a reengenharia do SIH-HC em 100% do Hospital 	Até 2011
7. Integração docência e assistência necessária à execução de seus programas de ensino, pesquisa e extensão (Projeto "Pacto com o Ensino e Pesquisa") Meta <ul style="list-style-type: none"> • Implantar o núcleo de apoio ao pesquisador para 100% dos pesquisadores que atuam no HC, na área de pesquisa clínica. 	Até 2011