

UMA ANÁLISE COMPARATIVA DOS INDICADORES DE DESEMPENHO DE UMA ENTIDADE DE SAÚDE PÚBLICA DE CARUARU - PE: UM APLICATIVO ESTRATÉGICO DO BALANCED SCORECARD.

Autores

MARIA DANIELLA DE O. PEREIRA SILVA
FACULDADE DO VALE DO IPOJUCA

ISMAEL GOMES BARRETO
FACULDADE DO VALE DO IPOJUCA

MARIA VANESSA DE SOUZA
FACULDADE DO VALE DO IPOJUCA

WENNER GLAUCIO LOPES LUCENA
FACULDADE DO VALE DO IPOJUCA

RESUMO

A pesquisa apresenta um estudo realizado no Hospital Regional Waldomiro Ferreira, na cidade de Caruaru - Pernambuco, no qual foi feita uma investigação de seus indicadores de desempenho, seguindo o método proposto pelo *Balanced Scorecard*, o qual é dividido em perspectivas, relacionadas às finanças, aos clientes, aos processos internos e ao aprendizado. Assim, funciona como um sistema de auxílio ao processo de tomada de decisão. O estudo obteve um caráter bibliográfico e exploratório. Observou-se, durante o seu cumprimento, que a entidade não usufrui de um sistema de gestão adequado, o que muitas vezes impossibilita a avaliação correta de seus indicadores. Os dados para essa análise foram obtidos através do questionário aplicado a instituição. Portanto, a pesquisa teve o principal intuito de cooperar com a avaliação dos sistemas de gerenciamento estratégico, aplicados na área pública. Visando assim, contribuir para a incorporação de modelos de controladoria estratégica, que possibilitem um maior controle informações públicas. Dessa forma, o hospital analisado apresenta crescimento evidente, mesmo com a ausência de um sistema de gerenciamento adequado.

Palavras-chave: Indicadores de desempenho, *Balanced Scorecard*, Hospital Público.

1. Introdução

Com o fim da Idade Média, há o surgimento de uma nova era, em que a tecnologia e a informação tornam-se elementos de fundamental importância na competição global. Este processo de modernização passou a predominar em todos os setores, atingindo conseqüentemente todas as empresas, as quais passaram a sentir a necessidade de serem mais competentes, criativas e flexíveis.

Nesse ambiente de competição, as empresas destinadas à prestação de serviços, além de cumprirem com suas obrigações, precisam dar uma atenção especial para os seus clientes, funcionários e acionistas, pois estes correspondem à base para o bom funcionamento empresarial em qualquer área de atuação.

Em virtude da necessidade empresarial de possuir um maior controle operacional e financeiro, que fosse além das preocupações com a emissão de dados, relatórios contábeis e gerenciais; as entidades começaram a procurar ferramentas que fornecessem uma melhor análise do sistema empresarial. Sentiu-se com isso a necessidade de possuir elementos que não valorizassem apenas fatos passados, pois o tradicional sistema de gerenciamento já não conseguia atender aos usuários das informações gerenciais e administrativas.

Devido a essa necessidade de ter novos métodos de avaliação de desempenho empresarial, o Instituto Nolan Norton, em 1990, patrocinou na unidade de pesquisa da KPMG - Klynveld, Peat, and Goerdeler de Marwick, um estudo entre diversas empresas, que durou aproximadamente um (1) ano. O estudo foi intitulado de Desempenho de Medição na Organização do Futuro, nesta pesquisa foi avaliada a questão de que os indicadores contábeis e financeiros estavam tornando-se obsoletos, bem como formavam uma base de avaliação de desempenho tradicional, a qual estava prejudicando a capacidade das empresas de criar valores econômicos Kaplan; Norton, (1997, p. 07).

Assim, David Norton liderou um estudo sobre o novo modelo de gerenciamento, que contou com Robert Kaplan como consultor acadêmico. O resultado desse estudo recebeu o nome de *Balanced Scorecard*, ferramenta de gestão que possuía uma divisão em quatro perspectivas diferentes, as quais estavam relacionadas a finanças, ao cliente, aos processos internos, à inovação e ao aprendizado. A proposta, segundo Kaplan e Norton (1997, p. 08), “[...] refletia o equilíbrio entre objetivos de curto e longo prazos, entre medidas financeiras e não financeiras, entre indicadores de tendências, e ocorrências, e entre as perspectivas interna e externa de desempenho”. Dessa forma, o *Balanced Scorecard* fazia uma união de elementos tangíveis e intangíveis.

A partir de sua publicação, o *Balanced Scorecard* foi utilizado não só como um modelo de medição de desempenho, mas para comunicar e alinhar a estratégia da empresa, de acordo com Costa (2001, p.11). Assim, o BSC foi construído com a principal intenção de formar um conjunto de medidas capazes de monitorar a capacitação e a conquista de ativos não mensuráveis, para aumentar o crescimento das entidades, garantindo sua estabilidade.

O BSC teve uma expansão internacional, foi adaptado a todos os setores, desde as indústrias até as empresas prestadoras de serviço. No aspecto hospitalar, não foi diferente, por ser um sistema adaptável não só para os hospitais privados, mas também acessível aos públicos.

Entretanto, na aplicação do BSC nas entidades de saúde, há sempre conflitos com o ambiente interno e externo das entidades. Este problema não se restringe apenas aos hospitais públicos, acusados na maioria das vezes de possuir uma deficiência na gestão pública, pois os hospitais privados também enfrentam os mesmos problemas.

No ambiente externo, isso ocorre devido ao seu maior rigor nos processos reguladores, à maior variedade dos consumidores e à pressão competitiva. Já o ambiente interno conta com os conflitos entre gestores e médicos, conflitos entre as proposições do valor de diferentes tipos de consumidores, a falta de métodos para a mensuração do desempenho e sistemas de informação ineficientes. Portanto, esses aspectos correspondem a desafios enfrentados na administração competitiva hospitalar.

As organizações hospitalares, à medida que são inseridas a um sistema aberto, começam com um processo de mudança organizacional contínua. Ribeiro Filho (2002, p.22, *apud* Machado *et al*, 1999, p.102/103) define isto da seguinte maneira:

(a) transformação organizacional deve ser entendida além dos chamados processos planejados de mudanças. De acordo com Kanter, Stein e Jick (1992), é necessário reconhecer três tipos de forças que podem provocar mudanças: a relação entre as organizações e seus ambientes: o crescimento por meio de estágios de vida; e o exercício da política, a constante luta pelo poder. Os três podem ocorrer à margem das intenções estratégicas e objetivos oficiais, obrigando a organização a manter-se em contínuo movimento.

Com isso, o modelo gerencial ideal para os hospitais deve incluir um sistema de informação gerencial e contábil, colocando-os de acordo com as estratégias de mudança da organização, para obter assim uma melhor eficácia organizacional.

A gestão hospitalar é algo extremamente complexo, pois a sua administração quando é realizada por profissionais sem devidas especializações, ocasiona conflitos no processo decisório orçamentário e financeiro. Essa questão é definida por Chinen (1987, p.13), como:

(...) o Corpo Clínico possui autonomia profissional, não raro transferem-na para a esfera administrativa, imiscuindo-se em problemas não relacionados às suas funções. Esta falta de entrosamento que se pode verificar com grande frequência nos hospitais gera desentendimentos que repercutem na esfera administrativa, resultando em bloqueios nos sistemas e canais de informação fundamentais para boa gestão hospitalar.

Quando esse cenário hospitalar é caracterizado como público, a situação torna-se mais complexa, visto que há uma grande ausência de compromisso público efetivo, em virtude da administração deixar várias lacunas nas questões relacionadas aos direitos constitucionais e à vida cotidiana brasileira.

O setor público apresenta uma política de saúde muitas vezes desestruturada, que nem sempre atende às necessidades da população, de acordo com Bueno (1993, p.5),

[...] os sistemas de saúde da produção pública geram um descontrole do custo e de um uso de ineficazes dos recursos [...] e ineficiência gerados ou pela falta da correspondência entre o produto ou o resultado obtido e o borne de comando dos custos que é incorrido [...]¹

Essa falta de controle, muitas vezes, ocasiona uma deficiência nos serviços prestados aos cidadãos brasileiros.

Os hospitais públicos atendem a maior parte dos aproximadamente 190 milhões de habitantes do Brasil, os quais consomem, conseqüentemente, um considerável volume de recursos financeiros do governo. Nos últimos anos, as políticas governamentais priorizaram a redução dos gastos, para maximizar o atendimento e a qualidade dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), realizado pelo Ministério da Saúde.

¹ (...) los sistemas de sanidad de producción pública se genera un descontrol de gasto y una utilización de recursos ineficazes (especialmente por el cumplimiento de objetivos) e ineficiente o por falta de correspondencia entre el producto o el resultado logrado y los costes em que se incurre (...).

Entretanto, o Sistema de Saúde ainda não consegue atender a toda população, mesmo com a inclusão de congêneres no auxílio a essa prestação de serviços. Os hospitais públicos, apesar de todos os investimentos, apresentam várias falhas não só no estado de Pernambuco, mas no Brasil como um todo.

Dessa forma, a pesquisa teve o desígnio de fazer uma abordagem sobre indicadores de desempenho, sob uma visão da controladoria estratégica, baseando-se no *Balanced Scorecard*. Portanto, o estudo avaliou o seguinte questionamento: *a avaliação dos indicadores de desempenho, por parte dos gestores, é realizada estrategicamente para o crescimento do Hospital Regional Waldomiro Ferreira?*

2. Objetivo

O principal objetivo deste trabalho foi identificar o desempenho do Hospital Regional Waldomiro Ferreira, através dos indicadores de desempenho, baseando-se no modelo proposto pelo *Balanced Scorecard*. Portanto, por meio de questionamentos, tentou-se mostrar se havia uma efetiva utilização dos indicadores de desempenho no hospital.

3. Metodologia

Para a realização da pesquisa, foi selecionado o Hospital Regional Waldomiro Ferreira, por ser um hospital de grande porte estadual, responsável pelo atendimento de trinta e dois municípios do Agreste pernambucano, prestando os mais diversos tipos de atendimento à população.

Através da aplicação de um questionário à parte administrativa do hospital e através de alguns dados colhidos nos sites da Secretaria da Saúde de Pernambuco, foi realizado o estudo de caso, com a intenção de investigar os indicadores de desempenho estratégico, utilizados no processo administrativo do hospital analisado.

Portanto, a pesquisa teve o caráter bibliográfico e exploratório, pois foi elaborada no confronto da teoria com a prática, a partir de um estudo de caso. E também foi descritiva, por fazer um levantamento sobre as características dos indicadores propostos pelo *Balanced Scorecard*, seguindo assim a linha do método dedutivo.

4. Referencial Teórico

A origem dos hospitais ocorreu nas primeiras civilizações, por conta da necessidade de assistência médica. Os primeiros *curadores* eram considerados como sacerdotes, ou seja, acreditava-se que os primeiros médicos possuíam um dom baseado no misticismo e na religião. Os primeiros relatos das entidades de assistência médica surgem na China, por volta do século XII a.c, de acordo com Rosen (1958).

Com o aumento da população, iniciou-se um processo de maior controle, a fim de evitar a proliferação das epidemias. No período do mercantilismo, foram criados os primeiros hospitais para esse controle, surgindo também as primeiras maternidades. O processo de inclusão tecnológica aumentou o número de desempregados, gerando uma maior divisão social, logo, a população foi exposta a condições precárias, as quais levaram e levam à enfermidades. No desenvolvimento das pesquisas médicas, esse período é marco em conquistas, pois o avanço tecnológico proporcionou a descoberta de novos equipamentos e a cura de algumas doenças.

4.1 Estrutura Hospitalar

Um hospital corresponde a uma entidade prestadora de serviços e de apoio concomitantes e independentes, visando o benefício de doentes. Almeida (1983, p.205), define isso da seguinte forma:

(u)ma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados, os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins.

A estrutura formal hospitalar é dividida basicamente em quatro áreas: médica, enfermagem, administrativa e pesquisa. Nos hospitais em geral, as especialidades médicas e de enfermagem estão vinculadas às clínicas cirúrgicas, médicas e pediátricas, obstétrica e psiquiátrica. Entretanto, para obter um resultado satisfatório, não basta apenas ter uma entidade hospitalar bem estruturada organizacionalmente e contar com bons profissionais, é necessário que exista a união de toda a equipe, agindo de comum acordo. Assim, há uma solidificação das áreas, levando a uma administração eficaz e eficiente.

4.2 O Surgimento do Sistema Único de Saúde

De acordo com as Normas Operacionais Básicas NOB/SUS (1996), com o surgimento da nova Constituição da República, em 1988, desencadearam-se iniciativas legais, que aos poucos foram viabilizadas em direito à saúde. Com isso, juridicamente foram criadas as Leis Orgânicas de Saúde (nº 8.080/90 e 8.142/90), o Decreto nº. 99.438/90 e as Normas operacionais Básicas (NOB), no período de 1991 e 1993.

A Lei 8.080/90 regulamenta O SUS – o Sistema único de Saúde -, o qual foi estabelecido em 1988, pela Constituição Federal. Neste sistema, são agregadas às responsabilidades previstas pela constituição em relação aos serviços estatais, referentes à esfera federal, estadual e municipal, bem como também os serviços privados que são contratados ou conveniados.

As Normas Operacionais Básicas estão relacionadas à parte operacional do SUS, ou seja, ao direcionamento do sistema. Segundo a NOB/SUS (1996), essas normas recebem este direcionamento com a finalidade:

[...] primordial promover e consolidar o pleno exercício, por parte do poder público municipal e do Distrito Federal, da função de gestor da atenção à saúde dos seus municípios (Artigo 30, incisos V e VII, e Artigo 32, Parágrafo 1º, da Constituição Federal), com a conseqüente redefinição das responsabilidades dos Estados, do Distrito Federal e da União, avançando na consolidação dos princípios do SUS.

Portanto a NOB - Norma Operacional Básica - tem a finalidade de planejar e realizar o pleno exercício da atividade do gestor, do poder público municipal e do Distrito Federal, em relação à saúde dos municípios, como a prestação de serviços de saúde, gestão do sistema, condições sanitárias adequadas, entre outros. Consolidando, com isso os princípios do SUS. Assim, a NOB tem a intenção de melhor direcionar a saúde pública nos municípios.

4.3 O Direcionamento dos Investimentos Públicos

O orçamento público é direcionado para a esfera Federal, Estadual e Municipal, com a principal intenção de instituir normas, responsáveis por dar um maior controle aos orçamentos e balanços provindos da Administração Pública. Estas Normas estão previstas na Lei nº 4.320, de 17 março de 1964.

Com a inclusão da Lei de Responsabilidade Fiscal (LRF), a Administração pública passou a se tornar mais transparente. Observa-se um maior controle nos gastos públicos, os quais passaram a exigir execuções orçamentárias de expressem a realidade. Bezerra Filho (2004, p. 22), define a LRF como:

[...] Lei de Responsabilidade Fiscal, que estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal dos gestores públicos, mediante ações em que se previnam riscos e corrijam-se desvios capazes de afetar o equilíbrio das contas públicas. Para isso, estipula critérios de fixação e cumprimento de metas de resultados, entre receitas e despesas, e de obediência a limites e condições no que tange à renúncia de receita, geração de despesas [...], dívida pública, operações de crédito, concessão de garantias e inscrição a títulos de restos a pagar.

Assim, a LRF contribui não só para o esclarecimento dos gastos públicos, mas para a divulgação das informações para toda a sociedade e para a tomada de decisão. Contribuindo, desse modo, para o desenvolvimento de toda a sociedade.

4.4 A Área Hospitalar Caruaruense

Pernambuco conta com aproximadamente 320 hospitais, localizados em sua maioria na região Metropolitana do Recife-Pe, formando um grande pólo médico que, de acordo com o Governo de Pernambuco, forma o segundo pólo médico do Brasil, sendo o primeiro em São Paulo.

Essa atividade hospitalar emprega aproximadamente 120 mil pessoas, das quais 72 mil estão na região Metropolitana do Recife (RMR). Este pólo é o segundo maior contribuinte de ISS, participando de aproximadamente 13% das receitas, conforme o Governo do Estado.

Caruaru, localizada na meso-região do agreste, mais precisamente na micro-região do Vale do Ipojuca, de acordo com o IBGE (censo demográfico, 2000), possui uma população basicamente urbana, com 253.634 Habitantes. É considerada como segundo pólo médico do Estado e o primeiro do interior. A cidade possui diversas clínicas, hospitais e congêneres. Juntos, estes prestadores de serviços hospitalares contam com uma média de 400 médicos, realizando diariamente mais de 500 atendimentos, segundo o Diário de Pernambuco.

A secretaria de Saúde de Caruaru fornece a população desde atendimentos odontológicos a cirurgias cardiovasculares. Também oferece aos cidadãos caruaruenses exames laboratoriais com coleta domiciliar gratuita, centro de apoio-social, policlínicas para idosos e o Lig-saúde (0800), programa que marca consultas com antecedência, a fim de agilizar o processo de atendimento.

A fim de melhorar a prestação de serviços hospitalares para a população do estado, foi construído a sete anos, em Caruaru, o Hospital Regional do Agreste Waldomiro Ferreira, o qual localiza-se as margens da Br 232. O hospital é estadual e presta à população serviços emergenciais, como clínica médica, pediatria, cirurgia geral, ortopedia, neurocirurgia, bucomaxilofacial, cirurgia vascular, odontologia e Centro de tratamento Intensivo (CTI).

O Hospital Regional do Agreste (HRA), como é popularmente chamado, atende diariamente cerca de 200 pessoas, atingindo uma média de 5 mil pacientes por mês. Para a prestação desse serviço, diariamente 15 médicos atuam nos plantões, junto aos enfermeiros e outros auxiliares, que totalizam mais de 800 funcionários.

4.5 O Investimento do Sistema Único de Saúde em Caruaru

O Sistema Único de Saúde - SUS -, em todo o país, é responsável por direcionar diversos recursos, no município de Caruaru não é diferente. As estatísticas dos investimentos realizados comprovam que a cada ano o investimento na cidade aumenta. Isto pode ser comprovado ao observar a figura 1.

Figura 1. Investimentos em Caruaru.

Município:Caruaru/PE				
Orçamentos Públicos em Saúde				
Dados e Indicadores	2000	2001	2002	2003
Despesa total com saúde por habitante (R\$)	44,63	58,85	71,59	81,99
Despesa com recursos próprios por habitante	14,85	23,88	31,96	35,93
Transferências SUS por habitante	29,78	34,97	39,62	46,06
% despesa com pessoal/despesa total	50,80	65,21	72,77	73,53
% despesa com investimentos/despesa total	14,20	3,08	3,92	1,67
% transferências SUS/despesa total com saúde	66,72	59,43	55,35	56,18
% de recursos próprios aplicados em saúde	9,62	14,20	15,77	17,56
% despesa com serv. terceiros - pessoa jurídica /despesa total	19,55	16,90	13,91	14,02
Despesa total com saúde	11.320.593,21	15.193.891,96	18.758.378,73	21.803.912,99
Despesa com recursos próprios	3.767.371,90	6.164.918,82	8.375.440,75	9.555.171,35
Receita de impostos e transferências constitucionais legais	39.151.121,27	43.411.967,39	53.107.857,59	54.405.226,69
Transferências SUS	7.553.221,31	9.028.973,14	10.382.937,98	12.248.741,64
Despesa com pessoal	5.750.358,57	9.907.205,15	13.649.717,56	16.031.815,99
Fonte: Adaptada Ministério da Saúde apud SIOPS				

4.6 Os Indicadores do *Balanced Scorecard*

O *Balanced Scorecard* estrutura suas perspectivas com indicadores, que podem ser financeiros ou não. Esses indicadores adaptam-se de acordo com as necessidades da empresa à sua meta principal. Na concepção de Oliveira et al (2004, p.156/157), “o *BSC* traduz a missão e a estratégia da empresas, transformando-as em um conjunto abrangente de medidas de desempenho que serve de base para um sistema de medição e gestão estratégica”.

Dessa forma, o *BSC* faz uma combinação de medidas de categoria relacionada ao financeiro, conhecimento do cliente, processos internos e aprendizado, que fazem uma implementação estratégica da empresa em curto, médio e longo prazo. Assim, os indicadores são elementos que mostram a performance e o desempenho das organizações.

4.7 O *Balanced Scorecard* nas Empresas Públicas

A análise das medidas de desempenho no setor público muda um pouco, pois a avaliação do sucesso é dada a partir da observação do grau de eficiência e eficácia com que as entidades atuam na prestação do seu serviço, e não pelo corte de despesas. Em relação aos objetivos, ao serem traçados devem ser tangíveis para os clientes. Dessa

forma, a perspectiva financeira, no setor público, torna-se uma limitação, e não um objetivo. Logo, o BSC, atuando na área pública, pode direcionar a entidade a um crescimento estratégico, através de seus indicadores, como nas entidades privadas.

5. Resultado da pesquisa

Para melhor analisar os indicadores da entidade estudada, além da distinção entre indicadores financeiros ou não, foi feita uma divisão sobre a sua área específica de atuação. Essas subdivisões de acordo com a área a ser analisada geram uma maior especificidade, e com isso conseguem melhor atender aos usuários de sua informação, Bittar (2001). Portanto, os indicadores estudados receberam a seguinte divisão:

- Indicadores externos ou de meio ambiente;
- Indicadores Hospitalares;
- Indicadores econômico-financeiros.

A pesquisa foi realizada no Hospital Regional Dr. Waldomiro Ferreira – Hospital Regional do Agreste, que fica localizado na cidade de Caruaru-Pe. Esse hospital, foi inaugurado no dia 04/12/1997, atuando na área de traumatologia, como principal especialidade. Tem como diretor geral Dr. José Neves, médico por formação acadêmica. Sua prestação de serviços atende os municípios da IV Gerência Regional de Saúde – IV GERES, ou seja, cidades próximas a Caruaru; outras regiões e outros estados.

O Regional oferece os seguintes serviços na emergência: Clínica Médica, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Traumatologia e Neurocirurgia. No seu ambulatório, Anestesiologia, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Medicina Interna/Clínica Geral, Oncologia Cirúrgica, Gastroenterologia, Nefrologia, Oncologia Clínica, Ortopedia/Traumatologia, Patologia Clínica, Radiologia, Anatomia Patológica, Citologia, Terapia Renal Substitutiva, Endoscopia, Tomografia Computadorizada e Ultra-sonografia.

5.1 Regiões atendidas pelo Hospital

O Regional é um Hospital público do estado, que além de fornecer serviços à população de Caruaru-Pe, presta atendimentos as cidades: Agrestina, Águas Belas, Bonito, Bezerros, Buíque, Belo Jardim, Brejo da Madre de Deus, Barra de Guabiraba, Camocim de São Félix, Catende, Cachoeirinha, Cupira, Cumaru, Garanhuns, Itauba, Lajedo, Panelas, Petrolândia, Quipapá, Riacho das Almas, São Bento do Una, Santa Cruz do Capibaribe, Saloá, São Joaquim do monte, Santa Cruz do Capibaribe, Serra Talhada, Toritama, Vitória de Santo Antão, Vertentes, entre outras.

Verifica-se que, dentre esses municípios, o maior número de atendimentos é realizado para as pessoas das cidades de Caruaru e Bezerros, dos quais corresponderam em agosto/2005 a 23,65% e 9,73%, respectivamente, do total de seus atendimentos.

A análise dos atendimentos ocorridos em agosto de 2005, pode ser observada na tabela 1.

Tabela 1 - Procedências realizados em Agosto de 2005.

Procedências	Nº	%
Caruaru	69	42,07%
IV Geres	67	40,85%
Outras Regiões	26	15,86%
Outros Estados	01	0,61%

Total	164	100%
--------------	-----	------

Fonte: Estudo de caso, 2005.

Ao observar essa tabela, constata-se que o hospital recebe o maior número de pessoas na cidade de Caruaru, que conseqüentemente é responsável pelo dispêndio financeiro maior.

5.3 Avaliação dos Atendimentos

5.3.1 Atendimentos

O HRA na realização dos seus atendimentos, tem como destaque o atendimento às vítimas provenientes de violência e acidentes de trânsito, isso pôde ser observado com os dados obtidos na pesquisa. No total foram 4.014 atendimentos, dos quais 2.120 estão relacionados a consultas ambulatoriais, como atendimento buco-maxilar facial e ortopedia.

De acordo com o setor de epidemiologia do hospital, no mês de agosto/2005, os atendimentos na emergência relacionado à violência foram divididos em casos de: homicídios, suicídios, entre outros. Os relacionados aos acidentes de trânsito foram divididos pelo meio de locomoção, ou seja, entre: automóveis, bicicletas, motos e ignorados. Eles podem ser observados nas tabelas a baixo:

Tabela 2 – N° de atendimentos por violência.

Violência	N°	%
Homicídio	05	3,05%
Suicídio	01	0,61%
Demais	158	96,34%

Fonte: Estudo de caso, 2005.

Tabela 3 - N° de atendimentos provenientes de acidentes de trânsito.

Trânsito	N°	%
Motos	185	47,19%
Bicicletas	65	16,59%
Automóveis	56	14,29%
Ignorados	86	21,93%
Total	396	100%

Fonte: Estudo de caso, 2005.

5.3.2 Óbitos

A avaliação dos óbitos no setor de epidemiologia do Hospital Regional do Agreste é dada pelos sexos dos pacientes, pela idade e também por locais de ocorrência. Eles obtêm esses indicadores, a nível institucional, não só para fazer um controle de atendimentos, mas também para realizar um controle dos gastos no departamento de contas. Entretanto, os dados sobre os gastos nesses atendimentos que levam ao óbito não foram fornecidos durante a pesquisa, por ainda estar em processamento. Os números de óbitos de acordo com a divisão realizada pelo hospital pode ser observado na tabela 4.

Tabela 4 - Óbitos por setores do HRA.

Ocorrência dos óbitos	N°	%
Bloco Cirúrgico	03	4,17%
Domicílio	01	1,38%

Emergência	25	34,72%
Enfermaria	13	18,06%
Emergência Pediátrica	04	5,56%
UTI	09	12,54%
Repouso	12	16,67%
Via Pública	02	2,77%
Pediatria	03	4,17 %
Pediatria Cirúrgica	-	-
TOTAL	72	100%

Fonte: Estudo de caso, 2005.

Assim observa-se que do total de óbitos ocorridos no mês de agosto/2005, a maioria ocorre no setor de emergência, o qual recebe as vítimas de agravos, acidentes e agressões. Constituindo assim, as suas prioridades de atendimento emergencial do período analisado, como pode ser observado na tabela 5.

Tabela 5 – Distribuição dos maiores atendimentos na emergência.

Vítimas	Nº
Agressões	164
Agravos	201
Acidentes de trânsito	392

Fonte: Estudo de caso, 2005.

5.3.3 Exames, Cirurgias e Internamentos

Dos exames oferecidos, pelo Hospital Regional, à população os que mais se destacam são de colonoscopia e endoscopia. Os números desses exames, realizados durante o período estudado, podem ser observados na tabela abaixo.

Tabela 6 – Exames realizados em agosto/2005.

Exames	Nº	%
Colonoscopia	07	19,45%
Endoscopia	29	80,55%
Total	36	100%

Fonte: Estudo de caso, 2005.

Quanto ao número de cirurgias e internamentos, o HRA realizou um total de quatrocentos e setenta e um (471) internamentos e quatrocentos e vinte e quatro (424) cirurgias, das quais duzentos e quinze foram de pequeno porte, só no período de agosto/2005.

5.4 O Planejamento Hospitalar

O HRA – Hospital Regional do Agreste - recebe parte de sua verba por parte do estado, o que o caracteriza como um hospital regional. Esta entidade também recebe recursos provindos do Sistema Único de Saúde. O seu planejamento é feito de forma simplificada, não há uma estruturação estratégica para os investimentos. As verbas chegam à entidade e são automaticamente distribuídas.

O planejamento geral é feito pela Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco, pois dentro do hospital não há um sistema que faça isso. Sente-se, portanto, a necessidade de possuir um sistema de gerenciamentos, para melhor direcionar a entidade. Assim, há a inexistência de um gerenciamento voltado não só para os elementos não mensuráveis, mas para os mensuráveis também.

Dentre todos os seus setores, o mais dispendioso é o setor farmacêutico e a nutrição, entretanto, pela carência de um sistema de gestão e de indicadores que possam melhor direcionar os recursos empregados, não há um controle específico sobre eles.

5.5 Sistema Administrativo

A direção geral do Hospital é feita por um médico, que conta com o auxílio do diretor técnico, que o auxilia na administração operacional. A equipe responsável pelas finanças encontram-se na Unidade de assistência geral, em que é realizado um controle tradicional dos investimentos, provindos da Secretaria de Saúde de Pernambuco.

Esse controle é tipicamente financeiro, não fazendo qualquer abordagem sobre os elementos não mensuráveis. A administração não utiliza nenhum sistema de gestão, toma suas decisões com base nos elementos tradicionais, não tendo qualquer preocupação com relatórios gerenciais.

Contudo, mesmo com as deficiências de gestão encontradas, o hospital tem um crescimento estrutural evidente, que pode ser comprovado pela última reforma, que ampliou a UTI e construiu mais seis (6) leitos completamente equipados.

Portanto, há a falta de um gerenciamento adequado ao hospital, para que ele seja melhor gerido, trazendo com isso benefícios para toda a população.

5.6 Indicadores do Hospital Regional do Agreste – HRA

Durante a pesquisa foram selecionados alguns dos indicadores aplicados às entidades de saúde, para realizar uma breve análise quantitativa e qualitativa. Todos os dados colhidos, sobre os indicadores, estão baseados nas informações obtidas no setor de epidemiologia e na Unidade de Assistência Geral.

Dentre os indicadores analisados para a estruturação do *Balanced Scorecard*, foram evidenciados os que estão sendo apresentados nas tabelas abaixo.

Tabela 7 – Indicadores Hospitalares de qualidade do HRA

Indicadores Hospitalares de Qualidade	%
Taxa de Mortalidade Geral	1,79%
Taxa geral de Mortalidade em Cirurgias	0,70%

Fonte: Estudo de caso, 2005.

Tabela 8 – Indicadores de Estrutura do HRA

Indicadores de Estrutura	Nº
Capacidade de leitos planejada	208
Capacidade de leitos operacionais	208
Nº de salas cirúrgicas gerais	09
Nº de salas reservadas para UTI	10

Fonte: Estudo de caso, 2005.

Tabela 9 - Indicadores de Produção do HRA

Indicadores de Produção	Nº
Nº de atendimentos	4.014
Nº de internações	571
Nº de consultas ambulatoriais	2.120

Fonte: Estudo de caso, 2005.

Tabela 10 – Indicador de Produtividade

Indicador de Produtividade	Nº
Funcionário/ leito	3

Fonte: Estudo de caso, 2005.

Tabela 11 – Indicadores de Recursos Humanos do HRA

Indicadores de Recursos Humanos	
Orçamento para treinamento	Só para funcionários de nível elevado
Satisfação Funcionário	Regular
Planejamento para novos desafios	Novas reformas estruturais

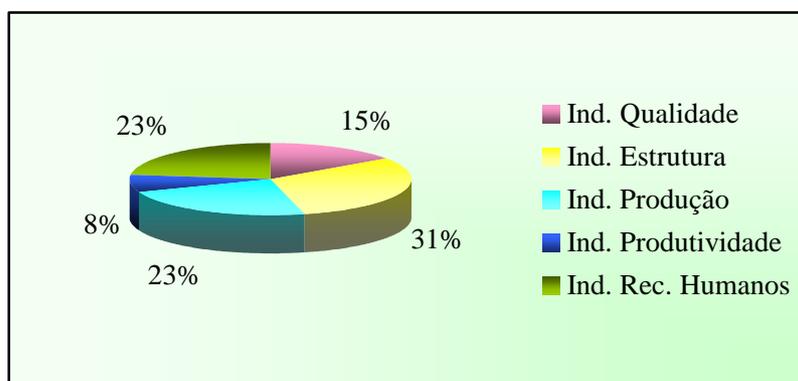
Fonte: Estudo de caso, 2005.

5.6.1 Análise dos Indicadores avaliados

De acordo com o estudo realizado no Hospital Regional, observa-se que a entidade está em crescimento físico, devido as suas reformas e as suas projeções futuras. A sua capacidade operacional opera na sua totalidade. O número de leitos é relativo ao número de funcionários. Apresenta um índice baixo de mortalidade, principalmente relacionado às cirurgias de forma geral. Portanto, na análise estrutural e ambiental dos indicadores colhidos observa-se que o hospital opera com certa normalidade.

Os indicadores de caráter financeiros não foram trabalhados em virtude não divulgação dessas informações durante a pesquisa. Entretanto, os indicadores analisados fornecem uma visão que permite a formação da estrutura do *BSC*, pois as informações financeiras não corresponde a um objetivo básico nas entidades de administração pública, possui têm mais a função de favorecedora ou inibidora (Kaplan e Norton, 1997, p.189). Assim, pode observar que dentre os indicadores analisados, o indicador relacionado à estrutura foi um dos mais estudados, isso pode ser observado no gráfico 01.

Gráfico 01- Síntese dos Indicadores do HRA



Fonte: Estudo de caso, 2005.

5.7 O *Balanced Scorecard* no Hospital Regional

A administração financeira tem conhecimento sobre a existência do *BSC*, entretanto não adotou a ferramenta como auxílio a sua gestão. Um dos motivos é a falta de atenção do Estado, em melhorar o sistema de gestão.

Avaliando, de acordo com o questionário aplicado, alguns dos principais indicadores das perspectivas do *BSC*, observa-se que sua estruturação poderia ter aspectos mostrados na tabela 12.

Tabela 12 - Estruturação do *BSC*

Perspectivas	Meta	Indicador
Perspectiva Financeira	Maximizar a economia dos custos, melhor direcionar as verbas e preservar o patrimônio	* Melhor direcionamento das

		público.	verbas.
Perspectiva pacientes	Cientes/ do	Melhorar o atendimento	* Satisfação do Paciente
Perspectiva Aprendizado e conhecimento	do e	Promover cursos de reciclagem para todos os funcionários.	* satisfação dos Funcionários.
Perspectiva dos internos	Processos	Melhorar a qualidade dos serviços ofertados.	* Qualidade

Fonte: Estudo de caso, 2005.

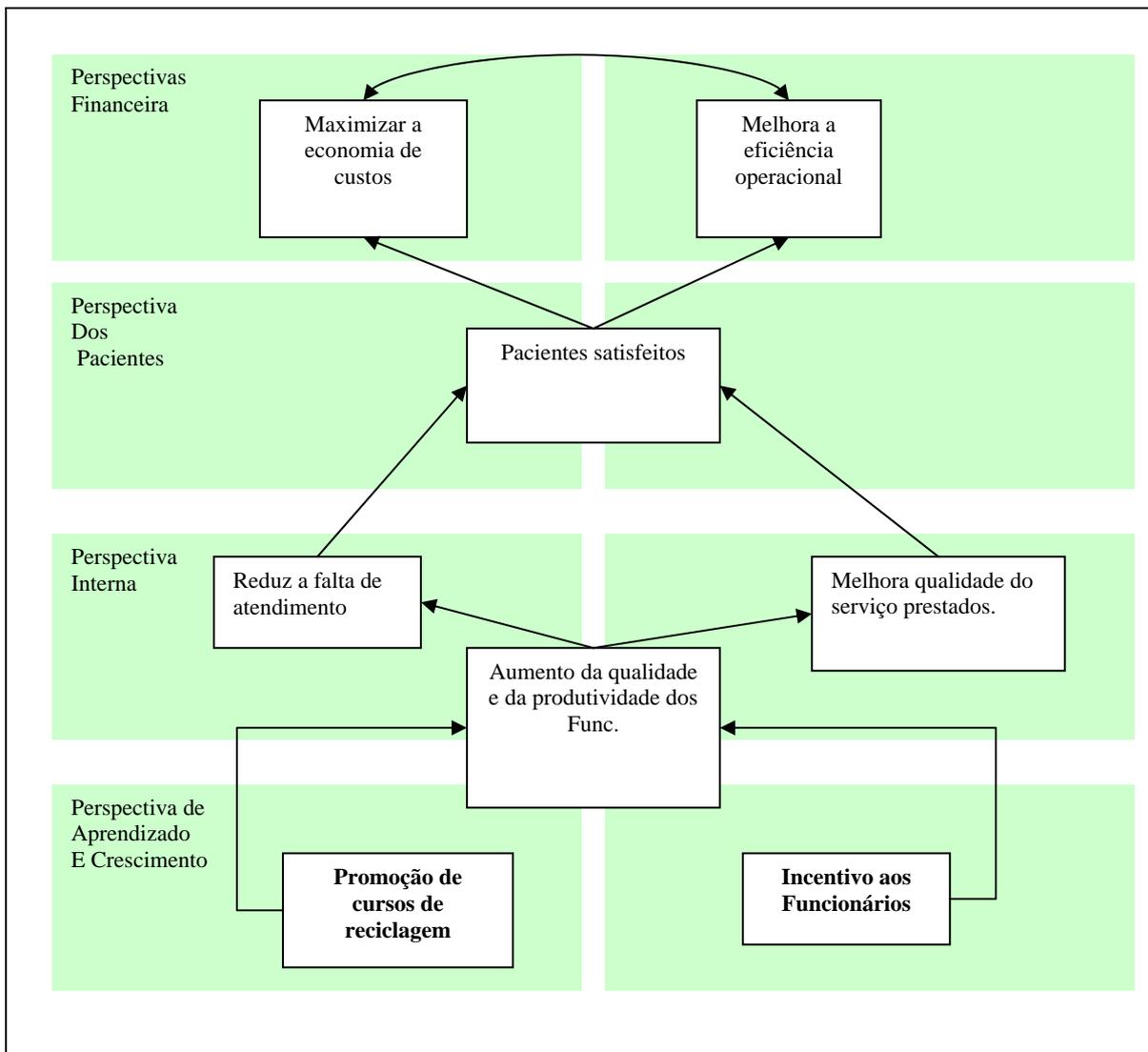
Adequando as necessidades do hospital a estrutura do *BSC*, foi montando um planejamento estratégico generalizado, visando suprir as necessidades encontradas durante a pesquisa, direcionando o hospital a uma eficiência e eficácia operacional. Assim, definiu-se as prioridades de cada setor, ou seja, de cada perspectiva, foi evidenciado a sua meta e seu indicador. Com isso, foi montado o mapa estratégico da figura 2.

Assim, o *Balanced Scorecard* faz uma união de elementos tangíveis e intangíveis, para canalizar todos os setores de uma organização hospitalar, a fim de buscar através de metas estratégicas a realização dos objetivos da empresa.

A estruturação do *BSC* foi montada a partir das dificuldades apontadas pela Unidade de Assistência Geral durante a pesquisa, entre as necessidades expostas destacou-se:

- A ausência de investimento em funcionários de baixos cargos;
- Falta de incentivo aos funcionários;
- Ausência de economia por parte dos departamentos;
- Falta de verbas;
- Falta de um sistema de gerenciamento adequado;
- Necessidade de melhorar os atendimentos.

Figura 2 - O *BSC* estratégico, aplicado no Hospital Regional



Fonte: Estudo de caso, 2005.

Considerações Finais

A partir do estudo realizado pode-se destacar a ausência de um sistema de gerenciamento baseado em estratégias, o controle gerencial realizado no hospital é baseado em técnicas administrativas e contábeis tradicionais. A Unidade de Assistência Geral do hospital durante a pesquisa confirma o conhecimento de meios estratégicos para melhor gerir a entidade, como a ferramenta *Balanced Scorecard*, mas admite a falta de um gerenciamento estratégico, adequado a realidade hospitalar.

O HRA passou por algumas reformas estruturais internas, e já possui projeções de novas reformas na sua estrutura, como a construção de uma parte física fora das instalações do HRA, para a instalação do necrotério, de acordo com informações da responsável pela Unidade de Assistência Geral. Para com isso, melhor atender aos seus pacientes. Portanto observa-se que há uma projeção de continuidade do hospital, o que evidencia o seu crescimento, mesmo faltando um gerenciamento a longo prazo. Para melhor direcioná-lo a eficiência organizacional e operacional. A partir dos dados colhidos e do levantamento feito sobre as dificuldades encontradas nos hospital foi

projetado a estruturação do *Balanced Scorecard*. Baseando-se nos indicadores de desempenho que melhor atende às necessidades do hospital.

Portanto, o principal intuito da pesquisa foi identificar através dos indicadores a situação do hospital estudado, adequando essa realidade ao modelo do *Balanced Scorecard*, para levando a entidade para uma melhor obtenção de resultados. Direcionando assim, o hospital Regional do Agreste para uma administração eficaz, eficiente.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, Teófilo R. R. Perspectivas de sobrevivência do hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, n.5/6, p.104-113, maio/jun. 1983.

BERMAN, Howard J.; WEEKS, Lewis E. **A Administração Financeira de Hospitais**. São Paulo: Livraria Pioneira, 2000.

BEZERRA FILHO, João Eudes. **Contabilidade Pública: teoria, técnica de elaboração de balanços e 300 questões**. Rio de Janeiro: Impetus, 2004.

BITTAR, Olímpio J. N. V. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde – RAS**. vol. 3, nº 12, p 21-22, Jul-Set, 2001.

BRASIL, Lei 8080 de 19/09/1990, DOC de 29/09/1990.

BUENO CAMPOS, E. **Dirección Estratégica de la Empresa**. Madrid: Pirámide, 1993.

CESPAM. Disponível em: www.cespam.com.br . Acesso em: 25/11/2005.

CHINEN, Cecília Akemi Kodata. **Contribuição à gestão financeira hospitalar no Brasil**. 1987. Tese (Doutorado em Contabilidade). Faculdade de economia, Administração e contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo.

COSTA, A.P.P. **Contabilidade gerencial: um estudo sobre a contribuição do Balanced Scorecard**. São Paulo. 2001. Dissertação (Mestrado em Controladoria) – Universidade de São Paulo - USP, São Paulo, 2001.

FALK, James Anthony. **Gestão de Custos para Hospitais: Conceitos, Metodologias e Aplicações**. São Paulo: Atlas, 2001. 163 p.

GOVERNO DE PERNAMBUCO. Disponível www.pe.gov.br . Acesso em: 19/11/2005.

IUDÍCIBUS, Sérgio de. **Contabilidade Gerencial**. São Paulo: Atlas, 1987.

KAPLAN, Robert S.; NORTON, David P. **A estratégia em ação: balanced scorecard**. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

_____. **Utilizando o balanced scorecard como sistema gerencial estratégico**. Rio de Janeiro: Campus, 2000.

KAPLAN, R. S. ATKINSON, A. A. **Contabilidade Gerencial**. São Paulo: Atlas, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - Norma Operacional Básica - SUS/1996. Brasília: 1997.

_____. DATASUS. Disponível em: www.datasus.gov.br . Acesso em: 25/11/2005.

OLIVEIRA, Luís M. *et al.* Controladoria Estratégica. São Paulo: Atlas, 2004.

RIBEIRO FILHO, José Francisco. **Modelo Gerencial para a Eficácia de Hospitais Públicos: Análise no Âmbito de uma entidade de Ensino e Assistência**. 2002. 288 f. Tese (Doutorado em Controladoria e Contabilidade) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

_____. Controladoria Hospitalar. São Paulo: Atlas, 2005.

REDDIN, W. J. Eficácia Gerencial. São Paulo: Atlas, 1989.

ROSEN, George. **A history of public health**. New York: M. D. Publications, 1958.