

Utilização de Indicadores Balanceados como ferramenta de gestão na Enfermagem¹

Neidamar Pedrini Arias Fugaça²

Marcia Regina Cubas³

Deborah Ribeiro Carvalho⁴

Objetivo: elaborar uma proposta de painel de indicadores de enfermagem, a partir dos princípios norteadores do Balanced Scorecard. Método: estudo de caso único que classificou dados de 200 prontuários de pacientes, relatórios gerenciais e protocolos, capazes de gerar indicadores. Resultados: foram identificados 163 variáveis que resultaram em 72 indicadores, desses, 32 relacionados com a enfermagem: dois indicadores na perspectiva financeira (receita média de paciente/dia e receita paciente/dia por produto utilizado); dois na do cliente (taxa de satisfação geral do paciente com assistência de enfermagem e taxa de adesão à pesquisa de satisfação do paciente); 23 na dos processos; e cinco na do aprendizado e crescimento (total médio de horas de treinamento, total de profissionais de enfermagem aprovados em processo seletivo interno, taxa de absenteísmo, índice de rotatividade e índice de realização de avaliação de desempenho). Conclusão: embora exista um limite relacionado à quantidade de dados gerados, a metodologia do Balanced Scorecard mostrou-se flexível e adaptável para incorporação ao serviço de enfermagem. Foi possível identificar indicadores com aderência a mais de uma perspectiva. Processos internos foi a perspectiva com maior número de indicadores.

Descritores: Indicadores; Gestão em Saúde; Enfermagem; Tecnologia Biomédica.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Utilização de indicadores balanceados como ferramenta de gestão na enfermagem", apresentada à Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

² MSc, Professor Assistente, Escola de Saúde e Biociências, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

³ PhD, Professor Adjunto, Escola de Saúde e Biociências, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

⁴ PhD, Professor Adjunto, Escola Politécnica, Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, PR, Brasil.

Correspondência:

Marcia Regina Cubas

Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Escola de Saúde e Biociências
Rua Imaculada Conceição, 1155

Bairro: Prado Velho

CEP: 80215-901, Curitiba, PR, Brasil

E-mail: m.cubas@pucpr.br

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

Ao aderir aos programas de qualidade e certificação, as instituições buscam o processo de acreditação hospitalar que almeja garantir a qualidade da atenção prestada aos pacientes/clientes, por meio do monitoramento de indicadores⁽¹⁾. Além da questão da certificação, o uso de indicadores tem sido intensificado para comparar as organizações de saúde e levá-las a um nível de superioridade e vantagem competitiva⁽²⁾.

Por sua complexidade e amplitude, os serviços hospitalares exigem da enfermagem a busca contínua da qualidade assistencial, o que demanda novas abordagens gerenciais e utilização de indicadores capazes de proporcionar medida, monitoramento e identificação de oportunidades de avanços⁽³⁾.

Embora a utilização de indicadores seja de extrema importância na gestão dos serviços, no Brasil há uma lacuna relacionada a quais são os indicadores que representam a qualidade da assistência de enfermagem em uma instituição hospitalar. Na década de 1990, os indicadores utilizados em hospitais norte-americanos foram adotados no Brasil com pouca adequação e, posteriormente, iniciativas foram surgindo, objetivando melhor adequação à realidade brasileira, entre elas a publicação de referenciais para indicadores de enfermagem, como o Manual do Núcleo de Apoio à Gestão Hospitalar (NAGEH)⁽⁴⁾.

Observa-se crescente preocupação dos gestores de enfermagem quanto à construção e validação de indicadores, com o objetivo de medir a qualidade da assistência, que possam ser comparados intra e extrainstitucionalmente, refletindo os diferentes contextos da prática profissional. Também verifica-se consenso de que é imprescindível optar por sistemas de avaliação e indicadores de desempenho adequados, para apoiar a administração dos serviços e propiciar a tomada de decisão, minimizando o grau de incerteza. Entretanto, para garantir o sucesso e o aperfeiçoamento dessas avaliações, é necessária a adoção de modelos que permitam acompanhar e mensurar os resultados⁽⁵⁾.

Nessa problemática, apresenta-se como alternativa de ferramenta de gestão o *Balanced Scorecard* - Indicadores Balanceados (BSC), ferramenta projetada para contemplar um conjunto de objetivos, coordenadamente distribuídos em quatro perspectivas – financeira, do cliente, dos processos e do aprendizado e

crescimento – que podem levar a instituição ao equilíbrio entre as medidas de resultado, medidas financeiras e as medidas não financeiras⁽⁶⁾.

Os indicadores devem ser cuidadosamente selecionados e apoiados nas quatro perspectivas que devem permitir o balanceamento, bem como o estabelecimento de relações de causa/efeito. Dessa forma, é possível avaliar se o BSC está refletindo a visão da organização⁽⁶⁾. Os indicadores balanceados, individualmente, refletem algumas das necessidades para a aplicação do modelo, sendo o conceito *balanced* o que determina o método e está relacionado a um equilíbrio em três situações: entre os indicadores financeiros e não financeiros, entre os componentes internos (funcionários e processos) e externos (acionistas e clientes) da organização e entre os indicadores de resultado e de tendência⁽⁶⁾.

A escolha do *BSC* neste estudo deve-se à sua flexibilidade, pois pode ser ajustada a diversos tipos de serviços que tenham o seu objetivo definido. As medidas selecionadas permitem comunicar resultados aos colaboradores da organização, servindo de motivação para a equipe. Essa ferramenta cumpre três finalidades essenciais: ser um sistema de medição, um modelo de gestão estratégica e um modo de comunicação⁽⁶⁾. Ao permitir o monitoramento, o método identifica indicadores que estão fora da meta estipulada, o que determina ações corretivas para o acompanhamento contínuo da qualidade da assistência.

No domínio da enfermagem, especificamente na gestão hospitalar, o uso de BSC é pouco abordado. Encontram-se estudos que utilizaram o método para análise de hospitais públicos em Hong Kong⁽⁷⁾ e para avaliar sistemas de informação e indicadores de saúde, na Espanha⁽⁸⁾. Ambos as pesquisas apontam o BSC como ferramenta aplicável, que auxilia o processo de tomada de decisão.

Considerando que a implantação de um modelo, baseado no BSC, vem ao encontro de uma necessidade das instituições hospitalares de estender a gestão estratégica até a área operacional, em especial para o serviço de enfermagem, o objetivo deste estudo foi elaborar uma proposta de painel de indicadores de enfermagem, a partir da aplicabilidade dos princípios norteadores da ferramenta *Balance Scorecard*.

Método

Trata-se de pesquisa metodológica de campo, caracterizada como estudo de caso único, em um hospital privado, localizado na capital do Estado do Paraná, que faz parte da ANAHP (Associação Nacional dos Hospitais Privados), com certificação Nível III Nacional e que, durante o desenvolvimento da presente pesquisa, recebeu a Certificação CANADENSE. No momento da pesquisa, o hospital possuía 88 leitos de alta complexidade, sendo 22 de cuidados críticos, sete salas cirúrgicas e um pronto-socorro. O modelo de gestão de Enfermagem do hospital é baseado na Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE), visando assistência integral ao paciente por meio de um Processo de Enfermagem voltado ao cuidado individualizado e contínuo, buscando identificar e solucionar os problemas de saúde.

Como se trata de hospital de alta complexidade, para operacionalizar a pesquisa, foi selecionado o ambiente das Unidades de Terapia Intensiva Geral (UTI Geral) e Coronariana. A escolha dessas se deu mediante a complexidade dos pacientes e criticidade do setor. Os dois totalizam uma estrutura de 23 leitos, sendo distribuídos em 11 leitos de UTI Geral e 12 de UTI Coronariana. O corpo funcional era composto por médicos intensivistas, enfermeiros pós-graduados em terapia intensiva e técnicos de enfermagem, além de auxiliares administrativos.

Foram utilizados como base empírica 200 prontuários de pacientes internados nas UTIs, no período de julho de 2012 a maio de 2013, e relatórios do Sistema Informação Hospitalar de todas as áreas do hospital. Os dados coletados foram agrupados em 11 categorias de análise, uma (1) relacionada ao Registro de Enfermagem e 10 relacionadas aos Sistemas de Informação: avaliação de desempenho, financeiro, segurança, protocolo, ouvidoria, recursos humanos, nutrição clínica, governadoria, farmácia clínica e auditoria técnica.

O percurso do método seguiu quatro etapas: (a) identificação dos dados elencados pela enfermagem e construção de possíveis indicadores, (b) levantamento dos indicadores já em uso nos diversos setores do hospital, (c) correlação dos indicadores (construídos e levantados) e possibilidade de adequação na estrutura dos indicadores balanceados e (d) a criação de um

painel com os indicadores de enfermagem dentro das quatro perspectivas do BSC.

Para as duas primeiras etapas foram coletados dados até atingirem saturação. Para a coleta e organização dos dados da categoria denominada Registros de Enfermagem, foi realizada leitura nos prontuários de pacientes em busca de dados que respondessem à seguinte questão: este dado pode ser transformado em indicador? E para as categorias relacionadas ao Sistema de Informação Hospitalar, os dados coletados nos diferentes setores foram organizados em planilha que continham o nome do dado, a descrição (definição do dado disposta em protocolos institucionais) e nota técnica (observação relevante, que não estava incluída no conceito).

Após a coleta inicial, os dados oriundos das 11 categorias de análise foram transportados para uma planilha "classificação dos dados", onde foram classificados, por categoria, pelas seguintes informações: dados agregados, proposta de indicador e periodicidade de coleta. Para agregar e cruzar esses dados coletados, foram utilizados os critérios de semelhança, sobreposição de informação e finalidade.

Na terceira etapa, os indicadores relacionados às 11 categorias de análise foram dispostos em uma planilha "proposta de indicador", contendo: nome do indicador, respectiva fórmula de cálculo, finalidade e origem. A partir dessa organização, foi possível correlacionar os indicadores encontrados nas grandes categorias do BSC: financeira, do cliente, dos processos e do aprendizado e crescimento.

A estratificação foi feita a partir das informações contidas na planilha "proposta de indicador", buscando responder às questões pertinentes a cada uma das perspectivas do BSC. A seguir são apresentadas as respectivas perguntas por perspectiva⁽⁶⁾: perspectiva financeira: "Para satisfazer nossos acionistas, que objetivos financeiros devem ser atingidos?"; perspectiva de clientes: "Para atingir nossos objetivos, que necessidades dos clientes devemos atender?"; perspectiva processos internos: "Para satisfazer os acionistas e ao mercado, quais os processos de negócios nos quais a empresa deve ter excelência?"; perspectiva do aprendizado e crescimento: "Para atingir a visão de futuro, como a empresa sustenta a habilidade de mudar e melhorar?".

O percurso relacionado às três primeiras etapas do método estão apresentados na Figura 1.

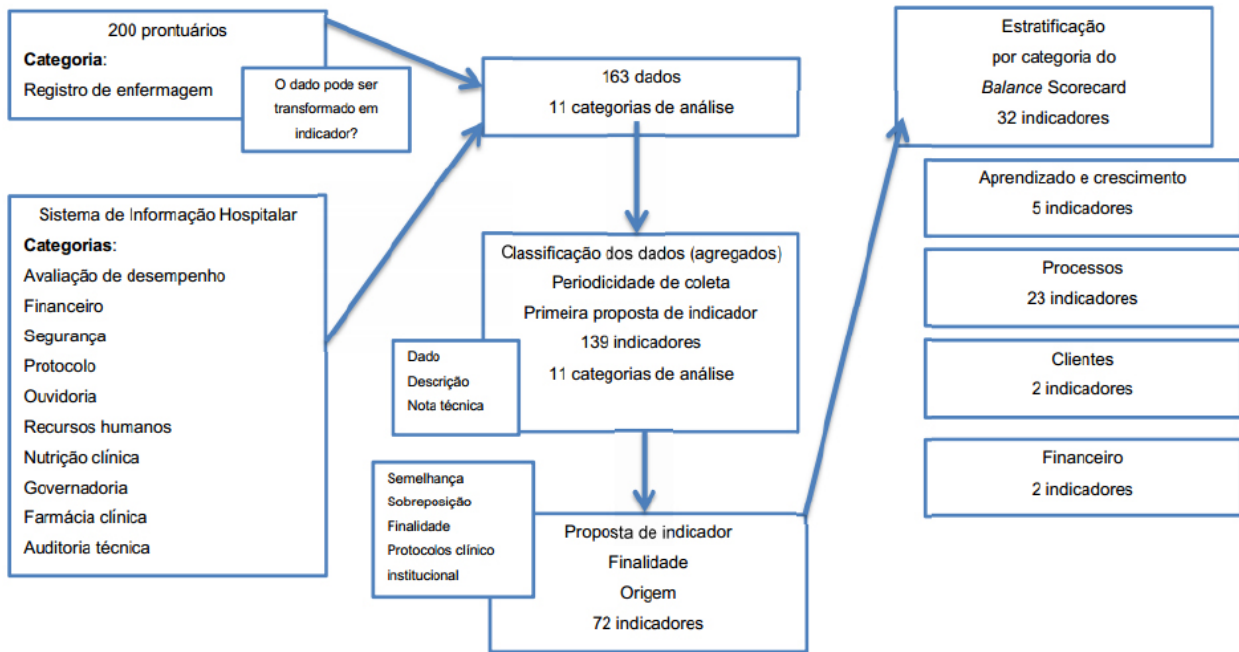


Figura 1 - Percurso do Método de Coleta, Organização e Análise. Curitiba, PR, Brasil, 2013

Pela complexidade e abrangência, alguns dos indicadores propostos foram classificados em mais de uma perspectiva.

Na última etapa, foi criado um painel de indicadores de enfermagem, distribuídos nas quatro perspectivas do BSC. O painel estabelece metas de resultado para cada indicador com base no histórico do hospital, além de proporcionar um espaço para criar o plano de ação para cada indicador fora da meta estabelecida. Nesse processo, foram eliminados indicadores que se sobrepunham ou se relacionavam a uma mesma finalidade.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, sob Parecer 100.239/2012, e o acesso aos dados foi autorizado pelo Diretor Regional da instituição.

Resultados

Foram encontradas 163 variáveis, agrupadas nas 11 categorias de análise, as quais, após o processo de avaliação, foram organizadas em 32 indicadores relacionados ao serviço de enfermagem (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição das variáveis coletadas e agregadas em indicadores aplicáveis ao Balanced Scorecard e relacionados à área da enfermagem, por categoria de análise. Curitiba, PR, Brasil, 2013

Categorias	Variáveis coletadas	Variáveis agregadas	Indicadores gerados	Indicadores aplicáveis nas perspectivas do <i>Balanced Scorecard</i>	Indicadores relacionados à área de enfermagem
Protocolo	27	24	22	22	0
Nutrição clínica	5	5	5	2	1
Desempenho	11	5	5	3	2
Financeiro	7	7	7	2	2
Ouvidoria	8	8	8	7	2
Governadoria	9	9	9	2	2
Auditoria técnica	8	8	8	3	2
Segurança	13	9	9	6	4
Farmácia clínica	19	19	19	7	4
Recursos humanos	32	32	27	7	5
Registros de enfermagem	24	20	20	11	8
Total	163	146	139	72	32

O painel de indicadores (Figura 2) é composto por 23 indicadores na perspectiva de processo (76%), dois na perspectiva financeira (6%), dois na de clientes (6%) e cinco na perspectiva de aprendizado e crescimento (16%).

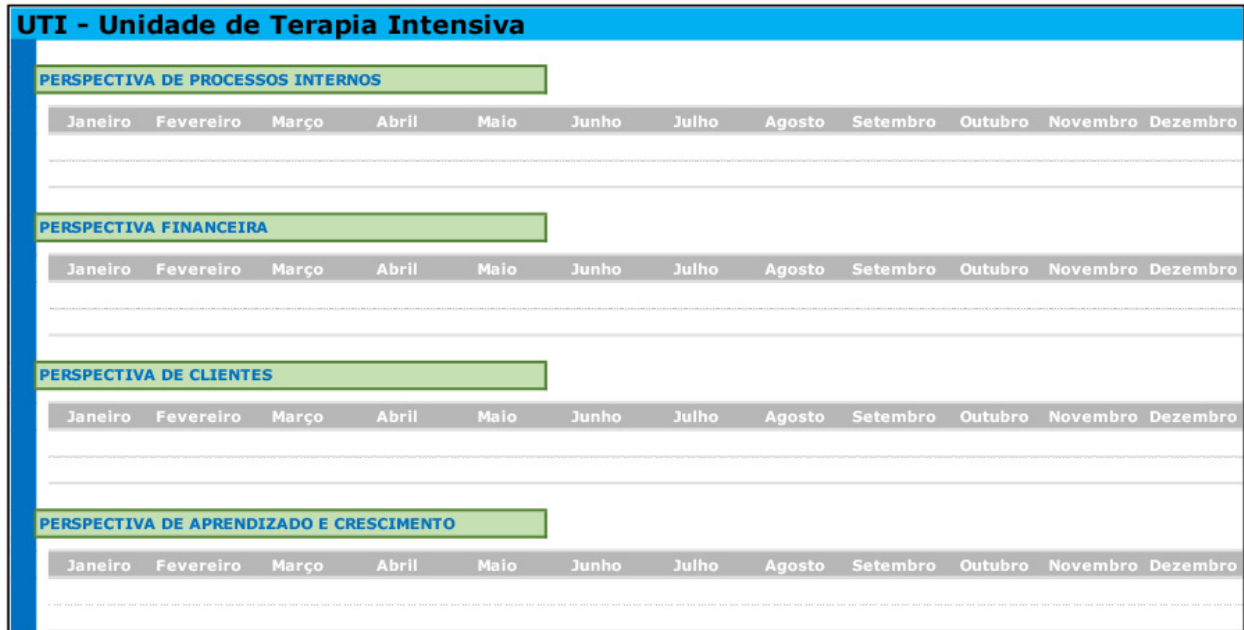


Figura 2 - Painel de indicadores. Curitiba, PR, Brasil, 2013

Discussão

Os indicadores de enfermagem constituem-se em um suporte importante e relevante dentro de um hospital, pois estão atrelados à maioria dos processos que envolvem a assistência dos pacientes sendo notados desde os procedimentos primários de triagem até a assistência integral de pacientes críticos, com amplitude operacional e de gestão. Seu acompanhamento, de forma multiprofissional nos diferentes setores, é indispensável às rotinas hospitalares e de cuidados à saúde.

Ao se analisar os dados produzidos, à luz das perspectivas do BSC, ressalta-se a grande quantidade de dados passíveis de serem utilizados como potenciais indicadores. Entretanto, verifica-se a inviabilidade de análise sistemática de dados que se encontram duplicados ou distribuídos assistematicamente nos diferentes setores, portanto, é de suma importância selecionar um conjunto de variáveis que representem qualidade para a gestão da enfermagem.

Primeiramente, os indicadores de *protocolos*, embora tenham reflexo direto nas ações de enfermagem e tenham sido os responsáveis pelo maior número de variáveis coletadas, não foram relacionados diretamente à área, devido ao alinhamento com a estratégia da empresa que decide que os casos de maior complexidade devem ter gerenciamento específico, tendo como

objetivo a redução do tempo de hospitalização e a otimização da utilização dos recursos.

Os protocolos gerenciados são ferramentas planejadas para determinada condição clínica, com o objetivo de implementar as diretrizes assistenciais na prática clínica e servem para unificar e direcionar a conduta da equipe multiprofissional. A monitorização da prática clínica, por meio de indicadores de qualidade, e a proposta de intervenção sobre as não conformidades devem ser realizadas diariamente, desde a admissão até a alta hospitalar, servindo de alerta para o não cumprimento ou a não adesão em relação aos indicadores do protocolo gerenciado⁽⁹⁾. Dessa forma, por merecerem acompanhamento com maior frequência, é determinado pela instituição em estudo que aconteçam encontros semanais específicos para avaliação dos protocolos.

Os dados gerados pelo serviço de *nutrição clínica* hospitalar têm papel importante na evolução clínica do paciente, sendo evidenciado pelo aumento de profissionais de nutrição fazendo parte da equipe multiprofissional nos hospitais.

A introdução precoce e adequada da terapia nutricional enteral pode reduzir a incidência de infecções e o tempo de permanência hospitalar, ao mesmo tempo, pacientes em terapia intensiva apresentam inadequações no suporte nutricional, sendo necessário analisar as não conformidades ocorridas entre o previsto

e o administrado de calorias e proteínas, e quais os fatores que contribuem para a sua interrupção.

Pesquisas evidenciam baixo percentual de adequação do administrado diante das necessidades dos pacientes, com valores variando entre 50 e 90%, comprovando a dificuldade em proporcionar real infusão da terapia nutricional enteral próxima a valores calculados. A administração de terapia nutricional enteral é dificultada por fatores diretamente relacionados à terapia intensiva, como instabilidade hemodinâmica, jejum para exames e procedimentos de enfermagem, sendo que uma das causas mais citadas de interrupções da nutrição enteral englobam os procedimentos de enfermagem⁽¹⁰⁾. Dessa forma, evidenciou-se a necessidade de manter no painel de enfermagem o indicador total de dietas enterais prescritas *versus* infundidas.

Os serviços de avaliação de desempenho, financeiro, ouvidoria, governadoria e auditoria técnica, embora produtores de 102 dados gerenciais, foram responsáveis pela inclusão de 10 indicadores relacionados diretamente à enfermagem.

Por se tratar de dados utilizados em estatísticas hospitalares, como taxa de ocupação geral, média de permanência, taxa de mortalidade, entre outras; na categoria *desempenho*, foram mantidas, como relevantes para o painel de enfermagem, somente as que se referiam à taxa de ocupação e média de permanência, pois são os indicadores utilizados na validação do dimensionamento do quadro de pessoal de enfermagem. Considerando a inexistência de regulamentação da proporção profissionais/leitos para assistência de enfermagem ao paciente, a Resolução nº293/2004, do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), estabelece parâmetros mínimos para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde⁽¹¹⁾.

A Resolução brasileira determina que o cálculo de pessoal de enfermagem deve ser embasado no Sistema de Classificação de Pacientes, sendo alocados entre enfermeiros, técnicos e auxiliares e em percentuais determinados nos diferentes tipos de cuidados: mínimo ou autocuidado, intermediário, semi-intensivo e intensivo, além de levar em consideração a taxa de ocupação dos setores. O COFEN estabeleceu, ainda, que a classificação dos pacientes para implementação da assistência de enfermagem é de competência do enfermeiro⁽¹¹⁾.

Na categoria *financeira* também houve redução para dois (2) indicadores: receita média de paciente/dia e a receita paciente/dia por produto utilizado. Sendo

que, para esse último, a enfermagem desempenha papel primordial, pois é a responsável pela manipulação e administração da maioria dos insumos utilizados no ambiente hospitalar. Embora se compreenda que o serviço de enfermagem não atua diretamente no aumento da receita, visualiza-se a possibilidade de melhoria dos processos, resultando na redução de custos.

O serviço de *ouvidoria* aprimora a atuação de enfermagem ao possibilitar a avaliação da prática de suas atividades, de acordo com as reais necessidades dos usuários. O acompanhamento do enfermeiro dos relatos dos usuários, deixados no serviço de ouvidoria, é essencial e deve servir de base para o planejamento e desenvolvimento de ações de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem⁽¹²⁾. O serviço de ouvidoria na instituição em estudo serve como um canal de comunicação, permitindo agilidade no tratamento das informações e a adoção das sugestões recebidas.

As oito (8) variáveis produzidas pelo setor envolvem a satisfação do cliente sob vários aspectos, como tempo de espera e apresentação pessoal, porém, os dados foram condensados em dois (2) indicadores de avaliação global: a taxa de satisfação geral do paciente com a assistência de enfermagem e a taxa de adesão à pesquisa de satisfação do paciente, mantendo esse último para validar que o índice de satisfação está com retorno adequado.

A estrutura *governadoria hospitalar*, em vários hospitais também denominados setor de hotelaria hospitalar, varia de intensidade dentre os diferentes hospitais, principalmente porque se trata de um serviço com sedimentação parcial, porém, é um setor que gera dados que mostram se o ambiente do cliente está seguro e confortável, em relação à higiene e limpeza, lavanderia, rouparia, além do gerenciamento de resíduos sólidos.

O ambiente hospitalar já era preocupação da precursora da enfermagem científica, Florence Nightingale. Atualmente, hotelaria hospitalar agrega valor, tornando o ambiente agradável, aconchegante e seguro⁽¹³⁾. Dentro desse contexto, volume total de roupa suja por paciente/dia e a variação do volume por categoria de resíduos, são os dois (2) indicadores desse setor que foram mantidos no painel por estarem diretamente ligados às ações de enfermagem.

O destaque atual *auditoria* em saúde está no controle e na regulação da utilização dos serviços e, especialmente na área privada, há enfoque no controle de custos e na qualidade da assistência prestada⁽¹⁴⁾. A auditoria de enfermagem tem como finalidade a

avaliação da assistência prestada, o reconhecimento de deficiências com a reformulação de planos de melhoria de ações e a análise financeira e a redução de glosas⁽¹⁵⁾. Assim sendo, nessa categoria foram mantidos no painel de enfermagem a taxa de pré-glosa e total de contas para ajustes. Ambos são dados de auditorias feitas nos registros da enfermagem, logo, com dependência total das ações de enfermagem para um bom resultado.

Outros oito (8) indicadores estão distribuídos igualmente nos serviços de segurança e farmácia clínica. Na categoria *segurança*, onde são encontradas variáveis que evidenciam a utilização de boas práticas, reduzindo e/ou mitigando atos não seguros dentro do sistema de assistência à saúde⁽¹⁶⁾, constataram-se dados relacionados a protocolos assistenciais e à área de controle de infecção hospitalar. Os quatro (4) indicadores, relacionados diretamente às ações de enfermagem, são os que ancoram intervenções ligadas à segurança do paciente: taxa de densidade de infecção relacionada assistência na UTI, taxa de quedas, taxa de erros de medicação na UTI adulto e taxa de conformidade no preenchimento de prontuários.

Já a *farmácia clínica* trata-se de especialidade cuja prática é de responsabilidade do profissional farmacêutico, porém, compreende-se que o julgamento e a interpretação de dados multiprofissionais são necessários para a otimização da farmacoterapia, pois o registro da mesma tem origem em dados fornecidos pela equipe médica e de enfermagem⁽¹⁷⁾. Nesse sentido, sabendo da complexidade existente em todo processo de gestão da farmácia hospitalar e dos riscos assistenciais, foram mantidos quatro indicadores ligados à ação direta da enfermagem: taxa de acompanhamento ao risco de alergia, total de eventos por dispensação incorreta, taxa de reação adversa ao medicamento e total de prescrições com falhas.

O setor de *recursos humanos* é responsável pelo montante de 32 dados gerenciais. Além da função de departamento pessoal, o setor engloba o conceito de gestão de pessoas e possui um conjunto de princípios estratégicos e técnicos para atrair, manter, incentivar, treinar e desenvolver pessoas. A construção de indicadores para a avaliação da gestão de recursos humanos permite detectar a eficiência e a eficácia das ações gerenciais e, a partir de avaliação desses indicadores, aprimorar os processos de trabalho⁽¹⁸⁾.

Na instituição da pesquisa, cinco (5) dos dados produzidos dependem do acompanhamento direto do profissional enfermeiro para atingir o objetivo de manter, treinar ou desenvolver os colaboradores: total

médio de horas de treinamento, total de profissionais de enfermagem aprovados em processo seletivo interno, taxa de absenteísmo, índice de rotatividade e índice de realização de avaliação de desempenho.

Baseados no entendimento que o *registro de enfermagem* é a utilização, em linguagem escrita, de toda e qualquer informação ao planejamento do cuidado de saúde do paciente e sendo que, por meio desses registros, são orientadas as ações de enfermagem para definir o plano de cuidado adequado ao paciente⁽¹⁹⁾ e que os mesmos são feitos de forma assistemática, grande quantidade de informações são encontradas. Partindo do pressuposto de que muitas das informações gerenciais da enfermagem estariam dispostas em seus registros, os indicadores dessa categoria foram coletados nos prontuários de pacientes. As 24 variáveis coletadas inicialmente foram condensadas em oito (8) indicadores: taxa de efetividade na realização da sistematização da assistência de enfermagem, total de reação transfusional na UTI, índice de reingresso de pacientes na UTI, total de colaboradores necessários para a assistência de enfermagem dos pacientes internados na UTI, taxa de adesão ao escore para acompanhamento da visita multidisciplinar, índice de flebites na UTI, taxa de mortalidade em relação ao APACHE II e índice de úlcera por pressão na UTI.

De posse das variáveis elencadas, foi possível identificar quais os principais dados disponíveis nos setores do hospital que são passíveis de serem utilizados para a produção de indicadores balanceados, correlacionando-os com indicadores de enfermagem à estrutura dos indicadores balanceados. Porém, ao distribuir os diferentes indicadores nas perspectivas do BSC, verificou-se um desequilíbrio com identificação majoritária nos processos de enfermagem. Isso deve estar relacionado ao fato de que, quando o indicador esteve alinhado a duas perspectivas, foi estabelecido como critério para escolha aquela em que a enfermagem tivesse maior ação na tomada de decisão. Como exemplo, o indicador de glosa foi alinhado na perspectiva financeira e de processo, nesse caso a enfermagem tem uma ação maior no processo de checagem e dos registros dos prontuários e menor sob o ponto de vista na perspectiva financeira.

Conclusão

Embora os dados relacionados neste artigo sejam provenientes de uma UTI, local que apresenta características singulares para a assistência de

enfermagem, é possível selecionar dados disponíveis nos diferentes setores do hospital com potencial de utilização para a produção de indicadores balanceados e correlacioná-los com indicadores de enfermagem.

Ao aplicar a ferramenta BSC, para a construção de indicadores de enfermagem, foi possível perceber que alguns desses tinham aderência a mais de uma perspectiva. No espaço do serviço de enfermagem dentre os indicadores construídos, a perspectiva com maior grau de importância é a de processos internos, contemplando a maior quantidade de indicadores relacionados.

Vale destacar que o painel elaborado no escopo deste trabalho já está em utilização no hospital cenário de pesquisa e deverá ser avaliado por pesquisas futuras. Dessa forma, alinhar os indicadores propostos na gestão estratégica da instituição, contemplando até a área operacional, é uma forma de contribuir para o despertar da busca de conhecimento gerencial e a aproximação aos conceitos teóricos administrativos com a prática da enfermagem.

Referências

1. Manzo BF, Brito MJM, Corrêa AR. Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(2):388-94.
2. Escrivão A Júnior. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. *Cienc Saude Colet*. 2007;12(3):655-66.
3. Caldana G, Gabriel CS, Bernardes A, Évora YDM. Indicadores de desempenho em serviço de enfermagem hospitalar: revisão integrativa. *Rev Rene*. 2011;12(1):189-97.
4. Associação Paulista de Medicina. Manual de indicadores de enfermagem NAGEH. Compromisso com a qualidade hospitalar (CQH). 2 ed. São Paulo: APM; CREMESP, [Internet] 2012. 60p. [acesso 30 abr 2015]. Disponível em: http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=125
5. Bohomol E, Ramos LH, D'Innocenzo M. Medication errors in an intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2009;65(6):1259-67.
6. Kaplan RS. Using the balanced scorecard as a strategic management system. *Hav Bus Rev*. [Internet] 2007; [acesso 30 abr. 2015]14p. Disponível em: <https://hbr.org/2007/07/using-the-balanced-scorecard-as-a-strategic-management-system>
7. Yuen PP, Ng AW. Towards a balanced performance measurement system in a public health care organization. *Int J Health Care Qual Assur*. 2012;25(5):421-30.
8. Canela-Soler J, Elvira-Martínez D, Labordena-Barceló MJ, Loyola-Elizondo E. Sistemas de Información en Salud e indicadores de salud: una perspectiva integradora. *Med Clin (Barc)*. 2010;134(Supl 1):3-9.
9. Pereira AJ, Fernandes CJ Junior, Sousa AG, Akamine N, Santos GPD, Cypriano AS, et al. Melhoria de desempenho e desfechos (mortalidade) após implementação de um protocolo institucional de atendimento a pacientes sépticos. *Einstein (São Paulo)*. 2008;6(4):395-401.
10. Cartolano FC, Caruso L, Soriano FG. Terapia nutricional enteral: aplicação de indicadores de qualidade. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2009;21(4):376-83.
11. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução COFEN-293/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhados. [Internet] 2004. [acesso 27 ago. 2014]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html
12. Souza RCR, Freire MAM, Soares E. Ouvidoria no âmbito da administração pública: contribuições para enfermagem. *Rev Pesq: Cuid Fundam*. 2012;4(3):2385-93.
13. Barbosa JG, Meira PL, Dyniewicz AM. Hotelaria hospitalar – novo conceito em hospedagem ao cliente. *Cogitare Enferm*. 2013;18(3):587-91.
14. Pinto KA, Melo CMM. A prática da enfermeira em auditoria em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2010;44(3):671-8.
15. Dias TCL, Santos JLG, Cordenizzi OCP, Prochnow AG. Auditoria em enfermagem: revisão sistemática da literatura. *Rev Bras Enferm*. 2011;64(5):931-7.
16. Costa VT, Meirelles BHS, Erdmann AL. Best practice of nurse managers in risk management. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013;21(5):1165-71.
17. Lupatini EO, Munck AKR, Vieira RCPA. Percepções dos pacientes de um hospital de ensino quanto à farmacoterapia e à orientação farmacêutica na alta. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde*. 2014;5(3):28-33.
18. Kurcgant P, Tronchin DMR, Melleiro MM. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul Enferm*. 2006;19(1):88-91.
19. Matsuda LM, Silva DMP, Évora YDM, Coimbra JAH. Anotações/registros de enfermagem: instrumento de comunicação para a qualidade do cuidado? *Rev Eletr Enferm*. [Internet]. 2006 [acesso 30 abr 2015];8(3):415-21. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a12.htm

Recebido: 29.11.2014

Aceito: 5.5.2015