

Indicadores na área da Saúde: Guia de sobrevivência

INDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. MAPEAMENTO DE PROCESSOS.....	3
2. PAINEL DE INDICADORES.....	5
3. FICHA TÉCNICA.....	12
4. COLETA DE DADOS	13
5. ANÁLISE DE DADOS.....	14
6. PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE MELHORIA.....	18
EXTRA! INDICADORES COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO	19

INTRODUÇÃO

A **gestão por resultados**, também conhecida como gestão por desempenho, tem sido cada vez mais exigida por alguns **Selos de Acreditação** ultimamente. Nesse contexto, muitos gestores na área da Saúde, que atuam em Hospitais, Clínicas, Laboratórios etc, ainda se sentem inseguros e apreensivos quando precisam **apresentar os resultados** setoriais que sejam fidedignos e confiáveis, capazes de gerar análises corretas e pertinentes, bem como aptos a promover a melhoria contínua e não simplesmente evidenciar problemas e gerar críticas.

Um dos modos de lidar com esses desafios, inerentes a todos os gestores, consiste em trabalhar com **indicadores**, afinal, é preciso determinar o que está sendo gerindo e em qual direção.

Parafraseando a famosa frase de Juran:

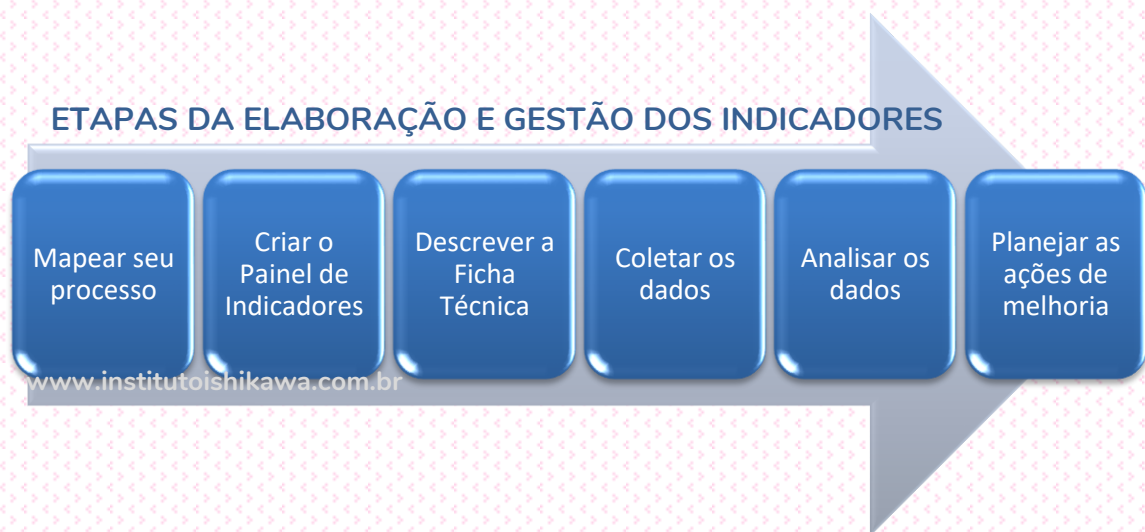
Quem não mede, não controla, portanto não gerencia.

Gerenciar não significa se limitar a “apagar os incêndios” do dia a dia, trata-se de caminhar em **direção às melhorias e bons resultados**.

Mas como saberemos se os **bons resultados** de um setor foram atingidos?

Resposta: por meio de um painel de indicadores.

Neste artigo, vamos resumir as **etapas** da elaboração de um **Painel de Indicadores** conforme a figura abaixo.



Também vamos discutir os **pontos chaves** para que ele seja realmente **útil** e não apenas mais um trabalho para o gestor.

Vejamos cada uma das etapas acima a seguir.

1. MAPEAMENTO DE PROCESSOS

O **mapeamento de processos** é a primeira etapa para elaborar um painel de Indicadores.

Saber **mapear seu processo** corresponde a uma das premissas do gestor moderno. Desse modo ele será capaz de **visualizar as principais atividades** de seu setor.

O setor no qual você trabalha é composto por um “processo”, isto é, por um **conjunto de atividades interligadas com começo, meio e fim**. Trata-se de algo semelhante à uma linha de produção de uma fábrica.

Para entender este conceito, faça o **seguinte exercício**: pense como explicaria seu setor para alguém que não é da sua área, um familiar ou amigo, por exemplo. Pense o que seria necessário para ele compreender **exatamente** tudo que acontece ali.

Exemplo: explicando o que é um Pronto Socorro:

O paciente chega por esta porta, pega uma senha, passa na recepção, faz o cadastro, aguardar se chamado para a triagem pela enfermeira, depois aguarda ser chamado pelo médico, é atendido pelo médico, realiza algum exame ou toma alguma medicação se for necessário, às vezes, o paciente fica em observações por um período, retorna ao médico para receber um encaminhamento, depois ele recebe alta ou vai ser internado.

Resumo da explicação (descrição das atividades):

1. Recepção do Paciente
2. Triagem
3. Consulta médica
4. Intervenção (exame, medicamento, observação)
5. Retorno ao médico
6. Liberação ou internação

Se você atingiu um resultado semelhante ao do nosso exemplo, parabéns! Você conseguiu elaborar a primeira parte do famoso **mapeamento de processos**. Mesmo que tenha feito de modo bem resumido, você já terá o suficiente para dar continuidade à construção do **Painel de Indicadores**.

“Se você não consegue descrever o que está fazendo como um processo,
você não sabe o que está fazendo”.

Deming

Determinados setores merecem algumas ressalvas, como, por exemplo, o Escritório da Qualidade, o Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH) e o Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT), que não funcionam exatamente como uma linha de produção, pois são **setores de apoio técnico**. Apesar desta diferença, o mapeamento de processos também deve ser feito nestes setores.

A **segunda parte** do mapeamento de processo consiste em **descrever o resultado de cada atividade**. Como isso é feito? A partir da identificação da **finalidade** da atividade.

Cada **atividade** escolhida para compor a **descrição** do seu processo tem uma **razão de ser**, isto é, ela serve para alguma coisa, tem, portanto, algum objetivo, alguma **finalidade**.

Se uma atividade não tivesse uma finalidade, você se perguntaria: por que então ela ainda é realizada? Neste caso, ou você não identificou a finalidade ou então essa atividade não precisaria ser feita.

Neste momento, encare **cada uma das atividades** listadas e indague:

Qual o resultado dessa atividade?

Para que eu pratico essa atividade?

Qual seu objetivo?

Vamos continuar com o exemplo inicial:

Para que serve a “recepção do paciente”?

Qual seu objetivo?

Qual o resultado esperado da “triagem do paciente”?

Sempre que possível, ao responder, inclua elementos de **Qualidade** à atividade.

Continuando dentro do exemplo por meio do qual iniciamos, teríamos o seguinte resultado:

Descrição das atividades do Pronto Socorro incluindo suas finalidades

- **Recepção do Paciente:** coletar as informações corretas e completas do paciente
- **Triagem:** garantir a agilidade no atendimento conforme risco
- **Consulta médica:** diagnosticar e/ou encaminhar paciente com precisão
- **Intervenção (exame, medicamento, observação):** identificar alterações da saúde do paciente. Cumprir com a prescrição médica. Prover assistência segura.
- **Retorno ao médico:** definir a conduta adequada ao paciente
- **Liberação:** transferir ou liberar paciente estável com segurança.

Pronto: agora temos a base que nos mostra quais indicadores necessitam ser criados.

Atenção: o exemplo acima de descrição das atividades do Pronto Socorro tem a função de explicar conceitos, ou seja, tem uma finalidade didática. Por favor, não se limitem a simplesmente copiá-lo e implantá-lo.

2. PAINEL DE INDICADORES

O **painel de indicadores** ou *dashboard* (painel de bordo) tem uma função visual, nele estarão listados os indicadores necessários para cumprir a gestão de resultados.

O painel de indicadores fornece a **padronização dos indicadores** escolhidos para **gerenciar** o setor e **avaliar** seu desempenho.

OPORTUNIDADE!

Caso queira obter um modelo de “Painel de Indicadores” acesse “Materiais” em www.institutoishikawa.com.br.

Indicador é a medida quantitativa de variações na **qualidade** de um produto ou serviço.

O **Indicador** mostra o quanto sua atividade é boa ou não. Ele mostra isso por meio de **números e dados**, deste modo, evita conclusões baseadas em “achismos” ou especulações sem fundamento que possa ser evidenciado.

Lembre-se: a ausência de elementos objetivos para serem avaliados atrapalha a tomada de **decisões assertivas**, pois as decisões acabam ocorrendo a partir de percepções subjetivas, que podem estar equivocadas. Além disso, a percepção e avaliação de melhorias pode ficar severamente prejudicada.

Para **encontrar o indicador de cada atividade** devemos perguntar, por exemplo:

Como eu vou provar que estou alcançando os resultados esperados?

Como eu vou demonstrar que eu garanto a “agilidade no atendimento conforme risco” na atividade de Triagem?

O que devo mensurar para verificar se na atividade de Liberação meu paciente foi “liberado/transferido estável e em segurança”?

Dica: Invista tempo para discussão nessa etapa. Não tenha pressa. O processo de criação desenvolve maturidade para discutir futuramente os resultados.

Neste ponto, não é incomum retrocedermos para reconfigurar os “resultados esperados”, para conseguir um **bom alinhamento entre atividade-resultado-mensuração**.

Reforço novamente sobre a importância de desenvolver suas próprias ideias, não se limite a copiar algo que já existe. Use apenas para inspiração. E verifique se está adequado a sua realidade.

Muitas pessoas demoram para entender que nas **práticas da Qualidade** o aprendizado acontece no desenvolvimento e preenchimento dos modelos e ferramentas. Por isso, o **Instituto Ishikawa** trabalha focado na educação e desenvolvimento dos gestores para garantir um resultado duradouro.

Como obter o melhor resultado possível nesta etapa?

- Explore cada tarefa envolvida nas atividades elencadas.
- Discuta com sua equipe.
- Compartilhe a sua lista de indicadores com seus colegas.
- Em suma, aproveite os conhecimentos ricos e diversificados existente no ambiente da Saúde.

No caso do nosso exemplo – o setor Pronto Socorro – podemos chegar a seguinte lista de indicadores:

- Taxa de cadastro completo do paciente
- Taxa de cadastro correto do paciente
- Taxa de pacientes identificados
- Taxa de pacientes triados
- Taxa de atendimento de paciente laranja em até 10 minutos
- Taxa de atendimento de paciente amarelo em até 60 minutos
- Taxa de atendimento de paciente verde em até 120 minutos
- Taxa de assertividade da triagem
- Taxa de adesão ao protocolo de Dor Torácica
- Taxa de adesão ao protocolo de AVC
- Taxa de retorno de pacientes ao Pronto Socorro em até 24/48/72 horas
- Taxa de repetição de exame laboratorial
- Taxa de laudos atrasados
- Taxa de laudos não conformes
- Taxa de pacientes na Sala de Observação acima de 12 horas
- Taxa de pacientes na Sala de Observação acima de 24 horas

- Taxa de pacientes avaliados pela equipe multidisciplinar
- Taxa de transferência do paciente sem intercorrências
- Queda do paciente
- Erros de medicação
- Lesão de pele
- Flebite
- Extravasamento de contraste

Observem que nessa lista estão relacionadas algumas mensurações relacionadas a **eventos adversos** (incidente que resulta em dano ao paciente).

Antes de prosseguirmos no tema aqui tratado, duas observações são importantes, uma sobre evento adverso, outra sobre tempo médio.

Com relação aos **eventos adversos**, é importante observar o seguinte.

Nós do **Instituto Ishikawa** trabalhamos a **mensuração de eventos adversos** com certa ressalva na lista de indicadores. Isso ocorre por conta de **dois** fatores principais: **impacto e individualidade**.

Impacto: os efeitos de um evento devem ser considerados do ponto de vista qualitativo, afinal, é muito mais grave uma queda de paciente do que um cadastro incompleto, por exemplo.

Individualidade: cada evento é significativo em si mesmo, não apenas no seu conjunto. Usando o exemplo acima, note que diversas quedas não devem ser somadas para que no final do mês analisemos como um montante, pelo contrário, cada queda deve ser investigada o quanto antes, dentro do cenário gerador e assim as ações corretivas e preventivas devem ser implantadas/reforçadas (isso não diminui a importância dos indicadores, pelo contrário, reforça, afinal, por meio de indicadores pode-se determinar em quais horários as quedas são mais frequentes e assim tentar determinar uma causa concorrente)

Lembre-se que quanto maior a proximidade entre a atividade e o paciente, maior costuma ser a gravidade de uma possível falha.

Com relação ao **tempo médio**, é importante observar o seguinte.

Talvez vocês também tenham reparado que o **Instituto Ishikawa** não utiliza **tempo médio** como elemento para construir indicadores. Há uma razão: tempo médio disfarça prazos não cumpridos. Além disso, no final, eles acabam não sendo sequer analisados. A não ser que o gestor entenda que é necessário identificar e avaliar esses prazos extrapolados, não recomendamos o uso de **tempo médio** nos indicadores. Um exemplo ilustrará isso: suponha que se utilize o conceito de tempo médio para avaliar se todos os pacientes amarelos foram atendidos todos em até sessenta minutos durante um dia; neste caso, vários pacientes amarelos podem ter sido atendidos em dez minutos e alguns após sessenta minutos. Conclusão: o tempo médio ficaria abaixo de sessenta minutos e teríamos assim um indicador que está mascarando um problema.

Feitas essas observações, voltemos à construção de painel de indicadores, tratando agora das **metas**.

Você sabe o que transforma um número em indicador?

A meta.

Diante disso, trabalhamos uma metodologia que funciona muito bem para a definição e melhor compreensão de metas (obviamente, nosso exemplo funciona quando a unidade de medida é a porcentagem).

Ou a meta é 100%

ou

a meta é 0%

No caso do **indicador positivo**, quando ele aponta a **eficácia da atividade**, a meta será de 100%.

Por exemplo: Taxa de transferência do paciente sem intercorrências.

Quantas transferências sem intercorrências você quer?

TODAS, certo?

Então sua meta é 100%.

Agora, no caso do **indicador negativo**, quando ele aponta a **ineficácia** da atividade, a meta será de 0%.

Por exemplo: **taxa de laudos atrasados**.

Quantos laudos atrasados você quer?

NENHUM, certo?

Então, sua meta é 0%.

Neste caso usar uma meta diferente de zero soa até estranho.

Imagine, por exemplo, se a meta de laudos atrasados fosse 10% e, próximo do final do mês nenhum laudo até então tivesse atrasado naquele mês. O que você faria para “bater a meta”? Começaria atrasar de propósito? Claro que não... 😊

Portanto, a meta é 0%, não 10% (esse poderia ser um valor tolerável, mas não a meta propriamente, conforme veremos a seguir).

Infelizmente, nem sempre é possível alcançar essas metas (0% ou 100%), e assim poderia desmotivar e frustrar os colaboradores e gestores, por essa razão utilizamos sabiamente o conceito de **LIMITE**.

Se a meta é 100%, o limite poderá ser algo em torno de 90% (mais adiante explicaremos como estabelecer o limite).

Em resumo

O limite expressa uma margem de erro tolerável.

Isso significa que erros de até 10% não são críticos.

Esse valor, o limite, é uma margem “aceitável” diante das minhas **condições organizacionais (o que não significa que a meta não será perseguida)**.

E por que então usamos a meta 100%?

Para que o gestor e sua equipe não fiquem acomodados, ou seja, para que os erros não sejam naturalizados e banalizados.

Quando falamos de “tolerável”, não se trata de uma questão ética de se aceitar o errado, mas sim de fazer um cálculo pragmático que considera o que é factível, real, dentro de uma condição organizacional que está dada (mas que pode ser melhorada). Eventos adversos, como veremos adiante, não tem nenhuma margem de tolerância.

Já presenciamos alguns lugares onde a meta era, por exemplo, 80%, e quando essa meta era atingida **nada era analisado**, não havia incômodo, muito menos ações de melhorias.

Pense: se existem 20% que não estão perfeitos, algo deve ser feito, por melhor que os números estejam! Certo?

Se o entendimento sobre alcance de metas não estiver claro, o gestor não vai compreender a razão de **tanta cobrança**.

E essa postura equivocada também pode gerar uma não conformidade diante dos **processos de Acreditação**.

Há outro ponto que gera **confusão** em relação às metas que merece ser esclarecido. Iniciemos de um exemplo.

Diretor: “Fulano, até o final do ano quero que você reduza 40% dos erros de cadastro.”

Note que este tipo de comunicado cria uma outra espécie meta. Você consegue perceber?

Veja, a meta para erros de cadastro continua sendo zero, mas neste caso o diretor está solicitando uma melhoria até o final do ano (que também poderia ser chamada de meta por alguns). E para chegar a esse número o gestor precisa possuir o resultado atual e diminuir 40% desse valor.

Por fim, vamos explicar como procedemos para **definir o limite**. Neste caso, podemos utilizar uma destas quatro bases:

- Média: um cálculo da média de resultados de no mínimo três meses;
- Literatura: caso existam publicações e referências científicas aplicáveis;
- Benchmarking: sempre com Instituições semelhantes e melhores como referencial;
- Diretriz Estratégica Institucional.

A última destas quatro bases se refere às orientações da Alta Direção, pois a Diretoria Financeira, por exemplo, pode definir, um limite de R\$2.500,00 mensais para “medicamentos vencidos”.

E a qual **a meta e limite de um evento adverso**?

A resposta só pode ser zero. Para ambos: **meta ZERO e limite ZERO**. Ou somos capazes de estabelecer um resultado “aceitável”? Esperamos que não.

Isso não quer dizer que não deve haver mensuração. Principalmente para checar se estamos melhorando, se as ações estão sendo eficazes, etc.

Novamente, estamos usando aqui um modelo mental para reforçar a percepção dos gestores e colaboradores sobre a gravidade de um evento adverso.

Portanto, é prudente destacar sempre o impacto que o evento adverso gera em uma Instituição de Saúde, afinal, sua razão de ser é **cuidar** e um evento adverso é o **total oposto** disso.

3. FICHA TÉCNICA

A elaboração da ficha técnica é FUNDAMENTAL para planejar e descrever todas as informações que serão necessárias para compor o indicador fidedigno e sua análise.

OPORTUNIDADE!

Caso queira obter um modelo de “Ficha Técnica” acesse “Materiais” em www.institutoishikawa.com.br.

A ficha técnica é o documento que fornece as especificações dos indicadores que estão sendo gerados.

4. COLETA DE DADOS

Uma parte **muito trabalhosa** da metodologia de gestão por resultados é a **coleta de dados**.

Planeje previamente ao início da coleta **quais dados** serão necessários para conseguir uma boa análise do indicador. Utilize a ficha técnica para garantir o sucesso nessa etapa.

Exemplo: como obter a “taxa de repetição de exame de sangue”?

Nesse caso, não se limite a quantificar **apenas quantos exames** foram repetidos. Mais interessante seria coletar também:

- as causas da repetição,
- os setores que solicitaram repetição de exames,
- tipos de exames que precisaram ser repetidos,
- dia da semana,
- turno ou faixa de horário.

Assim, é possível estratificar o resultado, direcionar a análise e, conseqüentemente, apontar as ações de melhoria.

Estudar a **viabilidade do indicador** também é muito importante.

Exemplo de perguntas relacionadas à viabilidade

Os dados necessários estão facilmente disponíveis?

Qual será o nível de dificuldade para conseguir aquele dado? Vai valer a pena o sacrifício?

Se necessário, **adapte o indicador** para facilitar a coleta.

Por exemplo, em vez de calcular a quantidade de itens que são entregues erroneamente pela farmácia, o melhor seria apenas contabilizar a quantidade de prescrições com entrega errada.

A obtenção do dado é mais simples e **suficiente** para traçar as primeiras análises de melhoria.

E quanto mais informação melhor. O ideal é que seu sistema informatizado possua essas informações, pois, neste caso, será possível extrair dele um relatório.

Atenção

Aposto que você já está pensando em agendar uma reunião com seu setor de Tecnologia de Informação (TI), porém, aconselhamos a definir os dados necessários antes de falar com eles.

Ao longo dos anos, temos evidenciado uma alta taxa de retrabalho enfrentado pelo setor de TI que lida com esses projetos, uma das principais causas é falta de clareza do gestor no momento de explicar quais dados precisa e para qual finalidade.

Ainda no planejamento de coleta de dados, é necessário definir quem será o **colaborador responsável**.

Coletar dados é uma tarefa trabalhosa, portanto, o responsável precisa ser treinado e sensibilizado.

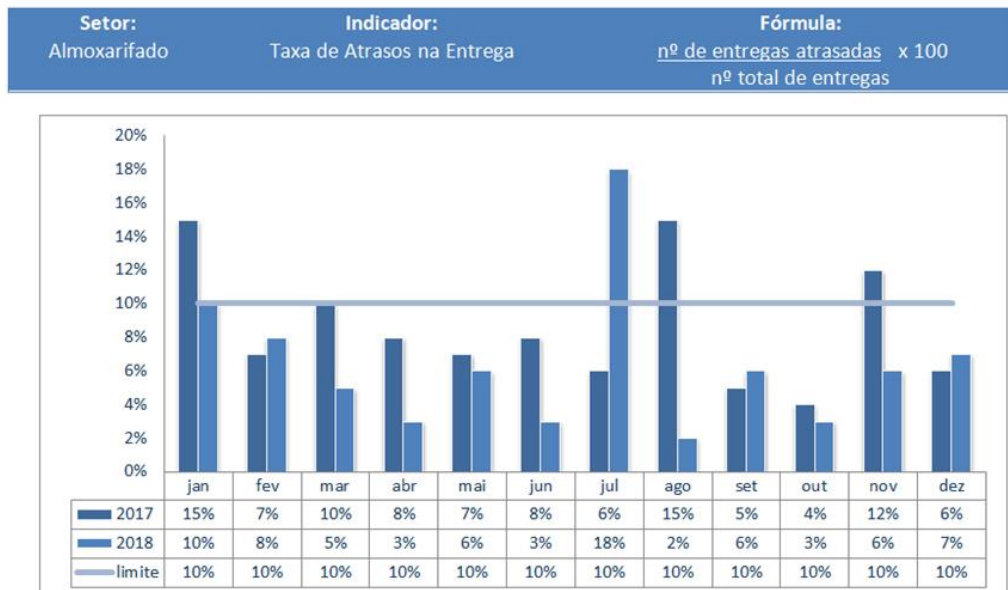
O gestor deve esclarecer as vantagens e melhorias decorrentes dessa nova tarefa, caso contrário, corremos o risco de ter números não fidedignos.

Enquanto gestor, não deixe de acompanhar essa coleta com frequência. Recomendamos que isso seja feito diariamente no começo da implantação e periodicamente após um tempo de trabalho.

5. ANÁLISE DE DADOS

Para os números ficarem mais compreensíveis (e até divertidos), o mais comum é transformá-los em gráficos. A **forma gráfica auxilia na visualização** intuitiva dos resultados, principalmente para a análise evolutiva ao longo do tempo.

Vejam este exemplo do painel individualizado de indicador:



Vejam como ele é **auto explicativo**!

Com atenção, e sem ninguém explicando, podemos compreender: qual o assunto abordado, qual seu objetivo, se houve melhora, quais foram os piores meses de 2017 e 2018.

O modelo de gráfico acima se chama “gráfico de colunas”. Ele é bastante utilizado para verificar a **evolução do resultado** com o passar do tempo.

Para complementar este gráfico, e ajudar na análise dos dados, podemos utilizar o “gráfico de setor”, conhecido também como “gráfico de pizza”.

O “gráfico de pizza” **fornece suporte** principalmente para as **estratificações** do resultado principal.

Vamos utilizar o exemplo acima, julho de 2018, para desenvolver nossa explicação.

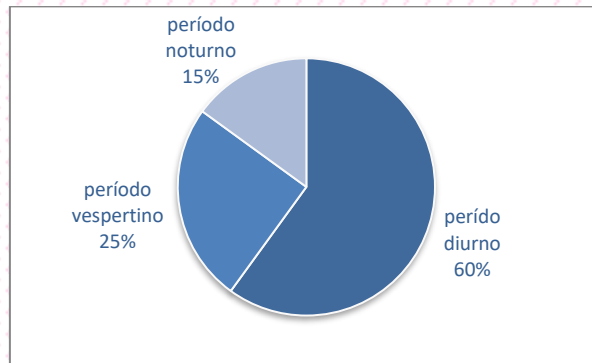
Em julho de 2018, ocorreram 18% de atraso nas entregas, sendo que a meta, nesse exemplo, é 0% e o limite é 10 %, portanto, o resultado foi além do aceitável.

Pois bem, além de simplesmente coletar dados sobre o atraso, a equipe foi orientada a coletar outros dados tais como:

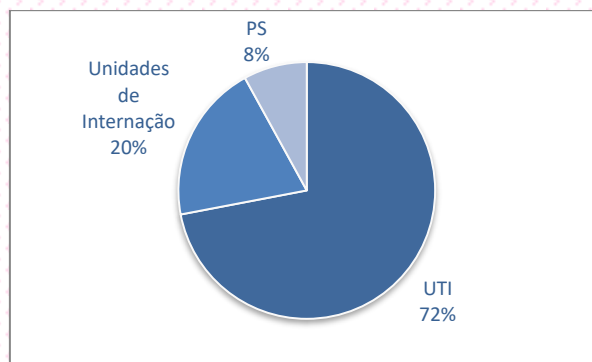
- setores com entregas atrasadas,
- turno de trabalho (manhã, tarde ou noite).

A partir disso, obtemos a seguinte estratificação desses dados no “gráfico de pizza”:

Taxa de Atraso na Entrega
estratificação por período de trabalho



Taxa de Atraso na Entrega
estratificação por Setor



O que chama a atenção? O período em que a frequência de atrasos foi maior e, por meio do gráfico, é fácil notar que foi **no período diurno**.

E o setor que teve mais atrasos? É fácil de ver, foi na **UTI**.

Além disso, é possível ainda cruzar as informações de **atrasos na UTI no período diurno**.

A estratificação ajuda a focar no problema mais grave ou mais frequente para encontrar a solução que gere maior impacto.

O indicador é muito dinâmico. Os intervalos entre coleta, mensuração, análise e melhorias são estreitos. Por isso, é importante direcionar os esforços onde a frequência e o impacto forem maiores.

Impacto também é um dado relevante durante a análise. A frequência pode ter sido pequena, mas gerou impacto no seu setor? E nos outros setores? E no paciente?

Usando novamente o exemplo acima, podem ter ocorrido poucos atrasos no setor X, mas este gerou um problema no tratamento do paciente ou um agravamento de sua saúde, portanto, esse ponto merece muita atenção!

Outro exemplo mostra a **importância da estratificação**

Ao discutirmos sobre o indicador “úlceras por pressão” (UPP) na unidade de internação X, precisamos estratificar se esse paciente já estava com UPP ao chegar na Instituição ou se essa UPP foi desenvolvida aqui.

A ideia não é se livrar da culpa, mas ter um número fidedigno da qualidade do trabalho da enfermagem.

Lembre-se, indicador é a **mensuração da qualidade** (cumprir critérios pré-definidos) do seu setor-serviço.

No caso do paciente que já vem com UPP podemos mensurar se a melhora dessa UPP se deu em X dias conforme protocolo. Perceba que mais uma vez a intenção é mensurar a qualidade do seu trabalho.

Para buscar a **causa raiz dos problemas** devemos seguir metodologias da Qualidade. O Instituto Ishikawa orienta o trabalho em **SINERGIA** com três ferramentas para descobrir a causa raiz: **Brainstorming + 5 Porquês + Diagrama de Causa e Efeito**.

OPORTUNIDADE!

Caso queira aprender mais sobre Análise de Causa Raiz acesse “Artigos” em www.institutoishikawa.com.br.

6. PLANEJAMENTO DE AÇÕES DE MELHORIA

Devemos lembrar que a principal característica de um indicador é a sua “utilidade” e que ele só será útil se o resultado **MELHORAR** ao longo do tempo.

E só é possível melhorar **resolvendo as causas** que geram o **não** alcance das metas.

As causas podem ser localizadas através das ferramentas de “análise de causa raiz” que mencionamos anteriormente.

Assim, a ferramenta a ser utilizada agora será o “plano de ação”.

OPORTUNIDADE!

Caso queira obter um modelo de “Plano de Ação” acesse “Materiais” em www.institutoishikawa.com.br.

A principal função do plano de ação é organizar as ações com **PRAZOS e RESPONSÁVEIS**. Isto é, datas que devem ser cumpridas e tarefas compartilhadas. Assim o gestor não se perde no meio de tanta coisa para resolver.

O plano de ação também é útil para trabalhar a “evidência”, isto é, uma forma de apresentar para sua Diretoria ou para as Certificadoras que existe um planejamento de melhoria que está em andamento.

O plano de ação mostra comprometimento e segurança na resolução das pendências.

Neste ponto, encerra-se a última etapa do ciclo de indicadores. Cujo foco é a melhoria contínua e consequente excelência.

A gestão por resultados transforma a visão organizacional e tudo fica mais profissionalizado, os gestores vão sair do “achismo” e conseguir apresentar um cenário real e evolutivo baseado em sólidas evidências

EXTRA! INDICADORES COMO FERRAMENTA DE COMUNICAÇÃO

Todas as **etapas da Gestão por Resultados** geram melhora no processo de comunicação Institucional:



E a **análise de resultados** é a etapa que gera mais polêmica, pois demanda tempo e interação. Mas é uma excelente oportunidade para praticarmos os três tipos de **comunicação**: ascendente, descendente e lateral.

A. Comunicação ascendente: ocorre durante a apresentação dos resultados dos indicadores estratégicos à Alta Direção.

Atenção

Uma das melhores formas de acompanhar o desenvolvimento dos gestores é durante comunicação ascendente. O indicador aponta com solidez as necessidades do setor, promovendo imparcialidade ao Superior que precisa tomar decisões a todo momento.

B. Comunicação descendente: ocorre através do envolvimento dos colaboradores na **apresentação de resultados**.

O gestor aproveita essa interação para sensibilizar e/ou parabenizar a equipe de maneira imparcial, baseada em fatos e não por motivos pessoais.

O uso das ferramentas de **análise de causa raiz** tem sua importância muito mais como **forma de discussão** do que como mero pedaço de papel a ser preenchido (mais um!).

Envolver os liderados nesse exercício é de muita valia, pois a intenção é que em pouco tempo eles também desenvolvam essa maneira de pensar.

Melhore sempre!

Imagine que maravilhoso fazer com que seus colaboradores evoluam a comunicação de “reclamação” para “reclamação com análise e algumas sugestões de melhoria”. Quando isso ocorre, saímos de sugestões que se limitam a dizer: “contratar gente porque temos poucos funcionários”.

C. Comunicação lateral ocorre na linha hierárquica dos gestores durante a análise de causa raiz ou no desenvolvimento de um plano de ação.

Esse tipo de interação entre gestores promove o desenvolvimento da compreensão na prática dos conceitos “cliente e fornecedor” e mostra o quanto a Instituição trabalha como um grande processo único em que cada resultado individual pode interferir em todos os demais.

Lembre-se: além das melhorias óbvias, a **Gestão por Resultados** produz efeitos colaterais benéficos como o desenvolvimento da maturidade de todos os envolvidos.

INSTITUTO ISHIKAWA

LEMBRE-SE

Precisando de ajuda é só nos chamar!

Somos especializados em:

Workshops para os gestores e equipe operacional.

Projetos curtos e focados de consultoria em Qualidade e Acreditação.

Oferecemos:

Aulas motivacionais e desenvolvedoras, afinal, não basta sensibilizar, é preciso fornecer ferramentas pra trabalhar!

Envie um e-mail para discutirmos seus objetivos e necessidades:

contato@institutoishikawa.com.br

Ou mande um ZAP

11-97647-6300