

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA ADMINISTRAÇÃO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

Thaís Camara Faria

Tecnologia de gestão hospitalar: proposta e aplicação em SC

Florianópolis

2016

Thaís Camara Faria

Tecnologia de gestão hospitalar: proposta e aplicação em SC

Trabalho de curso de graduação apresentado ao departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharela em Administração.

Orientador: Prof. Dr. Rolf Erdmann
Hermann

Co-orientadora: Prof^ª. Dra. Beatriz
Marcondes de Azevedo

Florianópolis

2016

Thaís Camara Faria

Tecnologia de gestão hospitalar: proposta e aplicação em SC

Este Trabalho de Curso foi julgado adequado e aprovado na sua forma final pela Coordenadoria de Estágios e Monografias do Departamento de Ciências da Administração da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 21 de Junho de 2016.

Prof^a. Evelize Welzel Dr^a.
Coordenadora de Monografias

Professores Avaliadores:

Prof^a. Rolf Hermann Erdmann Dr.
Orientador
Universidade Federal de Santa Catarina

Irineu Manoel de Souza
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

Marcia Barros de Sales
Avaliador
Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Meu maior e mais profundo agradecimento a minha família, que me surpreende diariamente com o amor. Em especial a meus pais – Antônio de Faria e Angela M^a Camara de Faria – que sempre apoiaram minhas decisões, me confortaram e acreditaram no meu estudo e trabalho; ao meu irmão Lucas que tenho como exemplo e admiro sua coragem para seguir e conquistar seus sonhos.

Agradeço à Universidade Federal de Santa Catarina e todos os envolvidos na minha trajetória acadêmica – Professores, Amigos, Ação Jr. e NIEPC. Aos Professores, em especial a Rolf Hermann Erdmann, que dão vida ao curso de Administração, obrigada por acreditarem no que ensinam, o curso não seria o mesmo sem a visão de vocês. Aos amigos que fiz nesse caminho agradeço imensamente os conselhos e momentos vividos, com certeza crescemos juntos. À Ação Jr. por me capacitar a desenvolver o empreendedorismo e acima de tudo cidadãos capazes de transformar o mundo. Por fim, ao NIEPC, muito obrigada pelos incansáveis dias de suporte, conversas e troca de conhecimento, vocês fazem a UFSC e o ambiente de pós-graduação serem melhores.

RESUMO

Os hospitais são organizações complexas, submetidas à influências das teorias econômicas e administrativa impelidas ao alcance de critérios de efetividade operacional, responsável pelo desempenho que faz com que a organização seja competitiva, permitindo ações que podem melhorar a performance organizacional. O objetivo deste estudo foi desenvolver uma tecnologia de avaliação do sistema hospitalar capaz de proporcionar iniciativas de diagnóstico e desempenho de geração de melhoria e inovação. Metodologicamente, foi um estudo teórico-empírico realizado em três hospitais brasileiros. A fundamentação teórica da pesquisa foi baseada em critérios de desempenho geralmente aceitos, tais como qualidade, custo e flexibilidade. Além disso, estes critérios foram relacionadas com elementos representativos de um sistema de produção. A coleta de dados contou com a participação de um grupo de profissionais de vários setores, com sólidos conhecimentos sobre a dinâmica organizacional. Quanto aos resultados, a produção diagnóstico indicou subsistemas que precisavam de uma ação urgente, portanto, não estavam contribuindo de forma eficaz para alcançar o resultado de fatores. O instrumento revela, indicando ações de melhoria potenciais. As idéias de melhoria convergiram para ações relacionadas aos fatores de prática identificados na literatura. Em conclusão, este estudo diz que é significativa importância para a área hospitalar e pode contar com a ajuda de uma tecnologia de gerenciamento de desempenho, como também responsável pelo cumprimento dos critérios que fazem com que a organização seja competitiva, permitindo assim detectar ações que podem melhorar o desempenho organizacional. Ajuda os administradores a lidar com maior assertividade na formulação de estratégias no ambiente em que competem podendo ser utilizada em hospitais de diferentes culturas e em setores da indústria

Palavras-chave: gestão, desempenho organizacional, produção.

ABSTRACT

Hospitals are complex organizations, submitted to the influence of economic theories and administrative to the achievement of operational effectiveness criterious responsible for the performance to the criteria that makes competitive organization, allowing detect actions that can improve organizational performance. The aim of this study was to develop a technology assessment system hospital production capable of providing diagnostic and performance generation initiatives for improvement and innovation. Methodologically, it was a theoretic-empirical case study held in three Brazilians hospitals. The theoretical foundation of the research was based on generally accepted performance criteria such as quality, cost and flexibility. Moreover, these criteria were related to representative elements of a production system. The collect data had the participation of a group of professionals from various sectors, with solid knowledge about organizational dynamics. As for results, the diagnosis production indicated subsystems that needed urgent action, therefore were not contributing effectively to achieve the result of factors. The instrument reveals, indicating potential improvement actions. The improvement ideas converged for actions related to practical factors identified in the literature. In conclusion, this study says that is significant importance to hospital area can count on aid of a performance management technology that assists. It also responsible for the performance to the criteria that make competitive organization, allowing detect actions that can improve organizational performance. Managers' in the formulation strategies and help them cope with greater assertiveness in the environment in which they compete and it could be used in hospitals from another culture and sectors industry.

Keywords: management, organizational performance, production.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo do instrumento de diagnóstico.....	40
Figura 2 Novo formato do instrumento de diagnóstico.....	42
Figura 3: Relação dos projetos de melhoria do HRSJ com os fatores de prática.....	73
Figura 4 Relação dos projetos de melhoria da SCMP.....	97

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Relação entre as categorias e fatores de resultado do conjunto de assertivas ponderadas	47
Gráfico 2 entre as categorias e fatores de resultado do conjunto de assertivas ponderadas	77
Gráfico 3 Relação entre as categorias e fatores de resultado do conjunto de assertivas ponderadas	101

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Descrição das instituições de saúde em Santa Catarina e em Minas Gerais ...	20
Tabela 2 Relações entre categorias de análise e fatores de resultado.....	46
Tabela 3 Problemas detectados e seus respectivos graus de risco.....	66
Tabela 4 Formulário A3 – Projeto 1- HRSJ	69
Tabela 5 Formulário A3 – Projeto 2- HRSJ	70
Tabela 6 Formulário A3 – Projeto 3- HRSJ	71
Tabela 7: Relações entre categorias de análise e fatores de resultado na Santa Casa	76
Tabela 8 Formulário A3 – Projeto 1 - SCMP	95
Tabela 9 Formulário A3 – Projeto 2 - SCMP	96
Tabela 10 Formulário A3 – Projeto 3 - SCMP	96
Tabela 11 Relações entre categorias de análise e fatores de resultado do Hospital Santa Terezinha	100

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
2. OBJETIVOS	15
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	15
3.1 O sistema de saúde no Brasil	15
3.1.1 A região sul-sudeste: SC, MG e as organizações de saúde.....	18
3.2 Melhores práticas.....	21
3.3 O sistema de produção hospitalar e suas relações complexas.....	23
3.3.1 Definição das categorias de análise	27
3.3.2 Os fatores de competitividade (fatores de resultado e fatores de prática)	35
4. METODOLOGIA.....	37
5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	43
5.1 Caracterização dos hospitais e descrição de suas práticas	44
5.1.1 Hospital Regional de São José - Dr. Homero de Miranda Gomes	44
5.2.1 Principais aspectos avaliados em cada categoria de análise do sistema de produção do HRSJ.....	48
5.3 Projetos de melhoria.....	67
5.3.1 Projetos de melhoria do HRSJ	67
5.1.2 Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP).....	74
5.2.2 Principais aspectos avaliados em cada categoria de análise do sistema de produção da SCMP	77
5.3.1 Projetos de melhoria na SCMP.....	94
5.1.3 Hospital Santa Teresinha (HST)	98
5.2.3 Principais aspectos avaliados em cada categoria de análise do sistema de produção do HST	101
5.3.3 Projetos de melhoria no HST.....	115
6. CONCLUSÃO	115
7 REFERÊNCIAS.....	123

1. INTRODUÇÃO

O conceito de sistema de produção deve, nesse estudo, ser entendido de forma abrangente. Será sempre uma composição organizada, responsável por gerar produtos úteis. Os produtos são quaisquer tipos de saídas, tangíveis ou intangíveis, ou seja, bens ou serviços. Entende-se que quaisquer sistemas, em especial, os sistemas de produção em saúde, ao cumprirem suas missões de produzir resultados, lançam mão de estruturas similares entre si.

Os sistemas de produção em saúde, como os hospitais, objeto deste estudo, são organizações complexas em que interagem múltiplos processos de trabalho realizados por equipes multiprofissionais. Além disso, estão submetidos aos interesses de atores sociais de grande peso na arena sanitária como a indústria farmacêutica, indústria de equipamentos biomédicos, prestadores de serviços de maior prestígio e formadores de opinião. Portanto, são considerados organizações cujo gerenciamento se encontra num patamar de alta dificuldade.

Na visão do processo de produção de saúde, o paciente (ou seu estado de saúde) é o produto intermediário transferido de um estágio para outro, a fim de chegar ao produto final desejado, a melhora no estado de saúde do paciente (VELOSO e MALIK, 2010).

Conforme Toro Restrepo (2000), as organizações de saúde devem prestar serviços de saúde como resposta às obrigações que os estados têm de cuidar dos seus cidadãos. Isto implica em estarem submetidas à influência das teorias econômicas e administrativas, com necessidade de otimizar recursos e reduzir custos, ou seja, fazer mais com menos.

Assim, a experiência desenvolvida em empresas industriais, na avaliação dos seus sistemas de produção, pode ser transferida para segmento de serviços. Neste particular, propôs-se uma incursão na atividade hospitalar. Em que pese haver fortes aspectos conjunturais influentes sobre esta atividade, associado a questões sociais da maior relevância, infere-se que, ao lado daquelas, a questão econômico-operacional é determinante sobre o sucesso e a sobrevivência deste tipo de organização.

Portanto, um prestador de serviços de saúde tem que compreender o mercado geográfico ou a área de serviços em que ele pretende competir. Caso contrário, não poderá reconhecer os verdadeiros *benchmarks* de desempenho que lhes serviram como fonte de comparação, nem identificar as opções estratégicas mais adequadas aos seus interesses no sentido de assegurar sua sustentabilidade (PORTER e TEISBERG, 2007).

A complexidade da economia do conhecimento e as possibilidades da tecnologia da informação, dentre outras ferramentas, elevaram o padrão de competitividade organizacional. Fazer mais com menos, fazer cada vez melhor, envolver a equipe de trabalho na busca de soluções e produzir inovações para assegurar a competitividade são variáveis que fazem a diferença entre a relevância e a irrelevância das organizações (FIESC, 2011).

Na visão porteriana, a inovação se refere a toda mudança que uma organização realiza para fazer coisas melhor do que antes. Portanto, cabe à mesma investir no desenvolvimento de novas tecnologias, seja através das combinações de tecnologias existentes; da utilização de novos conhecimentos adquiridos pela instituição; dos novos métodos de produção ou ainda novas técnicas de gestão e organização do trabalho.

As melhorias na execução das práticas e processos relacionados com os serviços de saúde nos hospitais estão diretamente relacionadas com a inserção de novas tecnologias e o alinhamento de suas estratégias com as demandas da população. O alcance da flexibilidade do processo produtivo reflete a multidimensionalidade desse fenômeno, não fazendo mais sentido tentar compreendê-lo pela ótica do positivismo. Assim, para conhecer e interpretar a realidade empresarial de um modo interligado e complexo, a abordagem sistêmico-complexa tem se mostrado um referencial teórico pertinente para esta finalidade.

Sob a ótica da teoria da complexidade, busca-se conhecer como as operações dos hospitais conseguem atingir resultados, tanto em termos de custos quanto de inserção mercadológica? Como as operações produtivas se comportam, ou seja, como seus desempenhos refletem-se na capacidade de competir? Quais as práticas adotadas pela empresa que expressam sua sustentabilidade? Que características o sistema de produção tem que apresentar para ser bem sucedido em termos de menor custo, maior rapidez, confiabilidade, qualidade e flexibilidade? Onde esses valores são criados?

No intuito de possibilitar um maior entendimento de como se estabelecem as relações em um sistema produtivo e melhor explorar o ambiente da produção a partir da ótica da complexidade, o NIEPC (Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos), abrigado pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade Federal de Santa Catarina da Universidade Federal de Santa Catarina (CPGA/UFSC), desenvolveu um instrumento para análise organizacional baseada nos pressupostos da teoria da complexidade, que pressupõe que a organização é composta de diversos elementos que interagem entre si e com o ambiente.

Considera que as organizações são compostas de elementos que se inter-relacionam. A análise organizacional então se dá pela relação entre 13 categorias de análise confrontadas com 5 fatores de resultado através de assertivas que devem ser respondidas em escala Likert, em que a nota mais baixa equivale à relação incipiente e a mais alta à relação forte.

Trabalhos com fins de avaliar a aplicabilidade do instrumento proposto já foram realizados em organizações industriais e de serviços, inclusive de serviços de saúde (SCHULZ, 2008; SANCHES, 2009; SILVEIRA, 2010; DITTRICH, 2011; MOREIRA, 2011; GONÇALVES, 2012).

Baseando-se na interação que existe entre os elementos organizacionais, e considerando as categorias de análise como os subsistemas que formam a gestão da produção e os fatores de resultados como os componentes que toda organização busca atingir, a ferramenta propõe-se analisar como cada categoria de análise age em relação a cada um dos fatores de resultados.

São categorias de análise: Tempo de Ciclo; Instalações; Qualidade; Investimentos; Desempenho Operacional; Gestão Ambiental; Gestão de Saúde e Segurança; Desenvolvimento de Novos Produtos; Organização e Cultura; Planejamento; Programação; e Controle. Os fatores de resultado esperados por toda organização são: Flexibilidade; Confiabilidade; Rapidez; Qualidade; Inovação; Custo.

O instrumento considera que os fatores de resultado são a referência a ser atingida; as categorias de análise correspondem à estrutura do sistema de produção; as ações se dão sobre os fatores de prática para alcançar os resultados (o que pode ser equiparado a “boas práticas”); como saídas do sistema (outputs) a ferramenta proporciona as ideias de melhoria propostas pelos membros da organização que gerarão

projetos de melhoria; esses projetos precisam ser implantados e constantemente verificados pelo processo de retroalimentação.

A construção desse instrumento vai ao encontro das ideias de Burns *et al.* (2001) quanto à importância de se ter uma ferramenta de gestão e avaliação de desempenho voltada para as organizações de saúde que subsidie os gestores na formulação de estratégias que os ajudem a lidar com maior assertividade no ambiente em que competem. Ambiente esse conflituoso e dinâmico marcado pela incerteza e que incita a necessidade de se conhecer as capacidades, bem como detectar os fatores limitantes de sua eficácia organizacional, de forma a poder agir em busca da sustentabilidade da organização. Ou ainda, ao avaliar o desempenho operacional, possibilita-se a obtenção de informações precisas para gerenciar pontos de melhoria (VIACAVA *et al.*, 2004).

Grosskopf e Valdmanis (1987) entendem que a eficiência operacional e bom desempenho dependem da natureza jurídica do hospital (público ou privado), pois cada tipo detém sua própria fronteira de “melhores práticas”, uma vez que precisam criar estratégias de estruturação e funcionamento pautadas em diferentes recursos e ordenamentos jurídicos.

Para Moreira (2011), a qualidade dos processos, independentemente de esses fazerem parte de organizações públicas ou privadas, pode ser potencializada através de ações que combinem o diagnóstico organizacional, a busca de padrões de excelência, o planejamento e o controle de melhorias. A combinação entre tais elementos possibilita a construção de melhores processos produtivos. A identificação e disseminação de informações e a discussão das boas práticas de administração têm sido de grande valia para a estruturação de um círculo virtuoso.

Com base nas argumentações tecidas, pretende com esse projeto de pesquisa construir conhecimentos que permitam responder ao seguinte questionamento: **qual a estrutura e a composição de uma tecnologia de gestão da produção para sistemas hospitalares, capaz de proporcionar diagnósticos que apontem para soluções competitivas, sua implementação e monitoramento de desempenho constante?**

A busca da resposta ao problema de pesquisa é acompanhada do pressuposto de que há uma inter-relação entre os elementos envolvidos, e que, portanto, as ações sobre qualquer ponto se refletem sobre as outras, que o objeto será uma ação competitiva, tanto do ponto de vista do vetor gerador quanto do resultado que será manifestado. A

proposição resultante deve contemplar uma estrutura de fácil entendimento, em parte auto-aplicativa, com resultados centrados em fatores ou práticas que conferem competitividade, geradores de projetos a serem monitorados por tecnologia integrada à ideia e com indicadores próprios à visualização do desempenho.

A justificativa desse trabalho está pautada no pressuposto de que ajudar a melhorar o processo de gestão dos hospitais é um desafio complexo. Como tal, exige respostas complexas, profundas e sistêmicas, não havendo uma solução parcial para resolver os obstáculos de sua ineficiência.

Para Novaes (2000), as avaliações em organizações de saúde, ao se constituírem em uma área ainda em construção conceitual e metodológica, podem ser encontradas na literatura de forma muito diversificada. A maioria das pesquisas é desenvolvida sob a coordenação de instituições acadêmicas, por iniciativa delas próprias, ou a partir de solicitações de instâncias públicas com elevado poder (Ministérios ou Secretarias Estaduais, Legislativo e outros órgãos) sobre a implementação ou reorientação de macro políticas. Quanto à abordagem, predomina-se o cunho quantitativo, mas com crescente participação das formas de natureza qualitativa, ambas, porém, orientadas para a busca da objetividade e de uma possibilidade de generalização do observado.

A construção de uma tecnologia de gestão da produção de sistemas hospitalares capaz de proporcionar diagnósticos, implementar projetos de melhorias e possibilitar padrões de referência é de significativa relevância científica e social. Cientificamente, se propõe a construção de uma ferramenta de diagnóstico, intervenção e de acompanhamento de melhorias nos processos produtivos, caracterizando-se, portanto, como uma pesquisa que visa preencher uma lacuna no conhecimento científico, por ir além do que a maioria dos estudos tem se comprometido.

Em termos da relevância social, espera-se que a comparabilidade e a possibilidade de uma reflexão crítica sobre as ações organizacionais, viabilizadas pela aplicação da tecnologia gerada, possuam um respaldo instrumental e informacional que contribuam para que os gestores obtenham recursos que os apoiem no processo de tomada de decisão. Assim, ao estabelecer um *ranking* de eficiência calcados em preceitos de desempenho, possibilita-se a realização de benchmarking, servindo como referência de melhores práticas para que outras instituições consigam identificar em que fatores elas podem buscar melhorias para atingir maiores níveis de eficiência.

Isto contribui, em última instância, para o desenvolvimento sócio econômico e ambiental do estado de Santa Catarina.

2. OBJETIVOS

O objetivo geral desta pesquisa é gerar uma tecnologia capaz de identificar potenciais melhorias na área hospitalar à luz das teorias vigentes, em especial dos preceitos da produção enxuta, contendo indicadores de desempenho, aderentes a adoção de boas práticas. Especificamente quer-se:

- atualizar teoricamente cada elemento estrutural de um sistema de produção hospitalar, em termos de sua essência e sua relação com os fatores que lhe de conferem competitividade;
- criar indicadores de performance de cada elemento estruturante de um sistema de produção;
- conceber um instrumento para monitoramento de um sistema de produção, que permita visualizar o desempenho de ações capazes de gerar resultados;
- estudar casos de gestão em hospitais, mediante a aplicação do instrumento desenvolvido, com vistas ao incremento da eficiência operacional e competitividade;
- identificar e selecionar boas práticas para formação de um banco de dados.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 O sistema de saúde no Brasil

A promoção de saúde está relacionada às políticas públicas voltadas para a melhoria na qualidade de vida das pessoas, enquanto a proteção da saúde envolve a redução ou eliminação de fatores de risco para a saúde da população. Já a recuperação relaciona-se a própria assistência médico-ambulatorial, laboratorial e hospitalar (MORE *et al*, 2009).

Em termos das instituições hospitalares, de acordo com os dados estatísticos do Ministério da Saúde, aproximadamente 70% dos hospitais brasileiros são privados, o que perfaz cerca de 5 mil hospitais. Destes, 60% aproximadamente são empresas privadas e, em torno de 39% são entidade beneficentes ou fundações privadas (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010). Os demais são hospitais cadastrados como

sindicatos. Entretanto, independente da natureza pública ou privada, o que se verifica a partir de divulgação em diferentes mídias é que há evidências inquestionáveis de problemas relacionados aos diferentes entes do sistema de saúde.

A crise do sistema de saúde é um reflexo do descompasso entre a velocidade com que avançam os fatores contextuais (a transição demográfica, a transição epidemiológica e a inovação e incorporação tecnológica) e a lentidão com que se movem os fatores internos que representam a capacidade adaptativa do sistema de atenção à saúde a essas mudanças (cultura organizacional, arranjos organizativos, sistemas de pagamento e incentivos, estilos de liderança, organização dos recursos). Além disso, há uma tendência, mais ou menos geral, de uma baixa valorização política, econômica e sanitária da atenção primária à saúde, causando sérios impactos nos demais níveis de atenção, representados pelos diferentes agentes, especialmente, no que tange aos serviços hospitalares (MENDES, 2012).

Segundo Vlastarakos e Nikolopoulos (2008), a maioria dos profissionais que atua na área da saúde é consoante à percepção de que as organizações nas quais trabalha existe uma gestão ineficiente, demonstrando, portanto, a necessidade de se criar modelos de gestão capazes de auxiliar na administração e controle dos processos produtivos ali existentes.

Conforme Scott (2001), durante os anos 70 e 80 grande parte das organizações de saúde não conseguiu implementar programas de excelência de serviços de modo eficaz. No entanto, verifica-se que novamente tais organizações têm se mobilizado para obter novamente esses padrões de operacionalização, através de diversos programas tais como: Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar; Programa de Controle de Qualidade do Atendimento Médico Hospitalar; Programa de Consórcio Brasileiro de Acreditação.

A semelhança entre esses diversos programas é a disponibilização de indicadores para monitorar as atividades das organizações de saúde pautadas na busca da gestão da qualidade hospitalar legitimada pela concessão de creditações e certificações. A busca pela melhoria da imagem organizacional a ser percebida tanto pelo público interno quanto externo, nada mais é que um reflexo de adoção de

mudanças técnicas e comportamentais que ajudem a assegurar a sustentabilidade e o diferencial competitivo das organizações hospitalares.

La Forgia e Couttolenc (2009) apontam que no relatório sobre o “Desempenho Hospitalar no Brasil”, realizado, em 2009, sob a tutela do Banco Mundial, está destacado que analisar ou avaliar hospitais, especialmente os públicos, não é tarefa fácil, pois a literatura não oferece orientação suficiente sobre as metodologias apropriadas. E aquelas disponíveis, provêm dos Estados Unidos e de alguns países europeus, portanto, seus resultados podem não ser aplicáveis a países de renda baixa ou média, como é o caso do Brasil. As iniciativas de avaliação de hospitais brasileiros são, de modo geral, voluntárias por parte de uma gestão mais comprometida com a qualidade e custos, e essas avaliações propriamente ditas, representam um investimento elevado que a maioria das organizações hospitalares não tem como absorver.

Segundo Carvalho *et al.* (2007), o crescente interesse da sociedade e dos gestores de sistemas hospitalares públicos e privados em avaliar o desempenho das organizações que prestam assistência à saúde pode ser explicado pelo fato de os recursos destinados à área da saúde serem limitados. Ao avaliar o desempenho dessas organizações, torna-se possível verificar se os recursos estão sendo devidamente utilizados e apontar caminhos para a melhoria desta assistência.

Novaes (2000) assinala que as avaliações de desempenho e alternativas metodológicas para adoção de práticas e procedimentos de melhorias diversas fazem parte hoje das preocupações de gestores do setor público e privado, mas participam de forma ainda muito incipiente e marginal nos processos de decisão.

Com a implantação de políticas públicas que visam à estruturação dos serviços de saúde em redes de atenção com diferentes níveis de complexidade, o próprio Ministério da Saúde estabelece uma série de padrões a serem atendidos para que um serviço hospitalar ingresse nas redes e/ou seja habilitado para determinadas especializações, e assim tenha acesso à novas fontes de financiamentos.

Neste sentido, impactam sobre os serviços hospitalares, cerca de sessenta normas sanitárias relacionadas com a gestão do risco à saúde que envolve cada processo de trabalho, estabelecendo padrões a serem observados desde a estrutura física até a conformação das equipes multiprofissionais. Além das normas sanitárias, os hospitais

também devem obedecer às normas dos órgãos ambientais e do Corpo de Bombeiros, segurança do trabalho, entre outras. Daí a importância de se ter uma ferramenta de gestão e avaliação de desempenho voltada para as organizações de saúde que subsidie os gestores na formulação de estratégias que os ajudem a lidar com maior assertividade no ambiente em que competem (ERDMANN e AZEVEDO, 2012).

Todavia, há de ressaltar que melhorar o desempenho operacional das organizações hospitalares e transformar esse cenário, guarda, indiscutivelmente, um caráter de transformação política.

Felizmente, nessa direção, verifica-se recentes manifestações por parte do Governo Federal de encarar o problema da saúde. Como exemplo, menciona-se o “Plano Brasil Maior” que está organizado em cinco blocos, em função de suas especialidades técnicas e da sua capacidade de transformação da estrutura industrial e de serviços especializados. Os blocos chamam a atenção para características setoriais relevantes e ajudam a ordenar o processo de formulação de propostas de programas e projetos que envolvam mais de um setor e, que no caso da saúde estarão contempladas ações estratégicas tanto no bloco 1 (Sistemas da Mecânica, Eletroeletrônica e Saúde) quanto no bloco 5 (Comércio, logística e serviços). Urge nesse âmbito, dentre várias ações, intensificar a qualificação dos profissionais para melhorar a qualidade da prestação de serviços e incentivar a certificação, padronização e disseminação de boas práticas entre as empresas do setor (MCDI, 2011).

3.1.1 A região sul-sudeste: SC, MG e as organizações de saúde

O estado de Santa Catarina possui 293 municípios e Minas Gerais 853. O sistema de saúde, nesses estados, num âmbito macro, engloba diferentes instituições, conforme pode ser visualizado na tabela 1.

Descrição	Total em SC	Total em MG
POSTO DE SAUDE	328	1003
CENTRO DE SAUDE/UNIDADE BASICA	1509	4629

POLICLINICA	180	553
HOSPITAL GERAL	203	554
HOSPITAL ESPECIALIZADO	20	63
UNIDADE MISTA	6	28
PRONTO SOCORRO GERAL	9	60
PRONTO SOCORRO ESPECIALIZADO	4	2
CONSULTORIO ISOLADO	7662	18108
UNIDADE MOVEL FLUVIAL	1	4536
CLINICA/CENTRO DE ESPECIALIDADE	1914	2905
UNIDADE DE APOIO DIAGNOSE E TERAPIA (SADT ISOLADO)	1076	89
UNIDADE MOVEL TERRESTRE	72	220
UNIDADE MOVEL DE NIVEL PRE-HOSPITALAR NA AREA DE URGENCIA	141	456
FARMACIA	85	223
UNIDADE DE VIGILANCIA EM SAUDE	21	58
COOPERATIVA	5	64
HOSPITAL/DIA - ISOLADO	32	13
CENTRAL DE REGULACAO DE SERVICOS DE SAUDE	2	837
LABORATORIO CENTRAL DE SAUDE PUBLICA LACEN	1	19
SECRETARIA DE SAUDE	331	294
CENTRO DE ATENCAO HEMOTERAPIA E OU HEMATOLOGICA	1	35
CENTRO DE ATENCAO PSICOSSOCIAL	104	13
CENTRO DE APOIO A SAUDE DA FAMILIA	42	74
UNIDADE DE ATENCAO A SAUDE INDIGENA	6	185

PRONTO ATENDIMENTO	33	6
POLO ACADEMIA DA SAUDE	40	18
CENTRAL DE REGULACAO MEDICA DAS URGENCIAS	8	27
SERVICO DE ATENCAO DOMICILIAR ISOLADO(HOME CARE)	3	4
OFICINA ORTOPEDICA	2	2
LABORATORIO DE SAUDE PUBLICA	4	24
CENTRAL DE REGULACAO DO ACESSO	12	38
CENTRAL DE NOTIFICACAO, CAPTACAO E DISTRIB DE ORGAOS ESTADUAL	3	6
TOTAL	13860	35146

Tabela 1 Descrição das instituições de saúde em Santa Catarina e em Minas Gerais

Fonte: <http://cnes.datasus.gov.br>

Em termos da realidade hospitalar especificamente, sabe-se que, tanto em SC quanto em MG, menos da metade das cidades tem o seu próprio hospital. Percebe-se que vários, e em geral pequenos municípios, deixaram de ter um hospital em seu território. Acredita-se que estes estabelecimentos, vocacionados para o atendimento generalista às populações de suas cidades, foram pressionados por custos crescentes, pelas receitas minguantes e em atraso proporcionadas pelo SUS e pelos seguros de saúde, levando-os à inviabilidade econômica. Em SC, há predomínio de hospitais de pequeno porte.

Entende-se também que a facilitação da mobilidade, o acesso a centros mais especializados proporcionados pelos seguros de saúde e, mais recentemente pelo aumento da renda, também levaram a algum esvaziamento das unidades hospitalares privadas e pequenas, das pequenas cidades. Outro fator relevante é o atendimento primário proporcionado pela ESF (Estratégia de Saúde da Família), associado ao deslocamento aos grandes hospitais públicos e gratuitos.

O fato é que ter um hospital próximo, preferencialmente na própria cidade, é sempre algo desejável. Mas um hospital constitui um sistema de produção como qualquer outro, responsável por gerar algo útil, portanto, vendável e assim, capaz de

gerar o retorno econômico necessário à sobrevivência de qualquer organização. E, independente das questões conjunturais e externas à organização, há uma parcela significativa do sucesso que depende da gestão das operações do hospital. É justamente este aspecto que se pretende abordar.

Assim sendo e como já expresse nos objetivos, este trabalho visa identificar um quadro relativo à eficiência operacional destas organizações, com vistas a sua capacidade de sobreviver e de competir; junto a isto, tem-se o propósito de gerar projetos e um banco de boas práticas; e ainda propor um sistema de monitoramento de suas operações ao longo do tempo.

3.2 Melhores práticas

Cleto *et al* (2011) assinalam que termo "melhores práticas" é uma adaptação da expressão derivada do inglês "*best practices*". Tal expressão é utilizada para se referir às técnicas identificadas como as melhores para realizar determinadas atividades, podendo-se definir também a melhor forma de atuar dos profissionais que as executam. As melhores práticas são consagradas para uma atividade quando existe um consenso a respeito dos modos mais eficientes e eficazes de realizá-la, segundo procedimentos comprovados ao longo do tempo por uma quantidade significativa de pessoas experientes no assunto. Romano (2003) entende que os indicadores de prática representam o conjunto de ferramentas gerenciais e tecnológicas implantadas na organização. Desse modo, a sustentabilidade da empresa depende fortemente das práticas adotadas e dos resultados obtidos com as mesmas.

Quando se pensa na busca e adoção das melhores práticas, está implícita a necessidade de realizar mudanças comportamentais no nível micro, meso e macro organizacional. Portanto, é preciso haver um livre fluxo de informações para que as pessoas envolvidas façam uma reflexão crítica de seus fazeres, dos métodos de trabalho utilizados, extraindo elementos e conhecimento coletivo sobre o que se sabe que funciona bem em determinada situação e quais são seus efeitos no desempenho operacional.

Para Becker (2001), as organizações devem aprender com suas experiências, registrando e documentando as melhores práticas, possibilitando o compartilhamento desse conhecimento. O conhecimento tanto tácito, quanto explícito, deve ser

institucionalizado, legitimado e, com isso, tornar-se propriedade comum, evitando que fique restrito a algumas “pessoas-chave” e que desapareça quando elas deixarem a organização.

No que se refere aos sistemas de produção, o pensamento *lean* traz uma série de exemplos de boas práticas. Os conceitos de produção enxuta aplicados aos sistemas de produção são diretamente influentes sobre o planejamento, programação e controle da produção e, conseqüentemente, sobre o desempenho operacional da organização.

A abordagem *lean* está diretamente relacionada com a eliminação de desperdícios. O sistema de produção enxuta surgiu como um sistema de manufatura cujo objetivo é otimizar os processos e operações através da redução contínua de desperdícios.

Nesse sentido, Ribeiro (2004) apresenta os principais benefícios que pensamento *lean* enxuta apresenta ou deve apresentar. São eles: diminuição de estoques; diminuição do *setup* (tempo de ajuste de máquina, equipamento, ferramentas para diversificar a produção); diminuição de *lead time* (tempo gasto para a execução do bem ou serviço, desde o pedido até a entrega ou, tempo para se fazer algo); diminuição do espaço físico; diminuição de taxa de refugo e retrabalho; diminuição dos custos; diminuição dos níveis hierárquicos; maior comprometimento dos funcionários; aumento substancial da produtividade; maior confiança entre empresa – fornecedor e; aumento da taxa de satisfação dos clientes internos e externos.

Bowen e Youngdahl (1998) mencionam um exemplo bem sucedido de um hospital no Canadá, no qual o pensamento *lean* possibilitou a padronização e eficiência dos setores de apoio, bem como conseguiu a extensiva participação dos pacientes para atingir estes objetivos na preparação e realização das cirurgias e nas fases de recuperação. Como resultado, houve redução de custos e melhora expressiva nas taxas de recuperação dos pacientes (mais rápido e com menores complicações).

Senff *et al* (2006) trazem um outro exemplo de uma boa prática no contexto hospitalar, ao mencionarem o caso de um hospital escola gaúcho que conseguiu lidar com problema de perdas no bloco cirúrgico, eliminando filas e o tempo de espera do cliente. Para os autores, pelo fato da demanda ser significativamente maior do que a capacidade de atendimento do sistema, considerando não somente o próprio hospital, mas todo o sistema público de saúde, a existência de filas está institucionalizada e

pouco se pode ser feito para mudar a situação, ao menos no que diz respeito aos pacientes que estão em busca de atendimento ou aguardando por um procedimento cirúrgico. Nesse caso, o tempo de espera pode superar os 12 meses. Em contrapartida, o tempo de atendimento, após a entrada do paciente no bloco cirúrgico, pode ser reduzido, através da utilização do mapeamento do processo de produção.

O crescimento das abordagens da gestão por processos e a utilização do benchmarking nas mais diversas áreas do conhecimento, contribuíram para a identificação de práticas de sucesso e dos processos críticos que deveriam receber maiores investimentos. Para Bonifácio (2004), a melhoria contínua e gestão por processos são meios facilitadores da evolução do conceito de Garantia para Gestão da Qualidade.

A garantia da gestão da qualidade estimulou as empresas a buscarem reconhecimento de seus esforços através de prêmios e creditações, contribuindo assim para uma melhor imagem organizacional. As normas da série ISO, ABNT e os critérios da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) são exemplos de referências de práticas incorporadas em direção à qualidade dos processos e produtos.

Com base no MEG/FNQ (Modelo de Excelência em Gestão), as principais práticas adotadas por organizações líderes de alto desempenho apresentam os seguintes fundamentos: pensamento sistêmico, aprendizado organizacional, cultura de inovação, liderança e constância de propósitos, orientação por processos e informações, visão de futuro, geração de valor, valorização das pessoas, conhecimento sobre o cliente e o mercado, desenvolvimento de parcerias e responsabilidade social.

3.3 O sistema de produção hospitalar e suas relações complexas

Os hospitais são organizações com grande impacto social, tanto no sentido de lidar com a vida das pessoas quanto na possibilidade de geração de riquezas. Tipicamente geram empregos e oportunidades, pois são fortemente dependentes de mão de obra. Além disso, trazem renda a fornecedores e a todo tipo de empresas de serviços à sua volta.

Correa (2009) destaca outro reflexo significativo das organizações hospitalares na sociedade a se referir ao fato de que grandes hospitais privados trazem melhoria ao próprio setor, quando disseminam conhecimento médico e administrativo, divulgando

filosofias, técnicas gerenciais e a busca da excelência na qualidade de atendimento. Mesmo quando pequenos, geram empregos dentro e fora do setor. Por outro lado, os hospitais são caros. Trata-se de empreendimentos que exigem grandes investimentos em instalações e equipamentos, e apresentam, enquanto negócios, um longo tempo de maturação.

O mundo globalizado incitou mudanças num infundável processo de transformação em busca da sustentabilidade. As organizações atuantes nos diferentes setores, dentre eles, o da saúde, tiveram que mudar para sobreviver. Assim, os ditames da competitividade passaram a ser balizados pelas variáveis, agilidade, produtividade e qualidade, ou seja, por critérios de eficiência e eficácia dos processos produtivos.

Prestar serviços de saúde, seja num hospital, numa clínica ou no consultório é algo complexo que envolve miríades de atividades e desafios. Os prestadores precisam lidar com contratos com planos de saúde, negociações de pagamento, cumprimento de exigências regulamentares, assimilação de novas tecnologias médicas, melhoria do atendimento a clientes e recrutamento e retenção de pessoal (PORTER e TEISBERG, 2007; VELOSO e MALIK, 2010).

Em função destas peculiaridades, grande parte das instituições hospitalares organiza-se de forma predeterminada, num padrão generalizado que não atende a questões estratégicas e organizacionais. As metas são indefinidas ou enquadradas em termos de sustentabilidade financeira ou serviços à comunidade, em vez de no valor ao paciente. Os hospitais não têm seu desempenho medido somente por seus aspectos econômicos e financeiros. Resultados financeiros são uma consequência, não uma meta em si e por si mesma. Assim, é importante salientar que um confortável superávit operacional não pode compensar a mediocridade do atendimento aos pacientes (PORTER e TEISBERG, 2007).

Observa-se o clamor constante por melhores serviços (que são os produtos dos hospitais), tanto em instituições privadas quanto públicas. As públicas, sustentadas pelo orçamento de municípios, estados e federação não falhem, mas sucumbem em seu papel de fornecer produtos na quantidade e qualidade requeridas. As organizações privadas, invariavelmente, enfrentam dificuldades. Tem-se observado um expressivo número de organizações em dificuldades financeiro-operacionais; também diversos hospitais de

pequeno porte têm fechado suas portas. Estes últimos, na maior parte dos casos, são os únicos em cidades pequenas e com características de atendimento geral.

A ineficiência alocativa de recursos é percebida através do gasto público municipal em saúde nos pequenos municípios. Há um forte dispêndio de recursos municipais para o financiamento de hospitais de pequeno porte que, em função de deseconomias de escala, são muito caros e que não são efetivos, nem operam com qualidade. Essa ineficiência alocativa nos pequenos municípios tem como base os elementos ideológicos provenientes dos sistemas fragmentados, voltados para as condições e eventos agudos e que se estruturam com base na visão do agudo com foco no hospitalocentrismo. O importante, em função da visibilidade política, é ter um hospital, ainda que ele não tenha as condições para operar como tal, com eficiência, segurança e qualidade e de gerar valor para a população que, ao fim e ao cabo, o financia (MENDES, 2012).

Cunha (2011) pontua que, embora os recursos destinados ao setor da saúde tenham aumentando ao longo dos anos no Brasil, eles ainda são escassos e, portanto, impõe aos gestores, a urgência de encontrar uma equação eficiente, capaz de equilibrar as diversas perspectivas das organizações de saúde. A escassez, portanto, demanda a busca de melhoria contínua na qualidade e efetividade dos serviços prestados.

Para Pinochet (2011), novos modelos de gestão vêm sendo desenvolvidos buscando soluções que focam a eficiência e a eficácia em relação ao desempenho no mercado. No que diz respeito à área da saúde, o autor entende que o sistema hospitalar brasileiro exige cuidados especiais, pois, com o crescimento dos gastos envolvidos no cuidado e assistência do paciente, resultado da adoção de alta tecnologia para diagnóstico, e alto índice de desperdício, o segmento enfrenta dificuldades para equilibrar as contas.

Portanto, gerir uma organização de saúde, qualquer que seja o seu porte, em um mundo complexo requer capacitação máxima, desenvolvimento de competências, inovação constante e postura empreendedora. Na luta pela competitividade, urge a necessidade de agregar valor à produção por meio da criação de diferenciais, obtidos à custa de inovação de produtos e processos. Esse novo estilo de produzir, além de exigir profissionalização da gestão, requer dos colaboradores flexibilidade e iniciativa para a

realização de várias tarefas simultâneas e complexas, além da resolução de problemas inesperados.

Para Matos (2001), as organizações de saúde, no ambiente de mercado cada vez mais competitivo, assumem contornos empresariais, necessitando, em tal conjuntura, de uma gestão profissional. Apesar Vendemiatti *et al.* (2010) entenderem que a profissionalização dos processos gerenciais das instituições hospitalares representa uma necessidade tanto do ponto de vista da eficiência quanto da competitividade, Faria (2013) assinala que a profissionalização da gestão hospitalar é recente quando comparada à gestão dos demais setores da economia. Estudos específicos nesta área foram iniciados timidamente há 40 anos, sendo que, somente nos últimos 20, foram ganhando notoriedade.

Ao considerar que o sistema de produção hospitalar consiste em uma série de inter-relações de diferentes processos e operações que estão voltados à melhora do estado de saúde do paciente. Em outras palavras, para Veloso e Malik (2010), na visão do processo de produção de saúde, o paciente (ou seu estado de saúde) é o produto intermediário transferido de um estágio para outro, a fim de chegar ao produto final desejado, a sua melhora.

Conforme Alemi e Sullivan (2007), para que as organizações hospitalares possam atuar ambiente tão complexo, é necessário que seus gestores busquem ferramentas de gestão que tenham comprovada eficácia no meio empresarial. Guptill (2005) acrescenta que, dentre as diversas ferramentas existentes, merecem destaque aquelas relacionadas ao controle da gestão e à avaliação de desempenho, que demandam o desenvolvimento de uma gestão eficiente e o monitoramento de indicadores de desempenho.

Conforme Braga (2013), na gestão hospitalar, umas das principais tendências é a adoção de modelos de gestão que envolva participação dos colaboradores na estruturação dos processos de trabalho, sendo essa prática uma forma de valorização profissional e estratégia de melhoria contínua.

De qualquer modo, para que se possa avaliar o desempenho da gestão, torna-se necessário, primeiramente entender o que vem a ser um sistema de produção tanto em termos estruturais, quanto em termos funcionais.

Schulz (2008), por meio de estudos baseados em Hanson e Voss (1995), determinou os subsistemas estruturantes do sistema de produção, a partir de dez categorias de análise: (1) Desempenho Operacional, (2) Desenvolvimento de Novos Produtos, (3) Equipamentos e Tecnologias, (4) Fábrica, (5) Investimentos, (6) Gestão Ambiental, (7) Organização e Cultura, (8) Qualidade, (9) Saúde e Segurança, (10) Tempo de Ciclo. Em um momento posterior, Silveira (2010) incorporou mais três categorias de análise: (11) Planejamento da Produção, (12) Programação da Produção e (13) Controle da Produção, totalizando, assim, as treze categorias que compõem o modelo de gestão de sistemas de produção.

As categorias Planejamento, Programação e Controle da Produção funcionam como mecanismo de impulsão ao processo produtivo, sendo, portanto, o ponto de convergência dos efeitos do sucesso ou insucesso das várias estratégias, técnicas, métodos ou filosofias de gestão empregadas na área da produção. Infere-se, desse modo, que as outras dez categorias, ao serem representativas de um sistema de produção, suportam o funcionamento do Planejamento e Controle da Produção (PCP).

Do ponto de vista de um diagnóstico e análise, o sistema subdividido em categorias, é confrontado com objetivos voltados à competitividade, induzindo-se a formação de múltiplos pontos de contato e, portanto, de oportunidades de análise e aperfeiçoamento da gestão.

Com o objetivo de melhor explicitar o modelo do NIEPC, torna-se pertinente descrever e caracterizar as categorias de análise e os fatores de competitividade (prática e resultado).

3.3.1 Definição das categorias de análise

As categorias de análise foram definidas com base em sucessivos estudos: Schulz (2008); Sanchez (2009); Silveira (2010); Moreira (2011). Com base na pesquisa bibliográfica, as mesmas foram assim definidas e caracterizadas:

✓ Planejamento da Produção: envolve um conjunto de procedimentos que antecede à programação e ao controle. Compõe-se de providências normalmente duradouras em relação àquelas da programação, com destaque ao projeto do produto e ao projeto do processo e; à definição global de quantidades em função da demanda e da capacidade produtiva do sistema (ERDMANN, 2007).

Planejar é determinar planos de ação, baseados nos objetivos que a organização quer atingir. Esses planos irão direcionar todas as ações da organização, e servirão para gestores e colaboradores apoiarem suas atividades (SLACK *et al.*, 2002).

Planos operacionais adequados permitem maior previsibilidade do processo produtivo, o que aumenta a confiabilidade da produção e das entregas. Além disso, o planejamento da produção permite que os recursos sejam utilizados de maneira racional, evitando desperdícios e reduzindo os custos operacionais. Projetos de produtos e de processos cuidadosamente elaborados influenciam na qualidade do produto final (ERDMANN, 2007).

Para a elaboração do planejamento da produção, analisa-se o ambiente interno e externo e procura-se ajustar a organização de forma a atender as diversas demandas existentes, possibilitando maior flexibilidade e rapidez, uma vez que o planejamento dos tempos de processo capacidade e demanda, minimizam as chances de perdas e de tempos ociosos (SLACK *et al.*, 2002).

No que diz respeito à ambiência hospitalar, Gonçalves e Aché (1999) mencionam que a produção de cada setor deve ser expressa de acordo com o atendimento prestado. Em termos práticos, pode-se pensar que, no ambulatório, é preciso considerar: número de consultórios e de consultas realizadas por dia/mês/ano. • Serviços complementares de diagnóstico e tratamento (incluindo principalmente exames laboratoriais, exames de radiodiagnóstico e por métodos gráficos): identificação do exame realizado, número de exames por dia/mês/ano, especificando equipamento utilizado; no caso de exames laboratoriais, identificam-se também a proveniência da solicitação, a partir de consultas realizadas no ambulatório do hospital, as solicitações referentes a doentes internados e aquelas provenientes de solicitações externas ao hospital. Na internação, deve-se considerar: internações por dia/mês/ano, nas unidades normais de internação, nos leitos do hospital/dia, no berçário e nas UTIs. No centro cirúrgico e centro obstétrico, deve-se considerar: número de operações e de partos por dia/mês/ano. No serviço de primeiro atendimento, deve-se considerar: número de procedimentos de diversos tipos realizados por dia/mês/ano.

✓ Programação da Produção: é o ato de definir antecipadamente as atividades da produção. Partindo dos dados estabelecidos no planejamento, a programação caracteriza o produto (define o que será produzido, especifica dimensões e tolerâncias,

características de acabamento, resistência, desempenho, consumo, cheiro, cor); roteiriza a produção (descreve o processo especificando como o produto será elaborado e respectivos recursos necessários, inclusive tempos de preparação e operação) e orienta quanto às quantidades a serem produzidas (ERDMANN, 2007).

Conforme Stevenson (2001), a programação da produção está relacionada com o nível de uso de máquina, equipamentos, instalações e atividades humanas. Portanto, uma programação adequada se reflete na qualidade-resultados, ou seja, na confiabilidade e nos custos reduzidos pela minimização dos refugos e a não necessidade do retrabalho.

Em outras palavras, a programação da produção permite que os recursos sejam utilizados de maneira mais eficiente, sem desperdício, buscando o aumento da produtividade, o que torna o processo menos oneroso. Ao considerar as diferentes demandas, a programação possibilita um processo produtivo flexível (SLACK *et al.*, 2002).

✓ Controle da Produção: é uma função administrativa relacionada com “o planejamento, direção e controle do suprimento de materiais e das atividades de processo em uma empresa” (BURBIDGE, 1981, p.21). O controle está relacionado com o conjunto de atividades que visa assegurar que as programações sejam cumpridas, que padrões sejam obedecidos, que os recursos sejam usados eficazmente e a qualidade desejada obtida.

O Controle da Produção busca garantir que as atividades ocorram dentro do previsto, identificando e corrigindo irregularidades, permitindo o atendimento mais adequado às necessidades dos clientes, bem como a oferta de produtos mais confiáveis (ERDMANN, 2007).

Ao controlar a produção a empresa pode acompanhar adequadamente a utilização dos recursos, identificando pontos de desperdício e, conseqüentemente, reduzindo custos. Ademais, a organização torna-se mais eficaz em identificar falhas e pontos passíveis de melhoria, elevando a qualidade do processo produtivo e do produto. O controle permite a obtenção de informações constantes a respeito do desenvolvimento de produtos, fornecedores do processo produtivo, o que lhe confere rapidez na colocação de novos produtos e no menor tempo de entrega (ERDMANN, 2007).

✓ **Organização e Cultura:** a cultura organizacional é entendida como um padrão de pressuposições básicas compartilhadas por um grupo conforme se tornem capazes de solucionar seus problemas de adaptação externa e de integração interna, de tal modo que, pelo seu sucesso, é considerado válido o bastante para serem ensinadas aos novos membros como sendo o modo correto de perceber, pensar e sentir sobre tais situações (SCHEIN, 2010). Ou ainda, é vista como um painel da identidade da empresa, cujos valores constitutivos do perfil organizacional assumam a forma de imagens, lendas, rituais, heróis e vilões, conflitos de papéis, dilemas comportamentais, focos de liderança, padrões de atitudes, mitos e outras dimensões simbólicas.

A categoria organização e cultura é importante no processo de análise do desempenho do sistema produtivo, uma vez que produtos de uma organização têm a sua qualidade fortemente vinculada a traços culturais. Fomentar uma cultura de processos enxutos resulta em maior conscientização e comprometimentos das pessoas e, em última instância, numa produção mais rápida e eficiente. Fonsenca e Silva (2009) acrescentam que o fomento de uma cultura de excelência demonstra a intenção da organização de construir um ambiente em que haja uma probabilidade maior de ocorrência de comportamentos compatíveis com o desejado.

Ainda, no que diz respeito à cultura de excelência, especificamente para área hospitalar, Voon *et al.* (2014) desenvolveram uma ferramenta para identificação das dimensões da cultura voltada para um serviço hospitalar de excelência – a escala HospiSE – que aborda de forma quantitativa e qualitativa os processos de trabalho de um hospital e contempla 21 itens, distribuídos nas dimensões do paciente, do trabalhador e da competitividade.

✓ **Saúde e Segurança:** é um conjunto de ações de uma organização que envolve diagnóstico, implantação de melhoria e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho, reduzindo os fatores de risco de acidentes e doenças, propiciando condições plenas de desenvolvimento humano na realização da produção (SCHULZ, 2008; MÁSCULO e VIDAL, 2011).

Para Candia *et al.* (2009), a gestão de saúde e segurança ganhou importância e está sendo bastante reconhecida pelo fato de vários aspectos, como o desenvolvimento de locais de trabalho mais seguros, melhor entendimento das condições do trabalho, bem como aproveitamento das mudanças tecnológicas para minimização dos riscos

inerentes à atividade. A cultura da segurança propicia um ambiente produtivo adequado que reflete em processos produtivos confiáveis, contribuindo assim para a flexibilidade, rapidez e qualidade do sistema de produção.

Iramina *et al.* (2009) apontam que medidas como planejamento durante as etapas de avaliação de riscos e a valoração dos mesmos podem poupar recursos valiosos. Tais medidas demandam tempo, mão-de-obra qualificada e especializada e elevado comprometimento, entretanto, se realizadas adequadamente, são muito efetivas na preservação da segurança e saúde dos trabalhadores, possibilitando a redução do número de acidentes, evitando perdas de produção ou mudanças na rotina de trabalho.

✓ Equipamentos e Tecnologia: trata-se de uma combinação de controles computacionais, comunicações, processos de manufatura e equipamentos integrados que permitem às organizações responder de forma rápida, econômica e integrada às mudanças significativas do ambiente operacional (SLACK *et al.*, 2002).

Para Freire *et al.* (2012), uma boa gestão dos equipamentos médicos pode proporcionar processos mais efetivos, seja através de melhorias nos processos atuais em função da substituição de tecnologias antigas, ou pela introdução de novas tecnologias ou equipamentos de integração, permitindo mudar o patamar dos serviços de saúde prestados pelos hospitais. A tecnologia também pode representar um poderoso mecanismo para aumentar a segurança nos serviço de saúde.

✓ Qualidade: é compreendida como ausência de erros, ou seja, a capacidade que determinado bem ou serviço tem de atender, ou mesmo superar, as expectativas do cliente, de maneira consistente (SLACK *et al.*, 2002). Deve contemplar os seguintes elementos: características operacionais principais e adicionais; confiabilidade; conformidade; durabilidade; assistência técnica; estética e; qualidade percebida (MARTINS e LAUGENI, 2006). Além disso, deve contemplar oito fatores críticos, que são: o papel do líder, o papel do departamento da qualidade, treinamento, relações interpessoais, relatórios de qualidade, gestão da qualidade dos fornecedores, design dos produtos e gestão de processos (KIM; KUMAR e KUMAR, 2012).

Para Lopes *et al.* (2013), é importante que aja o controle dos custos da qualidade, uma vez que a qualidade impacta em todos os setores da empresa (comercial, operacional e financeiro). Portanto, a empresa não deve ter uma visão voltada somente para a qualidade, mas também para os custos que sua falta provoca na organização.

No que se refere aos hospitais de excelência no Brasil, Gonçalves (2006) assinala que tais organizações seguiram as tendências internacionais, adotando métodos de qualidade total e melhoria contínua. Subjacentes a tais ações, tem-se a busca de certificações internacionais de qualidade.

Bonacim e Araújo (2011) acrescentam afirmando que nas últimas décadas, os hospitais estão preocupados em responder de forma qualificada a seus pacientes nas questões de tempo de espera, segurança do paciente, bem como confiabilidade dos serviços prestados.

✓ Tempo de Ciclo: é o espaço de tempo que uma unidade de um produto precisa para ser produzida. Segundo Black (1998), o nivelamento de quantidades consiste no ajuste dos lotes da produção e a sincronização dos processos com vistas à confiabilidade dos prazos e tempos, permitindo maior flexibilidade na produção.

Fernandes e Santoro (2005) acrescentam que é útil conhecer diferentes tempos da produção e mantê-los constantes, a fim de que estes permitam tornar confiáveis as atividades de programação. Ainda, a percepção de qualidade está fortemente associada a um processo produtivo rápido ou a padrões de tempo entendidos como adequados; por isso a constância dos ciclos praticados é vista como virtude.

✓ Gestão Ambiental: constitui o conjunto de diretrizes e princípios que devem nortear a definição e a aplicação de instrumentos legais e institucionais de planejamento e gerenciamento ambientais, uma vez que possibilita à empresa integrar uma abordagem planejada, coordenada e organizada para a gestão dos efeitos das suas atividades, bens e serviços, que podem trazer impactos ao meio ambiente (BERNARDINI, 2008).

Frondel; Horback e Rennings (2007) acrescentam que a introdução de tecnologias mais limpas é suportada pelos investimentos em pesquisa e desenvolvimento, bem como melhorias nesse sentido podem ser alcançadas pela melhoria contínua e maior difusão dessas ferramentas de gestão. Ao encontro dessa premissa, espera-se que a equipe e os equipamentos sejam flexíveis quanto à introdução de novos conceitos ambientais.

As empresas com vistas a alcançar o desenvolvimento sustentável no âmbito dos objetivos definidos pela alta gerência necessitam integrar os componentes de gestão ambiental, ou seja, as diversas áreas envolvidas na estrutura da organização.

Demonstrando, desse modo, a necessidade do investimento contínuo em sistemas de gestão ambiental para geração dos resultados esperados (TRIERWEILLER *et al.*, 2012).

✓ **Desenvolvimento de Novos Produtos:** relaciona-se com o estudo de desenvolvimento de produtos, que, no âmbito estratégico, pode ser visto como tentativa contínua de articular as necessidades do mercado, as possibilidades da tecnologia e as competências da empresa, num horizonte tal que permita que o negócio tenha continuidade (COOPER; EDGETT e KLEINSCHMIDT, 1997).

O desenvolvimento de novos produtos é influenciado diretamente pelo custo, tempo e qualidade. A integração bem sucedida entre as áreas de marketing e de produção da empresa depende da comunicação eficaz e da cooperação entre os participantes do projeto de desenvolvimento de novos produtos, sendo esta integração reforçada por adaptações da estrutura organizacional, rotinas de solução de problemas e tecnologia da informação (SWINK e SONG, 2007).

Para Piana e Erdmann (2012), a atividade de desenvolvimento de novos produtos é capaz de criar produtos determinantes na construção da imagem e da confiabilidade. Produtos e processos inovadores, apesar de geralmente terem alto investimento inicial, tendem a reduzir os custos operacionais a médio e longo prazo. O desenvolvimento de novos produtos e processos aumenta o leque de possibilidades de atendimento das diferentes necessidades da organização e dos consumidores. Assim, novas tecnologias de processo e novos materiais podem influenciar positivamente a qualidade.

✓ **Desempenho Operacional:** consiste em um sistema organizacional composto de um complexo inter-relacionado de parâmetros ou critérios de desempenho, que são a eficácia, a eficiência, a produtividade, a qualidade, a inovação e a lucratividade (SINK e TUTTLE, 1993; SWINK; NARASIMHAN e WANG, 2007).

Corroboram com essa definição, baseados na revisão da literatura especializada, Grando; Tapiero e Belvedete (2007) ao assinalarem que há um consenso de que os principais indicadores do desempenho operacional de um sistema de produção são a qualidade, tempo, custo e flexibilidade. Destarte, verificações de desempenho buscam aprimorar processos e resultados e auxiliam na diversificação das atividades de execução. Pressupõe-se assim que, com um desempenho operacional positivo, a produção está bem organizada e engajada, o que possibilita mudança de processos de

forma rápida, atendendo eficientemente as variações de demanda. Conforme Erdmann (2007), há, todavia, uma relação direta entre bom desempenho e alta flexibilidade. Bons indicadores de performance podem ser reflexo de alta flexibilidade.

✓ Fábrica/Instalações: é o ambiente onde ocorre o processo produtivo. A organização e a acessibilidade do ambiente de trabalho é um requisito fundamental na gestão da produção. À medida que se tem uma disposição correta de suas máquinas, ferramentas e pessoal, cria-se uma sinergia das partes, proporcionando um desempenho mais ágil e eficaz (MARTINS e LAUGENI, 2006).

Piana e Erdmann (2012) acrescentam que ambientes adequados colaboram para a produção dentro das tolerâncias especificadas, com confiabilidade, efetuando o pedido esperado pelo cliente. A manutenção constante de equipamentos, logística interna e externa, facilita a prevenção de situações adversas, evitando gastos desnecessários e não esperados. A adequada distribuição de equipamentos e layout flexível possibilita ajustes necessários ao longo do processo produtivo. Equipamentos bem distribuídos na organização e boa localização influenciam na rapidez do processo de produção e atendimento ao cliente. A ordem, a manutenção e a limpeza são essências para a agilidade produtiva.

✓ Investimentos: são entendidos como toda capitalização aplicada aos meios produtivos da organização. Esses podem ser direcionados para a inovação, tecnologia, pessoas, enfim, a todos os recursos produtivos. O investimento nos diferentes recursos produz resultados diretos no desempenho operacional (SILVEIRA, 2010).

Há organizações com visão de longo prazo que focam intangíveis e, no outro extremo, têm-se aquelas que apenas investem para manter suas operações em condições mínimas. Investimentos em equipamentos novos, atualizados tecnologicamente e em desenvolvimento de pessoas permitem desempenhos melhores e garantem a confiança no produto e no processo (SOVIENSKI e STIGAR, 2008).

Para Oyadomari *et al.* (2014), as organizações hospitalares estão certas ao investir em treinamento de seus funcionários, pois parte-se da premissa de que é esperado que a melhoria dessas competências influenciem positivamente a eficiência operacional.

Freire *et al.* (2012) assinalam que os investimentos em tecnologias de ponta representam um alto custo e, muitas vezes, não geram, segundo as técnicas tradicionais de análise financeira, um retorno no curto prazo. No entanto, entende-se que investimentos em novas tecnologias trazem benefícios intangíveis, portanto, a busca constante pela inovação tecnológica deve ser motivada por decisões estratégicas.

Fernandes e Santoro (2005) acrescentam que é relevante investir no núcleo do sistema de produção, pois o grau de prioridade atribuído ao PCP e sua aderência com expressivo volume de recursos humanos e computacionais alocados à função refletem que “quanto maior o grau de prioridade, maior o volume alocado de recursos” (p. 32).

3.3.2 Os fatores de competitividade (fatores de resultado e fatores de prática)

Os fatores de competitividade constituem um conjunto de expressões obtidas em pesquisa em fontes secundárias (ROMAN *et al.*, 2012), que representam o entendimento sobre o que é necessário a um sistema de produção (e organizacional) para sobreviver e ser competitivo.

Segundo Roman *et al.* (2012), entende-se como fator de competitividade aquilo que se expressa como uma real preocupação e razão de ser de cada atividade da organização. Essas “razões de fundo” ou “razões de ser” se constituem em aspectos que, ao serem claramente identificados, podem contribuir para o aperfeiçoamento organizacional, ou mais especificamente, para o aumento da performance. Em outros termos, pode-se dizer que o fator de competitividade corresponde às variáveis nas quais a organização precisa apresentar bom desempenho para sobreviver e se destacar em relação ao mercado.

As treze categorias atuam influenciadas por e influenciando os fatores de competitividade, agrupados em dois blocos que se inter-relacionam entre práticas e resultados. Ambos os grupos conferem desempenho à organização. As práticas se referem às atitudes, esforços ou habilidades que geram as características de resultado, ou seja, aquelas capazes de proporcionar competitividade direta à organização. A maneira como as práticas são aplicadas configuram os esforços adotados, os meios para o alcance dos resultados (PIANA, 2009).

Os fatores de resultado são características fundamentais e vitais para a organização ser bem-sucedida no longo prazo e, portanto, altamente desejáveis (SLACK

et al., 2002). Ou ainda, são características capazes de proporcionar competitividade de forma direta à organização (ROMAN *et al.*, 2012). São eles:

△ Custos: está relacionado com a capacidade de produzir bens e serviços, a custos mais baixos do que os concorrentes conseguem administrar. Mesmo as empresas que concorrem em outros aspectos que não preço estarão interessadas em manter seus custos baixos.

△ Flexibilidade: está relacionada com a capacidade de atender a mudanças em bens e/ou serviços, prazos de entrega, volumes de produção, ampliação ou redução da variedade de bens ou serviços, aptidão a mudanças quando for necessário e com rapidez suficiente.

△ Qualidade: significa fazer as coisas certas, entregar bens ou serviços conforme as especificações ou necessidades dos clientes, fazer produtos que realmente os clientes desejem sem cometer erros e de boa qualidade.

△ Confiabilidade: significa produzir e entregar bens e/ou serviços, em tempo hábil e nos prazos prometidos, comunicar as datas com clareza ao cliente, fazer a entrega pontualmente. Este conceito se estende às relações entre clientes internos.

△ Rapidez: significa o tempo que o cliente deve esperar desde a emissão do pedido até o recebimento efetivo do produto. É o quão rápido a organização reage às demandas.

Aqui é importante assinalar que os fatores confiabilidade e rapidez podem ser incorporados no fator qualidade, uma vez que para se ter qualidade é imprescindível oferecer confiabilidade tanto em termos da correspondência dos atributos que um determinado bem ou serviço deve apresentar, bem como pelo menor tempo possível decorrente entre a apresentação de uma dada demanda e o seu tempo de atendimento.

Os fatores de prática, segundo Slack *et al.* (2002) e Roman *et al.* (2012), representam os padrões ou perfis de boas práticas organizacionais, ou seja, atitudes, esforços ou habilidades que a organização deve ter e que, conseqüentemente, refletirão nos resultados da mesma. São eles: Alianças Estratégicas; Capital Humano; Conhecimento; Fatores Culturais; Inovação; Relacionamento com os Clientes; Responsabilidade Social; Sistemas de Controle; Técnicas de Produção e; Tecnologia da Comunicação e Informação.

4. METODOLOGIA

O presente estudo, quanto aos objetivos, é caracterizado como exploratório-descritivo, por buscar investigar um fenômeno pouco conhecido, ou seja, o entendimento do sistema de produção a partir de treze elementos, e também por se propor a observar, registrar, analisar e correlacionar fatos dele decorrentes (MARCONI e LAKATOS, 2007).

Já quanto à abordagem, trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada em estudo multicase (MARTINS e THEÓPHILO, 2009; TRIVIÑOS, 1992). Assinala-se que, ao ter como objetivo geral, propor uma tecnologia de gestão para sistemas de produção hospitalares, se pretendeu com a aplicação de tal instrumento, analisar o funcionamento de seu sistema produtivo de cada hospital, verificando como ações ali praticadas têm contribuído para a competitividade organizacional, bem comparando qual delas apresentava melhor desempenho de suas operações.

É importante esclarecer que neste trabalho, a tecnologia é entendida como um “conjunto de técnicas, programas, instrumentos ou estratégias utilizadas pelos gestores para controlar o processo de produção em geral e de trabalho em particular, de maneira a otimizar os recursos nele empregados” (FARIA, 2004, p.54).

Além disso, a tecnologia de gestão a ser proposta se baseia tanto no viés instrumental quanto no comportamental, ideológico, segundo a concepção de Faria (2004). Ou seja, a tecnologia proposta poderá ser vista como um instrumento que propiciará a elaboração de estratégias de racionalização, bem como estará voltada à condução, colaboração, participação e envolvimento do trabalhador nos processos de reflexão crítica da realidade na qual estão inseridos e nos processos de decisão voltados à melhoria do desempenho organizacional.

Em termos de coleta de dados, foram utilizados dados primários e secundários (TRIVIÑOS, 1992; MARTINS e THEÓPHILO, 2009). Os dados primários foram obtidos a partir de observação durante a visita aos hospitais e realização de reunião para a aplicação do instrumento. Os dados secundários, por sua vez, foram provenientes de pesquisa documental e bibliográfica em livros, monografia, dissertações, artigos, nacionais e internacionais, tendo como parâmetro de busca as treze categorias de análise que representam o sistema de produção e os fatores de competitividade (Modelo do NIEPC).

A escolha do grupo de participantes das reuniões se deu pelo critério de acessibilidade e sua composição aconteceu de forma estratificada, procurando contemplar as várias funções e níveis hierárquicos da instituição hospitalar: estratégica, operacional e técnica.

No que diz respeito aos dados primários, durante três manhãs (14, 16 e 21 de janeiro de 2014), os pesquisadores reuniram-se com profissionais do Hospital Regional de São José - Dr. Homero de Miranda Gomes (HRHMG) para discutir e atribuir um conceito a cada uma das 65 assertivas apresentadas pelo instrumento do NIEPC/UFSC. Complementarmente, foi preenchido o “Roteiro de Padrões de Conformidade em Unidade Hospitalar”, cujas questões auxiliaram o raciocínio que subsidiou as discussões das assertivas. Destas discussões derivaram diversas constatações e ideias para melhoria. Ao final, estas ideias foram convertidas em propostas de projetos, cuja realização foi assumida pelas pessoas que os elaboraram. O desenho de cada projeto foi feito a partir do formulário A3 fornecido ao grupo pelos pesquisadores.

Em relação ao “Roteiro de Padrões de Conformidade em Unidade Hospitalar”, assinala-se que foi solicitado aos grupos de participantes dos dois outros Hospitais (SCMP e HST) que o preenchesse, porém, em nenhuma das duas situações obteve retorno a este respeito.

Antes de discorrer sobre a segunda aplicação do instrumento, é importante esclarecer que, inicialmente a proposta desta pesquisa era investigar apenas hospitais em Santa Catarina, porém, em função de um convite que o grupo de pesquisadores recebeu para conhecer um hospital, na região sul de Minas Gerais que estava em processo de Acreditação pela ONA, do nível II para o III, decidiu-se incluir esta instituição no grupo das participantes. Tal decisão foi assentada no pressuposto de que poderia a mesma poderia servir de *benchmarking*, bem como fornecer subsídios para contemplar o último objetivo específico (identificar e selecionar boas práticas para formação de um banco de dados).

Assim, em uma segunda aplicação, nos dias 26 e 27 de fevereiro de 2014, o grupo de pesquisa realizou um encontro com os profissionais da Santa Casa de Misericórdia de Passos, na cidade de Passos/MG, com o mesmo objetivo da primeira aplicação. Entretanto, é importante mencionar que houve uma alteração no instrumento de pesquisa. Ao levar em consideração os cinco fatores de resultado, percebeu-se que o

processo de coleta de dados se tornou lento e, em alguns momentos, repetitivo. Assim, os pesquisadores diminuíram de cinco para três de modo que com a nova configuração, os participantes passaram a avaliar as treze categorias do sistema de produção a partir do cruzamento dos fatores de resultado: custo, flexibilidade e qualidade (incorporando características de confiabilidade, rapidez). Ao término da aplicação, as discussões também convergiram em ideias de melhorias e estas foram convertidas em proposta de projetos, com gerenciamento e delegação assumidos pelos profissionais envolvidos nas discussões.

No dia 9 de dezembro de 2014, foi realizada uma terceira aplicação do instrumento durante um encontro com profissionais do Hospital Santa Terezinha, em Braço do Norte/SC. Nesta situação, testou-se outra alteração do instrumento. Pela dificuldade relatada pelos participantes anteriores no que diz respeito ao entendimento de alguns conceitos da área de administração da produção, a equipe de pesquisadores incluiu “balões” com explicações e exemplos relacionados com a ambiência hospitalar para que os itens analisados pudessem ser mais facilmente compreendidos.

Para uma melhor compreensão da fase de construção e aplicação do modelo proposto nesta pesquisa, é importante tecer algumas considerações. Primeiramente, deve-se deixar claro que a tecnologia de gestão proposta baseou-se no modelo do instrumento já construído pelo NIEPC que está representado na Figura 1:

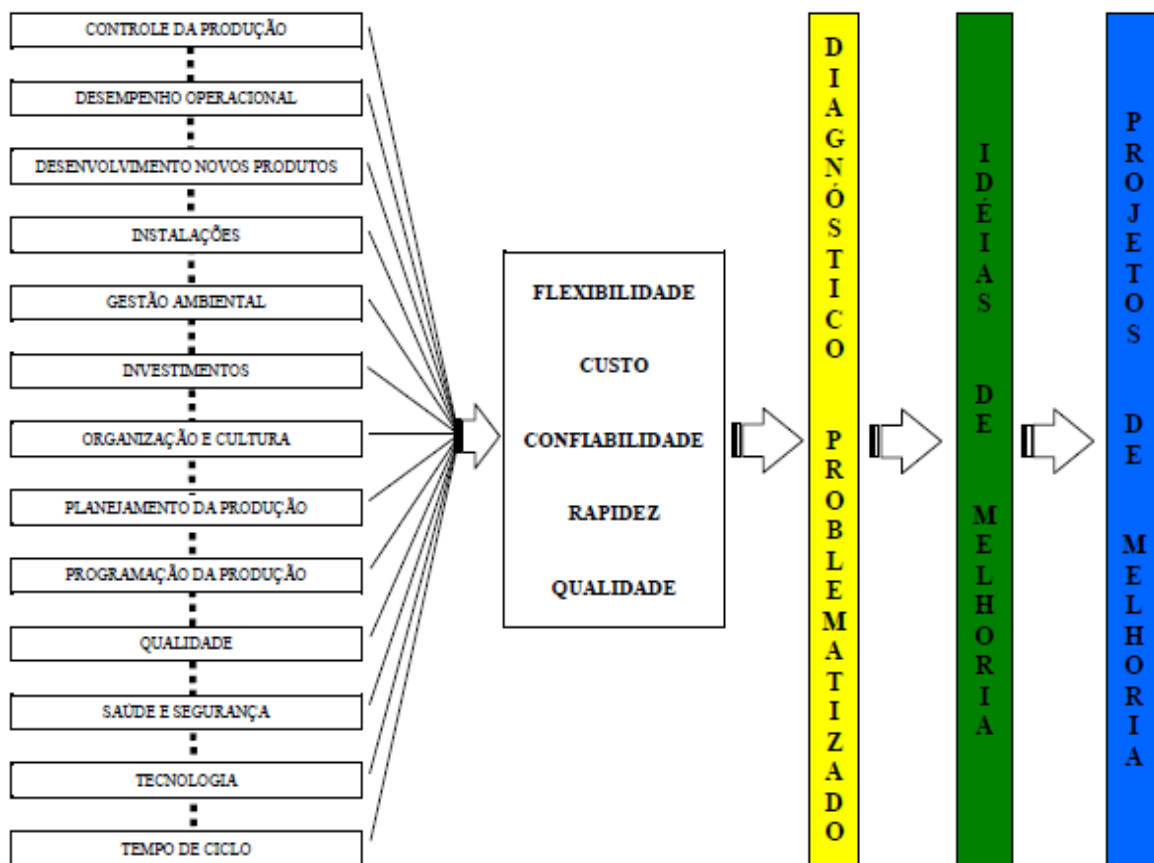


Figura 1: Modelo do instrumento de diagnóstico
Fonte: Moreira (2011, p. 92)

Com base na Figura , assinala-se que a relação entre as categorias de análise e os fatores de resultado origina assertivas que compõem quadros de diagnóstico. Essas assertivas devem ser respondidas em escala Likert de 1 a 5 – sendo 1 para o pior cenário e 5 para o melhor cenário – pelos integrantes da organização analisada.

A relação é dada pela nota que cada assertiva recebe, sendo classificadas em relações fortes e fracas. Dois cenários, um péssimo e outro ótimo, são elaborados para explicar cada assertiva. Nestes cenários são contemplados os fatores de prática que geram os resultados esperados. Além dos cenários, há para cada assertiva um campo para ‘ideias de melhoria’ que os respondentes devem preencher com suas contribuições.

O intuito das assertivas é fomentar a participação dos colaboradores na avaliação das situações, despertando neles a criatividade e a exteriorização de ideias de melhoria, caso percebam essa necessidade. Isso fica caracterizado no fato de que apenas um questionário é respondido por organização, com base no consenso gerado da discussão entre os participantes.

Cabe ressaltar que durante a aplicação do instrumento os atores foram instigados pelos pesquisadores a pensarem a organização e discutirem a respeito da mesma, procedendo à análise organizacional. Mas, muito mais do que apenas chegar a um consenso sobre a situação atual de cada hospital, o instrumento teve como objetivo principal conscientizar os atores da influência de sua participação no processo de melhoria. Esta conscientização surge a partir da reflexão crítica e do diálogo obtendo, assim, a participação na construção e o comprometimento na execução de todos os envolvidos nos projetos que contemplem os principais aspectos que influenciam na qualidade e a produtividade na organização.

Por fomentar a participação e a comunicação dos elementos constituintes da organização, esta ferramenta tem como consequência o surgimento de questionamentos a respeito dos processos produtivos realizados. Tem-se então que um dos princípios norteadores deste instrumento é a problematização, capaz de gerar (a) um diagnóstico mais próximo da realidade e (b) ideias de melhoria advindas de pessoas que estão inseridas no contexto da organização.

O instrumento é concebido para ser aplicado com a participação dos integrantes da organização, o que possibilita um maior envolvimento e comprometimento com o diagnóstico e com os projetos de melhoria gerados. Conforme explicado anteriormente, em seu primeiro estágio estavam propostos 13 quadros (número de categorias de análise) com 5 relações cada um (número de fatores de resultado), resultando em 65 assertivas que contemplavam a relação entre as categorias de análise (13) e os fatores de resultado (5). Esse formato foi utilizado na primeira aplicação realizada no Hospital 1. Entretanto, com base na avaliação da aplicação e no feedback dos participantes, fez-se uma revisão acerca dos fatores de resultado tendo como preocupação obter melhorias na operacionalização da aplicação do instrumento. Assim, com base numa releitura crítica da literatura especialidade, optou-se por acoplar os fatores confiabilidade e rapidez no fator qualidade, resultando 3: custos, qualidade e flexibilidade, conforme ilustrado na figura 2.

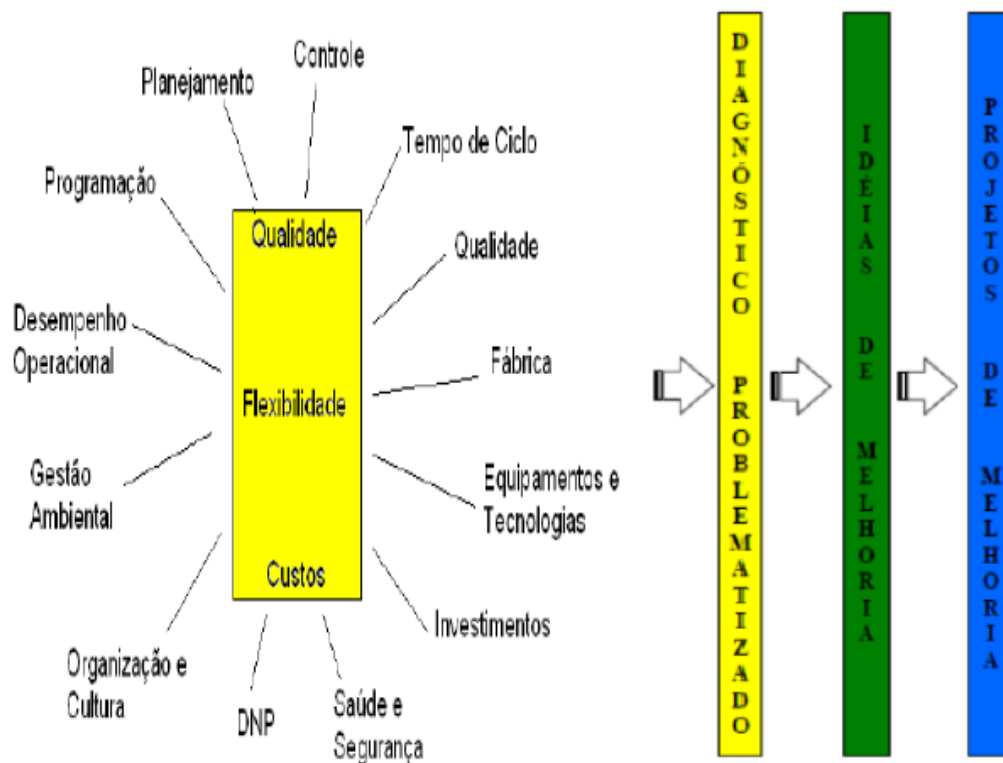


Figura 2 Novo formato do instrumento de diagnóstico

Fonte: autora (2015)

Na segunda aplicação, observou-se que houve uma melhoria em termos operacionais ao reduzir o instrumento para 39 assertivas (13 categorias de análise X 3 fatores de resultado). Entretanto, ainda era preciso fazer mais alguns ajustes, pois os participantes do Hospital 2 expressaram a dificuldade que sentiram ao analisar cada assertiva sem a devida contextualização da realidade hospitalar. Portanto, fez-se uma adequação em cada cenário de cada categoria para que os participantes pudessem fazer sua análise com base em exemplos do cotidiano das operações hospitalares. Para validar as adequações, um grupo de pesquisadores do NIEPC realizam entrevistas com profissionais que trabalhava em hospitais e que tinham experiência já consolidada na área de gestão em saúde. Foram entrevistados: uma profissional que ocupava o cargo de chefia em uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal de um Hospital vinculado a uma Instituição Federal de Ensino Superior; um profissional que exercia o cargo Diretor Geral de um Hospital Geral e Maternidade; e uma profissional que desempenhava o cargo de Diretora Assistencial, coordenando a Central de Regulação do SAMU192.

O intuito das entrevistas era possibilitar aos gestores hospitalares fazer uma análise crítica de cada cenário, fornecendo indícios de quanto estavam ou não

concordantes com as descrições que lhes foram apresentadas. Como resultado, constatou-se que na fala dos profissionais de saúde entrevistados foram reconhecidos posicionamentos que coadunavam com os entendimentos dos pesquisadores do NIEPC quanto à descrição de cenários ajustados à ambiência hospitalar, ou seja, os entrevistados reconheceram no instrumento do NIEPC a estrutura de funcionamento de um hospital.

Deste modo, após a verificação da pertinência do novo formato do instrumento (com 39 assertivas e cenários contextualizados da realidade hospitalar) a partir da análise crítica dos três gestores entrevistados, propôs-se uma terceira aplicação do referido instrumento. A aplicação aconteceu no Hospital 3 e, comparativamente com as situações anteriores, foi possível inferir que o novo formato estava mais condizente com a finalidade a que se propunha, ou seja, permitir que os participantes, mediados pela tecnologia de gestão proposta, pudessem avaliar criticamente cada subsistema de produção e assim, com base no diagnóstico ali gerado, identificar pontos fortes e fracos e elencar itens que pudessem ser contemplados em projetos de melhorias a ser desenvolvidos, num momento, posterior, pelos próprios participantes.

Em relação à organização, tratamento e análise dos dados, depois de coletados, os dados foram alocados nas treze categorias propostas pelo modelo e analisados quanti e qualitativamente. Portanto, quantitativamente, os dados foram analisados a partir de sua inserção no software excel e no SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*), ambos foram utilizados para realização da análise estatística descritiva, conforme as planilhas anexadas no fim deste relatório. No que diz respeito à análise qualitativa, em cada categoria, propôs-se uma reflexão crítica acerca das ações adotadas por cada um dos hospitais, investigando de que maneira elas contribuíam para cada um dos fatores de resultado: custo, qualidade e flexibilidade.

5. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A seção de apresentação e discussão dos resultados está assim estruturada: caracterização dos hospitais estudados, análise de cada categoria e de cada fator de resultado avaliado pelos grupos de participantes, incluindo a descrição de evidências de cada assertiva; escolhas de pontos a serem incluídos nos projetos de melhoria e sua

relação com os fatores de prática e; exemplo de projetos de melhoria desenhados pelos grupos de participante.

5.1 Caracterização dos hospitais e descrição de suas práticas

Os hospitais, como centros de inovação tecnológica e de avanços médicos, são organizações complexas que estão no cerne das discussões sobre políticas de saúde no Brasil (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009). Em Santa Catarina, como nos demais estados, as instituições hospitalares ainda são as principais portas de entrada para os sistemas de saúde público e privado, ainda que governos invistam na Rede de Atenção para direcionar a demanda que não se caracterize como urgência e emergência. Em Minas Gerais o cenário da saúde não é diferente de outras regiões do Brasil. Há um descasamento entre oferta e demanda por hospitais de qualidade (ANAHP, 2014).

A partir dessas premissas, será apresentada a realidade dos três hospitais pesquisados pertencentes à região sul-sudeste do Brasil, procurando mostrar o que eles têm feito para contornar os problemas gerados pelo desequilíbrio entre a oferta e a demanda de serviços de qualidade e, em última instância, com resolutividade.

5.1.1 Hospital Regional de São José - Dr. Homero de Miranda Gomes

O Hospital Regional de São José (HRSJ), Dr. Homero de Miranda Gomes, é um hospital público, de grande porte, situado no município de São José, na Grande Florianópolis/SC. Foi inaugurado no início dos anos 1987, com o objetivo de prestar atendimento à saúde da população da Grande Florianópolis. Inicialmente foram ativados 36 leitos, sendo estes da maternidade em regime de alojamento conjunto. Também entraram em funcionamento, as unidades de internação obstétrica, neonatologia, triagem obstétrica e banco de leite humano. Neste mesmo ano, iniciaram-se as atividades centro cirúrgico e serviços de emergência geral e pediátrica. Com o passar do tempo, novos serviços foram incorporados à rotina desta unidade hospitalar, contribuindo para a assistência integral à saúde de todos.

O hospital tem como missão, oferecer serviços de saúde, ensino e pesquisa, com qualidade e resolutividade, de acordo com as necessidades dos usuários internos e externos, com princípios de respeito, humanização e principalmente ética. E, como visão, ser excelência em quantidade e qualidade no atendimento das

áreas/especialidades em que hoje atua, focado no futuro, buscando ampliar e assegurar eficiência.

O HRSJ possui as seguintes especialidades: clínica médica, cirurgia geral, ortopedia/traumatologia, oftalmologia, ginecologia/obstetrícia, cirurgia vascular, buço-maxilo-facial, neurologia, gastroenterologia, pneumologia, urologia, neonatologia, UTI neonatal, emergência adulto e pediátrica, cirurgia torácica, cirurgia plástica, reumatologia e programa de assistência domiciliar terapêutica. Além disso, o hospital é referência em atendimento de pacientes politraumatizados e, ocupando o seu espaço físico, funciona o Instituto de Cardiologia (INCA) que possui uma gestão autônoma, apesar de fazer uso dos serviços de emergência, lavanderia e nutrição do HRSJ.

Em termos de estatística, em 2013, o hospital, contando com o trabalho de aproximadamente 1500 servidores, obteve uma média de 1230 internações, 44 admissões em UTI, 14.702 atendimentos na emergência, 6538 consultas ambulatoriais, 109 partos e 665 cirurgias realizadas (PORTAL SES SAÚDE, 2015).

No que diz respeito à aplicação da tecnologia proposta, foram realizadas três reuniões no auditório do HRSJ, nas manhãs dos dias 14, 16 e 21 de janeiro de 2014, para discutir e atribuir conceito a cada uma das 65 assertivas apresentadas pelo instrumento do NIEPC/UFSC, conforme agendado previamente com a direção do hospital.

Na primeira reunião, participaram 30 profissionais representando os seguintes setores do HRHMG: Farmácia, Banco de Leite Humano, Ambulatório de Oftalmologia, Estatística, Radiologia, Ambulatório Geral, 4ªA, UTI Geral, Direção, Patrimônio, GRSS, 3ªA, 3º B, CCG, DC, 4ºB, Tomografia, Emergência Geral, 5º A, CME, RH, Emergência Pediátrica, Nutrição, Protocolo. Nas segunda e terceira reuniões, 20 profissionais participaram, mantendo a representatividade dos setores do primeiro encontro. Nenhum médico participou das reuniões, embora dois tenham ficado durante alguns minutos na primeira reunião, ausentando-se a seguir.

A análise dos resultados da aplicação da tecnologia proposta será apresentada em dois momentos: análise quantitativa e análise qualitativa. Portanto, as relações entre as categorias de análise e os fatores de resultado no HRSJ foram mensuradas conforme a ilustração da Tabela 1. Cabe lembrar que as notas atribuídas nesta relação indicam cenários que podem ser interpretados da seguinte forma: cenários desfavoráveis,

classificados com a nota 1 e 2, que correspondem à cor vermelha e rosa, respectivamente. Os cenários favoráveis, classificados com a nota 4 e 5, não foram considerados na avaliação do grupo de respondentes. A cor amarela era correspondente ao cenário intermediário, classificado como 3.

Categorias de Análise	Confiab.	Custo	Flexib.	Qualid.	Rapidez
Controle da Produção	2	2	1	2	2
Desenvolvimento de Novos Produtos	3	3	2	3	3
Desempenho Operacional (DO)	2	1	1	2	1
Equipamentos e Tecnologia	2	3	3	2	2
Fábrica (instalações)	1	1	1	1	1
Gestão Ambiental	2	2	1	2	2
Investimento	1	2	1	2	1
Organização e Cultura	2	1	2	2	2
Planejamento da Produção	2	2	1	1	1
Programação da Produção	2	2	2	2	2
Saúde e Segurança	2	1	1	2	2
Tempo de Ciclo	1	1	1	1	1
Qualidade	2	2	2	2	2

Tabela 2 Relações entre categorias de análise e fatores de resultado

Fonte: autora (2015)

Com base na tabela 2, pode-se perceber pela análise organizacional do HRSJ, que existem vários aspectos a melhorar, uma vez que apenas 11% das assertivas foram classificadas como amarela, ou seja, como relações que possuem cenários considerados intermediários. As categorias Controle da Produção, Desempenho Operacional, Fábrica, Gestão Ambiental, Investimento, Organização e Cultura, Planejamento da Produção, Saúde e Segurança, Tempo de Ciclo e Qualidade obtiveram somente notas baixas, ressaltando a necessidade de melhoria em curto prazo.

A conotação de curto prazo é justificada, no caso dos Tempos de Ciclo, pelo fato de que é imprescindível que a organização hospitalar conheça e domine seus diferentes tempos de produção e, deste modo, possa contar com dados que alimentem os

indicadores de seu desempenho, bem como subsidiem decisões referentes ao planejamento de suas ações e apontem as necessidades de investimento. Além disso, aspectos de estrutura e infraestrutura também deverão ser foco de atenção por parte da gestão, uma vez que a rapidez, flexibilidade, qualidade, confiabilidade e menor custo dependem diretamente de um arranjo físico bem distribuído, organizado e sinalizado.

O gráfico 1 permite uma outra maneira de representar a relação entre as categorias e fatores de resultado de todas as assertivas ponderadas pelos participantes.

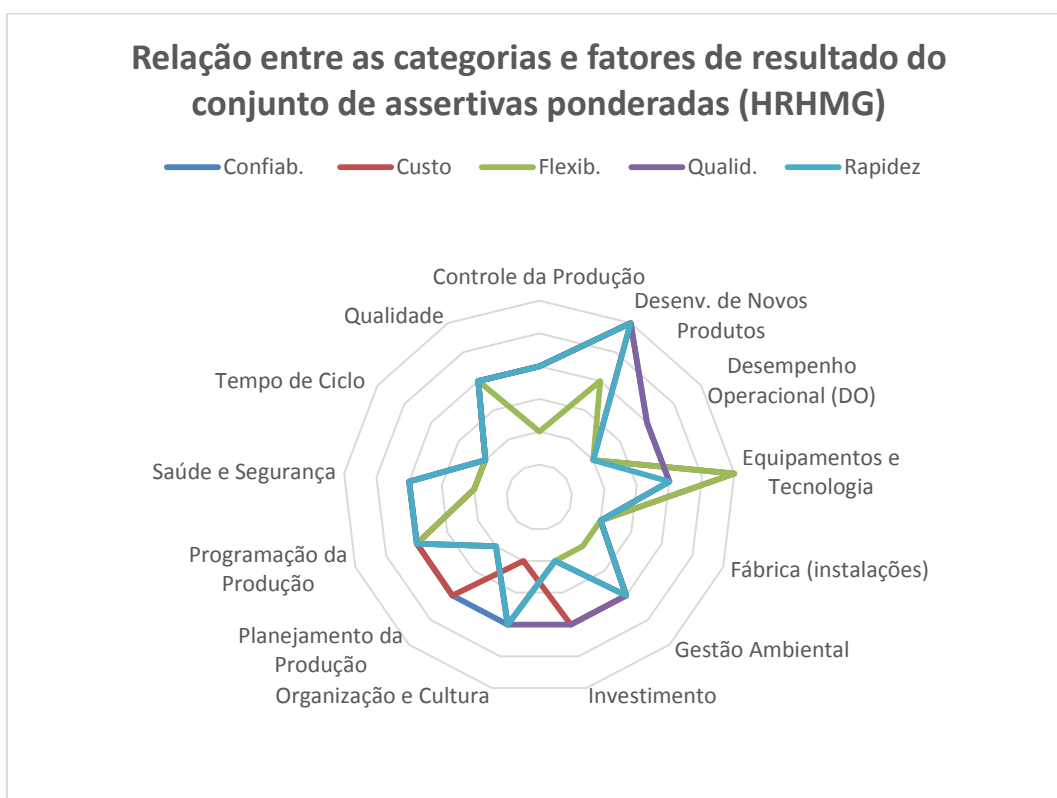


Gráfico 1 Relação entre as categorias e fatores de resultado do conjunto de assertivas ponderadas

Fonte: autora (2015)

Com base no gráfico 1, é possível observar que, numa visão integrada de todas as categorias, os fatores de resultado que apresentaram melhor avaliação, na média, por parte dos respondentes é a confiabilidade e a qualidade e, o fator flexibilidade foi o pior avaliado.

5.2 Análise de cada categoria e de cada fator de resultado e descrição de evidências

Para fins de entender o funcionamento do sistema de produção de cada hospital investigado, optou-se por apresentar e discutir as assertivas mensuradas pelo grupo de

participantes e pontos levantados como evidências que corroboravam ou contrapunham cada uma das notas consensualizadas pelo grupo.

5.2.1 Principais aspectos avaliados em cada categoria de análise do sistema de produção do HRSJ

Ao buscar um maior detalhamento e entendimento dos principais aspectos avaliados pelos respondentes como representando as forças e fraquezas do HRSJ, segue-se a apresentação dos resultados obtidos em cada categoria.

5.2.1.1 Controle da Produção no HRSJ

Esta categoria expressa a ideia de que controlar a produção é a melhor maneira de garantir que o processo produtivo ocorra como o planejado, bem como é capaz de identificar pontos a melhorar de maneira rápida e eficiente.

Nesta dimensão, o fator flexibilidade recebeu nota 1 e os demais fatores (confiabilidade, custo, qualidade e rapidez) receberam nota 2. De uma maneira geral, os participantes percebem que existem controles em diferentes setores da instituição, porém os mesmos não são confiáveis.

As evidências das notas atribuídas aos fatores analisados pelo grupo são ilustradas a partir das seguintes falas:

- *“Temos acesso rápido ao setor de estatística”;*
- *“Existem setores que são rigidamente controlados como, por exemplo, o banco de leite, porém por outro lado, muitas vezes, o paciente internado recebe alta às 10:00 hs e somente às 16:00 hs é lançada no sistema a informação de que o leito foi liberado”;*
- *“A farmácia sabe o quanto mandou de medicamento para enfermaria, porém lá não se sabe a quantidade de medicamento que foi perdida, seja por erro de prescrição, falha na administração ou outro motivo”;*
- *“O controle existe, mas não é confiável”;*
- *“Existem métodos e instrumentos para registrar os dados, mas falta o hábito de fazê-lo, ou seja, falta uma sistematização do processo e acompanhamento, supervisão; ninguém cobra, ninguém exige; falta profissionalismo por parte das pessoas”;*

- *“Não se sabe quantos pacientes foram atendidos na emergência e o que foi feito com cada paciente atendido”*;
- *“Nós desconhecemos o que é avaliado no meu setor; existem indicadores, mas não sabemos o que está acontecendo de errado”*;
- *“Se existe um controle de custos eu nunca vi”*;
- *“Acontece de pessoas arrumarem a sala de cirurgia e em seguida, ficarem sabendo que não vai mais haver tal atividade, mas aí o local já ficou contaminado”*;
- *“Faltam indicadores, principalmente indicadores de produção e indicadores de erro”*;
- *“Não se tem critério para separar roupa contaminada da não contaminada”*;
- *“As coisas se resolvem aqui com base nos bons relacionamentos de pessoas tanto dentro do hospital quanto de outras instituições; resolvem-se as coisas individualmente, cada um se virando nos 30, pois não institucionalmente não há respaldo”*;
- *“Há pouco tempo foi notificado que havia suspeita de infecção em 4 pacientes, porém o médico fez a prescrição de antibiótico, mas não quis prescrever a cultura da bactéria para saber se o remédio era o mais indicado para aqueles casos”*.

Com base nos diversos relatos apresentados, é possível inferir que existem diferentes formas de controle no HRSJ, mas eles não são eficazes, pois ocorrem de forma fragmentada e não sistematizada, não funcionando assim como uma função que ajude a instituição como um todo tomar suas decisões e fazer planejamentos.

A realidade observada no HRSJ é melhor entendida a partir do ponto de vista de Souza *et al.* (2009) quando mencionam que nos hospitais, as habilidades e a formação da força de trabalho, a estrutura organizacional complexa e a especificidade dos serviços prestados dificultam o gerenciamento e o controle das atividades.

5.2.1.2 Desenvolvimento de Novos Produtos no HRSJ

Esta categoria está intrinsecamente relacionada com a inovação que é considerada como um dos diferenciais competitivos das organizações. Desse modo, pressupõe-se que incentivar os profissionais a buscarem novos produtos e novos processos produtivos é uma forma de atingir a tão almejada melhoria contínua.

Em relação ao desenvolvimento de novos produtos, o fator flexibilidade obteve nota 2 e os demais fatores nota 3, sendo, por isso, a dimensão que foi melhor avaliada pelos respondentes. Esta situação pode ser justificada pelo fato de que os servidores percebem uma série de iniciativas e ações por parte da instituição como sendo exemplos que têm contribuído para uma melhora, mesmo que incipiente, do desempenho e/ou imagem organizacional. Tais percepções podem ser melhor expressas através dos seguintes relatos:

- *“Apesar das dificuldades, estamos, de certa forma, conseguindo implantar a Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência”;*
- *“Já estão começando a acontecer as cirurgias por vídeo e isso é muito bom, pois permite reduzir uma série de desperdícios, entretanto, percebe-se que existem situações que, mesmo o médico conseguindo reduzir o tempo de cirurgia, a quantidade de pacientes que ele agenda continua sendo a mesma”;*
- *“Foi muito bom ter trazido uma pessoa para ser responsável pela fiscalização dos contratos do hospital”;*
- *“Conseguimos abrir vários campos de estágio aqui e isso tem sido positivo”;*
- *“Teve um funcionário que foi para o Einstein fazer uma capacitação em segurança do paciente”;*
- *“Existe um esforço de todos para inovar, porém percebe-se a dificuldade em operacionalizar as ideias”;*
- *“O prontuário eletrônico é uma melhoria que podia estar acontecendo, mas vemos que faz 3 anos que estamos tentando implantá-lo”;*
- *“Abrimos a residência médica em obstetrícia e ginecologia e também em anestesiologia”;*
- *“A farmácia satélite da emergência, apesar de num primeiro momento ter representado um aumento de custo, hoje é visto como um valor agregado, pois tem-se conseguido melhorar a qualidade do atendimento e reduzir desperdício”;*
- *“O RX poderia ser digital; aqui ainda se utiliza a câmara escura e imprimem-se películas”;*

- *“O HRSJ faz tomografia e aplicação de anti-tetânica para todos os pacientes acidentados”;*
- *“As mudanças são muito lentas; muito dizem que sempre fizeram assim e, por isso, vão continuar fazendo assim”;*
- *“Somos uma referência em atendimento da violência sexual, pois todos que nos procuram saem daqui com o atendimento completo; assim como em casos de mordedura de cobra onde temos uma relação intensa com o CIT”.*

As diferentes falas descritas permitem entender que no HRSJ existem vários exemplos que refletem em inovação seja de produto ou mesmo de processo, mas que ainda há forte resistência por parte das pessoas para se adequar às mudanças e que o descomprometimento e o fluxo descontínuo de informações confiáveis de alguns setores acabam impactando negativamente na melhora dos serviços.

Bomfin; Trivellato e Hastenreiter (2013), com base nas pesquisas sobre aceitação e resistência, afirmam que a formação de equipes para elaboração do planejamento, com liberdade de fornecer opiniões e dar sugestões e a co-participação nas ações e decisões, é condição inerente à adesão dos indivíduos aos projetos de mudança nas instituições. Segundo os autores, as instituições devem investir mais na formação das equipes, com o intuito de evitar a resistência e problemas de comunicação que possam comprometer prazos e metas pré-estabelecidas.

5.2.1.3 Desempenho Operacional no HRSJ

Nesta categoria entende-se que o bom desempenho operacional propicia à organização resultados satisfatórios, um processo produtivo bem dimensionado e o alcance das metas estabelecidas. Acompanhar o desempenho operacional é a maneira pela qual a organização sabe se está no caminho certo ou não.

No que diz respeito aos fatores avaliados, o custo, rapidez e flexibilidade obtiveram nota 1 e, os demais, confiabilidade e qualidade, nota 2; refletindo, portanto, a fragilidade desta categoria e a necessidade de adotar ações que propiciem uma melhora nos resultados organizacionais.

A avaliação ruim desta categoria pode ser evidenciada a partir dos seguintes relatos:

- *“A variabilidade do hospital é muito grande; existe falta de indicadores; sabemos que erramos, mas não quanto erramos”*;
- *“A enfermagem não sabe quantos procedimentos são feitos por dia; sabemos que é muito, mas não sabemos se o muito é suficiente para atender a demanda”*;
- *“Na semana passada entrou um paciente com sintomas de HIV positivo; ele fez tomografia e depois de muita espera saiu com suspeita de tuberculose, sem mesmo ter sido laudado o exame dele”*;
- *“Existe muito forte a ideologia do serviço público de que não é preciso economizar; por isso muitos desperdícios acontecem e nem ao menos são contabilizados”*;
- *“A gente não tem dados de desempenho próprios de cada unidade”*;
- *“A avaliação de desempenho só acontece no estágio probatório, não há feedback e também a avaliação é muito vaga”*;
- *“Na emergência pediátrica não tem indicadores; o hospital tem o de infecção hospitalar, porém por outro lado, no banco de leite se faz todo o controle”*;
- *“O faturamento está ligado com o final do processo; faz 3 anos que estamos tentando implantar o SI, mas as pessoas não preenchem os indicadores; o médico não preenche o CID e assim o sistema não é alimentado de modo sistemático”*;
- *“As pessoas precisam entender que o SI precisa ser alimentado para gerar informação e indicadores confiáveis”*.

Os dados coletados na categoria desempenho operacional corroboram a avaliação negativa obtida na categoria controle da produção. Há um consenso entre os servidores que existem indicadores de desempenho no HRSJ, porém, em alguns casos, estes não contemplam às necessidades centrais de cada setor ou ainda, por não fazerem parte da rotina de todos, acabam não gerando informações confiáveis, bem como acabam fragilizando o planejamento das decisões e as medidas corretivas que se fazem necessárias.

Para Bittar (1996), a complexidade que envolve o hospital faz com que seja impossível medir produtividade com um único índice, tornando-se necessária a utilização de um conjunto de indicadores. Dentre os possíveis indicadores listados na literatura especializada, é importante destacar que o mais conhecido nesta instituição é o

Indicador de Infecção Hospitalar (IH). Os respondentes demonstraram conhecer o impacto da IH na credibilidade e confiabilidade do desempenho operacional.

5.2.1.4 Equipamentos e Tecnologia no HRSJ

Equipamentos e tecnologia são uma cuidadosa combinação de informatização, comunicações, métodos e equipamentos relacionados, que permitem ao setor produtivo responder de forma rápida, econômica e integrada às mudanças significativas no seu ambiente operacional. Equipamentos e tecnologia oferecem vantagens competitivas ao aliar-se à qualidade e melhorar o desempenho operacional.

No que diz respeito aos fatores de resultado avaliados nesta categoria, verifica-se que na confiabilidade, qualidade e rapidez os participantes atribuíram nota 2 e no custo e flexibilidade, nota 3. As evidências que justificam as notas atribuídas nesta dimensão podem ser ilustradas a partir dos seguintes relatos:

- *“Temos equipamentos muito bons e muito ruins (bomba de infusão e autoclave)”*;
- *“Temos um eletro meia-boca para o hospital inteiro”*;
- *“No centro cirúrgico existe um microscópio eletrônico que é o único em SC e ele é usado em qualquer paciente independente da classe social”*;
- *“Temos equipamento para ser usado na área da neurologia, mas não temos credenciamento da especialização, por isso não podemos faturar os procedimentos”*;
- *“Levamos 12 anos para conseguir um tomógrafo, mesmo o hospital sendo localizado perto da BR e, portanto, com maior demanda de acidentados”*;
- *“Estamos aguardando a chegada de torres de vídeo que se tivesse uma em cada sala cirúrgica refletiria em economia de vários fatores”*;
- *“Temos um custo alto para ter um leito de qualidade, percebemos que existe um investimento pesado nisto”*;
- *“A resolutividade está atrelada aos conhecimentos que os profissionais têm; se a gente olhar dentro do centro cirúrgico o número de cirurgias ano/número de óbitos, vemos que este não chega a 1%”*;
- *“Temos equipamentos bons e outros ruins e, por isso quando precisamos mandar fazer exames fora do hospital há uma demora para se obter os resultados.”*

Com base nas evidências, percebe-se que, de um modo geral, ao mesmo tempo que o HRSJ conta com equipamentos e tecnologia atualizados e eficientes, existem setores em que tais materiais e métodos não conseguem atender a demanda, seja por problemas de funcionamento, de obsolescência ou mesmo descomprometimento por parte das pessoas ou questões burocráticas que extrapolam a alçada da instituição.

O fato de o HRSJ poder contar com equipamentos atualizados pode ser visto como um ponto forte, pois, segundo Soviensi e Stigar (2008), investimentos em equipamentos novos, atualizados tecnologicamente permitem desempenhos melhores e garantem a confiança no produto e no processo. Entretanto, observa-se um desequilíbrio em relação aos investimentos em tecnologias, já que há setores que mal podem assegurar a presença de equipamentos que consigam manter suas operações em condições mínimas de funcionamento.

5.2.1.5 Fábrica (instalações) no HRSJ

As instalações estão diretamente relacionadas com o arranjo físico da organização, bem como da disposição, organização e limpeza. Assim, é possível afirmar que quando as estruturas físicas e a disposição dos materiais e fluxo de trabalho encontram-se organizadas de maneira harmônica e bem sinalizadas, se ganha tempo na execução dos processos operacional e, isso, por sua vez, tem um reflexo positivo na diminuição dos custos e aumento da flexibilidade e confiabilidade do sistema.

Quando avaliados os fatores de resultado em relação a esta categoria, todos os quesitos foram negativamente avaliados com nota 1, portanto, refletindo a urgência de ações imediatas que possam contribuir para uma melhoria em diversos aspectos que impactam diretamente o desempenho das operações e a imagem da instituição.

As notas baixas aqui obtidas podem ser ilustradas a partir das seguintes falas:

- *“Não temos um local para estocar soro; o hospital está cheio de puxadinhos”;*
- *“Quando precisamos fazer o transporte de um paciente internado é um caos, pois é preciso tirar a cama do lugar; as portas são mal dimensionadas”;*
- *“A manutenção dos equipamentos é feita a partir de contratos que têm prazo de vencimento que impactam, em um determinado momento do ano, diretamente na ociosidade de alguns equipamentos e de algumas pessoas”;*

- “A UTI não tem espaço para guardar materiais; tem um monte de coisa entulhada”;
- “Na emergência pediátrica uma mesma sala é usada para espera, para triagem, para nebulização, reanimação e, para piorar tem goteiras”;
- “Não tem rampa no hospital”.

Com base nos relatos apresentados, pode-se entender que muitas queixas apresentadas pelos participantes envolvem um investimento maior e que independem da vontade da instituição, uma vez que implica em questões de ordem política, jurídica e econômica. Carvalho *et al.* (2007) assinalam que as combinações de recursos e serviços viáveis de cada hospital dependem, da capacidade gerencial da alta administração e da capacidade assistencial do seu corpo clínico, mas dependem, especialmente, de suas contingências estratégicas.

Ademais, ações relacionadas ao rearranjo do fluxo de trabalho e algumas medidas corretivas acabam refletindo num aumento significativo da melhoria dos processos produtivos e da segurança do sistema. Cabe lembrar que os laudos e pareceres emitidos pela vigilância sanitária podem servir de base para o planejamento das mudanças, uma vez que trazem à tona as principais normas que precisam ser atendidas, bem como os pontos críticos que podem ser priorizados nos investimentos de mudança.

5.2.1.6 Gestão Ambiental no HRSJ

O sistema de gestão ambiental possibilita uma organização integrar uma abordagem planejada, coordenada e organizada para a administração dos efeitos das suas atividades, bens e serviços, que podem trazer impactos no meio ambiente. Constitui o conjunto de diretrizes e princípios que devem nortear a definição e a aplicação de instrumentos legais e institucionais de planejamento e gerenciamento ambientais.

Nesta categoria, apenas o fator flexibilidade obteve nota 1, os outros dois fatores foram mensurados com nota 2, expressando assim seu baixo desempenho, mesmo havendo um esforço de alguns para considerar esta dimensão como uma meta a ser perseguida por todos ali presentes.

Os seguintes relatos ajudam a entender a nota aqui atribuída pelo grupo de respondentes:

- *“A instalação dos redutores de pressão de água é vista como uma medida que tem contribuído para a diminuição de seu desperdício”;*
- *“Poderíamos usar lençóis descartáveis para alguns procedimentos, bem como o RX poderia ser digital e os formulários banidos”;*
- *“A preocupação e vontade existem, tanto que há uma pessoa responsável pelos resíduos, mas por outro lado, nota-se a emergência foi construída sem seguir um padrão, mal abriu, já teve que reformar, além de terem desconsiderado a legislação”.*
- *“Muitos desconhecem os critérios de separação do lixo, tem muita coisa do lixo comum dentro do lixo infectante”;*
- *“A gente até separa o lixo, mas por outro lado, tem muito desperdício de copo plástico”.*

A análise dos dados permite inferir que o resultado obtido na categoria Gestão Ambiental está diretamente relacionado com a necessidade de divulgar informações e se mudar os valores e hábitos das pessoas. Cabe lembrar que esta dimensão extrapola os aspectos meramente ambientais, precisando, portanto, considerar também questões econômicas e sociais. Mais do que reciclar, é preciso refletir sobre a real necessidade de usar determinados materiais e, sempre que possível, adotar o reuso dos mesmos.

No contexto hospitalar, uma série de normatizações tem exigido que os prestadores de serviços de saúde se adequem à meta de minimização de danos ambientais por elas provocados, particularmente, no que se refere ao gerenciamento de resíduos sólidos (CAMPONOGARA *et al.*,2011). Neste sentido, as normas que envolvem os resíduos de saúde devem ser rigorosamente seguidas e servir como elemento fundante da implantação de um Programa de Gerenciamento de Resíduos Sólidos de Serviços da Saúde (PGRSS).

5.2.1.7 Investimentos no HRSJ

Investimentos são realizados para incrementar e aprimorar o processo produtivo, visando retorno em qualidade e desempenho operacional. Entretanto, diversas organizações não percebem a importância dos investimentos também nas pessoas para a manutenção e o alcance de objetivos. Neste sentido, é imprescindível existir um

equilíbrio nos investimentos estruturais e humanos para que haja um processo produtivo de qualidade, com retorno para a organização e para a sociedade como um todo.

Em relação aos fatores de resultado aqui ponderados, a flexibilidade, confiabilidade e rapidez obtiveram nota 1 e a qualidade e custos nota 2. Tais notas podem ser justificadas a partir das seguintes evidências extraídas das falas dos participantes:

- *“Precisamos todos os dias pedir emprestado um cautério para que a gente consiga tocar as cinco salas cirúrgicas”;*
- *“A gente só consegue as coisas na briga”;*
- *“Quando aparecem os treinamentos, se inscrevem 50 pessoas e terminam com 10 pessoas; não sabemos se é pelo descomprometimento das pessoas ou por que as chefias não as liberam”;*
- *“Não se tem um investimento que faça a coisa fluir; a secretaria tem mostrado que o investimento que ela está fazendo é para que realmente o sistema de saúde entre em colapso mesmo”;*
- *“Levei 18 anos para conseguir a licitação de uma geladeira para a farmácia”;*
- *“No meu setor eu tive autonomia e ganhei espaço”;*
- *“Existe investimento em tecnologias implantadas que ajudam a mudar a qualidade do produto final”.*

Com base na análise dos dados, nota-se novamente que há aqueles que percebem que há uma preocupação do HRSJ em colocar à disposição de todos, equipamentos de qualidade. Porém, apesar disto, o hospital tem enfrentado dificuldades para a aquisição dos mesmos e isso tem gerado um sentimento de descomprometimento por parte dos profissionais da área da saúde, refletindo deste modo, a necessidade de reconhecimento e valorização dos trabalhadores ali inseridos.

Conforme Campos e Bonassa (2006), frequentemente os administradores hospitalares precisam lidar com o difícil controle e gerenciamento das pessoas e demais recursos produtivos, bem como enfrentar a falta de unidade organizacional, a expressiva taxa de absenteísmo, a baixa produtividade e a dificuldade de mobilização em torno das mudanças a serem efetuadas na organização. Para cada uma destas questões, são

propostas soluções específicas, porém, incapazes de alterar a própria dinâmica que dá origem a elas. Além disso, por resistências internas e falta de recursos, tais soluções, muitas vezes, nem chegam a ser colocadas em prática.

5.2.1.8 Organização e Cultura no HRSJ

Esta categoria pode ser ilustrada como um painel da identidade da organização, cujos valores constitutivos do perfil da organização assumem a forma de imagens, lendas, rituais, heróis e vilões, conflitos de papéis, áreas de tensão e resistência, dilemas comportamentais, referências, focos de liderança, padrões de atitudes e outras dimensões simbólicas. A organização e cultura permeia todas as categorias de análise, bem como reflete a maneira que as pessoas se comportam e aquilo que é tolerado e aquilo que deve ser perpetuado e perseguido por todos os membros.

Quando avaliado os fatores de resultado, apenas o custo obteve nota 1, os demais fatores foram ponderados como sendo 2. A explicação em relação à avaliação negativa desta categoria encontra-se diluída nas queixas e fraquezas relatadas pelos participantes ao longo da aplicação do instrumento de coleta de dados como um todo. Assim, com o objetivo de corroborar tal entendimento, seguem-se os seguintes relatos:

- *“O problema está mais no pensamento do que na estrutura”;*
- *“Tenho 22 anos de casa; quando entrei aqui tinha mais rotina; alguns protocolos deveriam ser seguidos em todas as unidades e isso foi se perdendo ao longo do tempo”;*
- *“A frequente repetição de exames acontece por desleixos, perdas e não registro nos prontuários”;*
- *“Faz 6 meses que estamos tentando implantar a medicação individualizada”;*
- *“Temos um bando de gente aqui que não sabe o que é ética, sabem seus direitos, mas esquecem dos seus deveres”;*
- *“As coisas precisam ser impostas, cobradas para funcionem”.*

Os relatos aqui apresentados refletem a resistência das pessoas em se fazer diferente; ficam evidente os valores comumente compartilhados na área pública de que todos são tratados da mesma forma, independente de uma maior ou menor dedicação. As resistências às mudanças e a dificuldade de fazer acontecer está diretamente

relacionada à falta de liderança que sirva de exemplo de um sentimento de equipe que ajudem as pessoas agirem em direção do alcance dos objetivos organizacionais.

A percepção do grupo de participantes vai ao encontro das ideias de Vendemiatti *et al.* (2010), quando afirmam que portanto, as lideranças assumem significativa importância no contexto hospitalar, uma vez que são elas (sejam do corpo clínico, da enfermagem ou administrativo) as responsáveis pelo bom andamento das atividades. A dificuldade de entendimento das diretrizes organizacionais por parte dos trabalhadores podem acarretar o conflito de interesse e a falta de alinhamento às estratégias propostas de forma global

5.2.1.9 Planejamento da Produção no HRSJ

O planejamento deveria ser o primeiro passo para todas as atividades organizacionais. Ao determinar os planos e metas da organização direciona-se todo o seu futuro.

Nesta categoria os fatores de resultado qualidade, flexibilidade e rapidez foram avaliados com nota 1, já a confiabilidade e custos obtiveram nota 2. A avaliação reflete o desempenho negativo desta dimensão, que pode ser entendido a partir dos seguintes relatos:

- *“Existem planejamentos nas unidades, mas para acontecerem depende do próximo setor; o problema é depois que a ideia sai do papel”;*
- *“A direção até dá autonomia para se criar os processos, mas o problema está na operacionalização deles”;*
- *“Não tem planejamento institucional; não faz muito tempo, chegou um monte de gente nova mandada pela secretaria, quando a gente estava se acostumando, eles foram para o instituto de cardiologia”;*
- *“A instituição precisa colocar as normas como rotinas”;*
- *“Não se tem manutenção preventiva, há pouco tempo tivemos uma infestação de piolho de pombo nos pacientes do quarto andar”;*
- *“Se acontecer algo grave, uma situação de calamidade, alguma coisa vai ser feita, só não sabemos o quê e isso reflete numa falta de planejamento”.*

Os dados aqui coletados corroboram a ideia de que várias ações são realizadas com base no improviso, ou seja, com base no conhecimento das pessoas envolvidas, com a ajuda advinda do relacionamento entre as organizações informais e, segundo os participantes, com a dedicação de uma minoria de servidores. De uma certa forma, essa leitura da realidade acaba representando um problema, pois segundo Gonçalves (2006), o grande desafio da gestão hospitalar é que por sua própria natureza, as atividades ali realizadas usa intensivamente o trabalho humano; trabalho esse que depende de uma ação coesa, conjunta e harmoniosa. “Acima de tudo, o que se deseja é o desenvolvimento profissional das pessoas e das equipes, em uma estrutura humanizadora” (p.6).

5.2.1.10 Programação da Produção no HRSJ

A programação da produção permite que a organização conquiste um processo produtivo mais seguro, com o tempo e os recursos necessários bem dimensionados e seus profissionais sabendo como e quando agir.

Os fatores de resultado avaliados nesta categoria obtiveram todos eles a nota 2, indicando um desempenho também ruim, fato este sentido como um reflexo direto da baixa avaliação das categorias planejamento da produção, investimentos, desempenho operacional e organização e cultura.

Os fragmentos das falas dos participantes extraídos ao longo da coleta de dados contribuem para a situação apresentada, conforme se pode observar:

- *“Na UTI frequentemente tem problema na alimentação dos pacientes, ou a comida chega atrasada, ou não chega ou ainda chega errada”;*
- *“Quase todo dia eu ligo para o Serviço de Nutrição e Dietética para reclamar da dieta errada, do atraso ou da comida fria; muitas vezes eles dizem que passou a hora do almoço e é preciso esperar pelo lanche e, nesse meio tempo, o paciente fica sem comer”;*
- *“O paciente só recebe um litro de água por dia, sendo que o Ministério da Saúde preconiza que se tome pelo menos 2 litros”;*
- *“Muitas vezes existe a indisponibilidade de produtos adequados para um determinado procedimento e isso reflete no custo, pois se acaba se utilizando outro mais caro”.*

Os dados analisados permitem inferir que a falta de um adequado planejamento, e a não utilização sistemática de indicadores para balizar as tomadas de decisão acabam tendo um reflexo direto na programação da produção, incidindo assim num aumento de custos e desperdícios de diversas ordens que poderiam ser evitados.

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), a ausência de informações confiáveis sobre a qualidade, eficiência e custos relacionados aos serviços hospitalares está na base de todos os problemas, bem como dificulta quaisquer esforços para melhorar o desempenho.

5.2.1.11 Saúde e Segurança no HRSJ

Esta categoria expressa o conjunto de ações de uma organização que envolve diagnóstico e implantação de melhoria e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho produtivo. Quando se apresentam falhas, tornam-se possíveis interferências negativas sobre o rendimento, a produtividade e a qualidade do processo.

Ao avaliar os fatores de resultado relacionados a essa categoria, custos e flexibilidade obtiveram nota 1 e, os demais fatores, rapidez, flexibilidade e confiabilidade obtiveram nota 2.

Esta categoria também ficou com uma avaliação negativa, talvez pela percepção coletiva de que há um número expressivo de acidentes de trabalho com perfuro-cortante, de absenteísmo e de afastamento para tratamento de saúde. Entretanto, cabe destacar que na área pública ainda é incipiente uma política de saúde e segurança do trabalho o que contribui para o desconhecimento de diversas medidas que poderiam ser adotadas para se evitar a ocorrência dos acidentes e as doenças do trabalho.

Os relatos dos participantes podem ajudar a compreender melhor a percepção de que ainda há muito o que se fazer nesta área:

- *“Desde que chegaram os servidores novos aqui, aumentou-se consideravelmente o número de perícias e de acidentes”;*
- *“O serviço até existe, mas não vejo a CIPA fazer o trabalho dela”;*
- *“No final do ano passado teve uma reunião e foram apresentadas idéias para diminuir os acidentes; mas isso não resultou em uma mudança concreta”;*

- *“No ano passado os exames periódicos foram suspensos porque estava incompleta a equipe de saúde e segurança”;*
- *“Não existe cobrança do médico do trabalho para atualização dos exames periódicos”;*
- *“Na UTI o pessoal do RX vai até os leitos fazer os exames; então, alguém grita raio e todos saem correndo”;*
- *“Já fiz quatro relatório solicitando a revisão dos riscos do meu setor, mas até agora nada aconteceu”;*
- *“Os servidores antigos têm se afastado por problema de depressão e os novatos por problemas de acidente”;*
- *“Teve uma funcionária da ortopedia que foi agredida por um paciente e este recebeu alta por indisciplina; ela foi afastada e dias depois o mesmo paciente foi novamente internado”;*
- *“Já teve morte aqui dentro, orgia e até mesmo tráfico de drogas; tem sete portas de acesso; qualquer um entra e não há controle nenhum”;*
- *“Já vi um paciente internado tomando bebida alcoólica num posto de gasolina aqui perto”.*

Os relatos confirmam a ideia de que a saúde e segurança dos trabalhadores não é um valor considerado no HRSJ. Os participantes mencionaram que existem servidores que possuem curso técnico em segurança do trabalho, mas não fazem parte da equipe e talvez pudessem ser aproveitados. Além disso, ninguém soube dizer se havia alguém responsável pela engenharia de segurança. Infere-se que as ações relacionadas à área de saúde e segurança acontecem sob uma base burocrática-operacional e não estratégica, influenciando assim negativamente na qualidade de vida do trabalhador.

Quinto Neto (2006) assinala os hospitais necessitam despender esforços para superar a cultura tradicional da culpa e castigo, e incentivar uma cultura do relato e do aprendizado com os erros e acidentes.

5.2.1.12 Tempo de Ciclo no HRSJ

Esta categoria está relacionada com a ideia de que a determinação do tempo de ciclo permite que o processo produtivo seja controlado e melhorado de maneira mais

efetiva, reduzindo assim, tempos desnecessários e aumentando a capacidade de atendimento.

Ao se avaliar a relação dos fatores de resultado com a categoria Tempo de Ciclo, verificou-se que os cinco fatores obtiveram nota 1, refletindo assim, a urgente necessidade de adotar ações que ajudem a modificar a situação apresentada.

Os fragmentos das falas dos participantes justificam a percepção de que esta é uma categoria que apresenta um desempenho ruim e que isto é reflexo da falta da sistematização dos indicadores como ferramenta para subsidiar os planejamentos, a tomada de decisão e ações corretivas que ajudem a instituição manter sua efetividade.

- *“Só se tem informação da gravidade do paciente que entra no hospital”;*
- *“O tempo de internação é interpretado como rápido, mas este é um indicador global onde estão misturados tempos longos (ortopedia) e curtos (obstetrícia)”;*
- *“As fraturas de tíbia são problemas facilmente resolvidos, no entanto coloca-se desnecessariamente fixador na perna do paciente, ficando mais tempo que o necessário (em torno de 30 dias) para depois ir para cirurgia e, nesse tempo todo, muitos acabam desenvolvendo uma infecção no local”;*
- *“Também tem o caso de idosos que ficam quase 5 dias na emergência esperando vagar leito e quando conseguem, já internam com pneumonia”;*
- *“O grande problema é que o mesmo médico que é responsável pelo plantão da emergência é o mesmo que responde pela cirurgia e isso influencia o tempo de espera do paciente”;*
- *“Quem toca a emergência são os residentes, ninguém sabe onde estão os staffs; outro dia precisei de ajuda para um problema na traqueostomia e o residente não sabia resolver e disse que não iria ligar para o staff para não incomodá-lo”.*

A análise dos dados permite inferir que a falta de conhecimento dos diferentes tempos de ciclo presentes no HRSJ é reflexo também da falta de sistematização dos indicadores de desempenho das diferentes unidades, bem como alguns destes indicadores são mensurados de forma global, deixando a desejar a confiabilidade dos mesmos.

Fernandes e Santoro (2005) assinalam a importância de se conhecer diferentes tempos da produção e mantê-los constantes para que as atividades de programação da produção possam se tornar confiáveis.

5.2.1.13 Qualidade no HRSJ

Esta categoria diz respeito à capacidade que determinado bem ou serviço tem de atender, ou mesmo superar, as expectativas do cliente, de maneira consistente. É um termo constantemente utilizado, mas nem sempre corretamente buscado. Todos querem bens e serviços de qualidade, e organizações que não levem em consideração esse desejo tendem a ser menos competitivas.

A relação desta categoria com os cinco fatores de resultado resultou numa nota 2 em todos os quesitos avaliados. A nota 2 pode ser justificada a partir das evidências extraídas dos seguintes relatos:

- *“Temos muito retrabalho por causa da demora no atendimento ao paciente”;*
- *“A falta de material de consumo muitas vezes faz com que os exames sejam realizados fora do hospital; quando o hospital tem o equipamento para fazê-lo”;*
- *“A secretaria é a nossa gerência, mas nós somos quem precisamos ficar atentos às portarias como aconteceu com o mutirão que tivemos autorização para fazer as cirurgias, mas na hora de faturar tivemos problema, pois a campanha já havia acabado”;*
- *“Na ortopedia operam-se sequelas pela demora do atendimento”;*
- *“Temos o sistema MICROMED, mas ele precisa ser alimentado”.*

A análise dos dados coletados nesta categoria reforça a percepção de que no HRSJ existem ferramentas e instrumentos que poderiam impactar positivamente na melhoria da comunicação e, conseqüentemente, a geração e utilização de informações sistematizadas que contribuiriam para a competitividade da instituição.

Pereira *et al.* (2012) explicam que o sucesso na implantação de um sistema informatizado depende do comprometimento de todos os níveis de colaboradores, do estratégico ao operacional com tal medida.

Entende-se que grande parte dos problemas apontados poderia ser resolvida se houvesse um investimento na mudança de cultura, treinamento e capacitação dos servidores e, principalmente, na internalização da ideia de que os SI podem ser utilizados como uma ferramenta estratégica que gere diferentes relatórios gerenciais para subsidiar as operações e não como uma tarefa a mais para sobrecarregar o servidor.

Ainda em relação aos problemas enfrentados pelo HRSJ, é importante considerar que as informações presentes nos laudos e pareceres da Vigilância Sanitária podem servir como um importante parâmetro para planejar, organizar, executar e controlar as mudanças que se fazem necessárias para sustentabilidade do HRSJ.

Portanto, com o objetivo de corroborar a ideia de que as informações advindas da análise da Vigilância Sanitária podem servir de subsídios para planejar e executar melhorias na gestão do hospital, serão agora apresentados os dados obtidos a partir do preenchimento do “Roteiro de Padrões de Conformidade em Unidade Hospitalar”.

No referido roteiro, os padrões sanitários são apresentados em blocos de questões fechadas. Ali são contemplados o Gerenciamento da Qualidade, Condições Organizacionais, Prontuário do Paciente, Gestão de Pessoal, Gestão de Infraestrutura, Proteção à Saúde do Trabalhador, Gestão de Tecnologia e Processos, Controle Integrado de Vetores e Pragas Urbanas, Comissão de Controle de Infecção Hospitalar, Processamento de Roupas, Centro Cirúrgico, Central de Materiais Esterilizados, Atenção Imediata - Urgência e Emergência, Atenção em Regime de Internação e Atenção em Regime Ambulatorial de Especialidades e Resíduos. Em relação à estrutura deste instrumento, tem-se a situação organizada, para efeitos de melhor compreensão, no seguinte quadro de análise e solução de problemas, cujas cores dos grupos de problemas estão relacionadas com o grau de risco (vermelha, Severo Risco Sanitário; amarela, Relevante Risco Sanitário; verde, Provável Risco Sanitário), conforme ilustrado na Tabela 3.

	PROBLEMAS PEQUENOS	PROBLEMAS GRANDES
	<p>CONDIÇÕES ORGANIZACIONAIS: inexistência de Regimento Interno e de cópias dos alvarás dos serviços terceirizados. Não mantém disponíveis registros e documentações referentes a: controle da qualidade da água, contratos, saúde ocupacional, manutenções preventivas e corretivas, educação permanente, eventos</p>	<p>GERENCIAMENTO DA QUALIDADE: inexistência de programa ou política de garantia da qualidade dos serviços prestados. Pouco ou nenhum controle na qualidade dos processos de trabalho. Falta de planejamento e cronograma de treinamento de pessoal. POP's e manuais de rotinas inexistentes ou desatualizados. Não realiza autoinspeção.</p>

PROBLEMAS “FÁCEIS”	adversos, queixas técnicas associados a produtos e serviços.	
	PRONTUÁRIO DO PACIENTE: falta de assinatura e carimbo ou nº do Conselho de Classe do profissional responsável pelo atendimento.	GESTÃO DE PESSOAL: carência de recursos humanos em geral. Demora na substituição de funcionário por motivo de doença, aposentadoria, etc. Nem sempre são apresentados documentos referentes ao conselho de classe dos profissionais que respondem tecnicamente pelo serviço.
	PROTEÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR: PCMSO, PPR, LTCAT geralmente desatualizados e/ou inexistentes. Nem sempre os registros de controle de saúde ocupacional estão disponíveis. Eventualmente faltam EPI's para os funcionários.	GESTÃO DA INFRAESTRUTURA: pouca ou nenhuma manutenção preventiva e corretiva predial e de equipamentos. Inexistência de Gerenciamento de Risco.
	GESTÃO DE TECNOLOGIA E PROCESSOS: quando existentes POP's, Normas e Rotinas nem sempre estão disponíveis e/ou são de conhecimento dos funcionários. Inexiste gerenciamento de tecnologias para garantir atendimento às necessidades do serviço, bem como rastreabilidade dos processos de trabalho. Faltam insumos, produtos e equipamentos para a prática da higienização das mãos para funcionários, pacientes e visitantes.	FARMÁCIA: espaço subdimensionado. Carência de farmacêuticos para atender a demanda do serviço, principalmente para supervisionar e controlar as farmácias satélites e medicamentos existentes nos carros de emergência das unidades. O controle físico de medicamentos dificilmente confere com o escriturado. Frágil rastreabilidade dos medicamentos sujeitos ao controle especial. Falta de controle e registros da temperatura e umidade dos locais onde são acondicionados medicamentos e matérias médico-hospitalares. medicamentos abertos em uso nas unidades sem redução da data de validade conforme estabelece RDC 67/2007. Não são realizadas ações de farmacovigilância e tecnovigilância, bem como notificações no NOTIVISA.
	CONTROLE INTEGRADO DE PRAGAS URBANAS: a guarda de alimentos ou o ato de alimentar-se nos postos de trabalho favorece o aparecimento de insetos.	
ATENÇÃO IMEDIATA: não utilizam protocolos de urgência e emergência na prática diária. Inexiste gerenciamento do tempo de permanência do paciente na unidade.		
PROBLEMAS “DIFÍCEIS”		GESTÃO DE INFRAESTRUTURA: estrutura física antiga, desgastada, em más condições de conservação, apresentando perda de revestimento, mofo, infiltrações. Instalações prediais não atendem as exigências e normas técnicas referentes a gases, climatização, proteção e combate a incêndios.
		CME: área física obsoleta, não atendendo a evolução dos processos de trabalho e a legislação atual. Não são realizadas qualificações de instalação, operação e de desempenho para os equipamentos utilizados na limpeza automatizada e na esterilização de produtos para saúde.

Tabela 3 Problemas detectados e seus respectivos graus de risco

Fonte: DIVS/GEIPS/SES SC-2013

Os problemas descritos no quadro 1, identificados na inspeção da Diretoria de Vigilância Sanitária da SES, reforçam as evidências manifestadas pelos respondentes do instrumento do NIEPC/UFSC e os valores atribuídos a cada cenário proposto por categoria de análise. A avaliação dos riscos sanitários aponta para a reorganização de processos de trabalhos e o estabelecimento de indicadores específicos que possibilitem o controle/gerenciamento dos mesmos.

5.3 Projetos de melhoria

Com base na tecnologia de gestão proposta neste trabalho, os projetos de melhoria devem ser uma decorrência natural do diagnóstico propiciado pela aplicação do instrumento.

Ao reunir um grupo de participantes alocados nos diferentes níveis da estrutura organizacional do hospital, possibilita-se que haja uma visão sistêmica e integrada de como os diferentes fluxos de trabalho se relacionam entre si. Além disso, ao instigar que o grupo reflita criticamente sobre seu agir cotidiano, tem-se como consequência, o aparecimento dos pontos fortes e fracos da organização.

A partir de uma discussão em pequenos grupos as várias ideias fornecidas de maneira aleatória durante a reunião de aplicação passam a ser avaliadas a partir do parâmetro de exequibilidade e criticidade e conseqüentemente, estabelecem-se prioridades de ações que devem ser colocadas em prática para se conseguir realizar melhorias tanto na gestão quanto na operacionalização dos processos envolvidos no trabalho hospitalar.

5.3.1 Projetos de melhoria do HRSJ

Dentre as ideias apresentadas, selecionaram-se algumas com maior potencial de resultado. Observaram-se os critérios de exequibilidade, impacto, não dependência de pessoas inacessíveis e que não tivessem grandes reações de resistência. São elas:

- 1) (Controle) estabelecimento de indicadores por área (escolher um indicador para a sua unidade que mais impacte a gestão – indicador de produtividade e/ou de erro);
- 2) (Controle) identificar para cada setor, o que é demandado pelo SI (como e quem deve alimentar o sistema);

- 3) (DNP) monitoramento e divulgação de oportunidades de financiamento para projetos de pesquisa e desenvolvimento tecnológico;
- 4) (Desempenho operacional) divulgação do desempenho utilizando a mídia eletrônica interna;
- 5) (Desempenho operacional) definir e criar bancos de dados com séries históricas importantes;
- 6) (Equipamentos e tecnologia) implantação da rede *wi-fi*;
- 7) Fábrica (instalações) reavaliação do arranjo físico para fechamento de parte das sete entradas;
- 8) (Gestão ambiental) treinamento para o PGRSS – diminuir o fluxo de resíduos – e usar o PAE;
- 9) (Organização e cultura) interpretação da visão, missão e valores considerando as peculiaridades de cada área;
- 10) (Planejamento) reconhecer a capacidade e a demanda de cada setor;
- 11) (Programação) identificar e eliminar as causas da falta de comida/água;
- 12) (Saúde e segurança) definição de uma estrutura para o SESMT e plano de atividades de maior importância e emergentes;
- 13) (Tempo de ciclo) mapeamento de fluxo de valor, para reconhecimento de tempos ociosos.

5.3.1.1 Exemplos de projetos de melhoria no HRSJ

Diante das ideias de melhoria propostas, o grupo de participantes se dividiu em três subgrupos para análise dos treze pontos elencados ao final da reunião da aplicação do instrumento e escolha daqueles considerados mais urgentes e/ou viáveis. Assim, foram elaborados três projetos envolvendo as seguintes áreas: Recepção e saída do hospital; Radiologia e; Farmácia. Cada projeto apresentou suas características ilustradas nas tabelas 4, 5 e 6.

Formulário A3 – HRSJ Projeto 1- Mapeamento de Fluxo de Valor para reconhecimento de tempos ociosos				
Situação Atual	Situação Futura	Plano de Ação		
* Pacientes internados vários dias aguardando vaga na unidade de referência; * Demora no tempo de espera para realizar a cirurgia definitiva; * Aumento nos gastos pelo tempo de internação; * Consequências para os pacientes.	* Diminuir o tempo de permanência/internação dos pacientes cirúrgicos com objetivo de reduzir danos aos pacientes e diminuir os custos com estas internações, qualificando assim a assistência médica e de enfermagem.	Etapas	Prazos	Responsáveis
		Realizar um levantamento do tempo de internação dos pacientes cirúrgicos.	6 Meses	A, L, T e T.
		Acompanhar as ações realizadas com estes pacientes.	6 Meses	A, L, T e T.
		Calcular o tempo de assistência de enfermagem dispensado a este paciente por dia.	6 Meses	A, L, T e T.
		Produzir e encaminhar um relatório para a Direção Geral com propostas de intervenção no ciclo (comparação de custos, estimativas).	Após completar as etapas anteriores	A, L, T e T.
Possíveis Dificuldades				
* Falta de leitos de UTI * Agilização das altas hospitalares * Falta de materiais esterilizados * Falta de material específico para algumas cirurgias * Falta de anestesista na escala				

Tabela 4 Formulário A3 – Projeto 1- HRSJ
 Fonte: autora (2015)

O projeto para verificação dos tempos ociosos e conseqüentemente melhora da capacidade instalada do sistema é consoante com um estudo vem sucedido realizado em um hospital no Canadá há mais de uma década atrás. Bowen e Youngdahl (1998), alicerçados no pensamento *lean* conseguiram, através da ajuda de técnicas enxutas como, por exemplo, o mapeamento do fluxo de valor, implantar a padronização de algumas tarefas e melhorar a eficiência dos setores de apoio.

Além disso, destaca-se que a preocupação em conhecer os tempos envolvidos em diferentes atividades do hospital é o primeiro passo para se poder ter domínio de tais tempos e, conseqüentemente, obter maior flexibilidade e confiabilidade dos serviços hospitalares.

Formulário A3 - HRSJ – Projeto 2 - Normatização, identificação e fluxos no HRSJ				
Situação Atual	Situação Futura	Plano de Ação		
* Falta de segurança, devido ao não conhecimento de quem transita no hospital; * Tabagismo desenfreado pelos pacientes nos fundos do HRSJ; * Funcionários sem a devida identificação; * Trajes inadequados para a permanência em uma unidade hospitalar; * Déficit de vigilantes no fornecimento de vigilantes (qualidade do serviço).	* Normalizar a identificação de visitantes, acompanhantes, funcionários e pacientes que estejam nas dependências do HRSJ; * Identificar os setores; * Identificar os acompanhantes; * Adotar faixas que conduzem o visitante no setor devido (sinalização visual, buscar apoio da legislação); * Rever fluxos e analisar a possibilidade de fechar algumas entradas; * Aumentar o número de vigilantes; * Aumentar o número de câmeras; * Automação de todas as portas por meio do crachá; * Quebrar o paradigma de a cultura ser da responsabilidade do setor de portaria.	Etapas	Prazos	Responsáveis
		1ª fase: Elaboração do projeto e da normatização.	60 Dias	F. B. S. J. P. A. M. S. V.
		2ª fase: Execução da parte do projeto que será viável, com baixo custo.	120 Dias após 1ª fase	F. B. S. J. P. A. M. S. V.
		3ª – fase: Execução da parte do projeto mais onerosa, com alto custo.	180 Dias após 2ª fase	F. B. S. J. P. A. M. S. V.
Possíveis Dificuldades				
* Mudar a cultura dos funcionários; * Escusa da SES para a contratação de vigilante; * Custos para identificação dos setores e crachás.				

Tabela 5 Formulário A3 – Projeto 2- HRSJ

Fonte: autora (2015)

O projeto de normatização e identificação dos fluxos de movimentação do hospital apresentam semelhanças com as propostas de avaliação do desempenho do layout de uma dada organização. Rangel e Mont'Álvão (2011) aplicaram um modelo de avaliação do layout hospitalar e, com base nas informações obtidas durante as observações do local e no cálculo do índice de visibilidade das instalações investigadas, realizaram mudanças na configuração do ambiente como, por exemplo, a implantação de faixas sinalizadoras para conduzir os deslocamentos. Assim, os autores concluíram que o estudo do layout e as reformulações dali resultantes podem diminuir percursos e o tempo de atendimento, resultando em menor custo, maior rapidez e qualidade do serviço ali prestado.

Formulário A3 – Projeto 3 - HRSJ - Rastreamento de Medicamentos - Farmacêutica				
Situação Atual	Situação Futura	Plano de Ação		
<p>* Na avaliação do desempenho operacional algumas questões como a confiabilidade, rapidez e qualidade evidenciam falta de qualidade e compromisso com os pacientes;</p> <p>* Um problema identificado pelo setor de Farmácia e seus farmacêuticos são as sobras e estoques de medicamentos nas unidades hospitalares. Fato que preocupa, principalmente pela administração indevida, horários trocados, maior tempo de permanência do paciente no hospital, aumento dos índices de infecção hospitalar, entre outros;</p> <p>* Ausência de Indicadores;</p> <p>* No compromisso com o Programa Nacional de Segurança do Paciente / MS. – Portaria 529 elaborou e propõe o projeto a seguir.</p>	<p>* A proposta se dá a partir de um projeto já desenvolvido pelas farmacêuticas: P. M. O. e A. F. e desde o julho de 2013 são desenvolvidas auditorias semanais nas diferentes unidades hospitalares (3º, 4º e 5º andar);</p> <p>* Neste projeto inicial levantaram-se os tipos de medicamentos e suas quantidades mínimas necessárias em caso de emergência, a partir disso elaborou-se uma lista com os medicamentos e suas quantidades. A auditoria é realizada uma vez por semana onde se verifica o conteúdo das gavetas e armários nas unidades e recolhem-se medicamentos em excesso;</p> <p>* Como parte desta auditoria foi realizada fim do ano passado uma ficha de autoinspeção para aplicação mensal ou trimestral nas unidades. Assim, evidenciou-se um excesso de sobras de medicamentos, entre eles antibióticos. Segue assim, a ideia deste projeto pretendendo</p> <p>* Aplicar e dominar indicadores importantes com relação a medicamentos como, por exemplo: erros de prescrição, erro de dose, erro na posologia, erro do fármaco, sobras de antibióticos e índice de infecção hospitalar. Com estes dados e o</p>	Etapas	Prazos	Responsáveis
		Dar continuidade nas auditorias e autoinspeções nas unidades hospitalares. As farmacêuticas são as responsáveis por essa ação.	A definir	Farmacêutica P. M. O. e grupo de farmacêuticos do HRSJ
		Elaborar, dominar e apresentar a todos os indicadores em questão.	A definir	Farmacêutica P. M. O. e grupo de farmacêuticos do HRSJ
		Aquisição e instalação do sistema por código de barras e levantamento de pessoal necessário.	A definir	Farmacêutica P. M. O. e grupo de farmacêuticos do HRSJ
		Treinar os funcionários sobre o sistema de código de barra.	A definir	Farmacêutica P. M. O. e grupo de farmacêuticos do HRSJ
		Alimentar no sistema Micromed dados importantes com relação a medicamentos como: doses máximas e mínimas, posologia, toxicidade, veículo para diluição e etc..	A definir	Farmacêutica P. M. O. e grupo de farmacêuticos do HRSJ

	<p>domínio destes indicadores consegue-se uma maior conscientização dos profissionais de cada unidade hospitalar;</p> <p>* Pretende-se também rastrear de maneira eficiente cada medicamento deste a sua saída da Farmácia Central até a administração ao paciente. A ideia principal é a implantação de um sistema de leitor de código de barras no hospital. Assim, consegue-se registrar datas e horários em que os medicamentos são separados individualmente para cada paciente, bem como os horários em que serão administrados ao paciente.</p>			
Possíveis Dificuldades				
<p>* A mudança de comportamento será um possível entre no projeto em questão, mas acredito que com o domínio dos indicadores consegue-se demonstrar a importância do projeto e todos assumam o compromisso;</p> <p>* Implantação do sistema de leitor de códigos de barras pode ser um entrave devido ao custo e a necessidade de maior número de funcionários no fracionamento, garantindo que todos os medicamentos (frascos, ampolas e comprimidos) sejam etiquetados e rotulados com adesivo de código de barras.</p>				

Tabela 6 Formulário A3 – Projeto 3- HRSJ

Fonte: autora (2015)

O projeto sobre rastreamento de medicamentos pode ser considerado uma iniciativa de grande importância para a melhora do desempenho organizacional, uma vez que segundo Pereira *et al.* (2012), a falta de padronização de medicamentos e a ausência de protocolos que possam relacionar tipo de doença com recursos necessários

para seu respectivo tratamento a rastreabilidade da informação nos hospitais é um fator que contribui para a complexidade da rastreabilidade da informação nos hospitais.

Os mesmo autores entendem que quanto maior a padronização, melhor será a funcionalidade do sistema de rastreabilidade de materiais. Além disso, é necessária uma análise para se determinar quais materiais deverão ser rastreados, a fim de buscar um equilíbrio entre os custos gerados pelo sistema de rastreabilidade e os benefícios obtidos.

5.3.2.1 Relação dos projetos de melhoria no HRSJ com os fatores de prática

Como explicado anteriormente, durante e após as discussões das assertivas de cada categoria de análise, o grupo de participantes foi instigado a propor ideias de melhoria para os problemas levantados. Ao pensar não apenas nos problemas, concentrando-se na situação atual, mas, principalmente, em como solucioná-los (situação futura), os projetos de melhoria devem ser pensados como uma estratégia para implicar os profissionais no processo de melhoria contínua.

Ainda, é preciso considerar ao planejar projetos de melhoria, necessariamente algumas práticas deverão ser elencadas para que a situação futura seja alcançada. Aqui, as práticas referem-se às atitudes, esforços ou habilidades que geram as características de resultado, ou seja, que são capazes de proporcionar competitividade direta à organização. A maneira como as práticas são aplicadas configuram os esforços adotados, os meios para o alcance dos resultados, em termos de custo, flexibilidade e qualidade (PIANA, 2009).

Portanto, ao tomar como ponto de análise os três projetos elencados pelo grupo a relação com os principais fatores de prática envolvidos podem ser melhor visualizados a partir da figura 3.

HRSJ

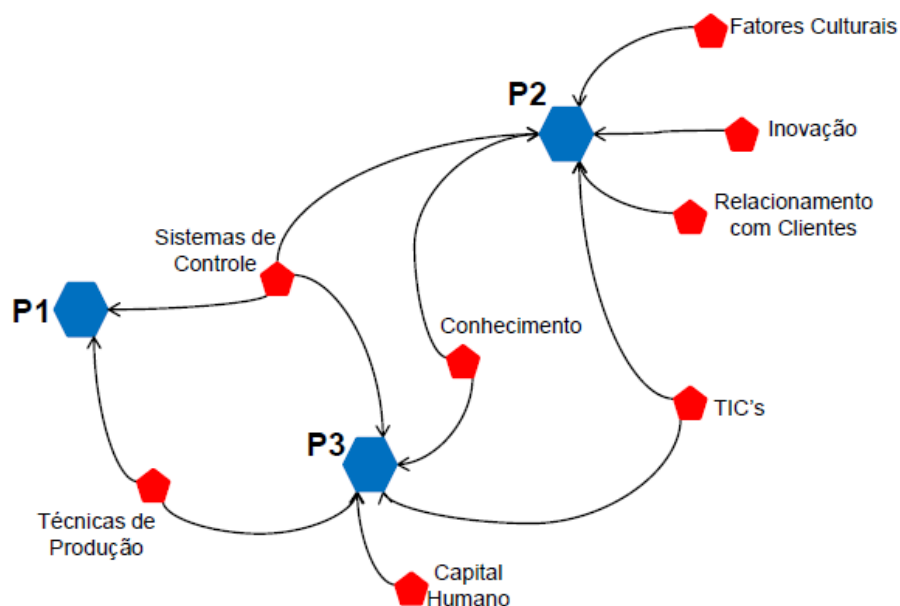


Figura 3: Relação dos projetos de melhoria do HRSJ com os fatores de prática
Fonte: autora (2015)

Ao observar a figura 3 é possível perceber que a execução dos três projetos de melhoria propostos pelo grupo de participantes do HRSJ está direta ou indiretamente relacionada com os seguintes fatores de prática: técnicas de produção, sistemas de controle, capital humano, TIC's, conhecimento, relacionamento com clientes, inovação e fatores culturais.

Em outras palavras, percebe-se que, no Projeto 1, as ações de levantar o tempo de internação, acompanhar ações e calcular tempos de ciclo fazem parte de um grupo de tarefas relacionadas com as técnicas de produção e sistemas de controle.

No projeto 2, identificar visitantes, acompanhantes e setores também são tarefas relacionadas aos sistemas de controle, acrescidas do fator conhecimento e relacionamento com o cliente. Ao propor uso de câmeras e automação do crachá, pode-se pensar no fator inovação e TIC's. A sinalização dos espaços e a adoção de novos comportamentos requererá que os fatores culturais sejam incentivados.

No projeto 3, a realização de auditorias e utilização de indicadores também são tarefas pertinentes aos sistemas de controle e técnica de produção, além de envolver o conhecimento e o capital humano. A instalação de código de barras e a alimentação do

sistema de gestão são propostas que dependem tanto das técnicas de produção, sistemas de controle, TIC's, capital humano e fatores culturais.

5.1.2 Hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos (SCMP)

A Santa Casa de Misericórdia de Passos é um hospital regional, de grande porte, de natureza filantrópica que atende toda a população do sudoeste de Minas Gerais.

Em relação ao seu histórico, no final de 1861, a Assembleia Provincial de Minas Gerais liberou a criação do hospital de caridade de Passos. Após quatro anos, a Santa Casa foi instalada na antiga Rua das Flores e era mantida por doações da comunidade e membros da Irmandade, que, mensalmente, revezavam-se na responsabilidade de cobrir os custos mensais da instituição (SCMP, 2015).

A SCMP conta com aproximadamente 1000 funcionários que atuam nas seguintes especialidades: clínica médica, cirurgia buco-maxilo-facial, cirurgia geral, cirurgia plástica, cirurgia bariátrica, cirurgia torácica, cirurgia vídeoassistida, neurocirurgia, cirurgia oncológica, transplante de córneas, anestesiologia, cardiologia, dermatologia, endocrinologia, endoscopia, videoduodenoscopia, gastroenterologia, ortopedia, oftalmologia (Centro de Referência em Oftalmologia – Nível 1), otorrinolaringologia, oncologia clínica, quimioterapia, pneumologia, fisioterapia, terapia ocupacional, centro de reabilitação física - nível Intermediário, nefrologia, mastologia, ginecologia obstetrícia, gravidez de alto risco, pediatria, urologia, reumatologia, radiologia, radiodiagnóstico, ecocardiografia, ultrassonografia, mamografia, tomografia computadorizada, laboratório de análises clínicas, anatomia patológica, clínica de hemodiálise, litotripsia, UTI adulto, UTI neonatal e pediátrica e urgência/emergência (SCMP, 2008).

A SCMP definiu como missão, promover a saúde da comunidade regional, utilizando-se de recursos tecnológicos disponíveis, tendo à frente talentos humanos em constante desenvolvimento voltados aos valores éticos, morais e espirituais. Quanto à sua visão, tem como meta ser uma empresa socialmente responsável, viável financeiramente e tendo como diferencial a assistência de qualidade a toda comunidade.

No que diz respeito à aplicação do instrumento, as reuniões aconteceram na tarde do dia 27 de fevereiro de 2014 e na manhã do dia 28 de 2014, para discutir e atribuir conceito a cada uma das 39 assertivas apresentadas pelo instrumento do

NIEPC/UFSC adaptado para hospitais, conforme agendado previamente com a direção do hospital Santa Casa de Misericórdia de Passos.

Na primeira reunião, participaram 08 profissionais representando os seguintes setores do hospital: Almojarifado, Assistência Social, Segurança do Trabalho, Gestão da Qualidade, Suporte de Manutenção, HG, Hotelaria e Gestão de Pessoas. Na segunda reunião, 07 profissionais participaram, mantendo a representatividade dos setores do primeiro encontro com exceção do de Assistência Social, porém estava presente o Diretor Administrativo. Nenhum médico participou das reuniões.

As relações entre as categorias de análise e os fatores de resultado na SCMP foram mensuradas conforme a ilustração da Tabela 2. Cabe lembrar que as notas atribuídas nesta relação indicam cenários que podem ser interpretados da seguinte forma: cenários desfavoráveis foram classificados com a nota 1 e 2, que correspondem, respectivamente, à cor vermelha e rosa, porém não se obteve nenhuma avaliação na graduação 1; os cenários favoráveis foram classificados com a nota 4 e 5 que correspondem, respectivamente, às cores verde e azul. A cor amarela corresponde ao cenário intermediário, classificado como 3.

Categorias de Análise	Custo	Flexib.	Qualid.
Controle da Produção	4	5	4
Desenvolvimento de Novos Produtos	4	3	4
Desempenho Operacional (DO)	4	4	4
Equipamentos e Tecnologia	5	5	4
Fábrica (instalações)	3	3	4
Gestão Ambiental	5	5	5
Investimento	4	3	4
Organização e Cultura	3	3	4
Planejamento da Produção	4	4	4
Programação da Produção	2	3	3
Saúde e Segurança	5	3	3

Tempo de Ciclo	2	2	3
Qualidade	4	4	4

Tabela 7: Relações entre categorias de análise e fatores de resultado na Santa Casa

Fonte: autora (2015)

Com base na tabela 7, pode-se perceber pela análise organizacional da Santa Casa de Misericórdia de Passos é que existe uma predominância no cenário favorável, uma vez que apenas 1,17% das assertivas foram classificadas como rosa, ou seja, como relações que possuem cenários considerados desfavoráveis. As categorias Controle da Produção, Desempenho Operacional (DO), Equipamentos e Tecnologia, Gestão Ambiental, Planejamento da Produção e Qualidade obtiveram somente notas altas, expressando assim a pouca necessidade de melhoria em curto prazo.

Inferese aqui que o desempenho favorável na predominância das categorias analisadas pode ser justificado pelo fato de se tratar de um hospital acreditado que estava pleiteando a obtenção do último nível da Acreditação Hospitalar. Portanto, os processos já estavam mapeados e eram bem conhecidos por todos; já existiam comissões implantadas e alguns programas de melhoria instituídos.

O gráfico 2 permite uma outra maneira de representar a relação entre as categorias e fatores de resultado de todas as assertivas ponderadas pelos participantes.

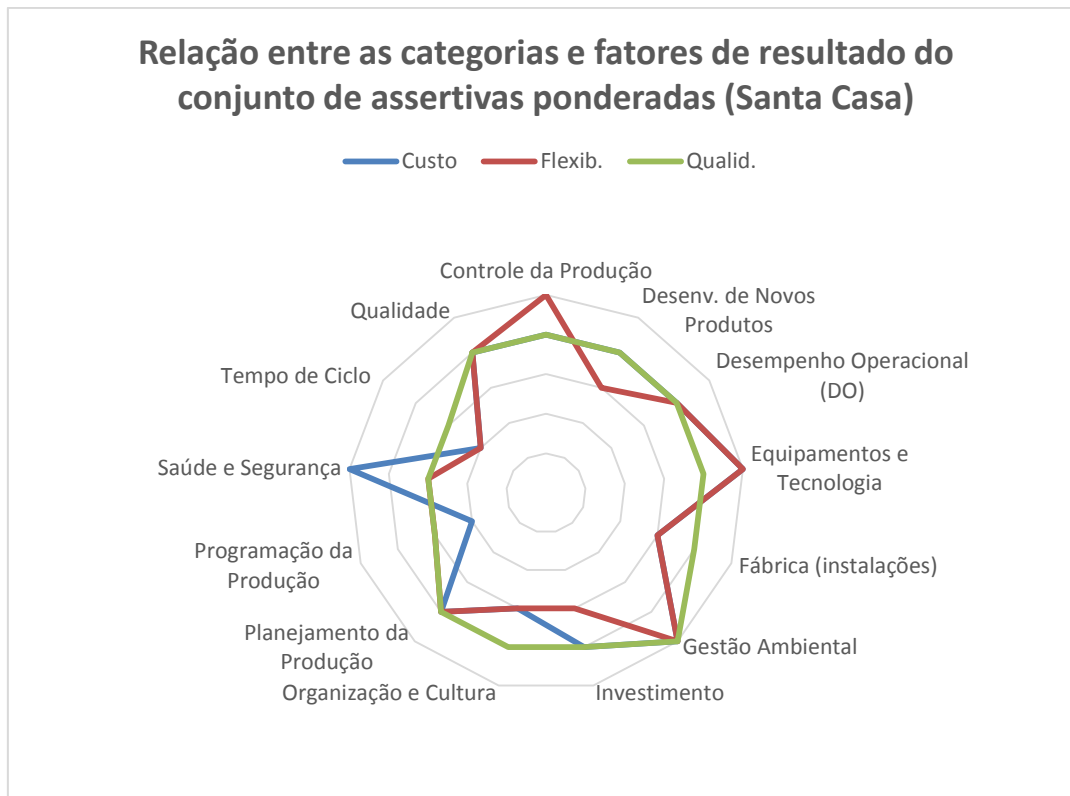


Gráfico 2 entre as categorias e fatores de resultado do conjunto de assertivas ponderadas

Fonte: autora (2015)

Com base no gráfico 2, é possível observar que, numa visão integrada de todas as categorias, o fator de resultado qualidade foi o que apresentou melhor avaliação, na média, por parte dos respondentes e, o fator flexibilidade foi o pior avaliado. Entretanto, é importante esclarecer que os três fatores de resultado avaliados obtiveram nota média acima de 3.

5.2.2 Principais aspectos avaliados em cada categoria de análise do sistema de produção da SCMP

Com fins de um maior detalhamento e entendimento dos principais aspectos avaliados pelos respondentes como representando as forças e fraquezas da Santa Casa de Misericórdia de Passos, segue-se a apresentação dos resultados obtidos em cada categoria.

5.2.2.1 Controle da Produção na SCMP

Esta categoria expressa a ideia de que controlar a produção é a melhor maneira de garantir que o processo produtivo ocorra como o planejado, bem como é capaz de identificar pontos a melhorar de maneira rápida e eficiente.

Nesta categoria de análise, a fator de flexibilidade recebeu nota 5 e os demais (custo e qualidade) receberam nota 4. Sendo assim, os participantes consideram a existência de padrões de controle nos setores da instituição, porém compreendem que ainda há espaço para melhorias na extensão dos controles de produção.

As evidências das notas atribuídas aos fatores analisados pelo grupo são ilustradas a partir das seguintes falas:

- *“Existem alguns controles, há padronização na parte de equipamentos. Identificamos ponto de desperdício; nós temos esses dados, nos sabemos que geramos, mas não existe análise desses pontos de desperdício”*;
- *“Temos tempo ocioso por sermos um hospital (bloco cirúrgico)”*;
- *“Quando se fala em controle na ala não temos controle, possuímos dados”*;
- *“Nós temos opções de aumentar a produção e não se fala nisso, podemos aumentar o atendimento, centro cirúrgico e etc, mas em algumas áreas existe a possibilidade de aumentarmos”*;
- *“Algumas áreas sabem como fazer o controle de custos”*;
- *“Poderia ser feito primeiro um diagnóstico das áreas que podem ser trabalhadas, definir prioridades para as que geram custo e trabalhar em cima de cada área dessas”*;
- *“Identificar os custos em uma ala de internação, TI, identificar os pontos de desperdício”*;
- *“Identificação dos pontos de desperdício por setor/unidade e aumentar a produtividade com um teste”*;
- *“Sabemos alocar os pacientes à medida que chegam, porém ainda não possuímos estrutura, mas eles de uma forma ou de outra são atendidos. Temos o controle, mas nossa produção trabalha no limite”*;
- *“Principalmente em urgência e emergência temos o total controle, temos todos os indicadores e eles são analisados e eficientes”*;

- *“Quando falamos do internado temos as notificações, mas há alguns pontos que precisamos melhorar, mas são empíricos”;*
- *“Não temos uma avaliação formal para isso, se colocarmos o que está formalizado identificamos em alguns pontos, mas em outros não temos o controle”;*
- *“Tudo que acontece está mapeado, mas tenho duvida de quando falamos do atendimento, do faturamento”;*
- *“Não conseguimos medir os tempos, programação de alta, não conseguimos fazer essa integração com os médicos”.*

Com base nos diversos relatos apresentados, é possível inferir que existem algumas formas de controle bem definidas e padronizadas capazes de identificar pontos de desperdícios na Santa Casa de Misericórdia de Passos, mas nem sempre são eficazes, pois falta uma certa sistematização para que possa funcionar de fato como uma ferramenta que ajude a instituição como um todo tomar suas decisões e fazer planejamentos.

No que diz respeito à sistematização dos procedimentos de controle, Ramos e Myake (2010) advertem que os processos hospitalares necessitam ser avaliados e controlados quanto às variáveis como eficácia, eficiência, produção, produtividade e qualidade, quanto à prevenção e redução da morbimortalidade e quanto à sua imagem perante usuários ou clientes.

5.2.2.2 Desenvolvimento de Novos Produtos na SCMP

Esta categoria está intrinsecamente relacionada com a inovação que é considerada como um dos diferenciais competitivos das organizações. Desse modo, pressupõe-se que incentivar os profissionais a buscarem novos produtos e novos processos produtivos é uma forma de atingir a tão almejada melhoria contínua.

Em relação a esta categoria de análise, o fator de resultado flexibilidade obteve nota 3 e os demais fatores nota 4, por isso, a dimensão foi considerada pelos participantes de intermediária à favorável pelo através do conjunto de atividades exercido, porém, cabível de melhorias. Esta situação se justifica pelo fato de que há um grande esforço para o desenvolvimento de novos produtos como foi o caso recente da implantação de protocolos e dispositivos de segurança (injeção/seringa segura) além de

outras iniciativas voltadas para o marketing as quais têm contribuído para melhora do desempenho e/ou imagem organizacional. Tais percepções podem ser melhor expressas através dos seguintes relatos:

- *“Alguns DNPs são introduzidos por questão de marketing e então passamos muito tempo sem retorno/redução de custos”;*
- *“Existem casos como a hemodinâmica, medicina nuclear, implantação da injeção segura”;*
- *“Trabalhamos com a formação de pessoas e dispositivos de segurança (produtos novos) que contribuem com a redução de custos”;*
- *“Nossa compra de alguns equipamentos possuem tempos longos, mas conseguimos obter”;*
- *“Sempre que desenvolvemos um serviço novo, melhoramos o atendimento à sociedade, propaganda, imagem do hospital”;*
- *“O desenvolvimento dos protocolos (processos) foi uma mudança grande com um ganho significativo. Não existe protocolo para tudo, mas os que são feitos repercutiram e um bom resultado”;*
- *“Nós mudamos processos como a limpeza (novo produto)”;*
- *“Não há uma área específica para lidar com pesquisa e desenvolvimento”.*

Com base em algumas destas falas, verifica-se que, quanto ao desenvolvimento de novos produtos, na Santa Casa de Misericórdia de Passos existem alguns exemplos que comprovam que inovação está presente como o desenvolvimento de protocolos, processos de limpeza e atendimento, estes, com repercussão em bons resultados. Porém, reconhecem que há espaço para melhoria como abertura de estudos de iniciação científica e pesquisa.

Gadelha *et al.* (2013) lembram que área da saúde pode ser vista como um espaço econômico interdependente, que configura um sistema de inovação e um sistema produtivo, congregando alto potencial de geração de conhecimentos. Além disso, subsidiados pelos dados do *Global Forum for Health Research* (2008), os autores entendem que tal área representa uma das mais importantes frentes de inovação no contexto atual, respondendo por cerca de 20% do gasto mundial com atividades de

pesquisa e desenvolvimento (P&D), ao mesmo tempo em que é uma área de alto interesse estratégico para a sociedade.

5.2.2.3 Desempenho Operacional na SCMP

Nesta categoria entende-se que o bom desempenho operacional propicia à organização resultados satisfatórios, um processo produtivo bem dimensionado e o alcance das metas estabelecidas. Acompanhar o desempenho operacional é a maneira pela qual a organização sabe se está no caminho certo ou não.

O resultado na categoria em questão, atingiu unanimidade em todos os fatores avaliados (custo, flexibilidade e qualidade) com nota 4, sendo assim, constitui um cenário favorável, tal fato, pode ser atribuído ao histórico de qualidade que o hospital possui (nível de Acreditação II). Contudo, estão atualmente passando pela auditoria de Acreditação nível III; tal fato pode estar colaborando para os resultados positivos advindos da análise dos dados.

A avaliação favorável desta categoria pode ser evidenciada a partir dos seguintes relatos:

- *“O hospital está funcionando com eficiência”;*
- *“De maneira geral o desempenho é bom e custos são mantidos básicos”;*
- *“Batemos nossa meta”;*
- *“No faturamento, fazemos o que podemos para reduzir custos (de impressão, cópias), mas a melhoria é pouco significativa”;*
- *“Já temos o projeto para 2014 em redução de custos e conscientização dos funcionários”;*
- *“Conseguimos atender nossa demanda”;*
- *“Estamos apontando pra excelência em qualidade”.*

Com base nos relatos apresentados, observa-se que na SCMP, os dados coletados na categoria desempenho operacional confirmam a avaliação positiva obtida na categoria controle da produção. Há um consenso entre os funcionários que existem indicadores de desempenho, que existe um esforço para que os custos sejam mantidos baixos. Entretanto, há de se destacar que foi percebida, por parte dos participantes, a

necessidade de se realizar treinamentos para utilização de protocolos e procedimentos gerenciados dos custos envolvidos em procedimentos cirúrgicos.

Schiesari e Malik (2006) corroboram com o entendimento de que poucos profissionais reconhecem a importância de seguir protocolos de conduta clínica. Portanto, para que a reconheça, faz-se necessária uma discussão prévia em torno da escolha de adotar ou não, tal postura. Segundo as autoras, sem a sensibilização dos profissionais, a vontade explícita de seguir normas preexistentes não há como prosseguir.

5.2.2.4 Equipamentos e Tecnologia na SCMP

Equipamentos e tecnologia são uma cuidadosa combinação de informatização, comunicações, métodos e equipamentos relacionados, que permitem ao setor produtivo responder de forma rápida, econômica e integrada às mudanças significativas no seu ambiente operacional. Equipamentos e tecnologia oferecem vantagens competitivas ao aliar-se à qualidade e melhorar o desempenho operacional.

Os fatores de resultados avaliados nesta categoria de análise indicaram um cenário positivo, uma vez que confiabilidade e flexibilidade receberam nota 5 e, qualidade, nota 4.

De um modo geral, os participantes afirmam que os métodos e equipamentos adquiridos refletem positivamente no desempenho da instituição através da garantia de facilidade de uso e confiança, porém, reconhecem a necessidade de treinamento de pessoal para uso e contínua reciclagem.

As evidências que justificam as notas atribuídas nesta dimensão podem ser ilustradas a partir dos seguintes relatos:

- *“Tudo que adquirimos possui resultado positivo”;*
- *“Em termos de treinamentos tudo é necessário e nós possuímos padronização dos equipamentos que garante facilidade de manuseio e confiança”;*
- *“O uso de um equipamento novo que chegou passa por um treinamento e pessoa específica para fazer”;*
- *“Necessitamos de uma montagem de um centro de treinamento (contínuo uma espécie de reciclagem)”.*

A análise das evidências permite afirmar que, de um modo geral, os participantes percebem que os métodos e equipamentos adquiridos ao longo dos últimos anos refletem positivamente no desempenho da instituição através da garantia de facilidade de uso e confiança, porém, reconhecem a necessidade de treinamento de pessoal para uso e contínua reciclagem.

Indo ao encontro da percepção do grupo de participantes da SCMP, Gonçalves (2002) enfatiza que instalações e equipamentos oferecem suporte indispensável ao trabalho dos profissionais que atendem o doente no hospital. É através da articulação da capacidade e dedicação dos recursos humanos com os equipamentos e tecnologias disponíveis que se pode assegurar a qualidade dos serviços que hospital está em condições de prestar.

5.2.2.5 Fábrica (instalações) na SCMP

As instalações estão diretamente relacionadas com o arranjo físico da organização, bem como da disposição, organização e limpeza. Assim, é possível afirmar que quando as estruturas físicas e a disposição dos materiais e fluxo de trabalho encontram-se organizadas de maneira harmônica e bem sinalizadas, se ganha tempo na execução dos processos operacional e, isso, por sua vez, tem um reflexo positivo na diminuição dos custos e aumento da flexibilidade e confiabilidade do sistema.

Quando avaliados os fatores de resultado em relação a esta categoria, os fatores custo e flexibilidade atingiram o cenário intermediário com nota 3 e apenas o fator qualidade obteve nota 4. Tal resultado reflete principalmente na falta de planejamento e disposição das instalações.

As notas baixas aqui obtidas podem ser ilustradas a partir das seguintes falas:

- *“Em questões de layout nos pecamos em distância e estrutura”;*
- *“Quanto à manutenção preventiva isso já é feito, então todas as manutenções são realizadas há muitos anos e mantemos o parque funcionando”;*
- *“Há a ideia de um projeto de planejamento da cidade da saúde”;*
- *“Temos pouca flexibilidade por causa do layout”;*
- *“Há manutenção preventiva dos equipamentos”.*

Com base nos relatos apresentados, entende-se que a SCMP apresenta um cenário favorável no que diz respeito ao fator qualidade, infere-se que isso pode ser resultado da preocupação constante com a manutenção preventiva dos equipamentos. Cecílio e Feuerwerker (2007) entendem que, sob o ponto de vista da lógica de mercado, o hospital que incorpora tecnologias aperfeiçoa seus processos de gestão e desenvolve melhor seus serviços.

Quando questionados sobre os fatores custo e flexibilidade, os participantes os avaliaram a partir de um cenário intermediário. Tal avaliação possivelmente está diretamente relacionada com os problemas de layout das instalações. Entretanto, atenta-se ao fato de que a iniciativa em se planejar um espaço denominado cidade saúde pode ser vista como algo positivo, mesmo sendo consenso entre os participantes que a concretização deste projeto está distante da realidade.

5.2.2.6 Gestão Ambiental na SCMP

O sistema de gestão ambiental possibilita uma organização integrar uma abordagem planejada, coordenada e organizada para a administração dos efeitos das suas atividades, bens e serviços, que podem trazer impactos no meio ambiente. Constitui o conjunto de diretrizes e princípios que devem nortear a definição e a aplicação de instrumentos legais e institucionais de planejamento e gerenciamento ambientais.

Nesta categoria, todos os fatores (custo, flexibilidade e qualidade) obtiveram nota 5, tal fato, expressa assim seu alto desempenho, mesmo havendo um esforço de alguns para considerar esta dimensão como uma meta a ser perseguida por todos ali presentes.

Os seguintes relatos ajudam a entender a nota aqui atribuída pelo grupo de respondentes:

- *“Temos o controle total dos desperdícios e reaproveitamento de insumos”;*
- *“Tem funcionado tanto que somos referência em controle de resíduos, previsão de tratamentos de água”;*
- *“Alguns serviços do hospital impedem alguma tecnologia que o pessoal adota em geral, como o aquecedor de água solar”;*

- *“Pelo nosso consumo hoje não é possível, nem o reaproveitamento da água da chuva”;*
- *“Se algum paciente se molhar com isso, podemos ter problema por sermos hospital”;*
- *“Gastamos absurdos de água por causa da lavanderia e hemodiálise, mas apenas seguimos as normas de segurança e higiene”;*
- *“Temos programas como PG, RSS, comissão, lista de produtos que podem ser vendidos, toda a limpeza da caixa d’água, análise da água entre outros”;*
- *“Algumas características por ser hospital, fica difícil de adequar ao ideal como seria em uma residência ou indústria, por exemplo”;*
- *“Não há nada além do que é feito hoje que podemos melhorar é adequada a norma atual”.*

A análise dos dados demonstra indícios de que a SCMP possui processos de produção voltados para a redução do consumo de energia, água, desperdício de insumos entre outros materiais. Além disso, existe uma abertura para a introdução de novos conceitos ambientais desde que os mesmos sigam as normas de higiene e segurança hospitalar como é o caso da impossibilidade de se adotar a água solar e o reaproveitamento da água da chuva. Por fim, verifica-se ainda que o hospital dispõe de programas e treinamentos para prevenir acidentes ambientais e desperdícios ao longo do ciclo produtivo. Portanto, sua postura em relação à Gestão Ambiental, segundo Trierweiller *et al.* (2012), se mostra presente na concepção de produtos e processos.

Os mesmos autores entendem que organizações que tencionam alcançar o desenvolvimento sustentável no âmbito dos objetivos definidos pela alta administração necessitam integrar as diversas áreas envolvidas na estrutura organizacional. Demonstrando, desse modo, a necessidade do investimento contínuo em sistemas de gestão ambiental para geração dos resultados esperados.

5.2.2.7 Investimentos na SCMP

Investimentos são realizados para incrementar e aprimorar o processo produtivo, visando retorno em qualidade e desempenho operacional. Entretanto, diversas organizações não percebem a importância dos investimentos também nas pessoas para a manutenção e o alcance de objetivos. Neste sentido, é imprescindível existir um

equilíbrio nos investimentos estruturais e humanos para que haja um processo produtivo de qualidade, com retorno para a organização e para a sociedade como um todo.

Em relação aos fatores de resultado aqui ponderados, o custo e qualidade, obtiveram nota 4 e a flexibilidade nota 3. Tais notas podem ser justificadas a partir das seguintes evidências extraídas das falas dos participantes:

- *“Há planejamento futuro. O que não daria nota máxima aqui no custo pra gente é a questão do treinamento. Possuímos uma escola de treinamentos/reciclagem/estudo, mas não é suficiente”;*
- *“Os equipamentos funcionam bem, mas temos que criar rotina para seu uso eficiente”;*
- *“Os investimentos não são emergenciais, são planejados, o resultado final é a qualidade”;*
- *“Tivemos, por exemplo, um investimento recente na lavanderia em que foram substituídas duas máquinas, não por problema de manutenção, mas pela capacidade com previsão de tempo e depreciação”;*
- *“Já se prevê o atendimento de urgência e emergência, previsão de tomógrafo, pensa-se também no local e layout de implantar algo novo”;*
- *“A central de esterilização, por exemplo, não tem mais espaço para crescer, a gente sempre busca aquilo que é melhor...os equipamentos de hemodiálise são todos japoneses, bisturi americano, microscópio alemão”;*
- *“Possuímos a contabilidade disso tudo também, valor de depreciação, quantidade de dinheiro que será utilizada para novos equipamentos, compras de equipamentos, treinamentos para equipamentos novos, mas o treinamento de reciclagem ainda está falho por falta de rotina”.*

A análise das evidências indica que há no HRSJ oportunidades para melhoria dos processos que podem ser obtidas a partir de programa de treinamento de reciclagem e da instituição de rotina para execução eficiente do trabalho. Tais percepções vão ao encontro do entendimento Oyadomari *et al.* (2014), quando defendem que os hospitais devem investir em treinamento de seus funcionários, uma vez que a melhoria das competências profissionais tendem a influenciar positivamente a eficiência operacional.

5.2.2.8 Organização e Cultura na SCMP

Esta categoria pode ser ilustrada como um painel da identidade da organização, cujos valores constitutivos do perfil da organização assumem a forma de imagens, lendas, rituais, heróis e vilões, conflitos de papéis, áreas de tensão e resistência, dilemas comportamentais, referências, focos de liderança, padrões de atitudes e outras dimensões simbólicas. A organização e cultura permeia todas as categorias de análise, bem como reflete a maneira que as pessoas se comportam e aquilo que é tolerado e aquilo que deve ser perpetuado e perseguido por todos os membros.

Quando avaliado os fatores de resultado, apenas a qualidade obteve nota 4, os demais fatores foram ponderados como sendo 3. A explicação em relação à avaliação negativa desta categoria encontra-se diluída nas queixas e fraquezas relatadas pelos participantes ao longo da aplicação do instrumento de coleta de dados como um todo. Assim, com o objetivo de corroborar tal entendimento, seguem-se os seguintes relatos:

- *“Depois da adaptação do gerenciamento de custos melhorou, o pessoal se envolveu bem, mas não está ótimo”;*
- *“Não existe o repensar o que faz, algumas coisas conseguimos que fazer, mas sempre o coordenador que tem que estar mandando”;*
- *“Às vezes em vez de rever o processo apenas contratam gente”;*
- *“Há muita desculpa de está faltando gente (trabalho sendo realizado há 3 anos)”;*
- *“Qualidade, custo e humanização, é um trabalho que estamos fazendo para incorporar esses três pilares”;*
- *“Escolaridade não é problema, temos pessoas que fazem à mais e tem pessoas que só fazem aquilo que foram treinados e delegados”;*
- *“Isso está dentro da nossa estratégia, e desde as avaliações da Acreditação são muito colocada questões de qualidade”;*
- *“As pessoas estão orientadas para a qualidade, quando se fala em custo e qualidade eles têm que estar afinados, não evitamos ao máximo a redução de custos, ainda não é cultura, mas a qualidade é algo que está absorvida já desde a Acreditação nível I”.*

Os relatos aqui apresentados refletem a percepção das pessoas em admitir o conhecimento do cenário e oportunidade de melhoria; mostra-se transparência e

consenso com valores e planejamento estratégico da organização. Por fim, o hospital está alinhado com a cultura da organização pautada pelo uso racional dos recursos e comprometimento com mesma, valorizam a qualidade e incentivam a busca de melhorias ativamente.

Em outras palavras, baseado na análise da evidências, pode-se inferir que, a SCMP tem se empenhado em colocar em prática pressupostos da abordagem *lean*, pois, na opinião de Santos; Wysk e Torres (2009), culturas que incorporam o conceito de produção enxuta transmitem valores que levam ao comprometimento das pessoas com a utilização dos recursos de forma mais racional e econômica. A co-responsabilidade, o espírito de equipe e o comprometimento com os resultados, proporciona aptidão para atender demandas variadas.

5.2.2.9 Planejamento da Produção na SCMP

O planejamento deveria ser o primeiro passo para todas as atividades organizacionais. Ao determinar os planos e metas da organização direciona-se todo o seu futuro.

Nesta categoria os fatores de resultado custo, flexibilidade e qualidade foram avaliados com nota 4. A avaliação reflete o desempenho positivo desta dimensão, que pode ser entendido a partir dos seguintes relatos:

- *“Os processos estão todos descritos tendo como foco os custos”;*
- *“Em relação aos processos está tudo descrito e definido nos procedimentos”;*
- *“Há um planejamento que norteia todo o hospital”;*
- *“A natureza hospitalar lida com produtos de alta variabilidade, tudo tem que ser monitorado para poder avaliar essa variação”;*
- *“Temos projeto para 2014, é um consenso com os médicos para padronizar tudo”;*
- *“Há estratégias bem definidas, por mais que estabelecemos o planejamento ele é monitorado para que nós conseguíssemos avaliar esse planejamento”;*
- *“Pecamos em cirurgia, mas temos um planejamento bem definido”;*
- *“O planejamento facilita a flexibilidade. Estamos abrindo duas salas emergenciais, abrindo leitos para da evasão a essa demanda”;*

- *“Por ser uma instituição acreditada, trabalhamos com processos definidos e há revisão de procedimento. Há capacidade de análise da equipe que controla isso”.*

As evidências aqui ilustradas refletem a visão de que as ações praticadas na SCMP são consequência de um processo sistemático de análise. Desta forma, os dados são utilizados para o planejamento e as informações permitem a tomada de decisões, bem como propiciam flexibilidade conforme a demanda que chega. Esse comportamento resulta no aumento do nível de qualidade dos serviços prestados.

De certo modo, com base em Lima Gonçalves (2006), é possível inferir que a SCMP conta com um sistema de gestão que monitora suas atividades e fornecem informações que permitem identificar gargalos, ineficiências produtivas, minimizar custos e trabalhos improdutivos e, conseqüentemente, maximizar sua produtividade.

5.2.2.10 Programação da Produção na SCMP

A programação da produção permite que a organização conquiste um processo produtivo mais seguro, com o tempo e os recursos necessários bem dimensionados e seus profissionais sabendo como e quando agir.

Os fatores de resultado avaliados nesta categoria obtiveram a nota 2 em custo e 3 para flexibilidade e qualidade, indicando um desempenho de intermediário à ruim, fato este sentido como um reflexo indireto dos *gaps* existentes na avaliação das categorias anteriores. Os fragmentos das falas dos participantes extraídos ao longo da coleta de dados contribuem para a situação apresentada, conforme se pode observar:

- *“Da parte de equipamentos o setup está bem programado”;*
- *“Existem setores que favorecem a programação e controle da produção, mas quando pegamos o hospital todo temos setores que não tem se formos fazer uma média não seria otimista, pois a maioria não tem”;*
- *“Nós utilizamos a cadeia de valor, já foi mapeada e temos a visão sistêmica e quais recursos são necessários”;*
- *“Há um processo para melhorias contínuas. Está sendo implantada uma melhor programação para gaps”;*
- *“A programação mesmo tem em partes, nós atendemos à demanda. Temos isso no agendamento”;*

- *“No caso do eletivo eu posso programar essa cirurgia, na situação da urgência eu não tenho como antecipar a programação, mas tenho um método definido”;*
- *“Na urgência não temos como prevenir, mas temos métodos (protocolo de Manchester), que possuem todos os recursos para atender as linhas temáticas”;*
- *“O protocolo de Manchester. Isso já faz parte de uma programação que fica à disposição para esse demanda, como todos os recursos”;*
- *“Utilizamos cadeia de valor para se chegar ao resultado que queremos como o mapeamento de processos, recursos necessários, relacionamento cliente/fornecedor”;*
- *“Quanto aos materiais e medicamentos tudo é muito programado”;*
- *“A estrutura existe, mas se eu não tenho leito disponível isto impacta no resultado”;*
- *“O processo da qualidade está sendo indutor, se trabalha em cima de problemas identificados”;*
- *“Conseguimos atender a demanda, mas não vejo isso claramente”;*
- *“Precisamos de um estudo para programação de cirurgias, atendimentos e exame”;*
- *“Em visita a um hospital em São Paulo vimos que o médico fica um dia todo para fazer só uma coisa (endoscopia/cirurgia) isso pode ser um passo a ser dado”;*
- *“Todo ano estamos presentes a uma feira hospitalar internacional onde procuramos melhorias”.*

Os dados analisados permitem inferir que a programação da produção da SCMP está adequada aos recursos como, por exemplo, a disposição de materiais e medicamento. Observa-se ainda a existência de processos e metodologias que contribuem para o atendimento imediato da demanda (o protocolo de Manchester).

Por outro lado, quando se adota uma postura mais crítica, verifica-se que há significativas necessidades de melhorias, tanto no que se refere à busca de comprometimento do corpo médico quanto na busca de maior clareza dos dados coletados para o atendimento da demanda. Tudo isso, contribui para uma nota relativamente menor nesta categoria em comparação com as demais categorias se tornando significativamente necessária a implantação de projetos de melhoria.

Segundo Vendemiatti *et al.* (2010), é comum existir duas dimensões de poder nem sempre agem a partir da mesma lógica de gestão dentro das instituições hospitalares. Tem-se assim, a subcultura médica que realiza atividades com base no que julga correto para a situação e a administrativa que produz regras orientadas para o processo de profissionalização, em busca de controle de custos, aumento da produtividade e busca pela qualidade por meio de padronização das operações.

5.2.2.11 Saúde e Segurança na SCMP

Esta categoria expressa o conjunto de ações de uma organização que envolve diagnóstico e implantação de melhoria e inovações gerenciais, tecnológicas e estruturais dentro e fora do ambiente de trabalho, visando propiciar condições plenas de desenvolvimento humano para e durante a realização do trabalho produtivo. Quando se apresentam falhas, tornam-se possíveis interferências negativas sobre o rendimento, a produtividade e a qualidade do processo.

Ao avaliar os fatores de resultado relacionados a essa categoria, qualidade e flexibilidade obtiveram nota 3 e, o fator custo, obteve nota 5.

Esta categoria ficou com uma avaliação positiva, pela percepção coletiva de que há não um número expressivo de acidentes de trabalho, existência de métodos de trabalho e sua respectiva fiscalização.

Os relatos dos participantes podem ajudar a compreender melhor a percepção:

- *“Todos os setores possuía EPIs, tanto local como atividade”;*
- *“Tem-se a visita técnica quase que diária de controle do uso de EPI”;*
- *“O absenteísmo tem diminuído”;*
- *“Possuímos psicólogo do trabalho e ergonomista, o que depende da instituição nós fazemos”;*
- *“Layout pouco atrativo para o trabalhador”.*

Os relatos confirmam a ideia de que a saúde e segurança dos trabalhadores é um valor considerado no hospital e, conseqüentemente, o ambiente de trabalho saudável e

seguro encontrado pelas pessoas favorece a execução da produção. Ainda assim, percebe-se, com base nas evidências mencionadas pelos participantes, que existe uma cultura de busca da melhoria em relação à qualidade e flexibilidade, justamente por seguirem procedimentos rigorosos.

Com base em Candia *et al.* (2009), é possível inferir que a SCMP se preocupa com o desenvolvimento de locais de trabalho mais seguros a partir de um melhor entendimento das condições do trabalho e também pelo foco de seus esforços no aproveitamento das mudanças tecnológicas para minimização dos riscos inerentes à atividade. A cultura da segurança ali cultivada tem propiciado um ambiente produtivo adequado que reflete em processos produtivos confiáveis, contribuindo assim para a flexibilidade, rapidez e qualidade do sistema de produção.

5.2.2.12 Tempo de Ciclo na SCMP

Esta categoria está relacionada com a ideia de que a determinação do tempo de ciclo permite que o processo produtivo seja controlado e melhorado de maneira mais efetiva, reduzindo tempos desnecessários e aumentando a capacidade de atendimento.

Ao se avaliar a relação dos fatores de resultado com a categoria Tempo de Ciclo, verificou-se que os fatores custo e flexibilidade obtiveram nota 2 e qualidade obteve a nota 3, refletindo assim, a menor nota dentre os fatores de resultado e urgente necessidade de adotar ações que ajudem a modificar a situação apresentada.

Os fragmentos das falas dos participantes justificam a percepção de que esta é uma categoria que apresenta um desempenho ruim e que isto é reflexo da falta de conhecimento para medição dos tempos de ciclo como ferramenta para subsidiar os planejamentos, a tomada de decisão e ações corretivas que ajudem a instituição manter sua efetividade.

- *“Conhecemos os tempos mais longos (internação), no pronto atendimento não temos (ambulatório)”*;
- *“Não conseguimos medir esse tempo entre um estágio e outro”*;
- *“Os tempos de internação vão reduzir. Uma pneumonia o SUS deixa 4 dias, se fica 6 é um problema. O que começamos a trabalhar melhor são os protocolos monitorados”*;

- *“Temos conhecimento na necessidade, mas não temos sistema de medição. No centro de diagnóstico temos agenda aberta e ela é seguida”;*

- *“Tempos de ciclos não são dominados e não há associação com o custo”.*

A análise dos dados permite inferir que existe o conhecimento da necessidade de medir os diferentes tempos de ciclo presentes no hospital, porém, não estão denominados com exceção dos principais (mais longos), perceptíveis no dia a dia. Em suma, os participantes concordam em trabalhar para se pensar em formas de medição, embora não ainda não se tenha se definido claramente quais deverão ser índices de mensuração.

A preocupação com a necessidade de se obter conhecimentos sobre os tempos de suas operações representa significativa para a melhoria do desempenho do hospital. Assim, com base em Fernandes e Santoro (2005), ao ter o domínio dos principais tempos da produção e desenvolver mecanismos de acompanhamento, garante-se que os prazos sejam cumpridos e que o usuário do sistema não precise aguardar mais que o tempo padrão estabelecido, além de conferir a possibilidade de alterações confiáveis na programação, permitindo a introdução de novos produtos ou alteração nos processos em andamento, de forma rápida e precisa.

5.2.2.13 Qualidade na SCMP

Esta categoria diz respeito à capacidade que determinado bem ou serviço tem de atender, ou mesmo superar, as expectativas do cliente, de maneira consistente. É um termo constantemente utilizado, mas nem sempre corretamente buscado. Todos querem bens e serviços de qualidade, e organizações que não levem em consideração esse desejo tendem a ser menos competitivas.

A relação desta categoria com os três fatores de resultado resultou numa nota 4 em todos os quesitos avaliados. A nota 4 pode ser justificada a partir das evidências extraídas dos seguintes relatos:

- *“Há a monitoração da qualidade em todos os tratamentos, o que impactam na qualidade e no custo”;*

- *“Temos um sistema de aprovação de todos os equipamentos e medicamentos que passa por certas aprovações e há padronização de materiais”;*

- *“Agimos para redução de custos, temos processos para isso e também está intrínseco na cultura do hospital”;*
- *“São feitas discussões de caso por equipes multidisciplinar. Essa flexibilidade acontece através dessas discussões do plano terapêutico”;*
- *“Trabalhamos desde a prevenção com gerenciamento de riscos, clínico e institucional. Os processos englobam o resultado do produto. Taxa de satisfação gira em torno de 80%, 90%. Por estarmos nesse processo de Acreditação à qualidade está totalmente incorporada para isso”.*

A análise dos dados coletados nesta categoria reforça a percepção de que no hospital existem ferramentas e instrumentos que impactam positivamente na melhoria da comunicação e, conseqüentemente, a geração e utilização de informações sistematizadas que contribuiriam para a competitividade da instituição. Além disso, percebe-se a preocupação constante em aumentar a qualidade do serviço e diminuir custos, as informações têm fluxo rápido, funcionários treinados e bons equipamentos. Tudo isso, resulta em um significativo controle da qualidade e elevada confiança corroborados pela forte cultura incorporada na organização.

Percebe-se deste modo que a categoria qualidade tem conseguido obter um desempenho positivo de suas operações. Gonçalves (2006) assinala que a gestão da qualidade deve ter seu trabalho alicerçado no raciocínio e na busca de solucionar problemas identificados na organização. As ferramentas devem ser utilizadas para examinar as dificuldades e propiciar sua resolução.

5.3.1 Projetos de melhoria na SCMP

Dentre as ideias apresentadas, selecionaram-se algumas com maior potencial de resultado. Observaram-se os critérios de exequibilidade, impacto, não dependência de pessoas inacessíveis e que não apresentem grandes resistências.

- 1) (Controle): campanhas para redução de desperdícios por setor/área;
- 2) (DNP): programas de Pesquisa e Desenvolvimento através de conexão com Universidades;
- 3) (Desempenho operacional): realização de treinamentos para implantação de protocolos;

- 4) (Equipamentos e tecnologia): programas de Treinamento e Desenvolvimento em três vertentes (operar novos equipamentos, reciclagem, implantação de protocolo);
- 5) (Programação): estudo para programação de cirurgias, atendimentos e exames.

5.3.1.1 Exemplos de projetos de melhoria na SCMP

A partir das ideias de melhoria propostas, o grupo de participantes se dividiu em três subgrupos para análise dos cinco pontos elencados ao final da reunião da aplicação do instrumento e escolha daqueles considerados mais urgentes e/ou viáveis. Assim, foram elaborados três projetos envolvendo as seguintes áreas: Programação da Produção; Treinamento & Desenvolvimento e; Inovação Tecnológica, conforme podem ser exemplificados, nas tabelas 8, 9 e 10.

Formulário A3 – SCMP- Projeto 1- Programação da Produção				
Situação Atual	Situação Futura	Plano de Ação		
* Subutilização do centro cirúrgico e descumprimento do regimento interno no tocante aos procedimentos cirúrgicos.	* Ocupar 80% do centro cirúrgico com cirurgias eletivas, durante o período das 15:00 às 19:00 hs, utilizando mais duas salas (atualmente utilizam-se quatro) e otimizando assim, a estrutura existente.	Etapas	Prazos	Responsáveis
		Elaborar tabela diferenciada das 15 às 19 hrs	3 Meses	R, L, C, B e L.
		Cumprir o regimento interno com cirurgias	A definir	Dr. C.
		Aumentar o número de salas de cirurgia para urgência, emergência e maternidade.	6 Meses	R, L, C, B e L.
Possíveis Dificuldades				
<ul style="list-style-type: none"> - Não adesão do corpo clínico; - Aumento da demanda de cirurgias de urgência e emergência; - Falta de vagas na internação. 				

Tabela 8 Formulário A3 – Projeto 1 - SCMP
Fonte: autora (2015)

A preocupação em investir em ações para maximizar a capacidade produtiva é bem pertinente, uma vez que Azevedo e Mateus (2014), os resultados de seu estudo sobre avaliação do sistema de saúde português, mostraram que a ineficiência do setor não se associa simplesmente ao desperdício dos recursos afetos à saúde, mas também ao seu subaproveitamento e à capacidade instalada nas unidades de saúde.

Formulário A3 - SCMP – Projeto 2 – Estruturação da área de T&D				
Situação Atual	Situação Futura	Plano de Ação		
* Tem-se a estrutura da área no organograma, mas não existe um levantamento das necessidades de treinamento (LNT) e desenvolvimento de todo o hospital. * Não existe material padronizado de treinamento e desenvolvimento; * Não se disponibilizam certificados de conclusão; * Não existe um fluxo das atividades de treinamento e desenvolvimento.	* Dispor de um histórico de cada funcionário; * Dispor de registros da quantidade de solicitações e tipos de treinamento; * Envolver pessoas para a tarefa de preparação pedagógica; padronização dos materiais; * Desenvolver um sistema de registro de certificados.	Etapas	Prazos	Responsáveis
		Fazer benchmarking	A definir	M. e M.
		Definir local e o público alvo	A definir	M. e M.
		Rever formulário p/ LNT	A definir	M. e M.
		Rever equipe da área de T&D	A definir	M. e M.
		Realizar treinamento de estratégias pedagógicas	A definir	M. e M.
		Padronizar kits de T&D	A definir	M. e M.
		Definir cronogramas de T&D	A definir	M. e M.
Possíveis Dificuldades				
- Adesão dos líderes no preenchimento do LNT.				

Tabela 9 Formulário A3 – Projeto 2 - SCMP

Fonte: autora (2015)

A estruturação da área de T&D é algo de grande importância para a instituição hospitalar, pois, segundo Campos e Bonassa (2006), as ações de desenvolvimento humano são imprescindíveis para a elevação da qualidade. Os autores assinalam que o treinamento visa o curto prazo, pois tem aplicação imediata e volta-se para as tarefas executadas e para a aquisição de habilidades. Já o desenvolvimento, além de envolver os aspectos operacionais, envolve os comportamentos, atitudes, formação e aspectos éticos, filosóficos e culturais da organização hospitalar.

Formulário A3 – SCMP Projeto 3- Inovação Tecnológica				
Situação Atual	Situação Futura	Plano de Ação		
* Falta de caracterização das demandas de evolução tecnológica; * Inexistência da troca entre a organização e universidade; * Não existência de divulgação das produções de conhecimento dentro do hospital.	* Implantar a estrutura de inovação tecnológica a partir da reestruturação do atual CEDUC (Centro de Educação Continuada); * Fornecer subsídios para elaboração de Trabalhos de Conclusão de Curso de maneira que os mesmos vão ao encontro das necessidades internas de o hospital.	Etapas	Prazos	Responsáveis
		Revisar a política e diretrizes do CEDUC.	1 Mês	L.
		Estabelecer contato com as universidades.	2 Meses	L.
		Eleger temas de desenvolvimento de projetos	3 Meses	J.
		Definir projetos	A definir	A definir
Possíveis Dificuldades				
- Obtenção de financiamento; - capacitação dos profissionais para orientar produção científica; - Alocar a estrutura física da área de Inovação Tecnológica.				

Tabela 10 Formulário A3 – Projeto 3 - SCMP

Fonte: autora (2015)

O projeto de inovação tecnológica pode assumir um diferencial competitivo para a SCMP, pois, segundo Chaves e Albuquerque (2006), é expressiva a quantidade de fluxos de informação científica e tecnológica que se originam ou se destinam às universidades e instituições de pesquisa. As universidades são vistas como focos e centros de convergência de fluxos e isso reflete a proximidade que o progresso tecnológico do setor tem com a ciência. Além disso, segundo os autores, a assistência médica envolvendo hospitais participa intensamente dos fluxos, interagindo fortemente com as indústrias do setor e com a universidade. Hospitais e centros médicos acadêmicos assumem uma posição chave na implementação, difusão e melhorias incrementais de inovações. Apresentam demandas para os componentes do sistema de inovação e interagem ao longo do seu desenvolvimento.

5.3.1.2 Relação dos projetos de melhoria com os fatores de prática

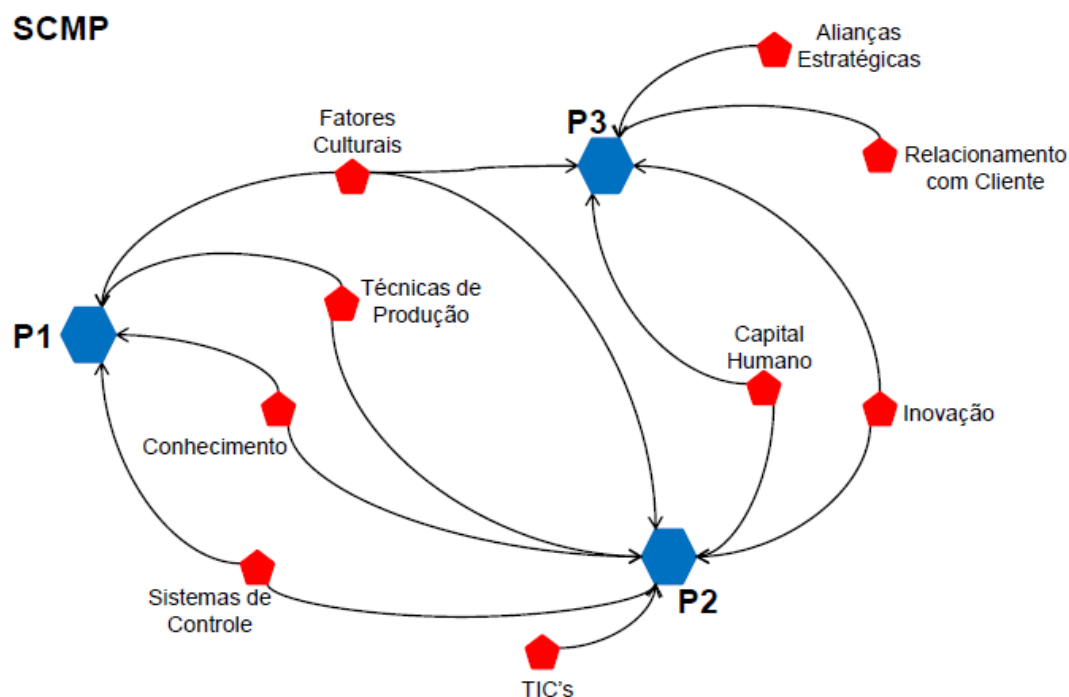


Figura 4 Relação dos projetos de melhoria da SCMP
Fonte: autora (2015)

A análise da figura 4 permite afirmar que, para a execução dos projetos de melhoria propostos pelos participantes da aplicação do instrumento na SCMP, tem-se

como principais fatores de práticas envolvidos os sistemas de controle, o conhecimento, as TIC's, as técnicas de produção, os fatores culturais, as alianças estratégicas, o relacionamento com os clientes, o capital humano e a inovação.

Para exemplificar as relações dos projetos com os fatores de prática, pode-se dizer que no Projeto 1, a elaboração de uma tabela de agendamentos e o cumprimento de requisitos, são ações relacionadas com sistemas de controle, conhecimento, técnicas de produção e fatores culturais.

No projeto 2, a realização de benchmarking e de treinamentos são tarefas relacionadas com as técnicas de produção, conhecimento, capital humano, fatores culturais e inovação. A padronização de kits, tanto depende de sistemas de controle quanto de técnicas de produção e de capital humano/conhecimento.

No projeto 3, a intenção de revisar políticas e diretrizes está relacionada com fatores culturais e capital humano, bem como o estabelecimento de parcerias com universidades está diretamente relacionado com alianças estratégicas. Ao buscar eleger temas de estudos, pode-se mencionar a necessidade de utilizar e produzir conhecimento, inovação e ainda, estabelecer relacionamento com clientes.

5.1.3 Hospital Santa Teresinha (HST)

O Hospital Santa Teresinha foi fundado em meados de 1935, sendo o primeiro a ser construído na região de Braço do Norte/SC. O HST é mantido pela Sociedade Beneficente Santa Teresinha, pessoa jurídica de direito privado, natureza civil e predominantemente filantrópico.

O HST serve como referência regional atuando nos serviços de média complexidade. Com mais de cinquenta leitos ainda é considerado de pequeno porte é conveniado com o Sistema Único de Saúde. Este mantém serviço de plantão 24 horas e presta serviços de urgência e emergência, internações clínicas, Cirurgia Geral e do Aparelho Digestivo, Ortopedia e Traumatologia, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia, Otorrinolaringologia, Pediatria, Mastologia, Cardiologia, Urologia, Infectologia, Cirurgia Buco-Maxilo-Facial e Cirurgia Vasculuar, entre outras.

No que diz respeito à sua missão, o HST existe para promover a saúde com qualificação profissional e atendimento humanizado. Em termos de visão, busca ser

referência na região do Vale de Braço do Norte em média complexidade com excelência no atendimento.

Para a aplicação da tecnologia de gestão foi realizada uma reunião no HST no dia 9 de dezembro de 2014, das 8:00 às 17:00 hs, com intervalo de uma hora para o almoço. Participaram do encontro nove pessoas que eram responsáveis, cada uma delas, pelo setor de higienização, farmácia, secretaria administrativa, administração geral, contabilidade (2 funcionários), enfermaria (diagnóstico e CCIH) e TI.

As relações entre as categorias de análise e os fatores de resultado no HST foram mensuradas conforme a ilustração da Tabela 3. Cabe lembrar que as notas atribuídas nesta relação indicam cenários que podem ser interpretados da seguinte forma: cenários favoráveis que foram classificados com a nota 4 e 5 que correspondem, respectivamente, às cores verde e azul. E cenário intermediário com nota 3, correspondendo a cor amarela corresponde. Chama a atenção que o cenário desfavorável não foi considerado, segundo a percepção dos participantes.

Categorias de Análise	Custo	Flexib.	Qualid.
Controle da Produção	3	4	4
Desenvolvimento de Novos Produtos	4	3	4
Desempenho Operacional (DO)	5	4	3
Equipamentos e Tecnologia	5	4	4
Fábrica (instalações)	3	3	4
Gestão Ambiental	3	4	4
Investimento	4	4	4
Organização e Cultura	3	3	4
Planejamento da Produção	4	4	4
Programação da Produção	4	4	4
Saúde e Segurança	3	4	4
Tempo de Ciclo	3	3	4

Qualidade	4	4	4
-----------	---	---	---

Tabela 11 Relações entre categorias de análise e fatores de resultado do Hospital Santa Terezinha

Fonte: autora (2015)

Com base na tabela 11, pode-se perceber pela análise organizacional do Hospital Santa Terezinha é o cenário percebido pelos participantes é favorável, uma vez que nenhuma das assertivas foi classificada como vermelho e/ou rosa, ou seja, como relações que possuem cenários considerados desfavoráveis. As categorias Equipamentos e Tecnologia, Investimento, Planejamento da Produção, Programação da Produção e Qualidade obtiveram somente notas altas.

Apenas as categorias Tempo de Ciclo e Fábrica obtiveram predominância de itens avaliados como cenário intermediário. Tal avaliação reflete a necessidade de se buscar melhorias nessas dimensões. Conhecer e dominar seus diferentes tempos de produção é imprescindível para manter os demais cenários como favoráveis. Além disso, entende-se que a categoria fábrica assume significativa importância no contexto hospitalar, tanto no que diz respeito ao aumento da flexibilidade das atividades operacionais, bem como da segurança do paciente e de seu corpo funcional.

O gráfico 3 permite uma outra maneira de representar a relação entre as categorias e fatores de resultado de todas as assertivas ponderadas pelos participantes.

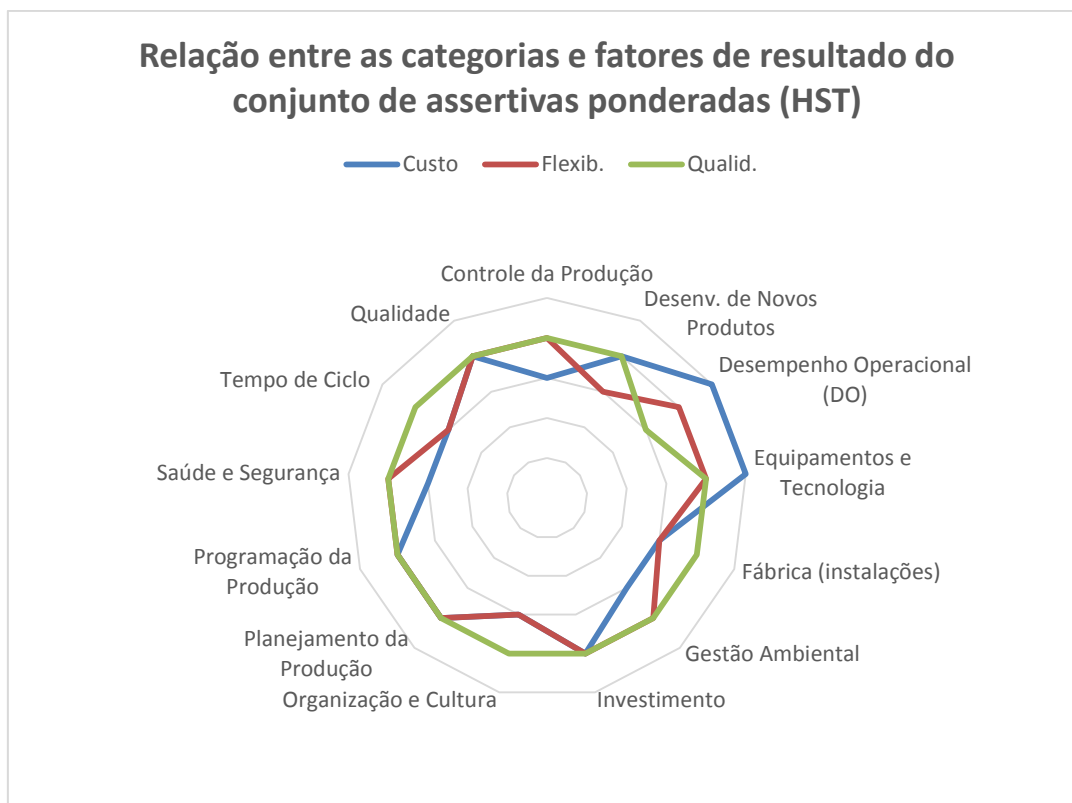


Gráfico 3 Relação entre as categorias e fatores de resultado do conjunto de assertivas ponderadas

Fonte: autora (2015)

Com base no gráfico 3, é possível observar que, numa visão integrada de todas as categorias, os fatores de resultado que apresentaram melhor avaliação, por parte dos participantes foram custo e qualidade, uma vez que obtiveram a mesma média. O fator flexibilidade, mesmo sendo avaliado de forma positiva, foi o que obteve menor média.

5.2.3 Principais aspectos avaliados em cada categoria de análise do sistema de produção do HST

5.2.3.1 Controle da Produção no HST

Nesta dimensão, o fator custo recebeu nota 3 e os demais fatores (flexibilidade e qualidade receberam nota 4. De uma maneira geral, os participantes percebem que existe boa noção dos custos envolvidos nas diferentes atividades e também existem controles da maioria delas.

As evidências das notas atribuídas aos fatores analisados pelo grupo são ilustradas a partir das seguintes falas:

- *“O serviço de pronto-socorro é o que causa o maior custo, mas não podemos fechar porque é a porta de entrada do paciente. É preciso olhar quanto custa uma vida”;*
- *“O centro cirúrgico já esteve bem pior; passamos a comprar compressas esterilizadas. Estamos tentando e já estamos tendo resultados positivos”;*
- *“Dizer que o pessoal não sabe quanto custa não é verdade. Difícil é fazer as pessoas a se adequarem e agir diferente para economizar; é uma questão cultural”;*
- *“Na farmácia há um maior controle, quando é solicitado algum material, algum produto, ele já vem padronizado”;*
- *“Falta um controle adequado no sentido de orientar a equipe de enfermagem para economizar e assim, poder-se investir em outro lugar”.*

Com base nas evidências, é possível observar que o hospital tem buscado ter um maior controle de suas atividades e, conseqüentemente, melhorar seus resultados. Segundo Barbuscia (2006), a integração e compartilhamento de informações podem melhorar o gerenciamento dos hospitais, facilitando a cobrança dos resultados e um diagnóstico contínuo da execução do planejamento estratégico.

Apesar de existir um controle eficiente das operações hospitalares, o grupo de participantes percebe que há uma falta de consciência das pessoas que ali trabalham de que é preciso sempre economizar e buscar um melhor equilíbrio do uso dos recursos para que, em última instância, seja possível investir em áreas, processos ou produtos que estejam requerendo maior atenção. Nesse sentido, infere-se a necessidade de perpetuar valores relativos aos preceitos de eficiência, pois ao mudar valores, podem-se mudar atitudes e conseqüentemente, mudar comportamentos. A ação pressupõe a quebra de hábitos, ou seja, alterar o jeito de ser e fazer das pessoas (GONÇALVES, 2006).

5.2.3.2 Desenvolvimento de Novos Produtos no HST

No que diz respeito a esta categoria, o fator flexibilidade obteve nota 3 e os demais fatores nota 4. Esta situação pode ser decorrente das mudanças ocorridas nos últimos anos como reflexo da atual administração geral. Os funcionários percebem uma série de iniciativas e ações por parte da instituição como sendo exemplos que têm contribuído para uma melhora, muitas vezes, evidente do desempenho e/ou imagem

organizacional por parte da comunidade que utiliza os serviços hospitalares. Tais percepções podem ser ilustradas mediante os seguintes relatos:

- *“Já melhoramos bastante e podemos conseguir mais melhorias, por exemplo, sabemos que quando o RX passar a ser digitalizado, o custo irá diminuir”;*
- *“O uso correto dos produtos reduz custo, diminui o desperdício e aumenta o controle”;*
- *“No que diz respeito à TI, estamos melhorando os equipamentos para que se possa trabalhar melhor na ponta”;*
- *“Se fossemos analisar o nosso porte, o que a gente era antes e o que somos agora, podíamos dar nota 5, mas a gente pode mais”;*
- *“há quatro anos, éramos em 60; hoje somos em 120 funcionários...num primeiro momento isso representou um aumento do custo, mas depois melhorou a qualidade dos serviços prestados”;*
- *“Falamos no rádio que a população também é responsável; precisamos implicar as pessoas. Tem um monte de gente que faz RX de coluna e nem vem buscar o resultado”;*
- *“Quantos serviços e especialidades médicas não se tinham...houve um aumento da tecnologia e também do número de funcionários;*
- *“Precisamos de foco, queremos ser um hospital de referência regional”;*
- *“Existem várias ideias, mas é preciso contratar mais gente”;*
- *“Uma das fontes de recursos que permitiram a implantação das melhorias foi o projeto “Amigo do Hospital”, no qual a comunidade contribui com R\$15 mensais. Essa contribuição possibilita ao usuário consultar com especialistas de forma mais rápida, sem depender das filas de espera do município”;*
- *“Hoje existe uma agenda no centro cirúrgico. Definiu-se os turnos que cada tipo de cirurgia deve acontecer”.*

As evidências corroboram a percepção de que existe um cenário favorável na categoria Desenvolvimento de Novos Produtos, pois atualmente o hospital oferece serviços que antes não oferecia, bem como houve uma melhora nos processos a partir de uma organização da agenda e do investimento em tecnologia e recursos humanos. O fato de o hospital ter um espaço na rádio local pode ser visto como uma estratégia para

implicar a comunidade e, conseqüentemente, fazer com que se sintam co-responsáveis pela eficácia do desempenho organizacional.

Para Piana e Erdmann (2012) assinalam que o investimento em desenvolvimento de novos produtos possibilita à organização criar produtos que acabam sendo determinantes na construção de sua imagem e confiabilidade. Segundo os autores, o desenvolvimento de novos produtos e processos aumenta o leque de possibilidades de atendimento de diferentes demandas.

5.2.3.3 Desempenho Operacional no HST

No que diz respeito aos fatores avaliados, o custo obteve nota máxima, 5, flexibilidade, nota 4 e, qualidade, nota 3. Desta forma, pode-se dizer que esta categoria apresentou um cenário favorável na percepção dos participantes e, as evidências da avaliação positiva podem ser observadas a partir dos seguintes relatos:

- *“Temos indicadores tanto obrigatórios quanto não obrigatório que procuramos manter acima da média para que consigamos renovar a condição de filantropia. Por exemplo, se um paciente não vem preparado para cirurgia, a mesma é cancelada por causa dele e não por causa de algum problema por parte do hospital”;*

- *“Mandamos o protocolo de cada médico para os municípios, mas há uma falha na comunicação entre o hospital e a atenção básica da saúde. Assim, 90% dos pacientes não seguem as orientações e o desempenho acaba ficando prejudicado pelo cancelamento das cirurgias e/ou dos exames”;*

“É preciso apresentar números para negociar com a prefeitura, com o Estado. O hospital depende de demanda espontânea, por isso, não existe esse papo de atingir a meta física e financeira”;

A perseguição de uma constante melhora no desempenho de suas operações pode ser decorrente principalmente da necessidade do hospital cumprir as condições obrigatórias da sua natureza de filantropia. Entretanto, independente da razão de seus esforços na maximização de seu desempenho, o que se observa é que, de fato, existe uma preocupação pujante da busca da excelência.

Cabe aqui considerar que, a busca da excelência deve estar alicerçada por ferramentas de controle da e avaliação da gestão, num ciclo contínuo de monitoramento de indicadores de desempenho (GUPTILL, 2005).

5.2.3.4 Equipamentos e Tecnologia no HST

Em relação aos fatores de resultado avaliados nesta categoria, verifica-se que o custo foi valorado com a nota máxima, 5 e, que os fatores flexibilidade e qualidade obtiveram, ambos nota 4. Portanto, esta foi uma das categorias que apresentou um cenário significativamente favorável. A avaliação positiva pode ser ilustrada a partir das evidências presentes nos seguintes relatos:

- *“Estamos montando um setor de cardiologia; faremos também cirurgia por vídeo em breve”;*
- *“Todos os equipamentos que chegam só são operados depois que os funcionários são treinados mais de uma vez. Às vezes, eles conseguem operar os equipamentos melhor que os médicos”.*
- *“É o médico quem indica qual o equipamento o hospital deve comprar”;*
- *“Temos o sistema TASY que funciona muito bem, o problema são os médicos que não fazem a evolução do prontuário do paciente no sistema. Depois de uma determinada data, o sistema não permite mais nenhuma inserção de dados”.*

Os relatos apresentados demonstram a preocupação do hospital em contar com equipamentos modernos, bem como em propiciar condições para os mesmos possam ser operados de maneira correta e eficiente. Os médicos são valorizados, tanto que são eles quem sugerem o tipo de equipamento a ser adquirido, porém, ao mesmo tempo que existem recursos que possibilitam a prestação de um serviço de qualidade, é o próprio corpo médico quem resiste a colaborar com a alimentação contínua do fluxo de informações que poderão ser úteis a outros profissionais e à outras atividades decorrentes ou antecedentes da consulta médica.

Neste sentido, verifica-se semelhanças com achados dos estudos Rutledge (1996) e de Vendemiatti *et al.* (2010). Por um lado constatou-se que o envolvimento da equipe médica na tomada de decisões administrativas promovia uma redução dos custos e uma melhoria de desempenho nas atividades desenvolvidas no hospital como um todo.

Por outro, observou-se que, quando a administração estabelecia alguma rotina com a qual o corpo médico não concordava, eles boicotam a rotina, não fazendo parte dela, não seguindo o que foi proposto.

5.2.3.5 Fábrica (instalações) no HST

Ao avaliar os fatores de resultado em relação a esta categoria, constatou-se que os fatores de resultado custo e flexibilidade atingiram o cenário intermediário com nota 3 e apenas o resultado qualidade obteve nota 4. Tal resultado pode ser decorrente de problemas de layout e do processo de manutenção, conforme ilustrados nas evidências expressas nos seguintes relatos:

- *“Aqui é feita uma manutenção periódica bimestral, isto é pouco se considerarmos que a estrutura é ruim”;*
- *“Temos consciência de que até o ano que vem, nossa capacidade será estrangulada. Não temo mais espaço físico”;*
- *“Só se libera material da farmácia se o pessoal da enfermagem pedir; eles têm que aprender no corpo..se não fizerem os pedidos de maneira correta, precisarão ir e voltar várias vezes na farmácia”;*
- *“Possui uma estrutura tecnológica melhor que de muitos hospitais particulares. Há demanda para o aumento dos serviços disponibilizados, porém não há estrutura física suficiente. Depende da conclusão do novo hospital”;*
- *“Temos um projeto de um novo hospital que deverá estar pronto daqui a 4 anos”.*

Com base nos relatos é possível perceber que a estrutura física do HST é deficiente e isto tem implicação tanto no que diz respeito à capacidade instalada quanto em desperdícios de tempo de deslocamento.

Para Vos *et al.* (2007), o problema enfrentado pelo HST não é raro de acontecer, pois, é preciso levar em conta a vida útil da construção, ou seja, a possibilidade de ocorrer alterações ambientais provocadas, por exemplo, pelo envelhecimento da população, por novas demandas dos pacientes e por novos métodos de tratamento. Como consequência, é preciso fazer ajustes entre o layout, o mix de pacientes e o sistema de gestão das operações, uma vez que o horizonte de tempo provoca desequilíbrio no que tange aos aspectos infraestruturais do hospital.

5.2.3.6 Gestão Ambiental no HST

Nesta categoria, o fator custo obteve nota 3 e os fatores flexibilidade e qualidade foram avaliados positivamente com nota 4. De maneira geral, é possível afirmar que, apesar de alguns problemas, a Gestão Ambiental é vista a partir de um cenário favorável por parte dos respondentes, conforme evidenciado nos seguintes relatos:

- *“Hoje, num projeto, o que mais pega é a economia do meio ambiente. Terceirizamos a lavanderia porque não tinha como adequar. Com a estrutura que temos, a água ia toda para o rio. No hospital novo há mais espaço para incluir uma lavanderia dentro das adequações legais”;*
- *“É responsabilidade do estado de fazer o tratamento de efluentes”;*
- *“A higienização também é terceirizada, pois não se fazia o que se pedia e havia muita rotatividade de pessoal sem qualificação”;*
- *“Todos os equipamentos novos já são digitalizados. Tudo o que compramos já é com o intuito de não prejudicar o meio ambiente”;*
- *“O produto químico do RX e os materiais descartáveis são encaminhados para empresas terceirizadas; porém “a gestão ambiental se adequa às condições da estrutura física do HST”;*
- *“Tudo que fazemos é pensado na questão ambiental”;*
- *“Estamos comprando um gerador maior para negociarmos tarifa mais baixa de energia para o hospital”.*

Com base nestes relatos, pode-se perceber que existe uma consciência das exigências ambientais por parte da direção. Além de o hospital ter problemas estruturais, o mesmo está localizado em uma área de preservação permanente (APP) e isto inviabiliza a construção de adequações. Portanto, na medida do possível, há uma preocupação com a economicidade dos recursos naturais e escolhas de estratégias para lidar com o problema como, por exemplo, terceirizar áreas consideradas críticas.

O problema enfrentado pelo HST é da mesma ordem daqueles enfrentados pelos gestores hospitalares em relação às questões de instalações e o desequilíbrio causado por novas demandas que não acompanham o horizonte temporal percorrido entre o

momento da construção da infraestrutura hospitalar e a realidade atual, marcada por pressões de ordem clínica, legal, ética, social e econômica (VOS *et al.*, 2007).

5.2.3.7 Investimentos no HST

Quando avaliado os fatores de resultado, todos os três, custo, flexibilidade e qualidade obtiveram nota 4, representando assim, um cenário favorável e tendo como consequência, a categoria Investimentos como uma das melhores avaliadas, na opinião do grupo de participantes.

Para ilustrar a visão positiva nesta categoria, seguem os seguintes relatos:

- *“Vamos atrás das pessoas para saber quais são suas necessidades de treinamento”;*
- *“Se a gente pudesse fazer clones, teriam algumas pessoas que trabalham aqui que deveriam ser clonadas; elas se dão bem em qualquer setor que se coloca. Por outro lado, tem funcionário que tem dificuldade no lado tecnológico, mas compensa no relacionamento com o paciente”;*
- *“Não podemos fazer rotatividade de setor com os técnicos, pois se não dá certo. Alguns funcionam bem só para aquilo que eles foram contratados e para aquilo que sabem fazer”;*
- *“Adotamos como política deixar apenas uma pessoa para operar determinado equipamento; pois o equipamento é muito caro e, assim, é possível identificar se alguém fez mau uso do mesmo”.*

A análise dos relatos indica que o HST investe tanto em seus recursos tecnológicos quanto em seus recursos humanos. As pessoas são valorizadas; existe uma preocupação constante com a capacitação das mesmas, bem como com a aquisição e correta utilização dos equipamentos e tecnologias de ponta.

Cabe aqui lembrar que a categoria Investimentos define a postura da organização quanto à melhoria de equipamentos, produtos, incrementos tecnológicos e da preparação de pessoas. Nessa direção, a real vantagem competitiva de uma organização não está somente representada no âmbito financeiro ou nos altos investimentos em tecnologia, mas principalmente no investimento no seu quadro funcional (SOVIENSKI e STIGAR, 2008).

5.2.3.8 Organização e Cultura no HST

Nesta categoria os fatores de resultado custo e flexibilidade obtiveram a pontuação 3 e os fator qualidade foi avaliado com nota 4. De maneira geral, esta categoria também foi caracterizada como um cenário intermediário. A avaliação reflete o desempenho desta dimensão, que pode ser entendido a partir dos seguintes relatos:

- *“Temos uma preocupação de melhorar continuamente o serviço prestado ao usuário e, além disso, temos sempre em mente a função social do hospital. Por exemplo, há o projeto de criação de uma creche de idosos no espaço atual do hospital, que ficará disponível quando for inaugurado o novo hospital”*;
- *“O hospital vem alcançando melhorias contínuas desde que mudou sua direção geral há sete anos. O serviço prestado pelo hospital melhorou nesse curto espaço de tempo e isso tem consequência direta na motivação da equipe”*;
- *“O hospital tem procurado profissionalizar sua gestão e isto tem melhorado sua imagem perante a comunidade, aumentado também o número de doações não só da comunidade como também de empresas privadas, outras instituições e associações”*;
- *“Há uma forte preocupação com treinamento dos funcionários. Acreditamos que a educação continuada pode ajudar para criar uma cultura organizacional de eficiência e qualidade no atendimento, com diminuição dos desperdícios e trabalho em equipe”*.

A análise das evidências permite inferir que, na última década, como consequência da mudança da direção geral do hospital, tem-se perpetuado valores como: pessoas, qualidade, eficiência e trabalho em equipe. A valorização das pessoas e a busca constante de se obter melhorias têm contribuído para o clima positivo e a auto-imagem da instituição. Como resultado, percebe-se que o cumprimento da responsabilidade social do hospital tem sido atendido não só do ponto de vista de seus funcionários, como também, da comunidade onde está inserido.

Lopes *et al.* (2013) vão ao encontro da percepção dos participantes quando defendem a necessidade de se ter uma visão sistêmica de seus efeitos tanto internamente quanto externamente à organização. Portanto, a visão ampliada da qualidade envolve essencialmente a presença de valores, crenças e atitudes que apontam na direção de fazer melhor sempre e em todas as dimensões organizacionais. Isso requer o

conhecimento de práticas e o domínio de ferramentas capazes de detectar e prevenir problemas, além de gerar informações visando melhoria.

5.2.3.9 Planejamento da Produção no HST

Nesta categoria os fatores de resultado custo, qualidade e flexibilidade foram avaliados com nota 4, refletindo a percepção de um cenário favorável. Portanto, pode-se afirmar que o desempenho do subsistema planejamento da produção tem sido percebido de maneira positiva por parte do grupo de participantes, podendo assim, esta avaliação ser entendida a partir dos seguintes relatos:

- *“Foi feito um planejamento estratégico de cada setor para direcionar o alcance dos objetivos. Tudo que precisamos é planejado, desde a reforma do centro cirúrgico, até a contratação de mais um anestesista”;*
- *“Fazemos reuniões mensais com as chefias, mas infelizmente nem tudo está documentado nas atas de todas as reuniões”;*
- *“Contamos com um plantão médico de 24 hs e sobreaviso de 6 especialidades, temos equipamentos para lidar com diferentes intercorrências”;*
- *“Temos pop’s (procedimentos de operações padrões) para orientar a execução de diferentes atividades”.*

As evidências refletidas nos relatos dos participantes permitem inferir que existe uma preocupação constante em se fazer planejamentos como uma estratégia para organizar de maneira mais eficiente as diversas ações, bem como para se desenhar caminhos que possibilitem o alcance dos objetivos organizacionais.

A percepção dos participantes é consoante com as ideias de Teixeira *et al.* (2006) quando destacam que o planejamento da produção deve resultar num modelo operacional do hospital, que possibilite a análise continuada do desempenho institucional, tendo como parâmetro a relação entre as necessidades ou demandas da população, a capacidade de atendimento do hospital e os serviços efetivamente ali realizados.

5.2.3.10 Programação da Produção no HST

Assim como na categoria anterior, os fatores de resultado custo, flexibilidade e qualidade obtiveram nota 4, contribuindo para que a programação da produção fosse percebida a partir de um cenário favorável. A visão positiva, na opinião dos participantes, pode ser ilustrada a partir das seguintes evidências:

- *“Os relatórios mensais são constantemente avaliados. Trimestralmente, montamos comissões de contratualização para avaliar as metas físicas e financeiras”;*
- *“Tentamos ser coerentes em nossas ações. Por exemplo, se foram realizados 300 atendimentos no Pronto-Socorro e eles pedem mais funcionários; há algo errado, pois a meta era atender 500 pessoas”;*
- *“Ninguém aqui trabalha com estoque, pois a logística é muito rápida”.*

A percepção dos funcionários de que a maior parte do que foi programado acontece a contendo é expressa a partir da evidência de que no processo de gestão atribui-se a devida importância à elaboração de relatórios e sua constante avaliação para maximizar o controle das operações de diferentes naturezas.

Ao observar a semelhança em relação à de que modo as categorias planejamento da produção e programação da produção foram avaliadas, é possível inferir que, o cenário positivo de ambos os subsistemas é decorrente da constante preocupação declarada por parte dos gestores, em relação à importância de se planejar e colocar em prática aquilo que foi prospectado para assegurar o alcance dos objetivos organizacionais, bem como o controle dos resultados.

Altés *et al.* (2006) complementam a visão dos participantes com a ideia de que o planejamento das ações e a consequente gestão do desempenho hospitalar influencia, a tomada de decisão e o comportamento organizacional, habilitando os gestores a identificar oscilações no planejamento, prever ajustes no desempenho futuro e a atingir a melhoria contínua dos processos e atividades do hospital.

5.2.3.11 Saúde e Segurança no HST

No que diz respeito à avaliação dos fatores de resultado relacionados a essa categoria, custo obteve nota 3 e flexibilidade e qualidade, notas 4. De uma maneira geral, trata-se também de outro subsistema que foi avaliado como um cenário positivo em relação ao seu desempenho.

Seguem algumas evidências que ajudam a compreender melhor tal avaliação:

- *“Nós trocamos o médico do trabalho e agora não se discute mais atestado e sim, avalia-se a capacidade laboral do trabalhador que trazer o atestado”*;
- *“Na enfermagem, tem-se uma grande parte de funcionários com atestados; a rotatividade é alta em função de problemas depressivos”*;
- *“Como temos mais de 100 funcionários, precisamos urgentemente organizar uma CIPA”*;
- *“Adotamos medidas de segurança para baixar o número de acidentes; fizemos um levantamento para analisar as causas dos mesmos”*.

Apesar do grupo de participantes avaliar positivamente a categoria Saúde e Segurança, pode-se perceber, mediante a análise dos relatos que as ações adotadas em relação à conservação da salubridade e seguridade dos funcionários ainda são incipientes. Respeitar os requisitos legais é o mínimo que se espera de uma organização que tenciona não ter problemas relacionados aos acidentes de trabalho, bem como avaliar as causas dos acidentes é o primeiro passo para se buscar uma cultura de segurança.

É importante ressaltar que, afastamentos por problemas depressivos é uma situação frequente vivenciada pelos profissionais da área da saúde, em especial, da enfermagem. Portanto, cabe à organização adotar políticas e práticas que assegurem o alcance da qualidade de vida no trabalho e, em última instância, que decorra em maior produtividade e eficiência laboral.

Pereira *et al.* (2011) assinalam que o hospital, visto como um ambiente de trabalho, necessita de avaliação e monitoramento, pois também existem riscos aos quais as equipes de trabalho estão sujeitas. Portanto, é preciso compreender a relação entre ambiente, saúde e trabalho. Segundo os autores, os programas de educação e capacitação, a gestão de riscos e a adequação no ambiente, podem minimizar ou, ainda controlar as ocorrências de acidentes ou contaminações, baseando-se em medidas de prevenção.

5.2.3.12 Tempo de Ciclo no HST

Quando avaliados os fatores de resultado tendo como parâmetro a categoria Tempo de Ciclo, verificou-se que os fatores custo e flexibilidade obtiveram nota 3 e qualidade obteve a nota 4. Portanto, de uma maneira geral, pode-se afirmar que tal categoria foi avaliada a partir de um cenário intermediário, incitando medidas de melhoria para maximizar seu desempenho.

O resultado desta avaliação pode ser melhor compreendido tendo como base os seguintes relatos:

- *“Apesar de termos tudo planejado, se o médico atrasar o início de suas atividades, acaba comprometendo todas as outras atividades”;*
- *“Sabemos o tempo de cada processo, mas muitas vezes não acontece do modo que foi planejado”;*
- *“O atendimento ambulatorial é deficiente, mas o de urgência e emergência no Pronto-Socorro são muito bons”;*
- *“Apesar de sabermos que para estabilizarmos um enfartado precisaremos de 3 a 4 horas, não sabemos quanto tempo o SAMU levará para transferir este paciente; pois não temos controle sobre isto”;*
- *“Aqui a gente tem Deus, semi-Deus e professor de Deus..., ou seja, o gargalo da melhoria contínua é o corpo clínico que resistente às mudanças dentro do hospital, boicotando os projetos de melhoria desenvolvidos”.*

A análise das evidências deixa clara a ideia de que o hospital possui conhecimento do tempo despendido para executar parte de suas atividades, porém, seu desempenho acaba sendo prejudicado por algumas variáveis, definidas pelos participantes como, incontroláveis. No entanto, infere-se que falta uma visão sistêmica, bem como comprometimento por parte de todos os envolvidos, direta ou indiretamente para o alcance dos resultados e a eficiência operacional.

As evidências apresentadas pelos participantes são corroboradas pelas premissas de Teixeira *et. al.* (2006) quando enfatizam que o alcance da efetividade, eficiência e eficácia dependem diretamente do emprego de tecnologia organizacional, de recursos e instrumentos de uma gestão moderna, renovadora e inovadora, e mediante o emprego de instrumentos eficazes e profissionais preparados.

5.2.3.13 Qualidade no HST

A relação desta categoria com os três fatores de resultado resultou numa nota 4 em todos os quesitos avaliados, correspondendo desta maneira, a um cenário favorável. A referida pontuação pode ser justificada a partir das evidências extraídas dos seguintes relatos:

- *“Há algum tempo havia grande quantidade de material vencido e uma grande quantidade de estoques; hoje a situação é bem melhor”;*
- *“Investimos na padronização de procedimentos por especialidade, para isto, contratamos um médico para lidar com todo o corpo médico”;*
- *“Há uma boa comunicação entre a enfermagem e a farmácia; assim quando planejamos as compras, procuramos focar na qualidade e confiabilidade dos produtos”;*
- *“Na farmácia, estamos conseguindo padronizar as marcas dos antibióticos. A médica infectologista faz parte da CCIH e ajuda a decidir qual o tipo de antibiótico deve ser usado”;*
- *“O hospital melhorou seu atendimento, o que passou a atrair um público diferenciado. Hoje o hospital atende mais de 30 municípios em cirurgia de média complexidade”.*

A avaliação positiva do desempenho da categoria Qualidade pode ser evidenciada nos resultados decorrentes da preocupação com a melhoria constante e a redução dos desperdícios. Para tanto, percebe-se uma busca pela padronização de produtos e processo, pela manutenção da eficácia do processo comunicacional e do trabalho em equipe.

Investir em padronização de produtos e processos, melhorar a comunicação e desenvolver equipes são preocupações pertinentes de quem busca excelência na gestão. Conforme Campos e Bonassa (2006) e La Forgia e Couttolenc (2009), a baixa qualidade dos serviços hospitalares brasileiros está relacionada com a inexistência de sistemas de monitoramento e controle da qualidade, pouca compreensão de protocolos ou procedimentos clínicos padronizados, baixa habilidade técnica e gerencial, inexistência de estruturas de gestão bem organizadas e falta de um sentido de equipe e de pertencimento à organização.

5.3.3 Projetos de melhoria no HST

- 1) (Controle) desenvolver programa informatizado de apuração de custos e implantar o módulo de custo por setor;
- 2) (Desempenho operacional) melhorar a comunicação entre o hospital e as ABS dos municípios vizinhos;
- 3) (Equipamentos e tecnologia) adotar na farmácia a dispensação por código de barras e por turno;
- 4) (Investimento) fazer campanhas com fins de buscar parcerias com a comunidade (empresas e entidades de classe) para ampliar os serviços da área de otorrinolaringologia;
- 5) (Gestão ambiental) implantar o controle de economia de energia;
- 6) (Organização e cultura) fornecer programas de educação continuada;
- 7) (Planejamento) construir leito de UTI;
- 8) (Programação) envolver mais o corpo clínico para realização de várias cirurgias de uma mesma especialidade como, por exemplo, de varizes, com fins de ganhar uma cota extra do SUS e maximizar o reflexo social;
- 9) (Saúde e segurança) contratar mais funcionários;
- 10) (Tempo de ciclo) conscientizar a população a respeito da real necessidade de se procurar os serviços hospitalares;
- 11) (Qualidade) criar uma comissão para padronizar os materiais utilizados nos diversos procedimentos clínicos.

Em relação aos exemplos de projetos de melhoria do HST, é importante esclarecer que, pelo curto espaço de tempo que foi concedido aos pesquisadores para fazer a aplicação do instrumento neste hospital, não foi possível reunir novamente o grupo para que os participantes avaliassem as ideias de melhoria por eles elencadas e, assim, pudessem ser desenhados os projetos de melhoria de precisariam ser executados.

6. CONCLUSÃO

A partir das informações obtidas ao longo dessa pesquisa, foi possível construir conhecimentos que permitissem definir a estrutura e a composição de uma tecnologia de gestão da produção para sistemas hospitalares, capaz de proporcionar diagnósticos que

apontem para soluções competitivas, sua implementação e monitoramento de desempenho constante.

Em relação aos objetivos específicos da presente pesquisa, estes foram elaborados com intuito de servirem de etapas a serem cumpridas para o alcance do objetivo geral. Contribuíram eles para atualizar teoricamente cada elemento estrutural de um sistema de produção hospitalar, em termos de sua essência e sua relação com os fatores que lhe conferem competitividade; estudar casos de gestão em hospitais, mediante a aplicação do instrumento desenvolvido, com vistas ao incremento da eficiência operacional e competitividade e; identificar, selecionar boas práticas para formação de um banco de dados.

Assim, com base nos resultados obtidos ao longo de 24 meses, é possível afirmar que a tecnologia de gestão da produção para sistemas hospitalares proposta se estrutura numa relação dinâmica entre treze subsistemas de um sistema de produção (definidos aqui como categorias de análise) e três fatores de resultado. Em outras palavras, para que o desempenho organizacional de um hospital assuma características de competitividade e sustentabilidade, é preciso que o Controle da Produção, o Desenvolvimento de Novos Produtos, o Desempenho Operacional, os Equipamentos e Tecnologias, a Instalação, os Investimentos, a Gestão Ambiental, a Organização e Cultura, a Saúde e Segurança, o Planejamento da Produção, Programação da Produção, o Tempo de Ciclo e a Qualidade estejam funcionando de maneira harmônica e integrada e, desse modo, contribuindo para que os custos ali envolvidos sejam os menores possíveis e a flexibilidade e a qualidade dos produtos e processos sejam sempre maximizadas.

Portanto, para que a tecnologia de gestão possa ser útil à administração hospitalar, é necessário que um grupo de pessoas, que esteja alocado em diferentes níveis da estrutura organizacional e que conheça os processos envolvidos na prestação de serviços hospitalares, se reúna para refletir criticamente acerca de 39 assertivas, apresentadas por meio de cinco cenários contextualizados para a realidade em questão, é a partir de um exercício dialógico, mediado pela presença da figura de um consultor, cheguem num consenso corroborado por evidências e assim, avaliem de maneira negativa, intermediária ou positiva o desempenho da organização aonde estão inseridos.

A avaliação das assertivas acontece de maneira quanti e qualitativa e, na

sequência, obtém-se um diagnóstico organizacional com a elucidação de pontos fortes e fracos do desempenho da organizacional e, a partir do registro da fala dos participantes durante o momento da aplicação do instrumento, elencam-se uma série de ideias de melhoria. Num segundo momento, o grupo se reúne novamente e, em subgrupos, escolhem dentre aquelas ideias, as que consideram mais críticas e com maior potencial de exequibilidade e, então, elaboram-se projetos de melhoria, tendo como parâmetro uma folha A3, onde deverão descrever, de forma mais detalhada possível, qual é a situação atual, qual será a situação desejada, quais serão as ações necessárias, os responsáveis e prazos para cada ação e, finalmente, quais serão as possíveis dificuldades enfrentadas ao longo da execução de tais projetos. Chama-se atenção de cada projeto acaba envolvendo de maneira direta ou indireta os dez fatores de prática que também estão presentes na composição da tecnologia gerada. São eles: Alianças Estratégicas; Capital Humano; Conhecimento; Fatores Culturais; Inovação; Relacionamento com os Clientes; Responsabilidade Social; Sistemas de Controle; Técnicas de Produção e; Tecnologia da Comunicação e Informação.

Para a monitoração constante do desempenho, sugerem-se um conjunto de indicadores que deverão ser gerados com base em cada um dos projetos desenhados pelo grupo de participantes. Entretanto, é preciso destacar que a geração de tais indicadores não aconteceu nesta pesquisa, sendo assim entendida como uma limitação deste estudo. Esclarece-se, porém, que dentre os membros do NIEPC; há uma mestrandia que está envolvida na construção de tais indicadores.

No que diz respeito ao estudo de casos de gestão em hospitais, mediante a aplicação do instrumento desenvolvido, foram realizadas reuniões em três hospitais diferentes durante o ano de 2014. Primeiramente, estudou-se um hospital público de grande porte e de referência para a região circunvizinha da Grande Florianópolis. A reunião aconteceu ao longo de três manhãs e contou com a presença de aproximadamente 30 pessoas. Nesta ocasião, aplicou-se a primeira versão do instrumento, contendo 65 assertivas (treze categorias de análise X cinco fatores de resultado) e também aplicou-se um instrumento da Vigilância Sanitária, denominado “Roteiro de Padrões de Conformidade em Unidade Hospitalar”, cujas questões auxiliaram o raciocínio que subsidiou as discussões das assertivas.

Num segundo momento, em função de um convite recebido pela equipe de pesquisadores, fez-se a aplicação em um hospital filantrópico, de médio porte, em processo de Acreditação ONA do nível II para o III, num município do interior do sul de MG. A aplicação aconteceu ao longo de dois períodos, distribuídos em dois dias e contou com a presença de oito participantes. Nesta ocasião, testou-se um novo formato do instrumento com fins de melhorar a operacionalização do mesmo. Deste modo, a nova estrutura estava distribuída em 39 assertivas (treze categoria de análise X três fatores de resultado). É importante mencionar que, apesar de ter sido solicitado que o grupo respondesse também ao instrumento da Vigilância Sanitária, isso não aconteceu.

A terceira reunião aconteceu num hospital filantrópico, de pequeno porte, num município do interior do sul de SC, durante uma manhã e contando com a presença de nove pessoas. Neste momento testou-se outro novo do instrumento; ainda com as 39 assertivas, porém agora, incluindo os cenários contextualizados da ambiência hospitalar. Destaca-se que assim como no H2, solicitou-se que o grupo respondesse ao instrumento da Vigilância Sanitária e isso não aconteceu.

A fim de exemplificar os resultados quanti e qualitativos obtidos nos encontros com os participantes dos três hospitais, segue-se uma síntese dos achados da presente pesquisa.

No H1, pôde-se perceber pela análise organizacional do HRSJ, que existiam vários aspectos a melhorar, uma vez que apenas 11% das assertivas foram classificadas como amarela, ou seja, como relações que possuíam cenários considerados intermediários. As categorias Controle da Produção, Desempenho Operacional, Fábrica, Gestão Ambiental, Investimento, Organização e Cultura, Planejamento da Produção, Saúde e Segurança, Tempo de Ciclo e Qualidade obtiveram somente notas baixas, ressaltando a necessidade de melhoria em curto prazo.

Inferiu-se que a conotação de curto prazo poderia ser justificada, no caso dos Tempos de Ciclo, pelo fato de que é imprescindível que a organização hospitalar conheça e domine seus diferentes tempos de produção e, deste modo, possa contar com dados que alimentem os indicadores de seu desempenho, bem como subsidiem decisões referentes ao planejamento de suas ações e apontem as necessidades de investimento. Além disso, identificou-se que aspectos de estrutura e infraestrutura também deveriam ser foco de atenção por parte da gestão, uma vez que, parte-se do pressuposto de que a

rapidez, flexibilidade, qualidade, confiabilidade e menor custo dependem diretamente de um arranjo físico bem distribuído, organizado e sinalizado.

Numa visão integrada de todas as categorias, os fatores de resultado que apresentaram melhor avaliação, na média, por parte dos respondentes foi a confiabilidade e a qualidade e, o fator flexibilidade foi o pior avaliado.

Em termos das ideias de melhorias sugeridas pelo do grupo de participantes do H1, as mesmas se referiam às categorias Controle da Produção; Desenvolvimento de Novos Produtos; Desempenho Operacional; Equipamentos e Tecnologia; Fábrica (instalações); Gestão Ambiental; Organização e Cultura; Planejamento da Produção; Programação da Produção; Saúde e Segurança e; Tempo de Ciclo.

Com base nestas ideias, o grupo elaborou três projetos de melhoria: um referente à Recepção e saída do hospital; outro à Radiologia e o terceiro à Farmácia. Destaca-se que a execução dos projetos de melhoria propostos está direta ou indiretamente relacionada com os seguintes fatores de prática: técnicas de produção, sistemas de controle, capital humano, TIC's, conhecimento, relacionamento com clientes, inovação e fatores culturais.

Em relação ao H2, pôde-se perceber pela análise organizacional que existia uma predominância no cenário favorável, uma vez que apenas 1,17% das assertivas foram classificadas como rosa, ou seja, como relações que possuíam cenários considerados desfavoráveis. As categorias Controle da Produção; Desempenho Operacional; Equipamentos e Tecnologia; Gestão Ambiental; Planejamento da Produção e; Qualidade obtiveram somente notas altas, expressando assim a pouca necessidade de melhoria em curto prazo.

Inferiu-se aqui que o desempenho favorável na predominância das categorias analisadas poderia ser justificado pelo fato de se tratar de um hospital acreditado que estava pleiteando a obtenção do último nível da Acreditação Hospitalar. Portanto, os processos já estavam mapeados e eram bem conhecidos por todos; já existiam comissões implantadas e alguns programas de melhoria instituídos.

Numa visão integrada de todas as categorias analisadas pelo grupo do H2, o fator de resultado qualidade foi o que apresentou melhor avaliação, na média, por parte

dos respondentes e, o fator flexibilidade foi o pior avaliado. Entretanto, é importante esclarecer que os três fatores de resultado avaliado obtiveram nota média acima de 3.

Em relação às ideias de melhorias elencadas; estas estavam distribuídas nas seguintes categorias: Controle da Produção; Desenvolvimento de Novos Produtos; Desempenho Operacional; Equipamentos e Tecnologias e; Programação da Produção. Com base em tais ideias, o grupo desenhou três projetos de melhoria referentes às áreas: Programação da Produção; Treinamento & Desenvolvimento e; Inovação Tecnológica. Quanto aos fatores de práticas relacionados direta ou indiretamente à execução dos projetos, destacaram-se os sistemas de controle, o conhecimento, as TIC's, as técnicas de produção, os fatores culturais, as alianças estratégicas, o relacionamento com os clientes, o capital humano e a inovação.

Referente ao H3, pôde-se perceber pela análise organizacional que o cenário percebido pelos participantes era favorável, uma vez que nenhuma das assertivas foi classificada como vermelho e/ou rosa, ou seja, como relações que possuíam cenários considerados desfavoráveis. As categorias Equipamentos e Tecnologia, Investimento, Planejamento da Produção, Programação da Produção e Qualidade obtiveram somente notas altas.

Apenas as categorias Tempo de Ciclo e Fábrica obtiveram predominância de itens avaliados como cenário intermediário. Inferiu-se que tal avaliação estaria refletindo a necessidade de se buscar melhorias nessas dimensões. Partiu-se do pressuposto de que, conhecer e dominar seus diferentes tempos de produção deveria ser imprescindível para manter os demais cenários como favoráveis. Além disso, entendeu-se que a categoria fábrica deveria assumir significativa importância no contexto hospitalar, tanto no que dizia respeito ao aumento da flexibilidade das atividades operacionais, bem como da segurança do paciente e de seu corpo funcional.

Numa visão integrada de todas as categorias avaliadas pelo grupo de participantes do H3, os fatores de resultado que apresentaram melhor avaliação, foram custo e qualidade, uma vez que obtiveram a mesma média. O fator flexibilidade, mesmo sendo avaliado de forma positiva, foi o que obteve menor média.

No que diz respeito ao conjunto de ideias de melhorias elencada pelo grupo, as mesmas eram relacionadas com as seguintes categorias: Controle da produção; Desempenho Operacional; Equipamentos e Tecnologia; Investimentos; Gestão

Ambiental; Organização e Cultura; Planejamento da Produção; Programação da Produção; Saúde e Segurança; Tempo de Ciclo e; Qualidade. É importante esclarecer que, pelo curto espaço de tempo que foi concedido aos pesquisadores para fazer a aplicação do instrumento neste hospital, não foi possível reunir novamente o grupo para que avaliasse as ideias de melhoria por ele elencadas e, assim, pudessem ser desenhados os projetos de melhoria de precisariam ser executados.

Em relação à identificação, seleção e formação de um banco de boas práticas, é possível afirmar que, primeiramente identificaram-se, a partir de uma pesquisa de dados secundários em diversos periódicos, sites da internet e trabalhos de pós-graduação, algumas boas práticas que resultaram num artigo que foi submetido a um congresso internacional; porém, apesar do mesmo ter sido aceito, não foi possível realizar sua apresentação na ocasião do evento. Também, assinala-se que ao longo das aplicações, foi possível identificar outras boas práticas que, foram expressas a partir da fala dos participantes e que foram ilustradas na parte da apresentação e discussão dos resultados. Assinala-se que a consecução deste último objetivo específico ainda está em andamento, fazendo parte do estágio de pos-doutoramento de uma das pesquisadoras do NIEPC, bem como ele está expresso num projeto de extensão que foi submetido à UFSC e ainda está em processo de julgamento.

No que diz respeito aos projetos de melhoria propostos como produto do diagnóstico obtido mediante a aplicação da tecnologia de gestão gerada, é relevante destacar que, os mesmos só se tornarão efetivos na medida em que assumir um caráter de continuidade, bem como puder contar com o apoio de uma coordenação que centralize os esforços e seja capaz de estabelecer canais com o poder decisório da organização. É preciso que o empenho e o interesse dispensados por pessoas que acreditam que o aperfeiçoamento é sempre possível, sejam recompensados por atitudes positivas e comprometidas da alta gestão.

Um fato que chamou atenção dos pesquisadores e que merece ser mencionado é que durante a aplicação do instrumento era frequente a descoberta, pelos participantes, da inter-relação entre as categorias e os fatores, confirmando a complexidade existente entre os setores da organização.

Sabe-se que a atuação da organização varia conforme as atividades desenvolvidas, os equipamentos utilizados, o meio em que se trabalha e as

características das pessoas ali inseridas e recursos disponíveis. Porém, acima de tudo, depende de como a realidade é percebida e interpretada pelos atores do processo.

Nesse sentido, confirma-se a ideia de que a tecnologia proposta tem como diferencial, a possibilidade de aumentar o leque perceptivo das pessoas envolvidas, bem como ajudar as mesmas entenderem que as ações praticadas dentro de uma dada organização precisam estar integradas harmonicamente para que os fatores de competitividade possam ser alcançados.

Ao contemplar um conjunto de três hospitais para aperfeiçoar a tecnologia de gestão proposta pelos pesquisadores, entende-se que a troca de experiências entre hospitais poderá assumir um caráter de benchmarking, uma vez que se infere que algo que tenha sido concebido e experimentado com sucesso em determinada unidade, poderá também ser útil em outra.

Em outras palavras, a análise dos resultados pode ser vista como uma das principais ferramentas que possibilitam a avaliação da gestão hospitalar. Pressupõe-se que as comparações entre organizações também integram os processos avaliativos, uma vez que planos de melhoria podem ser desenvolvidos a partir de contribuições advindas de parcerias entre organizações e da realização de benchmarking.

Os conhecimentos gerados com a realização desta pesquisa permitem afirmar que a adoção de ferramentas de gestão e avaliação de desempenho pode representar, para os hospitais privados, filantrópico, públicos e universitários, uma significativa racionalização nos processos de prestação de serviços, com economia de recursos já reconhecidamente escassos.

Conclui-se que a proposição da tecnologia de gestão não é algo acabado, pois ainda se pretende acoplar a mesma um painel de monitoramento de indicadores online para que, quando fosse identificado que tais indicadores estivessem abaixo da meta, iniciar-se-ia um processo de investigação das causas para a correção do problema.

Cabe lembrar que os indicadores são informações utilizadas para o planejamento e controle da gestão organizacional. Ao se ter acesso a eles, torna-se possível ter um comparativo para avaliar o desempenho do hospital em questão perante os outros. O conhecimento dos indicadores poderá também servir como estímulo para conquistar melhores resultados.

7 REFERÊNCIAS

AHESC-FEOESC. **O retrato da saúde em SC**. Disponível em http://www.saude.sc.gov.br/materiais/estudo_sobre_hospitais/O_Retrato_da_Saude_em_SC_AHESC_FEHOESC.pdf. Acesso em: 12 de novembro de 2011.

ALEMI, F.; SULLIVAN, T. An example of activity based costing of treatment programs. **The American Journal of Drug and Alcohol Abuse**, v. 33, n. 1, p. 89-99, 2007.

ALTÉS, A. G.; ZONCO, L.; BORRELL, C.; PLASÈNCIA, A. Measuring the performance of health care services: a review of international of experiences and their application to urban contexts. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, n. 4, p. 316-324, jul/ago. 2006.

AZEVEDO, H.; MATEUS, C. Economias de escala e de diversificação: uma análise da bibliografia no contexto das fusões hospitalares. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 32, n. 1, p. 106-117, 2014. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0870902514000030>. Acesso em: 20 de março de 2015.

BARBUSCIA, C. S. Gestão de suprimentos na administração hospitalar pública. In: GONÇALVES, E. L. **Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006.

BECKER, M. C. Managing dispersed knowledge: organizational problems, managerial strategies, and their effectiveness. **Journal of Management Studies**, v. 38, n. 7, p. 1037-1051, 2001.

BITTAR, O. J. N. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Rev. Saúde Pública**, v. 30, n. 1, p. 53-60, 1996.

BOMFIN, D. F.; TRIVELLATO, L. P.; F. HASTENREITER. Aceitação e resistência ao processo de acreditação hospitalar sob a perspectiva dos profissionais que atuam em instituições hospitalares. **Revista Pensamento Contemporâneo em Administração**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 116-133, abr./jun., 2013. Disponível em: <file:///D:/Downloads/206-918-2-PB.pdf>. Acesso em: março de 2015.

BONACIM, C. A. G; ARAÚJO, A. M. P. **Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços de saúde: os reflexos das políticas operacionais no setor hospitalar**. *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16 suppl. 1, Jan. 2011.

BONIFÁCIO, M. C. R. **Análise crítica das melhores práticas de produção utilizadas no setor de autopeças.** Tese (Doutorado em Engenharia Mecânica) – Programa de Pós Graduação em Engenharia Mecânica, Departamento de Engenharia de Fabricação, Faculdade de Engenharia Mecânica da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

BOWEN, D. E.; YOUNGDAHL, W. E. Lean service: in defense of a production-line approach. **International Journal of Service Industry Management**, v. 9, n. 3, p.207-225, 1998.

BRAGA, L. S. **Gestão hospitalar com profissionalismo.** 2013. Disponível em: <<http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/artigos/gestao-hospitalar-com-profissionalismo/>>. Acesso em: março de 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório sobre organizações de saúde em SC.** Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Unidade.asp?VEstado=42. Acesso em: 20 de agosto de 2012.

BURNS, L. R.; WALSTON, S. L.; ALEXANDER, J. A.; ZUCKERMAN, H. S.; ANDERSEN, R. M.; TORRENS, P. R.; HILBERMAN, D. Just how integrated delivery systems? Results from a national survey. **Health Care Management Review**, v. 26, n. 1, p. 20, Winter, 2001.

CECÍLIO, L. C. O.; FEUERWEKER, L. C. M. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p.1400-1410, jul/ago, 2007.

CAMPONOGARA, S.; RAMOS, F. R. S.; KIRCHHOF, A. L. A **problemática ecológica na visão de trabalhadores hospitalares.** *Ciênc. saúde coletiva*, v. 16, n. 8, Rio de Janeiro, p. 3561-3570, Aug. 2011.

CAMPOS, C. V. A.; BONASSA, E. C. O novo paradigma da gestão de pessoas. In: GONÇALVES, E. L. **Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno.** São Paulo: Saraiva, 2006.

CARVALHO, M. P.; JORGE, M. J.; CARVALHO, F. A.; FERREIRA, D. S.; BATISTA, D. L. **Gerenciando pela avaliação do desempenho: uma aplicação ao serviço de saúde da marinha.** Anais SPOLM, Rio de Janeiro, Brasil, novembro, 2007.

CHAVES, C. V.; ALBUQUERQUE, E. M. **Desconexão no sistema de inovação no setor saúde: uma avaliação preliminar do caso brasileiro a partir de**

estatísticas de patentes e artigos. Economia Aplicada, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 523-539, dezembro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ecoa/v10n4/a03v10n4.pdf>. Acesso em fevereiro de 2015.

CLETO, F. R.; CARDOSO, F. F.; MITIDIARI FILHO, C. V.; AGOPYAN, V. Códigos de práticas: uma proposta de documentos técnicos de referência de boas práticas para a construção de edifícios no Brasil. **Ambiente Construído**, v. 11, n. 2, apr./june, 2011.

CORREA, L. R. C. **Os hospitais de pequeno porte do Sistema Único de Saúde e a segurança do paciente.** Dissertação (Mestrado), Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2009.

CUNHA, J. A. C. **Avaliação de desempenho e eficiência em organizações de saúde: um estudo em hospitais filantrópicos.** Tese (Doutorado) – Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2011.

DITTRICH, M. **A gestão em organizações culturais.** Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Administração. Florianópolis, 2011.

FARIA, J. H. **Economia política do poder.** Curitiba: Juruá, 2004.

FERNANDES, F. C. F.; SANTORO, M. C. Avaliação do grau de prioridade e do foco do Planejamento e Controle da Produção (PCP): modelos e estudos de caso. **Gestão & Produção**, v. 12, n. 1, p. 25-38, jan./abr., 2005.

FIESC. **Desempenho e perspectivas da indústria catarinense.** Disponível em: WWW.fiescnet.org.br. Acesso em: 15 de agosto de 2012.

FREIRE, R. P.; PITASSI, C.; GONÇALVES, A. A.; SCHOUT, D. Gestão de equipamentos médicos: o papel das práticas de qualidade em um hospital de excelência brasileiro. **RAHIS - Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde** - jan./jun., p.30-43, 2012.

GADELHA, C. A. G.; VARGAS, M. A.; MALDONADO, J. M.; BARBOSA, P. R. O complexo econômico-industrial da saúde no Brasil: dinâmica de inovação e implicações para o Sistema Nacional de Inovação em saúde. **Revista Brasileira de Inovação**, Campinas (SP), v. 12, n. 2, p. 251-282, julho/dezembro, 2013.

GIL, A. C. **Como elaborar projeto de pesquisa.** São Paulo: Atlas, 2002.

GROSSKOPF, S.; VALDMANIS, V. Measuring hospital performance: a non-parametric approach. **Journal of Health Economics**, v. 6, n. 2, p. 89-107, 1987.

GONÇALVES, C. **Relações complexas na administração de cadeias de produção**. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Administração. Florianópolis, 2011.

GONÇALVES, E. L.. Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa. **RAE-eletrônica**, v. 1, n. 2, jul-dez/2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/raeel/v1n2/v1n2a02.pdf>. Acesso em dezembro de 2014.

GONÇALVES, E. L. **Gestão hospitalar**: administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva, 2006.

GONÇALVES, E. L.; ACHÉ, C. A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 84-97, Jan./Mar. 1999.

GUPTILL, J. Knowledge management in health care. **Journal Health Care Finance**, v. 31, n. 3, p. 10-14, 2005.

LOPES, L. F. D.; MACHADO, F. P.; LOPES, F. G.; LIMA, M. P.; COSTA, V. M. F. e SILVA, D. D. M. Uma análise do ambiente mercadológico de uma empresa do setor metal mecânico sob as perspectivas de Portes. **Rev. Adm. UFSM**, Santa Maria, v. 6, n. 1, p. 103-118, JAN./MAR. 2013. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reaufsm/article/view/2966/pdf>. Acesso em: 02 de agosto de 2013.

MATOS, A. J. **Gestão de custos hospitalares**. São Paulo: STS; 2001.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA E TECNOLOGIA. **Plano Brasil Maior**. Disponível em: <http://www.brasilmaior.mdic.gov.br/>. Acesso em: 18 de agosto de 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. CNES.Net. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Atualizado em: 20 fev. 2010. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Index.asp?Configuracao=1024&bro=Microsoft%20Internet%20Explorer>. Acesso em 20 de julho de 2012.

MORE, C. L. O. O.; CREPALDI, M. A.; GONÇALVES, J. R.. MENEZES, M. Contribuições do pensamento sistêmico à prática do psicólogo no contexto hospitalar.

Psicologia em Estudo [online], 14, n.3, 465-473, 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 12 de junho de 2012.

MOREIRA, F. K. **Diagnóstico de organizações complexas**: o caso da Unidade de Pronto Atendimento Sul de Florianópolis. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Administração. Florianópolis, 2011.

NOVAES, H. M. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 5, p. 547-559, 2000.

OYADOMARI, J. C. T.; PEDRIQUE, A. L.; BIDO, D. S.; REZENDE, A. J. Uso do controle gerencial e decisões em organizações de saúde brasileiras: um estudo exploratório. **BBR**, Vitória, v. 11, n. 2, Art. 1, p. 1-34, abr.-jun. 2014.

PEREIRA, S. R.; PAIVA, P. B.; PEREIRA, A. R. Sistemas de Informação para gestão hospitalar. **J. Health Inform.** v. 4, n. 4, p. 170-175, Outubro-Dezembro, 2012.

PEREIRA, C. A. R.; REZENDE, L. C. S.; SILVA, A. F.; SIEGA, A. M. S.; SILVA, L. O. Análise de risco em ambiente hospitalar: uma proposta de trabalho. **RAHIS – Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde**, p. 18-29, jul/dez, 2011

PIANA; J. **Criação de instrumento de ensino**: identificando relações de competitividade nos sistemas de produção. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Administração. Florianópolis, 2012.

PORTER, M. E.; TEISBERG, E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

QUINTO NETO, A. Segurança dos pacientes, profissionais e organizações: um novo padrão de assistência à saúde. **RAS**, v. 8, n. 33, p.153-158, Out-Dez, 2006.

RAMOS, A. W.; MIYAKE, D. I. Desenvolvendo indicadores de produtividade e qualidade em hospitais: uma proposta de método. **Produto & Produção**, v. 11, n.2, p. 67-84, jun.; 2010.

RANGEL, M.; MONT'ALVÃO, C. Avaliação do desempenho do layout e da sinalização de uma unidade hospitalar. **Ação Ergonômica**, v. 6, n. 1, 2011. Disponível em: <http://www.abergo.org.br/revista/index.php/ae/article/view/104/100>. Acesso em: fevereiro de 2015.

ROMAN, D. J. Estudo sobre fatores de competitividade organizacional e seu impacto nas condições operacionais. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Administração. Florianópolis – 2011.

ROMANO, F. V. **Modelo de referência para gerenciamento de processo de projeto integrado de edificações**. Tese (Doutorado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de pós-graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis, 2003.

RUTLEDGE, V. R. Hospital physician alignment: a model for success. **Oncology Issues**, v. 11, n. 6, p. 18-20, 1996.

SANCHEZ, T. P. **Fatores da produção complexa**. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de pós-graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis, 2009.

SANTOS, J.; WYSK, R. A. e TORRES, J. M. **Otimizando a produção com a metodologia lean**. São Paulo: Leopardo Editora Ltda, 2009.

SCHIESARI, L. M. C.; MALIK, A. M. Instrumentos utilizados na prática diária da gestão da qualidade. In: GONÇALVES, E. L. **Gestão hospitalar: administrando o hospital moderno**. São Paulo: Saraiva, 2006.

SCHULZ, A. A. **Relações complexas na administração da produção**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-graduação em Administração. Florianópolis, 2008.

SCOTT, G. Customer satisfaction: six strategies for continuous improvement. **Journal of Health Care Management**, v. 46, n. 2, p. 82-85, 2001.

SEFFF, D. S.; SELAU, L. P. R.; PEDÓ, M.; SAURIN, T. **Produção enxuta em serviços: potenciais aplicações no Hospital de Clínicas de Porto Alegre**. VI SEPROSUL – Semana de Engenharia de Produção Sul-Americana, UFSC, Florianópolis, 2006.

SILVEIRA, A. M. O. L.. **Ferramenta de diagnóstico para organizações complexas**. Dissertação (Mestrado), Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Socio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Administração. Florianópolis, 2010.

SLACK, N. *et al.* **Administração da produção**. São Paulo: Atlas, 1997.

SOUZA, A. S.; GUERRA, F.; LARA, C. O.; GOMIDE, P. L.; PEREIRA, C. M.; FREITAS, D. A. Controle de gestão em organizações hospitalares. **Revista de Gestão USP**, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 15-29, julho-setembro, 2009.

TEIXEIRA, J. M. C.; FERNANDES, A. M. S.; BONATO, V. L.; FERNANDES, J. A. Ferramentas de suporte e gestão. In: GONÇALVES, E. L. **Gestão hospitalar**: administrando o hospital moderno. São Paulo: Saraiva, 2006.

TRIERWEILLER, A. C.; PEIXE, B. C. S.; TEZZA, R.; BORNIA, A. C. ; ANDRADE, D. F. e CAMPOS, L. M. S. Environmental management performance for Brazilian industries: measuring with the item response theory. **Work** (Reading, MA), v. 41, p. 2179-2186, 2012.

TORO RESTREPO, J. E. **Hospital & Empresa**. Medellín: Hospital Universitario San Vicente de Paul, 2000.

VELOSO, G. G.; MALIK, A. M. **Análise do desempenho econômico-financeiro de empresas de saúde**. RAE electron, v. 9, n. 1, jan./jun., 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1676-56482010000100003>. Acesso em 18 de agosto de 2012.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E. S.; FILARDI, F.; BINOTTO, E.; SIMIONI, F. J. **Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15 (Supl. 1), p. 1301-1314, 2010.

VIACAVAL, F.; ALMEIDA, C.; CAETANO, R.; FAUSTO, C.; MACINKO, J.; MARTINS, M.; NORONHA, J. C.; NOVAES, H. M. D.; OLIVEIRA, E. S.; PORTO, S. M.; SILVA, L. M. V.; SZWARCOWALD, C. L. Uma metodologia de avaliação do desempenho do sistema de saúde brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n.3, p. 711-724, 2004.

VLASTARAKOS, P. V.; NIKOLOPOULOS, T. P. The interdisciplinary model of administration: do health professionals and managers look at it the same way. **European Journal of Public Healths**, v.18, n.1, p. 71-76, fev./mai., 2007.

VOON, B. H. *et al.* Developing a HospiSE scale for hospital service excellence. **Int J Quality & Reliability Management**, v. 31, n. 3, p. 261-280, 2014.

VOS, L.; GROOTHUIS, S; MERODE, C. G. V. **Evaluating hospital design from an operations management perspective**. *Health Care Management Science*, 10, p.354367,2007.

Disponível em: <http://download.springer.com/static/pdf/699/art%253A10.1007%252Fs10729-007-9034>

[7.pdf?auth66=1427747963_a0aa0f55bf2f45342a19ce5ade66dfe7&ext=.pdf](http://download.springer.com/static/pdf/699/art%253A10.1007%252Fs10729-007-9034_7.pdf?auth66=1427747963_a0aa0f55bf2f45342a19ce5ade66dfe7&ext=.pdf). Acesso em: janeiro de 2015.