

MIRELA LOPES DE FIGUEIREDO

**A METODOLOGIA DE GESTÃO POR PROCESSOS E A
OPINIÃO, QUANTO À SUA UTILIZAÇÃO, DOS GERENTES
DE EQUIPE DE UM HOSPITAL**

Tese apresentada a Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção
do Título de Mestre em Ciências.

SÃO PAULO

2010

MIRELA LOPES DE FIGUEIREDO

**A METODOLOGIA DE GESTÃO POR PROCESSOS E A
OPINIÃO, QUANTO À SUA UTILIZAÇÃO, DOS GERENTES
DE EQUIPE DE UM HOSPITAL**

Tese apresentada a Universidade
Federal de São Paulo, para obtenção
do Título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria D'Innocenzo

SÃO PAULO

2010

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte inesgotável de amor e bondade, por dar-me o presente de desfrutar do estudo, por permitir-me viver os momentos de aprendizado com saúde, serenidade, persistência e fé.

A meu querido e amado pai Carmelito, que mesmo em outra dimensão, tenho certeza que esteve presente em mais este momento importante de minha vida. Suas bases sólidas me deram ânimo e vontade de continuar sempre que as dificuldades apareceram. Obrigada pela sua sabedoria, alegria e pureza de coração. Sinto muitas saudades!

A minha mãe Lia, que soube educar-me com perseverança, transmitindo-me os valores reais da honestidade e do bom caráter. Obrigada pelo apoio incondicional. Peço desculpas por tê-la deixado tão aflita com as minhas viagens.

Aos meus irmãos Kaline e Bruno, a minha sobrinha Thaís e ao meu cunhado Wesley que sempre contribuíram da forma que puderam, que entenderam minhas ausências do convívio familiar, meus momentos de estresse e nervosismo.

A Marco Aurélio, confesso que não saberia externar os meus sentimentos pela compreensão, apoio e incentivo que soube tão bem a mim desprender. Obrigada pelo amor, amizade, presença e pelas lições de otimismo e companheirismo. Sem você tenho certeza que não seria possível.

A minha querida orientadora, professora Dr^a Maria D'Innocenzo, para qual ofereço especiais agradecimentos por seus ensinamentos, competência, paciência, simplicidade e muito mais. Sempre foi e será um privilégio ter sido orientada por você. Sentirei saudades!

Aos colegas do grupo de pesquisa GEPAV-SE, especialmente a Renata Helito e Lilian Labbadia que muito contribuíram com orientações, trocas de experiências e principalmente pela convivência acolhedora nas minhas muitas idas a SP.

As minhas amigas, colegas de mestrado e de trabalho Silvânia Paiva e Priscilla Izabella, obrigada pelos tantos momentos compartilhados, pelas angústias divididas, pela participação na escolha do tema do projeto, pelos trabalhos em grupo e por tornar aqueles 15 dias em SP menos difíceis.

Sei que são múltiplos os agradecimentos, a tantas pessoas amigas, cúmplices de uma convivência repleta de lições de otimismo e companheirismo. Obrigada Regina, Lourdes, Kátia, Álisson e Sônia.

A Santa Casa, instituição de extrema importância social no Norte de Minas Gérias, região de um povo muito carente. Obrigada por ter sido minha fonte de inspiração para realização deste estudo, tenho orgulho de trabalhar num Hospital que busca todos os dias ser melhor e mais confiável.

A Diretoria da Santa Casa, especialmente a Dr. Francisco Barros, que autorizou o desenvolvimento do estudo neste Hospital e permitiu minhas ausências.

Aos colegas Gerentes de Equipe da Santa Casa por aceitarem participar desta pesquisa, obrigada pela disponibilidade, receptividade e presteza ao responderem o questionário.

As chefes de Departamento, Coordenadoras de enfermagem e Coordenadoras de estágio da UNIMONTES, Elaine Cristina, Simone Guimarães, Tereza Bretas e Daniella Fagundes que contribuíram significativamente para realização e, hoje, conclusão deste mestrado, obrigada pela colaboração e apoio.

A Carla Silvana pelo incentivo no processo seletivo, pelas dicas e contribuições com orientações técnicas sobre projeto e os formulários da UNIFESP.

A Soraya Ottoni e Rita de Cássia Franzé de Oliveira, a contribuição de vocês foi muito importante, pois deu a tese o corpo necessário para que pudesse vir a público para a estréia.

Aos Professores da UNIFESP pelo acolhimento e contribuições com novos e significativos ensinamentos.

Ao Departamento de Enfermagem e programa de Pós Graduação da UNIFESP pelo alto nível do mestrado oferecido.

Finalmente aos meus alunos, principal fonte de incentivo ao aprimoramento e crescimento profissional.

“O segredo do Mestre Guerreiro é saber quando lutar, assim como o segredo do Artista é saber quando representar. O conhecimento de assuntos e métodos técnicos é fundamental, mas não o suficiente para garantir o sucesso, em qualquer arte ou ciência de ação e desempenho, a percepção direta do potencial do momento é essencial para a execução de um golpe de Mestre”.

Sun Bin - Discípulo direto de Wang Li

LISTA DE TABELAS

TABELA 01 - Sexo dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	36
TABELA 02 - Faixa etária dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	37
TABELA 03 - Orientação religiosa dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	38
TABELA 04 - Estado civil dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	38
TABELA 05 - Nível de escolaridade dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	39
TABELA 06 - Tipo de graduação dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	39
TABELA 07 - Tempo de graduação dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	40
TABELA 08 - Modalidade de ensino universitário dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	40
TABELA 09 - Especialização dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	41
TABELA 10 - Tipo de especialização dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	41
TABELA 11 - Tempo de serviço dos gerentes no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	42
TABELA 12 - Jornada de trabalho dos gerentes no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	43
TABELA 13 - Gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) que possuem outro vínculo empregatício.	43
TABELA 14 - Primeiro contato com a ferramenta Gestão de Processos entre os gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	44
TABELA 15 - Gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros que trabalham com a ferramenta Gestão por Processos.	45

TABELA 16 - Tempo de trabalho dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) com a ferramenta Gestão por Processos.	47
TABELA 17 - Dificuldades sentidas pelos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros ao utilizarem “Gestão por Processos”.	48
TABELA 18 - Dificuldades encontradas no início pelos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) ao utilizarem a “Gestão por Processos”.	49
TABELA 19 - Dificuldades encontradas hoje pelos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) ao utilizarem a “Gestão por Processos”.	51
TABELA 20 - Ações realizadas no gerenciamento de processos nas unidades gerenciais do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	54
TABELA 21 - Avaliação dos gerentes quanto às informações oferecidas pela Instituição sobre “Gestão por Processos”.	55
TABELA 22 - Grau de importância da utilização da “Gestão por Processo” como ferramenta administrativa no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	56
TABELA 23 - Grau de importância da utilização da ferramenta Gestão por Processos para melhor gerir os processos de trabalho na Instituição.	57
TABELA 24 - Benefícios com a implantação da metodologia “Gestão por Processos” no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	59
TABELA 25 - Visão do gerente sobre a equipe do setor para a implantação da ferramenta “Gestão por Processos” no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG).	62

LISTA DE SIGLAS

AHMG	Associação de Hospitais de Minas Gerais
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BSC	<i>Balanced Score Card</i>
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CACON	Centro de Alta Complexidade em Oncologia
CAHA	Comissão Conjunta de Acreditação Hospitalar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
IQG	Instituto Qualisa de Gestão
ISO	<i>International Standardization Organization</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
PPH	Programa de Padronização Hospitalar
PROHOSP	Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais
SIG	Sistema de Informação Gerencial
SUS	Sistema Único de Saúde
TI	Tecnologia de Informação
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UNIFESP	Universidade Federal de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

RESUMO	
ABSTRACT	
LISTA DE TABELAS	
LISTA DE SIGLAS	
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO DE LITERATURA	4
2.1 Gestão Baseada em Processos: Conceitos e Fundamentos.	4
2.1.1 Definição de Processos	5
2.1.2 A Gestão por Processos	6
2.1.2.1 Classificação e padronização	6
2.1.2.2 A importância dos Processos	7
2.1.3 A metodologia de Modelagem de Gestão por Processos	9
2.1.4 Ferramentas de Gestão por Processos	12
2.1.5 Informação e a Gestão por Processos	15
2.2 A Instituição Hospitalar e a Acreditação	17
2.2.1 A Gestão Organizacional	17
2.2.2 A história e a evolução nos processos de qualidade	18
2.2.3 Acreditação Hospitalar	21
2.2.4 Breve Histórico da Instituição Pesquisada	22
2.3 Avaliação de Desempenho e Indicadores	27
2.3.1 Objetivo dos Indicadores de Desempenho	28
2.3.2 Estrutura e Construção do Sistema de Indicadores	29
3. OBJETIVOS	31
3.1 Objetivo Geral	31
3.2 Objetivos Específicos	31

4. METODOLOGIA	32
4.1 Tipo de pesquisa	32
4.2 Local da pesquisa	32
4.3 População e amostra	32
4.4 Critérios de inclusão	33
4.5 Instrumento de coleta	33
4.6 Considerações éticas	34
4.7 Aspectos metodológicos	34
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO	36
5.1 Resultados sociodemográficos	36
5.2 Análise da Percepção dos Gerentes	43
6. CONCLUSÃO	64
7. REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	77
APÊNDICE	81

RESUMO

O Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) implementa mudanças em seus sistemas administrativos, e a Gestão por Processo passou a ser um instrumento de aperfeiçoamento contínuo, ajudando no planejamento, na liderança e no controle de tudo o que é feito, porém, de difícil utilização. Esta pesquisa buscou estudar as dificuldades vivenciadas pelos gerentes na utilização da ferramenta de Gestão por Processo, sendo possível analisar a percepção desses gestores e o grau de dificuldade nesta metodologia, identificando os principais aspectos do processo e analisando as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde, gestores da instituição, para a manutenção da qualidade. O cenário de estudo foi a Irmandade Nossa Senhora das Mercês - Hospital Santa Casa de Montes Claros, classificada como Hospital Geral, possuindo 320 leitos. Os sujeitos pesquisados foram os 24 Gerentes de Equipe tendo como instrumento de coleta de dados o questionário, previamente validado e testado. Ao finalizar todo o processo de análise, pôde-se concluir que a maioria dos gestores tem curso superior e parte deles já tem especialização. A maioria dos envolvidos teve o primeiro contato com esta metodologia na própria Santa Casa e já faz uso das ferramentas administrativas ao longo da trajetória profissional na instituição. Ao implantar esta metodologia, inicialmente, as principais dificuldades da utilização tratavam-se da falta de conhecimento teórico e prático dos gerentes, da cultura organizacional e da resistência às mudanças. Na atualidade, as principais dificuldades apontadas pelos gestores foram outras. O cenário atual aponta como o principal dificultador da utilização da metodologia Gestão por Processo o acúmulo de atividades do Gerente dentro da Santa Casa. Ao analisar a opinião dos pesquisados sobre o que seria realizado no gerenciamento de processos em uma unidade, a maioria compreendeu tratar-se de medição de indicadores, interação de processos e realização de análise crítica do mesmo. Outro ponto que necessitou ser destacado é o fato de o Hospital Santa Casa de Montes Claros oferecer informações sobre Gestão por Processo de forma muito satisfatória para os profissionais que trabalham no processo decisório. Esse envolvimento entre a instituição e os gestores fortaleceu a segurança e o senso crítico dos profissionais, avaliando os processos para que houvesse maior eficácia nos resultados previstos. Essa gestão é a eleita para trabalhar na Santa Casa, e o Gerente de Unidade é o profissional escolhido para realizar o levantamento e controle dessas informações. Assim, é necessário adequar suas atividades e minimizar as dificuldades encontradas utilização da metodologia de processos. Quanto aos benefícios com a implantação da metodologia Gestão por Processos no Hospital Santa Casa, a pesquisa apontou que a maioria acredita ser a constante busca da melhoria na qualidade dos serviços, na obtenção do título de Acreditação Hospitalar, no alinhamento de condutas e na padronização dos processos. Uma vez reconhecidas as implicações do sistema de qualidade pelos próprios profissionais, mais fácil será o caminho para a manutenção de todo o processo e a conquista da excelência no atendimento. Espera-se, portanto, que este estudo possa contribuir para que as equipes reflitam sobre o processo da qualidade, a responsabilidade social, as mudanças de hábitos e dos conceitos embutidos na metodologia de Gestão por Processo.

Palavras-Chave: Administração de Serviços de Saúde, Gestão da Qualidade, Acreditação, Avaliação de Processos e Resultados, Serviços de Enfermagem.

ABSTRACT

Santa Casa Hospital of the Montes Claros (MG) implements changes in its administrative systems. The Management by Process has become a tool of continuous improvement, assisting in planning, leadership and control of all that is done. However, it is difficult to use. This study aimed to explore the difficulties experienced by managers in using the Management by Process tool. It was possible to analyze the perception of managers and the degree of difficulty in this methodology, identifying aspects of the process and analyzing the strategies used by health professionals, managers of the institution, for the maintenance of quality. The study setting was the Irmandade Nossa Senhora das Mercês - Hospital Santa Casa of the Montes Claros, classified as General Hospital, having 320 beds. The subjects of this study were 24 team managers and the instrument of data collection was a questionnaire, previously validated and tested. It was found that most managers have a college degree and some of them already have expertise. Most of subjects involved in this study had the first contact with this methodology at the Santa Casa Hospital and already makes use of administrative tools lifelong career in this institution. The main difficulties of using this methodology were the lack of theoretical and practical knowledge of managers, organizational culture and resistance to change. Currently, the main problems identified by managers were others. Presently, the main difficulty in using the methodology of Management by Process is the accumulation of activities by the manager of the Santa Casa. In analyzing the respondents' opinion of what would be done in process management in a unit, the majority understood that was the measuring indicators, interaction process and critical analysis of it. Another point that needed to be highlighted is the fact that the Santa Casa Hospital offers information about Management by Process very satisfactorily for professionals working in decision making. The engagement between the institution and the management has tightened security and critical sense of the professional evaluating the processes for greater efficiency in the expected results. This management is elected to work at the Santa Casa, and the Unit Manager is the chosen professional to conduct the investigation and control of such information. It is therefore necessary to adapt their activities and minimize the difficulties encountered in using the process methodology. With regard to benefits from the implementation of the Management by Process methodology in Santa Casa Hospital, the survey indicated that most believed to be a constant search for improvement in the quality of services, for obtaining the Hospital Accreditation and to standardize practices and processes. Once recognized the implications of the quality system by professionals, the way to the maintenance of the whole process and the achievement of service excellence will be easier. Therefore, it is expected that this study can contribute to the reflection of the teams on the process quality, social responsibility, changes in habits and concepts built into the methodology of Management by Process.

Keywords: Health Services Administration, Quality Management, Accreditation, Outcome and Process Assessment, Nursing Services.

1. INTRODUÇÃO

3. OBJETIVOS

2. REVISÃO DE LITERATURA

4. METODOLOGIA

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6. CONCLUSÃO

7. REFERÊNCIAS

APÊNDICES

1. INTRODUÇÃO

Em um mundo cada vez mais competitivo, as organizações têm sido forçadas a buscar novos formatos estruturais e adotar modelos de gestão mais adequados à realidade, visando ao atendimento das demandas sociais e de mercado. Incluídas no rol das organizações de natureza social, estão os hospitais que, devido a sua complexidade e característica diferenciadas, vêm sofrendo o impacto das mudanças, procurando adaptar-se ao atual contexto.

O setor hospitalar se caracteriza como um dos mais complexos e de difícil gerenciamento, e a Gestão por Processo é um instrumento eficaz na busca da satisfação do cliente e do aperfeiçoamento contínuo, além de ajudar e facilitar o planejamento, a liderança e o controle de tudo o que é feito. É necessário, também, pesquisar a opinião dos gerentes sobre a importância de se trabalhar com tal modelo de gestão por serem estes os agentes responsáveis pelas mudanças.

O presente estudo apresenta em sua Revisão de Literatura os conceitos e fundamentos baseados na Gestão por Processo, trazendo a estrutura e a definição de processos, a classificação e padronização, além da importância dos processos em uma instituição de saúde. Neste mesmo capítulo, faz-se menção à metodologia de modelagem de Gestão por Processo (desde a construção até a re-engenharia), às ferramentas mais utilizadas para gerir os processos, e à necessidade de informações fidedignas referentes ao processo como um todo.

Traz, também, informações da instituição hospitalar e suas peculiaridades, abordando a gestão organizacional e a evolução dos processos. Comenta, ainda, sobre a gestão da qualidade com ênfase na Acreditação Hospitalar e traz a história do Hospital pesquisado, além de conceituar os indicadores e a necessidade de uma avaliação de desempenho, dando ênfase aos objetivos dos indicadores de desempenho com sua estrutura e construção. Os aspectos metodológicos, os resultados e a discussão da pesquisa monográfica estão presentes no decorrer literário.

Nas considerações finais, enaltece-se a compreensão e reflexão acerca da Gestão por Processo, que poderá contribuir para minimizar os riscos assistenciais advindos da prestação de serviços em saúde. Uma vez reconhecidas as implicações do sistema de

qualidade pelos próprios profissionais, mais fácil será o caminho para a manutenção de todo o processo e a conquista da excelência no atendimento.

O interesse da pesquisadora em estudar o tema surgiu em decorrência da mesma encontrar-se inserida neste contexto, desde 2002, quando assumiu cargo de Gerente Assistencial e logo mais, em 2005, quando experienciou o momento de re-estruturação do organograma e do modelo de gestão adotado pela instituição, que a partir de então tinha como principal meta estratégica a obtenção do título de Acreditação Hospitalar. Acrescentam-se, ainda, as dificuldades da própria autora em colocar em prática a metodologia de gestão por processos.

No presente estudo alguns questionamentos sobre o uso da ferramenta Gestão por Processos, levaram a indagar-se: que características possuem a equipe de gerentes da instituição que se propôs a implantar a gestão por processos? Qual é a importância para os gerentes em utilizar a gestão por processos como ferramenta administrativa? Como são percebidos os avanços no desempenho das equipes de trabalho a partir da utilização da gestão por processos? Quais as dificuldades em utilizar a ferramenta gestão por processos na instituição pesquisada? Quais os benefícios na utilização da ferramenta gestão por processos na instituição pesquisada?

Pautado nestas dúvidas expostas, este estudo teve o propósito de identificar as dificuldades de utilização da ferramenta Gestão por Processos pelos gerentes de uma instituição hospitalar que a adotou como modelo de gestão. Os objetivos específicos foram caracterizar os gerentes de equipe desta instituição; Conhecer a percepção dos gerentes sobre a metodologia gestão por processos; Identificar os principais aspectos facilitadores e dificultadores na utilização da metodologia gestão por processos e analisar as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde, gerentes da instituição, para a manutenção do processo de qualidade.

Espera-se, portanto, que o estudo em questão possa contribuir para que as equipes reflitam sobre o processo da qualidade, a responsabilidade social, as mudanças de hábitos e dos conceitos embutidos na metodologia de Gestão por Processo, pois, um setor como o da saúde, em que os recursos não são abundantes, a variável trabalhada torna-se de grande valia.

O emprego da metodologia Gestão por Processos tem-se tornado cada vez mais um requisito essencial de grande parte dos sistemas de gestão organizacional. É uma das exigências para obtenção do título de Acreditação hospitalar. A comparação dos resultados

advindos dos diferentes modelos de gestão ainda é pouco conhecida. A influência desta ferramenta no desempenho das organizações de saúde ainda não foi devidamente demonstrada.

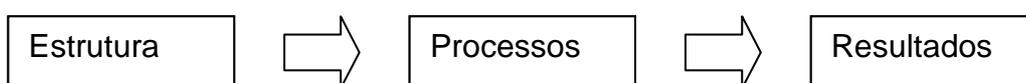
Ademais, intenta-se oferecer, a partir das percepções colhidas, uma melhoria contínua da qualidade assistencial, levando-se em consideração um maior compromisso e a motivação dos profissionais de saúde, bem como o incremento do cuidado humanizado, o qual é fundamental para a prática assistencial.

2. REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Gestão Baseada em Processos: Conceitos e Fundamentos

Em função do envolvimento de profissionais com interesses, conhecimentos e habilidades diferentes no processo produtivo como um todo, surgem problemas de comunicação nas interfaces entre aqueles que participam de uma mesma etapa e também entre etapas de um processo. A integração direcionada para os objetivos da organização torna-se, então, indispensável.

Em regra, as abordagens de avaliação dos serviços de saúde se fundamentam em três enfoques básicos e complementares, conforme a formulação clássica de Donabedian (ESCRIVÃO, 2007):



A **Estrutura** refere-se ao quadro de pessoas, área física, materiais, medicamentos, protocolos, programa de manutenção, programa de avaliação de desempenho. Os **Processos** estão relacionados à utilização desses recursos como, por exemplo, se as pessoas existentes na organização são recrutadas de maneira apropriada, se estão qualificadas para assistência, se seguem protocolos, se os materiais e medicamentos são usados conforme protocolos. Já os **Resultados** devem apontar se o trabalho da organização é satisfatório. Porém, devido as características específicas do processo de produção em saúde, trabalha-se sempre nos limites das possibilidades de forma que uma boa estrutura favorece processos adequados que, por sua vez, aumentam a probabilidade de atingir os resultados desejados (D'INNOCENZO, 2006).

Deming (1990), através de um dos seus 14 princípios da qualidade, ressalta que a Gerência por Processos, por trazer o conceito da cadeia fornecedor - processo - cliente, em uma visão horizontal das organizações (visão sistêmica), é capaz de integrar as diferentes funções existentes na instituição.

2.1.1 Definição de processos

Os processos são ações realizadas por agentes transformadores (pessoas, tecnologia) que irão modificar elementos de entrada de modo que eles alcancem os objetivos esperados. De acordo com Gonçalves (2000), o conceito de processo é proveniente dos princípios da engenharia, e representa um conjunto de atividades que trabalham os *inputs* (entradas) da organização de forma a adicionar valor aos mesmos, para que se transformem em *outputs* (saídas) a clientes específicos.

A excelência do desempenho e o sucesso no negócio requerem que todas as atividades inter-relacionadas sejam compreendidas e gerenciadas segundo uma visão de processos e é fundamental que sejam conhecidos os clientes desses processos, seus requisitos e o que cada atividade adiciona de valor na busca do atendimento a esses requisitos (FPNQ, 2004).

Processos constituem ações de específicas áreas que estão inter-relacionadas e cujo resultado final é o produto ou serviço prestado ao cliente. De Sordi (2005) reafirma que a gestão de processos envolve um escopo fundamentado no cliente e na agregação de valor ao produto ou serviço, o que implica analisar os processos de forma horizontal, ou seja, na integração dos esforços das áreas funcionais. Sendo assim, é imprescindível a organização se mobilizar na tentativa de reduzir os níveis hierárquicos e de construir uma estrutura mais 'horizontalizada', propiciando uma maior aproximação entre os participantes da organização e, para isso, é imprescindível desenvolver um desenho dos processos produtivos.

Algumas considerações foram tecidas por Donabedian, em 1988, a respeito dos diferentes modelos de qualidade que explicitam as peculiaridades da transposição da qualidade para a área de saúde, estabelecendo os sete atributos como pilares de sustentação que a definem. O primeiro diz respeito à eficácia como habilidade em atingir os melhores resultados na assistência por meio dos melhores cuidados. O segundo pilar fala sobre a efetividade que se trata do resultado do cuidado obtido na situação real. O terceiro trouxe a idéia de eficiência, a qual consiste na diminuição de custos da assistência sem diminuir as melhorias alcançadas. O quarto incide na aceitabilidade do serviço conforme as expectativas dos pacientes e familiares. O quinto pilar propõe a legitimidade com os conceitos sociais expressos em princípios éticos, valores, normas, regulamentos e leis. O sexto pilar denota a otimidade que é o cuidado relativizado quanto ao custo (do ponto de vista do paciente). E por

fim, esse autor refere-se à equidade na assistência à saúde como sétimo pilar. Sendo assim, entre as estratégias para a garantia e melhoria da qualidade está a influência do desempenho profissional e do aprimoramento do modelo de gestão (MANZO, 2009).

Consoante Johnston e Clark (2002), desenhar os processos é essencial para desenvolver a engenharia dos mesmos e representa uma atividade de tentativa e erro, na qual os gerentes podem conhecer, testar e avaliar as ações de cada processo. O importante para tornar o sistema mais eficiente é visualizar a integração dos processos a partir da perspectiva dos clientes e, assim, entender como esses processos são realmente realizados e o que poderia ser modificado, caso necessário.

2.1.2 A Gestão por Processos

A Gestão por Processo pode ser entendida como o

“enfoque administrativo aplicado por uma organização que busca a otimização e melhoria da cadeia de processos, desenvolvida para atender necessidades e expectativas das partes interessadas assegurando o melhor desempenho possível do sistema integrado a partir da mínima utilização de recursos e do máximo índice de acerto” (UNICAMP, 2003 *apud* BARBARÁ, 2006, p.139)

Barbará (2006) comenta que, para gerir uma organização com base na Gestão por Processos, torna-se necessário investigar variáveis como saber para que a Organização existe, qual a sua missão ou negócio; quais são os processos críticos de negócios (aqueles que mais impactam/afetam os clientes); quais os recursos necessários para gerar os produtos que os clientes desejam adquirir; o que de essencial a Organização oferece para os clientes; e como gerenciar o fluxo de informação, trabalho ou atividades e produtos, visando satisfazer os clientes.

2.1.2.1 Classificação e padronização

Muitas pessoas acreditam que os processos podem burocratizar a atividade organizacional e que seguir à risca as normas e padrões possam engessar ou reduzir a flexibilidade da organização na execução de tarefas ou na tomada de decisão. Criar documentos, rotinas, normas, procedimentos e instruções para tudo o que se faz numa organização pode contribuir para isso. Barbará (2006) conclui seu pensamento comentando

que se a organização adotar procedimentos padrões somente para as atividades essenciais, não resolverá o problema e sugere a combinação entre *“poder, autoridade e capacidade de criar regras com flexibilidade, mantendo sempre o equilíbrio e o bom senso”* criando um ambiente favorável às mudanças e criatividade.

Regras devem ser criadas para colocar ordem, disciplina, prioridade para fazer as coisas e estabelecer padrões de planejamento, execução e controle do desempenho organizacional, e jamais para dificultar ou burocratizar as atividades organizacionais (MACEDO, 2001).

2.1.2.2 A importância dos Processos

A Gestão por Processo é um instrumento eficaz na busca da satisfação do cliente e do aperfeiçoamento contínuo do Sistema de Gestão de Qualidade, além de ajudar e facilitar o planejamento, a liderança e o controle de tudo o que é feito e, ainda, facilita a comunicação e o trabalho em todos os setores da organização (FPNQ, 2004).

A organização deve estabelecer, documentar e manter um sistema de gestão de qualidade e melhorar continuamente a sua eficácia de acordo com os requisitos e, para isso, precisa identificar os processos necessários ao sistema de gestão de qualidade e à sua aplicação; determinar a sequência e a interação desses processos; determinar os critérios e os métodos para assegurar a efetiva operação e monitoramento dos mesmos; assegurar a disponibilidade de recursos e informações; monitorar, medir e analisar esses processos e implementar ações para os resultados planejados e a melhoria contínua desses processos (BARBARÁ, 2006).

De acordo com Antunes (1997), os processos permitem que os indivíduos assumam mais responsabilidades; adotem mecanismos mais eficazes de participação na realização do trabalho e empreguem melhores meios de comunicação.

No enfoque de D'Ascensão (2001), é possível observar que, em se tratando de um processo, é necessário identificar todos os recursos envolvidos. Na identificação e interpretação dos processos, é preciso estabelecer uma hierarquia. Harrington (1993) sugere uma classificação de acordo com o grau de abrangência na organização, contemplando o **Macroprocesso** como sendo um processo que geralmente envolve mais de uma função da

organização, e sua operação tem impacto significativo no modo de a organização funcionar. O **Processo**, um conjunto de atividades sequenciais (conectadas), relacionadas e lógicas, toma um *input* com um fornecedor, acrescenta valor a este e produz um *output* para um consumidor. O **Subprocesso** trata da parte que, inter-relacionada de forma lógica com outro subprocesso, realiza um objetivo específico em apoio ao macroprocesso e contribui para a missão deste. As **Atividades** são coisas que ocorrem dentro do processo ou subprocesso. São geralmente desempenhadas por uma unidade (pessoa ou departamento) para produzir um resultado particular. Elas constituem a maior parte dos fluxogramas. E a **Tarefa** é a parte específica do trabalho, ou melhor, o menor microenfoque do processo, podendo ser um único elemento e/ou subconjunto de uma atividade. Geralmente, está relacionada a como um item desempenha uma incumbência específica.

Os termos: re-engenharia, melhoria, mapeamento, gerenciamento e modelagem de processos sugerem diferenças conceituais e práticas no tratamento de processos. Neste momento, é fundamental esclarecer se há ou não diferenças para que a proposta deste trabalho torne-se mais clara.

A re-engenharia é a ação de reorganizar uma empresa, reduzindo o número de departamentos e/ou níveis hierárquicos, muitas vezes com a dispensa de funcionários (MICHAELIS, 2003). Para Davenport (1994), a re-engenharia de processos distingue-se da melhoria de processos, que visa a um nível inferior de mudança. Se a re-engenharia de processos significa a realização de um trabalho de maneira radicalmente nova, a melhoria de processos significa apenas a realização desse mesmo processo com uma eficiência e eficácia um pouco maior.

Mapear os processos é importante porque permite conhecer e desenvolver os caminhos percorridos no desenvolvimento do trabalho, até chegar ao resultado pretendido, otimizando o tempo e minimizando os gargalos que atrapalham no dia a dia. Muitas vezes as pessoas realizam atividades, mas não conseguem enxergar o processo global do qual o seu trabalho faz parte. E é importante ter a visão do todo para poder chegar ao padrão desejado ao trabalho. Segundo Villela (2000 *apud* HUNT, 1996), o mapeamento de processos é uma ferramenta gerencial analítica e de comunicação, cuja intenção é ajudar a melhorar os processos existentes ou implantar uma nova estrutura voltada aos processos. Para mapear e aperfeiçoar os processos nas empresas é preciso pensar estrategicamente, gerar uma ação contínua e indispensável para que os produtos e serviços sejam oferecidos ao mercado de acordo com as exigências sempre mutantes do cliente.

Para Michaelis (2003), gerenciamento é o ato de gerenciar: dirigir (uma empresa) na qualidade de gerente e exercer as funções de gerente (em uma empresa). Alguns autores utilizam o termo gerenciamento de processos (GP), em vez de modelagem. Rados (1998) define gerenciamento de processos como sendo um processo que almeja a melhoria sustentável do desempenho da empresa, de maneira gradativa e contínua; uma metodologia de trabalho para ser incorporada na cultura da empresa e que se adapta às suas necessidades; uma busca de melhorias que requer motivação, criatividade e trabalho; exigência de uma mudança cultural para conhecer, identificar e garantir a melhoria dos processos. Segundo Harrington (1993), o Gerenciamento de Processos tem o objetivo de tornar os processos eficazes (produzir os resultados desejados), eficientes (minimizar o uso dos recursos) e adaptáveis (acompanhar a variação das necessidades dos clientes).

Marciniuk (2001) define a Modelagem de Processos como a expressão de conceitos que permite que cada organização compreenda e contribua para o seu próprio desenvolvimento. Os modelos promovem o entendimento entre as diferentes áreas de processos. Para Cordeiro (2002), os modelos devem ser claros o suficiente para evitar a ambiguidade e representar o que realmente é executado.

2.1.3 A metodologia de Modelagem de Gestão por Processos

Metodologia é a forma de direcionar os esforços de análise partindo do levantamento do estado atual até alcançar a mais adequada e a modelagem é a visão da empresa por meio da construção de diagramas funcionais sobre o comportamento de seus processos (mapeamento) (ALMEIDA NETO, 2006).

A construção de um modelo permite a avaliação dos processos e viabiliza a formulação de mudanças, estruturadas de forma a garantir o cumprimento da missão organizacional e o atendimento das estratégias empresariais necessárias ao sucesso em seu ramo de atuação.

Almeida Neto e Barbará (2006) apresentam uma proposta de metodologia compilada de várias fontes, a saber:

- Análise dos requisitos
 - Estudo inicial e caracterização do negócio (*core business*) envolvendo os principais negócios da organização, procurando discutir com a Alta Direção as estratégias e as novas oportunidades de negócio e, com base no que foi discutido, revisam as principais linhas de negócio da organização levando em consideração a necessidade de revisão do Planejamento Estratégico na busca de melhoria dos seus componentes essenciais (visão, missão, objetivos, valores, etc.);
 - Piloto para escolha da técnica e ferramenta a serem utilizadas;
 - Identificação da engenharia do negócio – os macroprocessos, ou seja, com base nos documentos selecionados na etapa anterior, estudar e identificar as atividades essenciais de cada setor organizacional com foco nas mais importantes;
 - Elaboração do plano de trabalho prevendo ação em cada departamento com produção de resultados setoriais e reuniões de avaliação parcial em cada setor;
 - Palestra para nivelamento e exposição da técnica a ser adotada.

- Construção do Modelo
 - Mapeamento dos processos contemplando a identificação de cada processo, o levantamento e a análise de documentos, a modelagem inicial e a revisão do modelo;
 - Documentação do processo com sua respectiva identificação das atividades, tarefas, regras e ações, classificadas por grau de importância;
 - Refinamento do modelo (decomposição funcional) pelo mapeamento dos subprocessos e suas respectivas documentações;
 - Revisão do modelo global.

-
- Análise de Processos
 - Análise funcional para avaliar se cada processo cumpre seus objetivos;
 - Análise qualitativa para avaliar o desempenho de cada processo (indicadores);
 - Avaliação dos requisitos dos usuários do processo para avaliar se os processos críticos estão levando em consideração os requisitos de seus clientes e fornecedores;
 - Análise dos processos selecionados para avaliar se os requisitos levantados estão considerados nos processos com suas respectivas funcionalidades e operacionalidades;
 - Formulação de proposta de melhoria.

 - Simulação
 - Avaliar o comportamento e desempenho dos processos, existentes ou novos, mediante criação de cenários onde serão testados os impactos das variações de seus parâmetros de funcionamento.

 - Re-engenharia (criação de novos processos, fusão, eliminação ou mudanças)
 - Racionalização dos processos contemplando sua automação;
 - Redesenho dos processos buscando a adoção de melhores práticas de trabalho;
 - Elaboração do plano de mudanças no processo;
 - Implementação – gestão de mudanças

 - Documentação dos resultados / produtos parciais e finais

 - Divulgação

 - Gestão por processos – monitoramento

- Depois de implantado, cada processo precisa ser monitorado, avaliado e devidamente ajustado, levando em consideração o seu desempenho na busca constante e sucessiva de melhoria contínua;
- Deve-se avaliar o desempenho do processo com base nos indicadores construídos para esta finalidade através de mecanismos efetivos de *follow-up*;
- Implementar o processo de gestão de forma a orquestrar o funcionamento harmônico, balanceado e integrado do negócio;
- Reavaliar de forma constante e efetiva como meio de garantir a qualidade e contínua melhoria.

Segundo Almeida Neto e Barbará (2006), não se deve subestimar a realidade, pois o processo existe para atender à necessidade de cada um ou mais clientes e, por isso, aconselham envolver os clientes e respectivos fornecedores nos processos. Outro aspecto importante é que qualquer metodologia é formulada com algum grau de generalidade, e a que foi proposta pelos autores não deve ser encarada como uma fórmula imutável de ação, e sim direcionadora de esforços orientando ações, sem prejuízo do “bom senso” e da “intuição”.

2.1.4 Ferramentas de Gestão por Processos

A importância da Gestão por Processos fez surgir um amplo mercado de ferramentas para automatizar seu tratamento. Isso porque é uma consequência da tendência atual pensar a empresa em termos de seus processos de negócios e correspondentes atividades, em vez da abordagem clássica, definida pela rigidez da estrutura organizacional puramente hierárquica. De acordo com Almeida Neto (2006), as ferramentas são *softwares* usados para mapear os processos de negócio criando modelos que retratam a atividade da empresa ou órgão estudado e conseguem reproduzir o comportamento do negócio, seus processos e suas atividades, propiciando ações de análise e simulação. Servem para automatizar as ações de gestão de processos e seu funcionamento é baseado na construção, na análise e na melhoria de modelos.

Werkema (1995) traz algumas das principais ferramentas, ou metodologias, utilizadas nas diversas empresas/organizações citadas de forma sucinta:

- **Brainstorming** (tempestade de ideias) é um processo de grupo em que os indivíduos geram ideias em um modo que pode ser caracterizado como livre de obstáculos, críticas ou segundas intenções.
- **Benchmarking** é a busca pelas melhores práticas que conduzem uma empresa à maximização da performance empresarial, estabelecendo alvos operacionais com base nas melhores práticas possíveis.
- **Gráfico de Pareto** é uma ferramenta aplicada a análises e priorização dos aspectos relevantes relacionadas à qualidade de um produto, visa à fácil visualização da estratificação de várias causas ou características de defeitos.
- **Seis Sigma** contempla características de outros modelos de qualidade, tais como ênfase no controle da qualidade, análise e solução de problemas, uso sistemático de ferramentas estatísticas e utilização do DMAIC (*define – measure – analyse – improve – control*: definir, medir, analisar, melhorar, controlar) e abrange não só o pensamento estatístico, mas também, o alinhamento da qualidade com as estratégias da organização, além da forte ênfase na relação custo-benefício dos projetos de melhoria.
- **Diagrama de Causa-Efeito** é uma ferramenta conhecida por diagrama de Ishikawa e permite a organização das informações possibilitando a identificação das possíveis causas do problema.
- **Ciclo PDCA** é um processo que visa à melhoria da qualidade e constitui a essência do controle da qualidade podendo ser utilizado tanto para resolução de problemas como para aplicação de melhorias contínuas nos diversos segmentos da empresa, como segue: *P-Plan-Planejar*: Estabelecer metas e definir os métodos que serão aplicados; *D-Do-Executar*: Tomar iniciativa, educar, treinar, implementar, trata-se da extensão do que foi planejado; *C-Check-Verificar*: Verificar os resultados obtidos e se os trabalhos estão sendo executados conforme planejado; *A-Action-Agir*: Implementar ações corretivas ou de melhoria caso tenha sido constatado algum desvio ou necessidade de melhorar o processo.

- **Método 5W2H** trata-se de “O que, Quem, Quando, Onde, Por que, Como e Quanto Custa”, que é uma excelente ferramenta para resolução de problemas, esclarecimento da real situação do caso, além de proporcionar informações consistentes para auxílio à tomada de decisões.
- **FMEA** é a metodologia de Análise do Tipo e Efeito de Falha, conhecida como FMEA (do inglês Failure Mode and Effect Analysis). Trata-se de uma ferramenta que busca, em princípio, evitar, por meio da análise das falhas potenciais e propostas de ações de melhoria, falhas no projeto do produto ou do processo.
- **Balanced Score Card (BSC)** é uma ferramenta gerencial que promove o alinhamento da organização, dos indivíduos e das iniciativas, possibilitando que os esforços sejam dirigidos para as áreas que necessitem de maior atenção, utilizando indicadores classificados segundo quatro categorias básicas: finanças, clientes, processos internos, aprendizagem e crescimento.
- **Filosofia 5’S** é uma ferramenta igual a um sistema organizador, mobilizador e transformador de pessoas e organizações. Os principais objetivos estão ligados às questões do melhoramento das condições de trabalho, podendo assim proporcionar uma qualidade muito superior a todo esse ambiente. Isso se dá através da internalização dos valores de economia, organização, higiene e disciplina, por parte de todos os indivíduos envolvidos e se transformou em uma ferramenta muito poderosa e eficaz na busca pela qualidade dentro e fora do ambiente de trabalho.
- **KAIZEN** significa melhoramento contínuo, o qual tem como base o envolvimento de toda a alta administração e demais colaboradores no processo de busca da qualidade total. Para a filosofia Kaizen ser implantada com sucesso, é necessário que a cultura organizacional da empresa incorpore os valores e princípios Kaizen, e essas mudanças devem agir em todas as esferas organizacionais da empresa (do nível mais alto ao menor). A principal linha de pensamento do Kaizen é voltada à busca de melhorias contínuas nos produtos/processos/ atividades.

A escolha de uma ferramenta, de qualquer natureza, deve estar centrada no uso e seguir critérios bem definidos para seleção. O mercado oferece muitas opções, mas não se deve deixar de levar em consideração o elemento humano que tem participação ativa em todo o trabalho, devendo ser estimulado a colaborar com seu conhecimento, com sua experiência e, principalmente, com suas idéias (OTTONI, 2008).

2.1.5 Informação e a Gestão por Processos

A informação é o ponto chave para a competição no mundo dos negócios e, desta forma, surge a necessidade da identificação do papel da informação nos seus processos e na estratégia competitiva adotada.

Segundo McGee e Prusak (1994), a informação é um aspecto importante para as organizações que objetivam uma diferenciação em relação às demais e, conseqüentemente, manterem-se no mercado.

Segundo Furlan et al. (1994), os gestores são bombardeados com relatórios emitidos com base em diversos bancos de dados, que, além de fornecerem um número excessivo de informações, em algumas situações chegam a conter informações conflitantes, comprometendo a credibilidade das informações.

Consoante Furlan (1994), o termo informação normalmente é utilizado de forma imprecisa. A informação, como uma idéia já sedimentada em sistemas de informação, deve agregar, corrigir ou confirmar uma informação prévia ou possuir valor de novidade, reduzindo a incerteza.

A partir das diversas definições, uma organização pode abordar suas informações através dos seus níveis operacional, tático e estratégico. Freitas (1993) discorre sobre três aspectos a serem considerados: a **quantidade** da informação que engloba, por exemplo, as condições suficientes para a tomada de decisão e as restrições do homem como processador; a **qualidade** da informação determinada pela maneira como motiva a ação do homem e como contribui para a efetiva tomada de decisão e o **valor** da informação, que está associado ao seu custo e à sua utilidade.

A informação pode ser utilizada mais de uma vez, sem perder o valor, e pode até aumentar seu valor, uma vez que agrega credibilidade pelo seu uso. Por outro lado, em algumas situações, o valor da informação desaparece instantaneamente, em função da decorrência de algum acontecimento (OLIVEIRA, 1998).

A profissionalização da gestão na área de saúde deixou de ser uma vantagem competitiva ou um diferencial da instituição, tornando-se um determinante básico, como na maioria dos outros setores da economia. Porém, a ideia de gerir baseando-se em informação ainda não foi assimilada completamente nesse setor. Impõe-se, portanto, perguntar: com tantos recursos disponíveis nesta “era da informação”, como explicar que a falta de comunicação e disseminação de informação ainda seja uma barreira a um adequado processo de tomada de decisão? Por que os gestores enfrentam tanta dificuldade para partilhar seus conhecimentos? Parece ser bastante claro que não é um problema de Tecnologia da Informação - TI, e sim humano (ESCRIVÃO, 2007).

Para tanto, é essencial existir uma interação entre os que tomam decisões e os que organizam e gerenciam os sistemas de informação, com a finalidade de definir os dados e informações relevantes e a forma mais adequada, em cada organização, para coletar, processar, armazenar e disseminar a informação necessária para tomada de decisão, coordenação, controle, análise e visualização (LAUDON & LAUDON, 1999). A quantidade e a forma de apresentação da informação para os que tomam as decisões são requisitos importantes.

Outro aspecto relevante é que uma mesma informação pode ser usada de diversas formas, em diversos momentos e por diversas pessoas durante o processo decisório, ocorrendo interações complexas entre a capacidade cognitiva dos usuários, a natureza e o formato da informação (ESCRIVÃO, 2007).

É senso comum entender que as organizações de saúde convivem com problemas ou resultados indesejáveis, os quais geram grande variabilidade em seus processos, muitos dos quais não estão sob controle ou não são previsíveis e, conseqüentemente, lidam com reclamações e insatisfações de clientes externos (RODRIGUES, 2004).

2.2 A Instituição Hospitalar e a Acreditação

2.2.1 A Gestão Organizacional

Empresas orientadas por processos apresentam uma estrutura horizontalizada, onde o foco no cliente é a sua característica principal, operando sob uma estrutura matricial, onde os gerentes hierárquicos são substituídos pelos “donos” dos processos (*process owners*), os quais operam com autonomia e responsabilidade por todo o processo, independente da estrutura hierárquica. A organização horizontal, orientada por processos, torna a operação mais flexível, centrada nos propósitos da organização e com maior proximidade do consumidor final (OSTROFF, 1999). Por outro lado, organizações verticais são aquelas estruturadas por funções, onde a pirâmide hierárquica é a sua grande característica. Níveis sobrepostos e superpostos de decisões são comuns em organizações desse gênero, criando atritos freqüentes com clientes finais e fornecedores.

Para Diamante (2003), as organizações apresentam uma missão, uma estrutura e um modo de funcionamento e recursos para se obter serviço. A combinação dessas variáveis determina algumas formas de organização.

Organização vertical: aquela empresa que está estruturada de forma departamentalizada, com vários departamentos e chefes, o que dificulta a passagem das informações entre departamentos, criando problemas de qualidade. Organização horizontal: empresa estruturada por processos, em que o fluxo de informações se dá independente dos departamentos. Neste caso a informação flui melhor, pois são os processos os responsáveis por fazer a qualidade dos produtos e serviços (DIAMANTE, 2003).

Mendes (2002) corrobora afirmando que organizações de serviços de saúde, enquanto organizações profissionais, não podem ser burocratizadas. Sendo assim, os hospitais deveriam adotar a forma de organização horizontal.

Falconi (2009) comenta que existem metas que são trabalhadas departamentalmente (verticais) e outras exigem um trabalho funcional ou interdepartamental (horizontais). Assim, o estabelecimento e o desdobramento das metas da organização balanceiam o trabalho conduzido por estes dois tipos de gerenciamento. As empresas são organizadas verticalmente (departamentos, níveis hierárquicos, etc.), mas funcionam

horizontalmente (processos). A dificuldade de se estabelecer um gerenciamento funcional não é a falta de regras ou normas e sim de entendimento por parte das pessoas do conceito de hierarquia de sistemas e de como se comportar no cruzamento entre departamento *versus* processos.

Ostroff (1999) apresenta um elenco de benefícios fundamentais que caracterizam a organização horizontal (por processo) como sendo vantajoso. Trata-se de instituição que está organizada em torno de processos-chave multifuncionais (*cross-functional core processes*), ao invés de tarefas ou funções; opera através de donos de processos ou gerentes de responsabilidade integral sobre os processos; faz com que as equipes gerenciais representem o alicerce da estrutura organizacional e da sua performance; reduz níveis hierárquicos pela eliminação de trabalhos que não agregam valor; tem poder de decisão e transparência nas responsabilidades gerenciais; fortalece as políticas de recursos humanos disponibilizando ferramentas de apoio e desenvolvendo habilidades e motivação; utiliza a tecnologia de informação como ferramenta auxiliar para chegar aos objetivos institucionais; promove a multifuncionalidade, ou seja, a habilidade de pensar criativamente e responder com flexibilidade aos novos desafios impostos pela organização; desenvolve métricas de avaliação dos objetivos; além de promover a construção de uma cultura corporativa transparente, de cooperação e colaboração, com foco contínuo no desenvolvimento de performance e fortalecimento dos valores dos colaboradores, promovendo a responsabilidade e o bem estar na organização.

2.2.2 A história e a evolução nos processos de qualidade

A Avaliação da Qualidade na saúde iniciou-se no século passado, quando foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), o qual estabeleceu, em meados de 1924, o Programa de Padronização Hospitalar – PPH (FELDMAN et al, 2005), e esses padrões referiam-se às condições necessárias aos procedimentos médicos e ao processo de trabalho, não levando em consideração outras necessidades e /ou serviços.

Em 1918, foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos. De 692 hospitais com 100 leitos avaliados, apenas 89 cumpriram os padrões preconizados pelo PPH. Em contrapartida, em 1950, o número de hospitais aprovados pela avaliação do PPH chegou a 3290 (SCHIESARI, 1999).

Em 1949, o Manual de Padronização mais desenvolvido apresentava 118 páginas, mas o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) passou a ter dificuldade em mantê-lo. Em parte devido à elevação dos custos, à sofisticação crescente da assistência médica, ao aumento do número de instituições, à complexidade e à grande procura de especialidades não cirúrgicas após a 2ª Guerra Mundial.

A partir daí o CAC iniciou parcerias com a Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária.

Com a união desses grupos nos Estados Unidos foi criada, em 1951, a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH) que logo, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação, a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Era uma empresa de natureza privada, que na ocasião procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional (NOVAES, 1994).

Nos últimos anos, a *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO) passou a direcionar sua atuação no sentido de privilegiar a ênfase na assistência clínica através do monitoramento de indicadores de desempenho ajustados à gravidade, ao desempenho institucional e, finalmente, assumiu recentemente o papel de educação com monitoramento, vistos na atividade de consultoria e na publicação de uma série de documentos como normas, padrões e recomendações (SCHIESARI, 1999).

Tais modelos de gestão buscam fundamentalmente garantir a qualidade dos produtos, no caso dos hospitais, buscando garantir a qualidade dos serviços. A preocupação com a Gestão da Qualidade é remota, sendo considerado seu auge o pós-guerra de 1945, quando se viu desenvolvida nas indústrias japonesas. Vagarosamente, a preocupação com a qualidade foi sendo absorvida pelo setor saúde no final da década de 60 (D'INNOCENZO, 2006).

Existe uma variedade de ações que podem levar à melhoria na qualidade da atenção à saúde e é fundamental que sejam sistematizadas com objetivo de serem compreendidas, selecionadas e utilizadas de maneira mais racional (BARAJAS, 1993).

Atualmente parece ser incabível a idéia de cuidar do outro sem qualidade, que nada mais é do que colocar o cliente em posição de destaque em todos os processos produtivos do hospital, atendendo-o da melhor maneira possível. E isso apenas se faz

praticável por meio de uma interligação, de todos os processos e estruturas dessa instituição em questão, capaz de fornecer a melhor assistência ao paciente (D'INNOCENZO, 2006).

Ou seja, é uma determinação do cliente e não do engenheiro, do marketing ou da administração em geral. Ela é baseada na experiência atual do cliente com o produto ou serviço, ela é medida através da confrontação com os requisitos do cliente – formalmente estabelecidos ou não, conscientes ou superficiais, tecnicamente operacionais ou completamente subjetivos - e sempre representando um alvo móvel, num mercado competitivo (BARBARÁ, 2006).

Conforme Zanon (2001), a qualidade não é somente uma nova filosofia gerencial, mas uma filosofia de vida, uma nova postura comportamental, não somente para produzir mais, porém, melhor, com menos custo, menor desperdício e menos trabalho. Além disso, a qualidade deixou de ser opcional e passou a ser pré-requisito de sobrevivência no mercado.

Segundo Donabedian (1992a), a qualidade técnica da assistência em saúde depende não apenas do que é feito, mas do resultado obtido, e este deve estar congruente com a perspectiva dos usuários, caso contrário a qualidade do tratamento deixa a desejar.

Para Novaes (1994), qualidade é um processo dinâmico, ininterrupto e de exaustiva atividade permanente de identificação de falhas nas rotinas e procedimentos, que devem ser periodicamente revisados, atualizados e difundidos, com participação da alta direção do hospital até seus funcionários mais básicos.

Vilar (2007, p.47) acredita que a saúde não é diferente dos outros negócios e afirma “*na saúde, como em qualquer outro setor, o que faz a diferença é a qualidade da gestão.*”. Entretanto, entre as organizações de prestação de serviços, o hospital é uma das mais complexas e, em decorrência dessa complexidade, os hospitais estão buscando modelos de gestão para o alcance dos melhores resultados. Neste sentido, Mezomo (2001) reforça que o grande diferencial das instituições de saúde está cada dia mais centrado na qualidade do pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos.

2.2.3 Acreditação Hospitalar

A sobrevivência no mercado de trabalho cada vez mais competitivo é, indiscutivelmente, um dos grandes desafios na área de saúde. Buscando se adequar às mudanças vividas pelo mundo globalizado, gerentes dos serviços de saúde têm adotado novas posturas que impõem o incremento do nível de qualidade. Na perspectiva de alcançar os mais elevados padrões assistenciais, são adotadas iniciativas voltadas ao processo de Acreditação Hospitalar, as quais impõem novas exigências no que se referem às competências profissionais, mudanças comportamentais, mobilização constante dos profissionais em busca de metas e objetivos propostos, além da melhoria permanente e contínua do atendimento (MANZO, 2009).

O cenário de insatisfação associado à má-qualidade na prestação de serviços instigou a criação de um padrão de qualidade, processo definido como um conjunto de atributos que inclui nível de excelência profissional, uso eficiente de recursos, mínimo de risco ao usuário, alto grau de aceitação por parte dos clientes e efeito favorável na saúde (BRASIL, 2006).

O Ministério da Saúde vem, desde meados de 1989, desenvolvendo e implementando a publicação de normas e portarias, e recentemente a criação da Organização Nacional de Acreditação – ONA. Criada em maio de 1999, ela é o órgão regulador e credenciador do desenvolvimento da melhoria da qualidade da assistência a saúde nacional e contém um Programa de Padrões descritos no manual que certifica, através das empresas credenciadas, as instituições de saúde que atingem os níveis de qualidade propostos ou em conformidade (CUNHA, 2005). O Manual Brasileiro de Acreditação foi criado após vários estudos dos manuais internacionais e nacionais e um consenso entre pesquisadores para se atingirem os padrões de avaliação dos serviços de saúde que seriam comuns a todos eles (BRASIL/ONA, 2008).

O Programa de Acreditação Hospitalar é um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, de forma periódica, voluntária, racionalizada, ordenadora e, principalmente, de educação continuada dos profissionais, no intuito de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente aceitos (SCHIESARI, 1999).

Barbará (2006) ressalta que a gestão por processos tem se tornado requisito essencial de grande parte dos sistemas de gestão organizacional. A abordagem por processos

preconizada pelo Manual Brasileiro de Acreditação (também difundida pelos Critérios de Excelência, Normas NBR ISO9000) é o começo. Analisando se os Padrões descritos em cada uma das subseções, dos três níveis – segurança (nível 1), organização (nível 2), práticas de gestão e qualidade (nível 3) – vamos encontrar o processo no centro da gestão. Sem a adoção de uma abordagem por processos, dificilmente a organização alcança o nível 1 de Acreditação, que tem sido errônea e ingenuamente definido por alguns como o nível mais simples, mais fácil de ser alcançado.

A Acreditação é o procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definindo o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação e qualificação como complementam (NOVAES, 1994).

2.2.4 Breve histórico da instituição pesquisada

De acordo com o Plano Diretor da Irmandade Nossa Senhora das Mercês (2009), a Santa Casa de Montes Claros tem a sua história ligada à região norte-mineira, tendo sido fundada em 21 de setembro de 1871, por iniciativa do Dr. Carlos Versiani (primeiro médico e primeiro provedor do hospital) e pelo Cônego Antonio Gonçalves Chaves, através da Lei Provincial nº 1.776, do Governo da Província de Minas Gerais. De natureza religiosa, fundamentalmente católica, é ereta canonicamente em 19 de janeiro de 1878 pelo então Bispo Diocesano de Diamantina, Dom João Antônio dos Santos. Seu primeiro Estatuto data de 1872, sendo substituído em 13/10/1877 por novo normativo, na aprovação da Lei Provincial nº 2396. Sua mantenedora, a Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros, foi declarada de utilidade pública, no âmbito federal, pelo Decreto nº 72.220, em 1973; e, no âmbito municipal, pela lei nº 721, da Câmara Municipal, sancionada pelo Sr. Prefeito Municipal em 30/12/1965 (MEDEIROS, 2006).

Após funcionar em imóveis de terceiros a instituição adquiriu, em 1902, um grande terreno, onde foram construídos pavilhões, local em que o hospital funcionou de 1903 a 1947. Em 26 de abril de 1947, foi inaugurado um novo prédio, situado no mesmo local do primeiro, constituindo atualmente a parte antiga das instalações físicas da Santa Casa de Montes Claros. Desde então, a estrutura física da Santa Casa não parou de crescer. Hoje, são

mais de 20.000 m² de área construída, apenas na unidade hospitalar (PLANO DIRETOR, 2009).

Sob a mística da religiosidade católica, a Santa Casa de Montes Claros recebeu enorme influência das Irmãs de Caridade, que aqui se tornaram verdadeiras baluartes no amparo aos necessitados. A égide da caridade foi um marco forte na prevalência da instituição até o ano de 1988, quando do advento da nova Constituição Brasileira, que responsabilizou o Estado pela saúde de todos os cidadãos.

Com 138 anos de funcionamento ininterrupto, a Santa Casa de Montes Claros é, pela soma histórica e pelo estágio atual, a maior parceira do povo e do Governo na área da saúde no norte de Minas, tendo como área de abrangência uma extensão superior a 400 quilômetros de diâmetro. A Santa Casa é referência no atendimento dos casos mais complexos, de média e de alta complexidade, sendo o hospital de referência para uma centena de municípios e assistindo a uma população que supera um milhão e quinhentos mil habitantes.

A Santa Casa de Montes Claros oferece serviços de alta complexidade nas mais variadas especializações médicas: Centro de referência em Oftalmologia; Cirurgia Cardíaca; Cirurgia Cardiovascular e Procedimentos em Cardiologia Intervencionista; Implante de Marca-Passo definitivo; Unidade de Assistência de Alta Complexidade Cardiovascular; Hospital Amigo da Criança; Registro da Certidão de Nascimento; Referência Hospitalar em Atendimento Terciário à Gestante de Alto Risco; Hemodiálise; Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia (Serviço de Nefrologia); Neurocirurgia; Centro de Alta Complexidade em Oncologia – CACON I; Laqueadura; Centro de Referência em Assistência a Queimados – Alta Complexidade; Nutrição Enteral / Parenteral; Busca Ativa de Órgãos; Transplante de Córnea e Renal; Ortopedia – coluna, joelho, mão, ombro, tumor ósseo, quadril e outros segmentos ósseos; UTI Adulto, Neonatal e Pediátrico; além de ser Hospital de referência Nível III em Urgência/Emergência (MEDEIROS, 2006).

No momento atual, a Santa Casa busca alcançar sua auto-sustentação, com profissionalismo e competência. Para isso, vem investindo em reformas, treinamentos e capacitação de funcionários, melhoria de atendimento e atualização técnico-científica. A Santa Casa adotou um modelo de gestão profissionalizado, como estratégia de modernização e adequação às necessidades internas e à realidade externa, implantando um Sistema Gerencial por áreas operacionais, com enfoque em resultados.

O Hospital tem como missão “Promover soluções em saúde humana, de forma auto-sustentável, com qualidade, responsabilidade socioambiental e ética cristã” e a visão da instituição é “Ser um hospital AUTO-SUSTENTÁVEL, confiável, humanizado, comprometido com o ensino e a pesquisa, reconhecido nacionalmente pela excelência de seus serviços e gestão”.

Permeada pelas crises que marcam a trajetória da Instituição, em 1996 iniciou-se uma nova gestão administrativa com visão profissional focada na melhoria permanente da qualidade de gestão, como também assistencial, buscando uma integração harmônica das áreas médica, tecnológica, administrativa, econômica e assistencial. Como parte importante do esforço empreendido, foram executados os seguintes planos: Projeto Mudar, objetivando resgatar a confiança dos colaboradores; Projeto de Análise e Resolução de Problemas, interagindo todos os profissionais para serem “seres pensantes” ou “capital intelectual” na Instituição; Projeto de Informatização, para gerar dados gerenciais tempestivos e corretos e democratizar a informação; Consolidação do Projeto SIG (Sistema de Informação Gerencial), subsidiando o grupo de gerentes na tomada de decisões; Programa de Qualidade proporcionando uma nova filosofia de trabalho, tendo o cliente como o centro da atenção na Instituição; Santa Casa 2000, projeto objetivando preparar a empresa para o novo milênio; Projeto Azimute, buscando o envolvimento e comprometimento das partes interessadas no êxito da instituição; Planejamento estratégico, no qual os destinos da Instituição são discutidos, ou seja, uma ferramenta de gestão que envolve o corpo diretivo na formulação dos planos estratégicos do hospital e funcionários, na elaboração dos planos táticos e operacionais; Introdução da metodologia *Hoshin Kanri* associada à prática do Planejamento Estratégico, visto que essa metodologia possibilita a definição de prioridades dentro do plano geral da instituição; novo organograma institucional, descentralizado e com uma estrutura feita em módulos, facilitando o crescimento profissional dos membros das equipes e uma produção de ação coordenada; Programa de Indicadores Hospitalares de Minas Gerais, iniciado em maio de 2006, a partir da parceria entre a Associação de Hospitais de Minas Gerais (AHMG) e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), com o objetivo maior de tornar disponível uma base de informações que permita aos gerentes hospitalares balizarem suas ações gerenciais, sejam elas estratégicas, táticas ou operacionais (OTTONI, 2008).

A estrutura organizacional vigente é dinâmica, conseqüentemente moderna em relação às mudanças ambientais ocorridas no decorrer do tempo. Grandes transformações físicas e ampliações têm sido realizadas para acompanhar as mudanças de um contexto

fortemente marcado por avanços tecnológicos, que sugerem evolução nas formas de estruturação organizacional. Dessa maneira, agilidade, rapidez, flexibilidade, competitividade e qualidade nos serviços e produtos são emergentes em qualquer sistema organizacional.

Em março de 2005, a Irmandade Nossa Senhora das Mercês, Hospital Santa Casa de Montes Claros, solicitou uma auditoria diagnóstica para Acreditação, que foi realizada pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG), uma das certificadoras brasileiras credenciadas pela Organização Nacional de Acreditação - ONA. Iniciou-se, assim, um processo de reestruturação interna para se adequar às necessidades apontadas pelo relatório e, principalmente, porque era sabido que tais adequações assegurariam a melhoria dos serviços prestados e, por consequência, garantiriam a sua qualidade. Para Chiavenato (1999), o processo de mudança organizacional começa com o surgimento de forças que criam necessidade de mudança em alguma ou algumas partes da organização.

Destaca-se aqui uma característica peculiar às Santas Casas de Misericórdias, que são entidades filantrópicas e, na maioria das vezes, dependentes do Sistema Único de Saúde (SUS) ou de doações para cobrirem suas despesas. Para garantir a sobrevivência, alguns hospitais filantrópicos estão buscando novas metodologias de gestão, que visam agilizar o processo de trabalho, otimizar recursos e qualificar os serviços.

Com esse propósito, em setembro de 2005, foi implantado um novo modelo organizacional em que o Hospital se viu dividido em três Diretorias e 24 Unidades Gerenciais. O principal objetivo da alteração foi passar a trabalhar com Gestão por Processos, buscando intercâmbio e uma melhor interação entre os diversos setores do hospital e, por consequência, obter a certificação da Acreditação.

A organização do trabalho da Alta Direção e Liderança Administração se pauta na expectativa em atender um padrão de atividades que propiciem a otimização e coordenação dos processos no que se refere ao desenvolvimento de políticas, direcionamento, planejamento estratégico e organização sistemática de governo da Organização.

Com base nessa perspectiva, configuram-se como principais desafios da Liderança e Administração fortalecer a interação sistemática dos componentes do macro-processo, incrementar a política de gestão de pessoas efetivando a sistemática de avaliação e acompanhamento do desempenho funcional, especialmente de serviços parceiros e terceirizados.

A implantação do novo organograma da instituição estudada está adequada dentro da nova estrutura organizacional. A nova sistemática vem facilitar o processo de Acreditação Hospitalar, que é um selo de qualidade, reconhecido pelo Ministério da Saúde para as instituições dessa área. Com a nova estrutura, o Hospital pretende otimizar a eficiência em sua amplitude, sobretudo no concernente à qualidade do trabalho, de tal forma que isso retorne em favor da satisfação dos clientes e dos funcionários.

Em termos de capacidade instalada na área de tecnologia de informação, a Santa Casa de Montes Claros possui os seguintes *softwares*: Sistema de Gestão Hospitalar – MV2000I – Sistema Integrado, atendendo os seguintes setores: Custos, Faturamento, Financeiro, Farmácia, Laboratório, Imaginologia, Prescrição Eletrônica, Patrimônio, SND, Manutenção e Almoxarifado / Compras; FPW – Sistema Folha de Pagamento de Pessoal; Solus Saúde – Sistema de Gestão do Plano Próprio de Saúde da Instituição; SAS – Sistema de Gestão do Escritório da Qualidade; e MV Portal – Sistema que incorpora entre suas funcionalidades o BSC - *Balanced Scorecard*. O *software* Sistema de Gestão Hospitalar – MV2000I – Sistema Integrado está na vanguarda em termos de Brasil, pela integração das informações disponibilizadas, subsidiando as várias tomadas de decisão, tanto no âmbito da Diretoria quanto no das Gerências. O *software* é 100% integrado, *real time*, construído sobre banco de dados de grande porte (*Oracle*); as informações são disponibilizadas a todos os níveis de chefia imediatamente após a digitação e atualização dos dados (OTTONI, 2008).

A Santa Casa de Montes Claros, nos últimos oito anos, desenvolveu um esforço centrado na automação das informações nos moldes de gestão por processos dos controles econômicos e financeiros. Além disso, está sendo acompanhada a implantação do PORTAL, que contempla o Sistema de Informação Gerencial – SIG, a fim de que todos possam dispor de informações e dados corretos e tempestivos para o aprimoramento da gestão do dia a dia do hospital, bem como a consolidação do BSC (*Balanced Score Card*), processo no qual estão treinados e envolvidos todos os gerentes (OTTONI, 2008).

Essas são as mais relevantes mutações que vieram combinar com a estrutura gerencial modificada em 2005 para operacionalizar a interação de processos na Santa Casa. A criação dessas importantes ferramentas consolidou condições básicas para um eficiente, eficaz e efetivo contrato de gestão, pactuado entre diretores e gerentes de equipe, contendo, de forma clara, metas, indicadores e alçada decisória que o gerente dispõe para alcançar resultados de excelência.

A Santa Casa entrou no processo de Acreditação Hospitalar, em 2005, com o objetivo de utilizar a metodologia ONA para melhorar os processos assistenciais, embutindo qualidade e segurança nos resultados alcançados. Quando a Certificadora IQG realizou um diagnóstico da situação atual, foi implantado o Escritório da Qualidade, com os seguintes objetivos: assessorar na resolução das não conformidades da Acreditação Hospitalar; acompanhar as metas e compromissos do Programa de Fortalecimento e Melhoria da Qualidade dos Hospitais - PRO-HOSP; assessorar as gerências no Gerenciamento por Processo e realizar Auditorias Internas (PLANO DIRETOR, 2009).

Por fim, é de entendimento da entidade em questão que a metodologia Gestão por Processos é apenas o marco inicial na necessidade de mudança. Desta forma, compromete-se em direcionar todos os esforços necessários à implementação dessa ferramenta de gestão, contribuindo na evolução do seu desenvolvimento como instituição e na efetivação da profissionalização do seu corpo funcional, que há uma década optou pela gestão profissionalizada e pela auto-sustentação.

2.3 Avaliação de Desempenho e Indicadores

Toda obra humana está sujeita a avaliações. Avaliar significa estabelecer a valia ou mérito de algo e possui vários atores, entre eles os decisores (gerentes com legitimidade para decidir), os envolvidos (aqueles que estão submetidos às consequências da avaliação) e os analistas (consultores externos que orientam a avaliação, a pedido dos decisores ou dos envolvidos) (BARBARÁ, 2006).

Os indicadores têm sido utilizados para mensurar o desempenho de inúmeras atividades produtivas. A evolução das metodologias de gestão pela qualidade foi acompanhada de uma crescente necessidade de coletar, tabular e analisar dados a fim de identificar desvios e racionalizar processos (PONTES et al., 2008). Os critérios são os fundamentos adotados para a avaliação e a tomada de decisão e, introduzidos neste conceito, pode-se compreender o papel dos indicadores no modelo de avaliação: cabe a eles traduzir os critérios que os autores dos modelos julgaram adequados para a avaliação e posterior tomada de decisões.

A utilização isolada de medidas de desempenho não significa absolutamente nada. É possível dizer se “cinco mil toneladas de ação produzidas” é um bom resultado ou não: tudo depende das finalidades do processo, da estratégia da organização, do preço e do volume de sucata, ou seja, dos critérios e das preferências adotadas pelos atores (BARBARÁ, 2006).

Conforme Campos (2003), a visão sistêmica permite compreender como o trabalho é realmente feito e isso é um precursor necessário ao desempenho. Completa ainda que a visão sistêmica é capaz de abranger os “espaços em branco” do organograma e é justamente nestes espaços ou interfaces funcionais que estão as oportunidades de melhoria.

Segundo Pontes et al. (2008), os indicadores de desempenho são informações que registram e retratam o comportamento de uma atividade, de uma função ou de toda uma organização. Normalmente, são representados por valores e grandezas mensuráveis, absolutas ou relacionadas, que variam no tempo e/ou espaço. Juran (1992) concebia os indicadores como forma de gerenciar e controlar as organizações, pois, segundo ele, quem não mede, não controla e quem não controla, não consegue gerenciar. Já Kaplan e Norton (1997) ampliaram a importância dos indicadores afirmando que servem também para comunicar a estratégia e alinhar os pensamentos e ações dos profissionais das organizações. A avaliação do desempenho pode ser definida como uma técnica de transformação, uma vez que comunica e transforma a informação em juízo valorativo fundamentado (PONTES, 2008).

2.3.1 Objetivo dos indicadores de desempenho

A gestão das organizações modernas baseia-se inteiramente na utilização de indicadores de desempenho alimentados por bases de informações, as quais servem para definir os objetivos e as metas da organização (e como consequência, para cada processo); servem para acompanhar o desempenho dos processos (e como consequência, de toda a organização); servem para identificar as áreas donde devem ser feitas ações corretivas ou de melhoria e servem para redefinir objetivos e metas como um todo (PONTES et al., 2008).

Cada organização, ou áreas da organização, possui rotinas que permitem a avaliação e a consequente tomada de decisões. Periodicamente, as gerências realizam avaliações (auditorias) segundo procedimentos previamente definidos em manuais. Os resultados são registrados por escrito e comunicados não apenas à administração, mas também aos próprios avaliados, junto com as medidas consideradas necessárias. O objetivo da

avaliação é provocar uma resposta adequada dos indivíduos e grupos que leve às melhorias nos processos. O retorno de informações (*feedback*) é indispensável para que o grupo saiba onde deve concentrar suas atenções e energias e, sobretudo, para que ele se motive para um aperfeiçoamento contínuo (OTTONI, 2008).

De acordo com Martins & Costa Neto (1998), bons indicadores são aqueles que possuem relevância política, solidez e confiabilidade e mensurabilidade, mas há fatores que limitam o uso dos indicadores e o maior deles talvez seja a falta de disponibilidade dos dados exigidos.

2.3.2 Estrutura e construção do Sistema de Indicadores

Segundo Campbell (1977), o sistema de informação é fundamental no apoio ao processo decisório e às operações da empresa. A transformação dos dados em informação é realizada nos Sistemas de Informação Gerencial – SIG, cuja convenção necessita de conhecimento e é definido por Dias (1985) como um esforço organizado para fornecer informações que permitam à empresa decidir e operar.

Outro aspecto a ser considerado é a forma como os decisores reagem à informação, uma vez que ela só possui valor para a organização se for realmente utilizada. A instituição sofrerá mudanças com a introdução de um SIG em função de novas formas de trabalho, alteração da natureza e velocidade das atividades, devendo considerar não só os aspectos tecnológicos, mas também os usuários. Fatores humanos e organizacionais influem no êxito da implementação do SIG uma vez que as pessoas são responsáveis pela entrada de dados, instrução ao sistema e utilização da informação produzida por este (LAUDON e LAUDON, 1994).

Segundo Rummler & Brache (1992), as ferramentas para a melhoria da qualidade e da competitividade através da abordagem do desempenho das organizações são definidas em três níveis: o nível estratégico da organização incluindo suas estruturas e práticas gerenciais; o nível dos processos de produção e administrativos e o nível do trabalho-executor, que diz respeito a cada indivíduo. As metodologias de trabalho desenvolvidas nesses níveis são apresentadas nas variáveis do desempenho, expressas através de indicadores. No processo de avaliação sempre existem comparações: com relação ao tempo ou com relação a parâmetros, normas, padrões, modelos ideais, reais ou desejados. O

desenvolvimento de indicadores mostra-se, então, como uma resposta a essa necessidade, pois, são instrumentos projetados e usados para avaliar uma situação ou para avaliar a consecução de objetivos e metas. São variáveis que permitem quantificar resultados e ações.

De acordo com Paladini (1994), a realização das metas de melhoria da qualidade e do desempenho de uma empresa requer que a gestão de processos seja baseada em dados, informações e análises confiáveis. Para poder analisar dados, é necessário estabelecer indicadores de desempenho. Segundo o Manual de Acreditação Hospitalar, publicado pelo Ministério da Saúde, a compreensão de indicadores pode ser entendida como as características mensuráveis de produtos, serviços, processos e operações utilizadas pelo hospital para avaliar e melhorar o seu desempenho e progresso e a eficiência da assistência. A criação de indicadores é extremamente importante para a avaliação da qualidade, por proporcionar uma medida e permitir o monitoramento e a identificação de oportunidades de melhoria de serviços e de mudanças positivas em relação ao alcance da qualidade a um custo razoável.

Os atributos que dão o grau de excelência a um indicador são: **disponibilidade**: dados de fácil obtenção; **confiabilidade**: dados fidedignos; **validade**: deve ser em função das características do fenômeno que se quer ou necessita medir; **simplicidade**: facilidade de cálculo a partir das informações básicas; **discriminatoriedade**: o poder de refletir diferentes níveis epidemiológicos ou operacionais; **sensibilidade**: o poder de distinguir as variações ocasionais de tendência do problema numa determinada área; **abrangência**: sintetizar o maior número possível de condições ou fatores diferentes que afetam a situação que se quer descrever; **objetividade**: deve ter um objetivo claro; **baixo custo**: altos custos financeiros inviabilizam sua utilização rotineira; **utilidade**: as informações obtidas devem ser utilizadas para a tomada de decisão de quem coleta ou de quem gerencia o serviço (D'INNOCENZO, 2006).

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Identificar as dificuldades de utilização da ferramenta Gestão por Processos pelos gerentes de equipe de uma instituição hospitalar.

3.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar os gerentes de equipe quanto ao sexo, faixa etária, orientação religiosa, estado civil, formação profissional, tempo de atuação na instituição e vínculo empregatício;
- Conhecer a percepção dos gerentes da instituição pesquisada sobre a metodologia Gestão por Processos;
- Analisar as principais influências da gestão dos processos para o hospital;
- Identificar os principais aspectos facilitadores e dificultadores do processo;
- Analisar as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde, gerentes da instituição, para a manutenção do processo de qualidade.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

Partindo do objetivo deste estudo, que busca identificar as dificuldades de utilização da ferramenta de gestão por processos pelos gerentes na Santa Casa, instituiu-se um direcionamento metodológico a ser utilizado na busca da compreensão do objeto.

Assim, optou-se pelo método exploratório, descritivo de abordagem quantitativa. Segundo França (2001), a pesquisa descritiva consiste na descoberta e observação de fenômenos, procurando descrevê-los, classificá-los e observá-los.

De acordo com Trujillo (2001), as pesquisas quantitativas objetivam quantificar, mensurar diversos fatores, de forma a apresentar seus resultados graficamente e por meio de tabelas, tendo como pressuposto os objetivos estabelecidos.

Foi aplicado um questionário, em que o participante foi devidamente orientado a responder individualmente.

4.2 Local da Pesquisa

O cenário de estudo desta pesquisa foi a Irmandade Nossa Senhora das Mercês – Hospital Santa Casa, na cidade de Montes Claros – MG.

4.3 População e amostra

Esse tipo de pesquisa descreve as características de determinada população ou fenômeno ou estabelecimento de relações entre variáveis e, em alguns casos, a natureza das relações (DUARTE, 2002).

De acordo com Minayo (2007), ao ser delineada a população com a qual se pretende trabalhar, a preocupação deve recair no aprofundamento e na abrangência da compreensão, em detrimento do valor numérico que leva à generalização dos resultados. Para

essa autora, “*uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões*” (MINAYO, 2007, p. 102).

Os sujeitos da pesquisa deste estudo foram os 24 Gerentes de Equipe do Hospital Santa Casa de Montes Claros que, tendo tomado conhecimento do estudo, concordaram em participar, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) antes de responderem ao Instrumento para coleta dos dados (Apêndice A).

A pesquisa foi realizada com todos os Gerentes de Equipe da Santa Casa de Montes Claros que se enquadraram nos requisitos descritos conforme critérios de inclusão.

4.4 Critérios de inclusão

- Ser Gerente de Equipe da Santa Casa de Montes Claros;
- Atuar como gerente de equipe há pelo menos um ano na Santa Casa de Montes Claros;
- Disponibilizar-se a participar do estudo assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

4.5 Instrumento de coleta

O instrumento de coleta de dados foi o questionário elaborado pela pesquisadora, previamente validado e testado. Lakatos e Marconi (2003) ressaltam que o questionário é um “*instrumento constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador*”.

O questionário deste estudo foi composto por 23 questões estruturadas com perguntas fechadas e abertas. Dividido em 02 partes, sendo a parte I – Caracterização da população do estudo, e parte II – Dados específicos sobre a gestão por processos. (Apêndice D).

As questões do instrumento de coleta de dados foram formuladas com base no conteúdo teórico sobre a metodologia gestão por processos e da prática profissional da autora na gestão hospitalar. O mesmo foi enviado para especialista no assunto que fez observações

pertinentes para melhor adequar o instrumento de medida à realidade esperada pela pesquisadora.

Antes da coleta de dados, o questionário foi testado, aplicando-se alguns exemplares em uma pequena amostra da população escolhida. Ao lançar mão deste pré-teste, objetivou-se efetuar ajustes nas questões e no vocabulário utilizado e, desta forma, obter maior validade, assegurando que o instrumento possibilitava medir as variáveis do estudo.

As dificuldades dos profissionais foram constatadas por meio desse instrumento de coleta de dados, realizado com todos os envolvidos da instituição pesquisada, sendo possível, por também, responder aos demais objetivos específicos explanados anteriormente.

4.6 Considerações Éticas

O questionário elaborado para a coleta de dados almejou atender aos aspectos éticos. Vale lembrar que não houve necessidade da identificação do pesquisado, objetivando, assim, evitar qualquer constrangimento. Antes da entrega dos questionários, foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), o qual determinaria se o gerente de equipe em questão aceitaria ou não participar do estudo.

Ancorando na resolução nº. 196/96, que estipula normas éticas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo – UNIFESP com Parecer Consubstanciado número 0294/09. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual de Montes Claros, obtendo sua aprovação conforme parecer consubstanciado número 1012 (Anexo B) e conseguiu, também, autorização da Diretoria Técnica Assistencial da Santa Casa para que fosse desenvolvido nesta Instituição (Anexo C).

4.7 Aspectos Metodológicos

Esta pesquisa buscou estudar as dificuldades vivenciadas pelos gerentes das unidades do Hospital Santa Casa de Montes Claros na utilização da ferramenta de Gestão por Processos, sendo possível analisar a percepção dos gerentes e o grau de dificuldade nesta

metodologia, identificar os principais aspectos facilitadores e dificultadores do processo e analisar as estratégias utilizadas pelos profissionais da saúde, gerentes da instituição, para a manutenção do processo de qualidade. Os dados foram armazenados em bancos de dados, tabulados em planilhas Microsoft Excel®, separados por índices percentuais através de testes paramétricos e os resultados serão apresentados na forma de tabelas.

Antes de iniciar o novo modelo de gestão, a Santa Casa propiciou treinamentos para todos os gerentes com a participação do IQG. Posteriormente, os demais treinamentos foram organizados pelo Escritório de Qualidade do próprio hospital com a ajuda de empresas especializadas e consultores da área. Acrescenta-se, ainda, que a Santa Casa proporcionou um investimento especial na formação do gerente da Qualidade por acreditar que ele seria o condutor do trabalho de implantação da ferramenta de gestão por processos na instituição.

Após os treinamentos, cada gerente foi orientado a reunir-se com sua equipe de trabalho, treinando-a e orientando-a, para descreverem seus clientes, fornecedores, definirem o processo da sua unidade, delineando suas tarefas, seus requisitos e indicadores.

O objetivo dos administradores da Santa Casa era vislumbrá-la como uma verdadeira empresa, formada por um conjunto de processos administrativos e médico-hospitalares direcionados para a *“condição de saída do paciente, cuja qualidade ao final depende da efetividade e eficiência de cada um”* (ZANON, 2001, p. 72).

Todavia, o gerente de equipe da Santa Casa enfrenta dificuldades em utilizar a gestão por processos, seja no estabelecimento do processo da(s) unidade(s) sob sua responsabilidade, na compreensão da teoria, na interação com as demais áreas ou no modo de utilização. Houve participação desde a etapa inicial do planejamento das atividades, bem como na implementação, na avaliação de ações por meio de indicadores de qualidade e no acompanhamento de ciclo de melhorias, na auditoria interna e na auditoria externa.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Resultados Sociodemográficos

Os dados foram armazenados em bancos de dados, tabulados em índices percentuais e através de testes paramétricos, com o auxílio de um profissional estatístico. Os resultados foram apresentados na forma de quadros e tabelas.

Foram analisados os dados demográficos dos gerentes do hospital em estudo, e o que se pode perceber é que 66,67% (16) dos gerentes são do sexo feminino enquanto 33,33% (08) são do sexo masculino, demonstrados na Tabela 01.

TABELA 01 - Sexo dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

SEXO	N	[%]
Masculino	08	33,33
Feminino	16	66,67
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

As mulheres vêm, a cada ano, conquistando participação no mercado de trabalho. Segundo estudos do Sebrae (2006), nas microempresas, entre 2002 e 2006, houve um crescimento de 39,6% para 41,3% na participação feminina. O crescimento também acontece nas pequenas empresas com um aumento de 36,2% para 37,1% (MANZO, 2009).

Muitos autores acreditam estarem as experiências bem sucedidas de negócios intrinsecamente ligadas à forma de liderar das mulheres. O novo papel desempenhado por elas na dinâmica econômica e social tem despertado interesse crescente, de forma geral. Sociedade e governos de muitos países reconhecem a importante colaboração oferecida pelas mulheres à frente da gestão de empresas e como colaboradoras no mercado de trabalho (MACHADO, 1999).

As empresas iniciadas por mulheres têm alcançado uma sobrevivência maior do que a média de vida dos novos empreendimentos. Neste sentido, para entender o

comportamento gerencial, deve-se passar a entender a liderança que a mulher empreendedora exerce e em qual contexto ela a está exercendo.

No que diz respeito à faixa etária dos gerentes pesquisados, demonstrados na Tabela 02, a maioria dos entrevistados está dentro da faixa etária entre 30 a 49 anos, ou seja, 29,17% (07) enquadram-se dentro da faixa de 30 a 39 anos e 33,33% (08) perfazem o perfil da escala de 40 a 49 anos, perfazendo um total de 62,50% dos entrevistados.

TABELA 02 - Faixa etária dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

FAIXA ETÁRIA	N	[%]
Menos de 20 anos	00	0,00
20 a 29 anos	03	12,50
30 a 39 anos	07	29,17
40 a 49 anos	08	33,33
50 a 59 anos	04	16,67
60 anos e mais	02	8,33
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Rodrigues (2004) esclarece que o gerente tem a responsabilidade sobre o processo de negócio como um todo, independente das áreas pelas quais ele passa. Deve conhecer todo o processo e ter sensibilidade para saber qual a melhor maneira de fazê-lo funcionar. Cabe a ele responsabilizar-se pela busca de um bom desempenho de todo o processo. Para que um gerente tenha uma posição que lhe dê equidade no processo total, compreenda os mecanismos de funcionamento de todo o processo, possua habilidade pessoal para influenciar as decisões e obter consenso sobre providências necessárias, necessita ter, como requisito primordial, um elevado nível de intelecto. A inserção de mão-de-obra especializada no mercado de trabalho tem sido uma resposta a esse contexto. A expansão da escolaridade, à qual os brasileiros têm tido cada vez mais acesso, é um dos fatores de maior impacto sobre o ingresso de profissionais com faixa etária superior aos 25 anos nos cargos gerenciais, pois as taxas de atividade das mais instruídas variam entre 04 a 10 anos de estudo, confirmando o resultado da Tabela 02.

Ao analisar a orientação religiosa dos entrevistados, a grande maioria segue o catolicismo com 91,66% (22). As religiões “Batista” e “Espírita” foram citados com 4,17% (01) cada (TAB 03).

TABELA 03 – Orientação religiosa dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

RELIGIÃO	N	[%]
Católico	22	91,66
Batista	01	4,17
Espírita	01	4,17
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

A maioria dos gerentes da instituição alvo de pesquisa, analisando o estado civil deles, é casada, somando um total de 70,83% (17) dos envolvidos nesta pesquisa, de acordo com a Tabela 04.

TABELA 04 - Estado civil dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

ESTADO CIVIL	N	[%]
Casado	17	70,83
Solteiro	05	20,83
Separado	02	8,33
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

O questionário contemplou o nível de escolaridade desses gerentes e, o que se percebe, é que a grande maioria tem nível superior, conforme Tabela 05, com 87,50% (21). Dos que possuem nível superior, a maioria deles está compreendida entre o curso de Administração com 33,33% (07) e Enfermagem, com 28,57% (06), demonstrados na Tabela 06.

TABELA 05 – Nível de escolaridade dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

NÍVEL SUPERIOR	N	[%]
Sim	21	87,50
Não	03	12,50
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

TABELA 06 – Tipo de graduação dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

Tipo de Graduação	N	[%]
Administração	07	33,33
Enfermagem	06	28,57
Engenharia Civil	01	4,76
Farmácia	01	4,76
Matemática	01	4,76
Nutrição	01	4,76
Psicologia	01	4,76
Sistemas de Informação	01	4,76
Ciências Sociais	01	4,76
Técnico em Cuidados com Idoso	01	4,76
TOTAL	21	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Ao pesquisar o tempo de graduação dos gerentes entrevistados, foi observado que, de acordo com a Tabela 07, 66,67% (14) são graduados num intervalo de tempo entre 01 a 10 anos.

TABELA 07 - Tempo de graduação dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

TEMPO DE GRADUAÇÃO	N	[%]
01 a 10 anos	14	66,67
11 a 20 anos	03	14,29
Mais de 20 anos	02	9,52
Não responderam	02	9,52
TOTAL	21	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Já a Tabela 08 demonstra que 58,33% (14) dos gerentes realizaram o curso superior em universidades públicas, enquanto 29,17% (07) graduaram-se em instituições privadas de ensino superior.

TABELA 08 – Modalidade de ensino universitário dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

TIPO DE FACULDADE	N	[%]
Pública	14	58,33
Privada	07	29,17
Não fizeram Faculdade	03	12,50
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Quanto às especializações, 66,67% (16) concluíram-nas, de acordo com a Tabela 09, e a maioria foi em Administração Hospitalar, ou seja, 75% (12) dos mesmos (TAB 10). No que diz respeito aos níveis de especializações do tipo Mestrado e Doutorado, não houve gestor que concluiu as certificações citadas.

TABELA 09 – Especialização dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

ESPECIALIZAÇÃO	N	[%]
Sim	16	66,67
Não	08	33,33
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

TABELA 10 – Tipo de especialização dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

TIPO DE ESPECIALIZAÇÃO	N	[%]
Administração Hospitalar	12	75,00
Nutrição Clínica	01	6,25
Perito	01	6,25
Saúde Pública	01	6,25
Sociologia	01	6,25
TOTAL	16	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Muitas sugestões e estudos estão sendo desenvolvidos para proporcionar a renovação das práticas gerenciais e a melhoria no desempenho das organizações hospitalares (MORDELET, 1995). O desenvolvimento de pesquisas e cursos especializados em administração hospitalar reforça a idéia de que há intenção de instituir nos hospitais uma gestão profissionalizada, de forma a reduzir a complexidade dos processos e a influência de atitudes amadoras baseadas em uma metodologia não racional (ABDALA, 2006).

Considera-se importante acrescentar novas habilidades aos profissionais da saúde, por exemplo empatia, criatividade e autonomia intelectual, indispensáveis às profissões da área da saúde. Assim, verifica-se a necessidade de abandonar as ultrapassadas teorias da administração, visto que os gerentes ainda atuam com autoridade, centralizando e acumulando poder, comportamentos típicos e característicos dos estudos na graduação e das teorias científicas clássicas e burocráticas. Isso pode ser observado na dificuldade do gerente em delegar tarefas, repassar informações, confiar e interagir com sua equipe (NOGUEIRA, 1993).

Os serviços produzidos na área de saúde apresentam duas vertentes. A primeira refere-se à assistência dirigida ao indivíduo, e a segunda centra-se na gerência dos serviços ofertados. Malik (1996, p. 32) descreve “*os serviços de saúde são, por definição, dependentes da mão-de-obra especializada e de equipamentos com alto grau de complexidade*”. Neste sentido, Cohn e Elias (1998) descrevem que os serviços de saúde podem ser classificados de acordo com o local de atendimento, os níveis de complexidade da atenção que oferecem e a maneira como são financiados, em públicos ou privados.

Ainda nesta primeira seção, foram contemplados o tempo de serviço que as gerentes têm dentro da Santa Casa, sua jornada de trabalho e se eles têm outros vínculos empregatícios. De acordo com a Tabela, 11, 50% (12) dos gerentes têm menos de 10 anos de serviços prestados dentro da instituição analisada, seguidos de 33,33% (08) com tempo de serviço inferior a 20 anos.

TABELA 11 – Tempo de serviço dos gerentes no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

TEMPO DE SERVIÇO	N	[%]
01 a 10 anos	12	50,00
11 a 20 anos	08	33,33
Mais de 20 anos	02	8,33
Não responderam	02	8,33
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Quanto à jornada de trabalho dos pesquisados, 62,50% (15) fazem uma jornada de 40h semanais, seguidas de 33,33% (08) com jornada de 44h semanais. Vale ressaltar que a maioria dos gerentes, ou seja, 66,67% (16) não exercem outros vínculos empregatícios, conforme demonstrado na Tabela 13.

TABELA 12 – Jornada de trabalho dos gerentes no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

TEMPO DE SERVIÇO	N	[%]
36h semanais	01	4,17
40h semanais	15	62,50
44h semanais	08	33,33
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

TABELA 13 - Gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) que possuem outro vínculo empregatício

OUTRO VÍNCULO	N	[%]
Sim	06	25,00
Não	18	75,00
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Através da análise dos dados obtidos com a pesquisa, pode-se perceber que o corpo de gerentes da Santa Casa é formado predominantemente por profissionais do sexo feminino (67%), a faixa etária compreende o intervalo entre 30 a 49 anos (62,5%), e a maioria é católica (92%). A escolaridade dos gerentes é, em sua maioria, de nível superior (87,5%), com tempo de formação inferior a 10 anos (67%) e advindos, principalmente, de entidades públicas de ensino (60%). Já as especializações contemplam, em sua maioria (75%), o curso de Administração Hospitalar.

5.2 Análise da Percepção dos Gerentes

A segunda parte do instrumento de pesquisa intencionou identificar e analisar a percepção dos gerentes do Hospital Santa Casa em relação à Gestão de Processos. O primeiro questionamento feito foi em relação ao primeiro contato que aquele gestor teve com a ferramenta administrativa Gestão por Processos e, de acordo com a Tabela 14, uma maioria

significativa teve o primeiro contato com a metodologia dentro da própria Santa Casa, ou seja, 83,33% (20) dos gerentes.

TABELA 14 - Primeiro Contato com a ferramenta Gestão por Processos entre os gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

RESPOSTAS	N	[%]
Na faculdade	01	4,17
Na pós-graduação	02	8,33
Na Santa Casa de Montes Claros	20	83,33
Em outro hospital e/ ou serviço	04	16,67
Ainda não tive contato	00	0,00
Outros	00	0,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

A instituição pesquisada fez questão de apresentar a ferramenta gerencial aos seus gerentes como metodologia de trabalho, pois, conforme Bonato (2007), os esforços para implantação da qualidade são bem mais aceitos quando orientados em uma metodologia clara e consciente, trabalhados em harmonia por todos os integrantes do processo. Segundo Lima e Erdmann (2006), a excelência da assistência está diretamente relacionada com a organização do serviço dentro da instituição.

Consoante Gomes (2005, p.108), *“as diversas categorias possuem saberes e responsabilidades distintas que são fundamentais para a realização dos serviços de saúde”*. Nesse contexto, Vilela e Mendes (2003, p.528) ressaltam que a interdisciplinaridade é *“considerada uma inter-relação e interação das disciplinas a fim de atingir um objetivo comum”*. Assim, os sujeitos da pesquisa demonstram que essa nova filosofia de trabalho busque a interação e a comunicação entre os profissionais de diversas áreas, por meio de diálogos e reuniões, promovendo, ademais, a articulação de conhecimentos, tudo voltado ao favorecimento do processo da qualidade, uma vez que os gerentes envolvidos se empenharão por um mesmo objetivo.

Para Bonato (2007), a qualidade no campo hospitalar só se realiza completamente por meio da ação humana, responsável pela organização do trabalho que influencia diretamente as práticas de saúde.

Já Mezomo (2001) sustenta que o grande diferencial das organizações está no âmbito da qualidade de pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos e, ainda, acrescenta que as pessoas fazem o diferencial de qualquer organização, à medida que participam e apresentam poder de decisão, pois, assim, assumem a responsabilidade pela produção da qualidade. O mesmo autor defende que todo esforço de melhoria de uma organização deve começar por meio do enfoque dos profissionais no que tange à educação, desenvolvimento de habilidades, formação de consciência responsável, treinamentos para o trabalho em equipe e criação da visão ética do trabalho.

Foi analisado, também, se na prática diária de atuação como gerente de equipe, o pesquisado trabalha com Gestão por Processos e, conforme Tabela 15, uma maioria significativa já faz uso da ferramenta gerencial de processos, ou seja, 91,67% (22).

TABELA 15 – Gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) que trabalham com a Ferramenta Gestão por Processos

RESPOSTAS	N	[%]
Sim	22	91,67
Não	02	8,33
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Como nas demais empresas que estão atuantes no mercado, e a fim de acompanhar as mudanças estratégicas que estão acontecendo em âmbito mundial cresce, tanto na instituição pesquisada como nos hospitais em geral, a busca por comprovantes que demonstrem os bons resultados de seus serviços. As instituições hospitalares tornaram-se mais complexas, havendo maior necessidade em buscar inovações de produtos e serviços para se manter em um mercado cada vez mais competitivo (BRASIL, 1999).

Segundo Couto e Pedrosa (2007), hoje indiscutivelmente torna-se uma necessidade buscar a qualidade da prestação de serviço para se manter no mercado de trabalho extremamente competitivo.

Diante disso, as mudanças passaram a ser inevitáveis e necessárias à sobrevivência das instituições de saúde, e, neste sentido, programas de melhoria nos processos vêm sendo implantados com cada vez mais frequência, e novas maneiras de gerenciar os processos estão tomando, gradativamente, uma maior importância. Conforme observa Gonçalves (2000), todas as organizações buscam modelos que possibilitem maior integração dos diversos segmentos e também dos seus participantes, de maneira a garantir um melhor resultado.

De acordo com Bittar (2001), medir qualidade e quantidade em programas e serviços de saúde é fundamental para planejamento, organização, direção, avaliação e controle das atividades desenvolvidas.

D’Innocenzo (2006) salienta que, tendo em vista a preocupação do setor saúde em promover a melhoria da assistência prestada à população, é necessário adotar um sistema de avaliação contínuo e sistematizado para dinamizar progressivamente a qualidade dos serviços prestados.

Mezomo (2001) afirma que o processo de excelência centrado no cliente é um conceito estratégico, porque associa os esforços em atender suas necessidades com o sistema que apóia a melhoria contínua da qualidade dos produtos e dos serviços, fazendo com que a organização consiga obter mais espaço no mercado.

A nova filosofia de administração centrada na busca de melhorias privilegia o trabalho em equipe, a manutenção das pessoas nas empresas, o respeito e o valor de quem produz, crescendo, assim, a consciência de que os profissionais são o cerne da gestão da qualidade, ao passo que sem eles não é possível atender às expectativas e necessidades dos clientes que estão cada vez mais exigentes (MEZOMO, 2001).

Merece destaque conhecer há quanto tempo os gerentes do Hospital Santa Casa já fazem uso da ferramenta de Gestão por Processos e, demonstrados na Tabela 16, tem-se os seguintes resultados: 8,33% (02) não trabalham com Gestão por Processos; 8,33% (02) já trabalham com essa ferramenta há um ano; 12,50% (03) fazem uso há dois anos; 8,33% (02) utilizam em sua rotina a metodologia de Gestão por Processos há três anos, e 20,83% (05) responderam tanto para quatro anos de uso como para cinco anos ou mais. Vale comentar que cinco gerentes (20,83%) não preencheram esse campo do questionário.

TABELA 16 - Tempo de trabalho dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) com a ferramenta Gestão por Processos

RESPOSTAS	N	[%]
Não trabalha com gestão de processos	02	8,33
Há 01 ano	02	8,33
Há 02 anos	03	12,50
Há 03 anos	02	8,33
Há 04 anos	05	20,83
05 anos ou mais	05	20,83
Não responderam	05	20,83
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Os gerentes que não responderam não apresentaram qualquer justificativa, para tanto, o questionário era estruturado e uma das desvantagens da sua utilização é a ocorrência, muitas vezes, de perguntas sem respostas. Outra desvantagem é a dificuldade de compreensão da pergunta por parte do respondente quando o pesquisador está ausente. Mesmo sofrendo muitas críticas o questionário continua sendo muito utilizado nas diversas áreas (LAKATOS, 2003).

Dutra (2002, p. 126) ressalta: *as organizações modernas estão cada vez mais preocupadas em direcionar os investimentos no desenvolvimento humano, de modo que eles agreguem valor para a pessoa e para a empresa.* Além do mais, o mesmo autor afirma que essas pessoas atuam como agentes de transformação de conhecimentos, habilidades e atitudes para a instituição.

Outro aspecto levantado nesta pesquisa foram os níveis de dificuldades que os gerentes de suas respectivas unidades encontraram quando começaram a utilizar a metodologia “Gestão por Processos”. De acordo com a Tabela 17, a maioria dos gerentes, quando iniciaram a utilização de tal tipo de ferramenta, sentiram dificuldades, ou seja, 91,67% (22). Apenas 8,33% (02) responderam não sentir dificuldades.

TABELA 17 – Dificuldades sentidas pelos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) ao utilizarem “Gestão por Processos”

RESPOSTAS	N	[%]
Sim	22	91,67
Não	02	8,33
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Um estudo realizado em hospitais de Santa Maria, em 1998, indicava a dificuldade de avaliação na área hospitalar pela falta de tradição da utilização de indicadores de desempenho institucional de forma sistematizada e integrada, tanto nos aspectos qualitativos, como nos quantitativos (D'INNOCENZO, 2006).

De acordo com Paladini (1994), a realização das metas de melhoria da qualidade e do desempenho de uma empresa requer que a gestão de processos seja baseada em dados, informações e análises confiáveis. Para poder analisar dados, é necessário estabelecer indicadores de desempenho.

Bonato (2007) reforça que a padronização é necessária para que ocorra a gestão de processos, tarefas e atividades. Salienta, ainda, que ela é importante para construir uma base sólida na busca pela melhoria contínua, assegurando a qualidade assistencial, o que exige a revisão e aprimoramento do processo.

A padronização dos processos de avaliação vem evoluindo e aprimorando a identificação de critérios, indicadores e padrões cada vez mais significativos para vários serviços hospitalares (FELDMAN, 2005).

Quando a organização dispõe de um modelo de gestão, ele é estabelecido no planejamento institucional e passa a ter os elementos necessários para gerar credibilidade e competência institucional com clareza do caminho e tem, ainda, a legitimidade dos serviços desenvolvidos, como afirma Manzo (2009). Isto é, o modelo de gestão deve ter características próprias para agregar valor às estratégias desenvolvidas pelas organizações.

Quando o processo não agrega o valor esperado, a saída tem valor igual ou menor à entrada, e estaremos diante de um processo não lucrativo, sem qualidade. Tais processos não

geram lucro e consomem recursos, sendo, portanto, nocivos à organização onde são realizados. Assim, os mesmos precisam ser eliminados dos sistemas (MARANHÃO, 2004).

Disponer de conhecimentos estatísticos é outra necessidade dos que praticam ou executam processos, a fim de que tenham os instrumentos e a sensibilidade para avaliar desempenho dos processos, mediante análise crítica dos seus indicadores de desempenho, com a argumentação irrefutável dos números (MARANHÃO, 2004).

Aspectos sociológicos são apresentados por Bonato (2007). Segundo a autora, o estudo da qualidade no campo de saúde envolve mais do que um conjunto de técnicas, pois se aloca em uma dimensão com amplas ações sociais, cujas práticas desenvolvidas pelos sujeitos devem ser construídas a partir de uma história pessoal e social, a partir do indivíduo em si, embora estimulada institucionalmente. O novo paradigma exige dos profissionais posturas que reflitam a internalização de valores e revisão de conceitos. Bem trabalhada a teoria e orientados os profissionais, o alcance dos objetivos pretendidos pela sinergia das pessoas e da organização construirá um novo cenário de trabalho.

Os 22 gerentes que afirmaram sentir dificuldades iniciais, apontaram as seguintes dificuldades, conforme Tabela 18: 90,91% (20): a falta ou pouco conhecimento da metodologia Gestão por Processos (teoria e prática); 54,55% (12) responderam que as dificuldades encontradas no início da utilização da metodologia está relacionada com a cultura organizacional; 45,45% (10) responderam tanto para o item “resistência às mudanças” por parte dos gerentes quanto ao “acúmulo de atividades para o gerente de equipe dentro da instituição”; 31,82% confirmaram se tratar da falta de acompanhamento durante a implantação da “Gestão por Processos” como ferramenta administrativa, e 27,27% (06) responderam se tratar do pouco envolvimento da equipe.

TABELA 18 – Dificuldades encontradas no início pelos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) ao utilizarem a “Gestão por Processos”

RESPOSTAS	N	[%]
Pouco conhecimento da Gestão por Processo (teoria e prática)	20	90,91
Cultura organizacional	12	54,55
Resistência as mudanças	10	45,45
Acúmulo de atividades para o gerente de equipe dentro da instituição	10	45,45
Falta de acompanhamento durante a implantação da “Gestão por Processo” como ferramenta administrativa	07	31,82
Pouco envolvimento da equipe	06	27,27

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Toda implantação de novas metodologias traz, em uma instituição, dúvidas e incertezas, conforme afirma a pesquisa, uma vez questionadas as dificuldades encontradas “no início” da utilização da Gestão por Processos. Embora existam inúmeras dúvidas conceituais sobre os assuntos relacionados à gestão dos processos, por exemplo, os indicadores de qualidade, as questões relacionadas à metodologia de aplicação e análise e o uso efetivo dos resultados encontrados, é necessário incentivar a troca de experiências e a divulgação de estudos e pesquisas sobre a utilização de indicadores (D’INNOCENZO, 2006).

A qualidade depende do desempenho das pessoas e das estruturas, sistema ou processos e dos recursos disponíveis para respaldar esse desempenho. Assim, discutir qualidade como produto do trabalho das pessoas significa compreender as pessoas e suas percepções a respeito dos fenômenos organizacionais, buscando valorizá-las e envolvê-las no processo de mudança para a melhoria da qualidade dos serviços (D’INNOCENZO, 2001).

No início, ao implantar a metodologia, a falta de acompanhamento durante a implantação da “Gestão por Processo” como ferramenta administrativa e o pouco envolvimento da equipe pode estar relacionada com alteração na rotina, na atitude e no comportamento dos profissionais envolvidos. Bonato (2007) sustenta que a conscientização para obter qualidade deve ser aliada à mudança dos modelos mentais enraizados nas equipes de saúde, as quais ainda nutrem generalizações e pressupostos ultrapassados, influenciando negativamente na forma de agir dos indivíduos e na adesão ao novo processo. A mesma autora reforça que, para atender aos propósitos da instituição, os colaboradores precisam conhecer a cultura institucional, as metas, os valores e a missão do processo, decorrendo dessa união a manutenção da gestão da qualidade. Salientando essa ideia, Lima e Erdmann (2006, p. 277) relatam *“a mudança de atitude é proveniente de um processo de construção fundamentado no compartilhamento de informações, definição clara de objetivos e metas”*. Nessa perspectiva, as pessoas envolvidas são essenciais à implementação de uma cultura voltada à qualidade, prevenção e ao melhoramento contínuo (SANCHEZ, 2003).

Deve-se levar em consideração que os processos são fortemente influenciados pela cultura das organizações, que, por sua vez, é determinada pelas pessoas e pelos sistemas que a formam. Têm-se então duas forças atuantes na mudança, que são, em princípio, antagônicas, são os paradigmas e a cultura anterior. Para que as mudanças evoluam satisfatoriamente, é necessário haver, pelo menos, equilíbrio entre as mesmas (MARANHÃO, 2004).

A mudança organizacional é definida por Leal e Silva (2000, p.1) como sendo “*uma transformação de um sistema de ação, na qual são alteradas as relações entre os participantes de uma organização, bem como seus mecanismos de regulação*”. Portanto, para que ocorra tal tipo de mudança, é preciso que toda ela trabalhe em consonância como o novo processo, com a colaboração de todos os envolvidos na empresa, inserindo-a de forma gradativa, a fim de que todos consigam entender e acompanhar o que está ocorrendo e quais as consequências. É importante ressaltar que flexibilidade e objetividade são fatores fundamentais para o êxito do processo de mudança, seja ele qual for, e de qualquer empresa.

Schiesari (1999) reforça, ainda, que a mensuração da qualidade da assistência, por meio de métodos e ferramentas de qualidade, deve fazer parte da rotina de trabalho da equipe de saúde em busca de aprimoramento dos modelos de gestão e desempenho profissional. Assim, os indicadores podem constituir de instrumento de força para mudar processos internos de trabalho, quando a coleta e os resultados são tratados de forma correta (BONATO, 2007).

Segundo Gil (2007), a capacitação dos profissionais consiste em dar-lhes a formação básica para que esses modifiquem antigos hábitos, desenvolvam novas atitudes e aprimorem seus conhecimentos, a fim de prestarem um atendimento de qualidade.

Os mesmos níveis de dificuldades abordados pela pesquisadora foram também questionados na “atualidade”, ou seja, foi questionada a dificuldade que “hoje” o gerente encontraria para utilizar a metodologia Gestão por Processos, e os resultados são os apresentados na Tabela 19.

TABELA 19 - Dificuldades encontradas hoje pelos gerentes do Hospital da Santa Casa de Montes Claros (MG) ao utilizarem a “Gestão por Processos”

RESPOSTAS	N	[%]
Acúmulo de atividades para o gerente de equipe dentro da instituição	16	72,73
Falta de acompanhamento e intervenções por parte da Diretoria	11	50,00
Pouco envolvimento da equipe na construção e seguimento dos processos	07	31,82
Pouco conhecimento da Gestão por Processo (teoria e prática)	03	13,64
Falta de habilidade em realizar negociações para interação de processos (estabelecimento de contratos/fornecedores).	02	9,09

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

72,73% (16) dos gerentes afirmaram que a maior dificuldade em utilizar tal metodologia está relacionada com o acúmulo de atividades para o gerente de equipe dentro da

instituição; 50,00% (11) afirmaram que a dificuldade está atrelada à falta de acompanhamento e intervenções por parte da Alta Diretoria Hospitalar; 31,82% (07) confirmaram estar relacionada com o pouco envolvimento da equipe na construção e seguimento dos processos; 13,64% (03) ainda insistem em dizer que não tem, ainda, conhecimento da metodologia Gestão por Processo (teoria e prática) e, por fim, 9,09% remetem às dificuldades quando se trata da falta de habilidade em realizar negociações para interação de processos (estabelecimento de contratos/fornecedores).

O acúmulo de atividades apontado pela maioria dos entrevistados como uma das dificuldades na utilização da metodologia de gestão de processos na atualidade, deve-se ao fato de uma instituição de saúde encontrar-se em situação preocupante. Porto e Rego (2005) avaliam que a sobrecarga exigida pelo aumento da produtividade pode fragilizar os profissionais, na medida em que eles não têm a oportunidade de construir e conquistar o desenvolvimento humano. De fato, não basta apenas impor metas e exigir resultados, deve-se oportunizar e priorizar discussões em grupo, gerando espaço para que os profissionais reflitam sobre os problemas enfrentados cotidianamente e façam críticas voltadas ao crescimento pessoal e ao aperfeiçoamento do sistema de qualidade.

Dentre as causas mais frequentes de falhas nos processos, comuns em boa parte das organizações, estão a liderança, o conhecimento de estatística e a comunicação interna. A carência de liderança é considerada um pré-requisito visto que se há liderança, haverá encaminhamento das demais questões. É vital que os donos dos processos exerçam a liderança com eficácia e eficiência para assegurar a superação desses e de outros pontos fracos dos processos (MARANHÃO, 2004).

De modo enfático, Mezomo (2001) aborda o papel dos profissionais ressaltando que ninguém fará a produção da qualidade se antes não estiver convencido de sua validade, e ninguém se convencerá se antes não tiver o claro conhecimento do porquê de sua ação. O autor conclui “*Quem conhece se convence; quem se convence se compromete; e quem se compromete age*” (MEZOMO, 2001, p. 57).

O Gerente deve conduzir melhor, ao invés de ditar regras. Deve motivar ao invés de intimidar, deve educar e dar força para a equipe e deve estar preparado para ouvir e aprender, não apenas para dar instruções. Assim, a estrutura das organizações deve mudar, ou seja, tornar-se menos hierárquica, com estruturas menos verticais e ser mais alinhada entre aqueles que produzem e planejam com os que dirigem (DONABEDIAN, 1993).

No que diz respeito à falta de acompanhamento e intervenções por parte da Alta Diretoria e o pouco envolvimento de equipes de gerentes na construção e seguimento dos processos, também apontados como dificultadores na utilização da metodologia em questão, é comentado por Mezomo (2001), que acrescenta ser efetivamente importante na gestão da qualidade a entrega de toda a organização em busca da excelência dos serviços. Para Puccini e Cecílio (2004), a participação de todos os profissionais é imprescindível ao sucesso da “gestão da qualidade”, pois o alto desempenho da instituição depende do compromisso e da colaboração dos envolvidos no processo. Contudo, muitas vezes, o que se presencia é a falta de envolvimento, além da ausência de entrosamento e de integração das equipes, fazendo com que cada profissional realize seu trabalho de forma fragmentada.

Bonato (2007) relata que os líderes influenciam de maneira saudável os colaboradores, enfocando a participação da força humana dentro da instituição, uma vez que, ao potencializar o saber dos indivíduos, os funcionários serão capazes de enxergar novas possibilidades nas situações cotidianas, melhorando a relação pessoas versus trabalho. Cabe ressaltar, com isso, a importância do envolvimento do líder no processo, uma vez que ele inspira uma visão de melhoria contínua e encoraja a substituição de práticas antigas por métodos novos. Ao mesmo tempo, estimula a autoestima dos funcionários e favorece a satisfação dos clientes.

Tal afirmativa é reforçada por Drucker (1996) ao citar que líder é alguém cujos seguidores fazem as coisas certas, líderes dão resultados através do seu exemplo. Ressalta, ainda, que os líderes precisam pensar como agentes de mudança para, juntamente com os novos conceitos e habilidades adquiridas, desaprender o que não é mais útil à organização.

Em princípio, qualquer iniciativa de modelagem de processos desencadeia, inevitavelmente, ações e sinais de mudanças, que são sempre geradores de conflitos, angústias, propicia o surgimento de fortes emoções, que, por sua vez, geram sentimentos de defesa. O resultado natural é a erupção de resistências às mudanças, veladas ou ostensivas, passivas ou ferozes, mesmo que as mudanças tenham propósitos previsivelmente positivos (MARANHÃO, 2004).

Dos gerentes que fazem uso da ferramenta gerencial, foram questionadas quais atividades são realizadas no gerenciamento de processos demonstrados na Tabela 20 e os percentuais das respostas estão próximos, ou seja, 77,27% (17) fazem uso da medição de indicadores; 68,18% (15) realizam interação de processos e 59,09% (13) responderam utilizar

a metodologia “Gestão por Processos” na unidade gerencial para realizar análises críticas e diagnósticos situacionais.

TABELA 20 – Ações realizadas no gerenciamento de processos nas unidades gerenciais do Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

RESPOSTAS	N	[%]
▪ Medição de Indicadores	17	77,27
▪ Interação de Processos (negociação entre cliente e fornecedor)	15	68,18
▪ Análise Crítica	13	59,09
▪ Nenhuma das atividades citadas	01	4,55

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

D’Innocenzo (2006) reforça que a criação de indicadores é relevante para a avaliação dos processos, pois permite o monitoramento e a identificação de pontos de melhorias dos serviços para o alcance da qualidade. Corroborando, Bonato (2007) ressalta que sem a adoção dos indicadores que se constituem nas representações quantitativas e qualitativas de um sistema, a avaliação da qualidade ficará prejudicada, pois a instituição não terá parâmetros comparativos dos serviços que prestam.

Mezomo (2001) defende que a existência e a validade dos indicadores supõem uma administração capacitada e comprometida com o processo de mudança e de melhoria contínua. O mesmo autor relata que a melhoria dos processos não é algo a ser cumprido por um setor ou por pessoas selecionadas, mas é o resultado de esforço em grupo e ainda acrescenta que a nova filosofia de administração centrada na busca da melhoria contínua privilegia o trabalho em equipe, a capacidade produtiva, a relação de parceria e de coresponsabilidade, a diversidade e a mudança de pensamento, o respeito e o valor de quem produz o pensamento horizontalizado e a maximização dos objetivos e das metas. Corroborando com isso, Manzo (2009) ressalta a importância do trabalho complementar das diversas categorias de profissionais que integram a equipe e do reconhecimento de que nenhuma categoria profissional, isoladamente, detém o saber necessário para suprir as demandas dos serviços.

O uso de análise dos resultados como critério de avaliação segue sendo, em geral, como método dos indicadores definitivos para avaliarem a eficácia e qualidade da atenção da saúde (DONABEDIAN, 1992b).

Em estudo realizado em 2001, das 97 instituições hospitalares do Estado de São Paulo que responderam à pesquisa, 23% afirmaram ter alguma iniciativa visando à qualidade hospitalar. Deste segmento, a maioria informou monitorar indicadores gerenciais (MALIK, 2001), demonstrando o interesse crescente dos dirigentes das instituições hospitalares em avaliar e monitorar a qualidade. No entanto, para avaliar a qualidade nos serviços de saúde, é válido considerar uma série de variáveis, monitorar indicadores e responder a estas questões: onde, com o que, como, o que, quando, e por que estamos fazendo algo, e isso implica interesse de se obter qualidade (MALIK, 1996).

O Hospital Santa Casa, ao implantar “Gestão por Processos” como ferramenta administrativa, ofereceu informações/orientações sobre o assunto e, nesta perspectiva, foi perguntado o grau de satisfação das orientações recebidas pela instituição. Na Tabela 21, figuram-se os seguintes índices relevantes: 41,67% (10) confirmaram que a Santa Casa ofereceu “boas” informações acerca do tema; 33,33% (08) enaltecera confirmando ter tido “muito boas” informações.

TABELA 21 – Avaliação dos gerentes quanto às informações oferecidas pela Instituição sobre “Gestão por Processos”

RESPOSTAS	N	[%]
Ruim	00	0,00
Regular	05	20,83
Bom	10	41,67
Muito Bom	08	33,33
Excelente	01	4,17
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Vale ressaltar que, ao implantar inicialmente a Gestão por Processos na instituição pesquisada, pôde-se perceber que uma maioria significativa, perfazendo um total de 90,91%, encontrou dificuldades (TAB 18) pelo pouco conhecimento da metodologia Gestão por Processos, enquanto, na atualidade, apenas 13,64% (TAB 19) responderam possuir pouco conhecimento teórico e prático dessa gestão. Pode-se deduzir que essa gama de gerentes que responderam receber informações de forma “boa”, “muito boa” e “excelente” (total de

79,17% dos gerentes) sobre Gestão por Processos tem uma íntima relação aos que adquiriram o conhecimento sobre a metodologia.

Mezomo (2001) reforça ser imprescindível o envolvimento das pessoas na gestão da qualidade. Para que isso aconteça, é fundamental fortalecer as pessoas pela educação continuada e capacitação permanente, pois só assim os funcionários terão segurança e senso crítico, serão criativos e avaliarão melhor os processos, dando-lhes mais eficácia, e garantirão os resultados previstos; preparar as pessoas para o trabalho em equipe, o que aumenta o compromisso recíproco, incentiva a produtividade e gera um elevado nível de satisfação; e, por fim, conhecer de forma clara a definição da missão da organização, bem como os princípios por ela adotados.

Buscando uma maior identificação da percepção do gestor da instituição, foi questionada a importância da utilização de “Gestão por Processos” como ferramenta administrativa dentro da Santa Casa e, de acordo com a Tabela 22, chamou muito a atenção quando mostrados que a grande maioria acha muito importante, com 45,83% (11); e extremamente importante, com 41,67% (10). Os demais resultados não são significativos.

TABELA 22 – Grau de importância da utilização da “Gestão por Processos” como ferramenta administrativa no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

RESPOSTAS	N	[%]
Sem importância	00	0,00
Pouco importante	01	4,17
Importante	02	8,33
Muito importante	10	41,67
Extremamente importante	11	45,83
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Labbadia *et al.* (2004) afirmam que a criação de instrumentos destinados à melhoria da qualidade da assistência na saúde tornou-se um fenômeno universal, deixando de ser um mero conceito teórico para ser uma realidade cuja essência é garantir a sobrevivência das empresas e dos setores de produção de bens e serviços. Ainda segundo essa autora e colaboradores, a avaliação constitui um pilar fundamental de garantia da assistência na saúde e é entendida como sendo um instrumento da gestão de serviços de saúde necessário para

mensurar os esforços da organização, qualidade dos serviços prestados, bem como sua utilidade e relevância social.

Segundo Bonato (2007), a qualidade é tudo que agrega valor ao trabalho ou às relações. Está diretamente ligada à produtividade da instituição, envolvendo o relacionamento humano e o desenvolvimento profissional e pessoal.

Corroborando, Mezomo (2001) afirma que a qualidade exige treinamento com seriedade de propósitos e conceitos comuns. Nesse foco, Gil (2007) afirma que a elaboração de um plano de treinamento requer inicialmente a formulação de objetivos e que estes deverão ser expressos em termos claros e precisos.

Comprovar excelências nos serviços é uma tendência cada vez mais forte entre as empresas da saúde, atribuídas não somente ao cumprimento das imposições legais, mas também à necessidade de credibilidade junto a seus clientes (NOVAES, 1998).

Foi levada em consideração a utilização da metodologia “Gestão por Processos” para melhor gerir os processos de trabalho na Instituição de saúde e, conforme Tabela 23, o resultado também não foi diferente do grau de importância, já visto na tabela anterior. De acordo com as respostas, a maioria significativa concentra-se nas esferas “muito importante”, com 45,83% (11) e “extremamente importante”, com 37,50% (09).

TABELA 23 – Grau de importância da utilização da ferramenta “Gestão por Processos” para melhor gerir os processos de trabalho no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

RESPOSTAS	N	[%]
Sem importância	00	0,00
Pouco importante	02	8,33
Importante	02	8,33
Muito importante	11	45,83
Extremamente importante	09	37,50
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

Sabe-se que 91,67% dos gerentes do Hospital Santa Casa de Montes Claros trabalham com Gestão por Processos (TAB 16), e o mesmo percentual de envolvidos

responderam sentir dificuldades em trabalhar com tal tipo de gestão (TAB 17). Ao implantar a metodologia em questão, inicialmente, as principais dificuldades da utilização tratavam-se da falta de conhecimento teórico e prático dos gerentes (90,91%), da cultura organizacional (54,55%) e da resistência às mudanças (45,45%) (síndrome de Gabriela¹) (TAB 18). Com base nesses dados, a Tabela 23 mostrou que dos 24 gerentes entrevistados, 22 deles (91,67%) responderam que o grau de importância na utilização da ferramenta Gestão por Processos é “Importante”, “Muito Importante” e “Extremamente Importante”. Com esse nível elevado de importância, a falta da implementação real da ferramenta pode estar relacionada à mudança de cenário, ou seja, atualmente, os dificultadores que os gerentes do hospital pesquisado encontraram foi o acúmulo de atividades e atribuições que os mesmos exercem na instituição (72,73%); a falta de acompanhamento da Alta Direção (50%) e o pouco envolvimento da equipe de gerentes nas atividades correlacionadas (31,82%) (TAB 19).

Para Barbará (2006), todo trabalho importante realizado nas empresas faz parte de algum processo. Não existe um produto ou serviço oferecido por uma empresa sem um processo organizacional e sem um nível de importância. Assim, processo é um grupo de atividades realizadas numa sequência lógica com o objetivo de produzir um bem ou serviço que tem valor para qualquer um grupo específico de clientes.

O Controle de Qualidade do Atendimento Hospitalar preconiza que o hospital deve organizar-se de tal modo que os fatores técnicos, administrativos e humanos, que afetam a qualidade de seus produtos e serviços, estejam sob controle (SILVA, 2003). O controle deve ser orientado no sentido de reduzir, eliminar e prevenir deficiências da qualidade. Para isso, o hospital deve ter à disposição documentação suficiente para acompanhar os níveis de qualidade atingidos. Através da documentação, estabelece-se o levantamento de dados, garantindo que, ao fazê-lo, se utilize a metodologia de gestão de processos que sustente a fidedignidade da coleta de dados. Esse levantamento apresentará os resultados do hospital para determinado indicador e esses resultados serão comparados com índices estabelecidos de tal forma que saberá se há qualidade ou não para o procedimento que se avalia.

Nos últimos anos, percebem-se importantes modificações na área da saúde no que se refere à necessidade de alcançar uma maior competitividade e conquistar novos mercados. O aumento crescente nos custos dos cuidados oferecidos, a necessidade de atender a expectativa e direitos do cliente, a preocupação com a garantia da segurança de atendimento

¹ Síndrome de Gabriela: comporta-se da seguinte maneira: “*Eu nasci assim, eu cresci assim, e sou mesmo assim, vou ser sempre assim ...*”. É o tipo rígido, que vive sua rotina e se assusta diante de possibilidades de mudança de atitudes e de comportamentos (OTTONI, 2006).

são aspectos que exigem dos profissionais de saúde uma mudança na forma de gerir a saúde, sendo inovadores e, além de tudo, mostrando excelência no seu trabalho. Para garantir essa excelência e acompanhar os avanços, os hospitais sentiram a necessidade de criar métodos avaliativos para a prestação de seus serviços (FELDMAN et al., 2005).

Segundo Lima e Erdmann (2006), uma equipe capacitada tem condições de se organizar do ponto de vista material e operacional para prestar um serviço de qualidade. É necessário identificar e implantar métodos eficazes de multiplicação do treinamento de pessoal com o objetivo de melhorar a satisfação do atendimento. Existe nas pessoas uma dinâmica com forças necessárias para o seu desenvolvimento, bastando que seja convenientemente estimulada. Para isso, alcançar a qualidade junto com o encontro das necessidades dos pacientes é possível se o pessoal estiver conscientizado e tiver adquirido o desenvolvimento requerido. É o que constitui a busca, aquisição, reflexão e atualização dos conhecimentos individuais e coletivos prático, teórico e acadêmico (CUNHA, 2005).

Foram analisadas as opiniões dos gerentes entrevistados no que diz respeito aos benefícios que a Santa Casa teria com a implantação da metodologia de “Gestão por Processos” e a Tabela 24 demonstra claramente que a maioria, ou seja, 91,67% (22) acreditam ser em busca de melhorias na qualidade dos serviços. Em seguida, tem-se a necessidade pela certificação do título de Acreditação Hospitalar com 62,50% (15); seguidos da busca do alinhamento de condutas, com 54,17% (13); a padronização de ferramenta de gestão, com 50,00% (12); a otimização do tempo e a integração dos setores, perfazendo um total de 45,83% (11) cada uma das opções de resposta; além da diminuição dos gastos, com 29,17% (07) e a satisfação dos funcionários, com 25,00% (06).

TABELA 24 - Benefícios com a implantação da metodologia “Gestão por Processos” no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

RESPOSTAS	N	[%]
Melhoria da qualidade dos serviços	22	91,67
Obtenção do título de Acreditação Hospitalar	15	62,50
Alinhamento de condutas	13	54,17
Padronização de ferramenta de gestão	12	50,00
Otimização do tempo	11	45,83
Integração dos setores	11	45,83
Diminuição dos gastos	07	29,17
Satisfação dos funcionários	06	25,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

No que diz respeito à melhoria da qualidade dos serviços ofertados pela instituição, citado pela maioria (91,67%) dos gerentes como sendo um dos benefícios com a implantação da metodologia Gestão Por Processos, Campos (2003) comenta que a gestão por processos é um enfoque administrativo aplicado por uma Organização em busca da otimização e melhoria da cadeia de processos com vistas a atender necessidades e expectativas das partes interessadas e assegurar o melhor desempenho do sistema integrado a partir da mínima utilização de recurso e do máximo índice de acerto. Praticamente todos os modelos de excelência da gestão, na atualidade, elegeram a gestão por processos como princípio, o mesmo ocorrendo com vários dispositivos legais reguladores da prática assistencial como o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), Organização Nacional de Acreditação (ONA), *International Standardization Organization* (ISO9000), Resoluções da Diretoria Colegiada (RDC) da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), Programa Nacional da Gestão Política e Desburocratização (GESTPÚBLICA).

Coutinho e Kallás (2005) corroboram definindo gestão como sendo uma atividade coordenada para dirigir e controlar uma organização e processos como um conjunto de atividades inter relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Os insumos de um processo são geralmente produtos de outros processos, ou seja, o produto do processo é feito para atender as necessidades do cliente para o qual o processo existe. Estas necessidades devem ter sido estabelecidas a priori, antes da realização do processo.

Os hospitais vêm passando por diversas mudanças, visando principalmente à melhoria da qualidade da assistência. Grandes avanços ocorreram, e, paralelamente a esses avanços, novas formas de reorganização e re-estruturação se fizeram necessárias nessas instituições (MATOS et al., 2006).

A obtenção do título de Acreditação Hospitalar, citado por 62,50% dos gerentes como sendo um dos benefícios adquiridos com a implantação da metodologia de Gestão por Processos, o Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar aspira ao amplo conhecimento a respeito de um processo permanente de melhoria da qualidade assistencial, mediante a avaliação periódica do serviço. Por isso instituiu, no âmbito hospitalar, mecanismos para avaliação e aprimoramento contínuos da qualidade da assistência prestada (MANZO, 2009).

Donabedian (1988) descreve que, para avaliar a qualidade dos serviços em saúde, é necessário traduzir conceitos e definições gerais da melhor maneira, em critérios

operacionais, parâmetros e indicadores, validados e calibrados pelos pilares da qualidade, e a análise de processo e resultado.

A esse respeito, D’Innocenzo (2006) salienta que, tendo em vista a preocupação do setor saúde em promover a melhoria da assistência prestada à população, é fundamental adotar um sistema de avaliação contínuo e sistematizado para dinamizar progressivamente a qualidade dos serviços prestados.

Outro aspecto relevante apontado pelos gerentes é a uniformização das práticas e das condutas (54,17%) e a otimização do tempo (45,83%). A padronização, assim, é considerada ferramenta indispensável para a gestão da qualidade, visto que, havendo normas a serem seguidas, acredita-se que as pessoas envolvidas na ação falem e ajam da mesma maneira (MANZO, 2009).

Segundo Mezomo (2001), a informação que chega a todos os profissionais cria um ambiente de integração e participação que reforça o processo de melhoria da qualidade na organização. Deve-se levar em consideração que a integração entre os setores também foram citados na pesquisa com os gerentes (45,83%).

Vale salientar que a satisfação dos funcionários e a diminuição com os gastos foram outros fatores citados como benefício da ferramenta adotada na Santa Casa e, neste contexto, Nascimento et al. (2006) afirmam que a melhoria nas condições de trabalho favorece a relação de crescimento, de entusiasmo e de prazer dos funcionários, gerando motivação para vivenciar futuras experiências e desenvolver o trabalho de maneira eficiente, com qualidade, em um ambiente de satisfação e alegria. Nesse foco, o programa de Acreditação contribui para a melhoria do clima organizacional, estimulando o companheirismo entre colaboradores dos serviços, visto que trabalhar em um hospital acreditado e participar das atividades relacionadas à avaliação cria motivação no pessoal (OPAS, 1992).

Porto e Rego (2005) alertam para a existência de um movimento direcionado à garantia da qualidade com destaque na valorização do aspecto humano, no sentido de oportunizar melhorias das relações humanas, maior envolvimento e comprometimento das pessoas e dos padrões éticos de atendimento que almejam a satisfação e o acompanhamento das necessidades humanas.

Segundo Waldow (2005), quando a instituição possui uma filosofia do cuidado humanizado e integrado, abrangendo todos os setores e categorias de trabalhadores, os pacientes e os funcionários recebem e oferecem cuidado com mais segurança e eficiência.

Por fim, tendo como interesse conhecer a percepção do gerente da Santa Casa quanto ao uso da metodologia “Gestão por Processos”, foi perguntado se, de acordo com a experiência despendida na instituição para a implantação da ferramenta, o gerente considera a equipe do setor como um agente facilitador, dificultador ou indiferente e pelo que foi colhido, a maioria afirmou ser um agente facilitador, com 79,16% (19). Outras respostas não tiveram resultado significativo, conforme se vê na Tabela 25.

TABELA 25 – Visão do gerente sobre a equipe do setor para a implantação da ferramenta “Gestão por Processos” no Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG)

RESPOSTAS	N	[%]
Facilitador	19	79,16
Indiferente	04	16,67
Dificultador	01	4,17
TOTAL	24	100,00

Fonte: Pesquisa de Campo – Santa Casa de Montes Claros, 2009

O movimento em direção à qualidade refletiu a necessidade de mudanças fundamentais no Hospital Santa Casa. Nesse cenário, os profissionais da saúde emergem como o cerne da política de qualidade, tendo papel essencial na garantia e na manutenção do processo (MANZO, 2009).

Neto e Bittar (2004) afirmam que as organizações de saúde, ao buscarem a excelência na prestação de serviços, visam à segurança do atendimento que perpassa os aspectos estruturais, de processo, organizacional e, fundamentalmente, o comportamento dos profissionais de saúde, não apenas sob o enfoque técnico-científico, mas acima de tudo humano.

Mezomo (2001) ressalta que as pessoas precisam ser compensadas e reconhecidas em função de sua contribuição na organização, por meio de um sistema previsto pelo hospital que beneficie a todos.

Neto e Bittar (2004) apontam que a qualidade é um processo de transformação do trabalho e do comportamento das pessoas no sentido da melhoria dos procedimentos e dos

resultados da instituição. Assim, essas conquistas apenas serão possíveis por meio de capacitação coletiva, buscando tornar o trabalho mais significativo. O mesmo autor ressalta que as organizações hospitalares ao focarem a qualidade do atendimento e a melhoria contínua, associado a uma profunda mudança cultural, treinamento em liderança e educação continuada de todos os níveis funcionais, poderiam atender melhor seus clientes.

A busca de complementos educacionais e/ou capacitação de profissionais mais especializados seria uma definição decorrente da relação profissional/trabalho e da maturidade alcançada no desempenho dessa atividade, seja pelo movimento pessoal do trabalhador, seja pela recomposição das práticas onde ele estaria inserido (NOGUEIRA, 1993).

Pode-se considerar uma limitação do estudo o número pequeno de entrevistados, embora houvesse a preocupação em contemplar 100% dos gerentes da instituição pesquisada. Isso caracteriza as conclusões do estudo para apenas os gerentes desta instituição, mas, como seria o perfil de gerentes de equipes de outros hospitais que trabalham com Gestão por Processo e que tem o mesmo porte e níveis de complexidade do Hospital Santa Casa? Assim, recomenda-se a realização de novas investigações em outras instituições de saúde, com o mesmo nível do hospital pesquisado, para maior aprofundamento da discussão, uma vez que administrar a complexidade da Gestão por Processos constitui-se em um desafio para a gestão hospitalar.

CONCLUSÃO

O momento atual é marcado por imensas transformações, e elas provocam um impacto nas diversas áreas e setores, aumentando ainda mais a responsabilidade dos profissionais com a sociedade. Sabe-se que o setor hospitalar se caracteriza como um dos mais complexos e de difícil gerenciamento, e seus processos comportam um alto risco inerente à atividade, impondo aos gerentes medições constante em diversas áreas. Assim, o Hospital Santa Casa de Montes Claros (MG) vem implementando mudanças em seus sistemas administrativos, o que tem tornado imprescindível o reconhecimento do caráter empresarial do hospital e a necessidade de profissionalização de seu quadro de gerentes, levando em consideração os problemas gerenciais e financeiros para que possa atingir as metas institucionais.

A Gestão por Processos, dentro da instituição estudada, passou a ser um instrumento de aperfeiçoamento contínuo ajudando no planejamento, na liderança e no controle de tudo o que é feito, porém, de difícil utilização.

A presente pesquisa identificou as dificuldades de utilização da ferramenta de Gestão por Processos pelos gerentes alcançando, dessa forma, o objetivo do estudo. Vale ressaltar que, além das dificuldades levantadas, conheceu a percepção dos gerentes sobre a metodologia e identificou os principais benefícios que a ferramenta trouxe para a instituição desde a sua implantação.

Ao finalizar todo o processo de análise dos resultados obtidos na presente pesquisa, pode-se concluir que a maioria dos gerentes tem curso superior e parte deles já tem especialização. A maioria dos envolvidos teve o primeiro contato com a metodologia na própria Santa Casa e já fazem uso das ferramentas administrativas ao longo da trajetória profissional na instituição. É claro que deve ser levada em consideração a necessidade dos decisores em possuir conhecimentos relacionados à Gestão por Processos, uma vez que os mesmos tornaram-se verdadeiros empreendedores de suas unidades gerenciais. Acrescenta-se, ainda, que tais habilidades foram (e são) indispensáveis para as profissões da área da saúde.

Foi traçado um paralelo entre as dificuldades encontradas na metodologia Gestão por Processos no início, durante sua implantação, e atualmente. Ao implantar essa metodologia, inicialmente, as principais dificuldades da utilização tratavam-se da falta de conhecimento teórico e prático dos gerentes, da cultura organizacional e da resistência às

mudanças. Deve ser levada em consideração o fato de a maioria ter tido o primeiro contato com a ferramenta dentro da própria Santa Casa. O resultado apontou para a necessidade de constante aperfeiçoamento e atualização dos mesmos, afinal, é o mercado de trabalho que exige do profissional a sua capacitação para trabalhar com ferramentas administrativas e práticas do gerenciamento, para se alcançarem as metas da instituição (SANNA, 2007).

Vale lembrar que os processos são fortemente influenciados pela cultura organizacional, e deixar de “fazer por fazer”, e mudar para “fazer com planejamento e visão crítica de todo o processo”, é acreditar na capacidade de melhorar os processos da unidade gerencial e na instituição como um todo. Notou-se que alguns dos envolvidos não detinham o conhecimento sobre a importância e do que efetivamente se tratava o processo de qualidade na saúde, sendo possível observar um distanciamento entre os princípios dispostos na Gestão por Processos em relação à prática assistencial desempenhada por alguns colaboradores

Na atualidade, as principais dificuldades apontadas pelos gerentes foram outras. O cenário atual aponta como o principal dificultador da utilização da metodologia Gestão por Processos o acúmulo de atividades do Gerente dentro da Santa Casa. Neste sentido, deve-se refletir sobre as demais atividades do profissional gestor realizando uma análise crítica das mesmas e, se necessário, reorganizar o processo de trabalho desse profissional dentro de suas unidades de trabalho. Pois, como é sabido, gerir a qualidade de uma instituição hospitalar requer a gestão por processos, baseada em informações, análises, controle e aperfeiçoamento (MOURA, 2000). Sendo essa gestão a eleita para se trabalhar na Santa Casa, e sendo o gerente de unidade o profissional escolhido para realizar o levantamento e controle dessas informações, é fundamental a adequação das suas atividades e assim minimizar as dificuldades encontradas pelo mesmo na utilização da metodologia de processos.

A falta de acompanhamento da Alta Diretoria e o pouco envolvimento da equipe, também levantada como dificuldades na utilização da ferramenta, era de se esperar, pois, conforme lembra Escrivão (2007), até mesmo os administradores hospitalares possuem dificuldades para trabalhar com essa ferramenta, e isso não podia ser diferente com a equipe de gerentes da Santa Casa.

Ao analisar a opinião dos pesquisados sobre o que seria realizado no gerenciamento de processos em uma unidade, a grande maioria compreendeu tratar-se de medição de indicadores, interação de processos (negociação entre clientes e fornecedores) e realização de análise crítica do mesmo. Não existem no mercado modelos prontos e acabados de se trabalhar com Gestão por Processos. Quanto à utilização de indicadores, interação e

análise crítica dos processos, fez-se necessária uma mudança de cultura e filosofia e que, apesar das dificuldades encontradas em utilizar a metodologia, a grande maioria considerou o uso dessa ferramenta de “muito importante” a “extremamente importante”, o que demonstrou a conscientização desses profissionais das exigências do mercado e da necessidade de atualizações.

Outro ponto a ser destacado é o fato de o Hospital Santa Casa de Montes Claros oferecer informações sobre Gestão por Processos de forma muito satisfatória para os profissionais que trabalham no processo decisório. Assim sendo, há de se concluir que esse envolvimento entre a instituição e os gerentes fortaleceu a segurança e o senso crítico dos profissionais, avaliando os processos para que houvesse maior eficácia nos resultados previstos.

Quanto aos benefícios com a implantação da metodologia Gestão por Processos no Hospital Santa Casa, a pesquisa apontou claramente que a maioria acredita ser uma constante busca da melhoria na qualidade dos serviços, na obtenção do título de Acreditação Hospitalar, no alinhamento de condutas e na padronização dos processos. A certificação da avaliação hospitalar pelo processo de Acreditação aponta uma direção positiva na melhoria da assistência aos pacientes, bem como estabelece níveis crescentes de qualidade. Os profissionais da área de saúde têm contribuído para o desenvolvimento da qualidade institucional participando dos processos avaliativos em situações distintas. Entende-se que o futuro será das organizações que possuírem algum tipo de certificação e que, de certa forma, isso quebrará o paradigma da fragmentação da saúde proporcionando serviços que realmente atendam as necessidades da população, com segurança, inclusive superando as expectativas dos pacientes, essência da excelência.

Desenvolver esta pesquisa foi importante, pois o seu resultado poderá servir para que os gerentes reflitam sobre a utilização da ferramenta de Gestão por Processos e também por ser uma oportunidade de propor ações que modifiquem o cenário, avaliando a necessidade de implementar, modificar ou não o modelo de gestão implantado na Instituição. Além do mais, uma melhor compreensão e reflexão acerca da Gestão por Processos poderá contribuir para minimizar os riscos advindos da prestação serviços em saúde. Uma vez reconhecidas as implicações do sistema de qualidade pelos próprios profissionais, mais fácil será o caminho para a manutenção de todo o processo e a conquista da excelência no atendimento.

Espera-se, também, que o estudo em questão possa contribuir para que as equipes reflitam sobre o processo da qualidade, a responsabilidade social, as mudanças de hábitos e

dos conceitos embutidos no processo de Acreditação Hospitalar, redescobrimo o sentido do trabalho das pessoas e percebendo a importância do reconhecimento do profissional, da análise crítica do processo, do conhecimento da missão da organização e de seus objetivos e metas, tudo em busca de melhoria na qualidade dos serviços ofertados.

REFERÊNCIAS

ABDALA, Etienne Cardoso. **A Gestão Orientada por Processos: um estudo de caso em uma organização hospitalar brasileira**. 2º Congresso Brasileiro de Sistemas. Ribeirão Preto (SP). [Área Temática: Visão Sistêmica nas Áreas da Saúde da Universidade de São Paulo], 2006

ALMEIDA NETO, Mário de Araújo; BARBARÁ, Saulo de Oliveira. Metodologia de Modelagem de Processos. In: BARBARÁ, Saulo de Oliveira **Gestão por Processos: fundamentos, técnica e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000:2000**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006. 305p.

AMSELMI, M. L; NAKAO, J.R.S. A Enfermagem no Processo de Gestão Econômica dos Serviços de Saúde: limites e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, ano 2, vol.52, p. 223 a 232, 1999.

ANTUNES, A. V. **O gerenciamento da qualidade na enfermagem**. [tese doutorado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 1997

BARAJAS, E. R.; GARZA, B. Z. Nuevos horizontes de la calidad de la atención a la salud. **Salud Pública de México**. May-Jun, 1993/vol. 35, N. 003[235-237]. Instituto Nacional de Salud Pública. Disponível em <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10635301.pdf>.

BARBARÁ, Saulo de Oliveira. **Gestão por Processos: fundamentos, técnica e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000:2000**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006. 305p.

BITTAR, O. J. N. V. **Indicadores de qualidade e quantidade em saúde**. RAS, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 21-28, jul./set. 2001.

BITTAR, O. N. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. **Revista de Administração em Saúde**. v. 6, n.22. 2004.

BONATO, V. L. **Gestão em saúde: programas de qualidade em hospitais**. 1. ed. São Paulo: Icone, 2007. 119 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 2. ed. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 1999.

BRASIL, **Organização Nacional de Acreditação**. Disponível em <http://www.ona.org.br>, acessado em 15 de maio de 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Pesquisa mundial de saúde: primeiros resultados**. Brasil, 2003. Disponível em: <http://www.fiocruz.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar**. 7.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Organização Nacional de Acreditação. **Manual de Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares**. Brasília: ONA, 2004.

CAMPBELL, B. J. Understanding information systems: foundations for control. Massachusetts: Winthrop Publishers, 1977. In: OLIVEIRA, Mirian. **Um método para obtenção de indicadores visando a tomada de decisão na etapa de concepção do processo construtivo: a percepção dos principais intervenientes**. [Tese de Doutorado PPGA/UFRGS]. Escola de Administração: Porto Alegre, 1999.

CAMPOS, Eneida Rached. **Metodologia de Gestão por Processos**. Campinas: UNICAMP, 2003. 122P.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração: teoria, processo e prática**. 3. ed. São Paulo: Makron Books, 2000.

CHIAVENATO, Idalberto. **Treinamento e Desenvolvimento de Recursos Humanos** – 4.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

COHN, A.; ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1998, p.69.

CORDEIRO, Nadir Radoll. **Construção de um modelo de gestão estratégica para organizações prestadoras de serviços utilizando o *balanced scorecard*, o gerenciamento de processos e o marketing de relacionamento**. Florianópolis, 2001. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC.

COUTINHO, A. R.; KALLÁS, D. **Gestão da Estratégia – Experiências e Lições de Empresas Brasileiras**. São Paulo: Campus, 2005.

COUTO, R. C.; PEDROSA, T. M. G. **Hospital: Acreditação e gestão em Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. 377 p.

CUNHA, I. C. K. O; FELDMAN, L. B. Avaliação dos serviços de enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de Acreditação Hospitalar. *Rev Bras Enferm* 2005 jan-fev; 58(1):65-9.

D'ASCENÇÃO, L. C. **Organização, Sistemas e Métodos: Análise, redesenho e informatização de processos administrativos**. São Paulo: Atlas, 2001, 219 p.

DAVENPORT, Thomas H. **Reengenharia de processos: como inovar na empresa através da tecnologia da informação**. Rio de Janeiro: Campus, 1994. 390p.

D'INNOCENZO, M; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. *Rev Bras Enferm* 2006 jan-fev; 59(1): 84-8.

D'INNOCENZO M. **Indicativos de qualidade dos recursos humanos de enfermagem das unidades de clínica médica de hospitais de ensino e universitários** [tese]. São Paulo (SP): DENF, UNIFESP; 2001.

D'INNOCENZO, M; FELDMAN, L. B et al. **Indicadores, Auditorias, Certificações – Ferramentas de qualidade para Gestão em Saúde**. 1.ed. São Paulo: Martinari, 2006.

DE SORDI, J. O. **Gestão por processos**: uma abordagem da moderna administração. São Paulo: Saraiva, 2005. 223 p.

DEMING, W. Edwards. **Qualidade: A Revolução da Administração**. Rio de Janeiro: Marques Saraiva, 1990.

DIAMANTE, Cristina. **Modelo de Gestão para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. 98p. [Dissertação de Mestrado em Engenharia da Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina] 2003.

DIAS, D. S. **O sistema de informação e a empresa**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos Editora S.A.; 164p. 1997.

DONABEDIAN A. The Quality of Health: How can it be assured? **JAMA** **260**: 1743-1748, 1988.

DONABEDIAN, A. Quality assurance in health care - Consumers Role. **Quality in Health Care**, Vol. 1, N° 4, p. 247-251, 1992a.

DONABEDIAN, A. **Evaluacion de la calidad de la Atención Médica**. In: WHITE KL (Coord). Investigaciones sobre servicios de salud: uma antologia. Washington; DCOPS, 1992b [382-404] (OPAS Public Cient 534).

DONABEDIAN, A. Continuidad y cambio en la búsqueda de la calidad. **Salud Pública Méx**, 1993; Vol. 35(3):238-247

DRUCKER, Peter F. **O Líder do Futuro**: visões, estratégias e prática para uma nova era. 6.ed. São Paulo: Futura, 1996. 315 p.

DUARTE, S. V.; FURTADO, M. S. **Manual para Elaboração de Monografias e Projetos de Pesquisa**. Montes Claros: Unimontes, 2002.

DUTRA, J. S. **Gestão de Pessoas**: Modelo, Processos, Tendências e Perspectivas. São Paulo: Atlas, 2002. 210 p.

ESCRIVÃO, A. J. Uso da informação na gestão de hospitais públicos. **Ciênc. saúde coletiva**, Jun 2007, vol.12, no.3, p.655-666.

FALCONI, Vicente Campos. **Gerenciamento da rotina do Dia-a-Dia**. 8. ed. Belo Horizonte: INDNG Tecnologia e Serviços LTDA, 2004. 266 P.

Falconi, V. C. **O verdadeiro poder**. Nova Lima: INDNG Tecnologia e Serviços LTDA, 2009.

FEIGENBAUM, A.V. **Total Quality Control**. 3. ed. Nova Iorque: McGraw-Hill, 1986.

FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação.** São Paulo: Martinari; 2004.

FELDMAN, B. F.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a Acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, abr./jun. 2005.

FPNQ. Fundação Prêmio Nacional da Qualidade. **Critérios de Excelência 2004.** Disponível em <http://www.fpnq.org.br>. Acesso em 15 de dezembro de 2009.

FRANÇA, Júnia Lessa. **Manual para normalização de publicações técnico-científicas.** 5. ed. rev. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2001. 215 p.

FREITAS, F. Parceiros na vitória: administração participativa no mundo. São Paulo: Cultura, 1991. In: DIAMANTE, Cristina. **Modelo de Gestão para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. 98p. [Dissertação de Mestrado em Engenharia da Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina] 2003.

FURLAN, J. D. et al. **Sistemas de informação executiva = EIS: como integrar os executivos ao sistema informacional das empresas.** São Paulo: Makron Books, 1994. 157p.

GIL, A. C. **Gestão de Pessoas: enfoque nos profissionais.** São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, Rafael S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Rubens Araújo de (Org.). **Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos.** Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/Abrasco, 2005. p. 105-116.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. As empresas são grandes coleções de processos. ERA – **Revista de Administração de Empresas.** EAESP/ FGV. São Paulo, vol. 40, Nº 1, pp. 6-19, 2000.

GRAEML, A. R. Sistemas de Informação - o alinhamento da estratégia de TI com a estratégia corporativa. São Paulo: Atlas. 2000. In: PONTES, A. T. et al. **A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares.** [IV CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO]. Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras. Niterói, RJ, Brasil, 31 de julho, 01 e 02 de agosto de 2008.

GUERRA, Martha Oliveira. **Como fazer um projeto de pesquisa.** 3. ed. Juiz de Fora: EDUFJ, 1997.49p.

HARRINGTON, H. J. **Aperfeiçoando Processos Empresariais.** São Paulo: Makron Books, 1993.

HART, K A. **Human capital management: Implications for health care leaders.** [Nurs Econ](#);24(4):218-9, 222, 2006 Jul-Aug.

HULLEY, Stephen B. **Delineando a Pesquisa Clínica: Uma abordagem Epidemiológica**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 374p.

JOHNSTON, R.; CLARK, G. **Administração de operações de serviço**. São Paulo: Atlas, 2002. 562 p.

JURAN, J. M. Planejamento para a Qualidade. São Paulo: Pioneira. 1992. In: PONTES, A. T. et al. **A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares**. [IV CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO]. Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras. Niteroi, RJ, Brasil, 31 de julho, 01 e 02 de agosto de 2008.

KAPLAN, R. S; NORTON, D. **A Estratégia em Ação (Balanced Scorecard)**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 2ª edição, 1997.

LABBADIA, L. L. *et al.* O processo de Acreditação Hospitalar e a participação da enfermeira. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87, abr. 2004.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Fundamentos de metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LAUDON, K. C.; LAUDON, J. P. **Sistemas de informação**. Rio de Janeiro: LTC; 1999.

LEAL, A. e SILVA, R. Mudança Organizacional e Importância da Influenciação na Satisfação dos Atores. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHEIROS DE PRODUÇÃO, 2000, São Paulo. **Anais Eletrônicos...**São Paulo: ABEPRO, 2000.

LIMA, S. B. S.; ERDMANN, A. L. A enfermagem no processo de Acreditação Hospitalar em um serviço de urgência e emergência. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 19, n. 3, p.271-278, jul./ago. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002006000300003&script=sci_arttext . Acesso em: 20 fev. 2010.

MACEDO, Rodrigo dos Santos e SCHMITZ, Eber Assis. **Ferramentas de modelagem de processo: uma avaliação**. Simpósio Brasileiro de Pesquisa Operacional: A pesquisa operacional e o meio ambiente. Campus do Jordão, São Paulo 6 a 9 de novembro de 2001.

MACHADO, H. V. Tendências do comportamento gerencial da mulher empreendedora. **Anais do Enanpad**, 1999.

MALIK, A. M. **Avaliação, qualidade e gestão para trabalhadores da área de saúde e outros interessados**. São Paulo: Centro de Educação em Saúde / SENAC, 1996.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Rev Adm Empresas** 2001 jul-set; 41(3): 51-9.

MANZO, B. F. **O processo de Acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde**. [Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais]. Escola de Enfermagem da UFMG, 2009

MARANHÃO, Mauriti; MACIEIRA, Maria Elisa Bastos. **O processo nosso de cada dia: modelagem de processos de trabalho**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 2004.

MARCINIUK, Marlon Silva. **Modelagem de processos: do negócio ao desenvolvimento de software**. Curitiba, 2002. Dissertação (Mestrado em Informática Aplicada) - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

MARTINS, R. A.; COSTA NETO, P. L. O. Indicadores de desempenho para a gestão pela Qualidade Total: Uma proposta de sistematização. **Gestão e Produção**, v.5, n.3; p.298-311, dez/1998.

MATOS, S. M. et al. Um Olhar sobre as ações do enfermeiro no processo de Acreditação. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 10, n. 4, p. 418-424, out./dez. 2006.

McGREE, J. e PRUSAK, L. **Gerenciamento estratégico das informações**: aumente a competitividade e a eficiência de sua empresa utilizando a informação como uma ferramenta estratégica. Rio de Janeiro: Campus, 1994. 244p.

MEDEIROS, Antônio Batista; NASCIMENTO, Otilia Galvada Goenaga. **Plano Diretor da Irmandade Nossa Senhora das Mercês**. Hospital Santa Casa de Montes Claros, 2006.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Os sistemas de serviços de saúde: O que os gestores deveriam saber sobre estas organizações complexas**. Escola de Saúde Pública do Ceará. Fortaleza, 2002.

MEZOMO, J. C. **Gestão da qualidade na saúde**. Princípios básicos. São Paulo: Manole, 2001.

MICHAELIS Moderno dicionário da língua portuguesa (on-line). Disponível em: <http://www.uol.com.br/michaelis/>. Acesso em: 26 dez. 2009.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 10.ed. São Paulo: Hucitec, 2007. 406 p.

MORDELET, P.; NETO, F. B.; OLIVEIRA, S. G. Autonomia de gestão. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. ENSP Editions, 1995. p. 87-100.

MORAES, Liege Viviane S, SILVA, Maria Aparecida, CUNHA, Cristiano J. C. A. **A Dinâmica da Aprendizagem Gerencial em um Hospital**. ERA – Eletrônica – v. 3, n. 2, Art. 18, Jul./Dez. 2004

MOURA, E. C. **As sete ferramentas gerenciais da qualidade**: implementando a melhoria contínua com maior eficácia. São Paulo: Makcron Books, 2000.

NASCIMENTO, I. J.; LEITÃO, R. E. R.; VARGENS, O. C. M. C. A qualidade dos serviços de Saúde Pública segundo enfermeiros que gerenciam Unidades Básicas de Saúde. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 350-356, jul./set. 2006.

NETO, A. Q.; BITTAR, O. J. N. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. 1. ed. Porto Alegre: Dacasa, 2004. 315 p.

NOGUEIRA, R. P. Conceitos e princípios para programas de gestão da qualidade em serviços de saúde. Rio de Janeiro, 1993. In: DIAMANTE, Cristina. **Modelo de Gestão para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2003. 98p. [Dissertação de Mestrado em Engenharia da Produção pela Universidade Federal de Santa Catarina] 2003.

NOVAES HM, PAGANINI JM. **Desenvolvimento e fortalecimento dos sistemas locais de saúde na transformação dos sistemas nacionais de saúde: padrões e indicadores de qualidade para hospitais** (Brasil). Washington (DC): Organização Panamericana de Saúde; 1994. (OPAS/HSS/ 94.05).

OLIVEIRA, D. P. R. **Sistemas de informações gerenciais: estratégicas, táticas e operacionais**. 5.ed. São Paulo: Atlas, 1998.

OSTROFF, Frank. **The Horizontal Organization: what the organization of the future actually looks like and how it delivers value to customers**. [s.l]: Oxford University Press, 1999.

OTTONI, S. C. N. **Utilização da Metodologia Seis Sigma em uma Instituição de Saúde**. [Monografia de Conclusão de Curso]. Instituto de Educação Superior. Montes Claros, 2008.

PALADINI, E. P. **Qualidade total na prática**. São Paulo: Atlas; 1994.

PEDROSA, Tânia Moreira Grillo. **Estabelecimento da Correspondência entre os Requisitos do Instrumento de Acreditação Hospitalar Brasileiro da Organização Nacional de Acreditação – ONA e as Normas da Série NBR ISO 9000:2000**. Belo Horizonte: Universidade Estadual de Minas Gerais, 2004. 150p. (Dissertação de Mestrado em Medicina Tropical pela Universidade Federal de Minas Gerais, 2004).

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: Teoria e Prática**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PLANO DIRETOR. Irmandade Nossa Senhora das Mercês. **Plano Diretor do Hospital Santa Casa de Montes Claros** [Tese Especialização]. Publicado em Setembro de 2009. Montes Claros (MG).

PONTES, A. T. et al. **A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares**. [IV CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO]. Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras. Niterói, RJ, Brasil, 31 de julho, 01 e 02 de agosto de 2008.

PORTO, I. S.; REGO, M. M. S. Implantação de sistemas da qualidade em instituições hospitalares: implicações para enfermagem. ACTA Paul Enfermagem, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 434-438, mar. 2005.

PUCCINI, P. T.; CECILIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, set./out. 2004.

RADOS, Gregório V. et al. Apostila da disciplina de gerenciamento de processos. Pós-Graduação em Engenharia de Produção. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 1998. 71p.

RODRIGUES, M. V. **Ações para a qualidade**. Rio de Janeiro (RJ): Qualitymark; 2004.

ROGERES, L.M. **Meeting the Center for Medicare & Medicaid Services requirements for quality assessment and performance improvement: a model for hospitals**. [J Nurs Care Qual](#);21(4):325-30, 2006 Oct-Dec.

RUMMLER, G. A.; BRACHE, A. P. Melhores Desempenhos das Empresas - Ferramentas para a Melhoria da Qualidade e da Competitividade. São Paulo, Makron Books Editora LTDA. 1992. In: PONTES, A. T. et al. **A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares**. [IV CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO]. Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras. Niterói, RJ, Brasil, 31 de julho, 01 e 02 de agosto de 2008.

SANNA, Maria Cristina. Os processos de trabalho em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem** volume 60, número 2, março/ abril de 2007.

SANCHEZ, K. R. **Sistema integrado de gestão em organizações hospitalares: um enfoque dirigido a Acreditação, NBR ISSO 9001, NBR ISSO 1400 e BS8800**. 2003. 260 f. Dissertação – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SCHECKLER, W. E. How to Start Quality Assurance – The use of Continuous Quality Improvement in a Hospital Setting. **Fifth Brazilian Congress on Hospital Infection**. Rio de Janeiro, Brazil, November 24-27, 1996.

SCHIESARI, L. M. Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. [Dissertação Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999. In: FELDMAN, L. B. **Como alcançar a qualidade nas instituições de saúde: critérios de avaliações, procedimentos de controle, gerenciamento de riscos hospitalares até a certificação**. São Paulo: Martinari; 2004.

SILVA, L. D. Indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem na terapia intensiva. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 111-116, 2003.

SIQUEIRA, Ivana Lucia Correa Pimentel de. **Avaliação de um modelo empírico de gestão implantado em unidades de internação de um hospital privado**. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2003. 200 p. (Tese de Doutorado).

TRUJILLO, Victor. **A Pesquisa de Mercado Quantitativa e Qualitativa**. São Paulo: Scortecci, 2001.

VILAR, J. M. **Governança Corporativa em Saúde – receita de qualidade para as empresas do setor.** Ensaios de Antonio Carlos Vidigal. et al. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad Editora, 2007.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, jul./ago. 2003.

VILLELA, C. S. S. V. **Mapeamento de processos como ferramenta de re-estruturação e aprendizado organizacional.** Dissertação de Mestrado em Engenharia de Produção. UFSC. Florianópolis: 2000. In: HUNT, V. Daniel. *Process mapping: how to reengineer your business processes.* New York: John Wiley & Sons, Inc., 1996.

WALDOW, V. L. **O cuidado na saúde: as relações entre eu, o outro e o cosmos.** Rio de Janeiro: Vozes, 2005. 235 p.

WERKEMA, Maria C. C. **As Ferramentas da Qualidade no Gerenciamento de Processos.** 1ª ed. Sogra, MG, 1995.

ZANON, Uriel. **Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar – Conceito, Avaliação e Discussão dos Indicadores de Qualidade.** Rio de Janeiro: Medsi, 2001.

ANEXO A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

1. **Título do projeto:** “A metodologia de Gestão por Processos e a opinião dos gerentes de equipe de um Hospital sobre sua utilização”.
2. **Desenho do estudo e objetivo(s):** essas informações estão sendo fornecidas para sua participação voluntária neste estudo, que visa Identificar as dificuldades de utilização da ferramenta de gestão por processos pelos gestores na Santa Casa de Montes Claros.
3. **Descrição dos procedimentos que serão realizados:** a colaboração solicitada consiste no preenchimento de um questionário pelos gerentes de equipe da Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros – Santa Casa que obedecerem aos critérios de inclusão no estudo com o objetivo de identificar as dificuldades de utilização da ferramenta de gestão por processos pelos gestores na Santa Casa de Montes Claros, não havendo nenhum procedimento experimental e/ ou não rotineiro.
4. **Relação dos procedimentos rotineiros e como são realizados:** o questionário é o instrumento de coleta de dados da pesquisa que será entregue e recolhido no setor de trabalho do gerente de equipe em horário combinado. Antes da entrega do mesmo será realizado a leitura do termo de consentimento livre e esclarecido.
5. **Descrição dos desconfortos e riscos esperados nos procedimentos dos itens 3 e 4:** não há nenhum tipo de risco, encargo financeiro ou desconforto físico, moral ou ético ao participante da pesquisa, uma vez que a sua participação é voluntária.
6. **Benefícios para o participante:** Não há benefício direto ou compensação financeira para o participante.
7. **Relação de procedimentos alternativos que possam ser vantajosos, pelos quais o paciente pode optar:** não se aplica.
8. **Garantia de acesso:** em qualquer etapa do estudo, você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O principal investigador é a Enfermeira Mirela Lopes de Figueiredo, que pode ser encontrado no endereço: Rua José Prudêncio de Macedo, nº 205, Aptº 101, Vila João Gordo – Montes Claros, pelos telefones (38) 3213-4439. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@epm.br
9. **É garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem qualquer prejuízo ao participante.**
10. **Direito de confidencialidade:** as informações obtidas através do questionário serão analisadas em conjunto com outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum deles;
11. **Direito de ser mantido atualizado sobre os resultados parciais das pesquisas, quando em estudos abertos, ou de resultados que sejam do conhecimento dos pesquisadores;**
12. **Despesas e compensações:** não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

13. Caso de dano pessoal, diretamente causado pelos procedimentos ou tratamentos propostos neste estudo: não se aplica.

14. É compromisso do pesquisador utilizar os dados e o material coletado somente para esta pesquisa.

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, descrevendo o estudo "A metodologia de Gestão por Processos e a opinião dos gerentes de equipe de um Hospital sobre sua utilização". Eu discuti com a Enfermeira Mirela Lopes de Figueiredo sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades, ou prejuízo, ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Assinatura do paciente/ representante legal

Data ____ / ____ / ____

Assinatura da testemunha

Data ____ / ____ / ____

Para casos de participantes menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante ou representante legal para a participação neste estudo.

Assinatura do responsável pelo estudo

Data ____ / ____ / ____

ANEXO B



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS
COMITÊ DE ÉTICA

PARECER CONSUBSTANCIADO

Montes Claros, 15 de maio de 2008.

Processo nº. **1012**

Título do projeto de pesquisa: **A METODOLOGIA DE GESTÃO POR PROCESSOS E A SUA UTILIZAÇÃO POR GERENTES DE EQUIPE DE UM HOSPITAL**

Pesquisador: Mirela Lopes de Figueiredo

Relatora: Profª. Nair Amélia Prates Barreto

Histórico

As organizações têm sido forçadas a buscar novos formatos estruturais e adotar modelos de gestão mais adequados à realidade, visando ao atendimento das demandas sociais e de mercado. Tais modelos de gestão buscam fundamentalmente garantir a qualidade dos produtos, no caso dos hospitais, busca garantir a qualidade dos serviços. A Gestão por Processos um dos novos modelos de gestão utilizados em hospitais consiste em uma coleção de atividades que ocorrem dentro de um hospital que estão envolvidos diretamente com seus objetivos. Estas atividades envolvem os recursos materiais, humanos e financeiros da empresa, necessários para, por exemplo, desenvolver um novo produto, melhorar o atendimento ao paciente e aumentar a eficiência da logística. Assegurar que os processos sejam executados de forma clara e consistente é muito importante para que o hospital possa atingir suas metas e agregar valor aos seus pacientes. Entretanto gerenciar estes processos é mais difícil do que parece, pois muitos deles não acontecem isoladamente, mas interagem entre si. A grande vantagem da orientação aos processos é que isso ajuda na compreensão de como as coisas são realmente feitas, revelando problemas, gargalos e ineficiências que podem permanecer escondidos em um hospital, mesmo ele funcionando normalmente: A Gestão por Processos pode ajudá-lo também na: redução de internação, redução de custos, melhoria da eficiência e eficácia interna, melhoria na qualidade geral do trabalho desenvolvido, aumento da satisfação dos seus pacientes e funcionários.

Mérito

A realização desta pesquisa exploratória, descritivo-prepositiva de abordagem quantitativa tem como objetivo identificar o conhecimento e opção de utilização dos gestores do Hospital sobre a ferramenta gerencial de Gestão por Processo. Será através de um questionário, em que o participante será orientado a responder individualmente. O cenário de estudo desta pesquisa será a Irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros – Santa Casa, na cidade de Montes Claros – MG e será realizado com os (as) Gerentes de Equipe do hospital. Será realizado o pré-teste aplicando-o alguns exemplares em uma pequena população escolhida. Ao lançar mão deste pré-teste objetiva-se a correção dos possíveis erros e desta forma obter maior validade. Os dados serão armazenados em bancos de dados, tabulados em índices percentuais e através de testes paramétricos, com o auxílio de profissional da área.

Parecer

O Comitê de Ética da Unimontes analisou o processo nº. **1012** e entende que o mesmo esta completo e dentro das normas do Comitê e das Resoluções Nacional da Saúde/Ministério da Saúde. Sendo assim, somos pela **APROVAÇÃO** do projeto de monografia tendo a sugestão de adaptar o cronograma.

Profª. Vânia Silva Vilas Boas Vieira Lopes
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da Unimontes

ANEXO C



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO/HOSPITAL SÃO PAULO

Data: 29-04-2009 15:00:50

Página 1/2

id = 1317

São Paulo, 20 de Março de 2009

CEP 0294/09

Ilmo(s). Sr(a).

Pesquisador(a) Mirela Lopes de Figueiredo

Co-Investigadores:

Disciplina/Departamento Gerenciamento Serviços de Enfermagem da

Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Patrocinador Ausente

CARTA DE APROVAÇÃO E PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA INSTITUCIONAL

Ref: Projeto de pesquisa intitulado:

'A metodologia de Gestão por Processos e a opinião dos gerentes de equipe de um hospital sobre sua utilização.'

ÁREA TEMÁTICA ESPECIAL: Não há envio de documentação para análise

CARACTERÍSTICA DO ESTUDO: ESTUDO DESCRITIVO - EXPLORATÓRIO

RISCO PACIENTE: Sem risco, desconforto mínimo

OBJETIVOS: Identificar as dificuldades de utilização da ferramenta de gestão por processos pelos gestores na Santa casa.

RESUMO: Trata-se de estudo exploratório, com aplicação de questionário. O local da coleta de dados será a irmandade Nossa Senhora das Mercês de Montes Claros - Santa Casa. Os sujeitos deste estudo serão os 24 gerentes da Equipe do Hospital que tendo tomado conhecimento do estudo, concordaram em participar. O instrumento para coleta de dados será um questionário elaborado pela pesquisadora, previamente validado e testado. O projeto apresentou o parecer consubstanciado do CEP da Instituição onde será realizado.

FUNDAMENTAÇÃO RACIONAL: Fundamentação apresentada

MATERIAL E METODO: Materiais e métodos adequadamente descritos

TCLE: Adequado e aprovado pelo CEP local

DETALHAMENTO FINANCEIRA: Sem financiamento externo

CRONOGRAMA: 24 meses

OBJETIVO ACADÊMICO: Mestrado

PRIMEIRO RELATÓRIO PREVISTO PARA: 25/03/2010, os demais relatórios deverão ser entregues ao CEP anualmente até o termino do estudo

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

APÊNDICE I

Instrumento de Coleta de Dados

Projeto: “A metodologia de Gestão por Processos e a opinião, quanto a sua utilização, dos gerentes de equipe de um Hospital”.

Prezado Colega,

Solicito seu auxílio para preencher este questionário, que é parte integrante de minha dissertação de mestrado, e tem por objetivo Identificar as dificuldades de utilização da ferramenta de gestão por processos pelos gestores na Santa Casa de Montes Claros. Nas questões abaixo, deverá emitir a sua opinião e tentar relacionar à experiência vivenciada por você e sua equipe em relação à implantação dessa ferramenta de gestão por processo desde setembro de 2005. Conto com sua colaboração e desde já agradeço.

Mirela Lopes de Figueiredo

ORIENTAÇÕES

Antes de responder às questões abaixo, por favor, analise todas as perguntas para que você conheça o conjunto que compõe este questionário.

Coloque um X na alternativa, de cada questão, que condiz com a sua realidade. E quando solicitado, complete os espaços solicitados.

1. Caracterização da População:

1.1. Sexo: () Masculino

() Feminino

1.2. Qual sua Idade: _____

1.7. Especialização: () sim, área _____

() não

1.3. Qual sua Religião: _____

1.4. Qual seu Estado Civil:

1.8. Mestrado: () sim, área _____

() não

() Casado

() Solteiro

() Amasiado

() Viúvo

() Outro: _____

1.9. Doutorado: () sim, área _____

() não

1.10. Trabalha há quanto tempo (anos): _____

1.5. Graduado: () sim, área _____

() não

1.11. Carga Horária diária de trabalho na Santa Casa (horas): _____

Se sim, há quanto tempo (anos): _____

1.12. Tem outro vínculo profissional: () sim

() não

1.6. Graduado em: () Faculdade pública

() Faculdade privada

Se sim, quantas horas de dedicação diária:

2. Dados Específicos sobre a gestão por processos:

2.1. O seu primeiro contato com a ferramenta administrativa Gestão por Processos foi:

- Na faculdade
- Na pós-graduação
- Na Santa Casa de Montes Claros
- Em outro hospital e/ ou serviço
- Ainda não tive contato
- Outros: _____

2.2. Na sua prática diária de atuação enquanto gerente de equipe, você trabalha com gestão por processo?

- não
- sim, há quanto tempo (anos)? _____

2.3. Quando você começou utilizar “Gestão por Processos” sentiu alguma dificuldade:

- Sim
- Não

2.3.1. Responda caso sua resposta tenha sido “sim” no item 2.4: A(s) dificuldade(s) que você encontrou quando começou a utilizar Gestão por Processo foi relacionada à:

- Falta de conhecimento teórico prévio do tema.
- Falta de conhecimento prático do tema.
- Falta de conhecimento teórico e prático do tema.
- Pouco conhecimento da Gestão por Processo.
- Falta de acompanhamento durante a implantação da “Gestão por Processo” como ferramenta administrativa.
- Pouco envolvimento da equipe de gerentes.
- Pouco envolvimento da equipe que você gerencia.
- Cultura organizacional
- Resistência as mudanças
- Acúmulo de atividades para o gerente de equipe dentro da instituição.
- Outras _____

2.3.2. A(s) dificuldade(s) que **hoje** você encontra para utilizar a Gestão por Processo está(ao) relacionada(s) à:

- Falta de conhecimento teórico prévio do tema.
- Falta de conhecimento prático do tema.
- Falta de conhecimento teórico e prático do tema.
- Pouco conhecimento da Gestão por Processo.
- Falta de acompanhamento e intervenções por parte da Diretoria
- Pouco envolvimento da equipe na construção e seguimento dos processos .
- Acúmulo de atividades para o gerente de equipe dentro da instituição.
- Falta de habilidade em realizar negociações para interação de processos (estabelecimento de contratos).
- Outra _____

2.4. Marque o quê você realiza no gerenciamento de processos na sua unidade gerencial:

- Medição de indicadores
- Análise crítica
- Interação processos (Negociação entre clientes e fornecedores)
- Nenhuma das atividades citadas

2.5. A Santa Casa, ao implantar “Gestão por Processo” como ferramenta administrativa, ofereceu informações/ orientações sobre o assunto de forma:

- Ruim
- Regular
- Bom
- Muito Bom
- Excelente
- Não Ofereceu

2.6. A importância da utilização de “Gestão por Processo” como ferramenta administrativa dentro da Santa Casa é:

- Sem importância
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante
- Extremamente importante

2.7. A utilização da “Gestão por Processo” para melhor gerir os processos de trabalho na Instituição de saúde é:

- Sem importância
- Pouco importante
- Importante
- Muito importante
- Extremamente importante

2.8. Qual(is) o(s) principal(is) benefício(s) obtido(s) com a implantação da metodologia de gestão por processos na Santa Casa:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Melhoria da qualidade dos serviços | <input type="checkbox"/> Alinhamento de condutas |
| <input type="checkbox"/> Satisfação dos funcionários | <input type="checkbox"/> Integração dos setores |
| <input type="checkbox"/> Diminuição dos gastos | <input type="checkbox"/> Padronização de ferramentas |
| <input type="checkbox"/> Otimização do tempo | <input type="checkbox"/> Não houve melhoria |

2.9. Segundo sua experiência para implantar a Gestão por Processo, a equipe do setor, é na maioria das vezes, um agente:

- Dificultador
- Facilitador
- Indiferente