

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO**

**PRÁTICAS GERENCIAIS PARA HOSPITAL PÚBLICO
UNIVERSITÁRIO COM BASE NOS CRITÉRIOS DE
EXCELÊNCIA DA FUNDAÇÃO NACIONAL DA
QUALIDADE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Antão Tadeu de Souza

**Santa Maria, RS, Brasil.
2011**

**PRÁTICAS GERENCIAIS PARA HOSPITAL PÚBLICO
UNIVERSITÁRIO COM BASE NOS CRITÉRIOS DE
EXCELÊNCIA DA FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE**

Antão Tadeu de Souza

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Área de Concentração em Qualidade e Produtividade, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de **Mestre em Engenharia de Produção.**

Orientador: Prof. Dr. João Helvio Righi de Oliveira

**Santa Maria, RS, Brasil.
2011**

© 2011

Todos os direitos autorais reservados a Antão Tadeu de Souza. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com autorização por escrito do autor.

Endereço: Rua 6, nº. 192, Residencial Alto da Colina, Bairro Camobi, Santa Maria, RS. CEP: 97110-070

Fone: (55) 9971 0073; E-mail: tadeu@husm.ufsm.br

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Tecnologia
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação
de Mestrado

**PRÁTICAS GERENCIAIS PARA HOSPITAL PÚBLICO
UNIVERSITÁRIO COM BASE NOS CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA DA
FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE**

Elaborada por
Antão Tadeu de Souza

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Engenharia de Produção

COMISSÃO EXAMINADORA:

João Helvio Righi de Oliveira, Dr. (UFSM)
(Presidente/Orientador)

Alberto Souza Schmidt, Dr. (UFSM)

Jane Pereira Schumacher, Dra. (UNIPAMPA)

Santa Maria, 18 de março de 2011.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a Deus por me dar sabedoria e conduzir meus pensamentos.

Sou grato a minha esposa, pelo seu companheirismo, amor e dedicação por mim e por todas as coisas que envolvem minha vida. Seu carinho e incentivo atuam como catalisadores da minha energia que me dá força para superar os obstáculos.

Quero fazer um agradecimento especial ao professor Dr. João Helvio Righi de Oliveira que me orientou durante o desenvolvimento do meu trabalho.

Agradeço aos professores do Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção por me proporcionarem o acesso e desenvolvimento de conhecimento, em especial ao professor Dr. Alberto Souza Schmidt que pelo seu conhecimento como avaliador da Fundação Nacional da Qualidade não mediu esforços para indicar os caminhos para que eu realizasse minha pesquisa.

Também agradeço ao Hospital Universitário de Santa Maria, especialmente a equipe do Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial, por possibilitarem o acesso às informações e disponibilização de materiais importantes para o desenvolvimento desta pesquisa. Em fim, sou grato a todos que de alguma forma colaboraram para a realização deste trabalho.

“Quando você tem uma meta, o que era um obstáculo passa a ser uma etapa de um de seus planos.”

(Gerhard Herich Boehme)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção
Universidade Federal de Santa Maria

PRÁTICAS GERENCIAIS PARA HOSPITAL PÚBLICO UNIVERSITÁRIO COM BASE NOS CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA DA FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE

AUTOR: ANTÃO TADEU DE SOUZA
ORIENTADOR: JOÃO HÉLVIO RIGHI DE OLIVEIRA
Santa Maria, 18 de Março de 2011.

A presente pesquisa tem como objetivo a análise e sugestão de práticas gerenciais para um hospital público universitário, com base nos requisitos dos Critérios de Excelência da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ), visto que estes permitem fazer uma leitura de forma sistêmica de todos os processos e práticas de uma instituição, fundamental para o processo de gestão organizacional. Quanto ao método de pesquisa, este estudo é descritivo, predominantemente qualitativo, a sua abordagem baseou-se na análise das práticas gerenciais de um Hospital Público Universitário Federal do Estado do Rio Grande do Sul. O estudo buscou-se identificar e interpretar os requisitos dos Critérios de Excelência na literatura e sua abordagem nas práticas gerenciais desenvolvidas na organização estudada. A execução deu-se por meio da aplicação da técnica de pesquisa "Observação não Estruturada". Com base no Estudo, sugere-se que o aprendizado possa ser entendido como práticas de melhoria nos processos hospitalares, cujas lideranças têm papel fundamental na sua implementação, podendo ocorrer por meio de reuniões de análise crítica, elaboração ou revisão do Planejamento Estratégico. Por fim, sugere-se que pesquisas futuras sejam realizadas com o intuito de desenvolver uma matriz de indicadores que possibilite o controle e monitoramento sistêmico dos resultados dos processos desse tipo de instituição.

Palavras-chave: Práticas Gerenciais. Critérios de Excelência. Gestão Organizacional

ABSTRACT

Dissertation
Post Graduation Program in Production Engineering
Federal University of Santa Maria

MANAGEMENT PRACTICES FOR PUBLIC UNIVERSITY HOSPITAL BASED ON CRITERIA OF EXCELLENCE FOUNDATION NATIONAL QUALITY

AUTHOR: ANTÃO TADEU DE SOUZA
COACH: JOÃO HÉLVIO RIGHI DE OLIVEIRA
Santa Maria, March 18, 2011.

This research aims to analyze and suggest management practices for a public university hospital, based on the requirements of the Standards of Excellence National Quality Foundation (FNQ), because they allow you to do a reading in a systematic way of all processes and practices of an institution essential to the process of organizational management. The method of research, this study is descriptive, mainly qualitative, their approach was based on analysis of management practices at a Public Hospital Federal University of Rio Grande do Sul. The study sought to identify and interpret the requirements of Criteria for Excellence in literature and his approach in the management practices developed in the organization studied. The execution took place by applying the technique of search "Unstructured Observation". Based on the study, it is suggested that learning can be understood as practices of process improvement in hospitals, whose leaders have a critical role in its implementation may occur through review meetings, preparation or review of Strategic Planning. Finally, it is suggested that future research be undertaken with a view to developing an array of indicators that allows control and monitoring of results of systemic processes of this type of institution.

Keywords: Management Practices. Criteria for Excellence. Organizational Management

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| FIGURA 1 - Modelo de sistema de gestão da qualidade baseado em processo | 25 |
| FIGURA 2 - Integração entre os Fundamentos e Critérios da Excelência da FNQ . | 35 |
| FIGURA 3 - Modelo de Excelência da Gestão da FNQ | 36 |
| FIGURA 4 - Diagrama da Gestão | 37 |
| FIGURA 5 - Desenho da Pesquisa | 41 |
| FIGURA 6 – Mapa da região de abrangência da 4ª e 10ª CRS..... | 48 |
| FIGURA 7 - Macrofluxo dos Processos Principais do HUSM..... | 50 |
| FIGURA 8 - Diagrama dos Processos Críticos do HUSM..... | 51 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| QUADRO 1 - Resumo das práticas gerenciais sugeridas..... | 121 |
|--|-----|

LISTA DE SIGLAS

AGHU – Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários
ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CCIH – Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
CONAMA – Conselho Nacional do Meio Ambiente
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
CRS – Coordenadoria Regional de Saúde
CTMO – Centro de Transplante de Medula Óssea
FNQ – Fundação Nacional da Qualidade
HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ME – Ministério da Educação
MEG – Modelo de Excelência da Gestão
ONA – Organização Nacional de Acreditação
PBAH – Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar
PCMSO – Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional
PDCL – Plan, Do, Check, Learning (Planejar, Fazer, Verificar, Aprender)
PGRSS – Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde
PNQ – Prêmio Nacional da Qualidade
POP – Procedimento Operacional Padrão
PPRA – Programa de Prevenção de Riscos de Ambientais
PS – Pronto Socorro
REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários

Federais

RSS – Resíduos de Serviços de Saúde
SHL – Serviço de Higiene e Limpeza
SUS – Sistema Único de Saúde
TI – Tecnologia da Informação
UFMS – Universidade Federal de Santa Maria
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE ANEXOS

| | |
|--|-----|
| ANEXO 1 – Fluxograma de recepção dos pacientes por demanda espontânea no PS do hospital..... | 133 |
| ANEXO 2 – Fluxograma de recepção dos pacientes na emergência do PS..... | 134 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 14 |
| 1.1 Problema de pesquisa..... | 17 |
| 1.2 Objetivos..... | 17 |
| 1.2.1 Objetivo geral:..... | 17 |
| 1.2.2 Objetivos específicos:..... | 17 |
| 1.3 Justificativa do trabalho..... | 18 |
| 1.4 Estrutura do trabalho..... | 19 |
| 2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA..... | 20 |
| 2.1 Conceitos de qualidade..... | 20 |
| 2.1.1 Qualidade na saúde..... | 21 |
| 2.2 Gestão hospitalar..... | 22 |
| 2.3 A saúde pública no Brasil..... | 26 |
| 2.4 As dimensões da qualidade hospitalar..... | 27 |
| 2.4.1 integração do hospital com a rede assistencial e responsabilidade social | 27 |
| 2.4.2 Gestão hospitalar e atenção à saúde..... | 27 |
| 2.4.3 Direitos do usuário | 28 |
| 2.4.4 Desenvolvimento profissional..... | 28 |
| 2.5 Considerações gerais sobre o sistema de saúde e os hospitais universitários..... | 29 |
| 2.6 A Fundação Nacional da Qualidade (FNO)..... | 31 |
| 2.6.1 Histórico..... | 31 |
| 2.6.2 Fundamentos da Excelência da Gestão..... | 32 |
| 2.6.3 O Modelo de Excelência da Gestão (MEG)..... | 35 |
| 3 METODOLOGIA..... | 38 |
| 3.1 Abordagem do problema..... | 38 |
| 3.2 Procedimentos técnicos..... | 39 |
| 3.3 Natureza da pesquisa..... | 40 |
| 3.4 Delimitação do tema..... | 40 |
| 3.5 Desenho da pesquisa..... | 41 |
| 4 OS CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA E SUA INTERPRETAÇÃO..... | 42 |
| 5 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA..... | 46 |
| 5.1 Características gerais..... | 46 |
| 5.2 Processos principais e processos de apoio ou suporte..... | 48 |
| 5.3 Processos críticos..... | 51 |

| | |
|---|------------|
| 5.4 Diagnóstico situacional..... | 52 |
| 5.5 A estrutura do Hospital Universitário de Santa Maria..... | 53 |
| 5.5.1 Serviços ambulatoriais..... | 53 |
| 5.5.2 As unidades de internação..... | 54 |
| 5.5.3 Centro Cirúrgico..... | 55 |
| 5.5.4 Serviços de apoio ao diagnóstico..... | 55 |
| 5.5.5 Serviços administrativos de apoio..... | 55 |
| 5.5.6 A unidade de Pronto Socorro..... | 56 |
| 5.6 Práticas do Hospital Universitário de Santa Maria..... | 57 |
| 5.6.1 Práticas gerenciais do HUSM e a sua relação com os Critérios de Excelência..... | 61 |
| 6 PROPOSTA DE PRÁTICAS GERENCIAIS..... | 70 |
| 6.1 Considerações gerais sobre os critérios de Excelência..... | 70 |
| 6.2 Estrutura dos Critérios de Excelência e itens..... | 71 |
| 6.3 Práticas gerenciais sugeridas..... | 72 |
| 1. Critério Liderança..... | 72 |
| 1.1 Governança corporativa..... | 72 |
| 1.2 Exercício da liderança e promoção da cultura da excelência..... | 75 |
| 1.3 Análise do desempenho da organização..... | 79 |
| 2. Critério Estratégias e Planos..... | 81 |
| 2.1 Formulação das estratégias..... | 81 |
| 2.2 Implementação das estratégias..... | 83 |
| 3. Critério Clientes..... | 86 |
| 3.1 Imagem e conhecimento de mercado..... | 86 |
| 3.2 Relacionamento com clientes..... | 88 |
| 4. Critério Sociedade..... | 92 |
| 4.1 Responsabilidade socioambiental..... | 92 |
| 4.2 Desenvolvimento social..... | 95 |
| 5. Critério Informações e Conhecimento..... | 98 |
| 5.1 Informações da organização..... | 98 |
| 5.2 Ativos intangíveis e conhecimento organizacional..... | 100 |
| 6. Critério Pessoas..... | 103 |
| 6.1 Sistemas de trabalho..... | 103 |
| 6.2 Capacitação e desenvolvimento..... | 106 |
| 6.3 Qualidade de vida..... | 108 |
| 7. Critério Processos..... | 111 |
| 7.1 Processos principais do negócio e processos de apoio..... | 111 |
| 7.2 Processos relativos a fornecedores..... | 114 |
| 7.3 Processos econômico-financeiros..... | 117 |
| 6.4 Quadro de resumo das práticas gerenciais sugeridas..... | 121 |
| 7 CONCLUSÃO..... | 126 |
| 7.1 Sugestões para trabalhos futuros..... | 128 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 129 |

1 INTRODUÇÃO

A busca pela qualidade assistencial nos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se um imperativo técnico, legal e social. A sociedade está cada vez mais exigindo qualidade nos serviços a ela prestados, principalmente por órgãos públicos. Sob este aspecto, Kluck (2005) enfatiza que, a busca da qualidade por parte dos usuários torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controle pelas organizações. É importante destacar que as organizações hospitalares exibem um sistema complexo de atendimento. O ambiente de atuação dos profissionais apresenta-se intrinsecamente ligado, tanto pela estrutura física, quanto pelos processos de atendimento. Nesta ótica, Bittar (2000) afirma que a prestação de serviços de assistência à saúde, apresenta dois componentes de qualidade: a operacional e a percepção, ou seja, a forma pela qual os clientes recebem e avaliam o serviço.

Os hospitais públicos brasileiros, por razões históricas, não vêm respondendo adequadamente às necessidades de saúde da população, principalmente por falta e/ou ineficiência da rede básica de saúde, que acarreta uma sobrecarga de assistência ambulatorial no âmbito hospitalar. A prática gerencial é outro fator crítico neste processo e lhe cabe definir o papel da instituição hospitalar dentro do sistema de saúde de sua região. Só assim o hospital poderá cumprir o seu papel social, exercendo uma assistência de qualidade a custos adequados, consoante com as necessidades da saúde da população. Os hospitais públicos atendem a maior parte dos aproximadamente 190 milhões de habitantes do Brasil (estimativa IBGE, 2010), os quais consomem conseqüentemente, um considerável volume de recursos financeiros do governo. Nos últimos anos, as políticas governamentais priorizaram a redução dos gastos, para maximizar o atendimento e a qualidade dos serviços no Sistema Único de Saúde (SUS), realizado pelo Ministério da Saúde. Mesmo com essas ações, o Sistema de Saúde tem dificuldade para atender a toda a população, e apesar de todos os investimentos, os hospitais públicos apresentam várias carências. A história das instituições de saúde revela que não basta injetar milhões em programas de saúde e priorizar a redução de gastos. Segundo Pereira, Galvão, Chanes (2005), somente a partir da década de 1930 o estado tornou-se mais efetivo nas ações de saúde, através da implantação da Previdência social, porém em meados de 1960 o sistema público de saúde começou a mostrar ineficiência para atender a população. Nessa época a crise na saúde fundamentava-se,

naturalmente, em uma crise social mais ampla e profunda, que gerava contradições diversas. Eram desafios que atravessavam toda a organização social, desde a produção, distribuição e consumo de bens e serviços, até formas de organização do estado e de seus aparelhos nas relações com a sociedade e a cultura.

Hoje na micropolítica instituída dentro dos hospitais públicos, as diretrizes da direção sofrem uma espécie de “distorção” em meio a um denso campo de forças resultante do protagonismo dos trabalhadores e de suas estratégias visando à defesa dos seus espaços de autogoverno. As diretrizes são reinterpretadas inúmeras vezes e traduzidas em práticas autônomas, principalmente a prática médica e das relações de dominação dos médicos em relação às outras corporações. Consoante a isso o que se observa é que a gestão das organizações de saúde pública, em sua maioria, é feita por profissionais não especializados, sem o perfil e as competências necessárias a atividade. Numa tentativa de minimizar esse problema o Ministério da Saúde instituiu em dezembro de 2002 as portarias 2.224/GM, 2.225/GM e 938, estabelecendo políticas de planejamento e qualificação profissional da gestão hospitalar, no que se refere à formação dos administradores das instituições hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde (SUS). Observa-se que a nova filosofia dos hospitais e demais organizações caminha no sentido de uma administração mais flexível e ágil, com profissionais capacitados para os desafios futuros. Todavia qualquer mudança sempre envolve um complexo e extenso número de itens a serem avaliados e reinterpretados, principalmente quando se tem no serviço público uma cultura historicamente engessada por leis, que dificultam e inibem a modernização dos processos produtivos e invariavelmente acarretam um superprotecionismo dos servidores públicos.

Este trabalho buscou através de sua pesquisa, a elaboração de uma proposta de práticas gerenciais que melhor respondesse às necessidades de um hospital público universitário, considerando as limitações legais, estruturais e culturais e, norteado pelos critérios de excelência da Fundação Nacional da Qualidade.

1.1 Problema de pesquisa

Em meio a um contexto histórico de dificuldades como a escassez de recursos e sucessivas mudanças nas políticas de saúde estão os Hospitais Públicos Universitários. As constantes mudanças políticas e na legislação geram uma indefinição do papel dessas instituições na sociedade, sendo necessário melhor definir se seu foco principal deve ser a assistência ou a educação. Para atender a demanda crescente de serviços com qualidade, é necessário que se crie caminhos que permitam o controle e avaliação dos processos e proporcione resultados significativos.

A questão é como fazer a gestão de um hospital público universitário, baseada nos critérios de excelência da FNQ?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral:

Este estudo tem por objetivo geral propor práticas gerenciais para hospitais públicos universitários com Base nos Critérios de Excelência da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ).

1.2.2 Objetivos específicos:

Para atendimento do objetivo geral proposto neste estudo, realizou-se o desmembramento nos seguintes objetivos específicos:

- Interpretar os Critérios de Excelência;
- Caracterizar a Gestão Pública Hospitalar do HUSM;
- Identificar e analisar as práticas gerenciais do Hospital Universitário de Santa Maria;

1.3 Justificativa do trabalho

No Brasil os serviços de saúde pública não têm conseguido cumprir efetivamente o seu papel, pois o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de ter proporcionado avanços no atendimento a seus conveniados, ainda não consegue atender a demanda crescente. A insuficiência de aporte financeiro e de infraestrutura, aliados às constantes mudanças nas leis e normas que regulam o sistema de saúde e a necessidade de ampliação e aprimoramento técnico do quadro de pessoal são os principais desafios a serem enfrentados para melhorar a eficiência na gestão dos hospitais públicos universitários brasileiros. Adequar as práticas gerenciais hospitalares seguindo as orientações dos Critérios de Excelência da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) é uma forma de disseminar a cultura da qualidade na organização e preparar o ambiente às mudanças estruturais necessárias. Os requisitos dos critérios também evidenciam a importância de oportunizar a qualificação de gestores e toda a força de trabalho para que estes tenham condições de melhor gerir os processos e administrar com eficiência a aplicação de recursos financeiros. Os Critérios de Excelência da FNQ funcionam como uma bússola que orienta e direciona para caminhos que levam a um melhor desempenho na gestão de recursos e processos, proporcionando uma melhoria continuada na qualidade.

Deste contexto surge a idéia de elaboração de uma proposta de práticas gerenciais hospitalares, partindo dos critérios de excelência e utilizando uma metodologia de pesquisa por observação não estruturada. O Modelo de Excelência da Gestão (MEG), do qual derivam os critérios, é flexível e não prescreve ferramentas ou práticas de gestão específicas, podendo ser útil na avaliação, diagnóstico e desenvolvimento de um sistema de gestão de qualquer tipo de organização. Utilizando os critérios de excelência como referência, uma organização pode realizar uma auto-avaliação e obter um diagnóstico da gestão organizacional. A utilização dos critérios também poderá oportunizar a candidatura em premiações por qualificação na prestação de seus serviços, como por exemplo, uma certificação em qualidade, proporcionando maior credibilidade junto a sua clientela.

1.4 Estrutura do trabalho

O presente trabalho apresenta-se dividido em sete capítulos, cujos conteúdos aparecem descritos brevemente:

No Capítulo 1 consta a introdução do trabalho, problema de pesquisa, objetivos, justificativa e estrutura do trabalho.

O Capítulo 2 apresenta uma revisão bibliográfica sobre conceitos de qualidade; qualidade na saúde; gestão hospitalar; indicadores de desempenho e qualidade; Fundação Nacional da Qualidade: histórico, missão, visão, e fundamentos da excelência da gestão.

A metodologia utilizada no desenvolvimento do trabalho é apresentada no Capítulo 3.

O Capítulo 4 é destinado à apresentação dos critérios de excelência da FNQ e sua interpretação.

No Capítulo 5 é feita uma caracterização dos hospitais públicos da rede SUS – um estudo de caso

O Capítulo 6 apresenta uma sugestão de práticas gerenciais para o Hospital Universitário de Santa Maria.

As conclusões da pesquisa e sugestões para trabalhos futuros são expostas no Capítulo 7.

2 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Conceitos de qualidade

A preocupação com a qualidade é algo muito antigo, desde os primórdios da civilização existe preocupação com a qualidade, seja de produtos ou serviços. Definir qualidade é muito complexo, para alguns autores significa fazer conforme as especificações de um projeto, para outros é atender as necessidades do cliente. Sabe-se, no entanto, que a avaliação da qualidade de um produto ou serviço é muito subjetiva, depende dentre outros aspectos, da época, da cultura das partes interessadas, do poder aquisitivo de um povo, e sem dúvida, do ramo de atividade.

Apesar de existirem muitos conceitos sobre qualidade, há uma semelhança entre as diversas definições do que é qualidade no que diz respeito à satisfação do cliente ou consumidor dos bens e serviços oferecidos. Segundo Crosby (1999), qualidade significa estar ou fazer de acordo com os requisitos especificados. Já para Juran (1995), ter qualidade significa atender as necessidades do usuário. Por outro lado, Deming (1990) entende que a qualidade fundamenta-se em um processo contínuo de melhoria, não aceitando a teoria de “zero defeitos” de Crosby, por achar isso um ideal inatingível. Tanto Juran (1995) como Deming (1990), afirmam que limitando a definição de qualidade à “conformidade”, não haverá espaço para inovação e melhoria de um processo. Historicamente, percebe-se a preocupação com a busca de satisfação das necessidades dos clientes, mediante o controle de conformidade de requisitos, que, de acordo com Csillag (1999) evoluiu da inspeção final do produto/serviço, que gerava desperdício e retrabalho, para o controle de processos e a utilização de sofisticadas técnicas estatísticas. Neste sentido, Paladini (2002, p. 34), afirma que “os mecanismos de avaliação da qualidade não podem ser subjetivos, devem ser essencialmente mensuráveis”. Partindo desse pressuposto, o autor recomenda o uso de indicadores para controle da qualidade de produtos/serviços.

Com o surgimento de alta complexidade tecnológica, a partir da revolução industrial, esse controle ganha destaque. Torna-se fundamental assegurar previamente a qualidade dos produtos, serviços, instalações e equipamentos. Com a globalização da economia, a partir de 1973, houve uma mudança de cenário. A qualidade de produtos/serviços torna-se estratégia governamental, a fim de aumentar a competitividade das nações mediante o aumento de produtividade,

considerada por Porter (1993, p. 6) “o determinante principal, a longo prazo, do padrão de vida de um país”. Nessa oportunidade, surgem os programas de qualidade que utilizam metodologias de avaliação com visão sistêmica da organização utilizada na gestão da qualidade empresarial.

2.1.1 Qualidade na saúde

De acordo com Mezomo (2001) a qualidade na saúde inicia pela formação dos profissionais de saúde. Além de uma equipe técnica qualificada é necessária boa estrutura física e tecnológica para subsidiar as ações dos profissionais da área da saúde. Outro fator decisivo na qualidade e quantidade dos serviços de saúde é a compra adequada de insumos. O que se vê hoje nos hospitais públicos universitários especificamente, é um grande descompasso entre a demanda de qualidade e quantidade e o que se tem a oferecer para a população. Essa lacuna deve-se a carência de uma política governamental efetiva de saúde e educação voltada para esse tipo de instituição. Fruto disso tem-se hoje gestores e administradores mal preparados, os quais contam com recursos mal distribuídos. Muito se houve que os recursos destinados à saúde e a educação são poucos, porém o que ocorre é que estes são distribuídos sem um planejamento adequado e ainda são geridos sem um controle eficiente.

Toda a instituição hospitalar tem sua missão primordial a favor do ser humano, ou seja, preocupando-se com a melhoria e o desenvolvimento constante, de tal forma que se consiga uma harmoniosa integração entre as áreas assistencial, tecnológica, administrativa, econômica, bem como nas áreas ética, educativa e de pesquisa em todos os serviços de saúde. (FELDMAN, 2004, p. 59).

Atualmente percebe-se um movimento por parte dos órgãos públicos no sentido de buscar a melhoria da gestão pública, através de programas de treinamentos de gestores e servidores públicos em geral. A exemplo disso, tem-se o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), criado pelo Decreto nº 7.082, de 27 de Janeiro de 2010. O REHUF tem por objetivo criar condições de infraestrutura e pessoal para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e dimensão da assistência à saúde. Os governos federais, estaduais e municipais também estão priorizando a

informatização dos seus serviços, buscando responder as demandas crescentes por quantidade e qualidade. O Ministério da Educação através da sua equipe de Tecnologia de Informação (TI) em parceria com o Hospital de Clínicas de Porto Alegre está em fase de construção de um Aplicativo de Gestão de Hospitais Universitários (AGHU) padrão para todos os hospitais públicos universitários, através do qual todos os principais processos hospitalares serão informatizados, facilitando o controle e a gestão.

Outro aspecto importante que tem impacto em qualquer processo de modernização e qualificação é a necessidade de um estudo das diferentes realidades de um hospital público universitário para outro. Sabe-se que apesar de as características gerais serem semelhantes, existem vários pontos incomuns e que podem facilitar ou dificultar a busca pela qualidade. Entre essas características estão a própria estrutura física, a demanda populacional pelo ensino e assistência da região, bem como as possibilidades de parcerias existentes tanto na área de educação como na assistência a saúde da população, entre outras. Feldman (2004) comenta que Avedis Donabedian, médico e administrador hospitalar, estudioso do tema qualidade em saúde; baseia-se seus estudos na sistematização do conhecimento sobre as várias organizações de cuidado à saúde, especialmente no que se refere à avaliação da qualidade e controle dos serviços. O estudioso afirma que a qualidade do cuidado na saúde é decorrente de três fatores: estrutura, processo e resultado, onde: A estrutura envolve desde a estrutura física e disponibilidade de equipamentos até a capacitação dos profissionais, passando pela organização dos serviços. O processo abrange todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e os pacientes. Já o resultado é a consequência da assistência realizada, refletindo as mudanças observadas no estado de saúde do paciente.

2.2 Gestão hospitalar

Muitos administradores públicos por não conhecerem método gerencial normalmente acham que seu conhecimento empírico sobre gerenciamento é o suficiente. Uma boa liderança aliada ao conhecimento dos processos pode resultar em uma boa administração. Fazer uma reestruturação organizacional e uma reavaliação dos processos pode levar a uma melhoria no desempenho organizacional, resultando em melhor atendimento à população. A chave para o

sucesso é a padronização, o treinamento contínuo e a valorização dos funcionários. Todos esses elementos, entre outros estão implícitos em um sistema de gestão pela qualidade, o qual deverá conter necessariamente um planejamento estratégico.

Nogueira (2003, p.111) diz que “a decisão de adotar um sistema de gestão pela qualidade em uma instituição não é simples e implica muitas vezes profundas mudanças no estilo atual de gestão e no comportamento das pessoas, de todos os níveis hierárquicos”.

Hoje, a gestão dos serviços hospitalares vem sendo uma das maiores preocupações do governo, frente à crescente demanda, associada a escassez de recursos. Mezomo (2001, p. 11) diz que “a prestação de serviços de saúde legitima-se no respeito aos princípios da equidade, qualidade, eficiência, efetividade e aceitabilidade”. Para que esses princípios sejam seguidos é necessária uma liderança administrativa competente e atuante. Equidade significa dispor à população recursos de atenção à saúde de forma justa, observando às necessidades da mesma, facilitando o acesso com segurança a esses recursos. A qualidade é entendida como a correspondência entre aquilo que o serviço se propõe a oferecer e sua efetiva consecução. Já a eficiência é a relação de otimização do uso dos recursos utilizados na realização de um serviço. Por outro lado a efetividade é a medida do nível de alcance dos objetivos propostos nos serviços de saúde. Por fim a aceitabilidade é o resultado de uma avaliação positiva ou negativa do serviço prestado, pela comunidade usuária. Segundo Mezomo (2001) o sistema de prestação de serviços de saúde é um sistema aberto enquanto sofre variadas influências ambientais, socioeconômicas, políticas e tecnológicas, que podem beneficiar ou dificultar o processo de prestação de serviços. Isso remete ao entendimento de que o administrador não é o único participante do processo de administração da saúde. A complexidade do sistema exige uma equipe e a divisão de responsabilidades entre seus membros, na alocação e aplicação de recursos para a obtenção de resultados em saúde com sucesso. A complexidade dos serviços de saúde resulta em uma administração onde os serviços são planejados e executados para cada paciente, além disso, a prestação de serviços em saúde conta com profissionais de inúmeras áreas, onde a interação desses profissionais torna o sistema complexo. Fica entendido que a administração hospitalar não é tarefa fácil, ultrapassando as capacidades, habilidades técnicas e preparo intelectual para planejar, organizar, dirigir, controlar, coordenar e avaliar os recursos e procedimentos que propiciam atendimento às necessidades individuais de cada

cliente. Exigindo de seus administradores uma estrutura condizente com os objetivos fundamentais de uma instituição de saúde, identificando-se com a saúde e a vida das pessoas. Além disso, para que uma instituição cresça, é necessário não somente bem administrar, mas sim ter líderes que busquem a inovação e a qualidade numa perspectiva de futuro e figurando como um agente de melhoria contínua.

Outro fator determinante do desempenho de uma instituição é a participação e o envolvimento de seus colaboradores no processo de melhoria contínua. Para isso é preciso criar oportunidades para que aprendam e pratiquem novas habilidades em seu trabalho, através de um processo de educação permanente. Nogueira (2003) afirma que a colocação de forma visível de informações relativas ao desempenho dos principais itens de controle, metas, gráficos de acompanhamento e planos de ação, trata-se de um auxílio importante tanto na disseminação das informações quanto na conquista do envolvimento dos colaboradores.

Todo o exposto sobre gestão hospitalar leva a conclusão de que é necessária a adoção de um sistema de gestão da qualidade para uma instituição que tem por objetivo a busca da melhoria contínua de seus processos. A norma ISO 9001, elaborada no Comitê Brasileiro de Qualidade, promove a adoção de uma abordagem de processos para o desenvolvimento, implementação e melhoria da eficácia de um sistema de gestão da qualidade para aumentar a satisfação do cliente. Segundo essa norma uma das vantagens da abordagem por processos é o controle contínuo sobre a ligação entre os processos individuais dentro do sistema de processos, bem como sua combinação e interação. Quando usada em um sistema de gestão, esta abordagem enfatiza: a importância do entendimento e atendimento dos requisitos; a necessidade de considerar o valor agregado aos processos; a obtenção de resultados de desempenho e eficácia de processos; bem como a melhoria contínua de processos baseada em medições objetivas. A figura 1 ilustra um modelo de Sistema de Gestão da Qualidade Baseado em Processos.

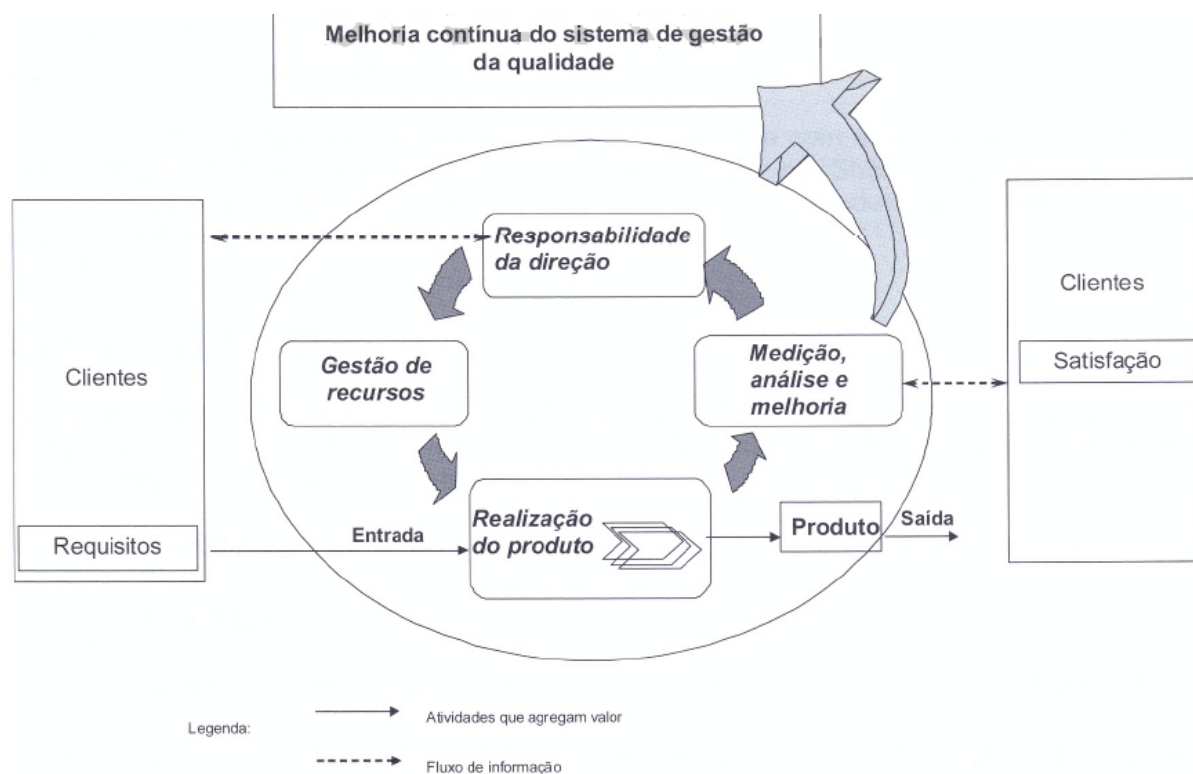


Figura 1 - Modelo de um sistema de gestão da qualidade baseado em processos
 Fonte: Norma - NBR ISO 9001

O modelo de sistema de gestão da qualidade baseado em uma abordagem por processos ilustrado na figura 1, mostra que os clientes desempenham um papel significativo na definição dos requisitos como entradas. O monitoramento da satisfação dos clientes requer a avaliação de informações relativas à percepção do cliente quanto ao atendimento ou não aos requisitos dos clientes pela organização.

Na figura pode-se observar que o processo de produção de um bem ou serviço, desde a entrada de insumos e requisitos dos clientes até a saída do produto final, passa por um círculo de melhoria contínua do sistema de gestão da qualidade, visando à satisfação do cliente.

2.3 A saúde pública no Brasil

Observa-se que um dos grandes gargalos da saúde pública no Brasil é a ineficiência da rede de atenção básica à saúde. Verifica-se normalmente que hospitais e outras unidades de saúde realizam seu trabalho como se fossem independentes, identificando-se, portanto, a necessidade do estabelecimento de um sistema de referência e troca de experiências. Percebe-se também que um maior investimento em pessoas, tecnologia e infraestrutura por parte dos governos, podem representar mais qualidade nos serviços prestados à população. Em consequência os hospitais públicos maiores e mais equipados que deveriam ampliar o atendimento a casos de média e alta complexidade ficam superlotados com pacientes que poderiam ser atendidos na rede básica de saúde. É preciso que se estabeleça um processo de parceria que integre hospitais públicos e unidades de saúde da Rede do Sistema Único de Saúde para a troca de experiências, formação de profissionais e estruturação de uma rede de referência e contra-referência sólida, para reduzir a superlotação de hospitais públicos. Tão importante quanto à parceria entre os agentes da Rede SUS, é o investimento por parte da Administração Pública na recuperação e ampliação da infra-estrutura, e parque tecnológico das unidades de atendimento em saúde, além de uma forte atenção a formação e qualificação de recursos humanos. Em relação à gestão de recursos humanos percebe-se a necessidade de mudança de foco por parte da Administração Pública. Segundo levantamento¹ feito pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde, atualmente os 46 hospitais universitários trabalham com cerca de 20 mil funcionários terceirizados, os quais devem ser substituídos por servidores concursados. O movimento do Governo para solucionar esse problema histórico é muito tímido, a instituição do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) prevê a reposição de vagas e qualificação de profissionais, porém o programa está mais focado para profissionais das áreas diretamente ligadas a atividade de assistência (médicos, enfermeiros e técnicos de saúde). O Pacto pela Saúde prevê a atenção global e integral dos pacientes, o que envolveria todos os profissionais atuantes em uma unidade de saúde.

¹ Diagnóstico dos hospitais universitários federais realizado pelo ministério da educação

2.4 As dimensões da qualidade hospitalar

A Coordenação Geral de Atenção Hospitalar do Ministério da Saúde propõe quatro dimensões e onze subdimensões para a qualidade nos hospitais da Rede SUS, com respectivos indicadores de estrutura, processo e resultado, que devem ser trabalhados levando-se em conta o perfil assistencial; formas de financiamento; características geo-demográficas da região; rede assistencial de referencia; entre outras.

2.4.1 integração do hospital com a rede assistencial e responsabilidade social

A integração das ações entre os subsistemas que formam o sistema de saúde, e dos serviços em redes assistências integradas, é uma condição para a garantia da continuidade do cuidado aos usuários sem a qual se compromete a integralidade do cuidado. A articulação intersetorial e ações de promoção de saúde completam o rol de iniciativas que comprometem as unidades hospitalares com a população de sua região e comunidades que vivem em torno dos hospitais.

Subdimensões:

- Inserção nas Redes Assistenciais
- Responsabilidade Social e Ações de Promoção de Saúde

2.4.2 Gestão hospitalar e atenção à saúde

A atividade de gestão nas unidades hospitalares tem como principal foco a gestão clínica comprometida, principalmente, com o resultado da assistência ao paciente. A busca da qualidade hospitalar exige promover até as posições de liderança na instituição, os profissionais que se destacam no cuidado ao paciente. Devem-se criar espaços em todas as linhas de cuidado para a manifestação organizada e contínua dessas lideranças.

Subdimensões:

- Efetividade Clínica e Segurança do Paciente
- Inovação e Incorporação Tecnológica
- Política de Co-gestão
- Gestão de Custos
- Gestão da Informação e Gestão de Logística

2.4.3 Direitos do usuário

A legitimação do SUS passa pela participação ativa dos seus usuários e parceiros na superação dos problemas que impendem o seu pleno funcionamento. Cabendo as unidades hospitalares abrirem espaço formal na sua gestão, para a atuação dos usuários. Além disso, o desenvolvimento de atividades de acolhimento, confortabilidade, envolvimento da rede social do paciente na sua cura constituem-se diferencial de qualidade.

Subdimensões:

- Política Nacional de Humanização
- Controle social

2.4.4 Desenvolvimento profissional

O ambiente hospitalar precisa transformar-se em fonte de satisfação pessoal e desenvolvimento profissional para os seus trabalhadores. Um ambiente com sobrecarga de trabalho e muitas vezes pouco equipado, gera stress e agrava-se quando os vínculos trabalhistas são precários, não há proteção para os danos usuais e quando o aprendizado do dia-a-dia se perde. Independente do porte das unidades hospitalares, todas são produtoras de conhecimento e capazes de transmiti-lo interna e externamente. A qualidade hospitalar passa pelo desenvolvimento e aprimoramento das vocações institucionais e da defesa e valorização dos seus profissionais.

Subdimensões:

- Relações do Trabalho
- Educação Permanente

A peculiaridade das dimensões e subdimensões da qualidade no complexo modelo de saúde adotado no Brasil mostram que a atenção à saúde depende dos ambientes externo e interno das organizações de saúde, em especial as unidades hospitalares. Possivelmente, o principal fator de sucesso de um programa de qualidade nessas condições é a capacidade motivacional dos atores envolvidos diretamente no processo de assistência, quase sempre atuando em condições

adversas. As organizações hospitalares são instituições importantes no processo de produção e transmissão de conhecimento, portanto, capazes de desenvolver a formar profissionais. É consenso entre os atores do SUS, que atingir determinado padrão de qualidade no SUS é fundamental para a legitimação do sistema de saúde brasileiro perante a população e que a integração e a clara definição da função específica das diversas organizações de saúde, principalmente os hospitais, na constituição de redes e corredores virtuais de atenção é elemento chave no processo de qualificação.

2.5 Considerações gerais sobre o sistema de saúde e os hospitais universitários

Segundo o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) a reforma sanitária e a conseqüente criação do SUS ocorreram em uma conjuntura política bastante adversa. Por um lado uma tentativa de frear o crescente mercantilismo da saúde, por outro a tentativa a de desfazer as práticas centralizadoras e autoritárias que se haviam instalado no aparelho estatal e na sociedade. Na tentativa de responder adequadamente às demandas sociais a reforma sanitária produziu e incentivou ações político-jurídicas baseadas na solidariedade e compartilhamento da gestão da saúde entre as três esferas de governo, permitindo uma gradual descentralização das políticas de saúde. No entanto a aparente descentralização e transferência de responsabilidades têm enfrentado dificuldades crescentes para funcionar no modelo federativo trino de gestão.

Para o CONASS um dos maiores problemas reside na dificuldade no estabelecimento de mecanismos de cooperação entre as unidades federadas. Decorrentes disso fragilidade surgem conflitos nas relações entre os gestores, nas diversas esferas. Vários elementos, entre eles, a desigualdade social e econômica, as diversidades territoriais e demográficas e as diferenças de complexidade técnica e tecnológica, aliadas à necessidade de qualificação dos gestores contribuem para a fragmentação do sistema de saúde.

Na tentativa de facilitar as relações entre as esferas surgem os pactos, entre eles o Pacto pela Saúde lançado em 2006. Este caminha no sentido de melhorar e aperfeiçoar as conquistas anteriores de gestão da saúde, buscando a gestão dos compromissos solidários na regionalização da saúde, além da definição da forma de financiamento pactuada, através da definição de metas e diretrizes gerais para contratualização com o SUS.

Outro ponto crítico no sistema de saúde, tanto do ponto de vista qualitativo, quanto quantitativo são os recursos humanos. Identifica-se um déficit de determinados profissionais na rede de atenção e na gestão, além da necessidade de capacitação para estejam melhor preparados para exercer suas funções. De acordo com o CONASS, este problema é induzido pela frágil formação e educação desenvolvida nas escolas e universidades que, ao retratarem a sociedade e seus problemas, reproduzem vícios e condicionamentos que não colaboram com o sistema. A ampliação na cobertura do atendimento pelo SUS gerou a necessidade de aperfeiçoar o sistema de saúde e garantir a assistência integral e de qualidade à população. A formação dos profissionais de saúde qualificados, o desenvolvimento de novas técnicas, terapias e procedimentos, bem como o acesso da população aos cuidados de alta complexidade em saúde são imprescindíveis para a consecução da integralidade da assistência.

Nesse contexto entram os hospitais de ensino, em especial os hospitais universitários que como centros de formação de recursos humanos e serviços assistenciais de média e alta complexidade à população figuram como mais um importante apoio à disposição do SUS. Em um estudo realizado pelo Ministério da Educação sobre a situação dos hospitais universitários federais com dados do ano de 2008 relativos à atividade fim, mostrou que estes atendem grande parte da população brasileira, e quase que na totalidade pelo SUS. Verificou-se também que é urgente a necessidade de uma reestruturação dos mesmos visto que estão em situação precária, principalmente quanto à recomposição do seu quadro de pessoal, conforme aponta o relatório do diagnóstico realizado para subsidiar o REHUF.

Segundo o Ministério da Educação os hospitais universitários apresentam uma capacidade de internação Instalada de 90,20% dos leitos ativos e 9.80% desativados, contabilizando no ano de 2008 1.124 leitos desativados devido à falta de pessoal. A necessidade emergencial era de 5.443 vagas, porém o diagnóstico aponta que a questão de recursos humanos pode se agravar com a perspectiva de aposentadoria de 3.741 servidores entre 2008 e 2010.

Para suprir emergencialmente o déficit de pessoal e manter o atendimento à população, os hospitais universitários têm recorrido à terceirização por meio de licitações ou contratação através de fundações. Decorrentes dessa alternativa surgem três problemas que se agravam a cada ano: o comprometimento de um alto percentual dos orçamentos com pagamento de pessoal terceirizado; a dificuldade de manter a qualificação das equipes devido às freqüentes trocas de funcionários

terceirizados e a forte pressão do Tribunal de Contas sobre os gestores dos hospitais quanto à exigência legal de substituição de pessoal contratado através de fundações, por servidores concursados.

Como se não bastasse todas essas dificuldades enfrentadas pelos hospitais universitários, além da insuficiência do investimento financeiro por parte do governo, ainda paira sobre essas instituições uma instabilidade política e social, decorrente de constantes mudanças nas leis e normas que regulam o sistema de saúde no país. Como exemplo tem-se o REHUF e a Medida Provisória nº 520/2010: o REHUF, instituído pelo Decreto 7.082 de 27 de janeiro de 2010, previa a modernização tecnológica, de infra-estrutura e adequação do quadro de pessoal para todos os hospitais universitários, mediante a entrega de um plano de reestruturação por cada hospital. Já a Medida Provisória nº 520/2010 assinada pelo Presidente da República em 31 de dezembro de 2010 prevê a criação de uma empresa pública de direito privado para fazer a gestão dos hospitais universitários públicos federais. Havendo a possibilidade de ser feito um novo plano e teoricamente tornando sem efeito o planejamento feito pelos hospitais para atender a exigência do REHUF. Esses supostos conflitos políticos e legais podem dificultar o desenvolvimento das atividades operacionais e as práticas gerenciais dos hospitais.

2.6 A Fundação Nacional da Qualidade (FNQ)

2.6.1 Histórico

A FNQ é o maior centro brasileiro de estudo, debate e irradiação de conhecimento sobre excelência em gestão. Instituída em 1991, é uma organização não-governamental sem fins lucrativos, fundada por 39 organizações privadas e públicas, para administrar o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ). Tem por missão disseminar os fundamentos da excelência em gestão para o aumento de competitividade das organizações e do Brasil. Sua visão é ser um dos principais centros mundiais de estudo, debate e irradiação de conhecimento sobre a excelência em gestão.

Através de um renomado grupo de executivos e pensadores do país, busca cumprir sua missão de disseminar os fundamentos da excelência da gestão para organizações de todos os setores e portes. Para cumprir seus objetivos transformou-se num centro de referência de classe mundial sobre excelência em gestão, por meio da transformação de um conjunto de empresas e entidades em uma rede

dinâmica e aberta, engajada em estudo, desenvolvimento, intercâmbio e irradiação de uma grande base de conhecimento originária dessas organizações. Após ter desenvolvido a estrutura e conquistado credibilidade a FNQ consolidou PNQ como marco referencial para a excelência em gestão no país. Atualmente conta com mais de 260 organizações filiadas dos setores públicos e privados, e treinou mais de 45 mil pessoas no Modelo de Excelência em Gestão (MEG). Além disso, realizou 92 seminários, dos quais 16 internacionais.

O PNQ tem por objetivo estimular o desenvolvimento cultural, político, científico, econômico e social do Brasil, bem como fornecer às organizações um referencial para o contínuo aperfeiçoamento, com reconhecimento público da qualidade na gestão e divulgação de boas práticas de gestão. Em sua 18ª edição em 2009 obteve 484 candidaturas, onde o processo de avaliação contou com 5.027 voluntários na banca examinadora, que visitaram 148 organizações em todo o Brasil, onde 42 foram finalistas e 35 premiadas. Essa vasta experiência levou a FNQ a estimular a criação e participação em premiações setoriais, estaduais e regionais, sendo a articuladora da Rede Nacional da Gestão Rumo a Excelência, que engloba 54 programas e prêmios regionais e setoriais da qualidade distribuídos em todo o país. Como geradora de conhecimento a FNQ apóia tecnicamente esses programas e prêmios, por meio da disponibilização de produtos e serviços desenvolvidos e validados por um comitê técnico.

2.6.2 Fundamentos da Excelência da Gestão

A busca da excelência na gestão constitui-se em um caminho árduo e trabalhoso, que tem como princípio muito esforço, comprometimento e persistência da equipe seguindo estratégias e metas bem definidas, buscando melhoria contínua, com foco no cliente e mercado.

Os critérios de Excelência da FNQ constituem modelos sistêmicos da gestão organizacional. São construídos sobre uma base de conceitos fundamentais e essenciais à obtenção da excelência do desempenho. Os fundamentos que servem de base para os critérios de excelência expressam conceitos reconhecidos internacionalmente que se traduzem em práticas nas organizações líderes que buscam constantemente se aperfeiçoar. São 11 os fundamentos de excelência, os quais são relacionados e conceituados a seguir:

Pensamento Sistêmico: expressa as relações de interdependência entre os diversos componentes de uma organização, bem como entre a organização e o

ambiente externo. A prática deste conceito se revela através da valorização, compartilhamento e disseminação do aprendizado resultante da interação entre as redes formais e informais das organizações. Estas são constituídas por uma complexa combinação de recursos humanos e organizacionais, cujo desempenho pode afetar positiva ou negativamente a organização em seu conjunto.

Aprendizado Organizacional: este conceito se revela através da busca e alcance da ampliação do conhecimento da organização por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de experiências. Este conceito deve estar internalizado na cultura organizacional, tornando-se parte na rotina diária através da busca do conhecimento compartilhado e aprendizado coletivo, valorizando e perpetuando o capital intelectual.

Cultura de Inovação: diz respeito a promoção de um ambiente favorável a criatividade, experimentação e implementação de novas idéias que possam gerar um diferencial competitivo para a organização. A prática deste conceito leva a geração de novas idéias que podem provocar mudanças com impacto positivo e duradouro em assuntos ou áreas de interesses estratégicos das organizações.

Liderança e Constância de Propósitos: é fundamental que a liderança tenha uma mente aberta para receber e avaliar as novas idéias, visando à motivação das pessoas e cultura da excelência. Um líder deve ter uma visão de futuro, bem como participação pessoal ativa e constante para dar clareza e unidade de propósitos na organização, criando assim o comprometimento institucional.

Orientação por Processos e Informação: uma organização funciona através de um conjunto de atividades transformadoras inter-relacionadas. É fundamental que se conheça todos os processos, onde as atividades devem ser mapeadas, e sobretudo ter conhecimento das necessidades e interesses das partes interessadas. De posse dessas informações as lideranças poderão prever riscos e novas necessidades, otimizar os processos e planejar e implementar inovações, no sentido de obter resultados consistentes e promover excelência nos seus processos.

Visão de Futuro: uma visão de futuro pressupõe pensar e planejar estrategicamente a fim de antecipar-se com agilidade e adaptar-se as novas tendências, tecnologias, necessidades e expectativas das partes interessadas, a fim de garantir a sustentabilidade da organização a curto e longo prazo.

Geração de Valor: se dá através da obtenção de resultados consistentes, os quais são importantes para promover e garantir o desenvolvimento organizacional. A geração de valor cada vez mais depende dos ativos intangíveis, o conhecimento

tácito oriundo do trabalho em redes formais e informais atualmente é um dos bens mais preciosos de uma organização.

Valorização das Pessoas: o sucesso das organizações depende cada vez mais do aprendizado e desenvolvimento das potencialidades de seus colaboradores. É fundamental que se estabeleça um clima organizacional participativo e agradável, que propicie um alto desenvolvimento pessoal e organizacional. Além disso, é preciso criar uma cultura flexível e estimulante ao conhecimento, dando livre acesso as redes de relacionamentos, assegurando a motivação e o comprometimento das pessoas incumbidas de disseminar o conhecimento.

Conhecimento sobre o Cliente e o Mercado: as necessidades dos clientes devem estar claras para toda a instituição, e não só para algumas áreas. É através do conhecimento das necessidades e expectativas dos clientes que se pode atendê-lo com maior qualidade e estabelecer uma relação duradoura e de confiança.

Desenvolvimento de Parcerias: se verifica através do desenvolvimento de atividades em conjunto com outras organizações, com a utilização das competências essenciais de cada uma, gerando benefícios mútuos para ambas as partes. Atualmente as mudanças rápidas e constantes, o aumento da demanda e as facilidades tecnológicas favorecem o estabelecimento de parcerias, esses elementos em conjunto podem figurar como a chave para o sucesso. Como resultado tem-se a redução de custos, agregação de valor a todas as partes interessadas, bem como a geração de benefícios mútuos claramente identificados.

Responsabilidade Social: consiste na atuação ética, transparente e responsável da instituição com a sociedade com a qual se relaciona, reconhecendo-a como parte integrante do seu ecossistema. A responsabilidade social busca o desenvolvimento sustentável, identificando o impacto social das suas instalações, processos, produtos e serviços, executando continuamente ações preventivas para eliminar ou minimizar esse impacto.

Os 11 Fundamentos da Excelência têm seus conceitos inseridos nos oito critérios, através de itens com ênfase segundo as características de cada Critério, conforme mostra a figura 2.



Figura 2 - Integração entre os Fundamentos e Critérios da Excelência
 Fonte: Manual dos Critérios de Excelência da FNQ – Edição 2010

Observa-se na figura 2 que quatro Fundamentos da Excelência são transversais aos sete Critérios de Processos Gerenciais. Ou seja, os fundamentos pensamento sistêmicos, aprendizado organizacional, cultura da inovação e desenvolvimento de parcerias, tem seus conteúdos inseridos nos critérios Liderança, Estratégias e Planos, Clientes, Sociedade, Informações e Conhecimento, Pessoas e Processos, respectivamente.

2.6.3 O Modelo de Excelência da Gestão (MEG)

O Modelo de Excelência da Gestão que é concebido com base nos fundamentos da excelência e é constituído por oito critérios, os quais estão representados na figura 3 que simboliza a organização como um sistema orgânico e adaptável que interage com o ambiente externo. Sugere que os elementos do modelo imerso num ambiente de informações e conhecimento relacionam-se de forma harmônica e integrada, voltada para a geração de resultados. No modelo, os fundamentos da excelência são expressos em características que podem ser mensuráveis quantitativa ou qualitativamente, chamadas de requisitos. O agrupamento desses requisitos é denominado critérios, cujo objetivo maior é reproduzir de forma lógica a condução de um negócio.

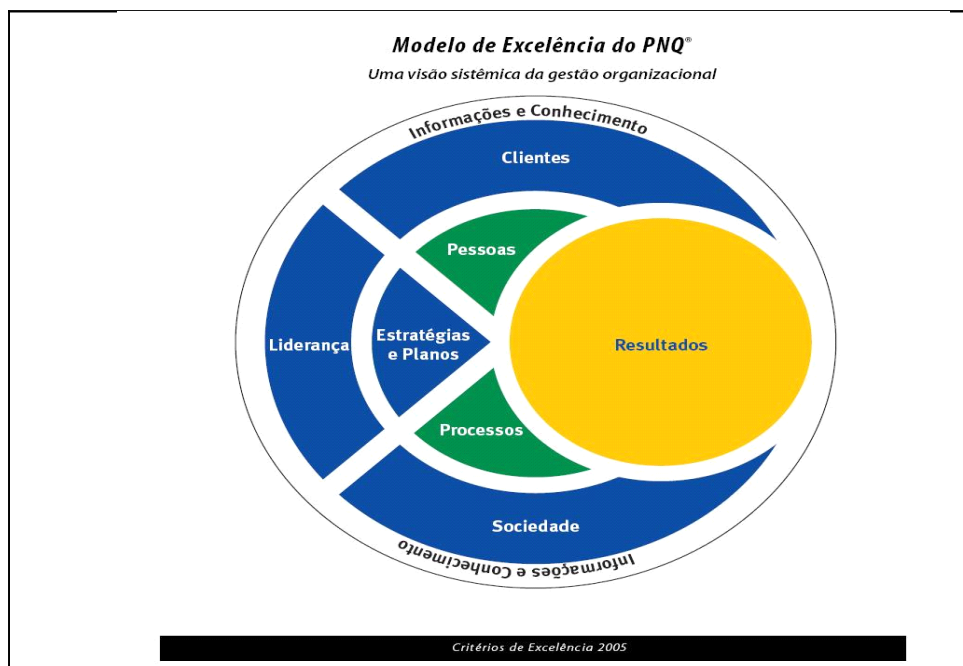


Figura 3 - Modelo de Excelência da Gestão
Fonte: Manual dos Critérios de Excelência da FNQ – Edição 2010

A continuidade e o sucesso de uma organização estão diretamente relacionados com sua capacidade de atender às necessidades e as expectativas de seus clientes. Além disso, é necessária a manutenção de uma constante atuação de forma responsável em relação à sociedade e comunidades com as quais interage, contribuindo para o desenvolvimento socioambiental.

Uma melhor descrição da figura 3 representativa do MEG utiliza o conceito de aprendizado segundo o ciclo PDCL (Plan, Do, Check, Learn), onde cada etapa significa: planejar, fazer, verificar e aprender, como descrito a seguir: na primeira etapa (P) inicia com o planejamento (logo após o estabelecimento dos princípios da organização), prática e vivência dos fundamentos da excelência pelos seus líderes, impulsionando a cultura da excelência na gestão. Esta etapa se desenvolve através do desdobramento das estratégias organizacionais em planos de ação de curto e longo prazo. A etapa seguinte (D) diz respeito à ação de fazer as coisas acontecerem. É o momento que se inicia com a capacitação das pessoas, porque após capacitadas e comprometidas, atuam de forma a consolidar a cultura da excelência e executar e gerenciar adequadamente todos os processos organizacionais. Para que seja possível planejar e implementar melhorias que possam levar a otimização dos processos e aumento da produtividade, é necessário controlar o sistema organizacional como um todo. Só é possível um controle efetivo através da mensuração dos resultados em relação à situação econômico-financeira, clientes e mercado, pessoas, sociedade, processos, e fornecedores. Na etapa de verificação (C), a comparação dos resultados medidos com as metas estabelecidas mostrará se houve ou não crescimento da organização. Finalmente na etapa referente ao aprendizado (L), os resultados medidos e analisados retornam a toda a organização na forma de informação e conhecimento, possibilitando a melhor execução das ações e a busca do aprendizado organizacional.

Em um detalhamento maior do MEG é possível verificar, por meio dos oito critérios que compõe o modelo, se a implementação do sistema de gestão da organização incorpora de fato o PDCL, como sugerido pelo Diagrama da Gestão representado na figura 4:

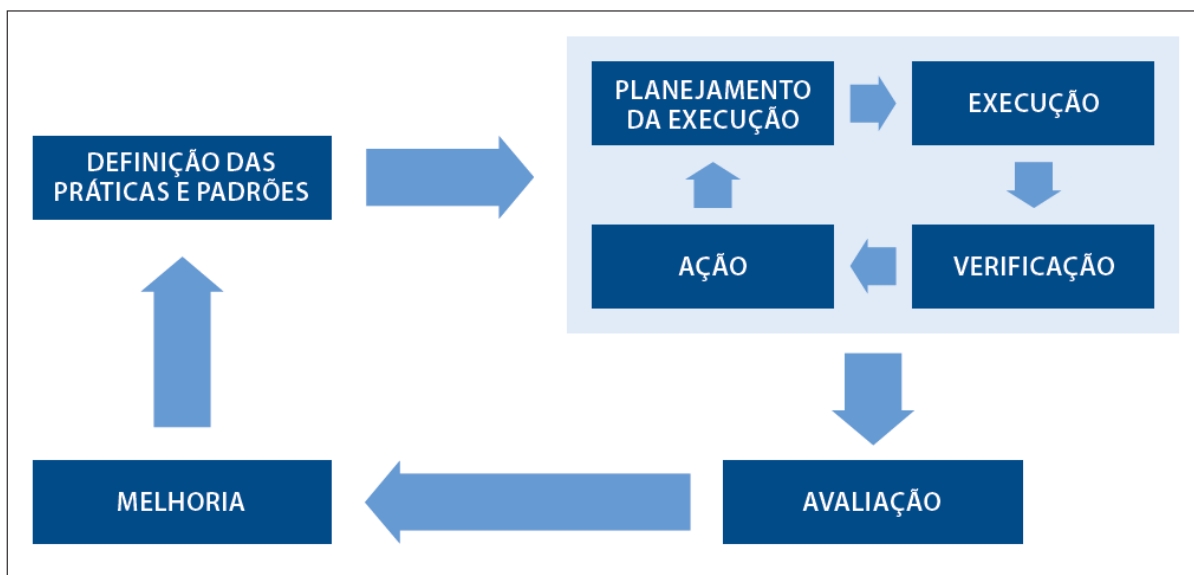


Figura 4 – Diagrama da Gestão

Fonte: Manual dos Critérios de Excelência da FNQ – Edição 2010

É possível visualizar no diagrama da figura 4 que as definições das práticas de gestão e de seus padrões de trabalho estão presentes na organização de uma forma sistemática. As práticas são sistematicamente implementadas, executadas e verificadas através de um planejamento, de forma a atender ao cumprimento do planejado. A avaliação dos resultados objetiva promover ações de melhorias sejam elas corretivas ou preventivas, bem como promover o aprendizado e a integração do sistema gerencial.

3 METODOLOGIA

A metodologia pode ser vista como uma ferramenta facilitadora do processo de busca do conhecimento, capaz de auxiliar no entendimento das questões às quais um determinado estudo se proponha. Para Demo (1998), a metodologia é o caminho pelo qual pesquisadores produzem o conhecimento científico. Neste sentido, alguns autores como Lakatos (1998), Rudio (1986) e Gil (1998) afirmam que método é um conjunto de atividades sistemáticas racionais que, com maior segurança e economia, permitem alcançar o objetivo, conhecimentos válidos e verdadeiros traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões do pesquisador.

A pesquisa foi desenvolvida em quatro etapas distintas: na primeira foi realizada uma pesquisa bibliográfica visando coletar informações sobre o tema estudado. Nesta oportunidade realizou-se uma interpretação dos Critérios de Excelência da FNQ. Num segundo momento ocorreu uma observação de campo no HUSM, para identificar e entender o funcionamento de seus processos e das práticas desenvolvidas. O resultado da observação interativa possibilitou a caracterização dos serviços onde se desenvolvem os processos da instituição. Em uma terceira etapa, o conhecimento profissional do pesquisador em relação às práticas gerenciais da instituição estudada, e as informações adquiridas através da interação com as equipes, permitiu também a identificação das oportunidades de melhoria. Finalmente foram propostas práticas gerenciais para o Hospital Universitário de Santa Maria, baseadas nas informações coletadas no estudo e alinhadas aos requisitos dos Critérios de Excelência da FNQ.

3.1 Abordagem do problema

Para atingir os objetivos deste trabalho, além da pesquisa bibliográfica e da observação de campo não estruturada realizada no Hospital Universitário de Santa Maria; também foi necessário fazer uma interpretação dos Critérios de Excelência da Fundação Nacional da Qualidade, e posteriormente foi elaborada uma proposta de práticas gerenciais adequadas às necessidades do hospital.

Neste estudo foi utilizada a abordagem qualitativa do problema de pesquisa. Silva (2003, p. 85), diz que a abordagem qualitativa se caracteriza como "tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais

apresentadas”. Para o autor, essa abordagem permite descrever a complexidade de processos dinâmicos experimentados por grupos sociais, apresentar contribuições no processo de mudança, criação ou formação de opiniões de determinados grupos e permitir, em maior grau de profundidade, a interpretação das particularidades dos comportamentos ou atitudes dos indivíduos. Para este estudo, a compreensão dos Critérios de Excelência FNQ, além do entendimento das reais necessidades de um hospital público universitário, neste caso o HUSM, são condições indispensáveis para atingir os objetivos propostos.

3.2 Procedimentos técnicos

Neste estudo, a pesquisa quanto aos fins foi exploratória, e quanto aos meios, bibliográfica e de observação de campo. A parte prática foi realizada através da técnica de observação não estruturada e se constituiu na captação de informações junto ao Hospital Universitário de Santa Maria, para verificar quais as práticas adotadas na sua busca pela melhoria da qualidade em seus serviços. Para Selltiz (1987) a observação torna-se uma técnica científica à medida que serve a um objetivo formulado de pesquisa.

... um modelo naturalista reduz a observação a uma técnica que possibilita a coleta de dados materializados em fatos e contribui para a objetivação ou para a explicação das atividades dos atores sociais e das experiências que eles vivenciaram. (POUPART, Deslauriers, GROULX, LAPERRIÈRE, MAYER E PIRES, 2008, p.260).

Já a pesquisa bibliográfica foi realizada nas bibliotecas da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), em sites da internet e em materiais bibliográficos próprios do pesquisador, entre eles o manual dos Critérios de Excelência da FNQ. A vantagem desse tipo de pesquisa é que permite ao investigador a cobertura de uma gama de fenômenos muito mais ampla do que aquela que poderia pesquisar diretamente. Vindo ao encontro com o problema de pesquisa desse trabalho, uma vez que existem poucas organizações hospitalares públicas com experiência em sistemas e práticas de gestão em qualidade assistencial. Nesse caso, conforme reporta Cervo (2002, p. 65) “procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos”, assim, busca conhecer e analisar as contribuições culturais e científicas existentes sobre o assunto. Portanto procura o domínio do estado da arte sobre o tema. Ainda, Lakatos (2003, p. 183) menciona que “não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas

propicia o exame de um tema sob novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras”.

3.3 Natureza da pesquisa

Esta pesquisa envolve abertura de horizontes e a apresentação de diretrizes fundamentais, que podem contribuir para a melhoria da administração dos serviços de saúde pública, através de uma melhor gestão da qualidade em saúde. A metodologia para estabelecer uma proposta de práticas gerenciais, usando os Critérios de Excelência da FNQ como parâmetro para avaliar, reavaliar e monitorar os processos produtivos poderá ser útil às instituições hospitalares que desejam implantar programas de qualidade em seus serviços, por isso é de natureza aplicada. Conforme Gil (1998) se caracteriza pelo interesse na aplicação, utilização e conseqüências práticas dos conhecimentos. Portanto poderá ser utilizada por profissionais administradores da área da saúde pública permitindo ao setor hospitalar referenciar-se com o ramo empresarial em busca de melhoria contínua e excelência na gestão.

3.4 Delimitação do tema

A proposta de práticas gerenciais voltadas para um hospital público universitário foi elaborada com base na observação das rotinas e práticas gerenciais do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Além da observação das práticas fez-se uma análise das informações contidas no Relatório do Diagnóstico sobre a situação dos Hospitais Públicos Universitários Federais, realizado pelo Ministério da Educação no ano de 2009. As sugestões apresentadas neste estudo estão alinhadas aos Critérios de Excelência da FNQ, já adotados por diversos seguimentos empresariais no Brasil. Foram abordados somente os requisitos relativos aos sete critérios gerenciais, não sendo abordado o oitavo critério relativo aos resultados, visto que o trabalho não visa analisar resultados.

O HUSM localiza-se na região central do Rio Grande do Sul, suas atividades têm abrangência regional, atendendo pacientes pertencentes a 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) deste estado, e em alguns casos pacientes referenciados de outros estados. O Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH), inicialmente adotado pelo hospital em 2001, na época apresentava algumas exigências com alto custo para adequação, tornando-se

inviáveis para o hospital. Mesmo sendo o mais específico para unidades de saúde, o PBAH em curto prazo poderia apresentar dificuldades para ser efetivado em um hospital público de médio e pequeno porte, entre os quais se encontra o HUSM, visto que estes possuem desafios a superar, tais como: a institucionalização de uma cultura da qualidade, melhoria na disponibilidade de recursos financeiros, humanos, materiais, tecnológicos e de infra-estrutura. O objetivo deste trabalho é propor práticas que propiciem ajustes alternativos de forma gradual e contínua que agreguem qualidade aos processos da instituição, permitindo que a mesma atinja um nível considerável de excelência em gestão.

3.5 Desenho da pesquisa

A figura 5 representa em forma de diagrama a maneira como foi conduzida a pesquisa.

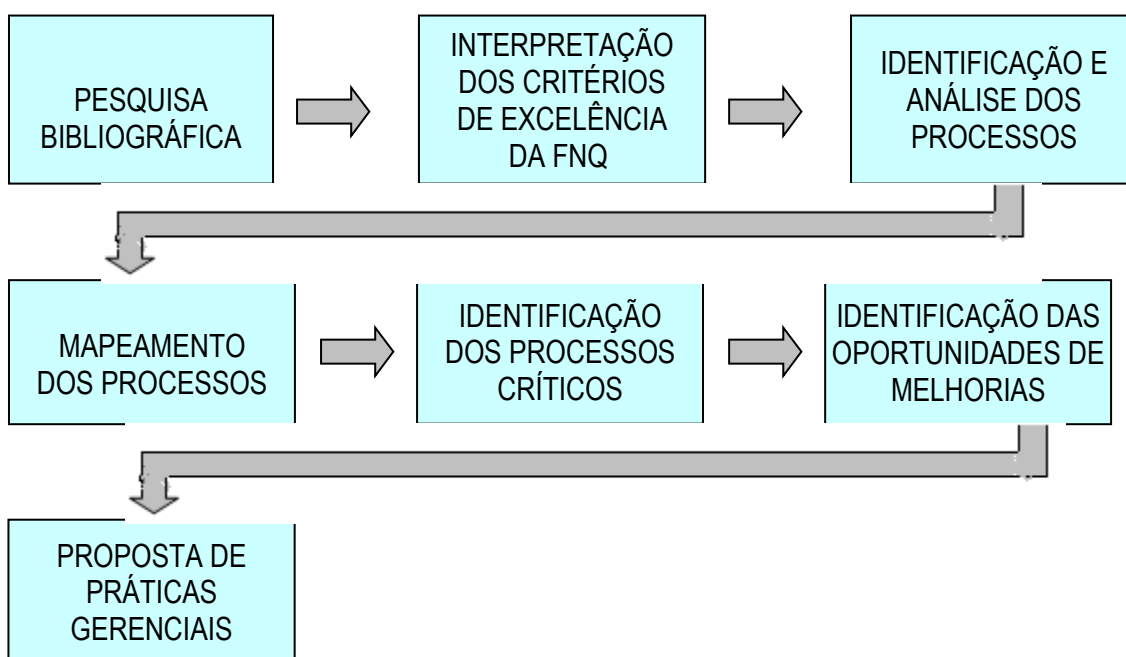


Figura 5 – Desenho da Pesquisa

Fonte: O autor

4 OS CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA E SUA INTERPRETAÇÃO

Os critérios que compõem o Modelo de Excelência em Gestão abordam toda a estrutura organizacional de uma forma sistêmica, possibilitando que a partir de um diagnóstico inicial se faça um planejamento com metas e estratégias alinhadas aos objetivos propostos. O controle e análise dos resultados obtidos pela execução de um plano de ação permitem que se programe e implemente ações de melhoria de uma forma cíclica, buscando continuamente a qualidade.

Na figura representativa do modelo de excelência da gestão (fig. 3 pág. 34), a visão sistêmica da organização, em uma analogia com as cores da bandeira do Brasil, tem a seguinte interpretação:

O azul do céu destaca a liderança situada em um nível mais elevado, e tem suas estratégias e planos voltados para o desenvolvimento das pessoas e processos visando atender aos clientes e sociedade.

O verde simboliza os meios que possibilitam atingir os objetivos e metas planejadas, garantindo a sobrevivência da organização.

O amarelo representa a riqueza gerada, é expressa através dos resultados.

O branco significa as informações e o conhecimento, base para a gestão, que faz o inter-relacionamento entre os entes que compõe o modelo de gestão.

O critério **Liderança** aborda os processos gerenciais relativos à orientação filosófica e controle externo sobre a direção da organização. A governança corporativa figura como o elemento principal na implementação de processos que contribuem diretamente com o estabelecimento de compromisso da organização com a excelência, sustentabilidade e para o aumento do nível de confiança das partes interessadas. Por outro lado as lideranças são responsáveis pela implementação de processos gerenciais que contribuem para o engajamento da força de trabalho e demais partes interessadas no êxito das estratégias e na promoção da cultura da excelência. Ligada a governança corporativa e a ação da liderança, está a análise de desempenho da organização. Esta consiste na aplicação e gerenciamento de processos com influência direta na avaliação de desempenho operacional e estratégico organizacional. O processo de melhoria da qualidade exige e pressupõe a liderança da alta direção, que deve criar e compartilhar a visão e missão da instituição, fixar diretrizes, estabelecer o enfoque no cliente, definir valores e suscitar elevadas expectativas. Mezomo (2001, p.214) diz que “a alta

direção deve ser mentora e líder da qualidade. É por ela que o processo começa, continua e se desenvolve”.

O critério **Estratégias e Planos** está focado para processos ligados a concepção e execução das estratégias, inclusive o estabelecimento de metas e a definição e acompanhamento de planos necessários ao êxito das estratégias. A formulação de estratégias parte de uma abordagem da organização no sentido de criar uma perspectiva de futuro, para orientar a tomada de decisão e a melhor alocação de recursos. A análise do macroambiente é importante para investigar forças impulsoras ou restritivas, decorrentes de aspectos sociais, políticos, legais, econômicos e tecnológicos. Uma análise do mercado de atuação tem sua importância quanto a identificação de forças facilitadores ou concorrentes na busca por oportunidades e recursos. A implementação das estratégias se dá a partir do desdobramento destas em planos de ação com metas a curto e longo prazo que abranjam todas as áreas da organização. As metas e planos de ação desdobrados devem ser coerentes entre si e com as estratégias, bem como manter o alinhamento entre os indicadores estratégicos e os operacionais.

Os processos relativos às informações de clientes e mercado são tratados no critério **Clientes**, o qual promove a valorização da imagem institucional através do atendimento das necessidades e expectativas de seus clientes-alvo, além da fidelização destes e conquista de novos mercados com a divulgação de sua marca. A transparência através da divulgação do resultado dos principais indicadores de imagem é um aliado importante neste contexto.

Por meio do critério **Sociedade** são abordados os processos relativos às demandas sociais e ambientais. Trata da implementação de ações que contribuem diretamente para a geração de produtos, processos e instalações seguras aos usuários, à população em geral e ao meio ambiente, visando a promoção do desenvolvimento sustentável. Mezomo (2001, p. 285) diz que “O hospital precisa sentir e ouvir a comunidade, avaliar suas necessidades, levantar suas expectativas e preparar-se para atendê-las. Ele não se impõe à comunidade, mas a serve”.

Através do critério **Informações e Conhecimento** são analisados os processos relativos ao tratamento das informações na organização, bem como o gerenciamento dos ativos intangíveis. O foco está direcionado para a criação e proteção de ativos, principalmente dos conhecimentos que sustentam o desenvolvimento de estratégias e operações com o auxílio de tecnologia. As informações devem assegurar o bom gerenciamento do negócio, e estarem

disponíveis aos usuários. Para Pereira, Galvão e Chanes (2005) o uso da tecnologia da informação por gestores de saúde tem se tornado cada vez mais importante. Este instrumento serve como fonte de informação sobre os indicadores do hospital, fornecendo dados importantes sobre a instituição e apoiando o processo de decisão, é estratégico da gestão administrativa.

Abordando um dos elementos mais importantes da organização tem-se o critério **Pessoas**, visto que sem a participação ativa da massa viva pensante não há o desenvolvimento organizacional. Trata-se da implementação de processos que contribuem diretamente para o desempenho individual e das equipes, através de capacitação, criação de um ambiente favorável ao bem-estar, satisfação e comprometimento das pessoas. De acordo com Nishio (2010), para utilizar uma habilidade, presume-se que a pessoa tenha conhecimento a respeito de determinado processo. O desenvolvimento de competências se dá por meio da aprendizagem individual e coletiva, envolvendo simultaneamente as dimensões de assimilação de conhecimento, integração de habilidades e adoção de atitudes relevantes para um contexto organizacional específico ou para a obtenção de alto desempenho no trabalho.

Os processos principais do negócio e os de apoio são abordados pelo critério **Processos**, sendo analisados separadamente os relativos a fornecedores e os econômico-financeiros. Aqui são questionados os meios ou métodos para a determinação dos requisitos aplicáveis aos produtos e aos processos, de forma a atender as expectativas dos clientes. Avalia a relação para com os fornecedores, visando o comprometimento e a garantia do atendimento das necessidades da organização por parte dos fornecedores. Também são tratados elementos referentes aos requisitos e ações que garantem a sustentabilidade econômico-financeira organizacional. Falconi (1992, p. 104) afirma que “evidentemente, o conceito de processo se estende por toda a empresa, incluindo inspeção, compras, engenharia de produto e de processo, marketing, manutenção, finanças, etc..”.

Por conta do critério **Resultados**, está a análise de todos os resultados de uma organização de uma forma sistêmica, com base em uma série histórica, visando à comparação com indicadores de referência e metas estabelecidas em função das partes interessadas. A avaliação de resultados compreende desde as questões econômico-financeiras, passando por resultados da interação com clientes e mercado, bem como a sociedade em geral. Além disso, investiga o produto dos processos relativos às pessoas, das relações com fornecedores, enfim, aborda o

produto resultante de todos os processos da organização. Cabe aqui lembrar que para obtermos resultados satisfatórios é necessário que ao longo do período os processos sejam executados e monitorados da forma planejada. Segundo Nogueira (2003), para assegurar resultados satisfatórios, que atendam plenamente os desejos e necessidades dos clientes é preciso manter os processos sob estrita vigilância.

5 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

5.1 Características gerais

O Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) é um hospital geral, público, vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) como órgão suplementar central. Fundado em 1970, com sede no Centro da cidade de Santa Maria, no estado do Rio Grande do Sul, a partir de 1982 passou a desenvolver suas atividades no prédio nº 22 junto ao Campus Universitário, no bairro Camobi desta mesma cidade. Considerado referência em saúde para a região Centro-Oeste do Rio Grande do Sul, abrange 46 municípios como hospital regional, atua como hospital-escola e tem por finalidade desenvolver um sistema de ensino, pesquisa e extensão por meio da assistência à comunidade na área da saúde. Todas as atividades são realizadas com foco na missão de promover assistência, ensino e pesquisa na área da saúde, inserindo-se de forma cidadã na sociedade e visando fazer do Hospital um referencial público de excelência em assistência à saúde, ensino e pesquisa, com preservação do meio ambiente.

O HUSM tem como visão de futuro, ser um referencial público de excelência no ensino, na pesquisa e na extensão visando proporcionar uma vida saudável para a população. Sua missão é desenvolver ensino, pesquisa e extensão promovendo assistência à saúde das pessoas contemplando os princípios do SUS com ética, responsabilidade social e ambiental.

Os valores da instituição refletem o seu comprometimento com a qualidade da assistência prestada, bem como respeito e compromisso com a sociedade e meio ambiente, são eles:

- Ética, Transparência e Qualidade nas ações.
- Responsabilidade institucional.
- Compromisso com as pessoas.
- Respeito às diversidades.
- Comprometimento social e ambiental

Sua estrutura, segundo o seu regimento interno, compreende um Conselho de Administração, órgão deliberativo, consultivo e normativo e uma Diretoria Executiva que é composta por: Direção Geral, que tem subordinada a ela as Diretorias Clínica, Administrativa, de Enfermagem e de Ensino, Pesquisa e Extensão.

Desde 2003, a Administração utiliza como ferramenta de gestão o Planejamento Estratégico do qual participam diretores, coordenadores e chefes de serviço do HUSM bem como coordenadores e chefes dos departamentos da área da saúde. Em 2009 com base no Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) o hospital definiu como suas linhas estratégicas:

- O aprimoramento do ensino, pesquisa e extensão;
- A promoção da assistência;
- Política de Gestão de pessoas;
- Política de Gestão financeira;
- Modernização da infra-estrutura e incremento tecnológico;
- Aprimoramento dos processos de gestão

O Planejamento Estratégico Institucional tem como objetivo geral Reestruturar, expandir e qualificar o HUSM, de acordo com os princípios do REHUF e da missão e visão de futuro do hospital. Além de seguir as diretrizes do REHUF a instituição está engajada nas políticas para a saúde e trabalha num sistema de gestão pactuada. Este sistema condiciona o financiamento da assistência à saúde através da contratualização, a qual define a mudança na forma de tratamento, avaliação e remuneração dos hospitais de ensino no Brasil. Ou seja, hoje o hospital tem sua produção e remuneração baseada em um contrato com planos e metas definidos em contrato de prestação de serviços. Como atende somente pacientes SUS, normalmente contratualiza com unidades de saúde pertencentes a 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), representadas no mapa (fig. 6).

A área em vermelho representa os municípios da 4ª CRS (Agudo, Cacequi, Capão do Cipó, Dilermando de Aguiar, Dona Francisca, Faxinal do Soturno, Formigueiro, Itaará, Ivorá, Jaguari, Jari, Mata, Nova Esperança do Sul, Nova Palma, Paraíso do Sul, Pinhal Grande, Restinga Seca, Stª Maria, Santiago, S. João do Polesine, S. Martinho da Serra, S. Pedro do Sul, S. Vicente do Sul, Silveira Martins, Toropi, Tupanciretã, Vila Nova do Sul, Júlio de Castilho, Quevedos, S. Francisco de

Assis, S. Francisco de Assis, S. Sepé, Unistalda), com contrato de planos e metas referentes ao atendimento de média e alta complexidade.

A área verde representa os municípios da 10ª CRS (Alegrete, Barra do Quaraí, Itacurubi, Itaqui, Maçambará, Quaraí, Rosário do Sul, S. Margarida do Sul, São Borja, S. Gabriel, Uruguaiana, Manoel Viana, Santana do Livramento), com contrato de metas referentes ao atendimento de média complexidade. A área amarela representa o município de Santa Maria que faz parte da 4ª CRS.

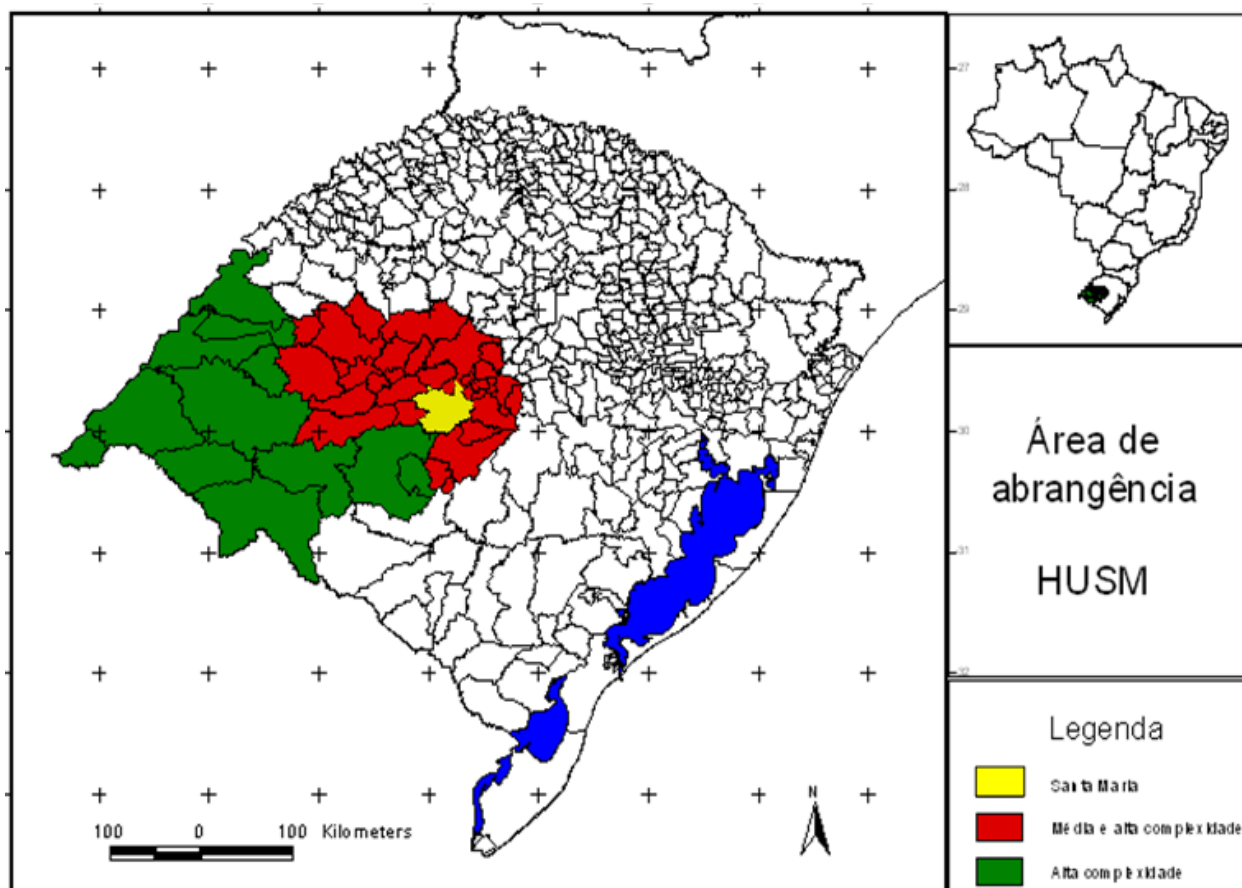


Figura 6 – Mapa da região da 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde do RS

Fonte: Núcleo de Qualidade do Hospital Universitário de Santa Maria

5.2 Processos principais e processos de apoio ou suporte

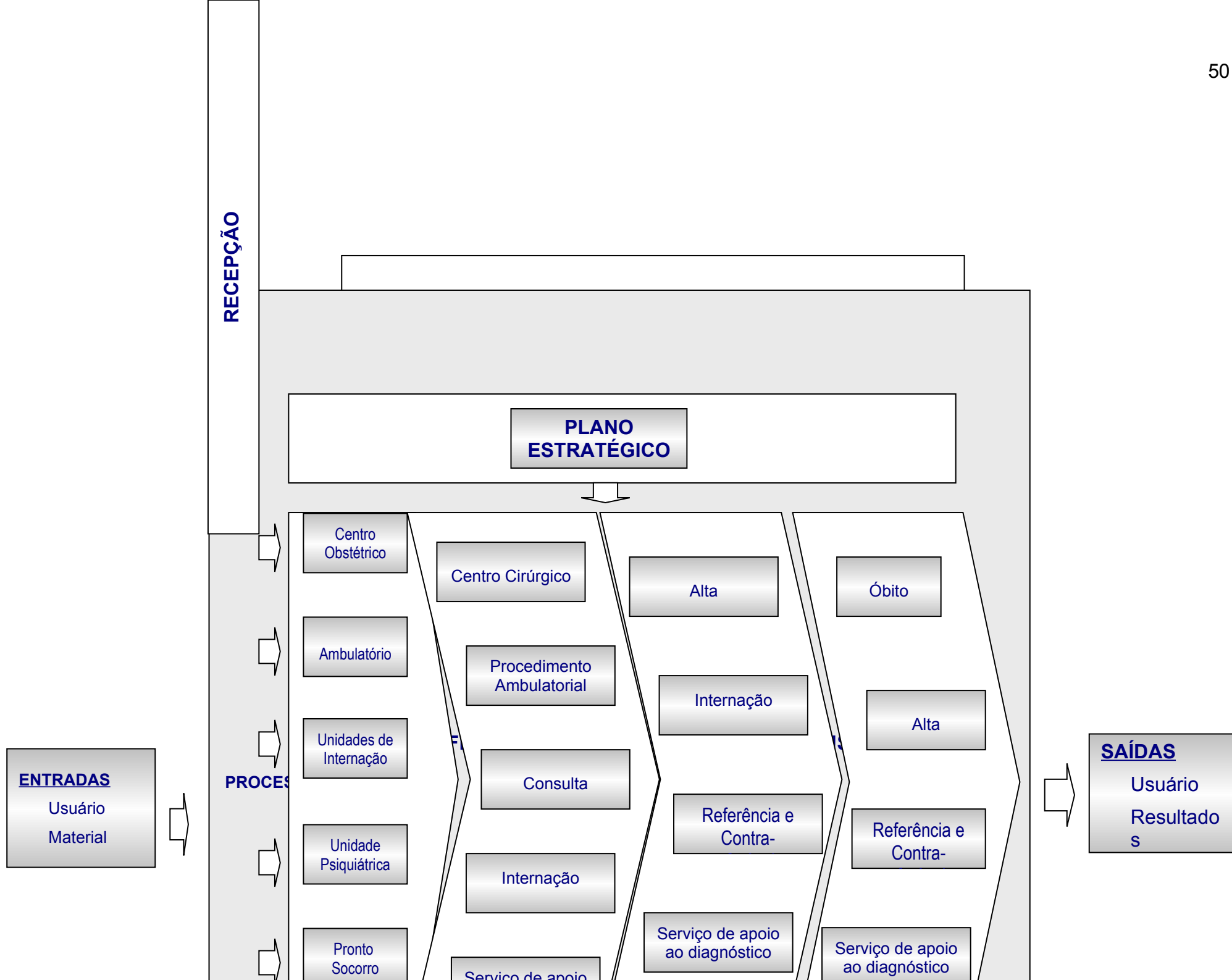
Como processos principais podem ser entendidos aqueles que com suas operações agregam valor diretamente para os clientes. Estão envolvidos na geração dos produtos ou serviços e na sua entrega para o cliente. São também conhecidos como processos-fim, processos primários ou processos finalísticos. Já os processos de apoio ou suporte não estão diretamente ligados à atividade fim da instituição, porém são essenciais para a consecução dos processos principais. A caracterização

de um hospital pressupõe o mapeamento de seus principais processos, de forma a proporcionar uma visão clara de todo o fluxo dos processos hospitalares, desde o ingresso de usuários e materiais até a produção e saída de resultados.

Para a FNQ em um modelo de Gestão por processos, a análise dos processos gerenciais de uma organização deve responder como são atendidos os requisitos gerenciais, quais são e como funcionam as práticas de gestão utilizadas. Além disso, devem ser evidenciados os padrões de trabalho; métodos e controles utilizados; abrangência das práticas; exemplos de aprendizado e a integração coerente entre práticas e estratégias. Quanto aos resultados organizacionais deve-se ter séries históricas relevantes de pelos menos 3 períodos consecutivos recentes, apresentados de forma quantitativa, permitindo que se faça uma análise de sua tendência. Devem também ser explicitados eventuais tendências adversas e níveis de desempenho atuais abaixo do esperado. Prêmios e outros reconhecimentos recebidos de organizações externas também devem ser explicitados como resultados da gestão.

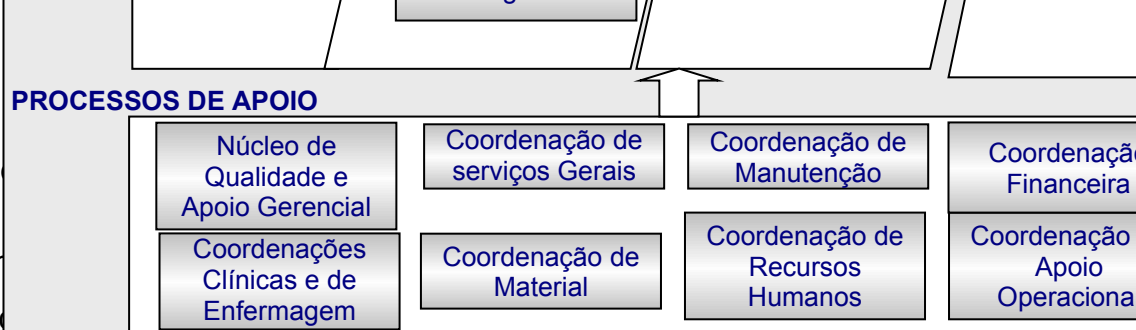
A pesquisa de campo permitiu a elaboração de um macrofluxo dos processos principais que se desenvolvem no Hospital Universitário de Santa Maria, o qual está representado na figura 6. No macrofluxo se observa que os processos estão interrelacionados, onde sua execução ocorre de forma sistêmica. A entrada é composta pelos usuários e materiais, que após passarem pelos processos têm uma saída na forma de usuários com uma percepção da qualidade dos serviços prestados ou na forma de resultados de um serviço ou produto.

O interrelacionamento entre os processos pode ser exemplificado da seguinte forma: no caso de um paciente que entrar pelo PS, poderá realizar uma consulta, ficar internado e após um tempo de internação dar alta. A denominação usuário pode ser entendida como sendo um paciente, um estudante, um fornecedor ou qualquer pessoa ou instituição que necessite dos serviços do hospital. A figura 7 também mostra que os processos principais estão ligados aos processos de apoio.



5.3 Processos

Após o r
estudo através



serviços do HUSM, com a finalidade de identificar os processos críticos. Como processo crítico, entende-se aqueles mais complexos e que provocam maior impacto na instituição, para os quais se deve ter um olhar mais criterioso e rígido a fim de buscar continuamente a melhoria da qualidade e eficiência dos mesmos. Assim, foram identificados os processos críticos representados na figura 8, onde é possível observar que os mesmos produzem resultados operacionais que poderão servir de base para a definição de uma matriz de indicadores.

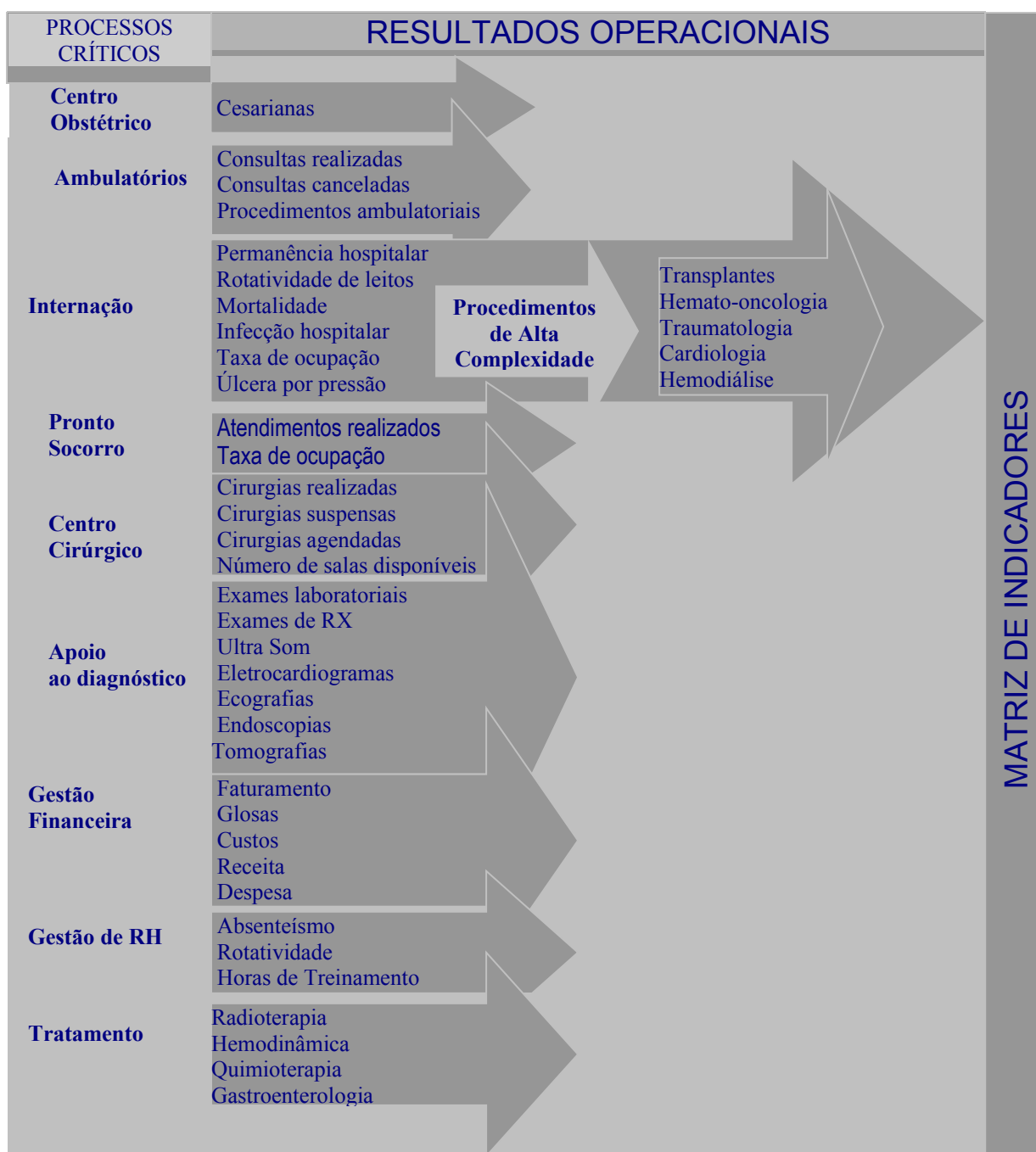


Figura 8 - Diagrama dos processos críticos do Hospital Universitário de Santa Maria
Fonte: O autor

5.4 Diagnóstico situacional

Constitui-se no único hospital público da região centro oeste do Estado do Rio Grande do Sul, para onde são canalizados pacientes terciários de alta complexidade, portadores de complicações clínicas ou cirúrgicas, gestantes de alto risco e transplantes, além de ser um dos poucos hospitais universitários com Pronto Socorro Regional e referência para trauma na região.

Numa área de 2.922,89 m² o Pronto Socorro (PS), inaugurado em outubro de 2002, aumentou a capacidade para 40 leitos contando com todas as áreas de apoio, tais como: traumatologia, psiquiatria, clínica geral, cardiologia, entre outras. Também é referência para politrauma e outras emergências cirúrgicas para sua área de abrangência com mais de um milhão de pessoas.

Possui um Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO), que atende pacientes do Rio Grande do Sul e de outros estados, quando referenciados. Por necessidade de demanda assistencial e de ensino, a partir de 2001, o HUSM também reativou a Cirurgia Cardíaca com aquisição de equipamento de hemodinâmica e reestruturação do serviço de Cardiologia, incluindo a Cardiologia Intervencionista em nível de diagnóstico e tratamento.

O Hospital Universitário de Santa Maria conta com 29.800 m² de área construída, presta serviços assistenciais em todas as especialidades médicas e serve de campo de estágio para alunos de graduação e pós-graduação nos cursos da área da saúde. Possui em sua infra-estrutura ambulatorios de diversas especialidades, tais como: cardiologia, oncologia, neurologia, endocrinologia, entre outras. Conta também com unidades de internação e de tratamento intensivo (adulto, pediátrica e neonatal), centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de transplante de medula óssea, unidade de internação hemato-oncológica, unidade renal, setor psiquiátrico, pronto socorro, laboratório de traçados gráficos, setor de endoscopia, serviço de diagnóstico por imagem (radiologia, tomografia, ultrassonografia e medicina nuclear), radioterapia, hemodinâmica, fisioterapia, controle de infecção hospitalar e vigilância epidemiológica, internação domiciliar.

A assistência secundária e terciária é oferecida em mais de 70 especialidades, sendo disponibilizados atualmente 303 leitos para internação. O HUSM atende uma média mensal de 11,3 mil consultas especializadas, 4,6 mil consultas emergenciais e realiza aproximadamente 760 mil exames e 10,8

mil internações ao ano. No quadro de pessoal permanente conta com 1.332 servidores federais, 369 terceirizados e 339 bolsistas.

O HUSM foi um dos primeiros hospitais do país a ser certificado como hospital de ensino, pelos Ministérios da Saúde e da Educação. No Programa de Residência Médica conta com 100 médicos residentes distribuídos em 24 programas credenciados pela Comissão Nacional de Residência Médica, sendo 19 especialidades: Anestesiologia, Cancerologia Clínica, Cancerologia Pediátrica, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia do Aparelho Digestivo, Dermatologia, Gastroenterologia, Infectologia, Medicina Intensiva, Nefrologia, Obstetrícia e Ginecologia, Ortopedia e Traumatologia, Pediatria, Pneumologia, Psiquiatria, Radiologia e Diagnóstico por Imagem. As equipes estão distribuídas em 06 áreas de atuação: Endoscopia Respiratória, Infectologia Pediátrica, Medicina Intensiva Pediátrica, Neonatologia, Neurologia Pediátrica e Psicoterapia. Além disso, conta com uma Residência Multiprofissional que contempla as áreas de doenças crônicas degenerativas, hemato-oncologia, mãe-bebê e saúde mental.

Na visão dos dirigentes da instituição, um dos principais descompassos entre o crescimento do Hospital Universitário no que se refere ao ensino, assistência e pesquisa e criação de novas Pós-Graduações, está na falta de reposição, através de concurso público, do quadro de pessoal. Baseado neste cenário, para atender exigência do Decreto Lei nº 7.082 de 27 de janeiro de 2010, que instituiu o REHUF, o HUSM elaborou um plano para sua reestruturação, o qual foi remetido ao Ministério da Educação.

5.5 A estrutura do Hospital Universitário de Santa Maria

Este item tem por objetivo apresentar uma visão geral da estrutura onde se desenvolvem os processos principais e de apoio representados na figura 7.

5.5.1 Serviços ambulatoriais

Os ambulatórios de ginecologia, pneumologia, oncologia, cardiologia, medicina interna, gastroenterologia, entre outros, apóiam as atividades assistenciais e acadêmicas através da realização de consultas médicas à pacientes, tratamento clínico, execução de pequenos procedimentos cirúrgicos. O desenvolvimento dessas atividades é acompanhado por acadêmicos da área de saúde sob orientação de seus professores.

Também fazem parte da estrutura ambulatorial as unidades de tratamento ambulatorial especializado que tratam pacientes encaminhados por clínicas especializadas já com prescrição de tratamento médico, entre eles estão os Serviços de Radioterapia e de Terapia Antineoplásica.

No Serviço de Radioterapia é realizado consulta médica, consulta de enfermagem, planejamento terapêutico e irradiação a pacientes referenciados. Ao término do tratamento, todos os pacientes são contra-referenciados com um relatório para seu médico de origem. O Serviço de Terapia Antineoplásica tem por finalidade básica prestar assistência aos pacientes, internados e ambulatoriais que têm indicações de tratamento antineoplásico nas diversas especialidades médicas desenvolvidas no HUSM. Essa assistência inicia na recepção ao paciente para quimioterapia de curta e longa duração.

5.5.2 As unidades de internação

Nas unidades de internação se desenvolvem as atividades de tratamento médico e de hotelaria para pacientes internados. São organizadas em unidades de tratamento de acordo com as especialidades médicas. Cada unidade é composta por diversas enfermarias, as quais comportam um número de leitos conforme previsto em legislação. Além das enfermarias, algumas unidades possuem quartos de isolamento compostos por um só leito. Dentre as unidades de internação existem as unidades de tratamentos de alto custo, tais como as Unidades de Terapia Intensiva (UTIs); o Centro de Transplante de Medula Óssea (CTMO); Centro de Tratamento da Criança com Câncer (CTCriad) e Unidade de Nefrologia.

O Centro de Transplante de Medula Óssea e o Centro de Tratamento da Criança com Câncer desenvolvem atividades assistenciais de apoio que envolve além da área de diagnóstico, a área administrativa através da promoção de atividades educacionais e recreativas aos pacientes e arrecadação de materiais para tais atividades. Nesses centros são realizados tratamentos de patologias hematológicas a pacientes oriundos de diferentes partes do país.

O Serviço de Nefrologia tem por finalidade prestar assistência ao paciente com problemas renais na fase pré-dialítica e dialítica, disponibilizando aos mesmos os métodos de terapia renal substitutiva, bem como atuar no campo de ensino e pesquisa nas áreas de medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e fisioterapia. Desempenha um importante papel na prevenção das doenças renais através do

atendimento ambulatorial e educativo direcionado aos familiares e profissionais da área da saúde.

5.5.3 Centro Cirúrgico

O Centro Cirúrgico do Hospital Universitário de Santa Maria desenvolve atividades assistenciais e de ensino e pesquisa com a participação de profissionais do quadro do HUSM, de docentes, médicos-residentes e alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem, Odontologia e Fisioterapia. A finalidade básica do Serviço é prestar assistência aos pacientes, internados e ambulatoriais que têm indicações cirúrgicas de baixa, média e alta complexidade e diagnósticas sob anestesia nas diversas especialidades médicas desenvolvidas no HUSM.

5.5.4 Serviços de apoio ao diagnóstico

São os serviços que dão suporte às clínicas médicas através da realização de exames para definição do diagnóstico de patologias. O hospital possui 05 serviços de apoio ao diagnóstico: Radiologia, Medicina Nuclear, Gastroenterologia, Laboratório de Análises Clínicas e Serviço de Métodos Gráficos.

5.5.5 Serviços administrativos de apoio

Estes serviços compõem a estrutura que dá suporte às atividades fim da instituição, bem como a outras atividades inerentes aos processos de apoio, através da execução de atividades administrativas. Esta estrutura está representada pelas coordenações de: Serviços Gerais, Apoio Operacional, Financeira, Materiais, Manutenção e Recursos Humanos, subdivididas em diversos setores e sob a responsabilidade da Direção Administrativa. Além das coordenadorias existem alguns serviços ligados diretamente à Diretoria Geral: Serviço de Informática, Serviço de Comunicação e o Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial.

O serviço de Informática é responsável por planejar, orientar a compra e distribuição de equipamentos de informática. Além disso, é responsável pela manutenção do funcionamento adequado dos sistemas informatizados em uso no hospital, através de atualização de softwares utilitários e manutenção de computadores.

O serviço de comunicação assessora a instituição nas questões de divulgação e preparação de eventos.

O Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial tem a incumbência de assessorar a diretoria do hospital em todas as questões referentes a gerência que possibilitem uma gestão de qualidade. Dentre suas atividades estão o acompanhamento e desenvolvimento de ações para obter ou renovar as certificações e alvarás sanitários exigidos por lei.

5.5.6 A unidade de Pronto Socorro

O Pronto Socorro (PS) do Hospital Universitário de Santa Maria desenvolve atividades assistenciais, de ensino e pesquisa com a participação de profissionais do quadro do HUSM, de docentes, médicos-residentes, médicos contratados e de alunos dos cursos de Medicina, Enfermagem e Fisioterapia. Em conformidade com a Portaria GM/MS nº479, de 15 de abril de 1999, publicada no DOU de 16/04/99, o HUSM é um Hospital Tipo II, – são hospitais gerais que dispõem de unidade de urgência/emergência e de recursos tecnológicos e humanos adequados para o atendimento geral das urgências/emergências de natureza clínica e cirúrgica. A finalidade do serviço é prestar assistência clínica, cirúrgica, traumatológica e psiquiátrica, em urgências e emergências, a pacientes pertencentes a 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

O Serviço funciona ininterruptamente nas 24 horas/dia, conforme escala. O Pronto Socorro está estruturado por uma gerência de enfermagem e uma médica, além de equipes que atuam nas áreas de cirurgia. Sua estrutura constitui-se de consultórios, salas de observação e unidade de internação adulta e pediátrica. Compreende ainda secretaria, recepção, posto de enfermagem, sala de recebimento e armazenamento de materiais e equipamentos, salas para limpeza de materiais, sala de estar médico, sala de estudos e para lanche.

As atividades do Pronto Socorro são reguladas por norma interna de funcionamento aprovada pela diretoria. Esta Norma fixa as regras para funcionamento do Serviço Pronto Socorro, orienta a circulação e o acesso de pessoas, o uso do vestuário, o acesso a materiais e equipamentos. É aplicada aos usuários, acadêmicos e trabalhadores do Pronto Socorro do HUSM. A recepção de pacientes é realizada por demanda espontânea, e por urgência e emergência, conforme demonstrado nos fluxogramas das figuras 8 e 9 respectivamente.

5.6 Práticas do Hospital Universitário de Santa Maria

Impulsionados pelas demandas da sociedade e buscando atender as exigências de novas legislações muitos hospitais públicos desenvolvem ações para melhorar a qualidade de seus serviços. Como exemplo tem-se o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), um hospital público universitário de direito privado, vinculado academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Este, desde o ano de 1984 tem o planejamento estratégico como prática institucionalizada, onde as definições estratégicas são estabelecidas pelos integrantes da Administração Central em conjunto com as principais lideranças internas. Fruto da composição destes participantes é que, neste processo, os valores, as políticas e objetivos privilegiam o caráter de hospital universitário, o qual é referência em qualidade nos serviços de saúde.

De forma semelhante o HUSM tem suas atividades realizadas com foco na missão de promover assistência, ensino e pesquisa na área da saúde, inserindo-se de forma cidadã na sociedade e visando fazer do Hospital um referencial público de excelência, com preservação do meio ambiente na região central do estado. Visando a qualificação dos serviços prestados à população da sua região, o HUSM iniciou a implantação do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar (PBAH) em 2001.

De acordo com a Organização Nacional de Acreditação (ONA), esse programa constitui-se, essencialmente, como um método de educação continuada, desafiando as instituições para implantarem novos processos de aprendizagem organizacional. Esta tentativa esbarrou em dificuldades financeiras de o hospital adequar a sua estrutura física conforme as exigências do programa. Contudo esse foi um passo importante, pois além de permitir a realização de um diagnóstico da situação do hospital, permitiu a seus administradores refletirem o quanto a instituição precisa evoluir para chegar a um padrão de qualidade satisfatório.

No segundo semestre do ano de 2009 por exigência do Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF) o hospital redefiniu suas linhas estratégicas. Traçou seus objetivos os quais deram origem a um plano de reestruturação física, tecnológica e do seu quadro de pessoal, o qual foi encaminhado ao Ministério da Educação.

Em 2003 o HUSM definiu no seu planejamento estratégico ações que visam organizar os processos internos em busca de Certificação de Qualidade. Dentre as atividades planejadas, estão a aplicação do Programa 5S's no Serviço de

Lavanderia, e o início da padronização dos seus serviços, através da elaboração do manual de gerenciamento da rotina para seus serviços.

Para a elaboração do seu planejamento estratégico, realizou-se uma análise do ambiente externo e interno, onde foram identificadas as oportunidades e ameaças e, seus pontos fortes e pontos fracos, elencados a seguir:

ANÁLISE DO AMBIENTE EXTERNO

Oportunidades:

➤ **Reestruturação dos hospitais universitários (física e pessoal)**

Diante de sua defasagem física e tecnológica e de pessoal, visto ter sido projetado na década de 60 e concluído em 1982 quando parte de sua infra-estrutura já está insuficiente para as demandas regionais e para o ensino, considerando as demandas regionais crescentes pela média e alta complexidade.

➤ **Participação nas políticas públicas do SUS**

O HUSM atende 100% SUS e participa ativamente em nível municipal e regional das demandas assistenciais de ensino e pesquisa e sobre tudo atua como hospital de referência de alta complexidade num sistema hospitalar regional organizado em rede.

➤ **Certificação como hospital de ensino**

O HUSM já recebeu duas certificações como hospital de ensino atendendo todos os requisitos da portaria interministerial de certificação dos HUs, e atualmente vem atuando com 24 programas de residência médica e um de residência multiprofissional, ao tempo que serve de campo estágio para todos os cursos da área da saúde e de outras áreas da UFSM.

➤ **Trabalhar com os princípios da qualidade e produtividade**

Em 2003 o HUSM definiu no planejamento estratégico ações que visam organizar os processos internos em busca de Certificação de Qualidade. Foram

realizadas inúmeras atividades em parceria com o curso de Pós Graduação em Engenharia de Produção. Em 2008 iniciou-se a definição de POPs institucionais.

➤ **Fontes externas de financiamento**

Elaboração de projetos junto ao Ministério da Educação (ME) e Ministério da Saúde (MS), bem como obtenção de recursos através de outras fontes públicas e privadas de fomento.

Ameaças:

- Indefinição da missão dos hospitais universitários (assistência/ensino?)
- Instabilidade das políticas públicas de saúde
- Atendimento à legislação (custo alto)
- Judicialização da saúde (muitos processos, ordens judiciais)
- Custo cada vez mais elevado da saúde
- Rápida obsolescência tecnológica
- Desatualização da tabela SUS (nem sempre cobre os custos)
- A falta de uma política de reposição automática do quadro de pessoal
- Pouca liberação de vagas em concurso para área administrativa (administradores, arquitetos, engenheiros, entre outros)

ANÁLISE DO AMBIENTE INTERNO

Pontos fortes:

- Oportunidades de qualificação do quadro
- Credibilidade do HUSM junto ao usuário
- Representatividade política
- Responsabilidade social
- Contratualização
- Implantação da rede integrada
- Ser hospital-ensino
- Possibilidade de recurso do REHUF
- Credenciamentos de alta complexidade

Pontos fracos:

- Pouco comprometimento institucional
- Deficiência na gestão de processos
- Infra-estrutura do HUSM insuficiente e inadequada a legislação vigente
- Comunicação interna inadequada e limitada
- Limitação no desenvolvimento de competências gerenciais
- Regimento interno desatualizado
- Ausência de setor de desenvolvimento de projetos
- Pouca informatização dos processos HUSM
- Falta de pessoal do quadro permanente
- Excessivo gasto com pessoal contratado
- Pouca produção científica
- Falta de leitos de UTI
- Deficiência do Centro Cirúrgico (tecnológica, infra-estrutura, pessoal)
- Ausência de um programa de saúde e segurança ocupacional
- Inexistência de um programa de qualidade
- Deficiência de gestão de indicadores
- Morosidade dos processos de compras
- Descontrole de gastos x arrecadação
- Pouco estímulo a inovação
- Demanda excessiva de pacientes no pronto socorro
- Despreparo gerencial

Nessa breve visão sobre as práticas do HUSM, pode-se verificar que apesar das diversas dificuldades enfrentadas, o hospital tem buscado continuamente aperfeiçoar seus processos e práticas, com o objetivo de torná-los mais eficientes e assim prestar um serviço cada vez melhor à população. Entretanto, percebe-se que ainda existem muitas barreiras a serem compreendidas e superadas, para subsidiar estratégias e ações que viabilizem novos processos de implantação de padrões de qualidade na Instituição, base para a melhoria na gestão.

5.6.1 Práticas gerenciais do HUSM e a sua relação com os Critérios de Excelência

Os critérios que compõem o Modelo de Excelência em Gestão da Fundação Nacional da Qualidade abordam a estrutura organizacional de uma forma sistêmica, possibilitando que a partir de um diagnóstico inicial se faça um planejamento com metas e estratégias alinhadas aos objetivos propostos. Este subitem faz uma abordagem de algumas práticas do hospital em relação aos critérios de excelência e seus itens de avaliação.

1. Liderança

O critério Liderança aborda os processos gerenciais relativos à orientação filosófica e controle externo sobre a direção da organização.

1.1 Governança corporativa

A governança corporativa diz respeito ao comprometimento da organização com a excelência e a sustentabilidade, bem como a transparência e o aumento do nível de confiança das partes interessadas.

Considerando este item de avaliação, o HUSM tem como prática a realização de reuniões de diretoria em conjunto com todos os trabalhadores da instituição, uma vez a cada mês é realizada a chamada “Direx Ampla”. Esta reunião é realizada sistematicamente em um auditório, onde toda a comunidade do hospital é comunicada previamente através de avisos na intranet, e através da agenda de reuniões que também é divulgada e é de livre acesso de todos no site da instituição. Nesta oportunidade são comunicadas todas as decisões tomadas pela diretoria, divulgados resultados de algumas ações, bem como a apresentação e discussão de assuntos de interesse do hospital.

1.2 Exercício da liderança e promoção da cultura da excelência

O exercício da liderança aborda processos que contribuem diretamente para o engajamento da força de trabalho e demais partes interessadas no êxito das estratégias e na promoção da cultura da excelência.

Em relação a esse item o hospital tem como prática a abertura e incentivo à participação dos colaboradores na elaboração do plano estratégico institucional, através de reuniões de trabalho periódicas com as lideranças representantes de todas as áreas funcionais. Ainda se destaca como ações de liderança a inserção de representantes nas diversas comissões criadas no âmbito do hospital universitário. A criação do Serviço de Ouvidoria também é um importante aliado da gerência, visto que o mesmo oportuniza a melhoria contínua com base na expressão da opinião ou sentimento em relação às ações do HUSM pelos clientes e colaboradores. Tais práticas visam estabelecer um nível de compromisso organizacional com a qualidade, transparência e aumento da confiança das partes interessadas. Além disso, promove o engajamento de todas as partes interessadas no sucesso das estratégias e promoção da cultura da excelência.

1.3 Análise do desempenho da organização

Aqui são abordadas práticas que influem no desempenho operacional e estratégico da organização em relação a metas e a informações comparativas do setor ou do mercado.

A exemplo disso tem-se a avaliação institucional e a avaliação de equipes. Para tal, o HUSM no ano de 2010 aplicou um questionário referente à auto-avaliação da equipe de colaboradores e outro para a auto-avaliação institucional por meio de formulário on-line disponível no site da instituição na através da intranet.

2. Estratégias e Planos

Este Critério aborda em seus itens de avaliação os processos relativos à concepção e à execução das estratégias, avalia também os requisitos para o estabelecimento de metas e definição e acompanhamento de planos necessários ao êxito das estratégias.

2.1 Formulação das estratégias

A formulação de estratégias aborda a organização no sentido de criar uma perspectiva de futuro para orientar a tomada de decisão e a melhor alocação de recursos.

A exemplo disso, o HUSM tem suas diretrizes, objetivos e metas explicitadas no seu planejamento estratégico. Anualmente o setor de contabilidade elabora a programação orçamentária, na qual são expressos os valores que serão gastos por grupos de despesa, no decorrer do próximo exercício. Depois de elaborado, esse orçamento é encaminhado ao Departamento de contabilidade da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), localizado junto ao prédio da Administração Central (Reitoria), o qual irá para o Ministério do Planejamento juntamente com a programação orçamentária da UFSM. O orçamento do hospital é feito com subsídio de informações dos setores de Compras, Farmácia e Almoxarifado. A diretoria em conjunto com algumas lideranças de acordo com suas experiências faz uma leitura do ambiente externo, para vislumbrar as oportunidades e ameaças inerentes as atividades da instituição, onde essa leitura consta no planejamento estratégico institucional. O clima do ambiente interno é percebido através da vivência das lideranças e com base na pesquisa de clima organizacional, realizada recentemente.

2.2 Implementação das estratégias

Neste item de avaliação são tratados os aspectos e ações que influenciam diretamente para assegurar o desdobramento, a realização e a atualização das estratégias da organização.

No hospital a implementação das estratégias e planos é feita conforme previsto no plano estratégico. Observa-se que apesar dos esforços para superar as diversas dificuldades, é necessária a criação de mecanismos que possibilitem a melhoria no controle da execução do plano de ação através do monitoramento de indicadores para dar suporte ao controle gerencial.

3. Clientes

Informações relativas aos clientes e ao mercado são tratadas no critério Clientes, o qual promove a valorização da imagem institucional através do atendimento das necessidades e expectativas de seus clientes-alvo. Outro aliado importante neste contexto é a transparência através da divulgação do resultado dos principais indicadores de imagem.

3.1 Imagem e conhecimento de mercado

Aqui é abordada a implementação de processos que contribuem diretamente para o entendimento das necessidades e expectativas dos clientes, visando à promoção da imagem da instituição e divulgação de seus produtos.

De acordo com a legislação que regulamenta o sistema de saúde, o atendimento deve ser universal, ou seja, toda a população deve ser atendida indistintamente, portanto o hospital tem como clientela todos os pacientes atendidos pelo SUS. Para melhor entender as necessidades de seus clientes, o hospital tem definido em seu planejamento estratégico a realização da pesquisa anual de satisfação do cliente.

3.2 Relacionamento com clientes

Neste item de são avaliados os processos gerenciais que contribuem diretamente para satisfação dos clientes, sua fidelização com os produtos, serviços ou marcas da organização.

Muitas das necessidades dos clientes são obtidas através de informações do serviço de ouvidoria da instituição, as quais são registradas e repassadas à diretoria, se necessário é dado um retorno ao cliente sobre a solução de determinado problema. Muitas sugestões são feitas diretamente na Diretoria Clínica, neste caso vislumbra-se a necessidade da criação de uma rotina para a recepção e registro de todas as informações pela Ouvidoria.

4. Sociedade

O critério Sociedade aborda os processos relativos às demandas sociais e ambientais, tratando da implementação de ações que contribuem diretamente para a geração de produtos, processos e instalações seguras aos usuários, à população em geral e ao meio ambiente.

4.1 Responsabilidade socioambiental

Neste item é avaliada a geração de produtos, processos e instalações seguros aos usuários, à população e ao meio ambiente.

Nesse sentido a Comissão de Gestão Ambiental do hospital desempenha um papel importante e de forma bem atuante, assessorando a instituição em todas as questões relativas ao meio ambiente. Composta por servidores que atuam no HUSM e por professores do Curso de Mestrado em Engenharia de Produção, nomeados por Portaria da Diretoria Geral. Esta fiscaliza e orienta todas as ações referentes a coleta e tratamento dos resíduos gerados no âmbito do hospital. Todo o material reciclável é separado e doado a uma instituição de reciclagem. Todos os resíduos são separados por categorias, onde duas empresas terceirizadas fazem a coleta seletiva dos mesmos.

4.2 Desenvolvimento social

Este Item aborda os processos que contribuem diretamente para estimular o desenvolvimento social dos clientes e comunidades vizinhas do hospital.

A instituição participa efetivamente das campanhas de prevenção às epidemias, atendendo toda a população da região. Por outro lado verificou-se a necessidade da sistematização de uma rotina para manter atualizado e em funcionamento o Programa de Prevenção de Riscos de Ambientais (PPRA).

5. Informações e Conhecimento

Através dos requisitos do critério Informações e Conhecimento é possível analisar os processos relativos ao tratamento das informações na organização. O foco está direcionado para a criação e proteção de ativos intangíveis, em especial os conhecimentos que com o auxílio da tecnologia sustentam o desenvolvimento de estratégias e operações da instituição.

5.1 Informações da organização

Este Item avalia a implementação de processos que contribuem para a disponibilização sistemática de informações atualizadas, precisas e seguras para os usuários, com apoio da tecnologia da informação.

Observou-se que o hospital busca divulgar suas ações de forma ampla, porém ainda precisa melhorar o uso do seu sistema de informações e conhecimento. A definição de um padrão a ser seguido tanto para registrar como para divulgar as informações e o conhecimento produzido, possibilitará que cada setor tenha métodos de registro e divulgação de suas ações e resultados padronizados.

5.2 Ativos intangíveis e conhecimento organizacional

Neste item são avaliadas as práticas e processos relativos à criação de diferencial competitivo da organização, através do desenvolvimento e da proteção dos ativos intangíveis, em especial os conhecimentos que sustentam o desenvolvimento das estratégias e operações.

O hospital tem desenvolvido ações relativas ao seu plano de desenvolvimento humano, elaborado por seu núcleo de educação permanente, tais como atividades de integração dos novos médicos residentes, e atividades de integração dos colaboradores do hospital em datas especiais (dia dos pais, dia das mães, dia do servidor público).

Dentre os ativos intangíveis do hospital estão o conhecimento técnico de seus profissionais e os reconhecimento público pela qualidade de seus serviços (distinção recebida através da Pesquisa de Satisfação do Usuário SUS).

Uma das formas que o hospital utiliza para desenvolver seus ativos é a abertura de espaço para que chefes de serviços e responsáveis por atividades específicas se envolvam para registrar, processar e apresentar em reunião aberta ao público interno os resultados de suas atividades.

6. Pessoas

No critério Pessoas são tratadas as questões relacionadas aos processos que contribuem diretamente para o desempenho individual e das equipes, através de capacitação, criação de um ambiente favorável ao bem-estar, satisfação e comprometimento.

6.1 Sistemas de trabalho

O item de avaliação sistemas de trabalho se refere à implementação de processos com influência direta no desempenho das pessoas e das equipes.

O hospital no cumprimento de sua função acadêmica desenvolve suas atividades durante 24 horas ininterruptas, possibilitando que os acadêmicos acompanhem as atividades de atendimento aos pacientes durante período integral.

De forma semelhante oportuniza o desenvolvimento de sua força de trabalho através da realização de reunião semanal com diretores e aberta para participação das equipes.

6.2 Capacitação e desenvolvimento

Este Item aborda a as questões relativas a capacitação e o desenvolvimento dos membros da força de trabalho.

O hospital através do seu Núcleo de Educação Permanente busca desenvolver programas de treinamentos tanto em áreas administrativa de apoio e gerencial, como nas áreas específicas da saúde.

É importante que os critérios para formação de turmas sejam bem definidos, e que se desenvolva uma sistemática para avaliação do aprendizado após a realização de cursos de capacitação. Outro elemento fundamental é a definição de uma política de integração dos funcionários contratados e servidores concursados.

6.3 Qualidade de vida

Aqui são abordados os processos que contribuem diretamente para a criação de um ambiente seguro e saudável, visando o bem-estar, satisfação e comprometimento das pessoas.

Em relação à qualidade de vida dos servidores atualmente o hospital conta com o chamado espaço alternativo, local gerenciado pela Coordenadoria de Qualidade de Vida da UFSM, onde ocorrem algumas atividades lúdicas para os servidores. Destaca-se a importância de reorganizar a equipe de qualidade de vida no âmbito do hospital para sistematizar a atualização do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e PPRA, bem como manter a assistência aos trabalhadores do HUSM, nas questões relativas a qualidade de vida. Além disso, verifica-se a necessidade de reestruturação do quadro de pessoal responsável por essas atividades.

7. Processos

Os processos principais do negócio e os de apoio são abordados pelo critério Processos, nele são questionados os meios e métodos para a determinação dos requisitos aplicáveis aos produtos e aos processos, de forma a atender as expectativas dos clientes. Avalia a relação para com os fornecedores, visando o comprometimento e a garantia do atendimento das necessidades da organização. Também são tratadas as questões referentes aos requisitos e ações que garantem a sustentabilidade econômico-financeira organizacional.

7.1 Processos principais do negócio e processos de apoio

Aqui são abordados os processos, cujas atividades operacionais contribuem diretamente para assegurar a geração de produtos que atendam às necessidades e expectativas dos clientes e demais partes interessadas.

Quanto aos processos do Hospital Universitário, observa-se que o mesmo conta com uma estrutura boa, considerando seu perfil de hospital geral de porte III segundo a classificação do SUS. Muitos setores já possuem padronização de suas atividades, através do uso de Procedimentos Operacionais Padrão (POPs), constantes no Manual de Gerenciamento da Rotina. Ressalta-se a necessidade de ampliação da fiscalização e controle da execução das normas, além da implementação do Manual de Gerenciamento da Rotina para os demais setores.

7.2 Processos relativos a fornecedores

Neste item de avaliação são abordados os processos que contribuem diretamente para o desenvolvimento e a melhoria da cadeia de suprimentos, com vistas ao comprometimento dos fornecedores e parceiros com os propósitos da instituição.

Em Relação aos fornecedores, está em funcionamento o “Pregão Eletrônico”, sistema de cotação informatizado que visa economia e agilidade no processo de compra. Esse sistema por si só não proporciona eficiência, visto que é necessário que o Setor de Compras proveja uma descrição bem detalhada dos produtos a serem adquiridos. O referido detalhamento dos itens a serem comprados deve ser de tal forma que garantam a aquisição de produtos de boa qualidade e ao menor custo. A classificação e avaliação de fornecedores é feita pela comissão de licitação da UFSM. A própria legislação que regulamenta o processo licitatório se encarrega de definir os requisitos dos fornecedores e proteção sócio-ambiental. A equipe responsável pelas compras no HUSM é treinada e orientada através de cursos ou diretamente pela equipe de contratos e licitações lotada na Reitoria.

7.3 Processos econômico-financeiros

Aqui são abordados os processos gerenciais que contribuem diretamente para a sustentabilidade econômico-financeira da organização.

Com referência aos processos econômico-financeiros, o hospital contabiliza sua produção e gastos e elabora o faturamento, com base nessas informações o

SUS repassa a verba orçamentária, que somada a outros valores contratualizados formam o montante disponível para custear as despesas e investimentos do exercício seguinte. O orçamento anual é elaborado com base nos gastos do exercício anterior, onde este também leva em conta as estratégias e planos da instituição.

Esta abordagem referente a algumas práticas do HUSM em relação aos itens de avaliação dos Critérios de Excelência da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) mostra que o hospital tem buscado continuamente desenvolver qualidade em seus serviços. As informações até aqui descritas são frutos da observação das suas práticas e dados resultantes dos seus diversos processos hospitalares, e demonstram a necessidade de definir e executar ações que conduzam a uma melhoria contínua desses processos. O capítulo seguinte sugere algumas práticas que poderão ser adotadas pelo hospital. As práticas sugeridas seguem a estrutura do Modelo de Excelência da Gestão da FNQ, abordando os requisitos de cada item de avaliação dos critérios de excelência, relativos aos processos gerenciais. Não serão abordados os itens de avaliação relativos ao critério resultados, visto que esse trabalho não objetiva fazer uma análise de desempenho hospitalar.

6 PROPOSTA DE PRÁTICAS GERENCIAIS

6.1 Considerações gerais sobre os critérios de Excelência

Os critérios de excelência estão estruturados em itens que agregam questões sobre os requisitos de qualidade para cada critério. Essa distribuição tem por objetivo facilitar o entendimento de conteúdos afins considerados e reproduzir, de forma lógica, a condução de temas essenciais de uma organização. Os oito Critérios de Excelência estão subdivididos em 23 itens de avaliação, cada um deles com requisitos específicos. Entre os itens dos Critérios, há os de processos gerenciais e os de resultados organizacionais. Os itens de processos gerenciais (1.1 a 7.3) se relacionam ao sistema de gestão da organização, sem prescrever práticas, métodos de trabalho ou ferramentas. Os de resultados organizacionais (8.1 a 8.6) se referem a série histórica de resultados, informações comparativas e explicações sobre resultados adversos. No caso da avaliação de uma organização, onde o Modelo da Excelência da Gestão da FNQ é utilizado como ferramenta para o autodesenvolvimento, inicia-se por uma descrição do sistema de gestão e de seus resultados, mapeados por meio dos oito critérios, vislumbrando o Relatório de Gestão.

Este capítulo sugere um conjunto de práticas gerenciais embasadas na experiência de instituições referência em gestão hospitalar e seguindo o modelo de gestão da FNQ. Tais sugestões figuram como respostas aos requisitos de cada critério, as quais poderão ser analisadas e institucionalizadas por qualquer hospital público universitário, considerando as devidas particularidades de cada instituição. Como o objetivo deste trabalho não é fazer uma avaliação do desempenho e produtividade do hospital, neste momento não serão abordados os requisitos do critério Resultados.

6.2 Estrutura dos Critérios de Excelência e itens

1. Liderança

- 1.1 Governança corporativa
- 1.2 Exercício da liderança e promoção da cultura da excelência
- 1.3 Análise do desempenho da organização

2. Estratégias e Planos

- 2.1 Formulação das estratégias
- 2.2 Implementação das estratégias

3. Clientes

- 3.1 Imagem e conhecimento de mercado
- 3.2 Relacionamento com clientes

4. Sociedade

- 4.1 Responsabilidade socioambiental
- 4.2 Desenvolvimento social

5. Informações e Conhecimento

- 5.1 Informações da organização
- 5.2 Ativos intangíveis e conhecimento organizacional

6. Pessoas

- 6.1 Sistemas de trabalho
- 6.2 Capacitação e desenvolvimento
- 6.3 Qualidade de vida

7. Processos

- 7.1 Processos principais do negócio e processos de apoio
- 7.2 Processos relativos a fornecedores
- 7.3 Processos econômico-financeiros

8. Resultados

- 8.1 Resultados econômico-financeiros
- 8.2 Resultados relativos a clientes e ao mercado
- 8.3 Resultados relativos à sociedade
- 8.4 Resultados relativos às pessoas
- 8.5 Resultados relativos a processos
- 8.6 Resultados relativos a fornecedores

6.3 Práticas gerenciais sugeridas

1. Critério Liderança

Este Critério aborda os processos gerenciais relativos à orientação filosófica da organização e controle externo sobre sua direção; ao engajamento, pelas lideranças, das pessoas e partes interessadas na sua causa; e ao controle de resultados pela direção.

1.1 Governança corporativa

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para o estabelecimento do nível de compromisso da organização com a excelência e a sustentabilidade e para a transparência e o aumento do nível de confiança das partes interessadas.

a) Como a organização assegura a equidade entre sócios, mantenedores ou instituidores e protege os direitos das partes interessadas?

A instituição busca assegurar a equidade entre seus colaboradores através da abertura de espaço para livre participação destes em reunião semanal ampla realizada em auditório. Além disso, mantém a característica de uma administração aberta a novas idéias e sugestões, onde as pessoas têm acesso livre aos diretores.

b) Como são estabelecidos e atualizados os valores e princípios organizacionais necessários à promoção da excelência, à criação de valor para todas as partes interessadas e ao desenvolvimento sustentável?

O hospital tem seus valores e princípios definidos e referenciados no Planejamento Estratégico Institucional, porém este não é de conhecimento de todos os trabalhadores.

A experiência de instituições modelo sugere que o planejamento esteja disponível na internet e que seja apresentado de forma ampla através de reunião com todos os trabalhadores em um auditório sempre que for reavaliado e alterado. Sugere-se que seja incorporada na rotina da instituição a definição de uma agenda de visitas periódicas aos setores por um dos diretores. Nessa oportunidade poderão

ser comunicados os valores, objetivos e estratégias, entre outros aspectos da gestão que podem proporcionar uma relação mais estreita da diretoria com a base.

c) Como a organização estabelece regras de conduta para os integrantes da sua administração e para a força de trabalho e trata as questões éticas, buscando assegurar um relacionamento ético com concorrentes e com as partes interessadas?

A instituição estudada tem um Comitê de Ética Médica, responsável para tratar de questões relativas ao profissional médico. Apesar desse comitê já estar formalizado há mais de 2 anos, através de portaria da Diretoria Geral, não foi verificado a existência de uma sistemática para realização de relatório das atividades realizadas. A carta magna é o Regime Jurídico Único, lei que estabelece as regras de conduta para todos os servidores públicos federais. O Regimento Interno da Instituição foca a definição da estrutura organizacional e atribuições dos servidores, não tratando, portanto de questões de ética. A ouvidoria é um canal de comunicação colocado à disposição da força de trabalho, da sociedade e das demais partes interessadas para receber informações, denúncias e sugestões.

Para um melhor controle das questões éticas sugere-se que além do comitê que trata a ética do médico e o regimento do Serviço de Enfermagem, seja criado outro comitê para tratar de outros aspectos éticos da instituição relativos às atividades e ações da sua força de trabalho. Como as equipes de trabalho são formadas por diferentes categorias de trabalhadores (servidores públicos concursados, contratados pela fundação, terceirizados, médicos residentes, acadêmicos bolsistas), surge à necessidade de definição de regras de conduta geral no âmbito da instituição, as quais poderão estar expressas em um código de conduta do HUSM. A exemplo de organizações referência, os membros dos comitês devem ter carga horária mensal ou semanal específica para trabalhar as questões relativas a seus respectivos comitês.

d) Como são identificados, classificados, analisados e tratados os riscos empresariais mais significativos, que possam afetar a imagem e a capacidade da organização de alcançar os objetivos estratégicos e do negócio?

Por força de exigências da legislação nos últimos tempos o hospital tem sido alvo de freqüentes auditorias dos órgãos de fiscalização do governo federal e estadual, principalmente do Serviço de Vigilância Sanitária. Para atender tais exigências a instituição tem continuamente canalizado esforço e investido em

reformas da sua estrutura física e tecnológica, treinamento de pessoal, além da adequação de seus processos. Entende-se que o hospital poderá se antecipar às fiscalizações através de um planejamento resultante de um estudo prévio da demanda por materiais, medicamentos e adequação física. Para a execução desse plano poderá buscar parceria junto às diferentes esferas de governo.

e) Como as principais decisões são tomadas, comunicadas e implementadas para assegurar a transparência e levando em consideração o envolvimento dos principais interessados nos temas tratados?

As decisões nas diferentes camadas de lideranças são tomadas e comunicadas através de reuniões de chefias e coordenadores e ficam registradas em atas. A questão é que algumas vezes as informações não chegam até a base, ficando esta sem o conhecimento do que está sendo decidido ou planejado.

Aqui fica sugerido que se defina um padrão para comunicação das decisões, intranet, reuniões em auditório com todos os servidores e interessados. Existe agenda para reuniões de coordenadores e diretores, o importante é que seja definida e institucionalizada agenda de reunião dos coordenadores com suas chefias e de cada chefia com sua base.

f) Como os fatos relevantes são prontamente comunicados à sociedade e às demais partes interessadas?

Normalmente os fatos relevantes são primeiramente comunicados aos coordenadores e chefias, ocorrendo a possibilidade de em alguns momentos as informações ficarem restritas a esses dois níveis de liderança. Para que tais informações possam chegar rapidamente a um maior número de interessados, é necessária a comunicação através da intranet, internet. A estruturação de uma rede de monitores de vídeo destinados à divulgação, espalhados pelas diversas áreas de espera para atendimento também figura como um aliado poderoso para ampla divulgação de informações relevantes.

g) Como a Direção presta contas das suas ações e resultados alcançados a quem a elegeu, nomeou ou designou?

Hoje algumas ações da diretoria são divulgadas em um pequeno folheto criado pela Assessoria de imprensa do hospital, no site do hospital e através do sistema de reuniões existente. Ainda ocorre a divulgação na "Direx Ampla", onde é

feita uma reunião com diretores em um auditório com a participação de toda a força de trabalho. Devido ao quadro reduzido de pessoal para dar conta das demandas, a participação na “Direx Ampla” não é expressiva. A utilização mais frequente dos meios de comunicação da Universidade para a divulgação das ações e decisões de interesse do hospital poderá proporcionar melhores resultados.

A proposta é de que através de parceria com a Rádio e TV, seja reservado um horário semanal ou mensal para que o hospital divulgue suas ações. O hospital pode melhorar o uso da sua página na internet através da divulgação de relatórios, e outros elementos de incentivo a contribuição da base para com a gestão. A agenda de visitas aos setores por um diretor, sugerida no item “a” é uma oportunidade de interação da liderança com a base dos trabalhadores.

A criação de indicadores para que se possa medir e avaliar o desempenho dos diversos processos também é uma sugestão consistente, visto que hoje a instituição só possui dados isolados. Sugere-se que seja criada uma matriz de indicadores com base nos dados dos processos mais críticos, de forma a proporcionar a gestão dos resultados destes.

1.2 Exercício da liderança e promoção da cultura da excelência

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para o engajamento da força de trabalho e demais partes interessadas no êxito das estratégias e na promoção da cultura da excelência.

a) Como a direção exerce a liderança e interage com as partes interessadas, identificando suas expectativas e buscando o alinhamento de interesses?

Um dos grandes desafios da instituição é o desenvolvimento de uma cultura de envolvimento e comprometimento das pessoas com o hospital. Entende-se que a saída para tal é o investimento em formas eficazes de comunicação e na valorização das pessoas.

Aqui fica sugerido a criação de murais de gestão à vista, que possam ser vistos por toda a força de trabalho e demais pessoas que circulam pelo hospital. Além dos meios já mencionados, tais como folheto, jornal, rádio, televisão, monitores de vídeo estrategicamente instalados em pontos de grande circulação de pessoas.

b) Como são identificadas e desenvolvidas as mudanças culturais necessárias para a internalização dos valores e princípios organizacionais e para o êxito das estratégias?

As mudanças culturais no hospital são estimuladas através da abertura para participação das equipes nas reuniões de diretoria ampla (Direx Ampla), realizadas semanalmente em auditório. Nestas reuniões são abertos espaços para que as pessoas façam suas considerações e opinem sobre os assuntos em pauta.

A participação de servidores concursados nas diversas comissões criadas no âmbito do HUSM também é uma forma de estimular a mudança cultural na instituição. No ano de 2010 foram realizados os processos de autoavaliação institucional e autoavaliação pessoal dos servidores. Essas pesquisas se constituíram em formulários on-line disponíveis no Site da instituição e acessados através do uso de senha pessoal. Por meio destes instrumentos as pessoas têm a oportunidade de manifestar sua opinião sobre ações que podem promover melhorias nos processos, além de uma reflexão sobre suas atividades e o hospital como um todo.

Apesar da eficácia das formas de incentivo e percepção de mudanças culturais utilizadas, as mesmas ainda são insuficientes para atingir a maioria da massa de trabalhadores. Como sugestão este trabalho orienta a busca por outras formas que possibilite que as pessoas opinem, por exemplo, disponibilização de uma caixa de sugestão, abertura de um canal de comunicação (e-mail), realização sistemática de workshop, reunião mensal com a diretoria para assuntos gerais. A criação de uma sistemática de premiação à autores de idéias inovadoras também é uma forma de incentivo à disseminação da cultura de excelência na qualidade.

c) Como os valores e os princípios organizacionais são comunicados à força de trabalho e, quando pertinentes, às demais partes interessadas?

O HUSM utiliza como mecanismo para a disseminação de seus valores e princípios o acesso a informações sobre o significado de sua missão, visão e valores através de informações depositadas no site institucional e quadros afixados em lugares estratégicos. Observa-se que para melhor compreensão e prática dos princípios do hospital por parte das pessoas, é necessário criar o hábito de enfatizar seus valores e princípios ao iniciar qualquer apresentação no âmbito do hospital, além de criar outras formas de divulgação dos mesmos.

A elaboração de um vídeo institucional que expresse claramente o propósito da organização, e a disponibilização deste a toda a sociedade (interna e externa), pode ser uma forma eficaz de divulgação e incentivo a seguir os preceitos organizacionais. Outra maneira é a elaboração de brindes com os valores da instituição gravados (agendas, calendários, camisetas). Inicialmente esses brindes podem ser utilizados para homenagear funcionários e demais partes interessadas em datas especiais.

Também poderá ser elaborado um manual de boas práticas no âmbito do hospitalar, que além de orientações sobre higiene, limpeza, relacionamento entre as pessoas e proteção do meio ambiente, poderá focar os valores da instituição.

d) Como são avaliadas e desenvolvidas, nos líderes, as competências necessárias para o exercício da liderança?

O hospital não tem institucionalizado um método para avaliação e preparação de líderes. A formação da estrutura administrativa é feita por eleições abertas a todos, com exigência de formação adequada para cargos de direção, conforme previsto no Regimento Interno.

A sugestão é de que exista um planejamento para a formação de competências gerenciais em todas as áreas, através do incentivo a qualificação e inovação por parte da força de trabalho. Podendo-se utilizar o instrumento de auto-avaliação dos servidores, pelo qual os servidores se auto-avaliam e são avaliados pelos seus chefes. Somado ao resultado dessa avaliação os candidatos a cargos de chefias, coordenações ou diretoria deverão demonstrar conhecimento em gestão e comprometimento pela instituição através de uma avaliação por escrito.

e) Como são estabelecidos os principais padrões de trabalho para os processos gerenciais e como é verificado o seu cumprimento?

As práticas de gestão da liderança, estratégias e planos são feitas pela direção com o apoio dos coordenadores de área e chefes de serviços, apoiados também pelo Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial.

As práticas de gestão de clientes e sociedade são feitas pelas Direções Clínica e Administrativa, e pelo Serviço de Ouvidoria, dependendo do assunto.

As práticas de gestão de pessoas são realizadas pela Coordenação de Recursos Humanos.

As práticas de gestão de conhecimento e informações são realizadas pelo Núcleo de Educação Permanente e Diretoria de Ensino e Pesquisa.

A pesquisa revelou que apesar de existir definição de responsabilidade pela execução dos padrões de trabalho, é necessário padronizar e melhorar os critérios para análise dos resultados, planejamento e elaboração de ações de melhoria quando necessárias.

Neste contexto observa-se que o hospital através do seu Núcleo de Qualidade em conjunto com coordenadores de área, chefes de serviços e demais lideranças, está desenvolvendo um árduo trabalho para padronizar todas as suas atividades.

A sugestão é de que seja priorizada a conclusão do processo de elaboração dos POPs das rotinas de trabalho de todos os setores. Poderá ainda a diretoria fazer a escolha de um grupo de pessoas que apresente alto comprometimento com a instituição, que após treinamento poderão compor um comitê de gestão de processos e análise de resultados para que o hospital possa planejar de forma mais eficaz suas ações de melhorias, e principalmente ter um plano que atenda as necessidades de qualificação da sua força de trabalho.

f) Como os processos gerenciais são refinados por meio do aprendizado e da inovação?

Observou-se que normalmente as melhorias e inovações são realizadas no nível setorial, de acordo com a capacidade técnica e pessoal de cada chefia. Para que as melhorias sejam mais substanciais e que sejam sistematicamente registradas e controladas, bem como avaliadas, sugere-se que: os planos de ações estabelecidos no plano estratégico do hospital sejam claramente definidos para cada setor e que cada chefe seja incentivado e apoiado a ser comprometido pela execução de ações a ele conferidas. Que a diretoria e coordenadores de área sejam responsáveis por fiscalizar e acompanhar a consecução dos planos de ação.

g) Como são investigadas as boas práticas de gestão de organizações de referência para apoiar o aprendizado?

A investigação de boas práticas é feita pelos diretores e pelas lideranças das diversas áreas operacionais e gerenciais do hospital, através da participação em cursos de capacitação ou visitações a instituições referência em gestão hospitalar.

Sugere-se que seja institucionalizada uma sistemática de visitas a instituições de referência, e realização de palestras com palestrantes de fora da instituição, através de agenda anual.

1.3 Análise do desempenho da organização

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para avaliar o desempenho operacional e estratégico da organização em relação a metas e a informações comparativas do setor ou do mercado.

a) Como são identificadas as necessidades de informações comparativas para analisar o desempenho operacional e estratégico da organização?

Os referencias comparativos referente à produção assistencial são identificados através dos requisitos da contratualização do hospital para com o estado, além das informações disponíveis nos diversos sistemas de informações de saúde, por exemplo, o Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA). A avaliação referente ao quantitativo de produção é feita para verificar se foram atingidos os valores pactuados, ou se estão dentro da média de outras instituições de saúde.

Para ter uma visão sistêmica do desempenho da instituição em relação a outras organizações sugere-se que através de um comitê de análise de processos e resultados se busque referenciais de produção e desempenho para todos os processos do hospital.

b) Como a Direção avalia o desempenho operacional e estratégico da organização, visando ao desenvolvimento sustentável?

Verificou-se que a instituição faz um comparativo entre a despesa realizada e a receita arrecadada, além disso, utiliza-se da “Curva ABC” para verificar quais medicamentos ou materiais consomem mais orçamento. É recomendável que um comitê de gestão de processos e resultados, foquem a elaboração de um estudo para saber quais processos geram mais receita e quais elevam mais o custo do hospital. Com base nessas informações seja elaborado um plano para tornar mais eficientes esses processos proporcionando um desenvolvimento sustentável. Não foi verificada a existência de uma matriz de indicadores institucionalizada no hospital, ou seja, ocorre a medição e acompanhamento de algumas atividades de forma não padronizada. Sugere-se que a instituição crie ferramentas que possibilite o controle

de alguns indicadores, principalmente os decorrentes dos processos críticos. A definição de uma agenda de reuniões periódicas ao longo de cada exercício para analisar e discutir os valores medidos, bem como elaborar ações de melhoria é fundamental para a consecução de uma gestão eficaz do desempenho operacional.

c) Como as decisões decorrentes da análise do desempenho da organização são comunicadas à força de trabalho, em todos os níveis da organização, e a outras partes interessadas, quando pertinente?

A análise resultante do confronto entre receita e despesa e gasto elevado com medicamentos e materiais pode resultar em ações de redução de gastos. Essas, entre outras ações, são comunicadas aos responsáveis pelos serviços através de reuniões, por escrito ou pessoalmente aos demais envolvidos no processo. Observou-se que por diversos motivos, algumas vezes as informações não chegam a uma grande parte dos interessados.

A sugestão é que sejam criados e institucionalizados mecanismos que garantam o registro de todas as decisões gerenciais e a comunicação das mesmas aos coordenadores e chefias, e esses às bases, através da disponibilização de atas de reuniões ou por email, de forma que todos fiquem cientes dos acontecimentos ocorridos na organização.

d) Como é acompanhada a implementação das decisões decorrentes da análise do desempenho da organização?

A observação das práticas gerenciais na instituição pesquisada não revelou a sistematização de uma rotina para o desenvolvimento de ações de acompanhamento à implementação de decisões oriundas de análise dos processos.

Sugere-se de que concomitantemente a criação de instrumentos para medir o desempenho organizacional de forma sistemática (matriz de indicadores), se defina uma rotina para que cada chefe de serviço tenha um plano de execução de atividades e mantenha uma planilha com registro quantificando os resultados de suas atividades. Os resultados poderão ser apresentados em forma de relatório e discutidos mensalmente em conjunto com coordenadores de área e diretores.

2. Critério Estratégias e Planos

Este Critério aborda os processos gerenciais relativos à concepção e à execução das estratégias, inclusive aqueles referentes ao estabelecimento de metas e à definição e ao acompanhamento de planos necessários para o êxito das estratégias.

2.1 Formulação das estratégias

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para a geração de estratégias consistentes e coerentes e de um modelo de negócio competitivo.

a) Como é analisado o macroambiente e como são identificadas e analisadas as características do setor de atuação da organização e suas tendências?

A análise do macroambiente, a identificação e análise das características do setor de atuação são feitas através do Planejamento Estratégico com a participação de diretores, coordenadores, chefes e demais lideranças. A atualização dos conhecimentos se dá através do uso da internet como fonte de pesquisa, e a participação em palestras e cursos. Sugere-se que a instituição mantenha assinatura de revistas especializadas em publicações de conteúdos de práticas gerenciais e gestão hospitalar, e que estas estejam disponíveis para acesso das chefias, lideranças e demais componentes da força de trabalho.

b) Como é analisado o mercado de atuação da organização e suas tendências?

A análise do mercado e tendências é realizada através da troca de informações e compartilhamento de dados com a Secretaria de Saúde do Estado e com os demais entes ligados a saúde da 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde. Além disso, os gestores do hospital acessam e analisam as demandas e informações geradas nos sistemas de saúde disponíveis na internet. Sugere-se que o hospital amplie a parceria com os diversos órgãos de saúde (secretarias estaduais e municipais), e viabilize a criação de um grupo de discussão de assuntos de interesse da instituição com a participação de representantes da sociedade. Um exemplo é a regulação do fluxo de acesso do paciente conforme preconizado pelo SUS (Lei 8.080 e 8.142/90).

c) Como é analisado o ambiente interno da organização?

O hospital tem empreendido esforço para desenvolver e aplicar instrumentos de pesquisa que gerem dados para análise do ambiente organizacional interno. Como exemplo tem-se a pesquisa de satisfação do usuário e a pesquisa de clima organizacional, esta aplicada aos servidores. Além disso, também foi realizada uma avaliação institucional, onde foram abordadas questões sobre ambiente de trabalho, infra-estrutura, disponibilidade de equipamentos, entre outros. Percebe-se a necessidade de a avaliação institucional e a pesquisa de clima organizacional serem aplicadas também para os demais membros da força de trabalho, além dos servidores concursados. Dessa forma oportunizando os contratados via Fundação de Apoio e os terceirizados a opinar.

d) Como são avaliadas as alternativas decorrentes das análises dos ambientes e definidas as estratégias da organização?

As principais estratégias e planos de ação estão consolidados no Planejamento estratégico composto por diretrizes específicas, das quais são elencados diversos objetivos.

É feito a identificação dos pontos fortes e fracos, além de uma leitura dos riscos que podem afetar o hospital, no entanto está faltando um trabalho mais focado para a prevenção dos mesmos. Os riscos podem ser eliminados, de forma rápida e a custo baixo, pois de acordo com os relatórios de vistoria do Serviço de Vigilância Sanitária, na maioria dos serviços as necessidades constituem-se em pequenas reformas e adequação de rotinas. A elaboração de um plano de prevenção com base nos relatórios de vistoria é uma boa sugestão para por em prática ações que visam sanar as não conformidades.

e) Como é avaliado o modelo de negócio em consonância com a definição das estratégias, visando à potencialização de seu êxito?

A avaliação está focada para a contratualização com o estado com a finalidade de atendimento de pacientes SUS e na formação de parcerias com municípios da região para aperfeiçoar o fluxo de pacientes para o hospital através da rede de hospitais. Dessa forma, casos de baixa complexidade podem ser atendidos

em hospitais da região ou em postos de saúde, onde cada ente da Rede Básica de Saúde cumpre o seu papel, possibilitando ao HUSM a ampliação do seu atendimento a casos de média e alta complexidade.

Não se vislumbra na legislação atual previsão legal para sistematizar a alocação de recursos financeiros no orçamento do hospital destinado a investimento e qualificação da força de trabalho. Como sugestão a instituição poderá ampliar o incentivo a elaboração de projetos de pesquisa visando à captação de recursos junto aos diversos programas de financiamento do governo federal. Tais recursos poderão ser investidos na qualificação e garantia da sustentabilidade do hospital.

2.2 Implementação das estratégias

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para assegurar o desdobramento, a realização e a atualização das estratégias da organização.

a) Como são definidos os indicadores para a avaliação da implementação das estratégias; estabelecidas as metas de curto e longo prazo; e definidos os respectivos planos de ação?

O hospital possui alguns indicadores considerados no seu Planejamento Estratégico, tais como média de permanência hospitalar, índice de infecção hospitalar, entre outros. Porém verifica-se a necessidade de avançar no sentido de definir e implementar indicadores que permitam monitorar o hospital como um todo.

Percebe-se como necessária a definição de uma matriz de indicadores que envolva tanto os processos operacionais como os processos gerenciais. Além disso, é importante o estabelecimento de rotinas para a gestão dos processos de trabalho, tendo em vista a geração de dados e informações consistentes para os indicadores.

b) Como as metas e os planos de ação são desdobrados nas áreas responsáveis pelos processos principais do negócio e processos de apoio, assegurando a coerência das metas e dos planos resultantes com as estratégias e também entre si e mantendo o alinhamento entre os indicadores utilizados na avaliação do desempenho estratégico e aqueles utilizados na avaliação do desempenho operacional?

Em relação ao planejamento da instituição, existe uma comissão encarregada de fazer a revisão anual do mesmo, verificando se o plano de ação foi executado e se as metas foram atingidas. Identificou-se que é preciso padronizar uma rotina para o monitoramento e fiscalização das atividades ao longo do processo em todos os setores envolvidos, para a perfeita consecução do plano de ação. As ações de sensibilização e controle precisam ser difundidas de forma a atingir um gama maior da força de trabalho e demais partes interessadas. O relatório de gestão existente também poderá ser melhorado para dar enfoque também às ações da gestão, além dos resultados operacionais. Uma forma de melhorar a divulgação das ações da diretoria é disponibilizar no site do hospital os relatórios e outros documentos que possam ser publicados para amplo acesso de todas as partes interessadas.

c) Como os recursos são alocados para assegurar a implementação dos principais planos de ação?

Em alguns casos pode ocorrer a previsão de recursos para algumas ações específicas, constantes nos planos de ação, que não estejam contempladas no planejamento orçamentário. Deste modo verifica-se que a alocação de recursos normalmente é feita conforme as necessidades de atendimento às demandas financeiras orçadas. Para que os recursos sejam aplicados conforme estejam alocados nos planos de ação é preciso existir a previsão legal de verba, ou a captação através de projetos de pesquisa junto aos diversos programas do governo.

d) Como são comunicadas as estratégias, as metas e os planos de ação para as pessoas da força de trabalho e para as demais partes interessadas, quando pertinentes?

A comunicação das estratégias e metas é feita basicamente através de reuniões com coordenadores, chefes e demais lideranças, além de reunião semanal

de livre participação de todos os níveis da força de trabalho. Vislumbrou-se a necessidade de estabelecer novas formas de divulgação para atingir uma gama maior da força de trabalho e demais partes interessadas.

Para que todos os interessados tomem conhecimento do que foi planejado para a instituição, além dos meios já adotados sugere-se uma divulgação ampla através de cartazes, internet, e-mail e painel informativo.

e) Como é realizado o monitoramento da implementação dos planos de ação?

Existe a previsão de revisão anual do Planejamento Estratégico, para verificar se os planos de ação foram executados e se as metas foram atingidas. Observou-se que pode ser melhorado o monitoramento dos planos de ação durante o processo de execução dos mesmos, através da sistematização da fiscalização e avaliação das práticas.

3. Critério Clientes

Este Critério aborda os processos gerenciais relativos ao tratamento de informações de clientes e mercado e à comunicação com o mercado e clientes atuais e potenciais.

3.1 Imagem e conhecimento de mercado

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para entender as necessidades e expectativas dos clientes-alvo, para tornar produtos e marcas conhecidas e a imagem favorável para conquistar clientes e mercados.

a) Como o mercado é segmentado?

A instituição estudada tem como área de abrangência a 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde, as quais contratualizam com o hospital para encaminharem pacientes para atendimento pelo SUS. Também podem ser considerados clientes os professores que ministram aula para seus alunos utilizando-se da estrutura do hospital. Já os alunos inicialmente figuram como clientes, quando do seu ingresso no ambiente do hospital, mais tarde passam a ser parte do processo em transformação. Na área de assistência percebe-se que pode ser melhorada a eficiência produtiva através de reuniões mais freqüentes com os gestores de saúde dos municípios vizinhos para reforçar as ações pactuadas para que casos menos complexos sejam resolvidos nos próprios municípios, encaminhando para o HUSM preferencialmente casos mais complexos.

b) Como são definidos os clientes-alvo nesses segmentos, considerando-se, inclusive, os clientes da concorrência, quando existirem, e os clientes e mercados potenciais?

De acordo com a legislação que regulamenta o Sistema Único de Saúde, o atendimento deve ser universal, ou seja, toda a população deve ser atendida indistintamente, portanto não havendo a definição de cliente alvo. Para dar maior agilidade e eficiência ao atendimento dos pacientes, o hospital poderá estudar formas de regular o acesso dos mesmos de forma que casos menos complexos possam ser resolvidos em unidades básicas de saúde públicas.

c) Como as necessidades e as expectativas dos clientes, atuais e potenciais, e de ex-clientes e de usuários são identificadas, analisadas e utilizadas para definição, melhoria dos produtos e processos da organização?

O hospital tem se empenhado na melhoria dos produtos e processo para melhor atender seus clientes, em um primeiro momento aplicou um instrumento de pesquisa de satisfação e expectativa dos pacientes, porém não foi possível analisar os dados. Já no ano de 2010 aplicou novamente a pesquisa e analisou os resultados. No Planejamento Estratégico elaborado no ano de 2010 está previsto a realização da pesquisa anual de satisfação do cliente. Percebe-se a necessidade de avançar mais na questão de atendimento das necessidades dos clientes. As informações coletadas devem ser encaminhadas ao Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial para serem processadas e analisadas e posteriormente repassadas à diretoria, juntamente com um plano de melhorias a ser implementado.

d) Como as marcas, os produtos, incluindo os cuidados necessários ao seu uso e os riscos envolvidos, e também as ações de melhoria da organização são divulgados para os clientes e para o mercado de forma a criar credibilidade, confiança e imagem positiva?

Em relação a divulgação da marca e produtos do hospital, a pesquisa evidenciou que a instituição divulga informações sobre seus produtos (consultas, exames, especialidades, horários de visitas) no seu site na internet, além disso, periodicamente ocorre a edição de um jornal interno, o qual é disponibilizado para o público interno. Aqui fica a sugestão de que a instituição através de sua assessoria de comunicação, utilizando-se de diferentes canais, como mídia falada e escrita, publicação de revista, jornais e participação em eventos, busque a divulgação da instituição para tanto para o público interno como para o público externo.

As informações contidas nos jornais e/ou revistas publicadas pelo hospital devem orientações que sirvam para o público interno e também aos clientes e demais interessados. Para dar maior credibilidade, os conteúdos publicados devem ter a participação de especialistas técnicos, e devem também abordar elementos que envolvam a política do hospital, de forma a valorizar a imagem da instituição.

e) Como são identificados e avaliados os níveis de conhecimento dos clientes e mercados a respeito das marcas e dos produtos da organização?

Atualmente os produtos e serviços (especialidades, tipos de exames, horários) oferecidos pelo hospital são divulgados no site da instituição. A clientela e usuários também demonstram o conhecimento a respeito dos serviços a eles prestados quando procuram atendimentos ou quando repassam informações a outras pessoas sobre os mesmos. O hospital também tem a oportunidade de identificar o nível de conhecimento da clientela (prestadores de serviço ao SUS) no momento das tratativas para realizar contratualizações.

A criação de uma sistemática de encontros entre fornecedores, lideranças e clientes poderá gerar parcerias para uma maior divulgação das atividades, produtos e serviços da instituição.

f) Como é avaliada a imagem da organização perante os clientes e mercados?

Por ser o único que atende 100% SUS na região o hospital não tem foco na concorrência, porém está continuamente voltado para ações de melhoria em seus serviços para atendimento da demanda com qualidade. Sua imagem perante a sociedade é avaliada através da pesquisa realizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), onde o público é consultado sobre a qualidade dos serviços prestado nos hospitais que atendem pelo SUS no estado do Rio Grande do Sul. Na última pesquisa realizada os usuários avaliaram como bons os serviços do hospital, corroborando para que o hospital recebesse do SUS uma distinção atestando a qualidade de seus serviços. Para manter e divulgar sua boa imagem a sua clientela e demais partes interessadas, a sugestão é de que o hospital amplie a sistemática para divulgação dos serviços que oferece, bem como todas as práticas que promovam sua imagem. Isso poderá ser feito através da exibição de vídeo institucional nas áreas de espera, imprensa (jornal, rádio, televisão), internet ou painéis instalados em área de grande circulação de pessoas.

3.2 Relacionamento com clientes

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para a satisfação dos clientes e sua fidelização aos produtos e marcas.

a) Como são definidos e divulgados para os clientes os canais de relacionamento, considerando-se a segmentação do mercado e o agrupamento de clientes utilizado?

O hospital conta com três canais de relacionamento, o Serviço de Ouvidoria que recebe as manifestações dos clientes, e a pesquisa de satisfação dos usuários, e pesquisa de clima organizacional. A ouvidoria fica em uma sala de fácil acesso e bem identificada junto à portaria central. A pesquisa de satisfação do usuário é feita com pacientes internados, já a pesquisa de clima organizacional é aplicada aos funcionários.

O ideal é que sejam criados mais canais de relacionamento: e-mail, caixa de sugestão, pesquisa de satisfação de pacientes ambulatoriais. Que esses canais sejam divulgados através de cartazes, distribuição de folders, palestras.

b) Como são tratadas as solicitações, reclamações ou sugestões, formais ou informais, dos clientes, visando assegurar que sejam pronta e eficazmente atendidas ou solucionadas?

As reclamações e sugestões atualmente são recebidas através do Serviço de Ouvidoria, ou diretamente na Diretoria. Observou-se que para definir um padrão de tratamento das informações pela Ouvidoria está em fase de elaboração do Procedimento Operacional Padrão (POP) para aquele serviço. Verificou-se que o serviço também está em fase de organização de seu ambiente de trabalho, além da equipe ser pequena. A Sugestão é de que o POP do serviço contenha rotina bem definida para todas as questões sejam recebidas e tratadas na Ouvidoria, antes de serem encaminhadas à diretoria e que este seja implementado. Vislumbrou-se também a necessidade ampliar a equipe e investir em capacitação para que esta tenha mantenha o atendimento e busca de soluções aos questionamentos recebidos com qualidade.

c) Como as transações com os clientes são acompanhadas, de forma a permitir à organização gerar soluções rápidas e eficazes, evitar problemas de relacionamento e atender às expectativas dos clientes?

A instituição possui um Comitê de Ética Médica que é responsável por tratar das questões relativas às ações dos médicos no desempenho de suas atividades. As melhorias nas rotinas e procedimentos, bem como possíveis ajustes necessários

para a manutenção do bom relacionamento entre equipe e pacientes, também são encaminhadas pelas chefias de serviços e pela Ouvidoria.

Poderão ser ampliados os mecanismos de apoio, controle e fiscalização de forma que médicos preceptores tenham condições de estar presentes e auxiliem os médicos residentes nas suas atividades de atendimento aos pacientes. Tais mecanismos podem ser utilizados de forma ampla para que tanto a equipe médica, de enfermagem, e administrativa execute suas atividades com qualidade.

d) Como são avaliadas a satisfação, a fidelidade e a insatisfação dos clientes, inclusive em relação aos clientes dos concorrentes ou, quando não houver concorrência, de outras organizações de referência?

Um dos instrumentos mais importantes de avaliação da satisfação dos clientes sobre os serviços do hospital é a pesquisa de satisfação do usuário realizada pelo SUS. Essa pesquisa é realizada anualmente e tem abrangência no estado do Rio Grande do Sul, permite um comparativo entre os hospitais que atendem pelo SUS no estado, e diferentemente da pesquisa interna, atinge usuários dos serviços do HUSM além das suas dependências. Os resultados da última pesquisa destacaram que o Hospital Universitário está entre os melhores do estado em relação à qualidade dos serviços prestados.

A pesquisa interna de satisfação do usuário é o instrumento para coleta de informações sobre a satisfação do cliente aplicado nas dependências do hospital. Considerando a importância desse método, verifica-se a necessidade de avanço no processo de avaliação da satisfação do usuário. A partir da coleta de dados deve-se avançar para análise dos dados, elaboração e aplicação de um plano de ação conforme previsto no Manual de Gerenciamento da Rotina.

e) Como as informações obtidas dos clientes são analisadas e utilizadas para intensificar a sua satisfação, torná-los fiéis, incentivá-los a que recomendem os produtos da organização e desenvolver processos e produtos?

De acordo com o sugerido na questão anterior a sistematização para coleta e análise das informações dos clientes deverá ser seguida da elaboração e aplicação de um plano de ação. Neste sentido orienta-se que após a coleta de informações referentes aos clientes, estas sejam analisadas pelo Núcleo de Qualidade e

repassadas à diretoria para esta em conjunto com chefes de serviços envolvidos elaborem um plano de ação.

f) Como são identificadas e desenvolvidas parcerias com clientes, distribuidores e revendedores visando à manutenção ou ao aumento da competitividade da organização?

Normalmente os fornecedores se dirigem ao hospital para realizar a entrega ou demonstração de produtos, e em algumas vezes para tratativas sobre a entrega ou devolução de materiais. Em uma tentativa de viabilizar o estabelecimento de parcerias poderão ser criados programas específicos para encontros com fornecedores e clientes.

4. Critério Sociedade

Este Critério aborda os processos gerenciais relativos ao respeito e tratamento das demandas da sociedade e do meio ambiente e ao desenvolvimento social das comunidades mais influenciadas pela organização.

4.1 Responsabilidade socioambiental

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para a geração de produtos, processos e instalações seguros aos usuários, à população e ao meio ambiente, promovendo o desenvolvimento sustentável.

a) Como a organização identifica os aspectos e trata os impactos sociais e ambientais negativos de seus produtos, processos e instalações, desde o projeto até a disposição final, sobre os quais tenha influência?

Para tratar das questões referentes aos impactos sociais e ambientais decorrentes de seus processos e instalações, o HUSM conta com a ação conjunta do seu Serviço de Higiene e Limpeza (SHL), Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) e com a Comissão de Gestão Ambiental. Atualmente a política de Gerenciamento de Resíduos do hospital é coordenada pela Comissão de Gestão Ambiental que tem como atribuições acompanhamento e aconselhamento sobre as questões de higiene hospitalar, manuseio e descarte de Resíduos de Serviço de Saúde (RSS) e aconselhamento do hospital na aquisição de materiais e reaproveitamento de descartáveis. Ao SHL compete a execução de atividades de apoio com a finalidade de promover a limpeza em toda a instituição, mantendo um ambiente agradável e seguro para os usuários, profissionais e demais clientes, como também executar a política de gerenciamento de resíduos. Todo o tratamento do RSS até sua destinação final é realizado conforme descrito no Plano de Gerenciamento de Resíduos de Serviço de Saúde (PGRSS), o qual foi elaborado pela instituição com base na legislação que rege o assunto (RDC 306 da ANVISA, Resolução CONAMA 358 e NBR 1004). O PGRSS possui fluxos bem definidos sobre a coleta e destino do RSS.

Considerando o volume e complexidade das atividades do hospital verifica-se a necessidade de capacitar mais pessoas para executar as tarefas de orientação, fiscalização e acompanhamento das ações previstas no PGRSS.

b) Como a organização mantém-se preparada para prevenir acidentes e responder às eventuais situações de emergência, visando prevenir ou mitigar os seus impactos adversos na sociedade, incluindo aqueles em comunidades potencialmente impactadas?

Desde o ano de 2002 o HUSM tem exercido ações buscando não somente a conformidade com a legislação e normas pertinentes, mas também o atendimento de suas finalidades com o mínimo de impacto ao meio ambiente. Nesse sentido foi definido um plano estratégico onde as principais metas são a melhoria do meio ambiente e a redução na produção de resíduos. Para a coleta e destinação dos resíduos são contratadas empresas especializadas, além da realização de auditorias periódicas para verificar se as empresas e as atividades estão em conformidade com a legislação vigente. O hospital também desenvolve atividades conjuntas com pesquisadores de universidades conveniadas na Alemanha, buscando melhorar a qualificação do seu quadro técnico e implantação do sistema de gestão ambiental. Observa-se a necessidade de ampliar as ações de prevenção através de palestras e distribuição de material impresso diretamente nas comunidades mais suscetíveis aos possíveis impactos negativos. Há também a possibilidade de utilização da mídia televisiva e emissora de rádio da UFSM como meios de apoio para a prevenção.

c) Como os impactos sociais e ambientais dos produtos, processos e instalações, assim como as políticas, as ações e os resultados relativos à responsabilidade socioambiental são comunicados à sociedade, incluindo as comunidades potencialmente impactadas?

Observa-se que ocorre a divulgação das ações através da distribuição de folder e fixação de cartazes no âmbito do hospital, porém vislumbra-se a importância de os setores envolvidos com as questões socioambientais promoverem atividades além do âmbito do HUSM. A estrutura de comissões e serviços já constituídos para tal fim poderá definir uma sistemática de elaboração de ações para orientar, comunicar e sensibilizar a população em geral sobre saúde, segurança, meio ambiente e outras questões pertinentes. Podem ser utilizados diversos meios, tais

como: palestras em auditório próprio ou junto às comunidades adjacentes a instituição, por exemplos em salões comunitários. Também podem ser confeccionados materiais impressos para distribuição dentro e fora da instituição, além do uso dos meios de comunicação como televisão, rádio e internet.

d) Como são identificados e analisados os requisitos legais, regulamentares e contratuais aplicáveis a questões socioambientais e implementadas ações de melhoria visando ao seu pleno atendimento?

Como relatado anteriormente, existe o PGRSS o qual foi elaborado com embasamento na legislação e normas vigentes que dispõe sobre o assunto. A identificação e análise dos requisitos legais e regulamentares são feitas através da observação do previsto em tais legislações. Para as empresas especializadas contratadas para a coleta e destinação dos resíduos são feitas as exigências legais previstas nas legislações que dispõe sobre o assunto. As ações de melhoria são postas em prática de acordo com as diretrizes do Programa de Gerenciamento de Resíduos de Serviços de Saúde (PGRSS) do hospital. O PGRSS apresenta as atribuições e responsabilidades para cada setor, além de conter orientações quanto a geração, classificação e manejo dos resíduos, inclusive com fluxograma descritivo para alguns procedimentos. Visando a sensibilização e capacitação dos funcionários quanto às questões socioambientais, verifica-se a necessidade de propiciar de forma ampla o acesso às normas e leis que tratam do assunto. Poderão ser disponibilizadas de forma sistemática no site da instituição e nos diversos setores.

e) Como é propiciada a acessibilidade aos produtos e instalações da organização?

O acesso aos produtos (consultas e exames) é realizado conforme previsto na legislação que regulamenta os serviços de saúde do SUS, ou seja, os pacientes são encaminhados através das unidades básicas de saúde do município e região conforme agenda coordenada pelas Coordenadorias Regionais de Saúde (4ª e 10ª CRS). Existe também a demanda espontânea gerada pelos pacientes que se dirigem diretamente ao hospital. As informações necessárias ao conhecimento sobre os serviços prestados e horários de atendimento são disponibilizadas no site institucional, por telefone ou diretamente no hospital. Em relação ao acesso às instalações verifica-se que o hospital tem realizado algumas adequações visando a melhoria nas condições de acesso e segurança. No entanto, verifica-se a

necessidade ampliar as ações previstas no Programa Nacional de Humanização para promover melhorias como: facilitação do acesso de cadeirantes e outros portadores de deficiências, bem como o público em geral. Adequação da área de estacionamento em frente ao hospital visando torná-la mais segura para o fluxo de veículos e pessoas. Revisão e ampliação das rampas e sinalização de acesso à cadeirantes e macas em pontos estratégicos ao redor do hospital. Substituição dos elevadores por equipamentos mais modernos. Melhorias na sinalização e infraestrutura interna, de forma que os pacientes, familiares e demais visitantes possam se deslocar com mais facilidade entre as diversas dependências.

f) Como a organização seleciona e promove, de forma voluntária, ações com vista ao desenvolvimento sustentável?

Como hospital-ensino a instituição realiza palestras para seu público interno com a finalidade de orientar e mostrar resultados positivos decorrentes de ações de preservação do meio ambiente. Também é realizado o controle do consumo de água e energia elétrica, através da medição e comparação dos valores periodicamente. O hospital também realiza parcerias com alguns departamentos acadêmicos para planejar e executar ações que visam a proteção do meio ambiente. Para ampliar a participação voluntária da sociedade em ações visando o desenvolvimento sustentável o hospital poderá engajar-se a projetos sociais que envolvam as comunidades próximas, buscando junto a elas suas necessidades e expectativas em relação à instituição. Uma ação conjunta com o Serviço de Vigilância Sanitária do município de orientação e fiscalização em relação às atividades de fornecimento de alimentos em áreas anexas ao hospital poderá resultar na prestação de serviços com qualidade e garantia da saúde da população, bem como a limpeza e asseio de tais áreas.

4.2 Desenvolvimento social

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para estimular o desenvolvimento social e para promover uma imagem favorável da organização perante a sociedade, incluindo, eventualmente, comunidades vizinhas às instalações da organização.

a) Como as necessidades e as expectativas da sociedade, incluindo comunidades vizinhas às instalações da organização, são identificadas, analisadas e utilizadas para a definição e a melhoria da sua atuação social?

O hospital tem como comunidade vizinha o bairro Camobi, onde está instalada a Base Aérea de Santa Maria e algumas instituições de ensino públicas e privadas, além da própria estrutura da UFSM e centenas de famílias que habitam as redondezas. As necessidades e expectativas da sociedade podem ser identificadas através de uma maior aproximação entre hospital e lideranças da comunidade, por meio da realização de reuniões, palestras e se necessário a aplicação de um instrumento para coleta de informações.

b) Como a organização direciona esforços para o fortalecimento da sociedade, incluindo comunidades vizinhas, executando ou apoiando projetos voltados para o desenvolvimento nacional, regional, local ou setorial?

O hospital tem se empenhado em desenvolver uma rede de hospitais de apoio na região, trabalhado a questão da regularização dos acessos de pacientes e trocando informações visando garantir que as unidades básicas de saúde e hospitais possam dar conta do atendimento primário. A instituição poderá planejar ações, como palestras educativas, atendimento comunitário, entre outras atividades socioeducativas e de integração diretamente na comunidade. Podendo também promover alguns eventos abertos ao público no âmbito do hospital, proporcionando que as pessoas se aproximem e se integrem à instituição.

c) Como é avaliado o grau de satisfação da sociedade, incluindo comunidades vizinhas, em relação à organização?

Além da pesquisa de satisfação do usuário realizada pelo SUS, o hospital poderá estabelecer uma sistemática para a aplicação de um instrumento próprio que avalie o grau de satisfação da sociedade e comunidades vizinhas. Tal instrumento poderá se constituir de um formulário a ser respondido e depositado em um local estratégico, ou ser disponibilizado na internet.

- d) Como as informações obtidas da sociedade, incluindo comunidades vizinhas, são analisadas e utilizadas para intensificar a sua satisfação e para aperfeiçoar ou desenvolver projetos sociais?

As informações coletadas junto às comunidades deverão subsidiar a elaboração de planos de ação para atender as demandas sociais elencadas. Tais planos de ação poderão ser discutidos e integrados ao planejamento estratégico.

- e) Como a organização avalia e zela por sua imagem perante a sociedade, incluindo comunidades vizinhas?

Uma das formas de o HUSM zelar pela sua imagem é a divulgação dos resultados de suas atividades por meio de (vídeos, internet, painéis, cartazes, distribuição de folders, entrevistas a jornais, rádios e televisão) como forma de informar, instruir e proporcionar a interação dos clientes com as questões da instituição. As áreas de espera dos ambulatórios, unidades de internação e laboratório podem ser aproveitadas para o estabelecimento de canais de comunicação, para a disseminação do conhecimento e ações para o desenvolvimento social.

5. Critério Informações e Conhecimento

Este Critério aborda os processos gerenciais relativos ao tratamento organizado da demanda por informações na organização e ao desenvolvimento controlado dos ativos intangíveis geradores de diferenciais competitivos, especialmente os de conhecimento.

5.1 Informações da organização

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para a disponibilização sistemática de informações atualizadas, precisas e seguras para os usuários, com apoio da tecnologia da informação.

a) Como são identificadas as necessidades de informações e de seu tratamento para apoiar as operações diárias, acompanhar o progresso dos planos de ação e subsidiar a tomada de decisões em todos os níveis e áreas da organização?

Durante o período de observação das atividades da organização estudada, foi evidenciado que a mesma possui um Manual de Gerenciamento da Rotina (MGR), no qual estão descritas as atividades e atribuições para cada serviço. A função do manual é orientar a execução das atividades conforme previsto na norma de cada serviço, possibilitando que as pessoas cumpram suas atribuições e mantenham a produção e registro dos resultados. Verifica-se a necessidade de uma reorganização dos canais de comunicação de forma que haja uma maior integração entre as unidades operativas, facilitando a identificação e tratamento das informações no âmbito de seus diversos processos.

b) Como são definidos, desenvolvidos, implantados e melhorados os principais sistemas de informação, visando atender às necessidades identificadas?

A definição e desenvolvimento dos principais sistemas de informação têm como suporte os resultados decorrentes da execução de Procedimentos Operacionais Padrão (POP) para as atividades. A padronização das rotinas dos serviços gera registros adequados das informações e define claramente os caminhos de acesso às mesmas. A revisão sistemática dos POPs poderá permitir a melhoria nos sistemas de informação.

c) Como a tecnologia de informação é analisada e utilizada para alavancar o negócio e promover a integração da organização com as partes interessadas?

A análise da tecnologia da informação é feita através do manuseio dos sistemas e equipamentos (Sistema de Gestão Hospitalar, e sistemas próprios dos equipamentos utilizados para diagnósticos e tratamento) pelos usuários. As melhorias são feitas com base nas demandas por ajustes nos sistemas, refletindo em agilidade e segurança na execução de atividades como: marcação de consultas e exames, prestação de informações aos clientes, realização de exames e consultas, entre outras.

Evidencia-se a necessidade do estabelecimento de uma sistemática de avaliação preventiva das tecnologias de informação, visando antecipar-se a possíveis bloqueios nos sistemas. Por exemplo, a realização de reuniões periódicas com usuários para discutir e planejar ações de inovações nos sistemas informatizados.

d) Como a infraestrutura para a disponibilização das informações aos usuários, internos e externos à organização, é compatibilizada com o crescimento do negócio e da demanda por informações?

O hospital conta com o apoio do Centro de Processamento de Dados da UFSM para armazenamento e tratamento de suas informações, bem como para a manutenção e desenvolvimento de sistemas específicos. Além disso, conta com um Serviço de Informática que atua na manutenção do funcionamento dos equipamentos e rede de informática do HUSM. Identificou-se que para ampliar a gama de informações fornecidas aos clientes e dar maior agilidade na execução das atividades é necessário um incremento em equipamentos e rede de informática, treinamento de pessoal, investimento em sistemas de gestão.

e) Como a segurança das informações é garantida?

A garantia de segurança da informação está balizada por ações como: a determinação para todos os setores que a liberação de cópia documentos com informações de pacientes a particulares, deve ser feita somente para o paciente ou pessoa autorizada por ele, devidamente identificada. Para garantir a integridade e segurança das informações registradas nos sistemas informatizados, estes são

acessados por pessoas autorizadas, possuidores de senhas pessoais que permitem somente o acesso a informações específicas de suas áreas de atuação.

Com o objetivo de preservar a integridade de documentos e prevenir possíveis falhas na segurança da informação, propõe-se a definição de norma específica e instrumentos de controle e fiscalização quanto ao manuseio e movimentação de documentos no âmbito da instituição, além de definir regras para acesso aos sistemas informatizados disponíveis.

5.2 Ativos intangíveis e conhecimento organizacional

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para o aumento do diferencial competitivo da organização por meio do desenvolvimento e da proteção dos ativos intangíveis e, particularmente, dos conhecimentos que sustentam o desenvolvimento das estratégias e operações.

a) Como são identificados os ativos intangíveis que mais agregam valor ao negócio, gerando um diferencial competitivo para a organização?

A identificação dos ativos se verifica por meio do recebimento de reconhecimento público pela qualidade dos serviços prestados pelo hospital. Outra forma que possibilita identificar ativos é através do incentivo para que as pessoas se envolvam para registrar, processar e apresentar em reunião aberta ao público interno os resultados de suas atividades.

Propõe-se que a instituição elabore instrumentos para levantar o perfil de formação de sua equipe, onde essas informações irão compor uma base dados que servirá de base para a elaboração de um plano para agregar as pessoas com maior qualificação às ações de desenvolvimento e busca pela melhoria contínua dos processos.

b) Como os principais ativos intangíveis são desenvolvidos e protegidos?

Historicamente as pessoas vêm sendo tratadas como recursos a serem controlados e administrados, na tentativa de estabelecer uma nova visão de desenvolvimento humano a qual perpassa por um processo onde a pessoa agregue valor à Instituição e a si mesmo; o hospital tem se empenhado para por em prática um plano de desenvolvimento humano de educação permanente. O plano é composto de três programas, que são: Programa de Ingressos (servidores,

residentes, acadêmicos e bolsistas), Programa de Educação Permanente e Programa de Humanização do Servidor. Esse plano contempla as necessidades do HUSM, visto que prioriza a valorização e desenvolvimento de pessoas, aprendizagem e desenvolvimento de competências.

Dentre os ativos intangíveis do hospital estão o conhecimento técnico de seus profissionais e os reconhecimento público pela qualidade de seus serviços (distinção recebida através da Pesquisa de Satisfação do Usuário SUS). Acredita-se que a instituição poderá proteger seus ativos intangíveis através da criação de uma sistemática para aproveitamento das pessoas com considerável conhecimento técnico em funções que lhes permitam a aplicação e desenvolvimento de suas habilidades, como forma de reconhecimento e valorização. Ainda com o intuito de proteger seus ativos poderão ser desenvolvidas ações que promovam condições para que as pessoas escrevam projetos, artigos ou outros trabalhos técnico-científicos os quais poderão ficar em biblioteca própria da instituição.

c) Como são identificados e desenvolvidos os conhecimentos que sustentam o desenvolvimento das estratégias e operações?

O hospital tem possibilitado que chefes de serviços e responsáveis por atividades específicas se envolvam para registrar, processar e apresentar em reunião aberta ao público interno os resultados de suas atividades. A apresentação e discussão de resultados operacionais entre os diversos seguimentos da força de trabalho permitem a identificação e desenvolvimento de conhecimentos.

A realização de parcerias com a UFSM ou outras instituições para a inserção de seus profissionais em cursos de graduação e pós-graduação poderá também ser uma forma para o aprimoramento da sua força de trabalho e desenvolvimento de competências capazes de agregar valor ao desempenho de suas atividades.

d) Como são compartilhados e retidos os conhecimentos da organização?

A sistematização de uma rotina para que participantes de congressos, palestras ou concluintes de cursos de graduação ou pós-graduação compartilhem os conhecimentos adquiridos para com o restante da força de trabalho poderá ser uma forma de promover o desenvolvimento institucional. O conhecimento deve ser de livre acesso a força de trabalho, os funcionários devem ser incentivados para a pesquisa e inovação.

Sugere-se também a estruturação uma biblioteca nas dependências do hospital para armazenar o acervo bibliográfico produzido e apresentado por servidores em palestras e congressos, além de projetos de pesquisas dos diversos seguimentos que atuam na instituição. Tais materiais podem ser disponibilizados na intranet para facilitar o acesso e pesquisa por parte dos interessados.

6. Critério Pessoas

Este Critério aborda os processos gerenciais relativos à configuração de equipes de alto desempenho, ao desenvolvimento de competências das pessoas e à manutenção do seu bem-estar.

6.1 Sistemas de trabalho

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para o alto desempenho das pessoas e das equipes.

a) Como a organização do trabalho é elaborada e implementada em alinhamento com o modelo de negócio, com os processos, com os valores e com a estratégia da organização, visando ao alto desempenho e à inovação?

No intuito de cumprir com sua missão de instituição de saúde e ensino o hospital mantém suas atividades durante 24 horas ininterruptas, possibilitando que os acadêmicos acompanhem as atividades de atendimento aos pacientes durante período integral.

A “DIREX ampla”, que se constitui de uma metodologia de reuniões semanais realizada em auditório e de livre participação de toda a força de trabalho, com pauta predefinida, serve de espaço para a integração e comunicação entre as equipes de trabalho.

Para que o aprendizado organizacional ocorra com maior facilidade e se tenha resposta rápida às necessidades de cada setor, observa-se a necessidade de criação de uma sistemática para a disseminação do conhecimento em todos os níveis hierárquicos da instituição, de forma que informações e decisões geradas em reuniões da alta diretoria cheguem à base através das coordenações e chefias. Para ampliar a difusão da informação e integração entre as equipes orienta-se a sistematização de uma rotina para realização de reuniões semanais entre chefes de serviços com seus subordinados.

b) Como as pessoas são selecionadas, interna e externamente, e contratadas em consonância com as estratégias e as necessidades do modelo de negócio da organização?

Basicamente a força de trabalho do hospital é composta da seguinte forma: a maior parte das pessoas é servidor público concursado, regidos pelo Regime Jurídico Único dos servidores públicos federais (RJU – Lei 8.112/90). Outra parcela considerável é formada por trabalhadores de empresa privada contratada por licitação pública, regida pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Há também profissionais contratado emergencialmente através da Fundação de Apoio pelas regras da CLT; têm-se os médicos residentes e os acadêmicos bolsistas ingressos através de seleção. Além disso, a instituição conta com o apoio dos professores e acadêmicos da área de saúde que atuam nas suas dependências, através de ações de ensino, pesquisa e assistência. Os cargos de chefias, coordenações e direção são preenchidos por servidores concursados, eleitos em eleições abertas aos interessados com vínculo e atuação na instituição.

Para maior eficiência nos resultados da aplicação de treinamentos, indica-se que as necessidades de capacitação sejam identificadas e supridas independentes do tipo de contrato a que está submetido o trabalhador. Uma forma que independe das amarras da legislação para tal, é a promoção de palestras utilizando-se profissionais qualificados do próprio quadro.

Orienta-se que pesquisas de opinião sobre as práticas e necessidades da instituição sejam aplicadas a todas as pessoas e não só com servidores concursados. Tal prática constitui-se em uma forma legítima de inclusão de minorias e assegura a igualdade de oportunidades para todas as pessoas.

c) Como as pessoas recém-contratadas são integradas à cultura organizacional, visando prepará-las para o pleno exercício das suas funções?

Observou-se que apesar de algumas vezes os novos servidores serem apresentados para alguns setores, vislumbra-se a necessidade de criar uma sistemática em que todos os recém chegados fossem apresentados para a instituição. O ideal é que periodicamente conforme necessidade os novos servidores fossem apresentados para toda a equipe em reunião ampla em um auditório. Os novos integrantes da força de trabalho poderão receber por escrito, através de folder

ou manual, as normas, valores, objetivos, planos e principais resultados da instituição, visando a integração dos mesmos ao meio. A exibição de um vídeo institucional também é uma forma de mostrar a estrutura e funcionamento dos diversos processos para os recém chegados, onde estes poderão estar disponíveis na intranet.

d) Como o desempenho das pessoas e das equipes é avaliado de modo a estimular a obtenção de metas de alto desempenho, a cultura da excelência na organização e o desenvolvimento profissional das mesmas?

O Regime Jurídico Único dos Servidores Públicos Federais prevê que o servidor deve ser avaliado durante os três primeiros anos pela sua chefia, período chamado de estágio probatório. Essa avaliação comporta aspectos referentes assiduidade e postura profissional, entre outros. Ocorre ainda a avaliação periódica para incentivo de progressão, realizada em função do plano de carreira dos servidores. Para que haja incentivo a todas as pessoas que trabalham para o bem comum do hospital independente da forma de contratação, sugere-se a aplicação da avaliação já existente a todos. A avaliação poderá ser realizada anualmente por cada setor para sua equipe, onde os funcionários que se destacarem deverão receber um prêmio de incentivo e terão destaque em murais. Os itens a serem avaliados conterão aspectos relativos a: assiduidade, pontualidade, responsabilidade, comprometimento, conhecimento técnico, entre outros.

d) Como a remuneração, o reconhecimento e os incentivos estimulam o alcance de metas de alto desempenho e a cultura da excelência?

O Plano de Carreira dos servidores públicos federais do Ministério da Educação, prevê incentivo financeiro para servidores que tenham formação além da exigida para o exercício do seu cargo. Também prevê progressão que resulta em aumento no salário, pela realização de cursos de capacitação. Tais incentivos têm induzido muitos servidores buscarem sua qualificação, resultando na qualificação das equipes e favorecendo o desenvolvimento do grau de desempenho e cultura da excelência na instituição.

Evidencia-se a necessidade de o hospital definir outras formas de valorizar, reconhecer e estimular a força de trabalho, para que busquem continuamente o

alcance de metas. Uma forma de incentivo é a definição de um sistema de premiação para premiar autores de idéias ou projetos que tragam contribuição significativa para a instituição. Tal prêmio deve ter critérios bem definidos e estar dentro da programação anual do hospital. Outra forma de incentivo é a flexibilização de horários de maneira que as pessoas tenham um tempo para buscarem aperfeiçoamento em suas áreas funcionais.

6.2 Capacitação e desenvolvimento

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para a capacitação e o desenvolvimento dos membros da força de trabalho.

a) Como são identificadas as necessidades de capacitação e desenvolvimento das pessoas, visando ao êxito de estratégias, à formação da cultura da excelência e à melhoria do desempenho individual?

A qualificação das pessoas é a chave para o desenvolvimento das equipes e conseqüente melhoria no desempenho operacional e crescimento institucional. A pesquisa identificou que existe um Programa de Educação Permanente, porém é latente a necessidade de melhorias na condução das atividades de identificação das necessidades de capacitação das pessoas. Sugere-se que seja integrada às tarefas dos coordenadores e chefes de serviços, a elaboração de um relatório anual com as necessidades de treinamento de suas equipes. Este relatório deverá conter no mínimo o tipo de curso e o nome dos servidores que deverão fazê-lo, e deve ser entregue no máximo 03 meses antes do término de cada exercício. A instituição deverá ter um plano anual para capacitação em todos os níveis, com definição de um quantitativo de verba específica para tal. Também deve haver a definição de carga horária para treinamento para cada setor ou área funcional. O planejamento, controle e execução do trabalho de capacitação e desenvolvimento de pessoal devem ser realizados em conjunto pela Coordenação de Recursos Humanos, Núcleo de Educação Permanente e Diretoria de Ensino, Pesquisa e Extensão.

b) Como é concebida a forma de realização dos programas de capacitação e de desenvolvimento, considerando-se as necessidades da organização e das pessoas?

Para que a instituição tenha uma equipe altamente qualificada e motivada é necessário que o foco dos treinamentos seja amplo, no sentido de atingir largamente tanto as áreas médicas como as não médicas, além da capacitação ser feita a todas as pessoas independente da forma de contratação.

Sugere-se que com base em um instrumento para a identificação das necessidades de treinamentos que abranja todos os trabalhadores e categorias funcionais, o hospital implemente em seu Programa de Educação Permanente, além dessa, outras ações que permitam atender às reais necessidades da organização.

c) Como a eficácia dos programas de capacitação é avaliada em relação ao alcance dos objetivos estratégicos e operacionais da organização?

Observa-se que após o término de cada curso de capacitação ministrado ocorre a aplicação de um questionário padrão, onde os participantes avaliam a qualidade do curso e desempenho do Instrutor. Este questionário é um instrumento que pode ser utilizado para a programação e desenvolvimento de ações de melhorias nos treinamentos. Evidencia-se a necessidade de a instituição focar a conclusão da elaboração do Procedimento Operacional Padrão (POP) do Núcleo de Educação Permanente, permitindo ir além da aplicação do questionário, ou seja, analisar os dados, planejar e aplicar ações de melhorias em relação a treinamentos de pessoal. Sugere-se também a avaliação da eficácia das ações de capacitação através da realização de auditorias dos POPs das demais atividades que os possuem, para verificar se os treinamentos estão contribuindo para que tudo seja desenvolvido conforme o padronizado.

d) Como a organização promove o desenvolvimento integral das pessoas como indivíduos, cidadãos e profissionais?

Para promover o desenvolvimento integral das pessoas a instituição deverá primeiramente criar condições para que estas tenham acesso aos espaços e meios de desenvolvimento do conhecimento. Isto pode dar-se através da realocação da sala RUTE (Rede Universitária de Tele Ensino) para um local mais amplo; a criação de outros espaços voltados ao aprendizado, tais como a organização de uma

biblioteca no âmbito do HUSM. A criação de um laboratório de informática amplo e bem equipado também irá facilitar o ensino das tecnologias de informação necessárias ao bom desempenho dos processos da instituição.

O plano de carreira dos servidores prevê incentivo financeiro por cursos de qualificação, para que as pessoas tomem conhecimento das possibilidades de aperfeiçoamento, sugere-se que a instituição amplie as formas de disponibilizar a informação sobre cursos, bolsas de incentivo a pesquisa, entre outras possibilidades de aperfeiçoamento. Os meios podem ser variados, por exemplo, email, site da instituição, cartazes, palestras educativas, entre outros. O hospital também poderá buscar parcerias com os diversos cursos da universidade, ou outras instituições para a promoção de cursos de pós-graduação profissionalizantes.

6.3 Qualidade de vida

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para a criação de um ambiente seguro e saudável e a obtenção do bem-estar, da satisfação e do comprometimento das pessoas.

a) Como são identificados os perigos e tratados os riscos relacionados à saúde ocupacional e à segurança?

A pesquisa revelou que o hospital demonstra sua preocupação em identificar e tratar os riscos relacionados à saúde e segurança do trabalhador através de ações como: a criação de mapas de riscos para áreas com atividades sujeitas a apresentar perigo. Prevenção de contágio por Hepatite B e Gripe através de vacinação preventiva, principalmente para os trabalhadores que exercem atividades que envolvam contato direto com pacientes. Definição de fluxo para procedimento em caso de acidente de trabalho. O criação de leitos isolados e a definição de cuidados especiais por parte da equipe para pacientes internados com doenças infecto-contagiosas.

Por outro lado verificou-se a necessidade de o hospital reestruturar seu Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador para viabilizar a sistematização da renovação dos exames periódicos dos funcionários, bem como manter a atualização anual do Programa de Controle Médico e Saúde Ocupacional (PCMSO) e do Plano de Prevenção de Riscos Ambientais. Identificou-se também que são necessárias

ações que incentivem e despertem o desenvolvimento de práticas efetivas da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA).

- b) Como as necessidades e expectativas das pessoas da força de trabalho e do mercado de trabalho são identificadas, analisadas e utilizadas para o desenvolvimento de políticas e programas de pessoal e dos benefícios a elas oferecidos?

Como forma de identificar as necessidades e expectativas das pessoas o hospital se utiliza da Pesquisa de Clima Organizacional e a Auto Avaliação Institucional. Nestas pesquisas as pessoas expressam sua opinião referente à sua satisfação com os recursos e infra-estrutura disponíveis para o exercício de suas atividades. Além disso, revelam sua satisfação em relação a benefícios, políticas e tratamento oferecidos pela instituição aos seus trabalhadores. Sugere-se que o hospital encontre uma forma de também avaliar a satisfação dos funcionários terceirizados, visto que os mesmos representam parte considerável da força de trabalho da instituição.

- c) Como o bem-estar, a satisfação e o comprometimento das pessoas são avaliados e desenvolvidos?

O nível de satisfação e comprometimento das pessoas pode ser avaliado através das informações coletadas pelo instrumento de Pesquisa de Clima Organizacional, no qual é expressa a percepção das pessoas quanto ao ambiente de trabalho, equipamentos e materiais, estrutura física, e ações de atenção ao trabalhador.

Verificou-se que devido sua grande importância a pesquisa deve ser igualmente respondida por toda a força de trabalho independentemente da forma de contratação, visto que não foi identificado que os terceirizados fazem parte do público alvo.

Outra oportunidade de avanço nesse processo identificada foi a necessidade de após a aplicação do instrumento e análise dos dados, desenvolver e aplicar um plano de ações de melhorias com base nas necessidades identificadas.

d) Como é mantido um clima organizacional favorável à criatividade, à inovação, a excelência no desempenho e ao desenvolvimento profissional das pessoas e das equipes?

A abertura de espaço para inserção das pessoas nos grupos de trabalho do Planejamento Estratégico é uma iniciativa favorável a criatividade e desenvolvimento das pessoas. Outra oportunidade de desempenho profissional é a participação de servidores nas diversas comissões criadas na instituição. Além disso, são elaboradas outras atividades que possibilitam a integração e desenvolvimento pessoal como: confraternização do dia dos pais, dia das mães, dia do servidor público, apresentação de talentos do HUSM, entre outras. Observa-se que há a necessidade de divulgar mais essas oportunidades no âmbito da organização para que todos saibam de sua existência e do seu propósito, e principalmente da importância do engajamento de mais pessoas.

e) Como a organização colabora para a melhoria da qualidade de vida das pessoas fora do ambiente de trabalho?

A instituição disponibiliza de uma estrutura para atividade laboral em grupos para seus servidores no prédio da Coordenadoria de Qualidade de Vida do Servidor da Universidade. Também existe o projeto PREVENCARDIO, que visa à prevenção de doenças cardíacas, inicialmente para os servidores e depois aberto a toda a comunidade. Verifica-se que apesar de serem iniciativas importantes para a melhoria da qualidade de vida, poucas pessoas aderem a elas. No intuito de ampliar a adesão aos projetos existentes e o desenvolvimento de novos, orienta-se o estabelecimento de parcerias para a construção de um centro de convivência que permita a integração de todas as pessoas da força de trabalho e demais envolvidos. Tal centro deverá estar localizado próximo às dependências do HUSM, e o hospital deverá criar uma sistemática de horário para facilitar que as pessoas participem dos eventos.

7. Critério Processos

Este Critério aborda os processos gerenciais relativos aos processos principais do negócio e aos de apoio, tratando separadamente os relativos a fornecedores e os econômico-financeiros.

7.1 Processos principais do negócio e processos de apoio

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais relativos aos processos principais do negócio e aos de apoio, cujas atividades operacionais contribuem diretamente para assegurar a geração de produtos excelentes para os clientes, atendendo às necessidades e expectativas de todas as partes interessadas.

Os processos principais do HUSM basicamente são os ligados as atividades de realização de consultas, exames, cirurgias e tratamento a pacientes internados (internação intra-hospitalar e domiciliar). Já os processos de apoio são aqueles que não estão ligados a atividade fim, mas dão suporte para a sua consecução, tais como: serviços de limpeza, nutrição, serviços de distribuição de materiais e medicamentos, serviços de manutenção de equipamento e infr-estrutura, e serviços administrativos.

a) Como são determinados os requisitos aplicáveis aos produtos e aos processos principais do negócio e aos de apoio, considerando-se as necessidades e as expectativas dos clientes, e sua importância relativa, e de outras partes interessadas?

O foco da atividade do hospital é a prestação de serviços de assistência, ensino e pesquisa, buscando a melhoria contínua de seus processos. Verifica-se o entendimento de que seus processos principais são os ligados diretamente à atividade fim e que os processos de apoio mesmo não estando ligados diretamente na prestação do serviço aos clientes, são essenciais para a consecução dos primeiros. Neste sentido o hospital tem se empenhado em desenvolver, documentar e implementar Procedimentos Operacionais Padrão (POPs) para suas atividades. A utilização dos POPs pressupõe o estabelecimento e a correta utilização de normas de funcionamento para cada serviço.

Aqui se observou a necessidade de sistematização do uso dos mecanismos de fiscalização e acompanhamento da aplicação dos requisitos relativos aos processos, bem como da correta execução dos POPs junto aos serviços.

b) Como são desenvolvidos novos produtos visando ao atendimento ou à superação de requisitos estabelecidos?

Através do monitoramento da execução dos POPs é possível identificar a necessidade de desenvolvimento de novos produtos ou instrumentos de controle para atendimento ou superação dos requisitos estabelecidos. Novos serviços também surgem da necessidade de resposta à demanda e em função da busca pela melhoria da qualidade do atendimento. Um bom exemplo é a organização da equipe de acolhimento no Pronto Socorro (PS) do hospital. Ela acolhe o paciente que ingressa através do PS, e que não seja caso de urgência, faz uma análise de suas condições e imediatamente o encaminha para um atendimento mais específico, reduzindo o tempo de espera.

Da mesma forma, pensando na melhoria qualidade do atendimento ao cliente é latente a necessidade da criação de um serviço de acolhimento e orientação aos familiares, quando ocorre o óbito um paciente.

c) Como são projetados os processos principais do negócio e os processos de apoio, visando ao atendimento ou à superação de requisitos estabelecidos?

Os processos principais são projetados em função do credenciamento da instituição para a prestação de um novo serviço, ou também pela ampliação do atendimento em áreas já credenciadas. Os serviços de apoio surgem pela necessidade de dar suporte as atividades dos processos principais.

O hospital conta com um serviço de arquitetura que seguindo orientação da diretoria projeta a adequação de ambientes para acomodar novos equipamentos, ou para funcionamento de um novo serviço. Ocorre também remanejamento de pessoal para dar suporte a uma nova atividade.

d) Como é avaliado o potencial de idéias criativas converterem-se em inovações em produtos e processos?

No segundo semestre de 2010, o hospital aplicou uma pesquisa de clima organizacional e também uma autoavaliação institucional, instrumentos que poderão auxiliar na captação de idéias. Por outro lado, não foi evidenciada uma sistemática para a captação e avaliação de idéias criativas.

A orientação desse trabalho, é que seja criado e institucionalizado um programa para sistematizar a captação de novas idéias e sugestões advindas da força de trabalho. Essas idéias poderão ser recolhidas e encaminhadas aos diretores para análise, onde serão escolhidas as que podem ser aproveitadas. Ao final de cada ano os autores de idéias criativas poderão ser reconhecidos publicamente e premiados.

e) Como é assegurado o atendimento dos requisitos aplicáveis aos processos principais do negócio e processos de apoio?

A verificação do atendimento dos requisitos aplicados aos processos é possível através do acompanhamento por meio de indicadores. Durante a observação das práticas do hospital evidenciou-se o registro e monitoramento de alguns indicadores considerados importantes para a instituição. Por outro lado não foi verificada a existência de uma matriz de indicadores capaz de reproduzir um mapa dos resultados dos processos de uma forma sistêmica.

O ideal é que se tivesse uma matriz de indicadores que contemplasse o monitoramento de todos os processos principais da instituição, ou pelo menos os considerados vitais para o negócio. Como a definição de indicadores é uma tarefa complexa e exige mudança de cultura e um estudo detalhado das atividades, sugere-se inicialmente sejam padronizados instrumentos de controle e monitoramento por serviços. Poderá ser definido que os coordenadores de área devem ser os responsáveis por fiscalizar, acompanhar e orientar as chefias nas ações de controle dos processos. Deve estar previsto que anualmente os coordenadores entregarão relatório à diretoria. O relatório deverá conter valores quantitativos relativos às atividades, e ações corretivas para as não conformidades constatadas nos processos.

f) Como a organização analisa e melhora os produtos e os processos principais do negócio e os processos de apoio?

Durante a observação das práticas gerenciais do HUSM, verificou-se que a melhoria de processos muitas vezes resulta de práticas não sistêmicas, cada área ou serviço busca promover ajustes na execução de suas atividades com base em demandas do dia a dia.

Sugere-se que o Núcleo de Qualidade e Apoio Gerencial em conjunto com a Comissão de Indicadores, recentemente criada, inicie um estudo com o objetivo de definir indicadores para os processos do hospital. Assim será possível iniciar um trabalho de análise e melhoria de processos principais e de apoio de uma forma ampla na instituição. A ampliação da quantidade de cursos voltados para formação de gestores e a definição de uma agenda anual de reuniões periódicas com equipes especializadas para discutir e planejar melhorias também podem ser práticas que poderão auxiliar o desenvolvimento dos processos.

g) Como são investigadas as características de produtos e de processos principais do negócio e de processos de apoio de concorrentes ou de outras organizações de referência para melhorar os próprios?

A instituição busca referenciar-se em outras instituições através da promoção de viagens para visitação a alguns hospitais considerados destaque pela estrutura e qualidade dos produtos e serviços oferecidos. Há também a introdu o de conhecimento de novos produtos e práticas no hospital através da experiência trazida por profissionais do HUSM que atuaram ou atuam em outras organiza es.

Verificou-se que algumas idéias de inova o de processos são trazidas por servidores que participam de congressos.

Percebe-se a necessidade de a institui o sistematizar a defini o de agenda anual para visita o a institui es referência na área de saúde, para buscar informa es sobre práticas de melhoria de processos.

7.2 Processos relativos a fornecedores

Este Item aborda a implementa o de processos gerenciais que contribuem diretamente para o desenvolvimento e a melhoria da cadeia de suprimentos e para o comprometimento dos fornecedores e parceiros com a excelência.

a) Como a organização desenvolve a sua cadeia de suprimentos imediata e nela identifica potenciais fornecedores e parceiros visando assegurar a continuidade de fornecimento no longo prazo, melhorar o desempenho, promover o desenvolvimento sustentável da própria cadeia e agregar valor ao negócio?

Os principais fornecedores são identificados pelos setores de Compras, Farmácia e Almoxarifado do hospital. Com base no volume e valor dos itens padronizados e adquiridos através de licitação é possível a identificação dos potenciais fornecedores.

Foi detectada a necessidade de a Instituição criar mecanismos para controle dos fornecedores. Esse controle pode ser feito por meio do monitoramento sistemático da qualidade dos produtos e serviços de entrega, considerando o atendimento das características definidas no processo licitatório, tempo e prazo de entrega. Neste caso pode ser criado um formulário para avaliação do fornecedor, a ser preenchido pelos setores encarregados de receber e fiscalizar os produtos. As informações deverão ser mensalmente analisadas, onde ações de melhorias devem ser planejadas em conjunto com os fornecedores.

b) Como as necessidades e expectativas dos fornecedores são identificadas, analisadas e utilizadas para a definição e a melhoria das políticas e dos programas relativos aos fornecedores?

Além do uso de formulário para registro de dados sobre as atividades de entrega de produtos, também poderá ser disponibilizado aos fornecedores uma caixa de sugestão, para que estes possam expor suas necessidades e opinar em relação ao hospital. Dessa forma poderão ser promovidas ações que agregarão valor as relações com os fornecedores.

c) Como os fornecedores são qualificados e selecionados?

Os fornecedores são qualificados e selecionados de acordo com as regras previstas na lei 8.866/90, que rege as licitações no âmbito da administração pública. Verificou-se que em alguns casos a legislação se mostra perniciosa quando prevê que o critério principal para aquisição por licitação é o menor preço do produto cotado, podendo dar margem a compra de produto de baixa qualidade. O hospital tem se empenhado em corrigir esse problema, fazendo uma descrição bem detalhada dos produtos a serem licitados. Foi observada a necessidade de o

hospital melhorar seu canal de comunicação com a Comissão de Licitações da universidade, onde as possíveis não conformidades relatadas em relação aos produtos e sua entrega possam sanadas o mais rápido possível.

d) Como é assegurado o atendimento aos requisitos da organização por parte dos fornecedores?

O hospital conta com uma estrutura para acompanhar desde o processo de compras desde a preparação da licitação até a entrega dos produtos. Além do Setor de Compras, existe um Serviço de Padronização de Materiais que em conjunto com os chefes de serviços preparam a relação de materiais a serem licitados pela Comissão de Licitação da UFSM.

A conferência no ato do recebimento é realizada pelo serviço de recepção de materiais. Verificou-se que algumas vezes a equipe de recebimento tem dificuldade de realizar a identificação dos produtos, ocorrendo a possibilidade de devolução e troca de materiais com características diferentes das descritas no pedido inicial. Em alguns casos é possível usar o produto, em outros é necessário a troca, podendo esta ser demorada e por vezes causando transtornos no andamento das atividades.

A sugestão é de que o Serviço de Compras crie mecanismo de controle, através de um cadastro atualizado dos fornecedores, o estabelecimento de uma rotina de encontros e visitas periódicas aos principais fornecedores, a fim de melhorar as relações no processo de compra e fornecimento.

Outra ação importante é a criação de uma planilha de avaliação de fornecedores, como instrumento de controle e tratamento das não conformidades relativas à entrega de produtos. Inicialmente esse instrumento poderia ser utilizado para monitorar os fornecedores com contratos de fornecimento decorrente de processo licitatório.

Há também a necessidade de normatizar uma rotina para contato com fornecedores no âmbito do hospital, de forma que as tratativas em relação a fornecimento de produtos sejam feitas sempre no Setor de Compras. Caso o representante de fornecedor necessite visitar algum setor, que este esteja acompanhado por alguém do Setor de compras.

e) Como a organização estimula a melhoria e a inovação nos processos de suprimento e nos produtos supridos pelos fornecedores?

A instituição conta com um Serviço de Padronização de Materiais e uma Comissão de Gestão de Medicamentos, as quais estão incumbidas de promover uma política para estimular a melhoria e inovação nos processos de suprimento e produtos. A padronização de novos produtos se dá pelas demandas setoriais, através de encaminhamentos feitos pelas chefias aos respectivos serviços mencionados acima.

Foi observada a necessidade de os serviços citados em conjunto com o Setor de Compras, definirem uma agenda de reuniões periódicas com os principais fornecedores para avaliar os novos produtos e sugerir melhorias no processo de fornecimento. Além disso, é necessário que as pessoas envolvidas com compras de produtos atuem periodicamente além do âmbito do hospital, buscando informações e compartilhando experiências com outras instituições.

f) Como os fornecedores que atuam diretamente nos processos da organização são envolvidos e comprometidos com os valores e princípios organizacionais, incluindo os relativos à responsabilidade socioambiental e à saúde e segurança?

Neste ponto observa-se que as relações dos fornecedores com a instituição normalmente se limitam a venda e entrega de produtos. Cabe ao hospital levar ao conhecimento dos fornecedores, através de folder, reuniões, palestras e visitas, seus valores, missão e objetivos, permitindo que estes conheçam e se integrem as ações promovidas pelo hospital.

7.3 Processos econômico-financeiros

Este Item aborda a implementação de processos gerenciais que contribuem diretamente para a sustentabilidade econômico-financeira da organização.

a) Como são determinados os requisitos de desempenho econômico-financeiro da organização e gerenciados os aspectos que causam impacto na sustentabilidade econômica do negócio?

A determinação dos requisitos de desempenho econômico-financeiro é feita em reuniões da diretoria executiva (DIREX) com base nos relatórios financeiros. As reuniões ocorrem semanalmente para tratar de diversos assuntos, e quando necessário as questões financeiras. Um dos requisitos é a melhoria no faturamento, através de ações que influenciam diretamente na elaboração do faturamento, como

por exemplo, o correto preenchimento da documentação (prontuário) base para a elaboração do mesmo. Outro requisito importante é a redução de custos, através do controle de gastos com produtos do almoxarifado e farmácia. Mensalmente são emitidos relatórios e encaminhados à diretoria para análise. Verifica-se a necessidade de o acompanhamento e o controle de gastos serem sistêmicos e atingir todos os centros de custos da instituição. Além disso, identificou-se a importância de ampliar a divulgação dos resultados da análise desses dados, de forma que o público interno e demais interessados saibam o custo da produção de serviços de saúde na instituição.

b) Como a organização assegura os recursos financeiros necessários para atender às necessidades operacionais?

A captação de recursos para as demandas operacionais é feita quase que na totalidade pela contratualização para a prestação de atendimentos a pacientes do SUS. Além da verba repassada pelo Ministério da Saúde decorrente do faturamento da prestação de serviços para pacientes do SUS, algumas vezes ocorre o aporte financeiro oriundo de projetos e negociações com órgãos governamentais. Aqui se vislumbra a oportunidade de o hospital captar mais verba extra-orçamentária através de incentivo ao desenvolvimento de projetos de pesquisa no âmbito da instituição.

c) Como a organização define os recursos financeiros e avalia os investimentos necessários visando a dar suporte para as estratégias e planos de ação?

A definição de recursos financeiros para suporte às estratégias e planos de ação da instituição é feita na elaboração do Planejamento Estratégico do hospital. Devido à grande demanda por recursos e a pouca disponibilidade financeira, o planejamento, definição e aplicação de recursos fica prejudicado. Podendo ocorrer algumas vezes que gastos sejam feitos para suprir demandas emergentes e pagamentos de contratos, ou seja, não sobra para investimentos programados. Foi identificada a necessidade de a instituição elaborar um estudo sobre a demanda por setor ou atividade para subsidiar a avaliação de investimentos necessários à consecução das estratégias e planos de ação. Para tal identifica-se que é preciso definir ferramentas que possibilitem o controle da demanda em cada área operacional.

d) Como são quantificados e monitorados os riscos financeiros da organização?

Em uma perspectiva ampla verifica-se que os riscos financeiros do hospital podem ter origem tanto no ambiente interno como no ambiente externo. Internamente os riscos são identificados e quantificados pelo Serviço de Faturamento em conjunto com a Comissão de Análise de Custos. Relatórios são elaborados e encaminhados ao Diretor Administrativo que em conjunto com os demais diretores busca desenvolver ações corretivas e preventivas.

Vislumbrou-se que os maiores riscos decorrentes das operações internas são: perda no faturamento, grande demanda de medicamentos de alto custo, e o comprometimento de uma parcela significativa do orçamento com pagamento de mão-de-obra terceirizada.

A redução desses riscos poderá ocorrer com a ampliação de ações conjuntas da Comissão de Análise de Custos, diretoria e lideranças, no sentido de orientar, fiscalizar e estabelecer normas internas para o correto preenchimento de documentos necessários à elaboração do faturamento e otimização do consumo de materiais e medicamentos. Quanto aos terceirizados identificou-se que pode ser realizado um estudo para verificar a possibilidade de redução do número de contratados, sem prejuízo às atividades.

Em relação aos riscos oriundos do ambiente externo, o hospital tem se esforçado para manter a qualidade e eficiência na gestão e prestação de seus serviços, apesar do risco da crescente instabilidade em função das constantes mudanças econômicas e políticas e conseqüente surgimento de novas legislações que nem sempre vem ao encontro das necessidades da instituição.

Investimento em ações para adequação às novas exigências legais, acompanhamento das mudanças econômicas e políticas, e dos movimentos sociais são instrumentos utilizados pela instituição para monitorar e reduzir tais riscos.

e) Como é elaborado e controlado o orçamento visando assegurar o atendimento dos níveis esperados de desempenho financeiro?

O orçamento é elaborado anualmente com base nos gastos do exercício anterior. Com base nos relatórios de gastos se define o quantitativo para os grupos de despesa: obras e reformas; material permanente; diárias e passagens; serviços de terceiros e custeio.

Evidenciou-se a necessidade de a instituição buscar uma forma de associar as reais necessidades levantadas no Planejamento Estratégico à proposta orçamentária, que contemple um plano de aplicação adequado ao hospital, inclusive reserva financeira para treinamento, capacitação e incentivo à pesquisa e inovação.

6.4 Quadro de resumo das práticas gerenciais sugeridas

(continua)

| Critérios | Itens | Práticas sugeridas |
|-----------------------------|---|--|
| LIDERANÇA | Governança corporativa | <ul style="list-style-type: none"> • Extensão da pesquisa de clima organizacional para terceirizados • Institucionalização de agenda de visitas de diretores aos setores • Criação de um código de conduta para o hospital • Institucionalização de agenda de reuniões de coordenadores de área com chefes de serviços e destes com a base, para dar mais eficiência a rede de comunicação interna |
| | Exercício da liderança e promoção da | <ul style="list-style-type: none"> • Criação de murais de gestão a vista • Disponibilização de caixas para coleta de sugestões • Institucionalização de um canal de comunicação por e-mail com a força de trabalho e demais partes interessadas • Elaboração de um manual de boas práticas no âmbito hospitalar • Desenvolvimento de um método para avaliação e formação de líderes • Instituição de um Comitê de Gestão de Processos e Análise de Resultados • Sistematização de uma agenda anual de visitas a instituições de referência e a realização de palestras com palestrantes de fora da instituição |
| | Análise do desempenho organizacional | <ul style="list-style-type: none"> • Definição de uma matriz de indicadores que possibilite a análise de desempenho organizacional de forma sistêmica • Sistematização do registro e comunicação de todas as decisões gerenciais para a força de trabalho em todos os níveis da organização • Padronização de rotinas para acompanhar e fiscalizar a implementação das decisões gerenciais decorrentes da análise de desempenho da organização |
| ESTRATÉGIAS E PLANOS | Formulação das estratégias | <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilização do acesso a revistas especializadas em publicação de conteúdos técnicos de interesse da instituição para toda a força de trabalho • Ampliação de parcerias e criação de um grupo de discussão de assuntos de interesse da instituição com a participação de representantes da sociedade • Elaboração de um plano de prevenção às não conformidades, visando à adequação e qualificação dos processos, antecipando-se às vistorias dos órgãos fiscalizadores • Criação de mecanismos de incentivo a elaboração de projetos de pesquisa para captação de recursos, com vista à qualificação e garantia da sustentabilidade do hospital |

| Critérios | Itens | Práticas sugeridas |
|-----------------|--------------------------------------|---|
| | Implementação das estratégias | <ul style="list-style-type: none"> • Padronização de rotinas para gestão dos processos de trabalho, visando o estabelecimento de fontes de dados e informações consistentes para os indicadores • Definição e padronização de normas e rotinas para o monitoramento, fiscalização e avaliação de práticas para execução das atividades ao longo dos processos, visando à perfeita consecução dos planos de ação • Ampliação dos canais de comunicação para divulgação das estratégias, planos e metas, através de criação de um painel informativo, otimização do uso do site institucional e utilização de e-mail para comunicar a força de trabalho |
| CLIENTES | Implementação de mercado | <ul style="list-style-type: none"> • Sistematização de agenda de reuniões com unidades de saúde SUS da região para planejar e executar ações, visando à regulação e melhoria do sistema de acesso de pacientes • Elaboração e execução de um plano de ação com base na análise das informações coletadas na pesquisa de satisfação do cliente • Promoção da divulgação de conteúdos de interesse institucional, escritos e publicados por especialistas técnicos em jornais e revistas próprios da instituição • Ampliação das formas de divulgação das boas práticas, através de exibição de vídeo institucional, uso mais freqüente dos meios de comunicação como jornal, rádio, televisão e internet |
| | Relacionamento com clientes | <ul style="list-style-type: none"> • Ampliação da abrangência da pesquisa de satisfação do usuário, de forma que atinja além dos pacientes internados, os pacientes ambulatoriais e seus familiares • Definição de mecanismos de apoio, controle e fiscalização, de forma que as equipes trabalhem integradas, executando suas atividades com qualidade e respeito aos clientes • Promoção da integração de fornecedores e clientes com a instituição, visando identificar e analisar as necessidades dos mesmos |

| Critérios | Itens | Práticas sugeridas |
|-----------------------------------|--|--|
| SOCIEDADE | Responsabilidade socioambiental | <ul style="list-style-type: none"> • Aumento do número de pessoas capacitadas para executar tarefas de orientação, fiscalização e acompanhamento de ações previstas no PGRSS • Ampliação das ações de prevenção de acidentes e comunicação à sociedade sobre os possíveis riscos de impacto social e ambiental na comunidade, decorrentes das atividades da instituição • Viabilização do livre e amplo acesso da força de trabalho às normas e legislações que tratam das questões socioambientais • Intensificação das ações de orientação à sociedade e adequação da estrutura física, visando facilitar o acesso das pessoas aos produtos e instalações do hospital • Incentivo a participação voluntária da sociedade em ações para o desenvolvimento sustentável da instituição, através do engajamento a projetos sociais que envolvam as comunidades próximas |
| | Desenvolvimento Social | <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de maior aproximação entre o hospital e lideranças da comunidade, através de palestras socioeducativas, reuniões, uso de instrumento para coleta de informações, visando identificar as necessidades das mesmas e promover o desenvolvimento social • Desenvolvimento de instrumento de pesquisa de satisfação a ser respondido pela comunidade e desenvolvimento de ações para promoção da imagem institucional perante a sociedade |
| INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO | Informações da organização | <ul style="list-style-type: none"> • Reorganização dos canais de comunicação, de forma a viabilizar maior integração entre as unidades operativas, com o objetivo de facilitar a identificação e tratamento das informações oriundas dos seus diversos processos • Investimento em equipamentos, rede de informática, treinamento de pessoal, aquisição de sistema de gestão e informatização de processos. Visando dar maior agilidade aos processos e aumentar a quantidade e a qualidade das informações geradas |

| Critérios | Itens | Práticas sugeridas |
|-----------|--|--|
| | Ativos Intangíveis e conhecimento organizacional | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicação de instrumento para levantar o perfil de formação da força de trabalho para identificar o grau de conhecimento e as necessidades de desenvolvimento das pessoas • Sistematização de ações de incentivo ao desenvolvimento técnico e humano da sua força de trabalho, através de aproveitamento de pessoas comprometidas com a instituição e possuidoras de considerável conhecimento técnico em cargos de liderança • Realização de parceria com a UFSM para a viabilização do acesso de seus profissionais em cursos de graduação e pós-graduação • Estabelecimento de rotina para que participantes em congressos, cursos de graduação e pós-graduação compartilhem os conhecimentos adquiridos com as equipes da instituição |
| PESSOAS | Sistemas de trabalho | <ul style="list-style-type: none"> • Institucionalização de sistemática de reuniões semanais entre chefes de serviços e seus subordinados • Definição de rotina para integração dos novos trabalhadores (independente do tipo de contratação), que sejam apresentados às equipes e recebam por escrito informações que lhe possibilitem ter uma visão geral da instituição e seus processos • Desenvolvimento de uma sistemática para incentivo, avaliação e premiação de idéias ou projetos que tragam contribuições significativas para a instituição |
| | Capacitação e desenvolvimento | <ul style="list-style-type: none"> • Integração às tarefas dos coordenadores e chefes de serviços, a elaboração de um plano anual com as necessidades de capacitação de suas equipes • Promoção da garantia de que os programas de capacitação atingirão todas as pessoas, independente da forma de contratação • Realização de auditorias setoriais para verificar a contribuição dos treinamentos na execução dos POPs e atividades em geral • Criação de condições para o desenvolvimento integral das pessoas, através da disponibilização de uma biblioteca e a criação de um laboratório de informática amplo e bem equipado, no âmbito do hospital |
| | Qualidade de vida | <ul style="list-style-type: none"> • Reestruturação do Serviço de Saúde e Segurança do Trabalhador da instituição, para que o mesmo tenha condições de executar ações efetivas referente à saúde ocupacional e segurança das pessoas • Aplicação do instrumento de pesquisa de clima organizacional a todas as pessoas, independente da forma de contratação • Desenvolvimento de parceria para a criação de um centro de convivência que permita a integração entre as equipes e demais interessados |

| Critérios | Itens | Práticas sugeridas |
|------------------|--|--|
| PROCESSOS | Processos principais e processos de apoio | <ul style="list-style-type: none"> • Criação de mecanismos de fiscalização e acompanhamento da aplicação dos requisitos relativos aos processos e a correta execução dos POPs • Ampliação do acesso a cursos de formação de gestores e definir uma agenda de reuniões periódicas com equipes especializadas para discutir e planejar melhorias nos processos • Definição de uma agenda anual para visitação a instituições referência na área de saúde, para troca de experiências |
| | Processos relativos a fornecedores | <ul style="list-style-type: none"> • Criação de mecanismos para monitoramento sistemático da qualidade dos produtos e serviços de entrega, possibilitando a avaliação dos fornecedores e o planejamento de melhorias em conjunto com os mesmos, através de encontros periódicos • Promoção do envolvimento e comprometimento dos fornecedores com os valores e princípios da instituição, através da realização de palestras, visitas, exibição de vídeo institucional ou distribuição de folders. |
| | Processos econômico-financeiros | <ul style="list-style-type: none"> • Definição de instrumentos que garantam o monitoramento dos gastos em todos os centros de custo e que os resultados da análise desses dados sejam amplamente divulgados para que todos, como forma de sensibilização e conhecimento • Desenvolvimento de ações conjuntas com a Comissão de Análise de Custos, diretoria e lideranças para o correto preenchimento de documentos que impactam no faturamento |

Quadro 1 - Resumo das práticas gerenciais sugeridas
 Fonte: O autor

7 CONCLUSÃO

Os hospitais públicos universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a saúde. A efetiva prestação de serviços à população possibilita o aprimoramento constante do atendimento e a elaboração de protocolos técnicos para diversas patologias. Isso garante melhores padrões de eficiência, à disposição da rede SUS. Constata-se que essas instituições apresentam grande heterogeneidade quanto à sua capacidade instalada, incorporação de tecnologia e abrangência no atendimento, destacando-se na comunidade onde estão inseridos. Tais instituições têm um custo elevado para os cofres públicos, essa realidade é decorrente dos altos custos da alta complexidade dos procedimentos que realizam. Além disso, é preciso considerar que além dos serviços assistenciais, também existe o custo oriundo das atividades de ensino e pesquisa. Escassez de recursos, falta de pessoal, necessidade de melhoria na estrutura física e tecnológica, e a superlotação também são problemas comuns a estas instituições. Esses fatores influenciam diretamente na prestação de um serviço com qualidade e quantidade suficiente para atender as demandas da população.

O conjunto desses elementos dificulta a gestão e o atendimento adequado das demandas da população por parte dos hospitais. Entende-se que para melhorar esse cenário, deve haver uma maior integração entre os hospitais universitários e a rede básica de saúde, objetivando a regulação dos acessos dos pacientes e ampliação dos espaços de formação e qualificação de profissionais de saúde. Também é fundamental que o estado aumente o investimento para a manutenção e ampliação dos hospitais públicos universitários, bem como na reestruturação do seu quadro de pessoal.

Outro aspecto a considerar é a forma como é conduzida a gestão dos hospitais públicos universitários. Alguns já têm implantado um programa de qualidade, mas muitos ainda fazem a gestão de seus processos sem o auxílio de uma ferramenta de gestão com recursos tecnológicos. É preciso que os gestores tenham seus pensamentos voltados para a busca da qualidade com o uso de ferramentas de gestão modernas. O desenvolvimento e controle de seus processos devem seguir as diretrizes de um modelo de gestão que possibilite ver a instituição de uma forma sistêmica.

O desenvolvimento desse trabalho buscou dar enfoque a gestão da qualidade em hospitais públicos universitários. A pesquisa se concentrou em identificar e

analisar práticas gerenciais de um hospital universitário em relação aos requisitos dos Critérios de Excelência da FNQ. Por meio deste estudo, foi possível obter uma visão sistêmica das práticas gerenciais da instituição estudada; identificar as oportunidades de melhoria; e sugerir práticas que se adotadas podem contribuir para a eficiência dos processos organizacionais.

Conclui-se que o uso modelo de excelência da gestão da FNQ, para leitura e análise de processos hospitalares, é um meio para produz informações que poderão subsidiar melhorias nas práticas gerenciais de hospitais públicos. A elaboração de um plano de gestão seguindo a estrutura dos requisitos dos critérios de excelência poderá levar a excelência na gestão. Entende-se que esse trabalho não esgota as possibilidades de investigação de práticas de gestão hospitalar, pois este é um vasto e complexo campo a ser estudado.

7.1 Sugestões para trabalhos futuros

Com base nas informações obtidas através da identificação e análise de práticas gerenciais, verificou-se que esse trabalho poderá ter continuidade por meio da avaliação dos resultados operacionais e gerenciais, para tanto sugere-se que trabalhos futuros poderão ser feitos sobre:

- a) Estudo detalhado referente aos processos hospitalares de resultado de hospitais públicos universitários federais, com vista a desenvolver uma matriz de indicadores adequada a esse tipo de instituição;
- b) Um estudo comparativo entre os diferentes modelos de gestão adotados por hospitais públicos e privados que atendam pelo SUS, para avaliar qual é o que proporciona melhores resultados em qualidade e produtividade

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALGARTE, W.; QUINTANILHA, D. **A história da qualidade e o programa brasileiro de qualidade e produtividade**. Rio de Janeiro: INMETRO/SENAI, 2000.

BITTAR, O.J.N.V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 1-10, jan/mar. 2000.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **Realidades e Perspectivas da Gestão Estadual do SUS**. 1ª Edição. Brasília: CONASS, 2010.

BRASIL. FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. **Crítérios de Excelência de Gestão Organizacional**. Ed. 2010 São Paulo, 2010.

BRASIL. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização, o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BRASIL. **Norma operacional básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS/96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual brasileiro de acreditação hospitalar**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde 1999.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Portaria nº 935**, de 24 de maio de 2002. Dispõe sobre a redefinição do Prêmio de Qualidade Hospitalar. Brasília: Ministério da Saúde. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/gab02/gabmai02.htm>
Acesso em: 03 de setembro de 2008.

CASAS, Alexandre Luzzi Lãs. **Qualidade total em serviços**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

CERVO, Armando Luiz; BERVIAN, Pedro A. **Metodologia científica**. 5.ed. São Paulo: ABDR, 2002.

COUTO, Renato Camargo; PEDROSA, Tânia Moreira Grillo. **Hospital: gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade: viabilizando a sobrevivência**. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

CROSBY, Philip B.. **Qualidade e Investimento: a arte de garantir a qualidade**. 7ª Edição. Rio de Janeiro: J. Olympio, 1999.

CSILLAG, João Mário; CSILLAG, Cláudio (Trad.). **Juran planejando para a qualidade**. 2ª Edição. São Paulo: Pioneira, 1999.

DEMING, William Edwards. **Qualidade: a revolução da administração**. Rio de Janeiro: Marques-Saraiva, 1990.

- DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1998.
- DONABEDIAN, A. **The seven pillars of quality**. Arch Pathol Lab Med, v. 114, p. 1115-1119, 1990.
- DRUMMOND, Helga. **Movimento pela qualidade**: de que o gerenciamento de qualidade total realmente se trata. São Paulo: Littera Mundi, 1998.
- FALCONI, Vicente Campos. **TQC: Controle da Qualidade Total (no estilo japonês)**. Belo Horizonte: Fundação Cristiano Ottoni, 1992.
- FEIGENBAUM, Armand V. **Controle da Qualidade Total: Gestão e Sistemas**. V. I. São Paulo: Makron Books, 1994.
- 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.
- GIL A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1998.
- JURAN, Joseph M.; GRYNA, F. M. **Controle de qualidade, conceitos, políticas e filosofia da qualidade**. São Paulo: McGraw-Hill, 1991.
- JURAN, Joseph M. **Planejando para a qualidade**. São Paulo: Pioneira, 1995.
- KLUCK, Mariza. **Indicadores de qualidade para assistência hospitalar**. Disponível em: <<http://www.cih.com.br/indicadores>>. Acesso em: 20.maio 2009.
- LAKATOS, E.M.; MARCONI, M. de A. **Fundamentos de metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1998.
- MADRIGANO, Heitor. **Hospitais: Modernização e revitalização dos Recursos Físicos: Manual do Administrador**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- MEZOMO, João Catarin **Gestão da qualidade na saúde**: princípios básicos. 1. ed. São Paulo: Manole, 2001.
- MEZZOMO, Augusto Antônio. **Serviço do Prontuário do Paciente: Organização e Técnica**. 3ª Edição. São Paulo: Centro São Camilo de Desenvolvimento em Administração da Saúde, 1988.
- MINOTTO, Ricardo. **A Estratégia em Organizações Hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- NISHIO, Elizabeth Akemi, BAPTISTA, Maria A. de Camargo Souza **Educação permanente em enfermagem**: a evolução da educação continuada. 1. ed. São Paulo: Elsevier, 2010.
- NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte, MG: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003.

NOVAES, H.M.; PAGANINI J.M. **El hospital público: tendencias y perspectivas**. Washington: OPAS-HSS/SILOS, 1994.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica**. 2.ed. São Paulo, Pioneira Thomson, 2002.

OLIVEIRA, Otávio J. (Org.) **Gestão da qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2004.

PALADINI, Edson Pacheco. **Gestão da qualidade no processo: a qualidade na produção de bens e serviços**. São Paulo: Atlas, 2002.

PEREIRA, Luciane Lúcio; GALVÃO, Claudia Raffa; CHANES, Marcelo. **Administração Hospitalar: Instrumentos para a Gestão Profissional**. São Paulo: Centro Universitário São Camilo: Edições Loyola, 2005.

PORTER, Michael E. **A Vantagem competitiva das nações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1993.

POUPART, Jean; DESLAURIERS, Jean-Pierre; GROULX, Lionel-H.; LAPERRIÈRE, Anne; MAYER, Robert; PIRES, Álvaro. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos metodológicos**. 2ª Edição. Rio de Janeiro: Vozes, 2008.

QUINTO N. A. **Processo de acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

REIS, Luis Filipe Souza Dias; OLIVEIRA, José Francisco. **Qualidade total: como estabelecer as bases e encantar os clientes com os serviços prestados**. São Paulo: Érica, 1997.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social métodos e técnicas**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RUDIO, Frans Victor, **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. Petrópolis: Vozes, 1986.

SELLTIZ, C.. **Métodos de Pesquisa na Relações Sociais**. São Paulo, EPU – Editora Pedagógica e Universitária Ltda., 1987.

SILVA, Ruvani Fernandes da. **Construindo padrões de qualidade para prevenção e controle de infecção em cirurgias ortopédicas: possibilidades e flexibilidades para um cuidado mais livre de riscos**. 2003. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

SOUZA, Joel Medeiros de. **Metodologia para gestão integrada da qualidade, meio ambiente, saúde e segurança no trabalho**. 2000. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

TADACHI N. T. **Indicadores da Qualidade e do Desempenho**. Rio de Janeiro: QualityMark, 1996.

TAJRA, Sanmya Feitosa. **Gestão estratégica na saúde**: reflexões e práticas voltadas para uma administração voltada para a excelência. 1.ed. São Paulo: látria, 2006.

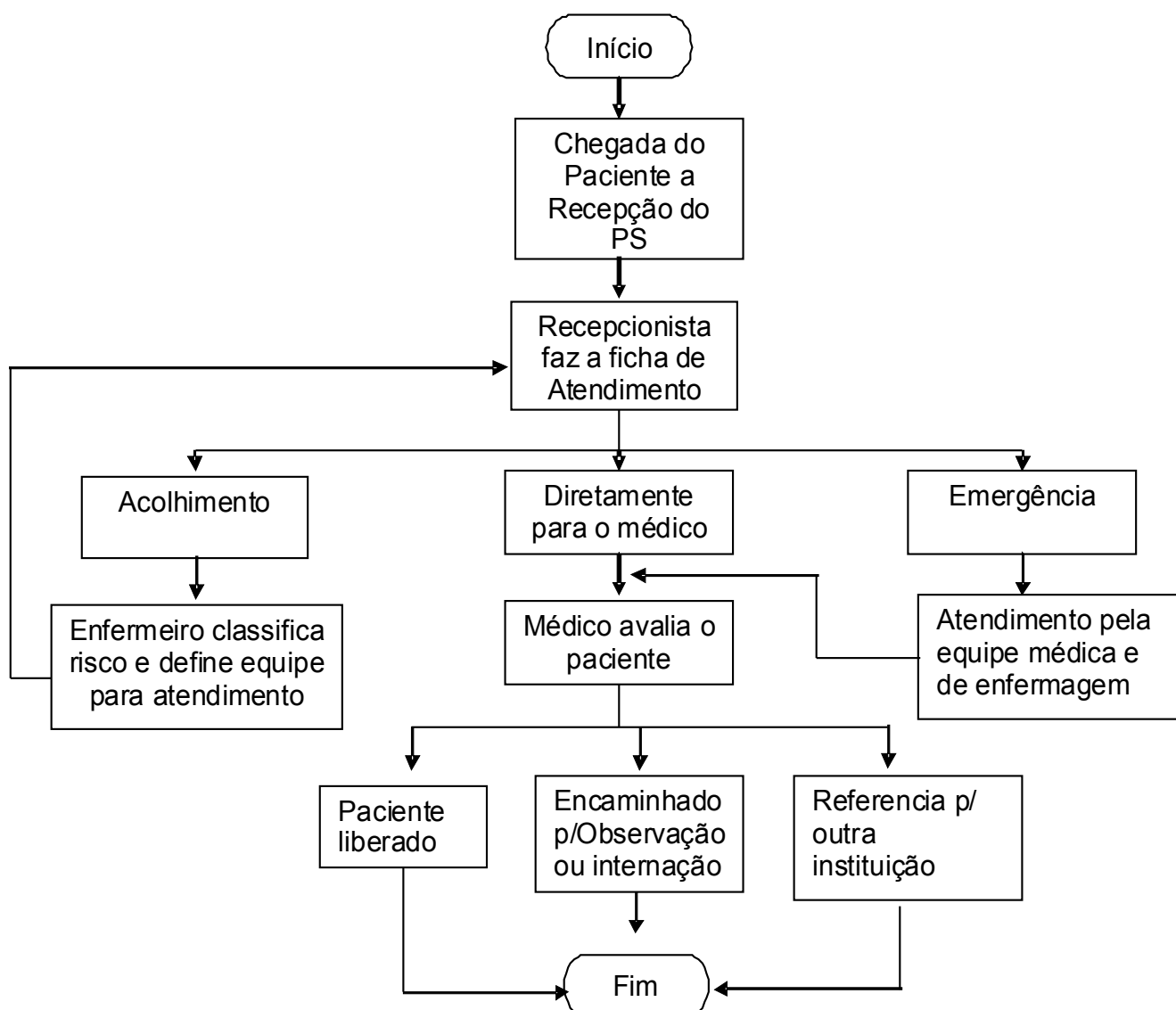
TRIVINOS Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1995.

TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto...[et. al.] **Gerenciamento em enfermagem** 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ZANON, U. **Qualidade da assistência médico-hospitalar**: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade. Rio de Janeiro: MEDSI, 2001.

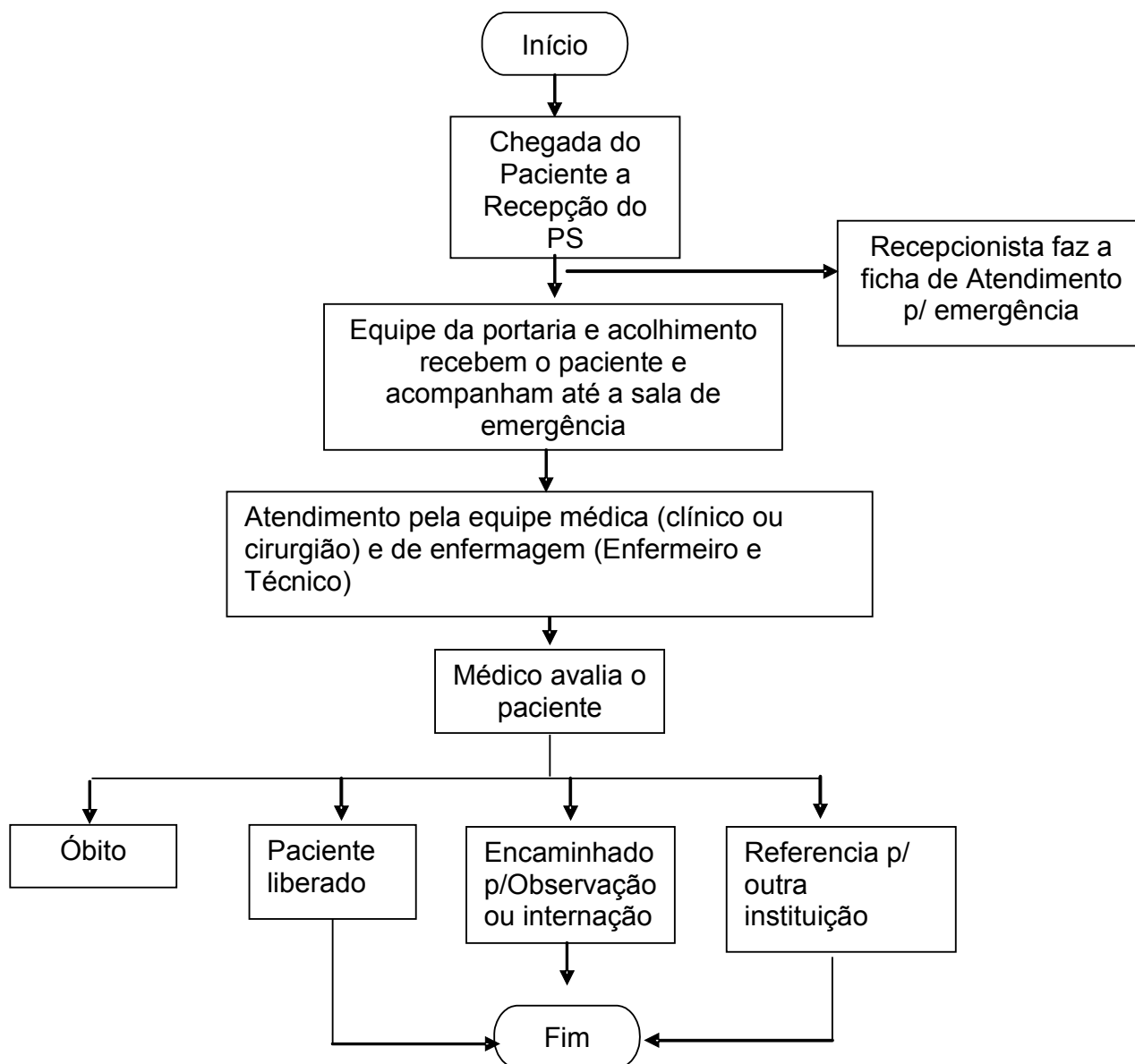
ANEXOS

ANEXO 1 – Fluxo de recepção do paciente do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria por demanda espontânea



Fonte: Núcleo de Qualidade do Hospital Universitário de Santa Maria

ANEXO 2 – Fluxo de recepção do paciente do Pronto Socorro do Hospital Universitário de Santa Maria por demanda de emergência



Fonte: Núcleo de Qualidade do Hospital Universitário de Santa Maria