

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO E SISTEMAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

Gabriela Oliveira Montagner

**GERENCIAMENTO DE ROTINA EM UMA ASSOCIAÇÃO
HOSPITALAR DE MÉDIO PORTE**

**Santa Maria, RS
2018**

Gabriela Oliveira Montagner

**GERENCIAMENTO DE ROTINA EM UMA ASSOCIAÇÃO
HOSPITALAR DE MÉDIO PORTE**

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado ao Centro de Tecnologia da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Bacharel em Engenharia de Produção**.

Orientador: Prof. Dr. Marcelo Hoss

Santa Maria, RS
2018

GERENCIAMENTO DE ROTINA EM UMA ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR DE MÉDIO PORTE

ROUTINE MANAGEMENT IN A SMALL HOSPITAL ASSOCIATION

Gabriela Oliveira Montagner¹, Marcelo Hoss²

RESUMO

Os hospitais são reconhecidamente organizações complexas, com administração dificultosa e cara, que oferecem serviços com elevado grau de especificidade e que muitas vezes torna mais trabalhoso o sistema de gestão. A variedade nos serviços oferecidos pelos hospitais torna a supervisão e controle das atividades uma tarefa árdua. Assim, se faz necessária uma maior capacitação na gestão hospitalar, preparando os diretores dos mesmos para atuarem como articuladores dos diferentes fatores que influenciam as atividades desenvolvidas pelo hospital, sejam eles internos ou externos. Tendo em vista esta realidade, esta pesquisa-ação tem como objetivo analisar a viabilidade do uso de ferramentas para gestão de rotina para melhoria dos resultados de uma organização hospitalar de médio porte, identificando os problemas existentes por parte da direção da associação, sugerindo ações baseadas no gerenciamento da rotina, implementando ações e avaliando a satisfação do colaborador referente às ações implementadas. As ferramentas implementadas têm como proposta organizar o dia a dia do trabalho da diretora administrativa para que o seu trabalho se torne mais produtivo, eficiente e organizado. Como resultado, o estudo trouxe a percepção de que as ferramentas implementadas ajudam a organizar a rotina diária da colaboradora, trazendo benefícios para a associação hospitalar, como melhor organização e planejamento da rotina e abrindo possibilidade de continuação desta pesquisa.

Palavras-chave: gerenciamento de rotina, hospital de médio porte, gerenciamento hospitalar

ABSTRACT

Hospitals are admittedly complex organizations with difficult and expensive administration that offer services with a high level of specificity and often make the management system more difficult. Variety in the services offered by hospitals makes oversight and control of activities a chore. Thus, greater training in hospital management is necessary, preparing the directors of these hospitals to act as articulators of the different factors that influence the activities developed by the hospital, whether internal or external. Based on this reality, this action research aims to analyze the feasibility of the use of tools for routine management to improve the results of a medium-sized hospital organization, identifying the existing problems on the part of the management of the association, suggesting actions based in routine management, implementing actions and evaluating the employee's satisfaction regarding the implemented actions. The tools implemented aim to organize the day to day work of the administrative director so that her work becomes more productive, efficient and organized. As a result, the study brought the perception that the implemented tools help to organize the daily routine of the collaborator, bringing benefits to the hospital association, as better organization and routine planning, and having the possibility of continuation of this research.

Keywords: routine management, small hospitals, hospital management

¹ Aluna, autora; Graduanda em Engenharia de Produção pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

² Professor, orientador; Doutor em Engenharia de Produção pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS; Professor do Departamento de Engenharia de Produção e Sistemas.

1 INTRODUÇÃO

A má alocação de recursos, ineficiência, custos crescentes e desigualdade nas condições de acesso aos usuários são os principais problemas evidenciados nas organizações de saúde (LIMA; LIMA, 1998). No Brasil, os hospitais são o centro do sistema de saúde, onde respondem por dois terços dos gastos do setor e boa parte dos serviços produzidos. De acordo com pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2017), em 2015 o consumo final de bens e serviços de saúde foi de 9,1% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. Em contrapartida, o país gasta mais com saúde do que outros países de renda média e, mesmo assim, se obtém resultados medianos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009). Segundo o Banco Mundial (2017), a análise dentro do país aponta para 37% de ineficiência na atenção primária e 71% nos cuidados de saúde secundários e terciários, que se caracterizam por um serviço de maior nível de especialização e complexidade. Mirshawka (1994) cita como os principais problemas em relação à questão da saúde no Brasil a má administração dos hospitais, a baixa qualidade dos serviços e os custos crescentes.

Além disso, muitos hospitais de pequeno e médio porte aparentam ser administrados informalmente ou até não ter uma gestão efetiva, o que acarreta ineficiência e baixa qualidade. A carência nas exigências contratuais ou competição de mercado, resulta em pouca pressão para a obtenção de resultados (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Em relação ao gerenciamento destas instituições, os hospitais são reconhecidamente organizações complexas, com administração dificultosa e cara, que oferecem serviços com elevado grau de especificidade e que muitas vezes torna mais trabalhoso o sistema de gestão. A variedade nos serviços oferecidos pelos hospitais torna a supervisão e controle das atividades uma tarefa árdua. Assim, se faz necessária uma maior capacitação na gestão hospitalar, preparando os diretores dos mesmos para atuarem como articuladores dos diferentes fatores que influenciam as atividades desenvolvidas pelo hospital, sejam eles internos ou externos (SOUZA, 2013). Como alternativa para melhoria do gerenciamento hospitalar, a gestão da rotina se apresenta como um método para buscar a eficiência organizacional, aumentando a produtividade e satisfação dos clientes e obtendo uma maior previsibilidade nas operações e procedimentos (CAMPOS, 2013).

Diante disso, tem-se o seguinte questionamento: “É possível uma associação hospitalar de médio porte implementar ações que dão base para uma gestão de rotina e que traga resultados positivos?”

Tendo em vista o problema levantado, o objetivo geral deste estudo é analisar a viabilidade do uso de ferramentas para gestão de rotina para melhoria dos resultados de uma organização hospitalar de médio porte. Para isso, pretende-se identificar os problemas existentes por parte da direção da associação, sugerir ações baseadas no gerenciamento da rotina, implementar ações e avaliar a satisfação do colaborador referente às ações implementadas.

Este estudo se justifica pela necessidade de os hospitais com um cenário atual de altos custos hospitalares, baixa qualidade dos serviços, altos índices de desperdícios e grande deficiência na organização dos processos alcançarem uma melhor organização dos mesmos, obtendo sistemas mais eficazes (PINTO; BATTAGLIA, 2014). Ademais, observou-se uma carência de referenciais teóricos sobre gerenciamento da rotina, principalmente no âmbito hospitalar brasileiro, obtendo nesta pesquisa uma contribuição com este caráter abordando este tema.

Na próxima seção será apresentado o referencial teórico utilizado como base para o desenvolvimento deste projeto.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Nesta seção será apresentada a revisão bibliográfica relacionada à temática da pesquisa e será dividida em três subseções. A primeira seção traz conceitos de gestão de rotina, bem como ferramentas que ela utiliza. Na sequência aborda-se conceitos de hospital e hospital de médio porte, apresentado suas principais funções, atividades e serviços oferecidos. Por fim, na última seção expõe-se estudos de casos aplicados em hospitais, trazendo outros relatos na área da pesquisa que abordam questões semelhantes ao deste trabalho.

2.1 GESTÃO DE ROTINA

Segundo Campos (2013) o gerenciamento da rotina do trabalho do dia a dia é definido como as ações e verificações diárias conduzidas para que cada pessoa possa assumir responsabilidades no cumprimento das obrigações conferidas a cada indivíduo e a cada organização. Ele é a base da administração da empresa e deve ser conduzido com o máximo cuidado, prioridade, autonomia e responsabilidade.

O gerenciamento da rotina é um método de gestão de responsabilidade dos colaboradores e busca a eficiência organizacional, por meio da obediência aos padrões de trabalho, para evitar alterações ou mudanças que possam comprometer os níveis de qualidade estabelecidos (MARSHALL et al., 2015). De acordo com Bhering (2015), este método foi criado pelos japoneses entre 1960 e 1970, com o objetivo de condicionar o exercício de controle diário dos administradores sobre as atividades relevantes a partir do monitoramento de todos os indicadores relevantes para a sobrevivência da empresa.

Sendo assim, Campos (2013) propõe um sistema de gerenciamento da rotina centrado na perfeita definição da autoridade e da responsabilidade de cada pessoa, na padronização dos produtos, processos e operações, na monitoração dos resultados desses processos e sua comparação com as metas, na ação corretiva, das operações e do processo, a partir dos desvios encontrados nos resultados quando comparados com as metas, num bom ambiente de trabalho, na máxima utilização do potencial-mental das pessoas e, por fim, na busca contínua da perfeição. Para isso, este autor apresenta algumas ferramentas para padronização, controle, monitoração e melhorias dos processos neste sistema, sendo elas algumas delas o ciclo PDCA, fluxograma, procedimento operacional padrão (POP), cartas e gráficos de controle, controle estatístico de processo (CEP), benchmark, diagrama de Ishikawa, 5W2H e 5S. Este autor destina o gerenciamento da rotina à operação de qualquer tipo de organização e cita que tem técnicas aplicáveis nas mais diversas áreas e gerenciamento, como produção, serviços e manutenção. Traz também que os principais resultados obtidos são o aumento da produtividade, aumento da satisfação dos clientes internos e externos e maior previsibilidade nas operações e procedimentos ajudando, portanto, na redução de anomalias.

2.2 HOSPITAIS

A organização hospitalar é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como uma parte integral de uma organização médica e social, cuja função é promover completa assistência de saúde à população, tanto curativa quanto preventiva, cujos serviços atingem a família e seu meio ambiente. É também um centro destinado ao treinamento de pessoal de saúde bem como à pesquisa biossocial (MIRSHAWKA, 1994).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) os hospitais são instituições complexas, com densidade tecnológica específica, de caráter multiprofissional e

interdisciplinar, responsável pela assistência aos usuários com condições agudas ou crônicas, que apresentam potencial de instabilização e de complicações de seu estado de saúde, exigindo-se assistência contínua em regime de internação e ações que abrangem a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação. Conforme as ideias de Maudonnet (1988 apud SOUZA, 2013) as principais funções atribuídas ao hospital incluem restauração da saúde, prevenção de doenças e exercer funções de ensino e promoção à pesquisa.

Minotto (2003) apresenta produtos e serviços ofertados pelos hospitais e os identifica nos seguintes grupos: atendimento médico ambulatorial, caracterizado pelas consultas médicas; serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, caracterizado pelos exames complementares; procedimentos cirúrgicos ou obstétricos, caracterizados pelas intervenções em ambientes hospitalares específicos; e internações hospitalares. Mirshawka (1994) apresenta que as funções do hospital foram sendo alteradas e atingiram tal complexidade que, hoje, é impossível aceitar a ideia simplista de diagnóstico e tratamento da doença.

Em termos de clientes, no mercado hospitalar brasileiro os compradores dos serviços médico-hospitalares são segmentados em clientes assistidos através do sistema governamental de saúde caracterizado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em clientes assistidos através de sistema de saúde privados ou estatais e em clientes assistidos em caráter particular (MINOTTO, 2003). De acordo com o ponto de vista de Martins, Ávila e Massuda (2003) o hospital público brasileiro possui características peculiares sobre o atendimento dos pacientes, tendo maior demanda direcionada aos conveniados do SUS.

Muitos países denominam hospitais com menos de 150 leitos de *small hospitals*, pelo fato da literatura demonstrar que estes hospitais são menos viáveis economicamente que serviços com maior número de leitos (POSNETT, 2002 apud CORRÊA, 2009). No Brasil, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 1977), hospitais de médio porte são definidos pela sua capacidade, onde o hospital possui essa caracterização se a sua capacidade normal ou de operação é de 50 a 150 leitos. Além dessa caracterização, tem-se hospitais de pequeno e grande porte, tendo até 50 leitos e de 150 a 500 leitos, respectivamente. Mais de 500 leitos considera-se hospital com capacidade extra. Cita-se também que os termos pequeno, médio e grande se referem unicamente ao número de leitos, não tendo relação com a qualidade e complexidade da assistência prestada.

Em um estudo realizado pelo Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS) pelo Ministério da Saúde, foi analisado que 30% dos hospitais avaliados pelo

programa são considerados de médio porte no Brasil. Além disso, observou-se que quanto maior o porte, melhor é a distribuição de desempenho dos hospitais. Neste mesmo estudo, analisou-se também o desempenho dos hospitais por grau de complexidade obtendo o resultado de que o melhor desempenho está diretamente associado à maior complexidade dos hospitais, novamente constatando-se que os hospitais de pequeno porte apresentam proporcionalmente um maior número de hospitais nas classes de baixo desempenho do que os hospitais de médio e grande porte (BRASIL, 2007).

Uma seção elaborada pela Secretaria de Saúde de Goiás sobre Atenção Hospitalar (Leitos e Internações) para orientar gestores com uma proposta de parâmetros de leitos hospitalares, cita que no Brasil 78,5% dos hospitais apresentam menos que 100 leitos. A taxa de ocupação dos leitos é uma das métricas utilizadas para medir a eficiência dos recursos, e cita-se no estudo que esta taxa entre os grupos de hospitais com até 100 leitos e aqueles com hospitais com mais de 101 leitos apresentam uma diferença significativa. No primeiro grupo, observa-se que o valor máximo encontrado para taxa de ocupação é de 50%, já no segundo a mediana encontra-se entre 70 e 80%, valor este muito superior ao valor máximo encontrado para o primeiro grupo (BRASIL, 2017).

Segundo Posnett (1999 apud CORRÊA, 2009), pequenos hospitais se evidenciam em localidades remotas e de difícil acesso a centros maiores, para execução principalmente de ações de pequena complexidade e ações relacionadas à atenção de urgência/emergência e materno-infantil. Para a comunidade em que este hospital está inserido, sua importância representativa se deve muito pela atenção ao parto e puerpério de baixo risco.

2.3 ESTUDOS DE CASO APLICADOS EM HOSPITAIS

Os serviços de saúde no Brasil apresentam muitas ineficiências relacionadas à gestão e apresentam investimentos públicos insuficientes, o que resulta em uma baixa qualidade nos serviços deste setor, bem como uma assistência ineficaz aos pacientes. Apresenta-se então uma necessidade de gestão mais efetiva sobre os recursos e, assim, alguns métodos e ferramentas adotadas na manufatura foram adaptados para a área da saúde (RÉGIS, GOHR; SANTOS, 2018). Afim de esclarecer como outros autores abordam estes métodos e ferramentas, além de outros métodos de melhoria na qualidade do serviço, realizou-se uma revisão teórica investigando outros trabalhos que retratam tais aplicações.

Um dos principais conceitos utilizados é o da produção enxuta aplicada à saúde, ou *lean healthcare*, onde Buzzi e Plytiuk (2011) citam que esta filosofia permite reduzir os desperdícios e otimizar os recursos de forma a produzir mais e melhor com menos. No estudo que estes autores realizaram sobre a aplicabilidade dos princípios e ferramentas *lean* no contexto hospitalar, concluíram que ela é válida pela possibilidade de promover ganhos dramáticos em qualidade, segurança e eficiência.

Buggy e Nelson (2008) realizaram um estudo de caso sobre um hospital localizado em Minnesota nos Estados Unidos, onde esta instituição utilizou a ferramenta *lean 3P* para melhorar o fluxo de pacientes e funcionários com mudança principalmente no design dos processos. Como resultado da aplicação dessa ferramenta, a instituição diminuiu em 73% na distância percorrida pelo paciente, bem como 30% de redução na distância percorrida pelos funcionários. Em resultados financeiros, obtiveram uma redução geral de custos em 400.000 dólares e redução de custos de funcionários em 140.000 dólares.

Utilizando a ferramenta *lean* de Mapeamento de Fluxo de Valor (MFV), Neto et al. (2016) realizaram um estudo de caso na área de Pronto Atendimento em um hospital de Goiás, onde essa ferramenta permitiu analisar o fluxo dos pacientes no sistema, tempos e pessoas envolvidas, visualização dos gargalos do processo e onde estavam localizados os desperdícios. Como resultado, os autores puderam apresentar uma mudança de layout no hospital para melhorar o atendimento aos clientes e eliminar os desperdícios identificados, sendo eles processamento inapropriado, transporte e movimentação excessiva e esperas. Com a utilização desta mesma ferramenta aplicada em um Pronto Socorro de um hospital em São Paulo, Ferro (2009) atingiu melhorias nos tempos de atendimento, incluindo espera, obtendo uma redução de 13 horas e melhorias no número de funcionários, reduzindo em 20% o quadro de pessoal. Além disso, eliminaram-se 13% das consultas desnecessárias, melhorado a qualidade deste serviço com a criação de procedimentos de trabalho padronizados para todos os profissionais incluídos no processo.

Outros instrumentos utilizados para melhora da qualidade dos serviços de saúde são a certificação e acreditação hospitalar. Segundo o estudo realizado por Rosa e Toledo (2015) os principais modelos de programas de certificação e acreditação utilizados por alguns hospitais brasileiros afim de melhorar a eficiência dos custos e eficácia da qualidade de assistência são as normas ISO 9001 e 14001, a acreditação hospitalar através dos programas *Joint Commission Internacional (JCI)*, *National Integrated Accreditation for Healthcare Organizations (NIAHO)* e Organização Nacional de Acreditação (ONA) e, por fim, a norma QSP 31000 desenvolvida pelo sistema de gestão de riscos do Centro da Qualidade, Segurança e Produtividade (QSP).

Na pesquisa-ação elaborada por Alástico e Toledo (2013) em um hospital público de pequeno porte, visava-se a aplicação de um roteiro para conduzir o processo de Acreditação pela ONA. As ferramentas utilizadas foram: mapeamento, análise e melhoria de processos e procedimentos; mapeamento, análise e tratamento de riscos e eventos adversos; e concepção e implantação de indicadores de desempenho. Para avaliação dos resultados, os autores aplicaram uma pesquisa de opinião com os profissionais do hospital, onde 72% deles afirmaram que as ações produziram melhorias na rotina do trabalho. Já no estudo de caso de Antunes e Ribeiro (2005) sobre o mesmo processo de acreditação citado anteriormente, no Hospital Moinhos de Vento em Porto Alegre foi utilizado o Manual das Organizações Prestadores de Serviços Hospitalares da ONA, onde obtiveram resultados principalmente na mudança de cultura e envolvimento de toda a equipe de funcionários e abertura do corpo clínico, bem como sistematizar a utilização e o preenchimento de registros.

Em relação à certificação ISO 9001, o estudo de Lessa, Faria e Suzuki (2013) demonstra o caminho de uma instituição hospitalar na busca desta qualificação. Para implantação deste sistema de gestão da qualidade (SGQ), foi necessário aplicar métodos de gestão, ferramentas, programas, mudanças organizacionais, adequações em infraestrutura, capacitação e qualificação de colaboradores e novas tecnologias, como indicadores, pesquisas de satisfação, realização de manuais e registros de não conformidades no hospital. Porém, o programa que mais rendeu resultados e teve um papel fundamental foi o 5S, trazendo premiações no âmbito hospitalar para a instituição, além de benefícios como controle efetivo dos processos, maior segurança aos pacientes, qualificação dos profissionais, aumento da satisfação do cliente, entre outros. Na pesquisa de Rosa e Toledo (2016) sobre a implementação da mesma certificação em um hospital em Minas Gerais, obtiveram resultados semelhantes, principalmente em relação ao controle das atividades por meio de indicadores.

Um prêmio foi criado em 2003 para incentivar as organizações da área da saúde a avaliarem e buscarem melhorias contínuas de seus sistemas de gestão, chamado Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS). A busca dessa premiação reconhece as organizações que se destacam pela utilização de práticas de gestão e que apresentam resultados superiores de desempenho. Ao se candidatar ao PNGS a organização terá benefícios como a compreensão dos requisitos para excelência do desempenho, identificação de forma sistemática dos pontos fortes e oportunidades de melhoria, integração das necessidades de todas as partes interessadas no seu sucesso, comparação com os referenciais de excelência e divulgação e reconhecimento do nome de sua organização, se premiada (BONATO, 2011).

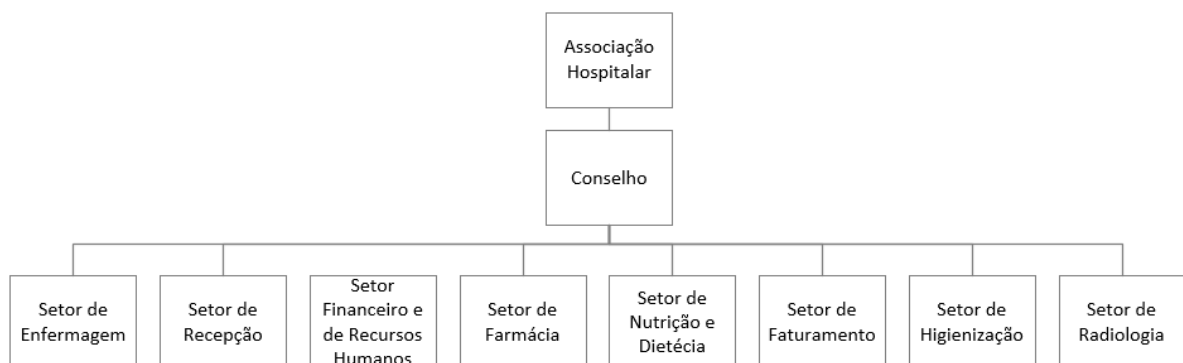
3 METODOLOGIA

A seção de procedimentos metodológicos irá apresentar o cenário, contextualizando o local de análise, o método de pesquisa classificando-a quanto a natureza, abordagem e procedimentos utilizados e as etapas de elaboração da pesquisa.

3.1 CENÁRIO

O cenário desta pesquisa é uma associação hospitalar filantrópica localizada na região noroeste do Rio Grande do Sul na cidade de Santo Augusto. A cidade possui aproximadamente 14 mil habitantes, sendo considerada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 1946) uma cidade de pequeno porte. O hospital atende toda a região, sendo referência para as cidades de Santo Augusto, Nova Ramada e Chiapetta. A associação apresenta média complexidade e possui 114 funcionários, divididos em oito setores, sendo eles: financeiro e de recursos humanos, enfermagem, farmácia, faturamento, higienização, radiologia, recepção e nutrição e dietética. Possuem também uma diretoria composta por presidente, vice-presidente, secretários, tesoureiros, conselho fiscal, diretor administrativo, diretor médico técnico e diretor clínico.

Figura 1 – Organograma da associação hospitalar



Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

As principais atividades realizadas são primeiros atendimentos de emergência, urgência, consultas médicas, exames, internação e pequenos procedimentos, possuindo um centro cirúrgico para cirurgias autorizadas e de urgência. Sendo um hospital filantrópico, seus recursos se originam de emendas parlamentares, convênio com o município sede, contratos com outros municípios e com o Estado, nota fiscal gaúcha, doações, receita advinda dos pagamentos de associados, entre outros.

O foco da pesquisa será o acompanhamento da rotina da diretora administrativa, onde esta é a responsável pela administração geral do hospital e do setor financeiro e de recursos humanos.

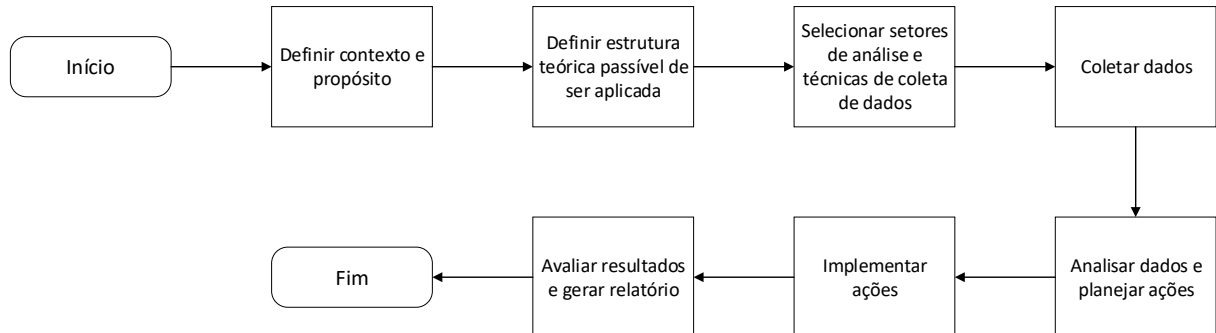
3.2 MÉTODO DE PESQUISA

Esta pesquisa é classificada quanto à natureza como aplicada, voltada à aquisição de conhecimentos para a implementação de melhorias em uma associação hospitalar. Quanto aos objetivos, é uma pesquisa descritiva, pois segundo a definição de Gil (2017) elas têm como objetivo a descrição das características de determinada população ou fenômeno. A classificação em relação à abordagem de pesquisa é qualitativa, pois o ambiente natural é fonte direta de coleta de dados e o pesquisador é o instrumento chave e possibilita um maior nível de entendimento do comportamento dos indivíduos estudados. Quanto aos procedimentos técnicos é uma pesquisa-ação, pois segundo Gil (2017) este é um tipo de pesquisa com base empírica, onde é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou ainda, com a resolução de um problema coletivo, onde todos pesquisadores e participantes estão envolvidos de modo cooperativo e participativo.

3.3 ETAPAS DA PESQUISA

Para efetivar a pesquisa, realizou-se um planejamento onde foram estipuladas as etapas para seguir o estudo. Com base na proposta de pesquisa-ação em engenharia de produção de Mello et al. (2012), elaborou-se um fluxograma com as etapas da pesquisa, ilustrado na Figura 2.

Figura 2 – Fluxograma da pesquisa



Fonte: Elaborado pelo autor (2018)

A pesquisa-ação tem início com a definição do contexto e propósito da pesquisa, onde realizou-se uma reunião com a diretora administrativa da associação hospitalar para identificar os problemas existentes na rotina do trabalho e obter uma melhor compreensão acerca das atividades existentes. Após a identificação dos problemas, definiu-se a estruturação teórica para contextualizar e fundamentar os problemas identificados, buscando informações em artigos e vídeos aplicados nesse assunto que demonstram na prática hospitalar a metodologia inserida naquele meio. Seguinte a isto, definiu-se os setores da associação hospitalar que serão analisados bem como técnicas de coleta de dados a serem empregadas.

Primeiramente elaborou-se um cronograma para realização de um acompanhamento da rotina gerencial da associação hospitalar. Neste acompanhamento diário foram coletados dados referentes as irregularidades existentes na rotina do trabalho, qual o horário que elas aconteceram e de que maneira elas foram resolvidas, utilizando a tabela apresentada no apêndice A. Posteriormente à coleta de dados, aplicou-se um questionário, demonstrado no apêndice B, com a diretora administrativa, tendo a finalidade de analisar como está a gestão da rotina atualmente. Analisou-se tópicos relativos à produtividade atual e anomalias (situações não normais) que acontecem no dia a dia do trabalho, bem como coletar informações sobre a satisfação da profissional com a situação atual referente a estes tópicos.

Com as informações obtidas na coleta de dados, foram realizadas análises dos elementos coletados e elaboradas sugestões de melhorias para serem apresentadas à direção da associação hospitalar. Assim, realizou-se uma reunião com a direção para demonstrar a situação atual e

apresentar sugestões baseadas no acompanhamento de rotina das gerências. As sugestões aceitas foram implementadas, sendo elas um conjunto restrito de ações de melhorias.

Após a implementação, formulou-se e aplicou-se à diretora um novo questionário pós-implementação, apresentado no apêndice C. Foram analisadas questões como satisfação do profissional, produtividade e redução de anomalias relacionadas às ações executadas verificando, por fim, a efetividade da pesquisa.

4 RESULTADOS

Esta seção abordará os dados coletados, as ferramentas implantadas e os resultados obtidos ao longo das seguintes subseções. Primeiramente serão analisados os resultados pré-implantação e após serão apresentadas as ferramentas implantadas na diretoria administrativa da organização hospitalar. Por fim serão analisados os resultados pós-implementação e apresentadas as sugestões de melhorias, abordando aprimoramentos nas ferramentas já implantadas, novas ferramentas que não foram possíveis de serem aplicadas no presente trabalho e limitações observadas na pesquisa.

4.1 ANÁLISE PRÉ-IMPLANTAÇÃO

Para início da análise pré-implantação, foram coletados dados referentes às atividades imprevistas observadas no dia de trabalho da diretora administrativa. Estes dados foram colocados em uma planilha eletrônica, separados em horário, duração da atividade imprevista, qual foi esta atividade, como ela foi resolvida e, por fim, alguma observação relevante àquela atividade. No apêndice A está demonstrada a tabela utilizada para coleta de dados.

As atividades imprevistas acontecem inesperadamente, interrompendo as atividades de trabalho da diretora, sendo aquelas reuniões inesperadas com clientes, ligações, colaboradores que necessitam de ajuda com tarefas diárias, atividades que necessitam de resolução com urgência, entre outras com essas mesmas características. A coleta de dados foi realizada das 7h20 às 18h, com intervalo de almoço das 12h às 13h30, acompanhando o horário de trabalho da diretora.

Os dados coletados sobre estas atividades totalizaram 104 minutos, resultando 1 hora e 44 minutos de imprevistos no dia. Algumas observações pertinentes são em relação as

atividades já organizadas pela diretora, como reuniões agendadas para o dia, que obtiveram um grande número de interrupções atrasando também o trabalho dos colaboradores que estavam participando da mesma. Observa-se também que a grande maioria das interrupções ocorreram pela parte da manhã, sendo estas um total de 63 minutos.

Outra ferramenta utilizada neste momento prévio a implementação é um questionário, como já citado, apresentado no apêndice B. Com este questionário a colaboradora percebe as intercorrências como um problema e tem dificuldades em organizar sua rotina de trabalho. Além destes pontos, percebe-se a falta de uma comunicação efetiva entre os colaboradores e setores, fazendo com que ocorram imprevistos que necessitem da diretora.

Para melhor entendimento dos problemas identificados acima, foram realizados 4 dias de acompanhamentos no hospital, observando as principais gerências, para melhor compreender a rotina da associação como um todo. No quadro 1 está demonstrado o cronograma das visitas, bem como data, horário e duração da mesma.

Quadro 1 - Cronograma de acompanhamentos da rotina hospitalar

Data	Setor	Horário	Duração da visita
17/05	Diretoria Administrativa	07h20min - 12h 13h - 18h	9h40min
18/05	Farmácia	8h - 12h	4h
01/06	Enfermagem	8h - 12h 13h30 - 16h30	7h
28/06	Recepção	7h45min - 12h 13h30 - 17h30	8h15min

Fonte: Autora (2018).

Totalizaram-se 26h55min de acompanhamento da rotina hospitalar. Desta forma concretizou-se a percepção inicial de dificuldades em organização da rotina diária do trabalho, onde em todos os setores existem muitas intercorrências e a uma grande parte necessita da diretoria administrativa para resolução dos mesmos.

4.2 FERRAMENTAS IMPLEMENTADAS

Atendendo o objetivo desta pesquisa, foram elaboradas ações de melhoria para implementação a fim de melhorar a gestão de rotina na administração hospitalar. Com base na análise pré-implementação, foram elaboradas quatro ferramentas: round diário, round social, planilha de controle de prazos e quadro gerador de ideias. Para melhor controle e monitoramento da implementação destas ferramentas foram realizadas 5 visitas de acompanhamento para verificação da aplicação das mesmas.

4.2.1 ROUND DIÁRIO

O round diário consiste em visitas planejadas aos setores todo dia no início da manhã de trabalho. São reuniões rápidas feitas com a gerência de cada setor com duração de 5 minutos, feitas sempre no mesmo horário, onde procura-se solucionar os principais problemas, pendências e prioridades relacionadas às atividades que necessitem da diretora administrativa. O objetivo com essa ferramenta é reduzir as interrupções diárias que afetam o trabalho da diretora, onde aquelas impedem muitas vezes que esta realize suas atividades.

Além disso, busca-se obter um maior controle e gerenciamento das atividades dos setores do hospital, dedicando este tempo exclusivamente a solução de problemas e pendências de cada setor. Por fim, pretende-se auxiliar no planejamento e melhor integração entre os setores.

Sugere-se que as gerências anotem as pendências e problemas não urgentes que ocorrem durante o dia no seu setor para que estes sejam sanados no período do round diário. A diretora administrativa possuirá um caderno de apoio dividido em cada setor, anotando neste a data do round e os assuntos tratados naquele dia. No quadro 2 é demonstrado a organização do round diário.

Quadro 2 – Organização do round diário

Horário	Setor
8h	Enfermagem
8h15	Farmácia
8h30	Portaria
8h45	Médicos
9h	Nutrição
9h15	Faturamento
9h30	Radiologia
9h45	Saúde Mental
13h30	Higienização

Fonte: Autora (2018).

Observa-se a necessidade de um momento para round com quadro médico, pois estes precisam assinar documentos e fazer atualizações sobre assuntos pendentes e urgentes. O tempo do round terá tolerância de 10 minutos de deslocamentos entre os setores. Por fim, estima-se um total de 2 horas e 15 minutos para realização de todo o round inicialmente, podendo ao longo de algumas semanas este tempo ser reduzido. Na figura 3 está apresentado o round diário realizado no momento de acompanhamento do setor de enfermagem.

Figura 3 - Round diário no setor da enfermagem



Fonte: Autora (2018).

4.2.2 ROUND SOCIAL

O round social consiste em uma visita aos quartos dos pacientes uma vez por semana, com dia e horário fixo. A demanda deste round surgiu com a diretora administrativa, onde esta via a necessidade em ter contato direto com os pacientes. O seu propósito é ter um maior conhecimento da situação dos pacientes do hospital, bem como do hospital em si, e também busca-se aumentar a satisfação dos pacientes, visto que estes se sentem mais acolhidos, ouvidos e amparados.

O dia escolhido pela diretora administrativa para realização deste round é toda quarta-feira às 15h30, fixando este horário para melhor organizar sua rotina e agenda. Estima-se um total de 2 horas semanais para a realização do round social.

4.2.3 PLANILHA DE CONTROLE DE PRAZOS

A planilha eletrônica para controle de prazos foi elaborada com as entregas a serem realizadas pela diretora administrativa. Nela consta um acompanhamento dos prazos referentes a contratos, convênios e demais entregas que exigem elaboração de documentos com prazo definido. No apêndice D está demonstrada a primeira aba da planilha, onde consta uma introdução da planilha e o que consta em cada aba.

Na segunda aba, apresentada no apêndice E, consta as informações de alimentação da planilha, onde na primeira coluna são os tipos de prazos e os tipos de status. As informações desta aba são puxadas automaticamente para abas de acompanhamento. Estas informações foram preenchidas juntamente com a diretora e foram deixadas duas lacunas em branco caso ela necessite preencher com outro tipo de prazo ou status no decorrer do uso da planilha.

Por fim, apresenta-se no apêndice F a planilha de acompanhamento, tendo uma desta para cada mês a partir do mês de implementação até o final do ano de 2018. Esta aba apresenta a data do prazo, o tipo de prazo, alguma observação pertinente e o status atual da entrega. As colunas “tipo de prazo” e “status” apresentam listas suspensas com as informações contidas na aba “informações”, conforme demonstra a figura 4.

Figura 4 - Listas suspensas para aba de acompanhamento

Tipo de Prazo	Status
Emenda Parlamentar	Cumprido
Contrato	Cumprido
Convênio	Em andamento
Bombeiros	Pendente
Emenda Parlamentar	Cancelado

Fonte: Autora (2018).

Os principais objetivos desta planilha é que ela ajuda na melhoria da organização e controle das atividades e encaminhamentos, bem como uma melhor visualização das entregas a serem realizadas e uma menor possibilidade de perda de prazos importantes, que podem ocasionar perda de repasse de verbas ou de equipamentos.

4.2.4 QUADRO GERADOR DE IDEIAS

A ideia do quadro foi baseada no quadro gerador de ideias do Instituto de Oncologia do Vale (2013) e para o presente trabalho tem como função alocar ideias que surgem pelos colaboradores do hospital. A figura 5 demonstra um exemplo de como o quadro funciona. Este formato será apresentado em um quadro branco e todo colaborador poderá colocar uma ideia no quadro, colando-a com um post-it.

Figura 5 - Exemplo de quadro gerador de ideias

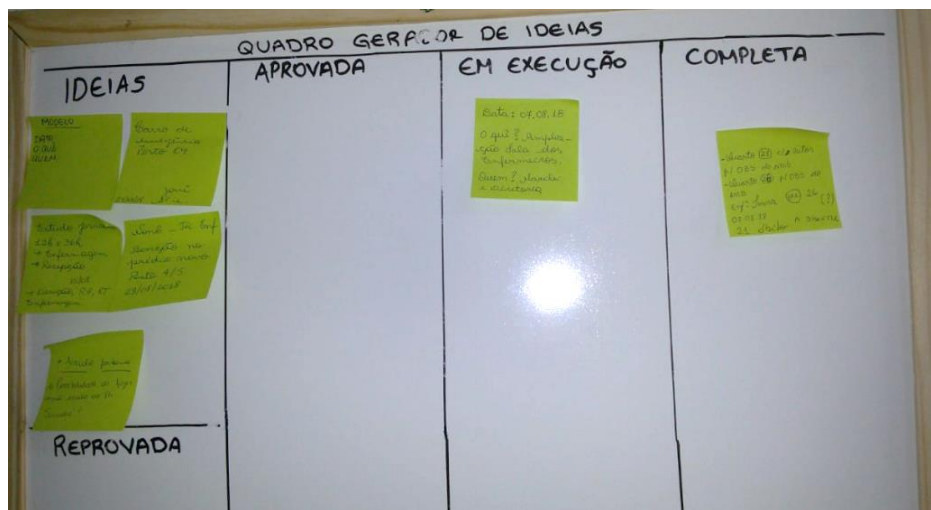


Fonte: Instituto de Oncologia do Vale - IOV (2013).

Na parte superior do quadro, tem-se um post-it modelo já colado no quadro, onde este apresenta três informações: “data”, “o quê?” e “quem?”. A data se refere ao dia que a ideia foi gerada, “o quê?” se refere a qual ideia foi gerada e “quem?” se refere a quem vai executar a ideia.

Primeiramente cola-se o post-it no quadrado “ideia”, seguindo o post-it modelo, e esta será aprovada ou rejeitada. Se aprovada, cola-se o post-it no quadrado “aprovada” e se rejeitada cola-se no quadrado “rejeitada”. Quando a ideia é aprovada, ela pode começar a ser executada e, a partir do momento em que ela entra em execução, coloca-se o post-it no quadrado “em execução”. Quando a ideia for completada, passa-se o post-it para o quadrado “completa” e o mesmo fica neste mesmo quadrado até o momento em que a ideia é registrada no relatório de ideias completas, planilha esta apresentada no apêndice G. Esta planilha serve para que as ideias completas não se percam depois de realizadas. Na figura 6 está apresentada o quadro gerador de ideias implementado no hospital.

Figura 6 - Quadro gerador de ideias da associação hospitalar



Fonte: Autora (2018).

O quadro fica localizado na sala da diretora administrativa, com post-its e canetas para quem quiser tiver uma ideia e quiser colocá-la no quadro, assim pode fazer. Este local possui uma maior rotação dos colaboradores e, desta forma, os colaboradores possuem mais acesso a ele.

4.3 ANÁLISE PÓS IMPLEMENTAÇÃO

A análise pós implementação tem como objetivo verificar se o objetivo inicial da pesquisa foi atingido, ou seja, se as ferramentas implementadas foram efetivas na melhoria da gestão de rotina da associação hospitalar.

Inicialmente foram coletados novamente dados das atividades imprevistas no dia a dia da diretora administrativa para realizar a comparação com os dados coletados no momento pré-implementação, utilizando novamente a tabela que consta no apêndice A. Reforça-se que esta coleta foi realizada no momento em que todas as ferramentas já estavam implementadas havia 3 meses.

Nesta coleta teve-se um total de 36 minutos de imprevistos, percebendo então uma redução de 68 minutos de atividades imprevistas, sendo que na coleta anterior a implementação das ferramentas obteve-se 104 minutos. Assim, se obteve em torno de 65% de diminuição nas interrupções nas tarefas diárias da diretora. Isto se deve pelo fato de a diretora ter realizado o round diário nos setores e ter resolvido as possíveis pendências e problemas dos setores logo no início do dia de trabalho, afetando diretamente na redução das interrupções no restante do dia de trabalho da diretora.

De tal modo foram coletados também dados sobre a duração do round diário neste mesmo dia, afim de analisar o tempo despendido para o mesmo e observar também o tempo utilizado em cada setor. No quadro 3 está demonstrado o tempo despendido para cada setor no round diário, bem como o tempo total e o local realizado.

Quadro 3 - Tempo despendido em round diário.

Round Diário (05/11)			
Horário	Duração (min)	Setor	Local
08h35	25	Saúde Mental	Sala das Enfermeiras
09h	55	Enfermagem	Sala das Enfermeiras
09h56	11	Faturamento	Sala Faturamento
10h20	5	Farmácia	Sala Farmacêutico
10h30	2	Nutrição	Cozinha
10h40	10	Recepção	Sala Altas
10h50	16	Radiologia	Sala Altas
Soma	124		

Fonte: Autora (2018).

O tempo total obtido no round diário nesta coleta foi de 124 minutos, sendo o setor que apresentou maior duração foi a enfermagem, com 55 minutos e o que obteve menor tempo foi o setor de nutrição, com 2 minutos dispendidos. Salienta-se que durante este período houveram as interrupções apresentadas que totalizaram 16 minutos. Logo, o tempo real obtido pelo round diário foram 108 minutos.

Outro fator a ser considerado é de que a diretora administrativa não conseguiu realizar o round no setor da higienização nem o momento com os médicos, em virtude de um compromisso agendado anteriormente no mesmo horário do round neste setor.

Um dos principais pontos a salientar é de que a diretora administrativa estava a algum período sem realizar o mesmo, o que gera um aumento de pendências e problemas represados fazendo com que o tempo para sua realização fosse mais longo.

Por fim, foi aplicado um questionário com a diretora administrativa para a mesma apresentar suas percepções e analisar as ferramentas como um todo e também analisar cada uma individualmente. No apêndice C está apresentado este questionário, bem como as respostas da colaboradora.

Conforme as respostas obtidas a partir deste questionário, percebe-se que a diretora administrativa identificou diversos benefícios nas ferramentas implementadas. Segundo ela, conseguiu obter um melhor planejamento das atividades e uma maior produtividade, pois as interrupções no trabalho reduziram, logo o round diário estava sendo utilizado conforme o esperado para resolução de problemas e pendências o que gera um consequente aumento na eficiência dos processos dentro do hospital pela constatare vigilância e monitoramento por parte da administração. Além disso, notou uma maior satisfação dos colaboradores, pois estes se sentem mais valorizados e ouvidos, fortalecendo o diálogo e comunicação entre os setores e fortalecendo também a rotina e organização do trabalho nos mesmos. Segundo ela, consegue-se uma visão global de todos os setores do hospital e isso gera a possibilidade de geração de indicadores de planejamento e contribui-se muito para a solução dos problemas da associação.

Os principais pontos elencados pela diretora como dificuldades na implantação das ferramentas são as intercorrências e reuniões que afetam diretamente na aplicação efetiva das ações, sendo um desafio colocá-las em prática da maneira ideal. Sentiu também a falta de objetividade e foco dos responsáveis pelos setores no round diário, o que gera um tempo em cada setor maior que o desejado. Por fim, a diretora gostaria de ter sido mais objetiva na aplicação dos rounds e gostaria de ter feito com uma maior frequência, não aplicando o round diário todos os dias, gerando uma inconsistência na sua aplicação.

Em relação à cada ferramenta, ela considerou o round diário fundamental para ter um momento de atenção exclusiva para cada setor, fazendo com que os colaboradores se sintam valorizados. Portanto, ela sente que faltou uma construção das ideias das ferramentas junto com os setores por parte dos responsáveis de cada setor, fazendo com que estes muitas vezes não entendam plenamente a importância da ferramenta.

Sobre o round social, constatou uma melhora na satisfação dos pacientes, pois estes se sentem prestigiados e ouvidos, podendo dar sugestões e levantar questões que muitas vezes a diretora administrativa não ficaria informada se não realizasse esta visita aos quartos. Uma possível melhoria que a diretora sugeriu seria flexibilizar o horário de realização em virtude das intercorrências que surgem no dia a dia, porém a periodicidade e duração do mesmo estão adequadas.

Com relação à planilha de controle de prazos, a diretora constatou uma melhora na organização e controle dos prazos, pois tem-se uma visão geral das entregas. Sobre o quadro gerador de ideias, achou interessante pela valorização e investimento nas ideias que surgem pelos colaboradores, buscando soluções novas para os problemas. Considerou o quadro prático e analisou que este traz um senso de compromisso coletivo, gerando corresponsabilidade e uma maior coesão, ocasionando uma valorização dos funcionários.

Como complemento, a diretora comentou que as ferramentas proporcionaram um estímulo ao surgimento de novas ideias em diversos setores do hospital. Como exemplo, ela citou que os rounds inspiraram a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) a elaborar um Round de Segurança uma vez ao mês, para identificar possíveis locais de acidentes no hospital. Além disso, também foi colocado um quadro gerador de ideias no setor da enfermagem, para que os colaboradores deste setor estimulem a busca por novas ideias e soluções para a área.

4.4 REFLEXÕES E DISCUSSÕES SOBRE A PESQUISA-AÇÃO

As reflexões sobre a pesquisa-ação abordarão possíveis melhorias nas ferramentas aplicadas e algumas limitações do estudo, bem como sugestões de outras ações de melhoria.

Como melhoria das ferramentas aplicadas, sugere-se que o round diário seja aplicado efetivamente todos os dias, pois notou-se que ele foi aplicado inicialmente durante alguns dias, porém, como ainda não se tem a cultura do mesmo, se perdeu o hábito facilmente voltando a ter interrupções e aplicando ele apenas em dias esporádicos. Isso afeta diretamente o trabalho

da diretora pois como ela fica em sua sala, os setores trazem suas demandas aleatoriamente para a sala dela, gerando as interrupções. Desta forma, realizando esporadicamente o round, acumulam-se as pendências gerando um aumento no tempo do mesmo. Assim, se ela o aplicar todo dia em poucas semanas as pendências reduziriam, o round ficaria mais rápido e as demandas seriam sanadas facilmente. Por fim, espera-se que se existirem menos interrupções do trabalho da diretora, isso significa que os setores estão conseguindo resolver os seus problemas e realizar o trabalho de maneira mais produtiva e com mais qualidade e, conseqüentemente, a diretora passa a dispende mais tempo organizando a sua rotina e planejando atividades de melhorias para o futuro.

Em relação ao quadro gerador de ideias, sugere-se que sejam colocados prazos para execução das atividades, para que elas sejam realmente realizadas e não fiquem apenas no post-it no quadro. Desta forma estimularia os colaboradores a efetivamente levar a ideia a diante e gerar uma ação de melhoria. Também se recomenda que, futuramente, seja alocado um quadro gerador de ideias por setor, para que assim estimule-se a criação da cultura organizacional de melhoria contínua.

Desta forma, surge a possibilidade de novas ferramentas passíveis de serem aplicadas. Uma delas é em relação a padronização do trabalho da diretora, pois quando o trabalho não segue um padrão, ele tende a ser aleatório o que pode dificultar a organização e planejamento das atividades diárias. Para isso aconselha-se a diretora ter alguns horários fixos para suas atividades diárias, além do round diário, como momento para horário fixo diário leitura e resposta de e-mails e dia e horário fixo na semana para reunião com as gerências, bem como duração definida para ambos. Desta forma, sua rotina se padronizaria aos poucos, trazendo bons resultados no gerenciamento de sua rotina para toda a associação hospitalar, começando a criar uma cultura organizacional.

Para fechamento desta subseção, foram percebidas algumas limitações na pesquisa que poderiam dar uma possibilidade de continuação do estudo. Estas estão relacionadas à coleta de dados para posterior análise dos mesmos. Nesta pesquisa não foi possível realizar mais coletas por falta de tempo hábil, porém percebeu-se a necessidade de mais coletas referente ao tempo de interrupções pré e pós implementação, sugerindo que, para posteriores pesquisas, coletar diversos dias de tempos de interrupções diárias para realizar uma média destes tempos e obter uma maior confiabilidade dos dados para que estes não sejam aleatórios. Também sugere-se que, se possível, se realize acompanhamentos com o máximo de frequência possível para monitorar se as ferramentas estão sendo aplicadas de forma efetiva.

5 CONCLUSÃO

O estudo apresentado tinha como tema gerenciamento de rotina em uma associação hospitalar de médio porte, localizado no noroeste do Rio Grande do Sul. Seu principal objetivo era analisar a viabilidade do uso de ferramentas para gestão de rotina para melhoria dos resultados de uma organização hospitalar de médio porte. Este objetivo foi alcançado e obteve-se um resultado positivo, pois as ferramentas aplicadas contribuíram para o início de uma gestão de rotina dentro da associação.

Os principais benefícios obtidos com a aplicação das ações de melhoria foram uma melhor organização da rotina do trabalho do dia a dia, um maior contato com os setores e a abertura da possibilidade de articulação entre eles, valorização dos colaboradores, uma maior produtividade nos processos, fortalecimento do diálogo com as gerências dos setores, contribuição para solução de problemas e, por fim, uma menor interrupção no trabalho da diretora administrativa gerando um trabalho de maior qualidade.

Foram encontradas algumas dificuldades na implantação das ferramentas, pois muitas vezes faltava objetividade e foco na aplicação das mesmas. Além disso, existem muitas intercorrências e reuniões que afetam diretamente da execução ideal das ações, pois na maioria das ocasiões são situações que não podem acontecer em outro horário. Por a associação hospitalar não ter essa cultura de gestão de rotina, alguns colaboradores tiveram uma certa resistência com as ferramentas, o que gerou algumas inconsistências na prática de algumas ações.

Por fim, como resultado obteve-se uma redução de 65% nas interrupções no trabalho diário da diretora administrativa com a utilização do round diário, o que significa que ela está conseguindo executar suas tarefas de uma maneira mais eficaz e que os problemas dos setores estão sendo resolvidos no momento previsto para eles. O round social obteve resultados significativos em relação aos pacientes do hospital, aumentando a satisfação dos mesmos e gerando possíveis sugestões de melhoria. Os prazos estão sendo melhores controlados e visualizados com a utilização da planilha de controle de prazos e o quadro gerador de ideias está servindo como valorização das ideias dos colaboradores e também como busca de soluções novas para adversidades já existentes.

Esta pesquisa possuiu algumas limitações na precisão na coleta de dados, mas sugere-se coletar os dados diversos dias para obter-se uma média pré e pós implementação com a

finalidade de refinar a pesquisa e a tornar mais fidedigna. Estas limitações trouxeram uma possibilidade de continuidade da pesquisa, podendo futuramente refinar o estudo e aplicar novas ferramentas para aperfeiçoar o gerenciamento da rotina no local de trabalho. Espera-se que esta pesquisa-ação possa contribuir como referencial teórico sobre o tema, tendo em vista a carência de estudos nesta linha.

REFERÊNCIAS

- ALÁSTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Revista Gestão & Produção**, v.20, n.4, p.815-831, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/gp/v20n4/aop_gp128412.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- ANTUNES, F. L.; RIBEIRO, J. L. D. Acreditação hospitalar: um estudo de caso. **Revista Produção Online**, v.5, n.1, 2005. Disponível em: <<https://www.producaoonline.org.br/rpo/article/view/322/419>>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- BANCO MUNDIAL. Análise da eficiência em gasto público com saúde. Brasília, DF, 2017. 35 p. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/maio/26/1.a-Banco-Mundial-Eficiencia-do-Gasto-com-Saude-CIT.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- BHERING, M. M. **Gestão Eficiente do Tempo**: Aprenda como gerenciá-lo a seu favor. 1. ed. Viçosa: AS Sistemas, 2015.
- BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, v.35, n.5, p.319-331, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/gestao_qualidade_saude_melhorando_assistencia_cliente.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de avaliação de serviços de saúde**. Brasília, DF, 2007. 85 p. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicos/saude/manuais/pnass.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- _____. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em saúde**. Brasília, DF, 1977. 39 p. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- _____. Portaria n. 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 31 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- _____. Secretaria de Saúde de Goiás. **Seção a – atenção hospitalar (leitos e internações)**. Goiânia, GO, 2017. Disponível em: <<http://www.saude.go.gov.br/wp-content/uploads/2017/06/secao-a-atencao-hospitalar-leitos-e-internacoes.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2018.
- BUGGY, J. M.; NELSON, J. Applying lean production in healthcare facilities. **Informe Design**, v.6, p.5, 2008. Disponível em: <https://www.informedesign.org/Portals/0/Implications/Applying%20Lean%20Production%20in%20Healthcare%20Facilities%20may_v06r-pr.pdf>. Acesso em: 9 jun. 2018.
- BUZZI, D.; PLYTIUK, C. F. Pensamento enxuto e sistemas de saúde: um estudo da aplicabilidade de conceitos e ferramentas lean em contexto hospitalar. **Revista Qualidade**

Emergente, v.2, p.18-38, 2011. Disponível em:

<<https://revistas.ufpr.br/qualidade/article/view/25187>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

CAMPOS, V. F. **Gerenciamento da Rotina do trabalho do dia a dia**. 9. ed. Nova Lima: FALCONI Editora, 2013.

CORRÊA, L. R. C. **Os hospitais de pequeno porte do sistema único de saúde brasileiro e a segurança do paciente**. 2009. 126 p. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas)–Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2009.

FERRO, M. Sistema Lean na reorganização de pronto socorro hospitalar. **LEAN INSTITUTE BRASIL**. p.1-15, jun. 2009. Disponível em: <https://www.lean.org.br/comunidade/artigos/pdf/artigo_119.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

GERENCIAMENTO DA ROTINA DO INSTITUTO DE ONCOLOGIA DO VALE. **IV Convenção Brasileira de Lean**. 2013. Disponível em: <<https://pt.slideshare.net/ubqmg/grande-encontro-4-conveno-brasileira-de-leancaso-centro-oncologico-do-vale>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE, **Conta-satélite de saúde: Brasil 2010-2015**. 2017. Disponível em: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv101437.pdf>> Acesso em: 14 jun. 2018.

_____. **Revista Brasileira de Estatística**. 1946. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/115/rbg_1946_v8_n3.pdf>. Acesso em: 2 de junho de 2018.

LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. 1. ed. São Paulo: Singular, 2009.

LESSA, R. S.; FARIA, A. F.; SUZUKI, J. A. Gestão da qualidade conforme requisitos ISO 9001:2008: estudo de caso em um hospital filantrópico In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 33. 2013, Salvador. **Anais eletrônicos...** Salvador, ABEPRO, 2013. Disponível em: <www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2013_tn_stp_178_016_22670.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

LIMA, C. R. M.; LIMA, C. R. M. A avaliação do custo-eficácia das intervenções em organizações de saúde. **Revista de Administração de Empresas**, v.38, n.2 p.62-73, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rae/v38n2/a07v38n2.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

MARTINS, V. F.; ÁVILA, L. A. C.; MASSUDA, J. C. Modelo de gestão de resultado econômico para hospitais públicos brasileiros. In: CONGRESO DEL INSTITUTO INTERNACIONAL DE COSTOS, 8., 2003. Punta del Este. **Anais eletrônicos...** Punta del Este: AURCO, 2003. Disponível em: <<https://www.intercostos.org/documentos/congreso-08/212.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

MARSHALL JÚNIOR., I. et al. **Gestão da qualidade e processos**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2015.

MELLO, C. H. P. et al. Pesquisa-ação na engenharia de produção: proposta de estruturação para sua condução. **Revista Produção Online**, v.22, p.1-13, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65132011005000056>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

MINOTTO, R. **A estratégia em organizações hospitalares**. 2. ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003.

MIRSHWKA, V. **Hospital: fui bem atendido, a vez do Brasil**. 1. ed. São Paulo: Makron Books, 1994.

NETO, W. B. et al. Lean healthcare: práticas enxutas aplicadas em um ambiente hospitalar. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 36. 2016, João Pessoa. **Anais eletrônicos...** João Pessoa, ABEPRO, 2016. Disponível em: <http://www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STO_226_324_30114.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

PINTO, C. F.; BATTAGLIA, F. Aplicando lean na saúde. **LEAN INSTITUTE BRASIL**. p.1-10, mai. 2014. Disponível em: <<https://www.lean.org.br/artigos/262/aplicando-lean-na-saude.aspx>>. Acesso em: 15 jun. 2018.

RÉGIS, T. K. O.; GOHR, C. F.; SANTOS, L.C. Implementação do lean healthcare: experiências e lições aprendidas em hospitais brasileiros. **Revista de Administração de Empresas**, v.58, n.1, p.30-43, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-759020180103>>. Acesso em: 12 jun. 2018.

ROSA, G. M.; TOLEDO, J. C. Certificações e acreditações buscadas por hospitais brasileiros. In: ENCONTRO INTERESTADUAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 1. 2015, São João da Barra. **Anais eletrônicos...** São João da Barra, SESC, 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Germano_Rosa/publication/301289701_Certificacoes_e_acreditacoes_buscadadas_por_hospitais_brasileiros/links/570fa7c208ae38897ba2c9c4/Certificacoes-e-acreditacoes-buscadas-por-hospitais-brasileiros.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

ROSA, G. M.; TOLEDO, J. C. Estudo de caso de implementação, certificação e manutenção da NBR ISO 9001 no contexto hospitalar. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 36. 2016, João Pessoa. **Anais eletrônicos...** João Pessoa, ABEPRO, 2016. Disponível em: <www.abepro.org.br/biblioteca/TN_STO_227_326_28900.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2018.

SOUZA, A. A. **Gestão financeira e de custos em hospitais**. 1. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO PRÉ-IMPLEMENTAÇÃO E RESPOSTAS

1. Quais você acredita que são suas principais atividades dentro da associação?

Articulação entre setores, gestão de contratos, busca por novos serviços, registro da filantropia hospitalar; equilíbrio financeiro; ponte com a diretoria (definição de diretrizes), planejamento estratégico, atendimento ao público e relacionamento interpessoal fazendo a gestão de pessoas.

2. Você consegue realizá-las de maneira efetiva durante o dia?

Grande maioria sim, mas acaba fazendo uma carga horária de quase 12h (sendo que seria de apenas 8h). Se precisar leva trabalho para casa ou vai trabalhar mais cedo no outro dia.

3. Você acredita que sua rotina seja organizada para exercê-las?

Sim.

4. Qual o principal problema que você considera ter ao exercer suas atividades diárias?

Comprometimento, engajamento dos colaboradores, trâmites financeiros e burocracia. Intercorrências que aparecem de última hora e deve-se resolver rápido.

5. Você consegue solucionar os problemas existentes nas atividades do dia a dia?

Sim, muitas vezes com o apoio da equipe.

6. Você acredita que possa melhorar o planejamento das suas atividades diárias?

Sim.

7. De que maneira você acredita que possa melhorar sua rotina diária de atividades?

Qualificação. Se sente como “bombeiro” sempre apagando incêndios. Melhorar falta de comunicação – ter uma comunicação mais efetiva. Gostaria de fazer mais a parte social do trabalho, visitando e ouvindo mais os pacientes. Gostaria de passar mais tempo nos setores, vendo o funcionamento e ajudando na organização.

8. Você acredita que consegue delegar as tarefas no seu setor de forma efetiva?

Procuro delegar da melhor forma.

9. E como você acredita que pode melhorar a rotina diária do seu setor?

Melhorar a comunicação entre setores e com os colaboradores. Mais funcionários.

10. Em uma escala de 0 a 10 (sendo muito insatisfeito e 10 muito satisfeito), quanto satisfeito com a organização que o hospital tem em relação à rotina diária do trabalho?

Nota 8. Já melhorou muito nos últimos anos.

APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PÓS-IMPLEMENTAÇÃO E RESPOSTAS

1. Quais foram os principais benefícios na implementação das ferramentas?

- Maior contato com setores e possibilidade de articulação entre os setores;
- Valorização dos colaboradores, por se sentirem mais ouvidos;
- Produtividade, por estarem em constante monitoria e vigilância; gerando assim uma maior eficácia nos processos;
- Menor interrupção no trabalho durante o dia após o round diário;
- Visão global e possibilidade de gerar indicadores para planejamento, possibilitando ter uma noção maior das ocorrências que acontecem com frequência e as que são aleatórias;
- Fortalecimento de diálogo e comunicação com os responsáveis dos setores e fortalecimento da rotina e organização do trabalho;
- Ferramentas geram uma motivação para ação em outras áreas de trabalho;
- Contribuição para solução de problemas;
- Melhor planejamento das atividades.

2. E quais foram as dificuldades encontradas na implementação?

- Falta de objetividade e foco de alguns responsáveis nos setores;
- Intercorrências e reuniões que afetam diretamente na aplicação efetiva das ferramentas;
- Eventos externos que acontecem e não tem como remarcar;
- Ser mais objetiva e fazer o round com uma maior frequência;
- Dar um significado das ferramentas para os colaboradores;
- Desafio para colocar em prática da maneira ideal;
- Resistência de alguns colaboradores;
- Responsáveis pelos setores usando da diretora para ponte entre outro setor, sendo que eles mesmo poderiam o fazer. Muitas vezes não querem se indispor com os colegas.

3. Em relação ao round diário: quais são suas principais considerações ao implementá-lo?

- Presença nos setores e atenção exclusiva a eles;
- Valorização do setor;
- Falta a construção das ferramentas com as equipes por parte dos responsáveis pelo setor;
- Visão global da engrenagem do hospital;
- Caderno ficou prático para anotação das considerações do round.

4. Em relação ao round social: quais são suas principais considerações ao implementá-lo?

- Avaliação da satisfação dos pacientes;
- Surgem sugestões, críticas e questões passíveis de resolução; possibilidade de melhorias;
- Pacientes se sentem ouvidos;
- Possíveis melhorias seria obter um horário mais flexível em virtude das intercorrências que acontecem no dia a dia, porém 1 vez por semana é o suficiente para realizá-lo;
- Round social deu ideia para realização de um round de segurança da comissão da CIPA já existente no hospital bem como também implementou-se diálogos de segurança uma vez por mês em virtude do mesmo.

5. Em relação à planilha de prazos: quais são suas principais considerações ao implementá-la?

- Visualização de tudo que se tem que entregar;
- Organização e controle dos prazos;
- Possíveis melhorias seria passar de Excel para Word pois diretora não tem habilidade com planilhas eletrônicas.

6. Em relação ao quadro gerador de ideias: quais são suas principais considerações ao implementá-lo?

- Valorização e investimento nas ideias;
- Buscar soluções novas;
- Valorização dos funcionários, pois os mesmos se sentem ouvidos;
- Sensação de compromisso coletivo;
- Corresponsabilidade e cogestão;
- Quadro bem prático.

APÊNDICE D – PLANILHA DE CONTROLE DE PRAZOS: INTRODUÇÃO



Planilha de Controle de Prazos

Associação Hospitalar Bom Pastor

Planilha para acompanhar todas os prazos e entregas da associação hospitalar.

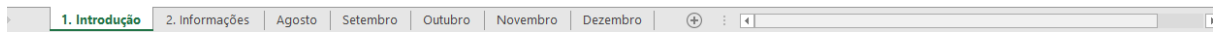
Informações

Altere os tipos de prazo nesta aba. As informações são puxadas automaticamente da aba Geral.

Meses

Dados sobre os prazos de controle.

Informações podem ser adicionadas e alteradas através da aba informações nos campos em AZUL



APÊNDICE E – PLANILHA DE CONTROLE DE PRAZOS: INFORMAÇÕES

Tipo de Prazo
Contrato
Convênio
Bombeiros
Emenda Parlamentar

Status
Cumprido
Em andamento
Pendente
Cancelado

Adicione novos status diretamente nesta tabela

Adicione novos tipos de prazo diretamente nesta tabela

