

FACULDADE DE EDUCAÇÃO

Gestão das Instituições Federais de Educação Superior

**A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO POR RESULTADOS NA MELHORIA
DE DESEMPENHO INSTITUCIONAL: um estudo sobre o Hospital das
Clínicas da UFMG**

Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira

Belo Horizonte

2019

**A IMPORTÂNCIA DA GESTÃO POR RESULTADOS NA MELHORIA DE
DESEMPENHO INSTITUCIONAL: um estudo sobre o Hospital das Clínicas da UFMG**

Autor (a): Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Faculdade de Educação da
Universidade Federal de Minas Gerais,
como requisito parcial para a conclusão do
Curso de Especialização em Gestão das
Instituições Federais de Educação Superior.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde

Orientador: André de Carvalho Bandeira
Mendes

Belo Horizonte

2019

O48i
TCC

Oliveira, Nyhara Kellen Rodrigues de, 1995-
A importância da gestão por resultados na melhoria de desempenho institucional: um estudo sobre o Hospital das Clínicas da UFMG [manuscrito] / Nyhara Kellen Rodrigues de Oliveira. - Belo Horizonte, 2019.
27 f. : enc, il.

Monografia -- (Especialização) - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

Orientador: André de Carvalho Bandeira Mendes.
Bibliografia: f. 26-27.

1. Educação. 2. Universidades e faculdades -- Organização e administração. 3. Hospitais universitários -- Organização e administração. 4. Gestão da qualidade total. 5. Benchmarking (Administração). 6. Indicadores de saúde. 7. Eficiência organizacional. 8. Administração pública.

I. Título. II. Mendes, André de Carvalho Bandeira, 1976-
III. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Educação.

CDD- 658.9136211

Catálogo da Fonte : Biblioteca da FaE/UFMG (Setor de referência)

Bibliotecário: Ivanir Fernandes Leandro CRB: MG-002576/O

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins, que **NYHARA KELLEN RODRIGUES DE OLIVEIRA**, CPF **121.238.306-07**, concluiu o *Curso de Especialização Gestão de Instituições Federais de Educação Superior* oferecido pela Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais.

Declaro, ainda, que o referido curso teve início em dezembro de 2017 e término em Setembro de 2019, com a carga horária total de 360 horas. As aulas foram ministradas presencialmente e a distância em conformidade com a atual legislação. O(a) aluno(a) obteve aprovação na defesa de Trabalho de Conclusão de Curso ocorrida em 28/09/2019.

Belo Horizonte, 7 de outubro de 2019

Fernando César Silva

Fernando César Silva
Coordenador
Matrícula: 317217
GIFES/FAE/UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
DEPARTAMENTO DE MÉTODOS E
TÉCNICAS DE ENSINO

RESUMO

O estudo tem por objetivo descrever e avaliar o aprimoramento de metodologia de gestão por resultados no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) apresentando os primeiros resultados, análises e o monitoramento de indicadores como medida de qualidade e de melhoria. Trata-se de relato de experiência com descrição e avaliação dos dados referentes aos indicadores monitorados durante os anos de 2016 e 2017 com base na metodologia de Gestão por Resultados adotada no hospital em 2013. Para tal, foi realizada consultas em documentos do sistema interno da instituição, intranet, sites e Geplanes, além do acompanhamento nas etapas do monitoramento de indicadores junto às unidades do hospital. Como resultado, o hospital obteve uma melhoria nos índices de desempenho de indicadores de 59,04 em 2016 para 75,05 em 2017. O estudo identificou que, a prática de monitoramento promove a consolidação e maturidade da gestão por resultados.

Palavras-chave: Gestão de Qualidade, Monitoramento de resultados, Indicadores de saúde.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Média geral de desempenho no monitoramento de indicadores do Hospital das Clínicas das 27 Unidades nos anos de 2016 e 2017	21
GRÁFICO 2: Média mensal das faixas de desempenho monitoramento de indicadores das unidades / 2016 e 2017.....	22
GRÁFICO 3: Média mensal das faixas de desempenho monitoramento de indicadores das unidades 2016 e 2017.....	23

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Mapa Estratégico HC-UFGM	14
Figura 2: Organograma Resumido HC-UFGM	15
Figura 3: Quadro de Desempenho HC-UFGM	17
Figura 4: Modelo de planilha de monitoramento e avaliação dos lançamentos de Indicadores HC-UFGM	17
Figura 5: Exemplo dos indicadores comuns as Unidades do HC- UFGM	18
Figura 6: Exemplo dos indicadores variados referentes às Unidades do HC- UFGM	18
Figura 7: Modelo padrão do quadro de Gestão à Vista	20

Sumário

1 – INTRODUÇÃO	9
2 – METODOLOGIA	11
2.1 Tipo de estudo	11
2.2 Análise dos dados.....	11
2.3 Aspectos éticos da pesquisa	12
2.4 Cenário do estudo.....	12
3.1 O Plano Diretor Estratégico Hospitalar.....	13
3.2 Processo de Contratualização Interna	14
3.3 O Monitoramento de Indicadores.....	15
4 – RESULTADOS.....	21
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS	27

1 – INTRODUÇÃO

Em um cenário de grandes mudanças, cada vez mais a informação tem se tornado um suporte básico para toda atividade humana. De maneira geral, as atividades do dia a dia geram constante produção de dados, e informações de qualidade podem ser o segredo para atender às necessidades de desenvolvimento e competitividade (AMORIM; TOMAÉL, 2011).

A preocupação com a qualidade não diretamente ligada à saúde, mas sim no sentido mais amplo da palavra, começou com W.A. Shewhart, estatístico norte-americano que, já na década de 30, tinha um grande questionamento com a qualidade e com a variabilidade encontrada na produção de bens e serviços. Esse mesmo autor desenvolveu um sistema de mensuração dessas variabilidades, conhecido como Controle Estatístico de Processo (CEP) e um método essencial da gestão da qualidade, que ficou conhecido como Ciclo Deming da Qualidade ou o Ciclo PDCA - *Plan, Do, Check e Action* (DENNIS, 1997 *apud* MENDES, 2007).

De acordo com Mendes (2007), as fases do PDCA são:

PLAN: Traçar um Plano, com base nas diretrizes da empresa. Consiste em definir a situação atual, o que se quer planejar o que será feito, estabelecer objetivos mensuráveis e definir os métodos que permitirão atingir os objetivos propostos.

DO: Executar o plano, tomar a iniciativa, implementar e executar planejando.

CHECK: Verificar os resultados obtidos e comparar os resultados padrão. Verificar continuamente o trabalho para ver se está conforme o planejado.

ACT: Atuar, fazer correções de rotas se necessário, tomar ações corretivas ou de melhoria caso tenha sido constatado na fase anterior a necessidade de corrigir ou melhorar o processo.

Para assegurar a melhoria de serviços em geral é preciso quantificar a qualidade, avaliando pontos a serem mantidos ou alterados. O modelo de Gestão por resultados se caracteriza pela tradução dos objetivos desejados em resultados sustentados por uma cadeia de indicadores básicos e/ou específicos. Indicador é a junção de informações tabuladas por resultados sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde e desempenho do sistema, seja público ou privado (MALETTA, 2000; BRASIL, 2008; GOMES, 2009).

Construídos e bem fundamentados, os indicadores de saúde se tornam importante ferramenta de avaliação na gestão, evidenciando a situação de saúde em todos os níveis de serviço, produzindo insumo para avaliação e monitoramento capaz de guiar ações de intervenção (BRASIL, 2008).

Medir através de indicadores é uma importante forma de monitoramento, controle e aperfeiçoamento do trabalho, objetivando melhor desempenho. Os resultados transformam-se em informações através de uma análise, produzindo conhecimento e reconhecimento, que incorporadas de forma sistemática, medem resultados comparados às metas pré-estabelecidas por regimento interno ou normas legais, podendo melhorar o desempenho institucional (CIPRIANO, 2014).

O monitoramento é o processo sistemático e contínuo que através da observação e análise de informações substanciais e em tempo adequado, permite rápida avaliação e intervenção (BRASIL, 2008).

De forma complementar a análise, o plano de ação é uma ferramenta simples e eficiente da gestão por resultados utilizado para planejar todas as ações necessárias ao atingimento de resultados desejados e/ou resolução de problemas (SABINO, 2015; JUNIOR, 2010).

A necessidade de garantir na saúde, um padrão de qualidade dos serviços prestados à população, excelência de atendimento e maior eficiência e eficácia dos serviços de saúde são fundamentos que justificam o desenvolvimento do tema. Além disso, este estudo pretende contribuir para o enriquecimento da literatura nos campos da saúde, da gestão, dos serviços de saúde e dos profissionais, demonstrando a importância de se buscar a excelência no atendimento aos cidadãos.

O estudo objetiva apresentar os primeiros resultados, análises e o monitoramento de indicadores como medida de qualidade e de melhoria referentes aos indicadores monitorados durante os anos de 2016 e 2017 e avaliar o aprimoramento da metodologia de gestão por resultados no Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

2 – METODOLOGIA

A seguir são expostos os norteadores metodológicos e os passos da pesquisa realizada.

2.1 Tipo de estudo

O estudo é um relato de experiência institucional, consistindo em um estudo de caso, de abordagem qualitativa, com caráter descritivo, que recorreu ao estudo documental disponível na Instituição alvo.

Para alcance do objetivo proposto, foi realizada a coleta dos resultados mensais de monitoramento de cada unidade, observando as análises críticas e as mudanças dentro do período observado.

Para apresentação dos primeiros resultados e análises do monitoramento de indicadores, foram coletados dados mensais lançados no sistema Geplanes por cada unidade, as análises críticas e os planos de ação, afim de verificar o alcance das metas estabelecidas para cada indicador junto às unidades do hospital.

Para avaliação do aprimoramento da metodologia, foi analisado a evolução dos resultados e a efetividade dos planos de ação em proporcionais mudanças no cenário dos indicadores, se realmente está sendo resolutivo as ações propostas.

2.2 Análise dos dados

Para avaliar o aprimoramento da metodologia de gestão por resultados, foi utilizada como base a média anual de cada unidade avaliada, comparando seus resultados

de monitoramento. Em um acompanhamento de periódico foi observado que em alguns meses os resultados baixos, dentro de uma média alta, podem ser explicados levando em consideração as exceções, como férias da pessoa responsável pelo lançamento do dado e atraso no envio dos dados por terceiros devido a questões institucionais.

Para apresentação dos primeiros resultados, análises e o monitoramento de indicadores, são expostos gráficos representativos dos resultados médios anuais referente a cada Unidade.

2.3 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo passou pelos trâmites de aprovação da direção do HC-UFMG e Gerência de Ensino e Pesquisa para concessão de autorização para divulgação da instituição e dos resultados deste trabalho.

2.4 Cenário do estudo

O Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HC-UFMG) é um hospital universitário, público geral, que realiza atividades de ensino, pesquisa e assistência, sendo referência no sistema municipal e estadual de saúde no atendimento aos pacientes portadores de patologias de média e alta complexidade (EBSERH, 2013).

O hospital universitário, vinculado a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como hospital escola, objeto deste estudo, integra o rol de hospitais públicos federais universitários que a lei nº 12.550, de 15 de dezembro de 2011 autoriza a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), criada pelo governo federal, gerenciar. A Ebserh é uma empresa pública de direito privado, criada para prestar serviços gratuitos de assistência e às instituições públicas federais de ensino, congêneres, serviços de apoio ao ensino, à pesquisa e à extensão, ao ensino-aprendizagem e à formação de pessoas (EBSERH, 2013).

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

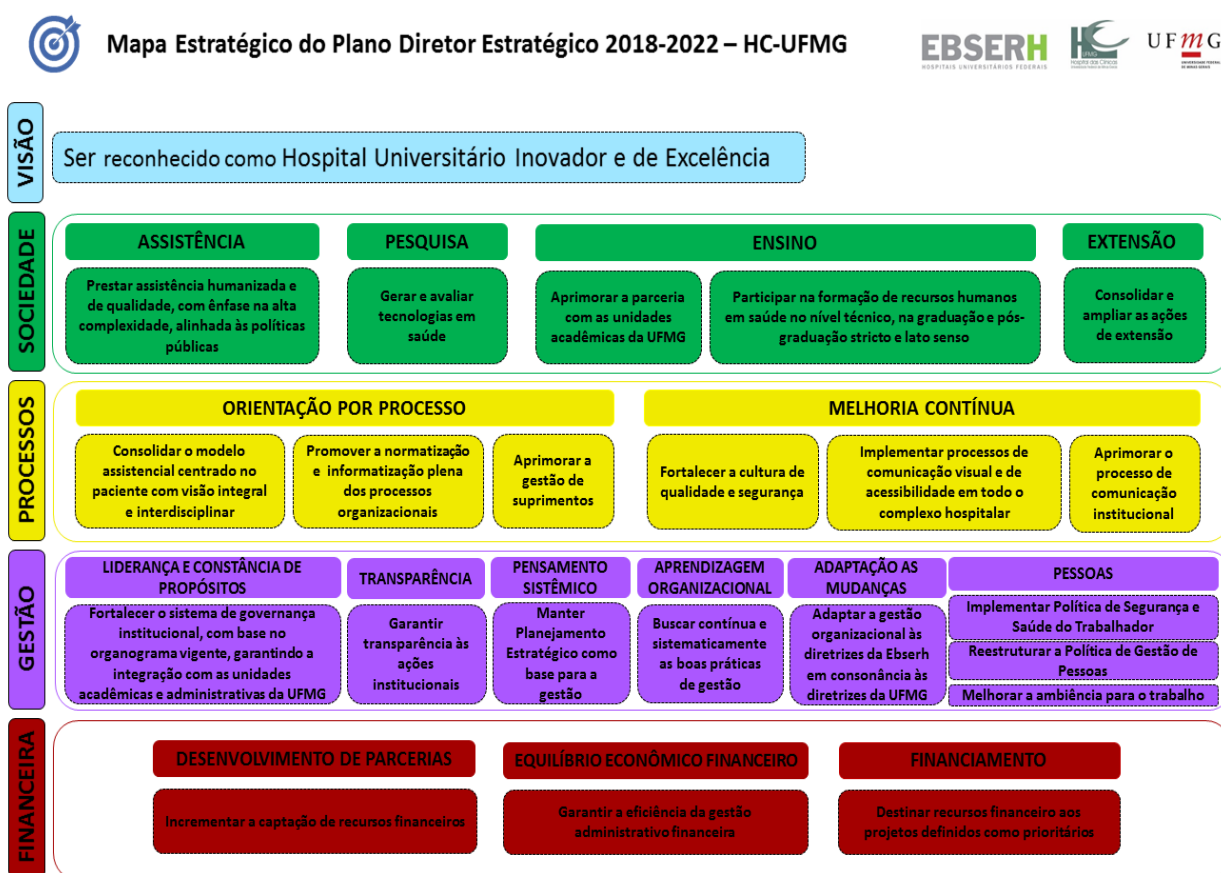
Como marco referencial foi feita a opção pelo trabalho sobre o material criado e gerido pela instituição, via EBSEH.

3.1 O Plano Diretor Estratégico Hospitalar

O Plano Diretor Estratégico (PDE) do HC-UFMG – Gestão 2014-2018, utilizado para o estudo, foi apresentado e aprovado em 2011 no 7º Seminário - Plano Diretor Estratégico 2014-2018. Este plano foi elaborado a partir da ferramenta de gestão *Balance Scorecard* (BSC), uma metodologia de medição e gestão de desempenho desenvolvida pelos professores da *Harvard Business School* (HBS) Robert Kaplan e David Norton, em 1992, utilizada também como ferramenta de gestão, que contemplou as perspectivas Sociedade, Processos, Gestão e Financeira. Essa metodologia já era adotada pelo HC no PDE 2010-2014.

A figura 1 apresenta o mapa estratégico atual, gestão 2014-2018, suas perspectivas e objetivos estratégicos. Para o seu monitoramento e de acordo com cada objetivo estratégico foram estabelecidas metas e indicadores estratégicos e esses foram desdobrados com novas pactuações nas unidades e setores. Para as perspectivas SOCIEDADE foram elencados 101 indicadores de monitoramento, PROCESSOS 190 indicadores, GESTÃO 70 indicadores e FINANCEIRA 62 indicadores para as 27 unidades. A Governança se reúne anualmente com cada unidade corporativa para a contratualização interna, a fim de discutir, pactuar e validar metas e indicadores, tendo como referência o Plano Diretor Estratégico, efetivando o desdobramento das perspectivas e objetivos estratégicos ao nível tático e operacional.

Figura 1: Mapa Estratégico HC-UFMG



Fonte: Ebsersh, 2019

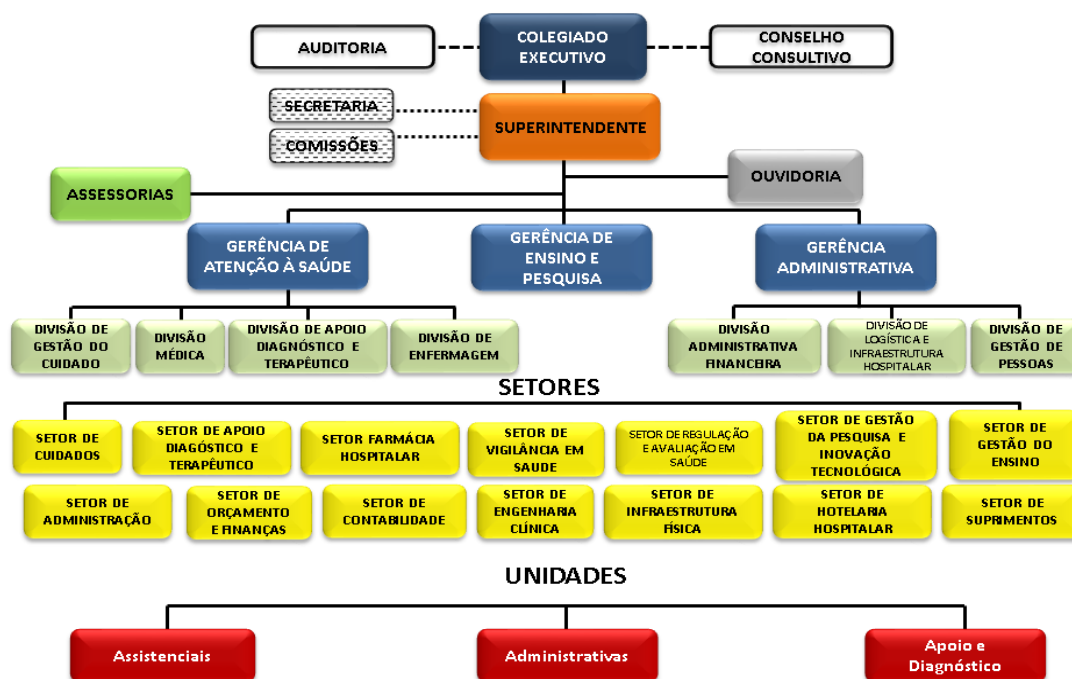
3. 2 Processo de Contratualização Interna

No processo de contratualização interna as reuniões, também chamadas de oficinas, contam com a participação da alta direção, do nível tático e grupo estratégico de cada unidade, composto pelas lideranças e representantes dos trabalhadores. A Unidade de Planejamento, apoiada pela Unidade de Gestão da Qualidade e do Risco (Gesqualis), são as responsáveis pela organização das oficinas de contratualização interna. A avaliação de resultados do exercício anterior e a definição de novos indicadores e metas específicas são compartilhadas previamente com as unidades, garantindo o alinhamento às perspectivas do plano diretor estratégico do hospital e a efetividade do propósito do sistema de gestão por resultados. As pactuações são formalizadas por um Contrato de Gestão e um painel de indicadores que representa o desdobramento do PDE para cada unidade. Esse painel é

inserido no sistema de monitoramento *free* adotado pela instituição, denominado Geplanes (HC-UFMG, 2016).

O Hospital está atualmente organizado em Superintendência, Gerência, Divisões, Setores e Unidades. A partir da adesão do HC-UFMG a Ebserh, em dezembro de 2013, essa estrutura organizacional está sendo implementada progressivamente. No organograma da instituição, como exposto na Figura 2, foram previstas 55 unidades, 16 setores, 7 divisões. Em 2016, na estrutura organizacional de 2018, haviam 51% de unidades contratualizadas com a alta direção, processo interno realizado anualmente, totalizando 27 unidades em processo de monitoramento.

Figura 2: Organograma Resumido HC-UFMG



Fonte: Adaptação organograma HC/UFMG- Ebserh, 2019.

3.3 O Monitoramento de Indicadores

As chefias das unidades compilam os resultados dos indicadores pactuados, fazem análise crítica utilizando a metodologia de análise de causa raiz. Os resultados e análise crítica são lançados no sistema GEPLANES. O Geplanes é um software público, desenvolvido para ser utilizado como ferramenta de Gestão Estratégica em organizações

públicas ou privadas. Suas funções se aplicam desde a fase do planejamento até a execução estratégica, possibilitando o monitoramento do desempenho organizacional de ponta a ponta (SILVA, *et al*, 2016).

Ao aplicar o Geplanes de maneira adequada, o gestor pode monitorar o desempenho dos objetivos estratégicos, analisar fatores críticos de sucesso, acompanhar planos de ação, avaliar resultados apurados periodicamente por meio de indicadores de desempenho, emitir diversos relatórios gerenciais e gráficos de gestão à vista, dentre outras funções. Além disso, o Geplanes dispõe de ferramentas da qualidade que permitem o registro e o tratamento de anomalias ou não-conformidades, promovendo a melhoria contínua da organização (SILVA, *et al*, 2016).

Desde 2016, que o monitoramento de metas e indicadores no Hospital das Clínicas passou a ser acompanhado de maneira mais sistemática e regular. Mensalmente os resultados são monitorados pelas unidades e Unidade de Planejamento, verificando o desempenho e cumprimento de metas, avaliando as análises críticas e os planos de ação. Quando a meta pré-estabelecida é alcançada, considera-se não ser necessária a elaboração de um plano de ação, sendo obrigatório somente quando os resultados dos indicadores não alcançam as metas. Bimestralmente é realizada uma reunião de verificação das unidades cujas metas não foram alcançadas e/ou pela falta de monitoramento dos indicadores. Para acompanhar esse processo utiliza-se planilhas individuais com dados de cada unidade.

Por meio de uma norma publicada internamente, as unidades foram orientadas a utilizar em conjunto com ferramenta dos 5 Porquês, a metodologia de análise de causa raiz definida - RCA (*Root Cause Analysis*) para avaliação crítica de resultados. A RCA se define como um método que permite a identificação e correção dos principais fatores que ocasionaram o problema (como, quando, onde e porque) expõe oportunidades de melhoria, descobrindo falhas e gargalos originais, a causa raiz possibilitando a elaboração de ações preventivas e corretivas. (AGUIAR, 2014).

Para o monitoramento de desempenho das unidades, foi elaborada planilha apresentada na Figura 3, atribuindo pontuações aos itens de verificação. A média das avaliações é calculada em percentual e corresponde ao grau de alcance das metas pactuadas.

Figura 3: Modelo de planilha de monitoramento e avaliação dos lançamentos de Indicadores HC-UFMG

Indicador	Polaridade	Unidade Medida	Frequência	Meta	jan/17	Dado Lançado valor: 10	Análise Crítica			Plano de Ação valor: 30	Resultado	Gestão À vista valor: 30
							Indicador CX ALTA v:10	Meta atingida ou não v:10	Análise Causa Raiz v:10			
	Maior melhor	%	Trimestral	100								
TOTAL												
DESEMPENHO FINAL												

Fonte: HC-UFMG, Ebserh 2019.

As unidades são classificadas em patamares ou faixas de desempenho, sendo “vermelho” entre 50 a 59% de metas alcançadas; “amarelo” de 60 a 79%; “verde” de 80 a 94% e “azul” de 95 a 100%, conforme o modelo exposto na Figura 4. Os resultados são divulgados por e-mail para cada unidade (HC-UFMG, 2017).

Figura 4: Quadro de Desempenho HC-UFMG

até 59%
De 60% a 79%
De 80% a 94%
De 95% a 100%

Fonte: HC-UFMG, Ebserh 2019.

Tais resultados são divulgados em reuniões de colegiado gestor e nos quadros de ‘Gestão à Vista’ de cada unidade, apresentados na Figura 7, permitindo que todos os trabalhadores do hospital estejam cientes do desempenho da unidade onde estão lotados. O colegiado gestor é um fórum que tem a participação da alta direção e chefias reunindo-se quinzenalmente para discussão de pautas estratégicas.

Os dados apresentados nos quadros de gestão à vista correspondem as metas e indicadores pactuados na contratualização interna. Alguns indicadores são comuns e outros variados, considerando o negócio e a missão de cada unidade. Pode-se destacar como exemplos os indicadores comuns:

Figura 5: Exemplo dos indicadores comuns as Unidades do HC- UFMG

% de não conformidades resolvidas (JCI)
Número de reuniões de equipe realizadas
Percentual de bens inventariados
Percentual de satisfação do cliente interno
Percentual de satisfação do usuário
Plano interno de redução de despesas
Percentual de indicadores monitorados mensalmente
Percentual de Participação nas reuniões de Colegiado Interno
Percentual de demandas da ouvidoria atendidas no prazo
Percentual de documentos revisados no prazo

Fonte: HC-UFMG, Ebserh, 2019.

Entre os indicadores variados, particulares de cada setor e órgão, temos situações que são analisadas e mensuradas de maneira individualizada, representados na Figura 7.

Figura 6: Exemplo dos indicadores variados referentes às Unidades do HC- UFMG

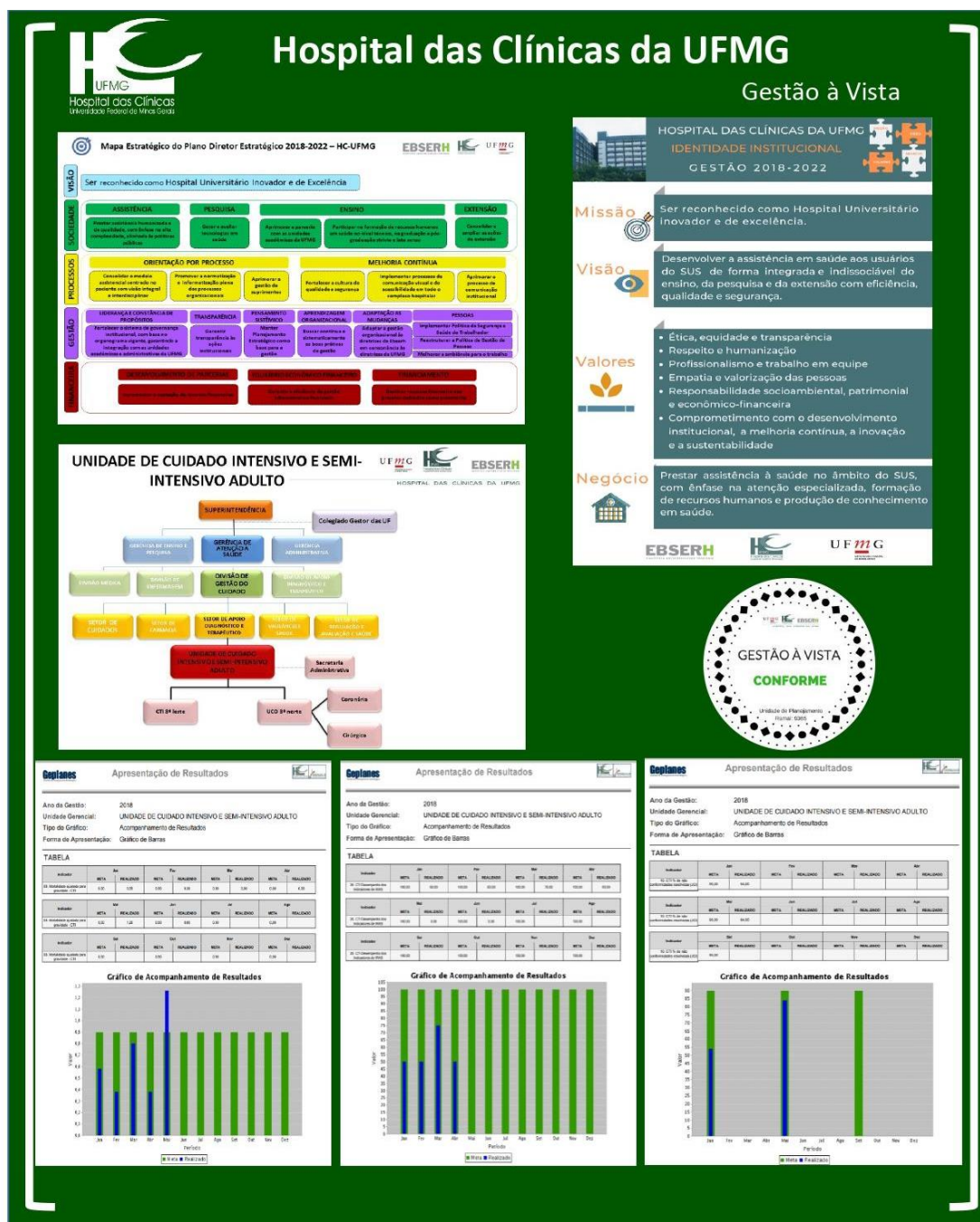
% de atendimento aos pontos do Contrato de Gestão
% de cirurgias realizadas dentro do fluxo da W
AAS 24h internação
AAS na alta

Alta Médica até às 10 horas
Beta Bloqueador na alta
Educação sobre AVE
IECA na alta
Média de permanência
Mortalidade ajustada para gravidade
Percentual de laudos liberados no prazo
Percentual de Recoleta
Percentual de resíduo não reciclável
Produtividade ambulatorial
Prontuário eletrônico implantado
Rotatividade Geral
Taxa de Cesária
Taxa de ocupação TMO
Tempo porta-balão
Utilização da sala cirúrgica

Fonte: HC-UFMG, Ebserh, 2019.

A partir da premissa que imagens utilizadas pela instituição facilitam bastante o entendimento da realidade, na Figura 7 é apresentado o material produzido pelo Hospital que é utilizado de maneira padrão e exposto em cada unidade para a apresentação de resultados dos indicadores monitorados, contendo o mapa estratégico da instituição, a missão, a visão, os valores, o negócio e o organograma.

Figura 3: Modelo padrão do quadro de Gestão à Vista exposto em cada unidade para apresentação de resultados dos indicadores monitorados, mapa estratégico da instituição; missão, visão, valores e negócio e organograma



Fonte: HC-UFMG, Ebserh, 2019.

4 – RESULTADOS

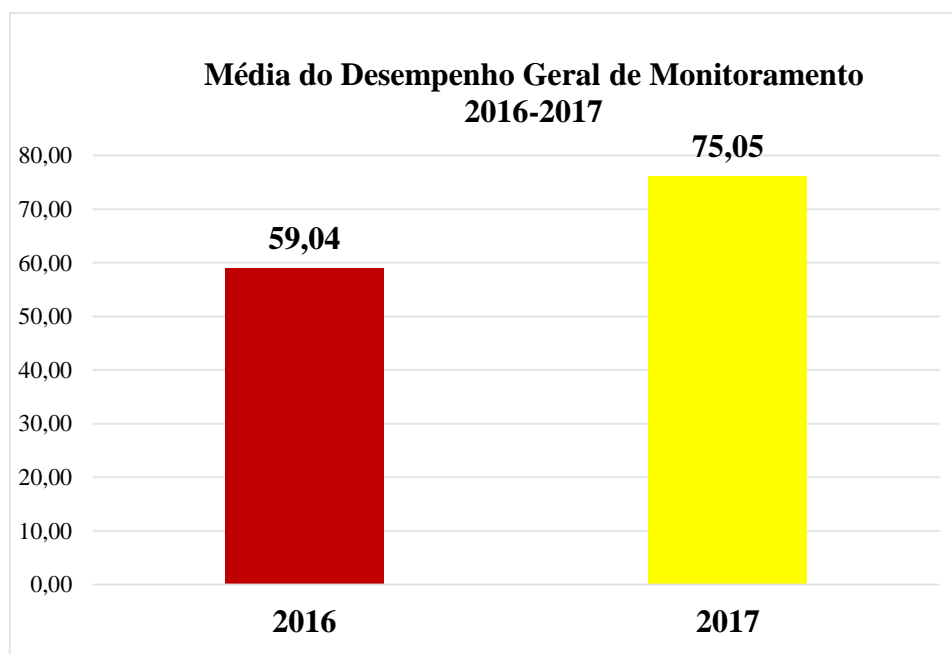
O processo iniciou avaliando as 27 unidades que estavam contratualizadas. Observa-se que em 2017, houve uma melhoria do processo de monitoramento alavancando o índice de 59,04% para 75,05%,

O gráfico 1 descreve a média geral de desempenho das unidades contratualizadas em 2016 e 2017 considerando o percentual de unidades que realizaram mensalmente o monitoramento de seus indicadores. Para a obtenção dos índices de adesão ao monitoramento, foram utilizados os seguintes cálculos de medida para média geral:

1. Média anual do percentual de indicadores monitorados por unidade
2. A soma das médias anuais das unidades/número de unidades

número total de unidades mês / nº anual de unidades que realizaram o monitoramento

GRÁFICO 1: Média geral de desempenho no monitoramento de indicadores do Hospital das Clínicas das 27 Unidades nos anos de 2016 e 2017

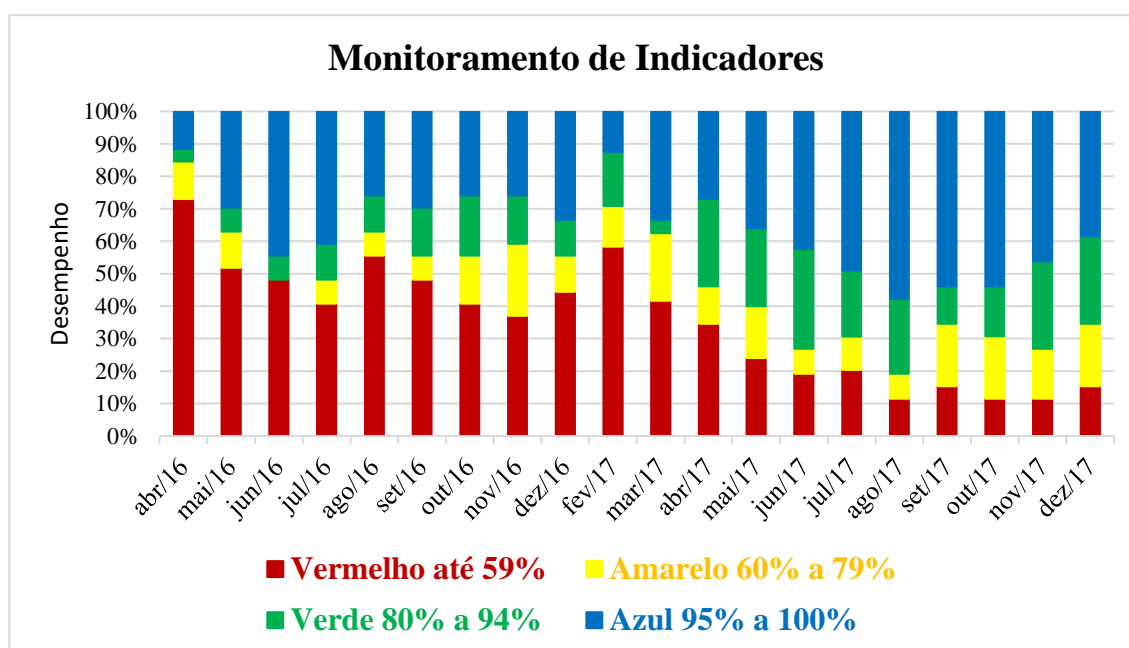


Fonte: Gráfico 1, tabela de monitoramento HC-UFGM, 2019.

A partir de abril/2016 iniciou-se o processo de monitoramento com o acompanhamento online do sistema e com visitas presenciais para verificação dos indicadores, das análises críticas e planos de ação, assim como as visitas presenciais da equipe da unidade de planejamento às unidades para inspeção dos quadros de gestão à vista mensalmente

O gráfico 2 apresenta os resultados de 2016 e 2017 e permitem a identificação do conjunto das 27 unidades quanto ao monitoramento e atingimento de percentuais e faixa de desempenho médio mensal para a melhoria e alcance de metas pactuadas.

GRÁFICO 2: Média mensal das faixas de desempenho monitoramento de indicadores das unidades / 2016 e 2017



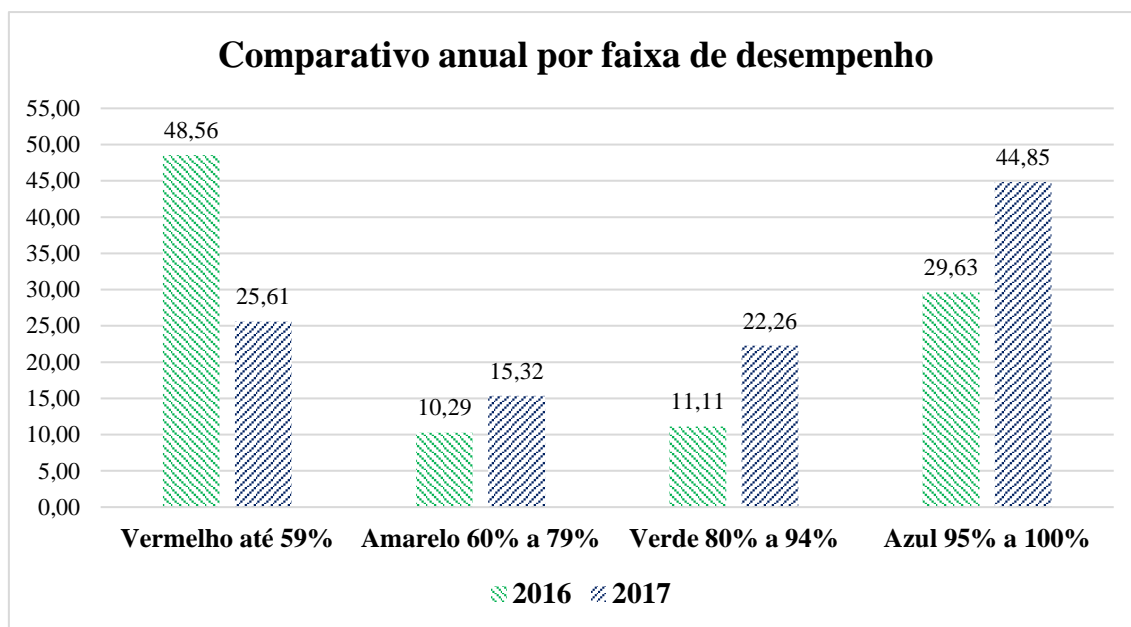
Fonte: HC-UFGM, 2019.

O Gráfico 3 apresenta o comparativo das unidades entre os anos de 2016 e 2017 por faixa de desempenho. Observa-se que houve a redução do número de unidades na faixa vermelha (até 59%), passando de 48,56% para 25,61% consequentemente um aumento das unidades na faixa de desempenho Azul (95%-100%), de 29,63% para 44,85%.

Nesse processo de gestão por resultados no HC/UFGM, percebe-se que fatores como a interiorização do monitoramento de indicadores e a tomada de decisão baseada em evidências está em ascensão, promovendo a melhoria de desempenho dos indicadores, tanto

no contexto da rotina de lançamento de dados, quanto na elaboração de planos de ação frente aos resultados.

GRÁFICO 3: Média mensal das faixas de desempenho monitoramento de indicadores das unidades 2016 e 2017



Fonte: HC-UFMG, 2019.

Do conjunto de indicadores pactuados alguns são de processamento direto das unidades e outros dependem de informações alimentadas por outras unidades e serviços. Uma tarefa não tão simples quanto demonstra, pois, uma informação errada ou em tempo tardio pode impactar numa decisão errada (FERNANDES, 2004).

Portanto uma base de dados é essencial nesse processo pois facilita o fluxo e a uma boa administração das informações, evidenciando a realidade do negócio, com uma linguagem de fácil entendimento e adequada para análise, o indicador, aquele que traduz as informações, demonstrando o desempenho do hospital a toda equipe de profissionais atuantes. Monitorar indicadores é gerenciar baseado em informações de credibilidade (FERNANDES, 2004).

A cultura de lançamento e acompanhamento de dados é algo em construção e consolidação no HC. A Unidade de Planejamento acompanha e as unidades procedem a avaliação periódica de seus indicadores, com o objetivo de solidificar essa rotina como parte essencial do processo e na tomada de decisão. Estrada e Gonçalves (2011), afirmam que o uso de indicadores é capaz de promover um trabalho em equipe, e Price Waterhouse

(1997) *apud* Goldini e Oliveira (2007) discorre sobre uma mudança de cultura nas organizações através dos indicadores modificando e consolidando seus valores.

Subsequente a isso, percebe-se a dificuldade e até mesmo resistência dos agentes em realizar o lançamento dos dados no sistema, analisar de forma crítica o resultado do indicador com base em métodos recomendados como a ferramenta dos 5 Porquês a fim de apontar a causa raiz e na criação de um plano de ação coerente aos resultados e factíveis de execução. Essas dificuldades e resistências podem ser minimizadas por meio de treinamentos e capacitação de pessoal, auxílio no manuseio do sistema e criação de Instruções de Trabalho Operacionais (ITOs) de cada processo (SCHOUT, DUTILH NOVAES, 2007). Oferecer boas condições para o profissional exercer suas funções é um princípio desejável, pois profissionais preparados e capacitados administrarão melhor o processo (FERNANDES, 2004).

Como aprimoramento, o Hospital realiza módulos de treinamento de chefias que, diretamente tem modificado os resultados gerais de desempenho, incluindo os indicadores.

O ciclo PDCA é parte do processo, ou até mesmo, sendo ele o processo como um todo. A melhoria contínua através dos resultados obtidos corresponde ao objetivo da metodologia, melhoria contínua, aperfeiçoamento dos processos. Se planeja as ações, desenvolve com indicadores, é conferido pela validação e então é possível atuar sobre os resultados e informações produzidas (GOLDINI; OLIVEIRA, 2007).

A metodologia de Gestão por resultados adotada pelo HC ainda não é plenamente disseminada, sendo um ponto também a aperfeiçoar com capacitações e monitoramento contínuo.

Na Avaliação de Desempenho do Hospital, realizada anualmente, foram incorporadas metas alinhadas ao planejamento estratégico e a gestão por resultados, ressaltando e alavancando a importância de tal estratégia e ferramenta institucional.

5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir deste estudo é observado que o modelo de gestão por resultados conduz as instituições para a prática da gestão baseada em evidências, promovendo de forma contínua a melhoria dos processos de trabalho e de resultados, estimulando a qualidade e segurança assistencial e desempenho sustentável.

Percebe-se que o aprimoramento da metodologia de monitoramento de indicadores está fortalecendo a gestão por resultados no HC-UFGM, e tem favorecido o alinhamento das unidades aos objetivos estratégicos da instituição, bem como, proporciona maior transparência e assertividade da gestão.

O planejamento de ações preventivas e corretivas por meio de planos de ação levam a maior responsabilização para melhoria dos resultados dos indicadores, conseqüentemente, envolvimento e esforço dos trabalhadores na organização dos processos e no atendimento qualificado e humanizado ao paciente.

Existem ainda, vários pontos a serem explorados e analisados, como a identificação do trabalhador com os indicadores e seu papel nos processos internos da unidade e da gestão como um todo, tanto para o comprometimento das chefias como no amadurecimento dos indicadores, metas e equipe de trabalho.

A mudança de cultura é um fator importante no processo de gestão. É necessário a identificação do trabalhar com a atividade executada, afim de obter bons resultados e isso ainda precisa ser trabalho nas chefias e equipes do HC-UFGM, não sendo apenas tarefas executadas por rotina, mas por proporcionar informação para tomada de decisão.

Por mais que a roda já tenha sido inventada, será sempre necessário um eixo para ligá-la ao carro. Esse pode ser o cerne da questão, encontrar o que liga um processo ao outro, fazendo-os funcionarem juntos num processo fim.

Considera-se também a continuidade do trabalho para avaliar a eficácia do método adotado pelo hospital e sua aplicabilidade para a gestão em demais instituições, tendo como próximo passo a ampliação da amostra de unidades, visto que em 2018 são 55 contratualizadas e a execução de auditorias internas sistemáticas com o intuito de validação de dados.

O presente estudo descrevendo a experiência da implantação e aprimoramento do modelo de gestão por resultados na instituição atendeu o objetivo proposto,

demonstrando que mudança na rotina trouxe novo incentivo e empenho das chefias e subordinados em manter o sistema de indicadores atualizado, analisá-los e desenvolver ações propostas com base nos resultados de indicadores monitorados.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, M.C. **Análise de Causa Raiz: levantamento dos métodos e exemplificação.** Dissertação de Mestrado – Departamento de Engenharia Industrial, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, 2014. 153 p.

AMORIM, F. B; TOMAÉL, M. I. **Gestão da informação e gestão do conhecimento na prática organizacional: análise de estudos de casos.** Revista Digital de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Campinas, jan./jun. 2011. v. 8, n. 2, p. 1-22.

BRASIL. **Rede Interagencial de Informação para a saúde.** Organização Pan Americana da Saúde (Ed.). Indicadores Básicos para a saúde no Brasil: Conceitos e Aplicações. 2. ed. Brasília: All Type Assessoria Editorial Ltda, 2008. Impresso no Brasil. P. 349.

CIPRIANO, Profa. Dra. S. L. I Congresso Internacional sobre Segurança do Paciente ISMP Brasil: **Indicadores do Programa Nacional de Segurança do Paciente.** São Paulo: Slide, 34 slides, color. Instituto do Coração do Hospital das Clínicas FMUSP, Abril, 2014.

DENNIS, P. **Quality, safety and environment: synergy in the 21st Century.** ASQC Quality Press, 1997.

EBSERH, 2019. **Nossa Organização.** Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/organograma>. Acesso em 22/06/2019.

ESTRADA, R. J. S; GONÇALVES, M. S. **Mudança organizacional aplicada ao planejamento estratégico.** XXXI encontro nacional de engenharia de produção Inovação Tecnológica e Propriedade Intelectual: Desafios da Engenharia de Produção na Consolidação do Brasil no Cenário Econômico Mundial Belo Horizonte, MG, Brasil, 04 a 07 de outubro de 2011.

FERNANDES, D. R. **Uma contribuição sobre a construção de indicadores e sua importância para a gestão empresarial.** Rev. FAE, Curitiba, jan./jun. 2004, , v.7, n.1, p.1-18.

GOLDONI, V.; OLIVEIRA, M. **Indicadores para a gestão do conhecimento na visão de especialistas.** REAd - Revista Eletrônica de Administração, vol. 13, núm. 3, septiembrediciembre, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil 2007, p. 478-501.

GOMES, E. G. M. **Gestão por Resultados e eficiência na Administração Pública: uma análise à luz da experiência de Minas Gerais**. (Tese de Doutorado apresentada ao Curso de Doutorado de Administração Pública e Governo da EAESP/FGV, Área de Concentração: Transformações do Estado e Políticas Públicas). São Paulo: EAESP/FGV, 2009, P. 187.

LONGO, R. M. J. **Gestão da qualidade: evolução histórica e conceitos básicos**, Janeiro, 1996. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_0397.pdf>. Acesso em 26 jun. 2019.

JUNIOR, O. L. A. **PLANO DE AÇÃO**. Publicado em 06 de October de 2010 por Leia mais em: <<http://www.webartigos.com/artigos/plano-de-acao/48927#ixzz4knPiSY1J>> Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/plano-de-acao/48927>>. Acesso em 26 jun. 2019

MALETTA, C. H. M. **Bioestatística e saúde pública**. Belo Horizonte: Editora Independente, 2000.

MENDES, M. F. R. **O impacto dos sistemas QAS nas PME portuguesas**. Dissertação de Mestrado em Engenharia Industrial - Área de Especialização Qualidade, Segurança e Manutenção. Universidade do Minho, Escola de Engenharia, 2007.

SABINO, G. **O que é um plano de ação?** Publicado em 8 de abril de 2015 Disponível em: <http://www.radardeprojetos.com.br/2015/04/o-que-e-um-plano-de-acao.html> acesso em: 30 de junho de 2019

SCHOUT, D; NOVAIS, H. M. D. **Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais**. Ciência & Saúde Coletiva, julho-agosto, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, Brasil, 2007, vol. 12, núm. 4, P. 935-944.

SILVA, J. M; *et al* **Manual de operação Geplanes**, versão 3.0, 2016. Disponível em: https://softwarepublico.gov.br/social/articles/0005/0892/MANUAL_BSC_OPERACAO_3.0_R12016.pdf acesso em: 30 de junho de 2019