

Universidade Federal de Minas Gerais
Programa de Pós - Graduação em Engenharia de Produção

Wagner Ragi Curi Filho

**INDICADORES DE DESEMPENHO E COMPETÊNCIAS EM
EMPRESAS DE SERVIÇOS: ESTUDO DE CASO EM DOIS
HOSPITAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO
HORIZONTE**

Belo Horizonte
2009

Wagner Ragi Curi Filho

**INDICADORES DE DESEMPENHO E COMPETÊNCIAS EM
EMPRESAS DE SERVIÇOS: ESTUDO DE CASO EM DOIS
HOSPITAIS DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELO
HORIZONTE**

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção da Escola de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito essencial à obtenção do título de Mestre em Engenharia de Produção.

Área de Concentração: Ergonomia e Organização do Trabalho

Orientadora: Prof^a. Dra. Ana Valéria Carneiro Dias

Belo Horizonte
Programa de Pós - Graduação em Engenharia de Produção
Universidade Federal de Minas Gerais
2009

“Tudo que você não doa, é perdido.”

(Autor desconhecido, Provérbio indiano)

DEDICATÓRIA

Ao meu irmão, com o qual converso bastante sobre tudo.

Ao meu pai que me transmite tranquilidade.

À minha mãe que me transmite perseverança e espírito de luta.

A minha avó Vera (in memoriam) que com certeza se orgulharia deste momento.

Ao meu avô Darci e avó Vani, por que as expectativas estão se concretizando.

AGRADECIMENTOS

Agradeço Deus por que confio muito nele, do meu jeito, mas confio.

Agradeço à Professora Ana Valéria que desde a graduação vêm me ajudando a crescer. Sei que o processo é difícil e que nem sempre atingi as expectativas, mas, saiba que levo seus ensinamentos para uma carreira, que com certeza abraçarei.

Aos meus colegas de trabalho da Faculdade Pitágoras sempre dando dicas interessantes, além de boas prosas, nas nossas idas e vindas para Betim.

Aos meus colegas de mestrado do laboratório de Ergonomia e Organização do Trabalho, em especial a Eva por me ajudar a escrever artigos e segurar a barra em um dia marcado pelo meu acidente de carro.

Ao meu grande amigo Thiago, o TCP, por me ajudar e dar força em momentos críticos.

Aos Hospitais HA e HB por abrirem as portas para a realização deste trabalho.

Aos meus amigos oriundos da UFMG e IEMG.

Ao meu irmão, meu pai e minha mãe. Sem palavras para agradecer.

À Sociedade Brasileira por possibilitar que eu estude na UFMG.

RESUMO

As atividades de serviços ocupam um papel importante na economia. Com isso torna-se interessante o estudo do gerenciamento desse tipo de organização. Contudo, a avaliação da eficácia e da eficiência em empresas de serviços são em sua maioria questões complexas, que fogem à padronização clássica do taylorismo. O objetivo, portanto, deste trabalho foi estudar como é feita essa avaliação, apoiando-se em investigação em dois hospitais da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Realizou-se um estudo dos indicadores de desempenho adotados pelos hospitais, sob a perspectiva conceitual do “modelo de competências” e do conceito de serviço como “solução ao problema do cliente”. A análise desses indicadores visa a percepção de como esses foram concebidos, a partir de suas relações com as estratégias declaradas pelas empresas, bem como suas implicações para a eficácia da prestação de serviços. A parte prática deste trabalho se deu através de uma pesquisa empírica realizada nos hospitais utilizando questionários não-diretivos analisados qualitativamente. A partir das informações coletadas obteve-se como resultado deste trabalho uma percepção de como a concepção dos indicadores pode distanciar-se ou aproximar-se (i) do reconhecimento da importância da competência na eficácia dos hospitais, (ii) da concepção teórica do conceito de “serviço” e (iii) da concepção do que seja um bom serviço de acordo com os próprios hospitais.

Palavras-chave: indicadores de desempenho, competências, hospitais.

ABSTRACT

Service operations play an important role in the economy. Therefore it is interesting to study the management of such organizations. However, the evaluation of effectiveness and efficiency in service companies are complex issues, which fall outside the standard of classical Taylorism. This work has the objective of studying how this evaluation is made, through an investigation in two hospitals located in the Metropolitan Region of Belo Horizonte (Brazil) and the performance indicators adopted by them. Research is based on two main concepts – the organizational model based on competences and the concept of service as a solution to a customer’s problem. The analysis of the indicators aims to understand how they were conceived, their relations with the declared companies’ strategies, as well as their implications to the effectiveness of service delivery. Results point to the perception of how the definition of a company’s performance indicators may be apart of or may approach to (i) the acknowledgment of workers’ competence as an important feature to the effectiveness of service delivered by the company (in this case, hospital); (ii) the theoretical conception of service as “solving the customer’s problem” and (iii) the conception of what is a good service, according to the company.

Key-words: performance indicators, competences, hospitals.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	13
1.1 QUESTÕES DE PESQUISA	14
1.2 JUSTIFICATIVA E ESTRUTURA DO TRABALHO	14
2. METODOLOGIA	16
2.1 PESQUISA CIENTIFICA	17
2.2 ENTREVISTA	18
2.3 INTERAÇÃO COM O AMBIENTE ESTUDADO	20
2.4 TRAJETÓRIA DA PESQUISA DE CAMPO	20
3. CONCEITO DE SERVIÇO	23
4. INSTRUMENTOS DE MEDIDAS DE DESEMPENHO.....	28
4.1 <i>BALANCED SCORECARD</i>	30
4.2 INSTRUMENTOS DE MEDIDAS DE DESEMPENHO EM HOSPITAIS.....	33
4.2.1 <i>Instrumentos de medidas de desempenho em hospitais para o Ministério da Saúde</i>	38
5. COMPETÊNCIAS	41
5.1 COMPETÊNCIA E REGRA	42
5.2 DEFINIÇÕES DE COMPETÊNCIA	42
5.3 COMPETÊNCIAS DENTRO DAS ORGANIZAÇÕES	46
5.4 HUMANIZAÇÃO.....	47
6. ESTUDO DE CASO.....	51
6.1 ESTUDO DE CASO Nº 1: HA	51
6.1.1 <i>Contrato de Gestão e Gestão Participativa</i>	54
6.2 ESTUDO DE CASO Nº 2: HB	69
7. ANÁLISE DE ESTUDO DE CASO	89
7.1 ESTRATÉGIA	89
7.2 PROCESSOS INTERNOS.....	90
7.3 CLIENTE-USUÁRIO	92
8. CONCLUSÕES	94
REFERÊNCIAS	97
ANEXO I – ROTEIRO PARA QUESTIONÁRIO PARA FUNCIONÁRIOS.....	101
ANEXO II – ROTEIRO PARA QUESTIONÁRIO COM OS PACIENTES	102

ANEXO III –METAS/INDICADORES NO SETOR DE DIAGNÓSTICO DE IMAGENS DO HA.....	103
ANEXO IV – METAS/INDICADORES NO SETOR LABORATÓRIO DO HA.....	104
ANEXO V –METAS/INDICADORES DA AGÊNCIA TRANSUSIONAL DO HA.....	105
ANEXO VI - METAS/INDICADORES NO SETOR SUPORTE DE NUTRIÇÃO ENTERAL E PARENTERAL DO HA.....	106
ANEXO VII – METAS/INDICADORES NO SETOR LACTÁRIO DO HA.....	107
ANEXO VIII –METAS/INDICADORES DO CENTRO DE ESTERILIZAÇÃO DO HA.	108
ANEXO IX – METAS/INDICADORES NO SETOR BANCO DE LEITE DO HA... 	109
ANEXO X–METAS/INDICADORES NO SETOR LAVANDERIA DO HA.....	110
ANEXO XI - METAS/INDICADORES NO SETOR ENGENHARIA CLINICA DO HA.....	111
ANEXO XII - METAS/INDICADORES NO SETOR AMBULATÓRIO DO HA.....	112
ANEXO XIII METAS/INDICADORES NO SETOR REABILITAÇÃO, TERAPIA OCUPACIONAL E FONOAUDIOLOGIA DO HA.....	113
ANEXO XIV - ANÁLISE DAS METAS/INDICADORES NO SETOR ODONTOLOGIA DO HA.	114
ANEXO XV –INDICADORES/METAS DO SETOR ACOLHIMENTO DO HA.....	115
ANEXO XVI - METAS/INDICADORES DA SALA VERMELHA DO HA (SALA DE “ESPERA” DOS PACIENTES EM ESTADO DE URGÊNCIA).....	116
ANEXO XVII–METAS/INDICADORES SETOR DE OBSERVAÇÃO MASCULINO E FEMININO DO HA.	117
ANEXO XVIII - METAS/INDICADORES NO SETOR DE NEO NATAL DO HA... 	118
ANEXO XIX–METAS/INDICADORES NO SETOR PRONTUÁRIO E ESTATÍSTICA DO HA.....	119
ANEXO XX - METAS/INDICADORES NO SETOR MATERNIDADE E BLOCO DO HA.....	120
ANEXO XXI –METAS/INDICADORES NO SETOR MATERNIDADE E BLOCO DO HA.....	121
ANEXO XXII - METAS/INDICADORES NO SETOR CLÍNICA MÉDICA DO HA. 	122
ANEXO XXIII - METAS/INDICADORES NO SETOR CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DO HA.....	123

ANEXO XXIV - METAS/INDICADORES NO SETOR CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO DO HA.....	124
ANEXO XXV - METAS/INDICADORES NO SETOR DE TRANSPORTES DO HA	125
ANEXO XXVI - METAS/INDICADORES NO SETOR DE EPIDEMIOLOGIA HOSPITALAR DO HA.....	126
ANEXO XXVII -METAS/INDICADORES NO SETOR PESSOAL DO HA.....	127
ANEXO XXVIII - METAS/INDICADORES NO SETOR DE INFORMÁTICA DO HA.....	128
ANEXO XXIX - METAS/INDICADORES NO SETOR GESTÃO DE PESSOAS DO HA.....	129
ANEXO XXX - METAS/INDICADORES DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HA.....	130
ANEXO XXX I - ANALISE CRITICA DOS INDICADORES DO HB.....	131
ANEXO XXXII – FORMULAÇÃO DE ENTRADA PARA O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HB.....	132
ANEXO XXXIII – PLANO DE AÇÃO DO HB.....	133
ANEXO XXXIV- ANÁLISE DAS METAS/INDICADORES DO SETOR DE QUIMIOTERAPIA DO HB.....	134
ANEXO XXXV- METAS/INDICADORES DO SETOR DE RADIOTERAPIA DO HB.....	135
ANEXO XXXVI- METAS/INDICADORES DO SETOR DO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DO HB.....	136
ANEXO XXXVII- METAS/INDICADORES DO SETOR DE PRONTUÁRIO DO HB.....	138
ANEXO XXXVIII- METAS/INDICADORES DO SETOR DE TRANSPORTES DO HB.....	139
ANEXO XXXIX – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE DO LABORATÓRIO DO HA.....	140
ANEXO XXXX – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE DO SETOR DE PRONTUÁRIO DO HA.....	141
ANEXO XXXXI – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO LABORATÓRIO SETOR DO HB.....	142

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O BSC como Estrutura para Ação Estratégica.....	31
Figura 2: Relação de causa efeito através das perspectivas do BSC.....	32
Figura 3. Relação dos eventos com a eficiência.....	46
Figura 4. Organograma do HA. (Nomes fictícios para manutenção de confidencialidade).....	53
Figura 5. Relação dos eixos estratégicos do HA com os clientes.....	60
Figura 6. Relação dos eixos estratégicos do HA com os clientes.....	72

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Diretorias do HA. (Significados das siglas que representam as Diretorias).....	53
Quadro 2. Análise das Metas/Indicadores no setor Nutrição e Dietética do HA.....	61
Quadro 3. Análise das Metas/Indicadores no setor Farmácia do HA.....	64
Quadro 4 Análise das Metas/Indicadores no Setor Enfermarias e bloco cirúrgico do HA.....	66/67
Quadro 5. Análise dos indicadores de desempenho da Nutrição do HB.....	74/75
Quadro 6. Análise dos indicadores da Farmácia no HB.....	77/78/79/80/81
Quadro 7. Análise dos indicadores do setor Enfermaria do HB.....	83/84/85

LISTA DE ABREVIATURAS

BSC -	<i>Balanced Scorecard</i>
CTI-	Centro de Tratamento Intensivo
DAA-	Diretoria de Apoio à Assistência
DE-	Diretoria de Ensino
DF-	Diretoria Financeira
DOH-	Diretoria de Operações Hospitalares
DU-	Diretoria de Urgência
GR-	Giro de rotatividade
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IIS-	Índice intervalo de substituição
IR-	Índice de renovação
ONU-	Organização das Nações Unidas
SUS-	Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

O paradigma de organização do trabalho baseado no taylorismo/fordismo constitui, há bastante tempo, um modelo predominante nas organizações produtivas, sejam quais forem suas naturezas. A economia de tempo de produção constitui um princípio de Taylor e, portanto, a busca por menores tempos de produção ainda tem grande importância. Contudo, as organizações, atualmente, têm de se preocupar com outras variáveis como a qualidade, a flexibilidade e o relacionamento entre as pessoas (ZARIFIAN, 1990). Dessa forma, as empresas buscam alternativas para sua organização e gestão e diferenciam, em menor ou maior escala, dos métodos tayloristas. Dentre as novas possibilidades para a organização das empresas, destaca-se, nesse trabalho, uma lógica baseada nas pessoas, mais precisamente, nas competências das pessoas denominada por Lógica das Competências (ZARIFIAN, 2001a). Tais modificações acompanham as necessidades do capitalismo.

As respostas do capital e da produção ao método clássico de acumulação podem ser dimensionadas pelas reestruturações ocorridas no próprio processo produtivo, através da constituição das formas de produção flexíveis, da inovação científico-tecnológica e de novas formas de conceber o trabalho. Destaca-se nesse contexto o modelo de competências que pode ser visto como uma proposta para humanizar a produção (SILVA, et. al. 2008), em especial, a produção de serviços hospitalares.

Os serviços hospitalares podem configurar um exemplo da contradição entre flexibilidade necessária e métodos de avaliação rígidos. A análise desta pesquisa partirá da conceituação de atividade de serviços sob dois aspectos: (a) uma conceituação teórica; (b) uma conceituação prática, fundamentada em estudo de caso e baseada nas entrevistas com os administradores, trabalhadores e clientes de dois hospitais investigados. A partir da comparação entre os métodos de avaliação utilizados nos casos práticos e as conceituações prática e teórica do que seja um “serviço eficaz”, a pesquisa buscará entender a (in)coerência existente entre os indicadores de desempenho utilizados e a real necessidade de medição a partir das conceituações.

1.1 Questões de pesquisa

A análise parte do entendimento de que as organizações convivem com o dilema existente entre as normas, a autonomia, a competência técnica requerida e a competência tácita necessária para resolver seus problemas do cotidiano.

Pode haver certa incoerência entre o que é definido como importante na prestação de um serviço hospitalar (seja do ponto de vista teórico, seja das observações e entrevistas realizadas) e o que se mede. Portanto nossas questões de pesquisa são:

- Como as empresas de serviço, em particular as de serviço profissional, exemplificado em dois hospitais que atendem a grandes públicos, mensuram o desempenho de suas atividades?
- A mensuração nestas organizações está de acordo com suas estratégias ou conceito de serviço extraído das entrevistas e análises realizadas?
- Essa mensuração está de acordo com definições de “serviço” teóricas, presentes na literatura de Gestão da Produção?

As respostas a essas questões de pesquisa constituirão o resultado do nosso trabalho, o que permitirá permitindo conclusões a respeito da concepção e da utilidade do sistema de indicadores de desempenho dos hospitais estudados.

1.2 Justificativa e estrutura do trabalho

Cada dia mais a sobrevivência das empresas depende da sua flexibilidade em lidar com mercados dinâmicos. Assim, considerando a comunicação em tempo em real há a necessidade de diminuir custos sem interferência na qualidade. Tendo em vista aspectos da conjuntura econômica, o setor de serviços experimenta um aumento de sua importância no contexto econômico e social. Entre os fatores que contribuem para o seu desenvolvimento, destacam-

se, principalmente, a evolução da tecnologia, a busca pela qualidade de vida e a urbanização das cidades e populações (GADREY, 2001; GIANESI; CORRÊA, 1996).

Pelos indicadores sociais do IBGE (2009) constata-se que no Brasil, em 1997, 30,7% dos trabalhadores atuavam na prestação de serviços e ainda, 22,7% atuavam em um campo denominado 'outros serviços', incluindo instituições de crédito, seguros, comércio e administração de imóveis, entre outros. Esses dados revelam que mais da metade dos trabalhadores brasileiros estão inseridos em atividades de serviços.

Visto que as atividades de serviço vêm apresentando papel importante na economia, pois empregam um bom contingente de pessoal, passa a ser importante que as empresas de serviços se preocupem com ferramentas de gestão, pois elas favorecem a relação entre custos e produtividade nas organizações. Assim, também as organizações hospitalares, no contexto das empresas de serviços, passam por uma necessidade de elaboração de sistemas de avaliação de resultados que sejam coerentes com a percepção de suas atividades e objetivos. Uma das formas de se avaliar resultados é a constituição de um sistema de indicadores de desempenho (MARTINS, 1999). Ressalta-se que os indicadores de desempenho devem abranger as dificuldades que um hospital enfrenta em seu gerenciamento. Essas dificuldades vão desde o dimensionamento da quantidade de leitos até a interação dos médicos e pacientes. Nesse ponto, acredita-se que uma análise da concepção dos indicadores de desempenho nos hospitais pode ser relevante para o gerenciamento desse tipo de organização.

Sendo esse o nosso objeto de estudo, apresentamos um trabalho estruturado em 8 capítulos, sendo o primeiro, Introdução, a apresentação breve sobre os fundamentos da pesquisa. Em seguida, é descrita a Metodologia utilizada na investigação empírica. Os capítulos 3 e 4 trazem revisões teóricas sobre, respectivamente, conceito de serviço e instrumentos de medidas de desempenho. Os pressupostos teóricos completam-se no capítulo 5, com uma revisão sobre o conceito de competências. Os estudos de caso são descritos no capítulo 6 e analisados no capítulo 7. Finalmente, no capítulo 8, são apresentadas as conclusões.

2. METODOLOGIA

Conforme YIN (1989), o estudo de caso é a investigação de um fenômeno dentro de um contexto da vida real. Essa definição apresentada pelo autor como uma "definição mais técnica" nos auxilia a compreender e distinguir o método do estudo de caso de outras estratégias de pesquisa tais como o método histórico, a entrevista em profundidade, o método experimental e o “*survey*”.¹

Usualmente os instrumentos de pesquisa em Estudo de Caso são entrevistas estruturadas e não-estruturadas, a interação com as pessoas do local estudado, bem como a observação, encontros, eventos e “*survey*” com a administração (VOSS et al, 2002). Nesta pesquisa, a interação face a face com entrevistas não-diretivas foi a principal maneira de interação. Os questionários foram organizados com a intenção de permitir ao entrevistador a condução da entrevista para que pudesse ser retirado dos entrevistados situações singulares que ajudassem na análise dessa pesquisa. Na seção 2.2 esta explicação será retomada e aprofundada.

Nesse processo de entrevista e análise do caso estudado, uma situação relevante foi lidar com a questão de um ou mais pontos de vista sobre as diversas situações encontradas. Nesse caso, procurou-se encontrar pontos recorrentes nas variadas entrevistas. Procurou-se também analisar o papel ocupado pelo entrevistado na concepção daquela situação ou daquele ponto de vista. Para exemplificar essa idéia, pode-se ressaltar a importância dada ao índice de aproveitamento de remédios de acordo com um médico e de acordo a diretoria da farmácia. Eles dão ênfase diferente ao mesmo indicador. O médico acha importante não desperdiçar, entretanto, para a diretoria da farmácia, tal contenção de despesas toma maiores proporções passando a ser uma de suas principais maiores preocupações.

Na metodologia denominada estudo de caso, a geração do conhecimento científico torna-se mais fortalecida quando estudamos mais de um objeto. Nesse sentido, essa pesquisa procurou fazer a análise em dois hospitais.

¹ Pág. 16 : “*Survey*” : pesquisa aplicada a muitas pessoas estruturada em questionários diretos.

2.1 Pesquisa científica

A atividade “Pesquisar” no campo da Engenharia de Produção ou em qualquer outro campo tem como premissa e objetivos básicos o intuito de encontrar algo que contribua para um maior entendimento de determinado assunto ou ainda, contribuir para a reflexão sobre casos mais específicos tomados como objeto de estudo.

A formulação do interesse por esta pesquisa surgiu a partir de experiências pessoais, de um pensamento científico, de um pensamento crítico, da *práxis*, da comunicação e da reflexão sobre como a gestão da produção nas empresas serviços pode constituir um assunto interessante para a Engenharia de Produção.

Há também uma grande preocupação metodológica em dizer por que determinadas afirmações são falsas ou verdadeiras, pois, sempre que se pensa em alguma ciência ou na verdade de qualquer fato, uma das questões a ser discutida é a origem desse fato, dessa ciência ou de qualquer coisa.

O mundo social (foco da pesquisa) difere-se do mundo natural, pois as interações dos indivíduos bem como suas respostas ao ambiente em que foram criados permitem o entendimento diferente da ciência social em relação às ciências naturais. Burrell & Morgan (1979) apontam uma linha que vai do subjetivismo ao objetivismo. Aqui, portanto teremos uma preocupação em não tentar quantificar todas as questões sociais identificadas.

Para Thiollent (1983), o pesquisador tem que entender o caráter descritivo e o caráter prescritivo da situação pesquisada. Este é o problema: inserir-se no contexto estudado e entender a normatividade social dos indicadores de desempenho dentro das organizações hospitalares vislumbrando, portanto, os problemas de organização do trabalho e mais precisamente, a (in)coerência existente entre os indicadores de desempenho e o conceito de serviço. Dentro do contexto da Engenharia de Produção, busca-se tornar eficiente o processo produtivo no qual o homem está inserido. Assim sendo, consegue-se visualizar esta pesquisa dentro de uma perspectiva de verificar como os indicadores de desempenho funcionam na prática e como eles estão (in) coerentes com os objetivos propostos pelo hospital como organização.

Para análise dos indicadores de desempenho, é importante lembrar que a premissa da lucratividade do mundo capitalista está sempre presente nas organizações. Nesse aspecto, há uma relação entre as normas e indicadores e os valores de produtividade que são quase sempre associados à utilização dos recursos. No entanto, o que se quer verificar é o quanto esses valores de produtividade relacionam-se com a eficácia dos hospitais. Eficácia, nesse contexto, significa resolver o problema do paciente. Não há necessariamente relação com o melhor aproveitamento dos recursos.

2.2 Entrevista

A entrevista pode colocar em evidência dois tipos de pontos de vista: (i) o primeiro constitui-se como um ponto de vista enviesado por um processo diretivo em que o questionário aplicado é padrão e (ii) o segundo se caracteriza como um processo não diretivo no qual existe possibilidade de respostas amplas e diversificadas. Esse tipo de questionário muitas vezes é aplicado conjuntamente com o primeiro. Quase sempre se aplica o questionário não diretivo seguido a respostas obtidas no questionário padrão que normalmente são “Sim” ou “Não”.

A pesquisa não diretiva pode trazer respostas interessantes ao pesquisador, contudo tal pesquisa não pode ser feita de maneira intuitiva. Há antes, a necessidade de entendimento dos limites, implicações e problemas da pesquisa não diretiva, fatores identificados por Thiollent (1985) como Problematização da Pesquisa.

A situação de entrevista ocorre em um contexto no qual há uma interface que, via de regra, separa o entrevistado e o entrevistador fazendo com que as respostas possam ser distorcidas pela falta de contexto do entrevistador ou pelo “excesso” de contexto do entrevistador, por exemplo: negro entrevistando negro sobre racismo contra negros. Nesta pesquisa nem o excesso nem a falta de contexto foram relevantes. A principal dificuldade da aplicação da pesquisa não diretiva nesta pesquisa foi a definição de quem na organização seria entrevistado.

Neste trabalho, estudou-se dois hospitais, um público (HA) e outro privado (HB). Entrevistou-se cerca de 30 funcionários no HA e 10 funcionários no HB. Esta diferença se deu meramente em função da disponibilidade dos funcionários em cada hospital. As pessoas entrevistadas foram diretores, gerentes de unidades e trabalhadores do núcleo operacional. Esses foram sempre médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e auxiliares de enfermagem e mais uma farmacêutica responsável pelo setor de Farmácia. Buscou-se, assim, obter respostas de representantes de diversos níveis hierárquicos, de diversas unidades e que possuem diferentes perspectivas acerca das questões colocadas, a fim de reduzir distorções e vieses.

Ressalta-se que um grande problema nos momentos das entrevistas era fazer com que os entrevistados entendessem o objetivo da pesquisa, mas não forçassem as respostas buscando falar o que o entrevistador tem por hipótese ou conhecimento prévio do assunto. Por isso, a utilização da pesquisa não-diretiva foi interessante, pois ela deixa o entrevistado mais livre para responder as perguntas.

Além dos funcionários, também foram entrevistados pacientes que se encontravam nos hospitais no momento da pesquisa. Para fazer as entrevistas com os pacientes e comparar a gestão dos indicadores dos hospitais, escolheram-se três setores comuns nos dois hospitais, quais sejam: farmácia, nutrição e enfermagem. Existem outros setores comuns, mas esses três foram considerados relevantes para a pesquisa por possuírem muito contato com os pacientes. Assim, o questionário aplicado nos pacientes foi voltado para esses três setores.

Colocada a problematização da pesquisa não-diretiva, discute-se a sua utilização, ou seja, o que pode auxiliar no desenvolvimento do trabalho. Michelat apud Thilolent (1985) destaca que a entrevista funciona como um poço de cultura que pode ser transmitida mais profundamente em um processo não diretivo, pois neste tipo de entrevista o entrevistado fica “solto” para definir seu campo de atuação.

Após a coleta de dados, foram feitas análises tentando encontrar características comuns nas respostas dos entrevistados. E, além disso, destacou-se verbalizações singulares dos entrevistados com o intuito de reforçar ou exemplificar uma análise.

2.3 Interação com o ambiente estudado

É interessante notar que à semelhança da pesquisa na área das ciências exatas - que demonstra o rigor científico a partir de modelos e construções matemáticas - a pesquisa que interage com as ciências sociais, caso deste trabalho, também pode e tem que possuir caráter científico para ganhar credibilidade e poder realmente ser considerada como produção científica.

A pesquisa foi compreendida em duas partes: uma elaboração dos questionários (em anexo) e uma outra: a aplicação. A primeira foi feita baseada nos conhecimentos prévios que permitiu identificar que informações seriam relevantes para a análise posterior tendo em vista a bibliografia e os assuntos abordados. A segunda parte consistiu na aplicação dos referidos questionários utilizando-se do método de entrevista face a face. Sempre que possível sistematizou-se as evidências em quadros e esquemas que fossem demonstrativos.

2.4 Trajetória da Pesquisa de Campo

Este trabalho, como colocado anteriormente foi realizado em dois hospitais. Nesta seção será descrito o caminho percorrido para realizar esta pesquisa nos hospitais HA e HB.

O HA é um hospital aberto à realização de pesquisas acadêmicas. Faz parte de seus objetivos contribuir com as pesquisas brasileiras. Em sua estrutura organizacional, existe uma Diretoria de Ensino que tem como funções principais gerenciar os estagiários e os projetos de pesquisas que ocorrem dentro do Hospital. Todos os estudos no HA devem ter um funcionário que se responsabilize pela pesquisa dentro do hospital. Portanto o primeiro passo que se deu para a realização deste trabalho foi encontrar esta pessoa. Acordado com uma das diretoras, que aceitou ser responsável pelo acompanhamento, passou-se para o segundo passo: aprovar o projeto em uma comissão de ética.

Esta aprovação foi um pouco dificultada pelo excesso de informações que deveriam constar no projeto associada à inexperiência do pesquisador em planejar estas necessidades – informações exigidas pelo HA – de maneira eficaz desde o início. Fato é que o HA tem

procedimentos muito rigorosos para pesquisas no ramo da saúde propriamente dito, pois lidam com a vida das pessoas diretamente. Contudo para o tipo de pesquisa que foi realizada, tais informações eram contraditórias. Precisava, por exemplo, saber quantas pessoas seriam estudadas ou qual o risco de cada pessoa. Por fim, numa segunda tentativa o projeto foi aprovado e a pesquisa iniciou-se.

Depois de iniciada, as dificuldades principais foram fazer com que as pessoas disponibilizassem tempo de trabalho delas para as entrevistas. Tal situação foi contornada com a ajuda da funcionária responsável pela pesquisa que encaminhava o pesquisador ao setor ou funcionário que seria entrevistado, mas não acompanhava as entrevistas em si. Ressalta-se que para este tipo de pesquisa é interessante planejar todos os possíveis entrevistados e antever todas as informações necessárias para o transcorrer da pesquisa, pois no projeto aprovado na comissão de ética deve constar tudo o que for necessário para a realização do trabalho, pois se houver necessidade de informações não previstas, haverá dificuldades em adquiri-las.

Já no HB, algumas dificuldades foram diferentes do HA. O pesquisador entrou em contato com a Diretoria pelo telefone explicando rapidamente sobre o projeto. A secretária do diretor solicitou que fosse enviado uma descrição da pesquisa. Enviou-se o solicitado em quatro laudas. Semanas depois, a secretária entrou em contato com o pesquisador comunicando a aprovação do projeto.

A primeira entrevista ocorreu com uma vice-diretora. Na ocasião, o pesquisador expôs como aconteceriam as entrevistas e maiores detalhes sobre o trabalho. A vice-diretora havia entendido que a pesquisa seria algo rápido de um dia. Ela marcou várias entrevistas com diversos funcionários no mesmo dia da primeira reunião. Estas entrevistas aconteceram, contudo o trabalho duraria alguns meses.

Como no projeto estava claro o tempo e o objetivo do trabalho - que geraria uma dissertação de mestrado - a vice-diretora deu continuidade no trabalho sem remetê-lo novamente ao diretor. As entrevistas e coleta de dados, portanto, com o apoio da vice-diretora e de uma funcionária do setor de qualidade designada pela própria vice-diretora.

Tal como no HA, disponibilidade do tempo dos funcionários configurou um problema. Com cada funcionário entrevistado após o primeiro dia, houve um processo de negociação entre o

funcionário e o entrevistado. Isso foi importante, pois no início, os funcionários demonstravam uma cordialidade que se mostrou maior à medida que os dias de entrevistas transcorriam. Ressalta-se a ajuda da funcionária do setor de qualidade e de uma outra do Serviço de Atendimento ao Consumidor que conduziu o pesquisador no interior do HB ajudando consideravelmente no processo de realização das entrevistas.

3. CONCEITO DE SERVIÇO

Existe uma distinção clássica entre atividade de serviço e manufatura destacada em algumas conceituações, contudo tal distinção não é importante para este trabalho, uma vez que, em muitos trabalhos recentes, percebe-se uma tentativa de encontrar elementos comuns na manufatura e nas atividades de serviços. Salerno (2001) destaca que ambos apresentam características um do outro. Ele coloca, por exemplo, a questão dos serviços ligados à compra de um automóvel, ou às atividades que o alfaiate faz sem a presença do consumidor. Outro exemplo é o de uma empresa de telecomunicação prestadora de serviços, porém com muitas atividades semelhantes à manufatura: prevenção, manutenção dentre outras.

Conforme Gorz (2005), na economia do conhecimento, todo trabalho, seja na produção industrial, seja no setor de serviços, contém um componente de saber cuja importância é crescente. O autor refere-se a um saber não formalizável que está relacionado à experiência, ao discernimento, à capacidade de coordenação, de auto-organização e de comunicação. Nesse sentido, tanto a atividade de serviço, quanto a manufatura são vistas como algo que necessita de conhecimento por lidar com eventos em busca de resolver os problemas dos clientes.

A dicotomia entre as atividades caracterizadas como serviço e as atividades caracterizadas como industriais é também relativizada em Zarifian (2001a) que aponta o aprofundamento da diferenças existente entre duas lógicas (e não atividades), a lógica industrial (chamada por Zarifian de Lógica Neofordista) e da lógica de serviço. A primeira diz respeito a empresas (de manufatura ou serviço) nas quais seu problema principal é produzir mais em menor tempo. Em geral, nesse caso, os produtos (ou serviços) são produzidos sob um regime de normas e padronização rigoroso. Eles são entregues sem uma ampla interação entre a organização e os clientes.

Já a lógica de serviço, aproxima-se de um entendimento no qual existe uma ampla relação entre o cliente e a organização. Nesse caso, a questão principal das organizações é resolver o problema do cliente/usuário. A interação entre a empresa e o cliente/usuário é uma consequência do pensamento “resolver o problema do cliente”. É uma situação na qual impera uma lógica de participação e de mobilização de competências da organização em busca de resolver o problema do cliente.

A produção industrial de serviços, para Zarifian (2001b) é composta por:

- a) um universo no qual se concebe as tecnologias e os novos produtos;
- b) um universo de sistemas técnicos que asseguram a produção material e;
- c) um universo constituído pela relação direta com os clientes ou usuários como, por exemplo, o setor de vendas.

A Lógica Industrial Neofordista remete ao Fordismo, com características voltadas para a produção em larga escala e o abaixamento dos custos de produção diluindo-o no alto volume. Por isso mesmo a lógica industrial tem seu foco no universo dos sistemas técnicos.

Já lógica de serviços possui características que privilegiam uma dimensão transversal entre os três universos da produção. Essa situação facilitaria a comunicação e isso permite que os universos ajam convergentemente para a solução do problema do cliente.

Para Zarifian, (2001a) as empresas são contraditórias, pois à medida que querem inserir a lógica de serviço em sua concepção de atividade também querem aprofundar as características da lógica industrial. Por exemplo: concentrar as atividades de produção e simultaneamente ramificar as atividades de venda dificultando a comunicação entre os dois setores. Uma empresa concentra a produção em um determinado local (uma cidade, por exemplo), mas os setores de venda estão espalhados por várias partes do mundo. A comunicação pode ficar prejudicada devido a grandes distâncias, diferenças culturais entre os postos de vendas ou diferenças econômicas, por exemplo.

Zarifian (2001c) também aponta que o serviço deve agir sobre as condições de uso ou sobre as condições de vida do destinatário, de forma que responda às suas necessidades. Assim, produção de serviço para esse autor é o processo que transforma as condições de existência de um indivíduo ou de um grupo de indivíduos.

Definição similar de serviço encontramos em Gadrey (2001) que define a atividade a partir de três lógicas de serviço articulando a intensidade da relação de serviço e as competências - técnicas ou pessoais - mobilizadas para a prestação do serviço: lógica de apoio ou intervenção solicitada, lógica da disponibilização de competência técnica e a lógica da performance.

No primeiro caso, estão inseridos os serviços nos quais o usuário solicita a intervenção pequena do provedor do serviço, como quando ele adquire uma refeição ou demanda uma

consulta médica, por exemplo, situações em que o contato entre o usuário e o provedor é necessariamente estabelecido.

No segundo caso, a lógica da disponibilização de competência técnica se dá após uma contratação inicial e o serviço estará permanentemente disponível para o usuário, salvo alguma eventualidade. Como no abastecimento de água, no uso de uma linha telefônica ou da energia elétrica, o contato com o provedor é mínimo.

Já no terceiro caso, na a lógica da performance, o usuário assiste a uma representação, como no teatro, no cinema, num espetáculo de circo, com maior ou menor interação. Nesse caso, a prestação do serviço é relativamente independente de uma demanda de um usuário específico.

Em cada um desses grupos de serviços, o tipo de capacidade com a qual o usuário está em contato, varia da mobilização de competências, mais ou menos codificadas, por intermédio ou não de uma capacidade técnica. As situações descritas abaixo exemplificam o que constitui uma atividade de serviço para Gadrey (2001). No primeiro trecho a seguir, podem ser encontradas as três lógicas propostas pelo autor; no segundo trecho, pode ser encontrada principalmente a primeira lógica.

Quando uma organização A, que possui ou controla uma capacidade técnica e humana (nesse caso fala-se também de competências) vende (ou propõe gratuitamente, quando se trata de serviços não comerciais) para um agente econômico B o direito de uso dessa capacidade e dessas competências por um período de tempo determinado, para produzir conseqüências úteis no próprio agente B, ou nos bens C que ele possui ou pelos quais é responsável. (GADREY, 2001, p.33).

Quando uma família ou um consumidor final (neste grau de abstração, esses conceitos são idênticos) emprega um assalariado para cuidar de seus bens ou de si mesmo ou eventualmente de pessoas (crianças, pais, etc.) diante das quais o empregado exerce uma função delegada de responsabilidade (GADREY, 2001, p.34-35).

Essa exemplificação pode ser considerada ampla, mas torna-se importante para o trabalho na medida em que ela conceitua atividade de serviço com elementos encontrados nas atividades hospitalares. De fato, o serviço prestado por hospitais pode ser enquadrado na primeira definição – o hospital vende ao paciente o direito de uso das competências de seus trabalhadores, que produzirão conseqüências úteis ao usuário; ao mesmo tempo, vale observar que, na segunda definição podem ser incluídos outros serviços de saúde, contratados pelo usuário/paciente sem a intermediação da organização “hospital” (por exemplo, um enfermeiro particular).

Pode-se perceber que, atualmente, as empresas colocam em seu “pacote de produtos” novas idéias de serviço. Elas, contudo, continuam avaliando o funcionário por uma lógica temporal tipicamente industrial. É uma dicotomia no cotidiano das empresas, representada pela existência simultânea da lógica neofordista e lógica de serviços.

Para definir “pacote de serviço”, foi utilizado o conceito encontrado em Correa & Caon (2002) no qual se coloca o “pacote de serviço” como aquele que contém toda a prestação do serviço composta por elementos palpáveis e elementos não-palpáveis. Associado ao conceito de “pacote de serviço” insere-se abaixo uma classificação das empresas de acordo com Correa & Caon (2002) com o intuito de entender melhor as características dos hospitais.

a) Serviços de massa: serviços oferecidos sem muitas variações e para grandes quantidades de pessoas como exemplo o transporte urbano e cartão de crédito. Nesse caso o “pacote de serviço” tem muitos elementos palpáveis.

b) Serviços profissionais: serviços oferecidos de maneira individualizada como assistência técnica, hospitais e consultorias. Os elementos do “pacote de serviço” possuem muitos elementos não palpáveis.

c) Loja de serviços: atividades intermediárias entre serviços de massa e serviços profissionais como banco e restaurantes.

Sendo assim, um hospital que fornece o remédio e conjuntamente produz a sensação de que o problema está resolvido tem em seu “pacote de serviço” elementos palpáveis como o remédio mas, muitos elementos não palpáveis como a cura e a interação dos clientes-usuários com os funcionários. Portanto, os hospitais constituem exemplo de serviço profissional.

O “pacote” pressupõe atendimento personalizado, mas, a avaliação da eficiência² do trabalhador pode ser medida pela quantidade de clientes-usuários/quantidade de atendimentos em um determinado tempo. Nos hospitais, esse dilema aparece em várias oportunidades. Os pacientes devem ser bem tratados nos leitos, mas ao mesmo tempo a necessidade de vagar o leito é grande. Isso é medido pelo índice de rotatividade de leitos, como será mostrado adiante.

² Eficiência tem relação com o melhor aproveitamento dos recursos e eficácia tem relação com o alcance do objetivo. Nos hospitais considera-se que o objetivo é resolver os problemas dos usuários (cura e promoção do bem-estar e bem-viver). (CHIAVENATO, 2003)

A proposta de conceito de serviço perpassa uma série de aspectos relacionados com a capacidade dos trabalhadores de tomarem decisões que, de alguma maneira, consigam alcançar os objetivos propostos pela organização e os benefícios esperados pelo cliente, que avaliará estas atividades sob várias óticas.

Nessa lógica de “pacote de serviço”, associada ao conceito de serviço como sendo “resolver o problema do paciente” (ZARIFIAN, 2001b) o conhecimento tornou-se a principal força produtiva e deveria abrir caminho para um novo momento acompanhado de novas estruturas. Conjuntamente com essa nova estrutura, novos mecanismos de avaliação são concebidos. Os indicadores de desempenho constituem um relevante mecanismo de avaliação e controle nas organizações (MARTINS, 1999). Por isso, há necessidade de um sistema de indicadores de desempenho coerente com os interesses da organização; esse tema será discutido no próximo capítulo.

4. INSTRUMENTOS DE MEDIDAS DE DESEMPENHO

Além de discutir sobre o conceito de serviço, o trabalho de Gadrey (2001), citado no capítulo anterior, torna-se relevante para esta pesquisa a partir do momento em que ele discute também a questão da produtividade na área de serviços. O autor critica as maneiras de medir essa produtividade, que muitas vezes segue princípios demasiadamente tayloristas, por exemplo: quantos pacientes foram atendidos ou quanto tempo, em média, dura um atendimento. Percebe-se uma discussão a respeito dos papéis dos indicadores de desempenho nas empresas de serviços que, no caso, são os hospitais.

As medidas tayloristas de produtividade destacadas por Gadrey (2001) destacam-se em muitos momentos no cotidiano dos hospitais. As análises dessas variáveis configuram-se como sendo importantes ferramentas de análise da produtividade. Em alguns momentos elas podem, inclusive, ter mais influência administrativa que o próprio entendimento de como o serviço pode ter realmente acontecido ou chegado de fato à eficácia em resolver o problema dos pacientes. Essas medidas desconsideram a especificidade de cada serviço prestado e a relação desta eficácia com a capacidade de atendimento do prestador de serviço. Essa situação torna-se ainda mais importante em serviços profissionais. Mintzberg (2003) destaca que a dificuldade de coordenar e controlar as atividades, nesse tipo de serviço, através de métodos e padrões enrijecidos é tão grande, que há a necessidade de utilizar outros métodos de padronização chamados pelo autor de Padronização por Habilidade e Padronização por Resultados. Contudo, o próprio Ministério da Saúde do Brasil estipula indicadores quantitativos que poderiam conduzir a uma padronização de métodos ao estilo taylorista como será mostrado mais adiante. Associado a dificuldade de se medir a atividades dos serviços profissionais, existe um problema na prestação desse tipo de serviço que antecede a mensuração. Zarifian (2001b) destaca que antes de se definir como a atividade vai acontecer ou como será controlada, as empresas devem entender qual é a real demanda dos clientes. O entendimento errado dessa questão pode gerar outros erros como uma avaliação equivocada.

Para lidar com a dificuldade de avaliar as empresas de serviços Gadrey (2001) defende a idéia de critérios multifacetados que considerariam questões diversificadas. Tais questões vão além dos indicadores quantitativos (como os propostos pelo Ministério da Saúde, apresentados adiante). Nesse caso, seria possível, por exemplo, existir indicadores que medissem a

quantidade de pacientes que retornam devido à recaída pelo mesmo problema ou ainda, medir se os pacientes que classificam sua interação com o médico como boa têm melhorias mais rápidas. Para essa diversificação é interessante conhecer o fluxo de atividades dos prestadores de serviços considerando, dentro deste fluxo, as competências reais para a eficácia do serviço. Assim, é possível definir diferentes metas, temporalmente distintas, em curto prazo e em longo prazo. A perspectiva de pensamento em longo prazo é essencial para que os indicadores consigam ser mais eficazes. Zarifian(2001c) expõe que quanto mais as empresas dão importância ao curto prazo, mais elas elaboram indicadores tayloristas afastando-se de outros tipos de indicadores que ajudam a entender a eficácia.

Nesse sentido, ainda segundo Gadrey (2001), há a possibilidade de o sistema de indicadores de desempenho medir as possíveis melhorias ocorridas dentro de determinadas situações consideradas importantes. É possível fundamentar critérios que avaliem o interesse pelo serviço e seus resultados, ou seja, o real valor do serviço. Esses critérios podem ser analisados quanto aos seus resultados em curto e longo prazo. Em ambas as situações, os parâmetros de medição visam entender os impactos da ação da empresa sobre suas pretensões como organização e propostas iniciais.

No caso dos hospitais, o sistema de indicadores de desempenho pode medir o tempo de produção aproximando-se de um sistema mais taylorista, o que consistiria em uma incoerência sob o ponto de vista do conceito de serviço, dentro de uma lógica de serviços e competências. Sob outro ponto de vista, o sistema de indicadores de desempenho dos hospitais pode medir o tempo de resposta ao problema, o que é mais coerente sob a lógica de serviços. Em uma terceira possibilidade, o sistema de indicadores de desempenho dos hospitais pode associar ambos: o tempo de resposta aos problemas e o tempo de produção. Na segunda e terceira possibilidade a diversificação multifacetada dos indicadores é importante para a medição da eficácia do serviço.

Dentro da lógica de serviço que está sendo considerada e proposta por Zarifian (2001c) e Gadrey (2001), destaca-se a importância da competência dos trabalhadores como fator relevante na eficiência e eficácia das organizações. Daí, a importância das trocas de conhecimentos entre os funcionários dentro de uma equipe na prestação do serviço e na compreensão da atividade. E daí também, a importância de se estabelecer sistemas de indicadores que levem em consideração diversos aspectos de avaliação com destaque para

aqueles que mostram as múltiplas avaliações e dão importância à troca de conhecimentos na resolução do problema do cliente/usuário.

4.1 *Balanced Scorecard*

O *Balanced Scorecard* (BSC) constitui um modelo de avaliação de desempenho fundamentado em Kaplan & Norton (1997). O BSC deve traduzir a missão e a estratégia da empresa em um conjunto de indicadores de desempenho que permitam às empresas uma visão de longo prazo relacionando causa e efeito dos indicadores. De acordo com o BSC, o desempenho das organizações deve ser medido dentro de quatro perspectivas. São elas:

- Financeira: é a perspectiva culminante do BSC, ou seja, todas as outras devem refletir algo na perspectiva financeira. Ela deve ser revista de acordo com o estágio que a organização se encontra.
- Cliente: essa perspectiva identifica em quais segmentos de clientes e mercados a organização atuará e quais as medidas de desempenho serão necessárias. Essa perspectiva permite o alinhamento da organização com as medidas essenciais de resultados sobre os clientes como: satisfação, fidelidade e captação.
- Processos Internos: as organizações devem identificar processos internos críticos em que elas devem buscar excelência. As medidas dos processos internos devem ser voltadas para aqueles que têm maior impacto com a satisfação do cliente e com o retorno financeiro.
- Aprendizagem: essa perspectiva deve mostrar o quanto a organização está evoluindo. Essa evolução será importante para a existência das empresas. Kaplan & Norton (1997) ressaltam que a fonte dessa aprendizagem são os funcionários. Eles diminuirão uma lacuna constante entre objetivos financeiros, processos internos e clientes.

Ao entender a perspectiva do cliente, deve-se entender como ela interferirá nos processos internos, na aprendizagem e nos indicadores financeiros na busca por atender a necessidade do cliente. Com isso, a empresa pode verificar se a estratégia implementada realmente atende às necessidades previstas ou está levando a empresa a resultados não desejados.

A idealização do BSC, de acordo com Kaplan & Norton (1997), veio devido ao entendimento que os indicadores em vigor até então eram muito voltados para a perspectiva financeira e não se atrelavam corretamente à estratégia das empresas. As organizações procuravam melhorar seus processos internos, por exemplo, através de baixos custos, melhor qualidade ou menores tempos de resposta.

Na FIG.1 é apresentada a esquematização do BSC, que, além de traduzir a estratégia da empresa, também serve como mecanismo de comunicação para que ações locais tenham resultados globais.

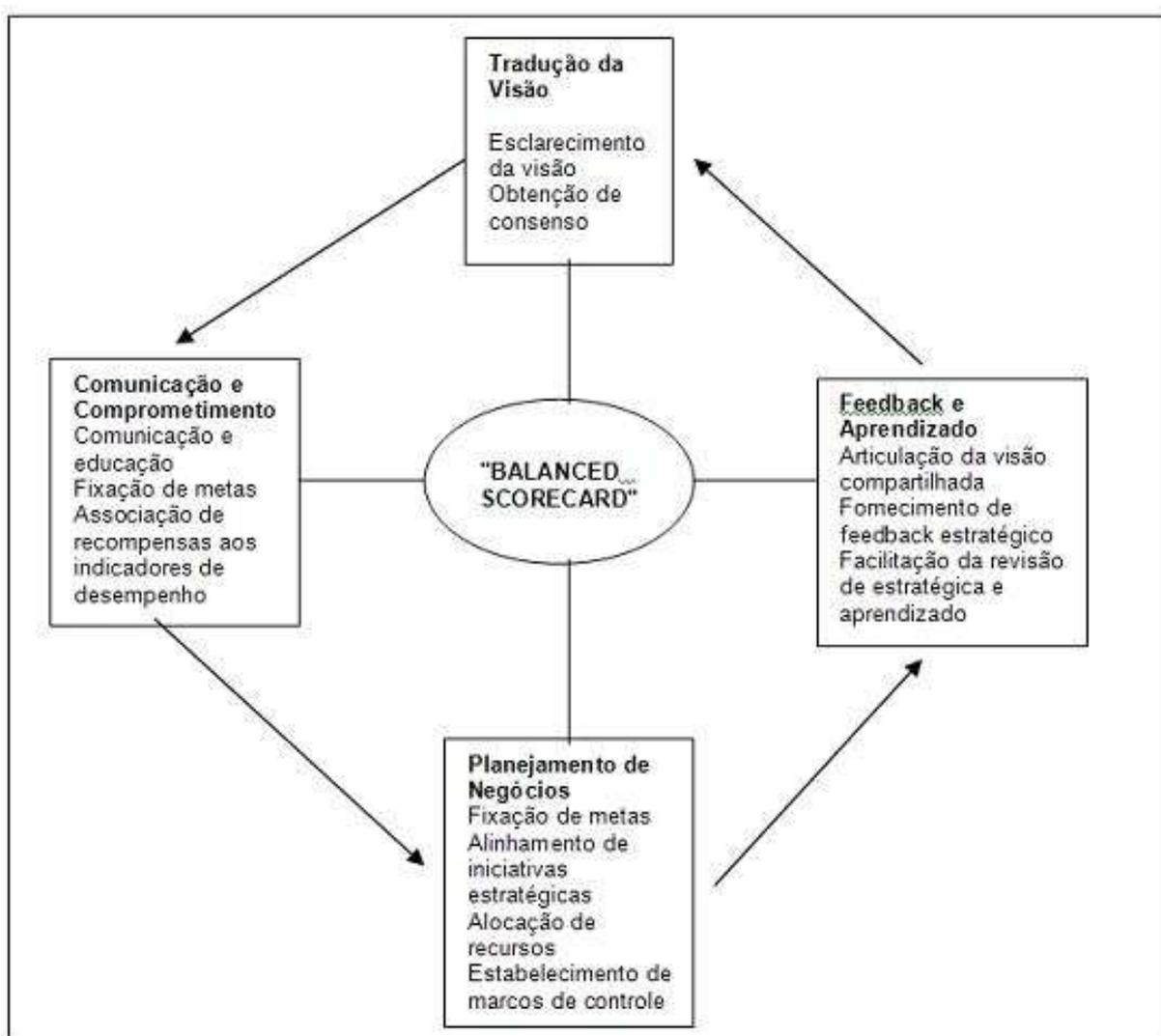


FIGURA 1- O BSC como Estrutura para Ação Estratégica

Fonte: KAPLAN & NORTON, 1997, p. 12

A relação de causa e efeito do BSC deverá permear todas as quatro perspectivas. Por exemplo, o retorno financeiro pode se relacionar com a fidelização do cliente que pode ter acontecido pela melhoria dos processos internos, que por sua vez, fez com que a organização

evoluísse (perspectiva da aprendizagem). A FIG. 2 mostra como esta relação pode acontecer dentro de uma organização hospitalar.

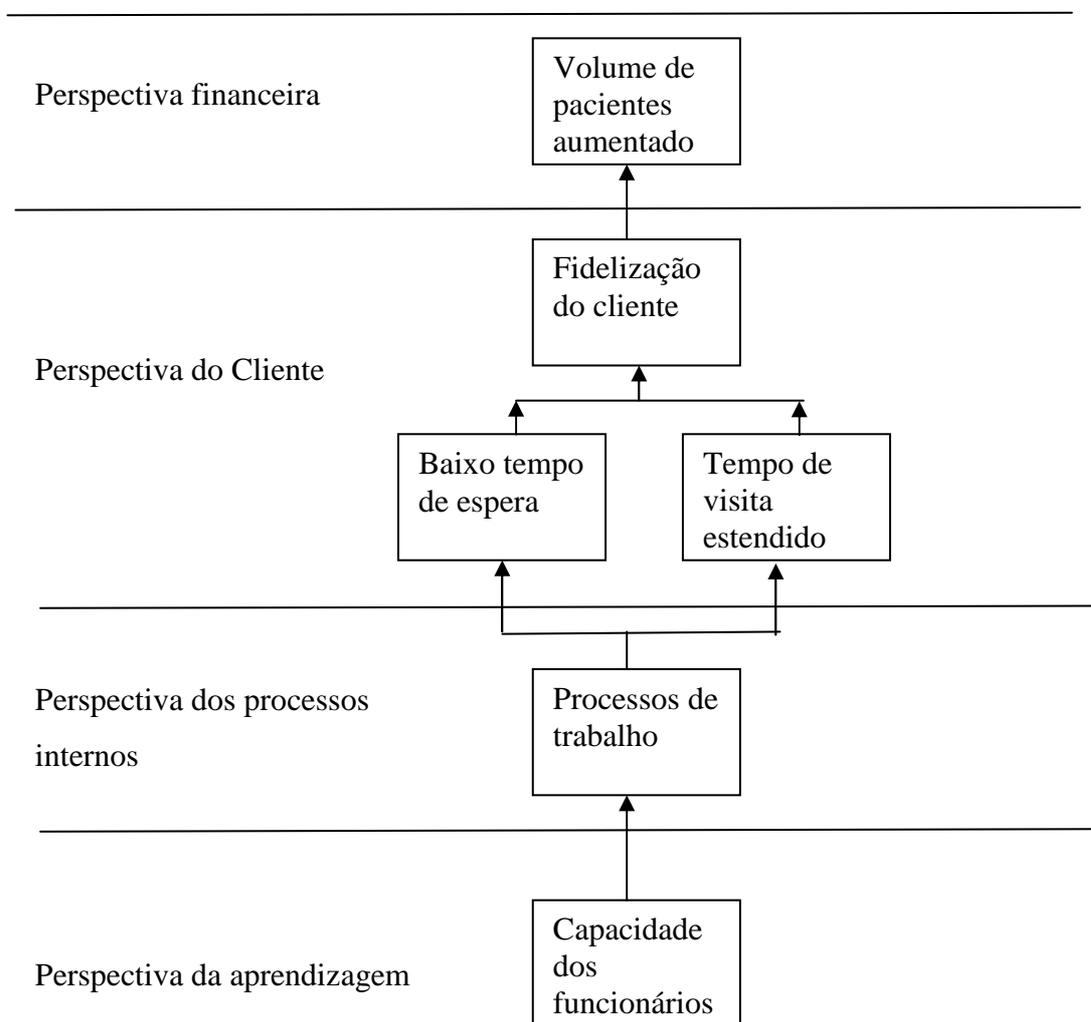


FIGURA - 2: Relação de causa efeito através das perspectivas do BSC

Fonte: KAPLAN & NORTON, 1997 Adaptada pelo autor

O *balanced scorecard* deve focar os resultados. Em caso de empresas privadas, resultados financeiros e em casos de empresas públicas, o foco deve ser a eficácia e eficiência da empresa.

A relação causa-efeito proposta pelo BSC é criticada, porém, em alguns trabalhos (SANTOS, 2004; NORREKLIT apud SANTOS 2004; ABREU et al, 2004), pois essa relação nem sempre se coloca com obviedade na realidade organizacional. Na situação descrita anteriormente, por exemplo, a fidelização que por fim pode gerar mais retorno financeiro, não é verdade necessariamente. Pois essa fidelização pode ter exigido um desprendimento de

recursos, que mesmo tornando os clientes mais fiéis não gerou o retorno monetário esperado. Sendo assim, o BSC pode não conseguir alinhar as expectativas empíricas utilizadas na concepção dos indicadores, pois a relação de causa-efeito esperada pode não se concretizar.

4.2 Instrumentos de medidas de desempenho em hospitais

Existe uma grande discussão na formulação dos indicadores de desempenho na literatura (GADREY, 2001; MARTINS, 1999; AZEVEDO, 1991; BITTAR, 1996; BEVAN & HOOD, 2006) e na prática, como se percebeu nas entrevistas dos dois hospitais estudados. Há um debate presente, nesse setor, no que diz respeito à simultaneidade de indicadores técnicos que meçam ações e recursos de maneira quantitativa e indicadores que visam medir questões qualitativas como a relação médico-paciente (KURCGANT et. al, 2005). Nas palavras da funcionária responsável pelo gerenciamento dos indicadores no HB: “Nós nos preocupamos com indicadores de todos os tipos. Mas principalmente as questões dos custos e da qualidade do atendimento são importantes.”

Já no HA, a fala de uma Diretora mostra a preocupação com os indicadores quantitativos do Ministério da Saúde. Ressalta-se que, de acordo com diretores do HA, os indicadores do Ministério da Saúde podem proporcionar outros indicadores, sendo alguns quantitativos e outros mais qualitativos. Uma das Diretoras do HA destaca, respondendo pergunta sobre os indicadores do Ministério da Saúde:

Nossa preocupação com os indicadores relaciona-se com os indicadores que o Ministério da Saúde determina. (que são indicadores quantitativos). Eles pra gente servem como um direcionador. Nós os destrinchamos em vários outros indicadores. Então quando a gente quer saber, por exemplo, o índice de mortalidade a gente coloca outros indicadores atrelados como tempo que permaneceu no leito até o falecimento, tempo para que o leito fique disponível. E assim a gente pode gerenciar nossos indicadores atendendo as nossas metas de acordo com o Ministério da Saúde.

Os hospitais (público ou privados) são avaliados pelo Ministério da Saúde em uma espécie de diagnóstico do Sistema de Saúde Brasileiro. O sistema de saúde inglês também faz algo parecido e avalia sua eficiência e eficácia. Para isso, utiliza metas e indicadores pré-estabelecidos que focam os recursos (BEVAN & HOOD, 2006). Os indicadores de desempenho, seja do sistema inglês, seja do sistema brasileiro avalia o serviço hospitalar em

níveis de controle diferenciados desde as necessidades do governo até as necessidades do hospital, mas retrata sempre a necessidade de gerenciar os recursos.

Além dos fatores internos, a sistematização dos indicadores de desempenho dos hospitais é influenciada por fatores externos como principalmente a necessidade de controle de custos dos órgãos que financiam os hospitais e os próprios indicadores de desempenho do Ministério da Saúde. A questão dos custos hospitalares vem conjuntamente com a necessidade de aumentar a produção que, por sua vez, será medida e controlada pelos indicadores que permitirão aos administradores hospitalares comparar dados e tomar decisões que possibilitarão um melhor aproveitamento dos recursos.

Ressalta-se que os custos hospitalares são grandes problemas para sua administração, contudo devido à complexidade de gerência desses custos, as organizações hospitalares veem no aumento da produtividade (maior volume para mesmo nível de recursos) uma das melhores maneiras de conseguir justificar os altos custos dos hospitais (AZEVEDO, 1991; BITTAR, 1996; BEVAN & HOOD, 2006). Destaca-se também que uma dimensão existente dentro da lógica de funcionamento de um hospital são os momentos de interação entre médico/enfermeiros e o paciente, pois são nesses momentos que os problemas dos pacientes são parcialmente resolvidos. Contudo, a pressão por aumento de produtividade e melhorias na qualidade da interação entre médico/enfermeiros e o paciente podem ser conflitantes. Seria interessante, portanto, que os indicadores avaliassem essa interação com o intuito de perceber a eficácia do hospital. Nas palavras de Kurcgant et. al (2005):

...a qualidade [dos serviços hospitalares] é definida como um conjunto de atributos que inclui um nível de excelência profissional, o uso eficiente de recursos, um mínimo de risco ao paciente-cliente, um alto grau de satisfação por parte dos usuários, considerando-se essencialmente os valores sociais existentes.

Decorrente dessa proposição, a implementação de estratégias que possibilitem avaliar esses atributos vem despontando no cenário atual, sendo a construção de indicadores referida pelos profissionais de saúde, como uma necessidade na busca da eficiência e da eficácia dos resultados organizacionais. Toda instituição, cuja missão essencial é assistir o ser humano, preocupa-se com a melhoria constante do atendimento, objetivando atingir uma relação harmônica entre as áreas: administrativa, tecnológica, econômica, assistencial, de ensino e de pesquisa. (KUCGANT ET. AL, 2005 PÁG. 90)

Em outra perspectiva de análise, Bittar (1996) — abrangência do indicador — coloca que os indicadores nos hospitais podem ser setoriais ou corporativos. Os primeiros trariam respostas de quanto produto foi obtido a partir de determinado nível de utilização da mão-de-obra e recursos de um determinado setor e o segundo tipo mediria o desempenho global dos

hospitais com objetivo de obter melhores resultados. Para cada setor, os indicadores de desempenho passam por análise de variáveis importantes diferentes. Para cada variável de análise, os trabalhadores devem mobilizar competências diferentes. Assim, dependendo do elemento do serviço considerado, as competências mobilizadas são variadas, em particular, no que tange aos seus componentes técnicos. Assim, também no que diz respeito às competências, o entendimento dos elementos dos serviços hospitalares permite a ampliação do campo de análise para além do viés médico e administrativo, os quais, embora extremamente importantes na interpretação das organizações hospitalares, são insuficientes para explicar a complexidade dos serviços constituintes do produto hospitalar (VARGAS e ZAWISLAK, 2005).

Com a finalidade de colocar os indicadores de desempenho dos hospitais e de caracterizar, inclusive, a idéia dos indicadores multifacetados (Gadrey, 2001), utilizou-se do trabalho de Vargas & Zawislak (2005) que analisa o processo de inovação do serviço hospitalar. Buscando apreender as inovações a partir de uma reflexão sobre os hospitais como organizações produtoras de um serviço complexo, a análise dos referidos autores contém os seguintes passos:

- a) Descrição dos elementos dos serviços hospitalares constituintes das funções dentro dos hospitais.
- b) Os suportes da prestação do serviço compostos pelas operações funcionais que afetam o serviço.
- c) Competências mobilizadas pelos prestadores do serviço colocadas em contato direto com o usuário ou indiretamente, utilizando os suportes do item b.
- d) As características do serviço ou seu valor de uso.
- e) Possíveis indicadores encontrados.

Os indicadores devem considerar todos os elementos encontrados nos hospitais. Essa percepção de Vargas e Zawislak (2005) em dividir os hospitais em elementos é percebida pela administração desse setor, como demonstraremos nos estudos de caso, pois a própria divisão do hospital em funções mostra isso.

Independente da setorização dos hospitais, é importante que os indicadores, sendo eles setoriais ou corporativos, sejam coerentes uns com os outros numa tentativa de evitar distorções. Parece, de fato, coerente considerar que o controle administrativo tem mesmo duas

instâncias de análise: aquela que tratará do núcleo operacional das organizações, que, no nosso caso, constitui todos os setores que têm contato direto com os clientes, e a instância de decisão que tomará por base os indicadores mais globais.

Azevedo (1991) destaca a importância de se medir e avaliar o desempenho hospitalar a partir da estrutura, do processo e dos resultados. A área de estrutura corresponde aos recursos dentre os quais estão inseridos máquinas, recursos humanos, instrumental, normativo e administrativo além das fontes de financiamento dos hospitais. Já os processos dizem respeito à utilização do aproveitamento dos recursos. E por fim, os resultados seriam as influências das atividades realizadas na saúde dos indivíduos ou de uma determinada população.

Imbuído em entender a relação da competência, da lógica de serviços e lógica neofordista, este trabalho caracterizará os indicadores em: indicadores que se aproximam da lógica de serviços e indicadores que se aproximam da lógica neofordista.

O primeiro tipo engloba os indicadores que se relacionam com as características da lógica de serviços. Nessa lógica, baseando-se no trabalho de Zarifian(2005), as atividades de uma empresa devam ser:

- a) Conhecer o cliente e seu ambiente de desenvolvimento da prestação do serviço.
- b) Interpretar e conhecer os problemas e expectativas dos clientes.
- c) Propor uma solução para o problema do cliente que vai apreciar esta proposta.
- d) Produzir o serviço, ou seja, agir sobre a demanda do cliente.
- e) Avaliar e acompanhar a qualidade do serviço.

Tomando por base os conceitos de lógica de serviços apresentados no capítulo 3, os indicadores de desempenho para serem inseridos em tal lógica deverão refletir:

- a) uma preocupação com a mudança no estado do cliente;
- b) um interesse na aprendizagem dos trabalhadores ou;
- c) um interesse em perceber a necessidade da competência para mudar o estado do cliente.

O segundo tipo de indicadores engloba aqueles que possuem aspectos ligados diretamente à lógica industrial. Nesse caso os indicadores devem refletir:

- a) o fluxo de produção – relação com taxas de algum tipo de produção em determinado tempo;
- b) o aproveitamento dos recursos – relação com a quantidade de recursos disponibilizados ou utilizados para determinada situação;
- c) uma preocupação em controlar o trabalho a partir de padronização.

Assim, para este trabalho os indicadores encontrados em campo poderão ser classificados pela lógica em que eles se aproximam. A análise de determinado indicador, dependendo de qual enquadramento na classificação ele estiver, facilitará chegar ao entendimento do papel destes naquela organização. Será importante visualizá-los dentro da proposta de classificação entre lógica de serviços e lógica neofordista porque, dependendo da classificação, os indicadores podem não estar ligados a resolver o problema do cliente/usuário. No caso da classificação entre setorial e global proposta por Bittar (1996), optou-se pela manutenção de tal classificação com o objetivo de perceber se os indicadores têm abrangência muito restrita ou não. Isso pode ser importante visto que uma ausência de indicadores globais pode levar a percepção de uma falta de entendimento da necessidade de sincronia entre os setores para a solução do cliente.

Com o objetivo de contextualizar ainda mais os indicadores de desempenho nos hospitais e colocar que a classificação em setorial e global é pertinente, remete-se novamente a idéia de que o serviço hospitalar é compreendido ou concebido de tal forma que os administradores dos hospitais o dividem em várias funcionalidades. Ou seja, o serviço hospitalar pode ser decomposto em uma série de outros serviços agregados funcionalmente (VARGAS e ZAWISLAK 2005) como já mencionado anteriormente. A importância de cada um dos serviços, nessa visão, dependerá do perfil da organização e do sistema de produção no qual ela está inserida. Destaca-se como “elementos” do serviço hospitalar os serviços de assistência médica, de hotelaria, manutenção, alimentação, limpeza além da administração de todo o processo. Nas palavras de Vargas e Zawislak (2005):

Evidentemente, os serviços médicos ocupam um espaço importante, mas os outros elementos permitem a análise do conjunto de serviços produzidos pelo hospital. Estes serviços elementares se agregam e interagem para fornecer o serviço hospitalar, o produto global do hospital aos olhos dos seus clientes e usuários. Por exemplo, o resultado positivo de uma cirurgia, ainda que fortemente dependente da habilidade profissional do médico, não pode ser alcançado sem o perfeito trabalho logístico que providencia todos os meios necessários, sem que as atividades de limpeza especializadas assegurem a assepsia requerida, sem que os cuidados posteriores das enfermeiras sejam adequados, sem que a informação sobre o histórico do paciente tenha sido corretamente provisionada e tratada, enfim, sem

que a integração de todos estes serviços elementares tenham sido atingida. Este enfoque oferece, desde já, uma perspectiva muito mais ampla para a análise do serviço hospitalar e, certamente, os indicadores a serem analisados. (VARGAS e ZAWISLAK, 2005. pág. 8)

4.2.1 Instrumentos de medidas de desempenho em hospitais para o Ministério da Saúde

Sobre indicadores mais voltados para a lógica neofordista, destaca-se o trabalho de Bittar (1996), que traz explicações sobre indicadores utilizados nos hospitais, sejam eles públicos ou privados, pré-determinados no Ministério da Saúde brasileiro. Existem nos hospitais que constituem o estudo de caso deste trabalho outros indicadores que não são determinados por esse órgão federal, que também trataremos no capítulo do estudo de caso. Embora o Ministério da Saúde determine outros indicadores, optou-se por discutir apenas aqueles que possam ser aplicados em qualquer tipo de hospital independente de suas especialidades.

a) Taxa de ocupação

Relação percentual entre o número de pacientes-dia em determinado período e o número de leitos-dia utilizados no mesmo período. Esse é um indicador voltado para os recursos que podem vir a ter uma relação com o comportamento dos médicos, enfermeiros e auxiliares. O que se percebe é que em períodos nos quais essa relação (número de paciente-dia/leitos-dia utilizados) se aproxima de 1, os médicos e enfermeiros sentem-se pressionados a tomar decisões com o intuito de diminuir esta relação. Pode haver casos, nos quais os pacientes deveriam ainda ficar internados para maior observação ou mesmo por apenas precaução, mas são liberados para casa. Essas atitudes são tomadas em geral quando a taxa de ocupação aproxima-se de 1, pois há necessidade de ter uma reserva de leitos para situações de maiores riscos. Percebe-se que a solução do problema do paciente, nesse caso, pode ser substituída pela preocupação em avaliar a taxa de ocupação. Pode haver um distúrbio do real objetivo do hospital quando pensamos no conceito do serviço teórico.

b) Taxa de infecção hospitalar

Relação percentual entre o número de infecções adquiridas pelos pacientes em um determinado período e o número de altas e óbitos no mesmo período. A análise importante

para o hospital, nesse caso, é diminuir essa relação buscando resolver as causas que elevem os números desse indicador.

c) Média de permanência

De acordo com o Ministério da Saúde, esse indicador consiste na relação numérica entre o total de pacientes-dia em um determinado período e o total de saídas (altas e óbitos) nesse mesmo período.

Uma análise desse indicador traz resultados parecidos com a análise feita para o indicador Taxa de Ocupação tanto no que tange ao enquadramento deste indicador dentro de uma lógica de aproveitamento dos recursos, como na influência dele no comportamento dos profissionais.

d) Índice de Renovação ou Giro de Rotatividade (IR/GR)

Esse indicador consiste em relacionar o número de pacientes saídos (altas e óbitos) em um determinado período e número de leitos postos à disposição dos pacientes, no mesmo período. Ele representa a utilização do leito hospitalar neste determinado período

Apesar de parecido com a Taxa de ocupação e com o índice de permanência, esse indicador traz a informação justamente contrária aos outros dois, pois ele mostra o número de leitos livres e não a ocupação ou permanência. Apesar da diferença mencionada, sua influência no comportamento dos trabalhadores é similar aos outros dois.

e) Índice Intervalo Substituição (IIS)

Esse indicador demonstra o tempo médio de desocupação de um leito. Ele é calculado por meio da relação entre saída de um paciente e a admissão de outro. Matematicamente o Índice Intervalo de Substituição se dá pela relação:

$$\text{IIS} = \frac{\text{\% de desocupação} \times \text{média de permanência}}{\text{\% ocupação}}$$

Percebe-se que para o Ministério da Saúde os indicadores são, em sua maioria, voltados para o aproveitamento dos recursos, mesmo sendo um serviço hospitalar de elevado cunho

qualitativo. Para o Ministério da Saúde, os índices são focados nos processos, pois o objetivo em geral é medir a relação de aproveitamento dos recursos, o que na definição utilizada cabe no foco nos processos. Essas avaliações, sob a perspectiva teórica do conceito de serviços, estão incoerentes, pois em nenhum momento avalia-se se o cliente teve seu problema resolvido e em qual grau isso se deu

Esses quatro indicadores (Taxa de Ocupação, Média de Permanência, e Índice de Renovação ou Giro de Rotatividade e Índice Intervalo Substituição) possuem o mesmo tipo de influência nas decisões dos trabalhadores. Isso ocorre porque eles medem basicamente as mesmas variáveis sob pontos de vistas diferentes. Para a administração, tais informações sob pontos de vistas diferentes podem ser importantes para decisões de gestão dos custos e utilização dos recursos dos hospitais. O nível de solução dos problemas dos pacientes, entretanto, pode não ser medido por esses indicadores, como já ressaltado.

Para aprofundar a questão de que os indicadores podem avaliar a satisfação dos pacientes, destaca-se o trabalho já relativamente antigo de Carvalho (1973) apud Azevedo (1991) que menciona o papel do prontuário dos pacientes como fomentador de informação para o desempenho e controle da qualidade. A partir desse instrumento de responsabilidade dos próprios médicos e enfermeiros, os administradores podem controlar aspectos como, por exemplo, infecções, cumprimentos de procedimentos ou momentos de altas. Entretanto, o prontuário, atualmente, serve como apoio para os médicos e enfermeiros no acompanhamento dos pacientes e não como instrumento de avaliação e controle da administração do hospital. Isso não quer dizer que ele deixou de ser importante na solução do problema do paciente, mas não tem papel de indicador de desempenho e nem de controle de qualidade.

A discussão dos instrumentos de medidas de desempenho em hospitais do Ministério da Saúde está inserida, como percebido, no excesso de mecanismos quantitativos e na importância dada a indicadores desse tipo, em uma lógica neofordista. Essa situação, porém, aproximaria a atividade hospitalar de uma linha de montagem, o que não deve ser feito devido às características dos serviços hospitalares (LIMA, 2006; KLUCK et al, 2002).

5. COMPETÊNCIAS

Neste capítulo será tratado o conceito de “competências”, pois, como colocado no capítulo a respeito do conceito de serviço, a eficácia das atividades de serviços depende da competência dos trabalhadores. Também será tratada neste capítulo a questão da humanização, visto que, o reconhecimento da competência dos trabalhadores relaciona-se com o processo de humanização dos serviços tanto do ponto de vista do cliente-usuário, quanto do ponto de vista do trabalhador.

Com a intenção de chegar ao entendimento das competências, busca-se inicialmente a análise organizacional taylorista. Nessa, a tarefa é estável e parcelar, sendo que a soma das tarefas geram o produto. Taylor (1976) desconsiderava que o trabalhador decidiria alguma coisa relacionada ao trabalho. O reconhecimento do trabalhador como ser humano, porém, passa pela possibilidade de que ele tome decisões ao realizar seu trabalho, independente do tipo, grau ou impacto da decisão. Essa tomada de decisões torna-se possível a partir da construção de sua competência.

Zarifian (2001a) destaca que a cooperação e a comunicação compõem a formação da competência adquirida pela interação social dos trabalhadores. Essa interação pode ser reconhecida pela organização ou não. Nesse caso, a interação social acontece informalmente. A adoção de modelos nos quais o trabalho é mais autônomo traz consigo a idéia de um trabalhador de maior qualificação. Entretanto, bem como os trabalhadores de uma organização taylorista, estes trabalhadores mais autônomos são vistoriados por mecanismos de controle – tais como os indicadores de desempenho.

A competência, portanto, tem papel importante nas organizações, independente da sua estrutura de funcionamento. Como fator importante, ela deve ser estimulada pelos indicadores de desempenho, quando existirem. Dessa forma, a questão principal para este trabalho consiste em como o sistema de indicadores de desempenho considerará a competência dentro de um conceito de serviço pré-determinado.

5.1 Competência e regra

A competência, como visto no item anterior, está relacionada à autonomia e por isso acaba se contrastando com a dificuldade ou facilidade, existente nas organizações, das pessoas em seguirem uma regra, não por uma transgressão premeditada com o intuito de corrupção, mas sim, ir além das normas no sentido de resolver os problemas ou não resolvê-los.

Em geral, existe distância entre a regra organizada antecipadamente e o real acontecimento, o que gera dificuldade em segui-las (COULON, 1995). Mesmo quando as regras pregam a participação dos trabalhadores, elas estarão sempre atrasadas em relação aos acontecimentos e a própria capacidade (competência) do trabalhador de refazer o método de trabalho. Nesse caso, sempre haverá transgressão das normas porque o indivíduo estará sempre inovando na busca de novas maneiras de realizar o trabalho. Coulon (1995) destaca que a normalização é necessária tendo como objetivo nortear as atividades, mas não podem ser vistas como uma real significação dos atos porque não o são. Os atos são, de fato, influenciados pelas regras, mas também por outros fatores que o circundam (COULON, 1995).

Vejamos, por exemplo, como a burocracia evidencia o problema da distância entre as normas e a realidade do trabalho e do meio. As burocracias caracterizam-se por serem sistemas sociais formais, serem impessoais e possuírem administradores profissionais (MOTTA, 2004). A normalização é uma evidência de formalidade e também de impessoalidade. Não há espaço para exceções, existem as normas e, se não houver uma para tal situação, que se crie outra. Tais exceções são fatores causadores de disfunções na burocracia que acabam exigindo transgressões de normas para que os problemas sejam resolvidos. A singularidade de cada situação é importante para a formação da competência.

5.2 Definições de competência

Para Fleury e Fleury (2004) competência individual é saber agir responsabilmente, o que implica em mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo.

Entretanto, Zarifian (2001a) define a competência individual como sendo o “tomar iniciativa” e o “assumir responsabilidade” do indivíduo diante das situações profissionais que ele enfrenta no seu cotidiano.

Dentro das organizações, a competência mostra-se como sendo algo importante na resolução dos problemas dos clientes/usuários. Para Zarifian (2001a), a Lógica de competências é uma maneira de organização e pensamento sobre competência profissional que exige mudanças estruturais que permitam às organizações serem mais susceptíveis às mudanças e menos mecânicas. De acordo com o autor algumas novas características das atividades de trabalho levam as organizações a mudanças; tais características giram em torno de três conceitos:

a) Eventos: acontecimentos surpreendentes que rompem o fluxo cotidiano no trabalho, e que se tornam mais constantes ou importantes em ambientes dinâmicos, sujeitos a alta variabilidade. Por consequência dos eventos, os trabalhadores agregam conhecimentos que aumentarão suas competências.

b) Comunicação: “[...] construir um entendimento recíproco e bases de compromissos que serão a garantia do sucesso das ações desenvolvidas em conjunto.” (ZARIFIAN, 2001a, p: 45) Isto é, uma boa comunicação permitirá que as organizações tenham suas interações melhoradas. Permitirá aos trabalhadores entender os problemas dos outros e a influência que suas ações têm nos problemas dos outros e dar noção de justiça entre as pessoas.

c) O trabalho é visto como um serviço. Todas as atividades (mesmo que sejam pormenorizadas) exercidas pelo trabalhador que interfiram nas condições de outras pessoas ou instituições sejam elas de que tipo for, constituem um serviço. Para entender essa condição de que todo trabalho é serviço e que ele interfere na condição do cliente ou no usuário, será utilizado o exemplo de Zarifian (2001a, p. 48) a respeito de uma siderurgia.

O “produto” (no exemplo dado, produtos de aço) é simplesmente a solução possível para esse problema (amortecer os choques dos carros ao longo das estradas, ou para resolver problemas de baixo peso específico e de resistência das chapas dos automóveis), elaborada após estudos e testes, e que compete com outras soluções (soluções em cimento, para as estradas; em plástico, para as chapas de automóveis). É nesse sentido que se pode falar de “serviço”, e evocar a co-produção de serviço entre cliente-usuário e a empresa produtora de serviço. (ZARIFIAN,2001a, p.48)

Em uma estrutura onde impera a lógica da competência, o trabalhador tem que assumir responsabilidades, tomar iniciativa (principalmente diante de eventos, que por definição não estão normalizados, já que são novos), entender de maneira prática o contexto em que está

inserido. Além disso deve utilizar-se de conhecimentos adquiridos nos eventos e conseguir transformar esses conhecimentos em informações úteis para a empresa, por exemplo, formalizando este conhecimento para que o acontecido em um determinado evento passe a ter procedimentos fazendo com que essa situação, caso reapareça não seja mais um evento (Zarifian, 2001a).

Para Sveiby (1998), a competência é a capacidade que um indivíduo possui para agir, baseada em seus conhecimentos teóricos e tácitos, que envolvem cinco elementos interligados: conhecimento explícito, habilidade, experiência, julgamento de valor e rede social. Schwartz (1998) ao definir competência, considera-a constituída de seis ingredientes discutidos nos parágrafos seguintes.

O primeiro ingrediente relaciona-se ao que Schwartz denomina de “domínio dos protocolos”. Entende-se que essa expressão considera a necessidade de conhecimentos prévios para a execução do trabalho antes de sua realização.

O segundo ingrediente é bastante interessante, pois ele se caracteriza justamente pelo contrário do primeiro. Ele enfatiza a capacidade (competência) do trabalhador de se apropriar de cada situação e sua singularidade. Nesse caso, Schwartz (1998) coloca a aprendizagem como uma situação única. Seriam os eventos definidos em Zarifian (2001c).

O terceiro ingrediente de Schwartz (1998) é o elo entre o primeiro e o segundo ingredientes. O quarto ingrediente da Competência para Schwartz (1998) diz respeito à discussão das normas. Schwartz (2000) coloca que essa questão tem a ver com o “uso de si” por si mesmo ou o “uso de si” pelo outro. Nesse caso trata-se de como a organização, ou seja, o meio utilizará o trabalhador. Já o “uso de si” por si mesmo trata de como o próprio trabalhador vai utilizar do seu corpo e da sua competência.

O quinto ingrediente da competência relaciona-se com a capacidade da pessoa em ativar seu potencial de solução do problema a partir dos ingredientes anteriores, ou seja, as normas, a aprendizagem com outras situações, o entendimento da organização e do meio.

O sexto ingrediente traz o histórico do sujeito para a formação da competência. Cabe aqui que o entendimento e as decisões do sujeito em situação de trabalho são frutos não só das situações de trabalho, mas, também da vida social do sujeito na família, escola, outras organizações e suas experiências anteriores.

De acordo com Parry (1996), na definição de competência, enfatiza-se o treinamento e o desenvolvimento para a melhoria da performance das pessoas. Contudo, em muitas situações a aprendizagem vem a partir do enfrentamento, isto é, o trabalhador necessita vivenciá-las para que aprenda. Nesse caso, não há como adquirir o aprendizado total apenas por meio de treinamento. Esse é o caso dos eventos ou situações imprevistas. Por meio de treinamentos, são narrados os procedimentos a serem praticados. O trabalhador imaginará o que deverá ser feito, mas quando ele enfrentar a situação real pode ocorrer de ele não se lembrar dos procedimentos que lhe foram informados e agir a partir das situações que lhe são apresentadas naquele momento.

Nesse âmbito, a definição de competência é o saber fazer, a habilidade ou a capacidade de realizar. O que se percebe é que, em função dos diversos pontos de vista e interesses refletidos no conceito de competência, pode haver divergências entre autores. Mas, na maioria dos conceitos de competência aqui citados, há um traço comum, visto que enfatizam:

- o “saber”, que está relacionado às dimensões práticas, técnicas e científicas que são adquiridas formalmente ou através de experiência profissional;
- o “saber agir” ou “como fazer” que é a capacidade de transpor os conhecimentos para situações concretas, tomada de decisões, resolução de problemas;
- o “saber ser” que envolve características de personalidade adequadas aos comportamentos requeridos nas relações de trabalho responsabilidade, cooperação, assimilação de novos valores, entre outros (CARIOLA e QUIROZ, 1997, STROOBANTS, 1997 e MANFREDI, 1998 apud INVERNIZZI, 2001).

Resumidamente, competência é a mobilização de conhecimentos formais e informais que o trabalhador utiliza em busca de resolver o problema do cliente. O questionamento é como medir coerentemente a produtividade de um trabalho profissional no qual a competência é um elemento chave do próprio trabalho. Ressalta-se que neste trabalho a definição de competência adotada foi a de Zarifian (2001a).

5.3 Competências dentro das organizações

Para analisar a questão das competências e os mecanismos de medição dentro da organização destaca-se Zarifian (2001a) que discute como saber se a lógica da competência está sendo ou não produtiva. Uma das premissas importantes da lógica das competências diz respeito ao entendimento da finalidade do trabalho dentro do contexto global da organização. Para um bom êxito dessas definições, deve existir o entendimento da ação local com conseqüências globais. Zarifian (2001a) destaca também que é importante que a organização determine competências chaves e que essas tenham grande visibilidade dentro dela. Os trabalhadores têm que sabê-las e se enxergar nelas.

Essas competências chave têm que se associar à competência dos trabalhadores em questões econômicas relacionadas ao valor. A idéia de valor depende da estratégia da organização, mas destaca-se a qualidade do serviço, o nível de flexibilidade e inovação que a organização tem ou deseja ter, a otimização dos recursos e a otimização do sistema de informação. Do ponto de vista da competência, a avaliação da organização pode ser feita através de informações a respeito da capacidade de decisão, do nível de interação em busca de resolver os problemas e da agregação de conhecimentos com eventos em várias situações diferentes. A FIG. 3 explica como o “Evento” e a competência relacionam-se com a eficiência de acordo com Zarifian (2001b). O evento como sendo algo novo gerando aprendizagem associada ao conhecimento formal pode gerar mais eficiência na resolução dos problemas.

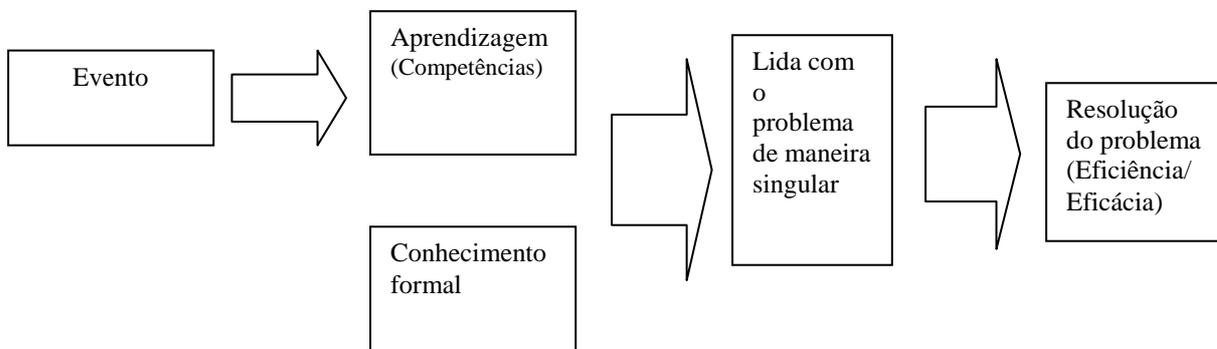


FIGURA 3. Relação dos eventos com a eficiência e eficácia
Fonte: Elaborado pelo autor

A lógica da competência exige uma organização mais dinâmica que realmente acredite na possibilidade de o trabalhador ter algum poder de decisão e estar mais disposto a assumir riscos (maiores benefícios sociais e financeiros) outrora apenas das chefias.

A interpretação e a compreensão do trabalho não dão conta de problemas e expectativas que requerem soluções muito particulares tais como podem ser as soluções em serviços de saúde. Assim, é preciso construir em conjunto com o cliente-usuário a solução que vai corresponder à sua atividade. Para tanto, a competência se faz imprescindível.

5.4 Humanização

Os estudos de caso desse trabalho realizados nos hospitais mostram que a questão da humanização é relevante para as atividades desse setor, como será mostrado a seguir no capítulo 6. Um pressuposto adotado neste trabalho é que a competência dos trabalhadores é necessária para que os problemas dos clientes-usuários sejam resolvidos. Sendo assim, quando colocado que a humanização é útil para a eficácia dos serviços hospitalares e a competência dos trabalhadores também o é, considerou-se pertinente a inserção da seção sobre humanização dentro do capítulo sobre competências.

O conceito de humanização surgiu com muita ênfase depois da vinculação dos direitos humanos tendo a Declaração Universal dos Direitos do Homem (ONU, 1948) como documento-base. Fundamentada nas noções de dignidade e igualdade de todos os seres humanos, na perspectiva em estudo pode ser considerada como tudo aquilo que é devido ao paciente como um ser humano, pelos médicos e pelo Estado. Esse raciocínio se conformou e se consolidou a partir dos direitos humanos considerando a natureza social do indivíduo.

De acordo com Who apud Vaitsman & Andrade (2005:608, grifo do autor): “Humanização é a idéia de dignidade e respeito à vida humana, enfatizando-se a dimensão ética na relação entre pacientes e profissionais de saúde.”

Na área da saúde, esse conceito tomou muita força na década de 90. A crítica histórica em relação aos serviços hospitalares remete à prática médica que havia se tornado impessoal e

desumana. Torna-se evidente, portanto, para a administração de alguns hospitais, inclusive para os hospitais estudados (com maior ênfase no HA que no HB) neste trabalho, que é preciso humanizar o serviço para torná-lo eficaz, ou seja, resolver o problema do cliente como já definido anteriormente. Posto isso, percebendo que a Humanização é grande objeto de discussão cabe identificarmos quais elementos são importantes para humanizar o serviço de um hospital. Humanizar se compõe, de acordo com Vaitsman & Andrade (2005), essencialmente por:

a) **Dignidade**

Ser tratado com respeito e consideração, ser bem recebido nas unidades de saúde, tratado respeitosamente em qualquer circunstância. Ser examinado e tratado tendo a privacidade e o direito de sigilo das informações sobre sua doença respeitadas.

b) **Confidencialidade**

As consultas devem ser conduzidas de maneira a que a privacidade seja protegida e garantida a confidencialidade de toda a informação fornecida pelo paciente, mantendo-a em arquivos médicos confidenciais, exceto se a informação for necessária para o tratamento para outros profissionais de saúde.

c) **Apoio Social**

Permissão aos pacientes internos de visitas de parentes e amigos, provisão de comida e outros artigos não providos pelo hospital; permissão de práticas religiosas não prejudiciais às atividades do hospital e que não firam a sensibilidade de outros indivíduos; acesso a rádios, jornais ou algum outro material de leitura, algum tipo de apoio para os pacientes terminais e no pós-hospitalar.

d) **Bons ambientes físicos**

O meio no qual o cuidado de saúde é provido deve incluir vizinhança e arredores limpos, mobília adequada, comida saudável e de boa procedência, ventilação suficiente, água limpa, banheiros e roupas limpos. Devem ser realizados procedimentos regulares de limpeza e manutenção da edificação e alicerces do hospital.

e) Aspectos interpessoais

Modo com que cada profissional de saúde interage pessoalmente com os pacientes, ou seja, respeito, cortesia, interesse, animosidade.

f) Continuidade

Constância do cuidado.

g) Receptividade

Prontidão em ajudar e responder às necessidades dos usuários.

h) Agilidade

Unidades de saúde devem ser geograficamente acessíveis, levando em conta a distância, o transporte e o terreno. Os pacientes devem conseguir cuidado rápido em emergências e o tempo de espera por consultas e tratamento deve ser curto.

i) Gestão Participativa

As unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários.

j) Autonomia

Ter informação sobre as opções e alternativas de tratamento e permissão para tomar decisões sobre o tipo de tratamento, depois de discutir com o profissional de saúde, devendo ser encorajado a questionar. Poder recusar o tratamento. Ter o consentimento do paciente antes de iniciar tratamento ou testes.

l) Comunicação

O profissional de saúde deve ouvir o paciente cuidadosamente e fornecer explicações de modo que o paciente possa entender, dispondo de tempo suficiente para esclarecer todas as suas dúvidas.

m) Competência

Estimular práticas resolutivas, racionalizar e adequar o uso de medicamentos eliminando ações desnecessárias.

n) **Eficácia**

Resultados dos serviços prestados, ou seja, melhoria ou manutenção da saúde

Postos esses elementos componentes de um processo de humanização, destacam-se os dois últimos, nos quais este trabalho apóia em maior grau. Assim pode-se colocar o processo de humanização como essencial para a valorização dos trabalhadores e para o problema do cliente/usuário ser resolvido. A questão colocada agora é: quais variáveis estão sendo medidas e que relação existe entre essas variáveis controladas pelos indicadores e esses elementos? A análise dos estudos de caso permitirá uma percepção como a humanização, qualidade, a valorização dos trabalhadores, os resultados e o aproveitamento dos recursos estão sendo avaliados pelos hospitais HA e HB.

6. ESTUDO DE CASO

A definição da produção de serviços colocada anteriormente permite ampliar a análise do processo de realização dos serviços, sobretudo, no que diz respeito às fontes e aos atores deste processo. Nessa perspectiva, a concepção da produção de serviços como uma atividade multifuncional, permite a interpretação de que, no cerne da atividade de um serviço, convivem diferentes trajetórias de competência. Essa visão geral está no centro da decomposição do serviço hospitalar e do entendimento dos serviços hospitalares como será discutido na análise dos estudos de caso.

6.1 Estudo de caso nº 1: HA

O Estudo de caso nº 1, como colocado anteriormente, foi realizado em um Hospital Público Municipal, Geral, de Urgência e Emergência e de Ensino, da cidade de Belo Horizonte no estado de Minas Gerais.

O HA possui 436 leitos, sendo 348 nas Unidades de Internação, 88 na Unidade de Urgência e Emergência e 18 leitos de Hospital-dia, um Ambulatório de Especialidades e uma Unidade de Fisioterapia. Cabe ressaltar que a capacidade instalada do hospital deve aumentar brevemente, visto que ele passa por reformas de ampliação.

Constitui-se como uma referência para as urgências clínicas (pediatria, ginecologia e clínica médica), cirúrgicas (ortopédicas, neurológicas, buco-maxilo-facial, vasculares, cirurgia plástica, ginecológicas), com atendimento médio de 600 pacientes/dia. Sua Maternidade de Alto Risco realiza cerca de 160 partos/mês.

Com atendimento exclusivo ao SUS (Sistema Único de Saúde), assiste não só aos cidadãos de Belo Horizonte mas, também pacientes vindos de outras cidades do Estado de Minas Gerais, sendo esses responsáveis por cerca de 25% do total de atendimentos.

Como Hospital Escola, proporciona estágios em fisioterapia, nutrição, enfermagem, medicina, informática, serviços administrativos, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional e residência médica em várias áreas.

O Programa de Atenção Domiciliar faz parte do Projeto de Humanização que, além de promover a desospitalização dos pacientes favorece o fortalecimento do vínculo paciente-família.

Para nortear as atividades da Diretoria, e por consequência de cada Unidade de Produção, a direção central do Hospital estipulou os valores que deverão fazer parte da elaboração conceitual do Contrato de Gestão. Esse contrato é um acordo feito entre a Diretoria Geral e as unidades do HA incluindo metas, indicadores de desempenho e premiações, caso as metas sejam alcançadas. Sob a perspectiva da prestação de Bom Serviço hospitalar e gerir eficientemente o HA foram colocados os valores centrais estipulados pela Direção Geral do hospital. Na atual administração, as diretrizes centrais são **qualidade, humanização da assistência direta e valorização dos trabalhadores**. Portanto, as determinações, metas, indicadores devem ser organizados voltados para o melhor entendimento dessas diretrizes centrais colocadas pela Direção Central.

O HA possui em sua estrutura organizacional uma divisão em elementos percebida pela divisão entre Assistência Direta e Apoio Assistencial. A assistência direta seriam aqueles setores hospitalares que lidam diretamente com o paciente, o cliente final. Já a assistência de apoio constitui um importante elemento do serviço hospitalar, mas que não entra em contato direto com cliente final. Veja na FIGURA 4 o organograma do Hospital A que demonstra como a Assistência direta e de Apoio está disposta.

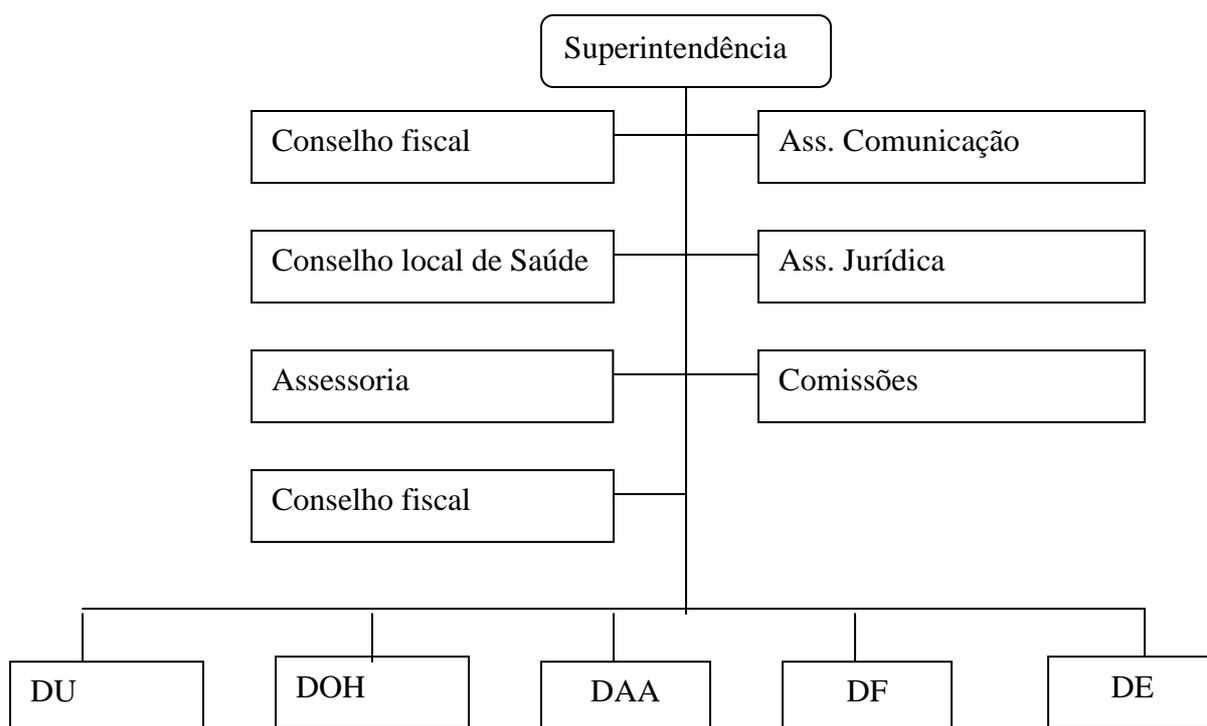


FIGURA 4. Organograma do HA. (Nomes fictícios para manutenção de confidencialidade).

Fonte: Elaborada pelo autor.

DU	Diretoria Urgência
DAA	Diretoria de Apoio à Assistência
DE	Diretoria de Ensino
DOH	Diretoria de Operações Hospitalares
DF	Diretoria Financeira

QUADRO 1. Diretorias do HA. (Significados das siglas que representam as Diretorias).

Fonte: Elaborado pelo autor.

Para iniciar a construção do conceito de serviço hospitalar de acordo com os funcionários do hospital, foi tomado como ponto de partida os Setores de Enfermária, Nutrição e Farmácia. Nutrição e Farmácia estão alocadas na Diretoria de Apoio à Assistência. As atividades dessa Diretoria dão suporte à assistência direta. Por exemplo: lavanderia, laboratório, restaurantes dentre outros. Assim sendo, os clientes diretos são outros setores da empresa. A própria Diretoria de Apoio à Assistência denomina os seus clientes como usuários internos do hospital, ou seja, seus clientes são sempre trabalhadores de outros setores do Hospital que necessitam de algum apoio para a realização de suas atividades.

Quando separamos o serviço hospitalar, estamos de acordo com um conceito de organização do próprio hospital estudado que também faz esta divisão: entre a assistência direta e assistência de apoio.

Já a Enfermária está localizada na Diretoria de Operações Hospitalares. Nela estão alocadas todas as atividades diretas do pacientes, exceto pelos atendimentos de urgência alocados na Diretoria de Urgência.

O Hospital estudado estrutura seus instrumentos de medidas a partir de especificidades das Diretorias que, por sua vez, são divididas em unidades de produção, que também possui metas específicas. Essas metas são todas acordadas no Contrato de Gestão. Ele serve para a Diretoria controlar e nortear as atividades de cada Unidade de Produção.

6.1.1 Contrato de Gestão e Gestão Participativa

O Contrato de Gestão constitui um instrumento formal utilizado pela Direção Geral do Hospital para controlar todas as metas e variáveis importantes em cada Unidade de Produção. Na constituição desses Contratos de Gestão existe uma série de metas e indicadores próprios de cada setor, além de indicadores gerais que aparecem comumente em vários Contratos de Gestão de Unidades de Produção. Constituem os indicadores setoriais e globais.

Os Indicadores de Desempenho são organizados entre as Diretorias e as Gerências. Nesse caso, é possível que os indicadores se repitam, mais oportunamente entre Unidades de Produção da mesma Diretoria.

O HA está estruturado no que os próprios gestores do Hospital denominam de Gestão Participativa no qual existem Colegiados compostos por trabalhadores além de gerentes e diretores. Ressalta-se que a estrutura colegiada não é obrigatória para todas as Unidades de Produção, mas é obrigatório que as unidades de produção organizem alguma espécie de discussão em grupo que consigam perceber e levantar a demanda dos trabalhadores – porém, na prática, não se encontra outra estrutura que seja diferente do colegiado. No nível global, o HA organizou um Conselho Local de Saúde com participação de funcionários e pacientes. Esse conselho tem como objetivo principal estruturar um caminho para que a qualidade e humanização do atendimento se tornem uma realidade.

O Conselho Local de Saúde torna-se aliado importante nas definições das metas e indicadores pré-estabelecidos para cada Unidade Produção, visto que de tempos em tempos (normalmente, de maneira anual) as metas e indicadores são revistos com a intenção de atacar determinado problema ou uma meta que não foi atingida.

Ao fim desse período, novas metas e indicadores são considerados, podendo eles se repetir ou não, dependendo da intenção de melhorias identificadas pela administração e pelo Conselho Local de Saúde. Quem define o Contrato de Gestão, entretanto, não é o Conselho Local de Saúde. É um trabalho realizado pela Diretoria e a unidade de produção. Cada unidade de produção possui e necessita de indicadores de desempenho locais que serão analisados de maneira específica posteriormente.

Toda essa Gestão participativa culmina na elaboração dos Contratos de Gestão contendo indicadores e metas próprias de cada setor. Entretanto, de acordo com o representante dos pacientes no Conselho Local de Saúde, praticamente os pedidos que são feitos por ele são concretizados. Cabe ressaltar que a utilização da Gestão Participativa teve início há cinco anos com a formação do Conselho Local de Saúde e os Contratos de Gestão há dois anos. Em um estágio inicial, as metas e indicadores visavam apenas diagnosticar a situação do hospital em relação aos indicadores de desempenho estabelecidos pelo Ministério e Secretaria de Saúde.

Contudo, a evolução da gestão participativa e dos contratos de gestão permitiu ao Hospital incrementar novos indicadores que trazem outras informações úteis para a gestão dos serviços hospitalares. É importante mencionar que nas respostas das diretorias, a preocupação do HA era criar metas e indicadores que permitissem uma boa gestão, mas, que também permitisse ao hospital chegar a bons números nos indicadores de desempenho estabelecidos pelo Ministério da Saúde, discutidos no capítulo 3. É importante ressaltar aqui que chegar a bons números nos indicadores do Ministério da Saúde não constitui obstáculo para a gestão do hospital. Nas palavras de uma diretora: “A gente usa os indicadores do ministério para criar outros. Assim nossos indicadores, nossas metas permitem atingir a meta estabelecida com a Secretaria de Saúde.”

O representante dos pacientes no Conselho Local de Saúde destaca também algumas metas alcançadas. Citando como principais o aumento do tempo de visitação (estendido para todo o dia), o modo de atendimento dos trabalhadores do “Posso Ajudar”³ e a introdução de oficinas de artes como instrumento de ajuda na humanização dos pacientes. É relevante colocar que o representante dos usuários já faz parte do Conselho Local de saúde há cinco anos.

As discussões sobre humanização vieram à tona há alguns anos no HA com a intenção de inserir no contexto do hospital um entendimento que a finalidade do hospital era atender os pacientes e que ele existe para tal e não por causa do médico ou enfermeiro. Assim, algumas atitudes estão sendo tomadas para humanizar o processo de trabalho e de atendimento do HA.

Podemos perceber a importância destas questões em algumas falas das pessoas entrevistadas no HA. Por exemplo: “O importante é humanizar o atendimento, lidamos com pessoas de todos os tipos, mas a maioria são pobres que querem ser atendidas”, destacou uma das Diretoras. “Ser atendida” foi uma ênfase dada pela entrevistada, como se os pacientes, antes da implantação da diretriz de Humanização, não fossem atendidos ou fossem atendidos sem muita atenção e respeito. Nesse caso, fica claro que, para essa Diretora, “atender” vai além de receber o paciente, realizar o diagnóstico, prescrever o tratamento. O “atender” deve possuir, necessariamente, uma dimensão relacional, que só pode ser atingida com um atendimento “humanizado”.

³ Trabalhadores “Posso Ajudar” são trabalhadores na maioria jovens. Eles ficam espalhados nos principais corredores do hospital usando um colete com os dizeres “Posso ajudar”. O intuito é dar informações sobre locais e procedimentos que os clientes-usuários precisem.

A singularidade do atendimento com cada paciente também é destacada pelos entrevistados. E a solução singular de cada problema exige que os trabalhadores sejam competentes para tal.

Pela norma temos dois dias pra entregar qualquer prontuário. Mas, por exemplo, chega um sujeito aqui que mora no interior, às vezes a gente percebe que essa pessoa não vai ter nem dinheiro pra voltar, a gente dá um jeito, atropela a norma e arruma o prontuário. Agora o médico também tem que ajudar, às vezes o paciente marca dois ou três médicos no mesmo dia. Só que os médicos só atendem com o prontuário em mãos e o primeiro médico nem entregou o prontuário ainda e temos que dar um jeito de ir no médico e agilizar o processo para conseguir. (Trabalhador do setor de prontuário do HA explicando o seu trabalho em um momento de entrevista)

Esse relato de um trabalhador do setor de prontuário foi uma resposta ao entendimento do que é humanizar e atender com qualidade. Como definir a partir apenas da interação se é possível ou não realizar tais procedimentos fora do tempo padrão? Remete-se novamente à competência do trabalhador. Sua competência vai permiti-lo distinguir que esse caso merece a devida atenção. Para esse evento não há regra, há a situação e a necessidade de resolução. Para a solução do problema, o trabalhador deve tomar decisões fora dos padrões. Essas decisões dependerão da sua competência.

Ainda destacando humanização e qualidade do atendimento, nas palavras do Gerente da Agência Transfusional:

Nós fazemos as transfusões sangüíneas nos centros de saúde, mais próximo ao paciente o que com certeza humaniza mais o nosso processo agregando mais qualidade ao nosso atendimento. Agora, esse processo de humanização traz um problema que destaco como sendo um dos maiores que temos no nosso setor que é como controlar a qualidade do sangue que sobra nas transfusões nos Centros de Saúde. (Gerente da Agência Transfusional do HA dando um exemplo de Humanização na entrevista)

Perguntado como fazia diante de tal situação, o gerente respondeu. “A gente sabe em quais Centros podemos confiar mais ou menos.” Esse saber em qual Centro de Saúde pode-se confiar, assim como no caso do prontuário é algo que está fora das regras e diz respeito à competência dos trabalhadores e suas capacidades de tomar decisões.

Já a Diretora de Operações Hospitalares: “Hoje está existindo muitas fugas de pacientes [Pacientes que fogem do hospital]. Pra mim se o paciente está conseguindo fugir é por que ele já era pra estar de alta salvo raríssimas exceções. Estamos avaliando errado e isto emperra leitos.” Nesse caso, há uma necessidade da presença da competência dos trabalhadores se fazer presente para que essas situações não se repitam. Vale ressaltar que o HA sequer mede

tais situações. É “apenas” uma constatação empírica de uma Diretora – médica que está há muito tempo na casa.

Ainda para enfatizar o processo de Humanização dos processos do HA, a maioria dos entrevistados citou em algum momento o horário de visita. Este foi expandido para o dia todo acontecendo de 08:00 horas às 20:00 horas. Essa expansão exige muita atenção por parte dos setores dos hospitais que agora além de se preocupar com o paciente, se preocupa também com a família dele.

Ressalta-se que o processo de humanização do atendimento do HB relaciona-se intimamente dentre outros pensamentos o resgate da família e, portanto, essa expansão do horário de visita é um exemplo de tentativa de humanizar o atendimento bem como a qualidade e eficácia, pois a presença da família nos tratamentos acaba tendo papéis importantes nos tratamentos.

Perguntado sobre o que seria um “bom serviço” no hospital, obtiveram-se respostas que enfatizavam tanto a lógica de serviços quanto a lógica industrial neofordista. Essa percepção se dá a partir da análise da preocupação dos funcionários com a humanização e ao mesmo tempo suas preocupações com as rotinas e padrões.

Diretora de Operações hospitalares: “O que precisamos é criar processos de trabalho para controlarmos melhor os ocorridos.... Humanizar é nossa meta, o que importa pra gente é o paciente seja tratado.”

Enfermeira do acolhimento: “Eu me preocupo em entender cada um e seu problema. Se a gente definir bem aqui no acolhimento, o resto será mais fácil.”

Enfermeira da Enfermaria: “Nós temos procedimentos a cumprir. Se o fizermos bem, estaremos prestando um bom serviço e por conseqüência estaremos ajudando no tratamento do paciente.”

Nutricionista: “Na nutrição, bom serviço significa boa comida, que agrade o paciente, ajude no tratamento e não haja desperdícios.”

Diretora de Apoio à Assistência: “O bom serviço acontece se conseguirmos realizar nossas atividades dentro das metas, dentro do tempo estipulado. O trabalho visa atingir o objetivo do

hospital de humanizar e realizar o tratamento com qualidade. As metas nos ajudam a alcançar esses objetivos.”

A análise dos indicadores de desempenho se iniciará pelos três setores escolhidos para comparar os Hospitais A e B. Relembrando, os setores são: farmácia, nutrição e enfermaria. A análise dos indicadores foi feita relacionando os indicadores e metas às estratégias, à lógica neofordista e a lógica de serviços. Essa relação pode ser direta, indireta ou não existir simbolizadas por:

○ - Não há relação

⊙ - Relação indireta

● - Relação direta

Para definir se a relação é direta, indireta ou não existe com relação ao eixo Estratégia será utilizada a idéia de Círculos positivos e negativos de Normann (1993). A satisfação do cliente-usuário é interferida diretamente pela sua percepção do serviço prestado. A percepção será boa, no caso dos hospitais se o cliente-usuário perceber de um serviço com qualidade e humanizado. Os indicadores, portanto, tiverem relação com a humanização e com qualidade, na coluna estratégia será colocado que existe relação direta.

Já no caso em que os indicadores estiverem relacionados com a valorização dos trabalhadores, será colocado que existe uma relação indireta entre os indicadores e a estratégia. Isso por que dentro da idéia dos círculos positivos e negativos tem-se que “bom serviço” tem relação com humanização e qualidade, mas para a qualidade e a humanização acontecer o trabalhador deve

se sentir valorizado. A figura 5 demonstra, resumidamente, a idéia proposta para entender o círculo positivo.

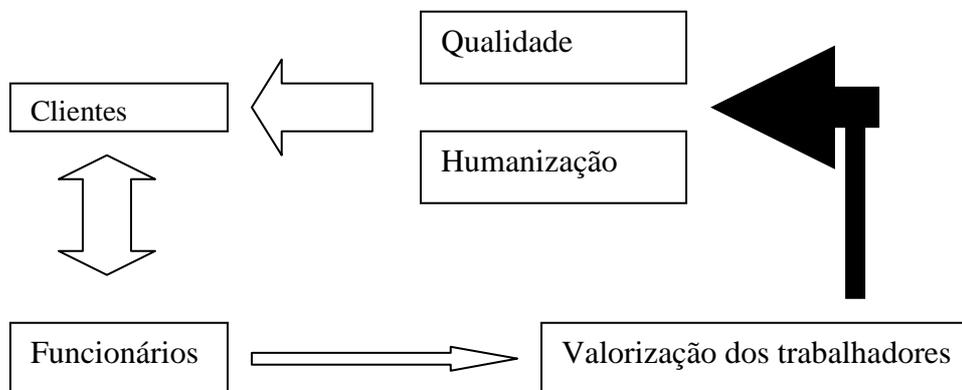


FIGURA 5: Relação dos eixos estratégicos do HA com os clientes.

Fonte: Elaborada pelo autor

Para a análise dos indicadores em relação aos eixos lógica de serviços e lógica neofordista, serão utilizados os critérios colocados no capítulo 4. Relembrando os conceitos daquele capítulo, para os indicadores possuírem relação com a lógica de serviço eles deverão demonstrar uma preocupação com a mudança no estado do cliente, um interesse na aprendizagem dos trabalhadores ou um interesse em perceber a necessidade da competência para mudar o estado do cliente. Já para existir a relação dos indicadores com a lógica neofordista, eles deverão demonstrar relação com: o fluxo de produção – relação com taxas de algum tipo de produção em determinado tempo, o aproveitamento dos recursos – relação com a quantidade de recursos disponibilizados ou utilizados para determinada situação ou uma preocupação em controlar o trabalho a partir de padronização. Além da relação dos indicadores com as estratégias do hospital, com a lógica de serviços e lógica neofordista, os indicadores serão classificados em setorial e global.

Nas páginas seguintes tabulamos os indicadores e as metas das unidades de produção do HA relacionando-as com a Estratégia, com a Lógica de Serviços, com a Lógica neofordista e a classificação em setorial ou global. Em anexo, está a relação dos indicadores dos outros setores.

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Índice de implantação dos procedimentos do manual de Nutrição aumentando-se o número de rotinas de trabalho	○	◐	●	Setorial
Diminuir restos de alimentos	○	○	●	Setorial
Implantar procedimentos e equipamentos de segurança	◐	○	●	Setorial
Absenteísmo	◐	◐	●	Setorial
Conhecer a satisfação do usuário medida através de pesquisa de satisfação	●	●	○	Setorial

QUADRO 2. Análise das Metas/Indicadores no setor Nutrição e Dietética do HA.

Elaborada pelo autor.

O indicador “Índice de implantação dos procedimentos do manual de Nutrição aumentando-se o número de rotinas de trabalho” tem relação direta com a lógica de serviços por remeter diretamente à padronização e uma relação indireta com a lógica de serviços, pois, a padronização pode ter alguma relação com a aprendizagem dos trabalhadores. Em relação à estratégia, esse indicador não tem relação alguma com qualidade, humanização ou valorização dos trabalhadores.

O indicador “Diminuir restos de alimentos” remete à lógica neofordista por preocupar-se com o fluxo de produção e aproveitamento dos recursos. Nesse caso, percebe-se uma ausência de valores que leva a ausência de relação deste com a lógica de serviços.

O indicador “Implantar procedimentos e equipamentos de segurança” possui relação com a valorização dos trabalhadores similar ao indicador “absenteísmo”. Em relação à lógica neofordista, ambos visam aproveitar melhor os recursos. Esses indicadores estão afastados da lógica de serviços. O absenteísmo pode interferir na aprendizagem dos trabalhadores (relação indireta com a lógica de serviços). Já “Implantar procedimentos e equipamentos de segurança” não possui relação com a lógica de serviços.

O setor de nutrição foi um setor no qual os pacientes demonstraram vontade de falar. O principal questionamento aqui era atender aos gostos dos pacientes. Quando o cardápio era de melhor agrado, havia elogios e quando isso não acontecia, havia reclamações. Para melhorar essa situação, os pacientes ouvidos falaram que o Setor de Nutrição deveria ouvir mais os pacientes. Contudo, de acordo com os funcionários e gerente da Nutrição, esse diálogo acontece mesmo que talvez não em um grau excelente. Uma funcionária da Nutrição coloca que a comunicação existe, mas um grau excelente seria se ela acontecesse em 100% dos casos, mas para ela ressalta que seria difícil esta colocação. Em suas palavras:

Sempre que podemos conversamos com os pacientes para saber seus gostos. Quando dá nós casamos o seu gosto com a dieta recomendada. O problema é os pacientes perceberem isso. A alimentação tem muito a ver com a melhora deles e não podemos colocar tudo que eles querem.

O questionamento dos funcionários é a falta de percepção dos pacientes que, ali no hospital deve existir uma dieta balanceada que atenda aos requisitos da doença. Mas a gerente reconhece: “quando conseguimos combinar dieta com gosto dos pacientes nem sobra de comida há.”

Alguns relatos de pacientes sobre o setor de nutrição.

Paciente 1: “Eu gosto da comida daqui quase todo dia, mas às vezes não dá. Mas acho que é assim mesmo, comida de hospital é pra fazer a gente melhorar e não para a gente gostar.”

Paciente 2: “Uma vez eu pedi pra trocar a fruta eles trocaram o doce e eles trocaram. Acho que o pessoal daqui é muito competente.”

Paciente 3: “Eu acho bom. O que eu espero da Nutrição é que me tragam boa comida, às vezes eu não gosto mas quase sempre está bom.”

Os pacientes sempre remetem um bom serviço na nutrição à idéia de comida boa e personalizada, mas alguns falaram que a boa comida diz respeito a cura o quer dizer a eficácia do serviço de Nutrição. A gerente do setor de nutrição ressalta que personalizar não é só ouvir os pacientes porque os custos seriam muito altos (se a alimentação fosse individualizada) e a personalização só pode acontecer dentro de alguns tipos de pratos preparados no dia.

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Absenteísmo	⊙	○	⊙	Setorial
Índices de consumo até o 15º dia de tratamento	○	○	●	Setorial
Adequar a área do Almoarifado no armazenamento de medicamentos.	⊙	○	●	Setorial
Realizar treinamentos	⊙	●	●	Setorial
Dimensionamento correto do numero de funcionários necessários	⊙	○	●	Setorial
Implantar Farmácias Satélites nos Bloco Cirúrgico da Urgência	●	○	●	Setorial
Implantar um sistema gerencial de Almoarifado que controle a Farmácias de maneira centralizada	○	○	●	Setorial

QUADRO 3. Análise das Metas/Indicadores no setor Farmácia do HA.

Fonte: Elaborada pelo autor.

O indicador “Índices de consumo até o 15º dia de tratamento e Implantar um sistema gerencial de Almoarifado que controle a Farmácias de maneira centralizada” possui interesse

em padronizar, preocupação com o fluxo de produção e aproveitar melhor os recursos e por isso, tem relação com a lógica neofordista e não possui relação com a lógica de serviços.

As metas “Adequar a área do Almoxarifado no armazenamento de medicamentos” e “Dimensionamento correto do numero de funcionários necessários” possuem relação indireta com as estratégias, pois possuem relação com a valorização dos trabalhadores. Não tem relação com a mudança do estado do cliente, aprendizagem ou competências, o que permite a conclusão de não existir relação com a lógica de serviços. Porém ambos têm interesse em medir o aproveitamento dos recursos o que permite a conclusão que ambos têm relação com a lógica industrial neofordista.

A meta “realizar treinamentos” relaciona-se com a valorização dos trabalhadores, preocupa-se com a competência dos trabalhadores (lógica de serviços) e com um melhor aproveitamento dos recursos (lógica neofordista).

A meta “Implantar Farmácias Satélites nos Bloco Cirúrgico da Urgência”, tem menção direta à qualidade, tem relação com o melhor gerenciamento dos recursos (lógica neofordista) e não demonstra valores que permitiriam sua relação com a lógica de serviços.

A análise do indicador “absenteísmo” é similar daquela feita para o setor de nutrição.

Na farmácia, o principal problema levantado pelos pacientes foi a falta de alguns medicamentos, porém algumas falas das entrevistas foram interessantes e relevantes para a questão levantada nesta pesquisa. Um paciente colocou que, em certa ocasião, precisava de um remédio, mas havia esquecido a receita. De acordo com ele, a atendente conseguiu que ele fosse atendido por um médico de urgência que lhe deu a receita permitindo a retirada do medicamento (por controle interno, todas as retiradas de remédios devem ser feitas com receitas médicas).

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Reduzir em 30% o número de cirurgias suspensas em relação ao ano anterior. Redução de filas de espera	●	●	●	Global
Estabelecer horário para informação diária	○	○	●	Setorial
Estabelecer referência para visita por leito	●	●	●	Setorial
Índice de adesão da família ao plano terapêutico do paciente. A meta é aumentar	●	●	○	Global
Índice de preenchimento correto do sumário	○	○	●	Setorial
Índice de formação equipes de referência e apoio matricial	◐	●	◐	Global
Criar rotinas e diretrizes técnicas	○	◐	●	Setorial
Número de reuniões mensais (sendo que, no mínimo uma) Meta para aqueles setores que não se habituaram a gestão participativa.	◐	◐	○	Setorial
Realizar treinamentos	◐	●	●	Setorial
Índice de eventos adversos	●	●	●	Setorial
Redução em 50% do nº de escaras adquiridas nas enfermarias	●	○	●	Setorial

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Reduzir o tempo de intervalo de substituição do leito paara no máximo 02 horas. Reduzir filas.	●	●	●	Global
Reduzir Taxa de Infecção do setor em 5%	●	○	●	Setorial
Índice de atraso das cirurgias previstas. Meta é não atrasar nenhuma	●	○	●	Setorial
Índice de atualização dos dados relativos à movimentação de pacientes (óbito,transferência, admissão e alta) em tempo real	○	○	●	Setorial

QUADRO 4. Análise das Metas/Indicadores no Setor Enfermarias e bloco cirúrgico do HA.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os indicadores/metras “Reduzir em 30% o número de cirurgias suspensas em relação ao ano anterior” “Redução de filas de espera”, “Estabelecer referência para visita por leito”, “Reduzir o tempo de intervalo de substituição do leito para no máximo 02 horas e Índice de eventos adversos” possuem correlações iguais, pois ambos relacionam-se à qualidade e humanização. Ambos demonstram medir variáveis que se relacionam com o estado do cliente (cirurgias, filas, tempo de visita, internação...) e todos eles também querem entender o fluxo de produção e o aproveitamento dos recursos (filas, quantidade de cirurgias...).

Os indicadores/metras “Estabelecer horário para informação diária”, “Índice de preenchimento correto do sumário” e “Índice de atualização dos dados relativos à movimentação de pacientes (óbito, transferência, admissão e alta) em tempo real” não possuem relação com nenhuma das três grandes estratégias do HA, não remetem a nenhum dos valores de lógica de serviços e remetem à padronização e fluxo de produção o que faz com que esses indicadores possuam relação apenas na coluna lógica neofordista.

Os indicadores “Reduzir Taxa de Infecção do setor em 5% e Índice de atraso das cirurgias previstas” possuem relação com a estratégia por remeterem a qualidade e humanização (ausência de atrasos, sem infecção). Eles possuem uma preocupação em medir o fluxo de produção e o aproveitamento dos recursos, por isso estão correlacionados com a lógica neofordista e não com a lógica de serviços.

A meta “Realizar treinamento” tem a análise similar para os outros setores. Essa meta relaciona-se com a valorização dos trabalhadores, preocupa-se com a competência dos trabalhadores (lógica de serviços) e com um melhor aproveitamento dos recursos (lógica neofordista).

A meta “Criar rotinas e procedimentos” remete à padronização (lógica neofordista), pode ajudar na aprendizagem dos trabalhadores, portanto possui uma relação indireta com a lógica de serviços e não possui nenhuma relação com um dos três eixos estratégicos do HA.

O indicador “Índice de adesão da família ao plano terapêutico do paciente” possui relação com a humanização do serviço hospitalar, possui relação com a mudança do estado do usuário e não remete a nenhum dos valores da lógica neofordista.

O indicador “Número de reuniões mensais” tem relação indireta com a Estratégia, pois são os trabalhadores se sentindo valorizados participando das instâncias decisórias. Tal indicador tem preocupação em discutir a aprendizagem dos trabalhadores (lógica de serviços) e não remete a nenhuma das três características definidas para se ter relação com a lógica neofordista.

A Enfermaria é, dentre os setores analisados, aquele nos quais os pacientes têm mais contato com os funcionários do hospital. É também o setor que possui maior percentual de indicadores dentro de uma lógica de serviços.

Todos os pacientes ressaltaram o bom atendimento das enfermeiras e dos médicos como elementos importantes para boa enfermaria. Para todos os pacientes entrevistados, esse bom atendimento diz respeito à interação dos médicos, enfermeiros e auxiliar de enfermagem com os pacientes não havendo destaque para questões quantitativas exceto algumas reclamações sobre o tempo de espera. Isto é percebido na resposta de um paciente sobre elementos

importantes para um bom serviço do setor. Ele coloca: “mesmo aqui estando sempre cheio, eu acho que as enfermeiras se preocupam com a gente, tratam a gente bem, olham os nossos problemas. O problema é que as vezes a gente espera um pouco para ser atendido.” Outro paciente da enfermaria tem opinião parecida: “ quanto as enfermeiras que cuidam da gente não reclamo, só reclamo quando a gente precisa de alguma coisa e elas demoram a vir.”

Normalmente essa demora acontece quando um paciente chama uma enfermeira, médico ou auxiliar e o funcionário demora mais que o habitual.

6.2 Estudo de caso nº 2: HB

O Estudo de caso nº 2 foi realizado em um Hospital Particular situado na cidade de Belo Horizonte no estado de Minas Gerais. O HB atende pacientes particulares, conveniados e SUS (Sistema Único de Saúde), sendo que os pacientes atendidos por este último devem corresponder a 60% dos usuários. Isso é importante, pois, permite ao hospital enquadrar-se como instituição filantrópica e isentar-se de uma série de encargos caso não fosse assim.

O HB possui uma estrutura física organizada em postos de enfermagem. O Posto 1 possui 2 leitos isolados de convênios (atendimentos particulares), 3 leitos pediátricos e 33 leitos de enfermaria, todos voltados para o atendimento pelo SUS. O Posto 2 possui 45 leitos também voltados para o atendimento pelo SUS.

O posto 3 tem 36 leitos destinados ao atendimento pelo SUS. Já o Posto 4 contém 3 leitos utilizados para o SUS, 24 leitos e 8 apartamentos para convênios particulares e 2 apartamentos para atendimentos particulares. O Posto 5 possui 26 apartamentos para internação clínica para convênios, atendimentos particulares e atendimento pelo SUS. O Posto 6 é constituído por 25 apartamentos cirúrgicos, 2 leitos de iodoterapia, 6 leitos de radiomoldagem. Além desses postos, HA conta com 10 leitos de CTI's cardiovasculares e 14 leitos de CTI's Geral.

O atendimento particular e convênios são realizados nas especialidades: cardiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia cardíaca, geral, cistoscopia, cirurgia plástica, torácica, cirurgia vascular e angiologia, clínica médica, clínica da dor, colonoscopia, demartologia, endocrinologia, endoscopia, fonoaudiologia, ginecologia, hematologia, mastologia,

neurologia, neurocirurgia, oftalmologia, oncologia clínica, ortopedia, psiquiatria, terapia intensiva, psicologia, terapia nutricional, psicologia, proctologia, radioterapia e urologia.

O Atendimento SUS no HB possui as especialidades acima, exceto pela cardiologia, cirurgia de cabeça e pescoço, cirurgia cardíaca e geral, cistoscopia, dermatologia, endocrinologia, fonoaudiologia, ginecologia, mastologia, oftalmologia, ortopedia e psiquiatria.

O HB Constitui-se como uma referência principalmente para as atividades de referente à oncologia. A estratégia principal do HB é retratada nos princípios da empresa. São eles:

- a) Defesa intransigente da vida;
- b) Acolhimento fraterno;
- c) Valorização do capital humano;
- d) Respeito e gratidão aos doadores e voluntários;
- e) Legitimidade, moralidade e impessoalidade;
- f) Prevalência do interesse público sobre os interesses pessoais;
- g) Transparência nas relações;
- h) Equidade nas relações;
- i) Eficiência e eficácia na gestão.

Se compararmos com o conceito exposto na revisão teórica, o HB está se referindo, assim como o HA, à humanização do seu serviço. Contudo, nas entrevistas foi observada uma grande preocupação dos funcionários com custos e a qualidade. Essas são traduzidas, de acordo com o Planejamento Estratégico do HB, em Vetores de direcionamento, grandes nortes estratégicos do HB. Constituem os vetores: a modernização física e tecnológica, a geração do conhecimento, a excelência operacional, a visibilidade da instituição e a excelência em atendimento.

Para alcançar os objetivos e monitorar as atividades das Unidades de produção, a Diretoria do HB trabalha em conjunto com uma empresa de consultoria em hospital variáveis que

permitam uma análise dentro da perspectiva do BSC. Essa consultoria atua no hospital há cerca de um ano. Antes da entrada da consultoria a Diretoria do hospital definia com os gerentes os pontos a serem medidos e melhorados no hospital.

Os indicadores, portanto dentro das quatro perspectivas do BSC são tratados pelo setor de qualidade do Hospital. Esse setor possui funcionários próprios do hospital e funcionários da empresa de consultoria constituindo o contato direto entre a empresa de consultoria e o hospital. As metas e indicadores são oriundos de duas fontes principais: a primeira são os próprios dados e necessidades levantadas pelos funcionários do hospital e uma segunda fonte é a utilização *benchmark* externo organizado pela consultoria.

No HB, após os resultados coletados, os setores devem preencher dois formulários: um chamado Análise Crítica que tem como função diagnosticar toda a eficácia de determinado indicador e outro formulário chamado Formulário de Entrada para o Planejamento Estratégico que tem como função avaliar como, quantitativamente os indicadores têm sido importantes para os setores do HB. Ressalta-se que quando uma meta não é atingida cabe ao setor organizar um Plano de Ação para que ela possa ser atingida em uma próxima análise. Nos anexos XXXI, XXXII e XXXIII estão respectivamente os formulários de Análise Crítica, Entrada para o Planejamento Estratégico e Plano de Ação.

Para entender o que seria um “bom serviço” do hospital, foi feita essa pergunta aos funcionários do HB. Abaixo, segue algumas respostas que ajudará a perceber a grande preocupação do HB com os processos internos.

Trabalhadora do setor de prontuário: “Aqui nesse setor, bom serviço significa prontuário no tempo certo pro médico e também significa identificar rápido onde está o prontuário.”

Farmacêutica: “O nosso grande problema é entender as receitas e discuti-las com os médicos. Então acho que um bom serviço seria se conseguíssemos fazer isso de maneira mais tranqüila seria o ideal”.

Médica da Radioterapia: “Temos uma série de procedimentos aqui na radioterapia. Se eles forem seguidos a maioria do nosso serviço vai ser bem feito.”

Nutricionista: “Nós sempre ouvimos elogio dos pacientes, mas temos dificuldade com pacientes de dieta enteral e parenteral. Nesses casos temos que seguir o que é estipulado pelo

médico. São casos complexos em que a dieta vai ser ainda mais importante para a recuperação do paciente.”

Enfermeira da Enfermaria: “Na enfermaria bom serviço é atender bem os pacientes, tentar entender que cada um tem uma demanda diferente. Mas não podemos agradar todos os gostos dos pacientes porque eles mesmos desconhecem alguns procedimentos que a gente tem que cumprir que é pro benefício deles mesmos.”

Tal como no HA também foram feitas entrevistas com os pacientes nas unidades Farmácia, Nutrição e Enfermaria também com a intenção de perceber e analisar o quanto a competência dos trabalhadores é importante na eficácia do hospital. Em anexo está a relação dos indicadores de outros setores do HB.

Os três quadros seguintes correlacionarão os indicadores de desempenho e as metas, bem como feito para o HA, com a Estratégia, lógica de serviços, lógica neofordista e a classificação em global ou setorial. Os símbolos utilizados serão os mesmo que a análise dos quadros do HA. Em relação à estratégia, a figura 6 explica o círculo positivo do HB.

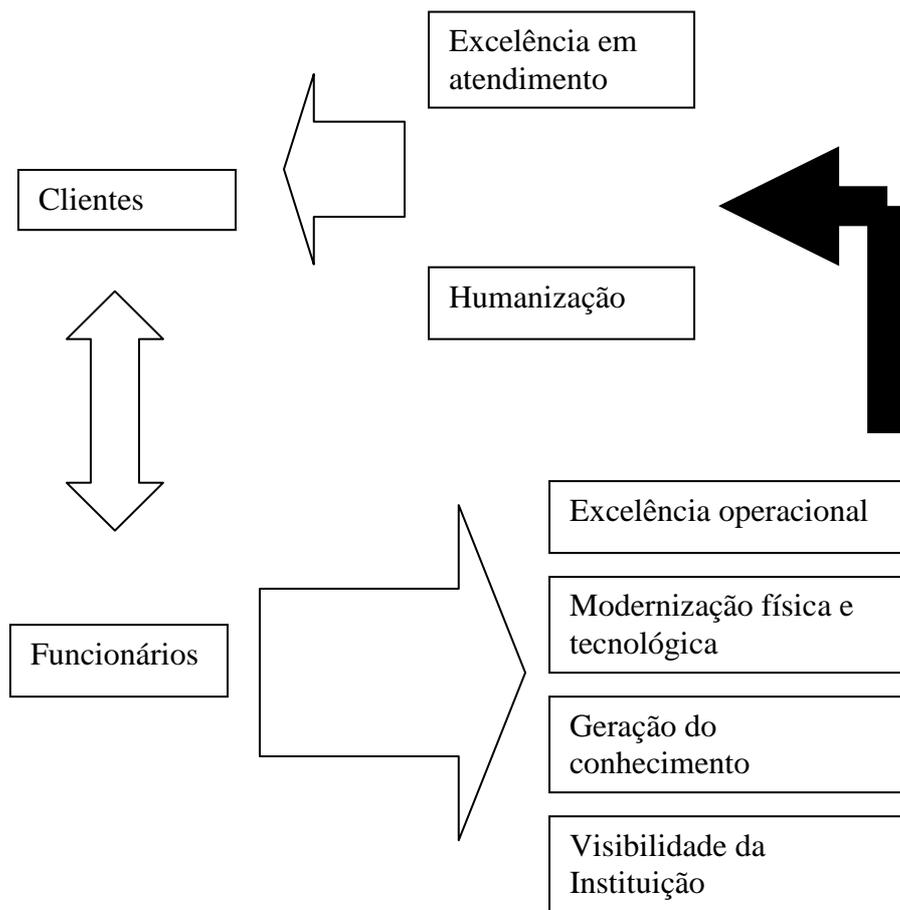


FIGURA 6: Relação dos eixos estratégicos do HA com os clientes.

Fonte: elaborado pelo autor

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Custo Total Setor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Custo médio grandes refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Custo médio pequenas refeições	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Restos ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Taxa de perda da dieta enteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Taxa de Perda da dieta parenteral	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Satisfação do cliente externo (usuário)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Setorial
Insatisfação do cliente externo (usuário)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Setorial
Satisfação do cliente interno (outros setores do hospital)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Insatisfação do cliente interno (outros setores do hospital)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Numero de refeições produzidas/ hora trabalhada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Tempo médio de entrega de dieta transportada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Qualidade microbiológica da dieta.	●	●	○	Setorial
Temperatura média de distribuição pratos quentes.	◉	○	●	Setorial
Taxa de orientação de alta nutricional	◉	○	●	Setorial
Taxa de pacientes em acompanhamento	◉	○	●	Setorial
Taxa Informações paciente e acompanhantes	◉	○	●	Setorial
Qualidade microbiológica das dietas enterais	●	●	○	Setorial
Taxa de perda	◉	○	●	Setorial
Adesão às atividades propostas pela qualidade	◉	○	●	Setorial
Satisfação-Pesquisa de clima interno	◉	○	●	Setorial
Numero de colaboradores treinados/ treinamento programado	◉	●	●	Setorial

QUADRO 5. Análise dos indicadores de desempenho da Nutrição do HB.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os indicadores “Custo Total Setor”, “Custo médio grandes refeições”, “Custo médio pequenas refeições”, “Restos ingestão”, “Taxa de perda da dieta enteral”, “Taxa de Perda da dieta parenteral”, “Numero de refeições produzidas/ hora trabalhada”, “Taxa de orientação de alta nutricional”, “Taxa de pacientes em acompanhamento”, “Taxa Informações paciente e acompanhantes”, “Taxa de perda”, “Tempo médio de entrega de dieta transportada”, “Adesão às atividades propostas pela qualidade”, “Satisfação do cliente interno”, “Insatisfação do cliente interno”, “Temperatura média recebimento pratos quentes”, “Temperatura média recebimentos pratos frios” e “Temperatura média de distribuição pratos quentes” possuem relação com uma busca da excelência operacional o que permite o enquadramento deles como relação indireta com as estratégias. Eles remetem ao aproveitamento de recursos e/ou fluxo de produção sendo possível relacioná-los com a lógica neofordista. Eles não medem variáveis relacionadas à mudança do estado do cliente, aprendizagem ou competências dos trabalhadores afastando-os da lógica de serviços.

Os indicadores “Satisfação do cliente externo”, “Insatisfação do cliente externo”, “Qualidade microbiológica das dietas” e “Qualidade microbiológica das dietas enterais” relacionam-se com uma excelência em atendimento (relação direta com a estratégia), preocupam-se em medir variáveis que interfere no estado do cliente (lógica de serviços) e não remete a nenhuma das três características da lógica neofordista.

Os indicadores “Taxa de absenteísmo ocupacional”, “Taxa de absenteísmo não ocupacional” e “Taxa de *turnover*” estão relacionados a excelência operacional, por isso uma relação indireta com a estratégia. Em relação à lógica neofordista, ambos visam aproveitar melhor os recursos. Por isso, uma relação direta. Uma baixa taxa de absenteísmo e de *turnover* pode aumentar a aprendizagem e a competência relacionando esses indicadores de maneira indireta à lógica de serviços.

Os indicadores “Número de colaboradores treinados/ treinamento programado” e “Índice de homem treinado” relacionam-se aos eixos estratégicos “excelência operacional” e “geração do conhecimento” (relação indireta com a estratégia), preocupam-se em medir a aprendizagem (lógica de serviços) e preocupam-se em aproveitar melhor os recursos (lógica neofordista).

Em relação às falas dos pacientes da nutrição do HB, elas são parecidas com as do HA:

Paciente 1 sobre a nutrição: “a comida é boa e quase sempre eles perguntam o que eu gosto. Quando vêm que eu não gosto eu falo. Se tiver jeito eles trocam pra mim.”

Paciente 2 também sobre a nutrição: “Para o Setor de Nutrição ser bom eles têm que nos dar uma comida boa, que a gente goste e que ajude no tratamento. Se isso tudo for cumprido, então é um bom setor de nutrição.”

Paciente 3 ainda sobre a Nutrição. “Eu acho que os trabalhadores do setor de Nutrição são bons por que sempre que podem eles atendem meus pedidos.”

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Custo total	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Taxa de não conformidade de lançamentos	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Taxa de Incidência de Kit Errado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Perda de material médico	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Tempo médio de giro do estoque	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Porcentagem de redução de custo com manipulação em relação à possível compra no mercado	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Porcentagem de erro de estoque encontrado no inventário	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Porcentagem de não conformidades enviadas ao setor de Faturamento em 72 horas				Setorial
Porcentagem de não conformidades enviadas ao setor de Tratamento de dados em 72 horas				Setorial
Porcentagem de não conformidades recebidas de fornecedores em 48 horas				Setorial
Taxa de Absenteísmo ocupacional				Setorial
Taxa de absenteísmo não ocupacional				Setorial
Taxa de <i>turnover</i>				Setorial
Adesão da participação em congresso				Setorial

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Porcentagem de não conformidades recebidas de fornecedores em 48 horas				Setorial
Satisfação do cliente externo (usuário)				Setorial
Insatisfação do cliente externo (usuário)				Setorial
Satisfação do cliente interno (outros setores do hospital)				Setorial
Insatisfação do cliente interno (outros setores do hospital)				Setorial
Adesão às atividades propostas pela qualidade				Setorial
Desabastecimento de itens padronizados				Setorial
Taxa de eventos adversos cuja origem é provavelmente fármaco				Setorial

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Perda de órtese, prótese e materiais especiais em R\$. O objetivo é diminuir.				Setorial
Porcentagem de órtese, prótese e materiais liberada sem autorização.				Setorial
Satisfação- Pesquisa de clima interno				Setorial
Número de colaboradores treinados/ treinamento programado				Setorial
Índice de homem treinado				Setorial
Taxa de colaboradores capacitados no treinamento				Setorial
Taxa de Absenteísmo ocupacional				Setorial
Taxa de absenteísmo não ocupacional				Setorial

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Taxa de <i>turnover</i>	○▪	○▪	●	Setorial
Adesão da participação em congresso	○▪	●	●	Setorial

Quadro 6. Análise dos indicadores da Farmácia no HB.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os indicadores “Custo total”, “Taxa de não conformidade de lançamentos”, “Taxa de Incidência de Kit Errado”, “Perda de material médico”, “Tempo médio de giro do estoque”, “Porcentagem de redução de custo com manipulação em relação à possível compra no mercado”, “Porcentagem de erro de estoque encontrado no inventário”, “Porcentagem de não conformidades enviadas ao setor de Faturamento em 72 horas”, “Porcentagem de não conformidades enviadas ao setor de Tratamento de dados em 72 horas”, “Porcentagem de não conformidades recebidas de fornecedores em 48 horas”, “Satisfação do cliente interno (outros setores do hospital)”, “Insatisfação do cliente interno (outros setores do hospital)”, “Adesão às atividades propostas pela qualidade”, “Desabastecimento de itens padronizados”, “Perda de órtese, prótese e materiais especiais em R\$”, “Satisfação-Pesquisa de clima interno” possuem, em uma análise análoga feita no setor de nutrição, relação com uma busca da excelência operacional o que permite o enquadramento deles como relação indireta com as estratégias. Eles remetem ao aproveitamento de recursos e/ou fluxo de produção os relacionando com a lógica neofordista e não remetem à mensuração de variáveis relacionadas à mudança do estado do cliente, aprendizagem ou competências dos trabalhadores afastando-os da lógica de serviços.

Analogamente ao setor de nutrição, os indicadores “Satisfação do cliente externo” e “Insatisfação do cliente externo” relacionam-se com uma excelência em atendimento (relação direta com a estratégia), preocupam-se em medir variáveis que interfere no estado do cliente (lógica de serviços) e não remete a nenhuma das três características da lógica neofordista.

Já os indicadores “Taxa de eventos adversos cuja origem é provavelmente fármaco” e “Porcentagem de órtese, prótese e materiais liberada sem autorização” possuem relação direta

em relação aos três eixos de análise. Ambos estão diretamente relacionados a uma excelência de atendimento, a uma preocupação com a mudança do estado do cliente (adversidade e utilização de prótese) e ao fluxo de produção. Destaca-se que como a meta do indicador “Porcentagem de órtese, prótese e materiais liberada sem autorização” é diminuir esse indicador se aproxima mais da lógica neofordista que da lógica de serviços.

Os indicadores “Número de colaboradores treinados/ treinamento programado”, “Índice de homem treinado”, “Taxa de colaboradores capacitados no treinamento” e “Adesão da participação em congresso” relacionam-se aos eixos estratégicos excelência operacional e geração do conhecimento (relação indireta com a estratégia), preocupam-se em medir a aprendizagem (lógica de serviços) e preocupam-se em aproveitar melhor os recursos (lógica neofordista).

Similarmente ao setor de nutrição os indicadores “Taxa de colaboradores capacitados no treinamento” e “Taxa de Absenteísmo ocupacional e Taxa de *turnover*” estão relacionados à excelência operacional por isso uma relação indireta com a estratégia. Em relação à lógica neofordista ambos visam aproveitar melhor os recursos, por isso uma relação direta. Uma baixa taxa de absenteísmo e de turnover pode aumentar a aprendizagem e a competência relacionando estes indicadores de maneira indireta à lógica de serviços.

A Farmácia no HB tem um papel essencial devido aos pacientes da oncologia. Nesse caso existe uma interação maior entre paciente e Farmácia no HB que no HA. Os pacientes reiteram uma grande necessidade de conversa com os farmacêuticos. Nas palavras de um dos pacientes:

Nós precisamos de conversar com os farmacêuticos, até por que nem sempre o médico consegue traduzir tudo que temos ou queremos. Tem uma farmacêutica que sempre vê aqui e pergunta como vai o tratamento e se remédio está fazendo muito mal, muitos efeitos colaterais. Quando a resposta é positiva eles conversam com os médicos para ver se pode mudar. Alguns de nós ficamos anos aqui então é legal que nosso relacionamento seja bom senão ninguém vai agüentar nem a gente nem eles.

Ou ainda na voz de outro paciente: “A gente não está tomando um comprimido pra dor de cabeça, estamos tentando sair de um câncer. Por isso temos que entender do remédio. Ele tem que ser apropriado pra cada um de nós.”

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Custo total	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Consumo de Roupas/Paciente dia em cada Posto de enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Numero de Não Conformidades de Lançamento em auto-auditoria em cada Posto de Enfermagem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Satisfação do cliente externo (usuário)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Setorial
Insatisfação do cliente externo (usuário)	<input checked="" type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	Setorial
Satisfação do cliente interno (outros setores do hospital)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Insatisfação do cliente interno (outros setores do hospital)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Índice de acidente de trabalho Setorial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial
Reações adversas relacionadas aos hemocomponentes	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	Setorial

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Taxa de Transferência a Pedido ou por Insatisfação	●	○	●	Setorial
Aplicação da pesquisa de satisfação do cliente externo	●	●	●	Setorial
Taxa de eventos adversos cuja origem é fármaco	●	◐	●	Setorial
Taxa de Eventos Adversos Relacionados ao uso de equipamentos	●	◐	●	Setorial
Taxa global de eventos adversos não infecciosos	●	◐	●	Setorial
Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico por potencial de contaminação	●	◐	●	Setorial
Taxa de Infecção Urinária	●	◐	●	Setorial
Taxa de Arterial Venosa	●	◐	●	Setorial
Taxa de Dermatite Perineal	●	◐	●	Setorial
Taxa de Escara / Lesões de Pele	●	◐	●	Setorial

Metas/ indicadores	Estratégia	Lógica de Serviços	Lógica Neo Fordista	Setorial ou global
Taxa Global de Infecções hospitalares	●	◐	●	Setorial
Adesão às atividades propostas pela Qualidade	◐	○	●	Setorial
Satisfação - Pesquisa de Clima Interna	◐	○	○	Setorial
Índice de Homem hora Treinado	◐	●	●	Setorial
Treinamento realizado/treinamento programado	◐	●	●	Setorial
Taxa de Absenteísmo – ocupacional	◐	◐	●	Setorial
Taxa de Absenteísmo - não ocupacional	◐	◐	●	Setorial
Taxa de Turnover	◐	◐	●	Setorial

QUADRO 7. Análise dos indicadores do setor Enfermaria do HB.

Fonte: Elaborada pelo autor.

Os indicadores “Custo total”, “Consumo de Roupa/Paciente dia em cada Posto de enfermagem”, “Número de Não Conformidades de Lançamento em auto-auditoria em cada Posto de Enfermagem”, “Satisfação do cliente interno”, “Insatisfação do cliente interno” e “Índice de acidente de trabalho Setorial” possuem, em uma análise similar feita no setor de nutrição e farmácia, relação com uma busca da excelência operacional. Isso permite o enquadramento deles como relação indireta com as estratégias. Todos esses são indicadores

preocupados com o aproveitamento de recursos e/ou fluxo de produção os aproximando da lógica neofordista. Já em relação à lógica de serviços percebe-se uma ausência ligação à mudança do estado do cliente, à aprendizagem ou competências dos trabalhadores, portanto descaracterizando-os da lógica de serviços.

Da mesma maneira, os indicadores “Satisfação do cliente externo” e “Insatisfação do cliente externo” relacionam-se com uma excelência em atendimento (relação direta com a estratégia), preocupam-se em medir variáveis que interfere no estado do cliente (lógica de serviços) e não remete a nenhuma das três características da lógica neofordista. Já o indicador “Aplicação da pesquisa de satisfação do cliente externo” se diferencia dos indicadores “Satisfação do cliente externo” e “Insatisfação do cliente externo” no eixo lógica neofordista devido a sua preocupação em medir o fluxo de produção (taxa de aplicação).

Os indicadores “Taxa de eventos adversos cuja origem é fármaco”, “Taxa de Eventos Adversos Relacionados ao uso de equipamentos”, “Taxa global de eventos adversos não infecciosos”, “Taxa de Infecção de Sítio Cirúrgico por potencial de contaminação”, “Taxa de Infecção Urinária”, “Taxa de Arterial Venosa”, Taxa de Dermatite Perineal”, “Taxa de Dermatite Perineal”, “Taxa de Escara / Lesões de Pele e Taxa Global de Infecções hospitalares” são relacionados à uma excelência em atendimento. Eles podem estar relacionados à uma preocupação em medir a mudança do estado do cliente (relação indireta com a lógica de serviços). Todos estes indicadores medem fluxo de produção e aproveitamento dos recursos (lógica neofordista).

A análise dos outros indicadores do setor de Enfermagem é análoga aos mesmos indicadores colocada nos setores de Farmácia e Nutrição. Também no HB, como no HA, a Enfermagem foi o setor que mais organizou indicadores próximos à lógica de serviços.

Nas falas dos pacientes da enfermagem, cabe ressaltar a ênfase que os pacientes da oncologia dão ao bom relacionamento atrelado a grande quantidade de tempo que a maioria deles passa no hospital:

Paciente 1 de oncologia:

como eu passo muito tempo aqui, um bom serviço da enfermagem é delas, que me tratam bem. A gente tem que conversar muito com elas pra entender o que que está acontecendo, o que vamos fazer, qual vai ser as etapas do tratamento. Então elas têm que ter paciência principalmente no início.

Paciente 2 da enfermaria : “ Eu espero que as enfermeiras sejam rápidas e me atendam bem .”

O atender bem destacado na fala do paciente 2 diz respeito a interação entre enfermeira/médico e pacientes. Já na nutrição, ressalta-se a alimentação como mecanismo de ajuda no tratamento. Nesse caso, quando alimentação é bem vista pelo paciente o tratamento é mais eficaz.

Como mostrado nas verbalizações dos pacientes entrevistados, bom serviço, nos três setores analisados, depende efetivamente de uma relação qualitativa entre os clientes-usuários e os funcionários.

Segue abaixo relatos que demonstram o que é bom serviço para os pacientes e o que é necessário para este bom serviço acontecer.

Paciente 1: “Bom serviço, pra mim, quer dizer um bom atendimento. Eu chego sou bem atendido e saio como meu problema resolvido”.... “Para existir esse bom serviço acho que é necessário haver bons profissionais e uma boa relação dos funcionários com o paciente.”

Paciente 2: “O hospital é bom se ele tiver bons médicos e ele me tratar bem. Se tiver as coisa que precisam para o tratamento. Máquinas, remédio...”

Paciente 3:”Eu chego aqui, se o atendimento for rápido e eu sair logo, isso pra mim quer dizer que o hospital tem um bom serviço.” ... “Tem que ter muito médicos, não ter muita burocracia e um pessoal que atenda a gente bem.”

Paciente 4: “Eu acho que o hospital é bom se os médicos forem bons e me atenderem bem. As enfermeiras também.”

Questionado sobre o que poderia atrapalhar essa relação, os pacientes do HB ressaltaram a dificuldade de comunicação. Para os mesmos pacientes 1e 2 da enfermaria destacam-se em suas falas.

Paciente 1 de oncologia: “é muito difícil passar exatamente a reação que estamos tendo, a farmacêutica tenta conseguir os efeitos do remédio, mas é uma situação difícil.” O paciente se refere nesse caso a um relato de efeitos colaterais dos remédios.

Já o paciente 2 destaca a necessidade de interação:

a gente passa muito tempo aqui só com nós mesmos. Quando a enfermeira vem eu quero conversar, saber tudo que está acontecendo comigo, os remédios, o que eu vou comer. Acho que nem sempre ela pode ficar aqui para me passar essas informações.

Em ambos os casos retratados, fica claro que é necessário que os funcionários tenham competências para entender os problemas dos pacientes e resolvê-los. Contudo, os indicadores de desempenho medem muitas variáveis quantitativas que dificultam a situação cotidiana desses trabalhadores. Embora a preocupação com a eficácia (resolver o problema do cliente-usuário) seja importante, os indicadores preocupam-se, na maioria, com a eficiência, aproximando-se da lógica neofordista.

7. ANÁLISE DE ESTUDO DE CASO

Neste capítulo serão discutidos os dois estudos de caso em conjunto tratando de suas diferenças e similaridades.

Nos indicadores e metas das unidades de produção da Diretoria de Urgência e na Diretoria de Operações Hospitalares o HA são mais comuns, os indicadores enquadrados na classificação Lógica de Serviços, o que é coerente dentro da proposta de perceber a real eficácia do hospital.

Ao se aprofundar nestes indicadores e especificar o elemento Competência como elemento essencial para o alcance dos resultados, percebe-se, porém, que há também, assim como a Diretoria de Apoio à Assistência, um vazio de indicadores que medem o aumento da competência ou sua utilização para resolver os problemas e chegar a resultados eficazes. Quer dizer, existe um menor número pequeno de indicadores na lógica de serviços. No HB essa situação fica ainda mais relevante.

Destaca-se que a relação inter-pessoal foi colocada como sendo de suma importância para o bom serviço hospitalar. Essa constatação se deu pelas entrevistas com os pacientes. Considerando, portanto, que a competência relaciona-se diretamente com a boa inter-relação entre os usuários e pacientes e esta é essencial para o bom serviço hospitalar, seria interessante, para constatar a eficácia, conhecer a competência dos trabalhadores.

7.1 Estratégia

Uma das funções dos indicadores de desempenho é perceber a estratégia das organizações de maneira operacional (Kaplan & Norton, 1997; Martins, 1999). A Concepção do modelo BSC já induz a empresa a conseguir associar seus indicadores a sua estratégia. Isso ocorre, portanto no HB. Por isso que a correlação dos indicadores do HB com a estratégia é bem coerente. Isso não significa que a lógica de serviços está sendo utilizada.

Já no HA, os indicadores e metas são feitos a partir de uma necessidade discutida entre Diretorias, gerências e trabalhadores nos Colegiados. É uma situação mais participativa, mas que nem sempre retrata a política estratégica da empresa como percebido nos indicadores que dificultam o exercício da competência por serem focados nos recursos ou em geral extremamente quantitativos. Ressalta-se, porém, que a participação de diversas pessoas na concepção dos indicadores do HA leva à formulação de indicadores mais coerentes com a lógica de serviços, ao contrário do HB.

Mesmo a Diretoria do HA não colocando competência como sendo uma estratégia explícita do hospital, ela o faz de maneira indireta quando considera que Humanização é um norte estratégico, pois, competência é um elemento da humanização.

Em ambos os hospitais, não se percebe indicadores que relacionem o nível de interação entre a organização e usuário, exceto pelos questionários de satisfação do usuário. Essa percepção se dá pela ausência de indicadores voltados para a eficácia do serviço considerando sua definição discutida no capítulo 3.

7.2 Processos internos

Outra preocupação dos hospitais, além da humanização, retratada nos indicadores é principalmente com a qualidade dos processos internos. Eles podem interferir na qualidade do serviço principalmente aproveitando a idéia de que a padronização pode evitar erros ou economizar tempo. A preocupação com os processos internos, contudo, refere-se muito mais a um controle associado à eficiência que à eficácia. Nesse caso, a lógica industrial neofordista está bem inserida no contexto da gerência dos hospitais. No HA esta preocupação é um reflexo de uma tentativa de industrialização mediante introdução de elementos de gestão privada dos serviços públicos, ocorrente em diversos serviços públicos de Belo Horizonte e Minas Gerais (ANASTASIA, 2006).

Um elemento importante com que o HA se preocupa na sua gestão é o que os administradores chamam de “Processo de Trabalho”. Quase todas as unidades funcionais preocupam-se bastante com o processo de trabalho o que quer dizer, em geral, padronização e criação de

rotinas como visto nas metas da maioria dos setores. Para Diretoria de Atenção Hospitalar do HA: “nós precisamos é de padrão para assim podemos controlar melhor”.

Nessa mesma linha, observamos falas de trabalhadores da lavanderia, farmácia, enfermaria, banco de sangue e acolhimento das quais se destacam a opinião de uma das auxiliares de enfermagem que afirmou: “se não conseguirmos criar rotinas que os trabalhadores sigam, não conseguiremos ter um bom serviço.”

A manifesta intenção de padronização de praticamente todos os setores do HA é uma diretriz que leva ao questionamento de como os trabalhadores poderão ter suas competências aprimoradas já que eles estarão “amarrados” pelas normas. Ressalta-se que a transgressão da norma pode ser feita, porém, a custo da eficácia, ou mesmo da eficiência. É uma situação que exige a mobilização das competências dos trabalhadores que assim podem identificar situações nas quais a transgressão das normas seja necessária. Mesmo que a organização busque uma padronização, é interessante, dentro da lógica das competências que existam mecanismos que permitam a transgressão das normas, pois a singularidade dos eventos exige isso.

Essa discussão de processos internos também acontece no HB. Os funcionários revisam seus processos e elaboram planos de ação para combater os eventos adversos. Em geral esses momentos acontecem com o auxílio da empresa de consultoria, o que permite utilizar, além das competências dos trabalhadores, o *benchmark* externo. Basta percebermos a quantidade de indicadores que são enquadrados na lógica neofordista para verificarmos a importância dada aos processos internos pela estratégia do HB.

Em ambos os hospitais, a preocupação com a vida do cliente-usuário durante a sua estada no interior dos hospitais é latente. Não se percebe, porém, uma preocupação com o paciente fora do hospital e, portanto, a eficácia em longo prazo – característica da lógica de serviços. Ao menos traduzidos nos indicadores de desempenho, a preocupação com o paciente existe quando ele entra no Hospital, salvo nos casos em que o tratamento da doença é, por natureza, de mais longo prazo, como é o caso do câncer e pacientes de hemodiálise.

Alguns indicadores deixam clara essa análise. Mede-se, por exemplo: “índice de mortalidade”, “índice de eventos adversos”, “qualidade microbiológica das refeições” e não se encontra indicadores do tipo: “taxa de retorno por recaída da doença”, “impacto da utilização

do remédio em casa” ou “índice de interferências no tratamento ocorridos pela alimentação de casa”. Quando uma atividade tem muita relação entre o cliente e o trabalhador (serviços profissionais, como os hospitais), há uma necessidade de dar um caráter mais diversificado para os indicadores (GADREY, 2001). Caso contrário, se estará medindo situações singulares, como o problema de um usuário em um hospital, como se fosse algo padronizado.

Essa diversificação de indicadores deve contemplar várias dimensões de satisfação ou de avaliação que o cliente-usuário percebe. De acordo com Zarifian (2001b), os clientes-usuários avaliam o serviço pensando na utilidade, justiça, solidariedade e estética. Os indicadores multifacetados, portanto, considerarão todas essas dimensões de avaliação. Os indicadores dos hospitais podem se relacionar à utilidade como “índice de cura sem recaídas”, podem se relacionar à justiça como “tempo de espera sem ser atendido”, podem se relacionar à solidariedade como o “tempo que o usuário volta a trabalhar”. Ou ainda, podem se relacionar com a estética como “qual a influência de programas culturais (palhaços ou teatros nas enfermarias, por exemplo) no tratamento dos usuários”. Nesse sentido, pode-se lembrar a fala de um paciente da enfermaria do HB, destacada ao final do capítulo anterior, que afirma ter necessidade de conversar com a enfermeira, porém crê que a funcionária não possui tempo disponível para tal. Essa necessidade de interação, não reconhecida pelo hospital em seus indicadores, pode interferir na avaliação segundo a solidariedade e na própria avaliação segundo a utilidade (a redução na interação pode interferir negativamente na recuperação do paciente).

7.3 Cliente-Usuário

Dentro dos hospitais, dependendo do caso, o sujeito é cliente, paciente ou usuário. O sujeito é cliente quando está comprando o serviço particular no HB. Ele é, em muitos momentos pacientes, por estar doente. Mas em todos os momentos o sujeito é usuário no sentido de cidadão que tem direito à saúde e ser tratado de forma humanizada.

Dentro do sistema BSC, a voz do cliente constitui uma perspectiva, mas o HB organizou pouquíssimos indicadores nesta linha, destacando aqui a pesquisa de satisfação do cliente, seja ele interno ou externo. Esse tipo de pesquisa também existe no HA, não tão sistematizada

como no HB, visto que no HB todos os setores realizam esse tipo de pesquisa e no HA apenas alguns.

Em ambos os hospitais estudados os questionários ficam à disposição do cliente podendo viciar a amostra (CORREA & CAON, 2002) além de ter baixo retorno de resposta. Os clientes que normalmente respondem são os mais esclarecidos e normalmente esses já são mais bem tratados. Ou ainda, há casos em que os pacientes nem mesmo entendem os questionários. Estes, a título de ilustração, recolhidos no Laboratório e no Setor de Prontoário do HA e no laboratório no HB seguem em anexo.

Em alguns casos também os funcionários entregam os questionários aos pacientes. Isso acontece sem uma regra pré-estabelecida. É uma situação momentânea definida pelo funcionário. Isto também pode contribuir para vício da amostra, visto que ele provavelmente só entregará quando tiver boa relação com os pacientes.

As pesquisas de satisfação são tratadas um pouco diferentes em cada hospital. No HA, o setor que elaborou uma pesquisa (lembre-se que no HA, nem todos os setores tem esse tipo de pesquisa) de satisfação leva os resultados para o colegiado buscando possíveis soluções. Se necessário, essas soluções podem constituir metas nos próximos contratos de gestão.

Já no HB todos os setores organizam pesquisa. Essa pesquisa é tratada em conjunto com a consultoria. Se for percebido que de fato os itens da pesquisa forem pertinentes, elabora-se plano de ações. Essa elaboração se dá em conjunto entre funcionários do setor pesquisado e o setor de Qualidade. Percebe-se que no HA a pesquisa pode remeter a soluções participativas de curto, médio e longo prazo. No HB, as pesquisa de satisfação levam a soluções mais sistematizadas – mas não necessariamente mais eficazes – que no HA, devido às metodologias de análise crítica e plano de ações adotadas.

8. CONCLUSÕES

As empresas de serviços progrediram bastante no que diz respeito à problemática dos indicadores de desempenho, contudo o tema continua sendo extremamente pertinente como objeto de estudo para a Engenharia de Produção.

Neste trabalho, percebeu-se que as organizações de serviço e, em especial, as hospitalares enfatizam os métodos de gerenciamento com o intuito de melhorar as suas atividades de serviços tornando-as mais eficazes e otimizando seus recursos. Essa preocupação está ocorrendo tanto em empresas públicas quanto privadas, como se percebeu nos estudos de caso.

Nas empresas privadas, a discussão do gerenciamento das operações e dos próprios custos está mais próxima da lógica neofordista que as empresas públicas. Entretanto, mesmo sem utilizar consultorias ou métodos mais consolidados, as empresas públicas buscam, à sua maneira, melhorar suas operações e seus custos, bem como se inserir na lógica neofordista. No HA os Contratos de Gestão são uma demonstração de como há possibilidade de organização de instrumentos próprios de gestão. Instrumentos esses, que tal como o BSC servem para alinhar as estratégias das empresas com o núcleo operacional e controlar as suas atividades.

Na conceituação teórica, a competência é importante para os trabalhadores conseguirem chegar à eficácia. O que se percebe, porém, é que os indicadores preocupam-se pouco em facilitar o uso da competência pelos trabalhadores. Pelo contrário, a utilização de indicadores essencialmente quantitativos voltados para a lógica neofordista mostram pouco interesse em avaliar a real eficácia dos hospitais como exemplificado no fim do capítulo 7.

A situação descrita no parágrafo anterior causa estranheza, visto que, na maioria dos momentos das entrevistas tanto a questão da humanização, quanto a questão da qualidade é importante para um bom serviço hospitalar. E a competência dos trabalhadores é essencial para o cumprimento desses dois requisitos do bom serviço. Assim, é de se acreditar que os indicadores de desempenho devam estimular, ou ao menos não dificultar, o exercício da competência. Os indicadores, contudo, podem pressionar os trabalhadores a ter atitudes não

eficazes, mesmo tendo competências para a eficácia. Isso pode acontecer, visto que os indicadores excessivamente quantitativos e voltados à lógica neofordista levam ao entendimento de que isto é a principal preocupação dos hospitais, o que do ponto de vista do conceito de serviço adotado neste trabalho não é pertinente. Seria mais, se a preocupação fosse a solução do problema do usuário de forma ampla – ou seja, a recuperação da saúde e da qualidade de vida do cidadão, inclusive no longo prazo. Percebeu-se também que os indicadores são organizados setorialmente (como visto nos quadros) o que dificulta uma análise do hospital como um todo e também considera que a gestão de cada setor pode ser feita de maneira individual quando os setores dependem dos outros diretamente. Por exemplo: a enfermagem depende da agência transfusional no HA, ou a Farmácia se relaciona à radioterapia no HB.

O trabalho mostrou que ainda existem lacunas entre a concepção dos indicadores de desempenho e o conceito de serviço colocado nas próprias estratégias dos hospitais. Esses órgãos traçam estratégias que nortearão suas atividades, mas não descrevem exatamente como monitorarão estas estratégias, o que deve ser parte integrante das atividades das empresas. Os indicadores de desempenho podem funcionar como mecanismos de informação dos acontecimentos. Eles deveriam mostrar essas estratégias acontecendo na realidade operacional dos hospitais, contudo eles não realizam isso totalmente. Muitas estratégias são, de fato, retratadas nos indicadores, mas outras ficam afastadas da concepção dos indicadores como analisado no capítulo 7.

A conclusão a que se chega é a de que os conceitos teóricos de serviço são reconhecidos e utilizados pelos hospitais quando da elaboração da estratégia. Vide, por exemplo, a idéia de humanização e qualidade dos serviços hospitalares destacadas no HA e no HB, porém quando a discussão passa para o plano dos indicadores, o foco volta-se mais para os recursos, lógica neofordista. Esse foco dificulta o exercício da competência na busca por resolver o problema do usuário, visto que a produtividade do hospital é medida, na maioria dos casos, com indicadores que medem o aproveitamento dos recursos. Este trabalho não pretende, em momento algum, desconsiderar a importância do melhor aproveitamento dos recursos. Seria algo inadmissível para a Engenharia de Produção. Mas ele pretende criticar a falta de percepção dos indicadores dos hospitais com questões qualitativas importantes na eficácia dos mesmos. De fato, a lógica de serviços ainda não está retratada de maneira substancial nos indicadores do hospital.

Como sugestão, seria interessante que, para trabalhos futuros, houvesse um estudo mais aprofundado do trabalho dos funcionários do hospital de maneira que permitisse maior detalhamento da relação da competência com o alcance de determinadas metas avançando a discussão em relação aos limites deste trabalho.

REFERÊNCIAS

ABREU, F. C. Schneider, L. C. MIRANDA, R. G. TONDOLO, V. A. G. *Vantagens e desvantagens do uso do Balance Scorecard: o caso carris*. Anais do XXIV Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Florianópolis. 2004.

ANASTASIA, A. A. J. Antecedentes. In: VILHENA, R. et al. (org) *O Choque de Gestão em Minas Gerais: políticas da gestão pública para o desenvolvimento*. Belo Horizonte: editora UFMG, 2006.

AZEVEDO, A. C. Avaliação de desempenho de serviços de saúde. *Revista Saúde Pública*, Vol. 25, n. 1, pág. 64-71, 1991.

BEVAN, G.; HOOD, C. What's measured is what matters: targets and gaming in the english public health care system. *Public Administration*, Vol. 84. n. 3, pág. 217-538, 2006.

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

BURREL, G. & MORGAN, G. *Sociological Paradigms and Organisational Analysis*. London: Heineman. 1979.

CANGUILEN, G. Meios e normas do homem no trabalho. *Revista Proposições*, volume 12, p. 12, p. 35-36, 2001.

CHIAVENATO, I. *Introdução à Teoria Geral da Administração*. Rio de Janeiro: campus, 2003.

CORRÊA, H.L.; CAON, M. *Gestão de serviços: lucratividade por meio de operações e de satisfação dos clientes*. São Paulo: Atlas, 2002.

COULON, A. *Etnometodologia e educação*. Petrópolis: Vozes, 1995.

FLEURY, A; FLEURY, M.T.L.. *Estratégias Empresariais e Formação de Competências: um Quebra-cabeça Caleidoscópico da Indústria Brasileira*. 3. ed., São Paulo, Editora Atlas, 2004.

GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação de desempenho dos serviços. In: SALERNO, M. S.(org.) *Relação de Serviço – produção e avaliação*. São Paulo: Senac, 2001.

GIANESI, I. G. N; CORRÊA, H. L. *Administração estratégica de serviços*. São Paulo: Atlas, 1996.

GORZ, A. *O Imaterial*. São Paulo: Annablume. 2005

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Mapa do Mercado de Trabalho do Brasil-1992 a 1997*. Rio de Janeiro, 2001. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/> acessado em 25/02/2009.

INVERNIZZI, Noela. Teoria da competência: Categorias analíticas e ideologia na compreensão dos novos processos de trabalho. *Trabalho & Educação*. Revista do NETE (Núcleo de estudos sobre Trabalho e educação). FAE/UFMG, Jul/dez 2001. nº09.

KAPLAN, S R. NORTON P. D. *A estratégia em ação: balanced scorecard*. 4 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1997.

KLUCK, M. GUIMARÃES, J. R. FERREIRA, J. PROMPT, C. A. A gestão da qualidade assistencial do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *Revista Administração Saúde*, v. 4, nº 16, p. 27-32, jul-set/2002

KURCGANT, P. TRONCHIN, D. M. R. MELLEIRO, M.M. A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos. *Acta Paul Enferm*, v. 19, nº 1, p. 88-91, 2006.

LIMA, M. B.B. P. B. *A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP*. Hospital das Clínicas da UNICAMP, Campinas, 2006. Disponível em http://www.hc.unicamp.br/ouvidoria/09_qualidade.pdf acessado em 25/04/2009.

MARTINS, R. A. *Sistemas de medição de desempenho: Um modelo para estruturação do uso*. Tese (Doutorado) – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

MINTZBERG, H. *Criando Organizações Eficazes Estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 2003.

MOTTA, F. BRESSER-PEREIRA, L. *Introdução à organização burocrática*. São Paulo: Pioneira. 2004

NORMANN, R. *Administração de Serviços*. São Paulo: Atlas, 1993.

PARRY, S. B. The Quest For Competencies. *Training*, Minneapolis. *Minn*, v.33, n. 7, p.48-54, July. 1996 .

RIBEIRO, M.R. *A evolução(?) temática e metodológica de uma pesquisa de mestrado em engenharia de produção*. XVII Encontro Nacional de Engenharia de Produção/ III International Conference on industrial Engineering an Operations Management. Gramado. 1997, p. 01-08.

SALERNO, M. A seu serviço: interrogações sobre o conceito, os modelos de produção e o trabalho em atividades de serviços. In *Relação de Serviço*. São Paulo: Atlas, 2001.

SANTOS, R. C. L. *Gestão integrada ou controle integrado? Avaliação da implementação de um sistema integrado de gestão baseado no balanced scorecard- BSC*. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2004.

SILVA, P. T. SOARES. E. B. CURI FILHO, W. R. *A humanização da produção de serviços pelo reconhecimento das competências do trabalhador*. Anais do XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Rio de Janeiro.2009.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da Competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. CEDES-UNICAMP. *Revista Educação e Sociedade*, numero 65, p. 101-139, dez/ 1998.

_____. *Trabalho e uso de si*. *Revista Proposições*. Vol. n.5.p. 32-50, 2000.

SVEIBY, K.E. *A nova riqueza das organizações*. Tradução: L.E.T. Frazão Filho. Rio de Janeiro: Campus. 1998

TAYLOR, F. W. *Princípios da Administração Científica*. São Paulo: editora Atlas: 1976.

THIOLLENT, M. Problemas de metodologia. IN: FLEURY, A. C. C. & VARGAS. N. *Organização do Trabalho*. São Paulo, Atlas, 1983.

_____. O processo de entrevista. In: THIOLLENT, M. J. M. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. São Paulo: Editora Pollis, 1985.

YIN, Robert K. - *Case Study Research - Design and Methods*. Sage Publications Inc., USA, 1989.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 599-613, 2005.

VARGAS, E. R. ZAWISLAK, P. A.; Abordagem funcional e as lógicas de inovação em serviços: desenvolvendo uma análise não-tecnista da evolução do serviço hospitalar. *Revista de Ciências da Administração*, v. 7, n. 14, jul/dez 2005.

VOSS, C. TSIKRIKTSIS, N. FROHLICH, M.; Case Research in Operations Management. *International Journal of Operation and Production Management*, Vol 22, nº 2, p. 195-219, 2002.

ZARIFIAN, P. Produire de la valeur, mais quelle valeur? In: BERCOT, R. CONICK, F. (Ed) *I'univers des services*. Paris: L'Harmattan, 2005.

_____. *Objetivo Competência*. São Paulo: Atlas , 2001. (a) .

_____. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviç o. In: SALERNO, M. S. (org) *Relação de serviç o: produção e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001. (b)

_____. Valor, organização e competência na produção de serviç o: Esboço de um modelo de produção de serviç o. In SALERNO, M. S. (org) *Relação de serviç o: produção e avaliação*. São Paulo: SENAC, 2001 (c)

_____. As novas abordagens da produtividade. In: Soares, R.M.S. (ed.) *Gestão da empresa, automação e competitividade*. Brasília, IPEA, 1990

ANEXO I – ROTEIRO PARA QUESTIONÁRIO PARA FUNCIONÁRIOS

Perguntas focadas no Conceito de serviço.

1. Qual é o seu serviço?
2. O que é um bom serviço?
3. O que você acha importante para o hospital prestar um bom serviço?
Aspectos como qualidade, tempo de espera reduzido, boa interação entre médico e paciente....
4. Como você acha que deveria ser um bom serviço ?
5. Quais os motivos que te levam a acreditar que essa(s) característica(s) te leva a um bom serviço prestado?
6. O que, no hospital, o afasta desse “Bom serviço”?
7. Vocês estão medindo essas características (que foram destacada na resposta 6)
8. O que a administração faz para melhorar características ruins que atrapalham o hospital a chegar neste bom serviço? O que é mais empecilho?

Perguntas focadas nos indicadores de desempenho do ministério da saúde.

9. O que você pensa a respeito dos indicadores de desempenho do ministério da saúde?
- quais são seus pontos fortes? E pontos fracos?
10. Vocês tomam decisões administrativas a partir destes indicadores?
11. Vocês teriam sugestões de melhorias nesses indicadores? Outras variáveis a serem medidas?

Perguntas focadas nos indicadores desempenho próprio.

12. Vocês têm seus próprios métodos de medir a eficiência de vocês? –
- Métodos.
- Indicadores.
- Variáveis.
13. Por que é importante medir essas variáveis?
- A respeito dos índices que essas medições apresentam. Em que eles interferem na suas decisões?

ANEXO II – ROTEIRO PARA QUESTIONÁRIO COM OS PACIENTES

Questionário para pacientes/usuários

- 1) O que você considera como um bom serviço para este DETERMINADO setor?
- 2) O que você espera desse setor? O que é mais importante? O que é menos importante?
- 3) Quais problemas você enxerga nesse setor?
- 4) Tem alguma sugestão para melhorá-los ?
- 5) Tem outras sugestões de melhorias ?
- 6) Quais são os elementos mais concretos desse setor que você acha importante?
- 7) Existem fatores que não são muito palpáveis que você acha importante?
- 8) Você já deu alguma sugestão aqui no hospital que você sabe ou percebeu que melhorou ?
- 9) Existem momentos que você percebeu que o funcionário era competente? E que não era competente?
- 10) Existem momentos que você percebeu que seu problema só foi resolvido graças a competência do trabalhador?
- 11) E momentos que você identifica como situações que não foram resolvidas por que faltou competência aos trabalhadores?

**ANEXO III – METAS/INDICADORES NO SETOR DE DIAGNÓSTICO DE
IMAGENS DO HA.**

Metas/ indicadores
Reduzir o tempo de entrega dos exames
Grau de padronização nos laudos e protocolos
Realizar treinamentos
Índice de radioproteção (procedimentos de segurança) medido através do aproveitamento dos recursos de segurança)
Reformas da área física e aquisição de novos equipamentos
Absenteísmo

ANEXO IV – METAS/INDICADORES NO SETOR LABORATÓRIO DO HA.

Metas/ indicadores
Tempo de Liberação dos resultados
Grau de atendimento das recomendações das normas técnicas
Índice de exames realizados e custos do laboratório
Índice de Absenteísmo

ANEXO V – METAS/INDICADORES DA AGÊNCIA TRANSFUSIONAL DO HA.

Metas/ indicadores
Índice de registro das transfusões
Redução de utilização de hemocomponentes
Aumento do numero de doadores
Índice de custos
Absenteísmo
Aumento da padronização criando-se mais rotinas de trabalho
Realizar treinamentos

**ANEXO VI – METAS/INDICADORES NO SETOR SUPORTE DE NUTRIÇÃO
ENTERAL E PARENTERAL DO HA.**

Metas/ indicadores
Implantar ficha única para acompanhamento de pacientes adultos em terapia nutricional
Informatizar o banco de dados
Aumentar o tempo da cobertura do atendimento para que mesmo em horários alternativos tenha pessoas qualificadas do setor para atendimento
Concluir, divulgar e elaborar o protocolo de nutrição enteral e parenteral adulto para que os pacientes conheçam suas dietas
Registrar e analisar não conformidades
Taxa de absenteísmo
Melhoria das condições de trabalho e satisfação da equipe medido através de pesquisa de satisfação com os funcionários

ANEXO VII – METAS/INDICADORES NO SETOR LACTÁRIO DO HA.

Metas/ indicadores
Realizar treinamentos
Índice de aprovação das dietas nas análises microbiológicas
100% do Controle da assepsia das mãos dos manipuladores
Informatizar os rótulos das dietas enterais incluindo os dados exigidos na portaria do Ministério da Saúde
Índices de custos

ANEXO VIII – METAS/INDICADORES DO CENTRO DE ESTERILIZAÇÃO DO HA

Metas/ indicadores
Adequação da área física.
Realizar treinamentos.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.
Índice de avaliação dos servidores medida através de pesquisa de satisfação realizada com os funcionários.
Absenteísmo.
Conhecer a satisfação do usuário.
Criar rotinas e diretrizes técnicas.

ANEXO IX – METAS/INDICADORES NO SETOR BANCO DE LEITE DO HA

Metas/ indicadores
Aumento da padronização.
Manter padrões de qualidade do leite dentro das faixas pré-estabelecidas com 100% de aproveitamento.
Realizar treinamentos.
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação
Melhorar os equipamentos.
Índices de vacinação dos recém-nascidos de mais de 2000 g deve ser superior a 75%.

ANEXO X – METAS/INDICADORES NO SETOR LAVANDERIA DO HA

Metas/ indicadores
Ampliação da área física aquisição de novos equipamentos.
Manutenção corretiva em no máximo 72 horas.
Índices de Enxoval.
Informatização do setor.
Índice de uso de equipamentos de segurança individual – Meta é atingir 100%.
Absenteísmo.
Índice de custos.

ANEXO XI - METAS/INDICADORES NO SETOR ENGENHARIA CLINICA DO HA

Metas/ indicadores
Grau de padronização.
Realizar treinamentos.
Controle do inventário e de aquisição/ desativação de novas máquinas.

ANEXO XII - METAS/INDICADORES NO SETOR AMBULATORIO DO HA

Metas/ indicadores
Implantar dez rotinas técnicas relacionadas ao trabalho, administrativas e uma diretriz clínica de fluxos integrados.
Melhorar os ambientes físicos.
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação.
Garantir a ocupação de 95% dos horários de atendimento do ambulatório.
Realizar treinamentos.

ANEXO XIII - METAS/INDICADORES NO SETOR REABILITAÇÃO, TERAPIA OCUPACIONAL E FONOAUDIOLOGIA DO HA

Metas/ indicadores
Ampliar em 15% o número de atendimentos.
Confecção de 03 manuais de orientação para pacientes e cuidadores.
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação.
Garantir o retorno do paciente da triagem auditiva no tempo adequado.
Realizar treinamentos.
Criar rotinas e diretrizes técnicas.

ANEXO XIV - METAS/INDICADORES NO SETOR ODONTOLOGIA DO HA

Metas/ indicadores
Manter o atendimento da urgência odontológica, Cirurgia e Traumatologia Buco-maxilo-facial, Estomatologia , Dor Orofacial e pacientes com necessidades especiais.
Índice de crianças que são inseridas no programa de Saúde Bucal – Meta é 90%.
Implantar o programa de saúde bucal em usuários da unidade AVC.
Realizar treinamentos.
Criar rotinas e diretrizes técnicas.
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação.

ANEXO XV – METAS/INDICADORES DO SETOR ACOLHIMENTO DO HA

Metas/ indicadores
Realizar treinamentos.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.
Revisar e criar protocolos.
Índice de erros na digitação na entrada dos pacientes. Meta: redução a 0% principalmente telefone e endereço.
Índice de baixas dos boletins de emergência em tempo real, pelo nome do médico que deu a alta, para uma informação real sobre o destino do paciente, bem como para o não extravio de fichas.
Contribuir com o bom andamento do fluxo interno orientando paciente e acompanhante na sua entrada.
Atualizar em tempo real o numero de pacientes que esperam leitos.
Índice de preenchimento correto para transferências.
Evitar a internação e facilitar a desospitalização dos pacientes.
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.

ANEXO XVI - METAS/INDICADORES DA SALA VERMELHA DO HA (SALA DE “ESPERA” DOS PACIENTES EM ESTADO DE URGÊNCIA)

Metas/ indicadores	
Taxa de permanência.	
Revisar e criar protocolos.	
Taxa de mortalidade.	
Reduzir a taxa de infecção hospitalar:	
Meta	
Infecção urinária	6,3%
Respiratória	5,7%
Corrente sanguínea	5,1%
Cutânea	2,6%
Cirurgia Limpa	4,3%
Cir. Potencialmente Contaminada	4,0%
Cirurgia Contaminada	3,0%
h)Cirurgia Infectada	10,3%.
Valores com referências aos anos anteriores.	
Índice de concretização dos fluxos pactuados ao Sistema de Urgência e Emergência e ao Serviço de Atendimento Móvel de Urgência. Meta: 100%.	
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação.	
Garantir o horário de visitas e notícias implantado na sala Vermelha e na sala amarela.	

ANEXO XVII – METAS/INDICADORES SETOR DE OBSERVAÇÃO MASCULINO E FEMININO DO HA

Metas/ indicadores
Reduzir a média de permanência para 2,9 dias.
Tempo gasto para coleta do exame.
Reduzir em 100% o número de extravios de prescrição e evolução de papeletas, de resumo de alta, transferência, óbito.
Inserir o horário e dados completos em 100% dos pedidos de exames laboratoriais.
Índice do número de exames de RX extraviados no setor.
Garantir a atualização do Quadro de escala: bimensal para Médicos e diária para enfermagem.

ANEXO XVIII - METAS/INDICADORES NO SETOR DE NEO NATAL DO HA

Metas/ indicadores
Reduzir em 5% a média de permanência . Meta: 18,5 dias.
Reduzir em 5% as taxas de infecção.
Índice de disponibilidade da 1ª etapa do método canguru para 100% dos pacientes internados, que estejam aptos para este tipo de acompanhamento.
Registrar em > 80% dos prontuários avaliados a presença de acompanhante/visitante.
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação.
Criar rotinas e diretrizes técnicas.
Realizar treinamentos.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.
Estabelecer horário para informação diária.
Índice de eventos adversos.
Taxa de ocupação dos leitos. Meta: acima de 85%.

ANEXO XIX– METAS/INDICADORES NO SETOR PRONTUÁRIO E ESTATÍSTICA DO HA

Metas/ indicadores
Atender 100% da demanda de forma humanizada (garantir e qualificar atendimento a usuários internos e externos).
Índice de extravio dos prontuários. Meta é não haver extravio.
Desenvolver relatórios estatísticos, com informações estratégicas, para 100% das Unidades funcionais.
Índice de registro no sistema de informações relacionadas à movimentação de pacientes como óbito, transferência, admissão e alta. Meta: 80%.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.

ANEXO XX - METAS/INDICADORES NO SETOR MATERNIDADE E BLOCO DO HA

Metas/ indicadores
Redução da média de permanência do Parto Normal para 30 horas e Parto Cesárea 48 horas.
Ampliação da presença do acompanhante na clínica obstétrica para todas as adolescente horário integral.
Aumentar (> 30%) a disponibilidade de analgesia para parto, inclusive em decesso.
Ampliação do horário de visita dos filhos das pacientes internadas.
Implantar rotinas para atingir a Maternidade Segura (menores riscos para mãe e filho).
Estabelecer horário para informação diária.
Realizar reuniões com 100% das puérperas internadas.
Criar rotinas e diretrizes técnicas.
Realizar treinamentos.
Índice de formação equipes de referência e apoio matricial (equipe multifuncional).
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.
Índice de preenchimento correto do sumário.
Taxa de ocupação dos leitos. Meta: acima de 85%.
Reduzir em 5 % Taxa de infecção.
Redução da taxa de cesariana para < 35%.
Índice de atualização dos dados relativos à movimentação de pacientes (óbito, transferência, admissão e alta) em tempo real

ANEXO XXI – METAS/INDICADORES NO SETOR MATERNIDADE E BLOCO DO HA

Metas/ indicadores
Reduzir em 5% a média de permanência.
Índices prontuários avaliados com registro da presença de acompanhante / visitante. Meta > 80%.
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação.
Estabelecer horário para informação diária.
Criar rotinas e diretrizes técnicas.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.
Realizar treinamentos.
Índice de formação equipes de referência e apoio matricial (equipe multifuncional).
Índice de preenchimento correto do sumário.
Reduzir em 10% a ocorrência dos eventos adversos.
Taxa de ocupação dos leitos. Meta: acima de 85%.

ANEXO XXII - METAS/INDICADORES NO SETOR CLÍNICA MÉDICA DO HA

Metas/ Indicadores
Reduzir o tempo de intervalo de substituição do leito para no máximo 02 horas.
Estabelecer multiprofissionais com acompanhantes.
Criar rotinas e diretrizes técnicas.
Realizar treinamentos.
Reduzir em 5% a média de permanência em relação ao ano anterior.
Taxa de ocupação dos leitos. Meta: acima de 85%.
Índice de preenchimento correto do sumário.
Estabelecer horário para informação diária.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.
Reduzir Taxa de Infecção da Unidade em 5% em relação ao ano anterior.
Reduzir em 50% o nº de úlceras por pressão adquiridas na unidade.
Estabelecer plano terapêutico para pacientes críticos.

ANEXO XXIII - METAS/INDICADORES NO SETOR CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DO HA

Metas/ indicadores
Estabelecer referência para visita por leito.
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação.
Criar rotinas e diretrizes técnicas.
Realizar treinamentos.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.
Índice de formação equipes de referência e apoio matricial (equipe multifuncional).
Índice de preenchimento correto do sumário.
Reduzir o tempo de intervalo de substituição do leito para no máximo 02 horas.
Redução em 50% do nº de escaras adquiridas nas enfermarias.
Índice de atualização dos dados relativos à movimentação de pacientes (óbito, transferência, admissão e alta) em tempo real .

ANEXO XXIV - METAS/INDICADORES NO SETOR CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO PEDIÁTRICO DO HA

Metas/ indicadores
Índice de registro no sistema de informações relacionadas à movimentação de pacientes como óbito, transferência, admissão e alta. Meta: 80%.
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação.
Criar rotinas e diretrizes técnicas.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.
Realizar treinamentos.
Índice de formação equipes de referência e apoio matricial (equipe multifuncional).
Estabelecer horário para informação diária.
Redução de 10% dos eventos adversos.
Índice de utilização dos leitos. Meta: acima de 95%.
Índice de atualização dos dados relativos à movimentação de pacientes (óbito, transferência, admissão e alta) em tempo real.

ANEXO XXV - METAS/INDICADORES NO SETOR DE TRANSPORTES DO HA

Metas/ indicadores
Manutenção de ambulância terceira por 24 horas.
Índices de custos.
Criar rotinas e diretrizes técnicas.
Realizar treinamentos.
Conhecer a satisfação do usuário medido através de pesquisa de satisfação.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.

**ANEXO XXVI - METAS/INDICADORES NO SETOR DE EPIDEMIOLOGIA
HOSPITALAR DO HA**

Metas/ indicadores
Elaborar 01 relatório semestral sobre o perfil epidemiológico das infecções hospitalares e dos eventos adversos.
Avaliar os eventos indesejáveis e definir uma ação para cada tipo de evento analisado.
Implantar duas diretrizes em cada unidade de ocorrência do evento relativo a germes multirresistentes.
Elaborar Boletim Epidemiológico Hospitalar trimestral.
Participar em reuniões ordinárias das clínicas (pediatria, clínica médica, urgência, terapia intensiva) e de apoio diagnóstico a cada dois meses.

ANEXO XXVII - METAS/INDICADORES NO SETOR PESSOAL DO HA

Metas/ indicadores
Reduzir no máximo para 10 dias o tempo gasto para realização dos processos.
Realizar treinamentos.
Assegurar 80% de atualização do histórico funcional dos profissionais.
Numero de reuniões mensais sendo que no mínimo uma. Meta para aqueles setores que não habitualmente a gestão participativa.

ANEXO XXVIII - METAS/INDICADORES NO SETOR DE INFORMÁTICA DO HA

Metas/ indicadores
Realizar treinamentos.
Informatizar os dados dos hospitais.

ANEXO XXIX - METAS/INDICADORES NO SETOR GESTÃO DE PESSOAS DO HA

Metas/ indicadores
Elaborar e cumprir cronogramas de aproveitamento dos trabalhadores concursados.
Viabilizar os treinamentos das outras unidades .
Aprimorar o instrumento de Avaliação de Desempenho.

ANEXO XXX METAS/INDICADORES DA GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA DO HA

Metas/ indicadores
Índice de implantação de residência multiprofissionais.
Avaliar estágios curriculares bem como contratos de estágios.
Criar rotinas e padrões .

ANEXO XXX I - ANÁLISE CRÍTICA DOS INDICADORES DO HB

SETOR OU CLÍNICA OU CARGO	NOME DO REPRESENTANTE	PRESENÇA
1.		
2.		

DEVER HAVER MAIS DE UMA PESSOA AVALIANDO E INCLUIR COORDENAÇÃO ; GERÊNCIA.

SETOR	
DATA DA ANÁLISE	
PERÍODO ANALISADO	MÊS DE REFERÊNCIA

VERIFICAÇÃO DAS AÇÕES DEFINIDAS ANTERIORMENTE				
O QUE	QUEM	QUANDO	SITUAÇÃO	LOCAL DE ARQUIVAMENTO DA EVIDÊNCIA

ENTRADA	<input type="checkbox"/> INDICADORES	<input type="checkbox"/> NÃO CONFORMIDADES	<input type="checkbox"/> AÇÕES PLANEJADAS
	<input type="checkbox"/> REGISTROS		
ESPECIFICAÇÃO DA ENTRADA	PERSPECTIVA ECONÔMICA		
NOME DO INDICADOR:	META=	RESULTADO OBITIDO	
COMENTÁRIO SOBRE OS ACONTECIMENTOS DO PERÍODO QUE INFLUENCIARAM O RESULTADO			
ESPECIFICAÇÃO DA ENTRADA	PERSPECTIVA PROCESSO		
NOME DO INDICADOR:	META=	RESULTADO OBITIDO	
COMENTÁRIO SOBRE OS ACONTECIMENTOS DO PERÍODO QUE INFLUENCIARAM O RESULTADO			
ESPECIFICAÇÃO DA ENTRADA	PERSPECTIVA APRENDIZADO		
NOME DO INDICADOR:	META=	RESULTADO OBITIDO	
COMENTÁRIO SOBRE OS ACONTECIMENTOS DO PERÍODO QUE INFLUENCIARAM O RESULTADO			
DISCUSSÃO DO RESULTADO PELA DIREÇÃO			

NOVAS AÇÕES FORAM GERADAS? PELOS SETORES	<input type="checkbox"/> SIM: VER QUADRO ABAIXO E MANTER AÇÕES ANTERIORES	
	<input type="checkbox"/> SIM: VER PLANO DE AÇÃO ANEXA	
	<input type="checkbox"/> NÃO: MANTER AS AÇÕES ANTERIORES	
O QUE	QUEM	QUANDO

SE A AÇÃO DEPENDER SÓ DO SETOR NÃO HÁ NECESSIDADE DE PLANO DE AÇÃO SÓ DE AÇÃO QUE DEVE SER EXPOSTA NESTE QUADRO ACIMA

Fonte: Organizado pelo próprio HB.

ANEXO XXXII – FORMULAÇÃO DE ENTRADA PARA O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO HB

FORMULÁRIO DE ENTRADA PARA O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO SETOR: _____		PERÍODO:	
INDICADORES		INDICADORES NÃO COLETADOS	
Total de indicadores do setor		INDICADORES	MOTIVOS
Total de indicadores não coletados			
Percentual de indicadores não coletados			
METAS		INDICADORES	MEDIA SEMESTRAL
Total de metas não atingidas			META PROPOSTA
Percentual de metas não atingidas			
Total de indicadores sem metas			
Percentual de indicadores sem metas			

INDICADORES COM METAS ALCANÇADAS	META PROPOSTA	PLANO DE AÇÃO
INDICADORES COM METAS NÃO ALCANÇADAS	META PROPOSTA	PLANO DE AÇÃO

PROPOSTA DE INCLUSÃO DE INDICADOR	PROPOSTA DE EXCLUSÃO DE INDICADOR
Indicador e forma de cálculo	Indicador e motivo

NÃO CONFORMIDADES
Total de NC recebidas
Total de NC em aberto
Percentual de NC pendentes

NÃO CONFORMIDADES PENDENTES	
Motivos da pendência	Ações para sanar a pendência

PLANOS DE AÇÃO
Total de planos de ação do setor
Total de planos de ação para metas não alcançadas

CAUSAS RAIZES DAS NÃO CONFORMIDADES		
Levantamento das causas raízes recorrentes		
Ações Finais	Situação Final	

PLANO DE AÇÃO
Situação inicial do indicador
Ação
Situação final do indicador
Evidências

TIPO DE PLANOS DE AÇÃO	
Preventivo	Corretivo
Percentual de Preventivo pelo Corretivo	

Fonte: Elaborado pelo próprio HB.

ANEXO XXXIII – PLANO DE AÇÃO DO HB

Setor:

ENTRADA:

AÇÃO CORRETIVA

AÇÃO PREVENTIVA
DE MELHORIA

AÇÃO

ANÁLISE DO PROBLEMA:

P L A N O D E A Ç Ã O							
O QU E	POR QUE	QUEM	COMO	ONDE	QUANDO	QUANTO	C O N C L U Í D O

RESULTADO: (ANÁLISE DO IMPACTO DA AÇÃO/MELHORIA):

LOCAL DE ARQUIVAMENTO DAS EVIDÊNCIAS DO IMPACTO:

RESPONSÁVEL:

DATA:

Fonte: Elaborado pelo próprio HB.

ANEXO XXXIV- METAS/INDICADORES DO SETOR DE QUIMIOTERAPIA DO HB

Metas/ indicadores
Contas faturadas dentro da competência SUS.
Relação Paciente Dia/ Funcionário Dia.
Perda de material médico .
Número de laudos de Quimioterapia novos.
Perda de quimioterapia pronta.
Quantidade de medição oral dispensada.
Satisfação do cliente externo (usuário).
Insatisfação do cliente externo (usuário).
Satisfação do cliente interno (outros setores do hospital).
Insatisfação do cliente interno (outros setores do hospital).
Adesão às atividades propostas pela qualidade.
Taxa de extravasamento de Quimioterapia.
Eventos adversos relacionados a medicação quimioterápica.
Reuniões clínicas.

ANEXO XXXV- METAS/INDICADORES DO SETOR DE RADIOTERAPIA DO HB

Metas/ indicadores
Custo Total Setor.
Taxa de comparecimento (n° de presenças e n° total de agendados).
Número de pacientes/hora/ técnicos disponíveis.
Satisfação do cliente externo (usuário).
Insatisfação do cliente externo (usuário).
Satisfação do cliente interno (outros setores do hospital).
Adesão às atividades propostas pela qualidade.
Número de planejados/ tratados.
% de queda durante a radioterapia.
Relatório errado entregue ao paciente.
Adesão ao processo de aplicação da pesquisa de satisfação do cliente externo em 20% do total de atendimento.
Satisfação-Pesquisa de clima interno.
Número de colaboradores treinados/ Treinamento programado.
Índice de Homem hora treinado.
Taxa de Absenteísmo – ocupacional.
Taxa de Absenteísmo - não ocupacional.
Taxa de <i>Turnover</i> .

ANEXO XXXVI- METAS/INDICADORES DO SETOR DO CENTRO DE TRATAMENTO INTENSIVO DO HB

Metas/ indicadores
Custo Total Setor.
Consumo de roupas/Paciente dia.
Taxa de não admissão por recusa.
Número de admissões.
Taxa de ocupação.
Satisfação do cliente interno (outros setores do hospital).
Adesão às atividades propostas pela qualidade.
Número de planejados/ tratados.
Relação Paciente Dia/ Funcionários Dia.
Índice de acidente de trabalho setorial.
Taxa de Transferência a pedido ou por Insatisfação.
Taxa de eventos adversos cuja origem é fármaco.
Taxa de eventos adversos relacionados ao uso dos equipamentos.
Taxa de Dermatite Perineal.
Taxa de Extubação acidental.
Taxa de Úlcera de Pressão.
Taxa de falha na extubação.
Taxa de lesões.
Taxa de Absenteísmo - não ocupacional.
Taxa de Perda de CVC.
Taxa de Pneumonia.
Taxa de eventos adversos não infecciosos.
Taxa global de infecções hospitalares.

Relações adversas relacionadas a hemocomponentes.
Adesão às atividades propostas pela qualidade.
Satisfação-Pesquisa de clima interno.
Número de colaboradores treinados/ Treinamento programado.
Índice de Homem hora treinado.
Treinamento realizado/ treinamento programado.
Taxa de Absenteísmo – ocupacional.
Taxa de Absenteísmo - não ocupacional.
Taxa de <i>Turnover</i> .

ANEXO XXXVII- METAS/INDICADORES DO SETOR DE PRONTUÁRIO DO HB

Metas/ indicadores
Custo total.
Taxa de não conformidades de lançamento.
Satisfação do cliente externo (usuário).
Insatisfação do cliente externo (usuário).
Satisfação do cliente interno (outros setores do hospital).
Insatisfação do cliente interno (outros setores do hospital).
Índice de acidente de trabalho setorial.
Adesão às atividades propostas pela qualidade.
Número de prontuário arquivado/ colaborador.
Número de internações/ colaborador.
Tempo médio na internação.
Taxas de altas realizadas com guias autorizadas.
Satisfação-Pesquisa de clima interno.
Número de colaboradores treinados/ Treinamento programado.
Índice de Homem hora treinado.
Treinamento realizado/ treinamento programado.
Taxa de Absenteísmo .
Taxa de <i>Turnover</i> .

ANEXO XXXVIII- METAS/INDICADORES DO SETOR DE TRANSPORTES DO HB

Metas/ indicadores
Custo total.
Tempo de atraso médio das ordens de serviço .
Produtividade do Trabalhador: Ordens de Serviço/Motorista.
Número de corridas particulares realizadas sem risco.
KM rodado global.
Gasolina por km rodado.
Diesel por km rodado.
Álcool por km rodado.
Satisfação do cliente externo (usuário).
Insatisfação do cliente externo (usuário).
Satisfação do cliente interno (outros setores do hospital).
Insatisfação do cliente interno (outros setores do hospital).
Índice de acidente de trabalho setorial.
Adesão às atividades propostas pela qualidade.
Adesão ao Cronograma de Manutenção Preventiva.
Adesão ao Cronograma de Entrega do relatório: “Rodagem/Centro de Custo”.
Eventos Adversos durante o transporte.
Satisfação-Pesquisa de clima interno.
Número de colaboradores treinados/ Treinamento programado.
Índice de Homem hora treinado.
Treinamento realizado/ treinamento programado.
Taxa de Absenteísmo – ocupacional.
Taxa de Absenteísmo - não ocupacional.
Taxa de <i>Turnover</i> .

ANEXO XXXIX – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE DO LABORATÓRIO DO HA

1. Você considera o nosso horário de coleta de sangue, de 07:00 às 09:00:

Ótimo Bom Regular Ruim

2. Você é atendido (a) de maneira educada pelas (os) secretárias (os) da recepção?

Sim Não Às vezes não Nunca

3. O atendimento começa exatamente no horário de 07:00 h?

Sim Não Às vezes não Nunca

4. Você considera que o atendimento, desde a sua chegada ao Laboratório até a chamada para a coleta de sangue é:

Rápido No tempo adequado Demorado Muito demorado

5. Você é atendido (a) de maneira educada pelo técnico que faz a coleta de sangue?

Sim Não Às vezes não Nunca

6. Você considera o local de atendimento no laboratório:

Ótimo Bom Regular Ruim

7. O prazo de entrega dos resultados de exames é:

Ótimo Bom Regular Ruim

8. De uma maneira geral você considera o laboratório:

Ótimo Bom Regular Ruim

Espaço para sugestões: _____

ANEXO XXXX – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO CLIENTE DO SETOR DE PRONTUÁRIO DO HA

1. Como você classifica o atendimento recebido pelo profissional do Setor:

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

2. Quanto tempo você aguardou para ser atendido pelo profissional do Setor?

Menos de 10 min De 10 a 15 min De 15 a 20 min

3. O tempo que você ficou esperando foi adequado?

Sim Não

4. O tempo que o Setor agiliza a entrega dos relatórios ou cópia é adequado?

Sim Não

5. Como você avalia a capacidade dos profissionais do Setor para atender a suas solicitação?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

6) Como foram as respostas às informações ou orientações solicitadas?

Ótimo Bom Regular Ruim Péssimo

7. Você fez algum pagamento pelo serviço prestado no Hospital?

Sim Não

OBSERVAÇÕES/SUGESTÕES:

ANEXO XXXXI – PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO LABORATÓRIO SETOR DO HB

AVALIE O SERVIÇO RECEBIDO, DANDO UMA NOTA DE 1 A 5, SENDO 1 É A MAIS BAIXA E 5 A MAIS ALTA.

1) Atendimento no laboratório

Atendimento médico

Cortesia do Médico	1	2	3	4	5
Agilidade no atendimento	1	2	3	4	5

Atendimento da Enfermagem

Cortesia	1	2	3	4	5
Habilidade nos cuidados de enfermagem	1	2	3	4	5

2) Espaço aberto ara comentário:
