

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS**

**MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**GESTÃO DE PESSOAS NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO  
EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA BAIXADA SANTISTA.**

**Norberto Luiz de França Paul**

**SANTOS**

**2012**

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS**

**MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

**GESTÃO DE PESSOAS NO PROCESSO DE ACREDITAÇÃO  
EM UM HOSPITAL PÚBLICO NA BAIXADA SANTISTA.**

**Norberto Luiz de França Paul**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Gestão de Negócios da Universidade Católica de Santos como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Administração.

**SANTOS**

**2012**

Dados Internacionais de Catalogação  
Sistema de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos  
*SibiU*

G633d Paul, Norberto Luiz de França

Gestão de pessoas no processo de Acreditação em um hospital público na Baixada Santista / Norberto Luiz de França Paul; orientadora Aylene Bousquat - Santos : [s.n.], 2012.

129 f.; (Dissertação de Mestrado - Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Administração)

1. Administração. 2. Gestão de Pessoas. I. Bousquat, Aylene (Orientadora). II Universidade Católica de Santos. III. Título

CDU 65.01(043.3)

Dedico este trabalho às pessoas que tenho em meu coração. Todas. E são tantas que não haveria espaço para elencá-las.

Porém, algumas são especiais, pois fazem toda a diferença em minha vida. Boanerges e Norma, Rita, Carolina e Lucas. Clotilde e Marlene.

É para e por vocês...

## AGRADECIMENTOS

*Sobretudo, a Deus. Essa Força que tentamos explicar desde sempre, A qual não temos a correta dimensão, mas que não nos abandona nos momentos difíceis...*

*Pela postura, profissionalismo e dedicação, um agradecimento especial a Profa. Dra. Aylene Bousquat. Pelo enorme conhecimento e por tudo que passou nestes tempos, me faz admirá-la como acadêmica e como mulher cheia de força e determinação.*

*Pelo dom da vida, a Nerjo (“Velhão”) e Norma (“Velhinha”).*

*Pelo companheirismo, cumplicidade e amor, a Rita.*

*Pelo amor incondicional e tempo furtado, a Carolina e Lucas.*

*Pelo apoio e torcida, a Clô e Lene.*

*Pelas reflexões proporcionadas, a Sophia.*

*Pela convivência e fidalguia, aos professores do Programa de Mestrado da UNISANTOS, todos eles: Freddo, Alberto Claro, Léo Robles, Maria Rita, Gabriela, Belmiro, Icaro, Luciano, Tinoco e Getulio.*

*Pela ajuda inestimável, a todos os colaboradores da UNISANTOS, personificados na figura encantadora de Monica.*

*Pela confiança, a Hamilton Pozo e Cristina Mattos.*

*Pela ajuda e preocupação com o resultado, a Vanessa Ratton.*

*Pela oportunidade e conhecimento, a Marcelo Bittencourt, Enylo, Andréia, José Donizetti, Glaucia, Andréia (NEP) e todos os colaboradores do Hospital Municipal de Cubatão, Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva.*

*Finalmente, à CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pela oportunidade única de me permitir concluir este programa.*

## RESUMO

PAUL, Norberto Luiz de França. **Gestão de pessoas no processo de acreditação em um hospital público na baixada santista**. Santos, 2012. 129 p. Dissertação de mestrado em Administração, Universidade Católica de Santos.

O objetivo desta dissertação é delinear o processo que levou o Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva a obter a certificação de qualidade pela Organização Nacional de Acreditação em seu nível 1, sendo o primeiro hospital público na Baixada Santista a consegui-la, especialmente, no que tange à Gestão de Pessoas e a necessidade de desenvolver estratégias e novos processos que pudessem ser aplicados a todos os colaboradores. O trabalho mostra a evolução da instituição e como se deu a nova gestão de competências, a importância dos treinamentos e qualificação para a Instituição, desde o propósito da Instituição em se candidatar às determinações da ONA. Estuda os vários conceitos fundamentais de qualidade, planejamento, inovação, gestão por processos. Analisa o que foi realizado e ao final, apresenta o resultado de pesquisa com colaboradores e gestores sobre o processo de Acreditação e sua percepção sobre os resultados alcançados, identificando a importância da gestão de pessoas na consecução dos objetivos institucionais.

Palavras chave: Gestão, estratégia, Acreditação, qualidade, Gestão de Pessoas.

## **ABSTRACT**

The objective of this dissertation is to delineate the process that led the Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva to have quality certification by the Organização Nacional de Acreditação level one being the first public hospital in Santos and region to get it, especially that could be applied to all employees. The paper presents how the new management skills, the importance of training and qualification for the institution since the purpose of the institution to apply to determinations of the ONA. Presents several key concepts of quality, design, innovation, management by processes. Examines what has been accomplished and ultimately presents the results of research with employees and managers about the Accreditation process and their perceptions about the results, identifying the importance of people management in the achievement of institutional objectives.

Keywords: management, strategy, Accreditation, quality, people management.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
ASQC	American Society for Quality Control – Associação Americana para o Controle da Qualidade
BSC	Balanced Score Card
CCQ	Círculo de Controle da Qualidade
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CQH	Controle de Qualidade Hospitalar
DH	Desenvolvimento Humano
DOS	Diagnóstico Organizacional Simplificado
HMC	Hospital Municipal de Cubatão
IPAT	Instituto de Pesquisas A Tribuna
JUSE	Japan Union of Scientists and Engineers – União Japonesa dos Cientistas e Engenheiros
NEP	Núcleo de Educação Permanente
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
OS	Organização Social
OSS	Organização Social de Saúde
PAT	Plano Anual de Treinamento
PAT	Posto de Atendimento ao Trabalhador
PDCA	Plan, Do, Check, Act – Planejamento, Execução, Verificação e Ação
PDI	Plano de Desenvolvimento Individual
RH	Recursos Humanos
SUS	Sistema Único da Saúde
TQC	Total Quality Control – Controle Total da Qualidade
TQM	Total Quality Management – Gerenciamento da Qualidade Total

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Colaboradores participantes da Avaliação de Desempenho .....	91
Gráfico 2 – Participantes da Avaliação de Desempenho ativos (2010-2011) .....	91
Gráfico 3 – Comparativo participação – Avaliações 2009/2010-2011 .....	92
Gráfico 4 - Frequência das competências estratégicas nas funções .....	93
Gráfico 5: O processo de Acreditação trouxe algum benefício pessoal?.....	100
Gráfico 6: Quais seriam os benefícios pessoais trazidos pelo processo de Acreditação?.....	100
Gráfico 7: O processo de Acreditação trouxe benefícios a sua equipe?.....	101
Gráfico 8: Quais foram os principais benefícios trazidos à sua equipe?.....	102
Gráfico 9: Você acredita no processo de Acreditação como forma de aprimorar os serviços executados no HMC?.....	103
Gráfico 10: Houve problemas durante o processo de Acreditação?.....	104
Gráfico 11: Quais problemas você detectou durante o processo de Acreditação?.....	104
.	
Gráfico 12: Esses problemas foram resolvidos durante ou após o processo de Acreditação?.....	105
Gráfico 13: Você sabe o que foi realizado pela Gestão de Pessoas em função do processo de Acreditação ou em decorrência dele?.....	106
Gráfico 14: Qual o nível de importância da Gestão de Pessoas para o processo de Acreditação?	107
Gráfico 15: Por que a Gestão de Pessoas foi importante no processo de Acreditação?	108
Gráfico 16: Elenque as principais realizações da Gestão de Pessoas. ....	108
Gráfico 17: Como você classifica o clima organizacional dos HMC após o processo de Acreditação? .....	109
Gráfico 18: Que fatores você considera importantes no processo de Acreditação?.....	110
Gráfico 19: Qual o impacto e a importância da Acreditação na gestão dos processos de seu	

setor?.....	111
Gráfico 20: É possível identificar diferença na atuação das pessoas de sua equipe antes e após o processo de Acreditação? .....	112
Gráfico 21: Quais foram os principais pontos de destaque em relação à questão anterior?.....	113
Gráfico 22: Qual o nível de importância da Gestão de Pessoas para o processo de Acreditação?	114
Gráfico 23: Por que Gestão de Pessoas foi importante? .....	114
Gráfico 24: Na sua visão, o trabalho desenvolvido pela gestão de pessoas é suficiente para que o hospital consiga obter o nível 2 da Acreditação em relação à gestão de competências?.....	115
Gráfico 25: Quais pontos podem ser mais desenvolvidos na gestão de pessoas e na gestão de competências? .....	115

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Áreas da TQM .....	34
Figura 2 – As oito dimensões da qualidade .....	37
Figura 3 – Modelo de gerenciamento da qualidade total .....	47
Figura 4 – Os clientes do hospital.....	61
Figura 5 – Análise das capacidades organizacionais .....	63
Figura 6 – Competências como fonte de valor para o indivíduo e para a Organização .....	66
Figura 7 – Modelo de competências de uma organização .....	68
Figura 8 – Organograma do Hospital Municipal de Cubatão .....	76
Figura 9 – Perspectivas do BSC e mapa estratégico do Hospital Municipal de Cubatão ...	80
Figura 10 – Exemplo de tela do Sistema Interact de gestão da qualidade .....	82
Figura 11 – Organograma da Gestão de Pessoas no HMC (2011) .....	85

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Metodologia para Acreditação .....	18
Quadro 2 – Três eras ou períodos da qualidade .....	29
Quadro 3 – Abordagens da qualidade .....	31
Quadro 4 – Conceitos de TQM .....	33
Quadro 5 – Graus de mudança nas organizações .....	43
Quadro 6 – Sete fontes de oportunidade para inovar .....	44
Quadro 7 – Características dos processos a partir da gestão por processos .....	46
Quadro 8 – Competências para o profissional .....	66
Quadro 9 - Os novos desafios da gestão de pessoas .....	73
Quadro 10 – Avaliação dos hospitais da Baixada Santista.....	78
Quadro 11 – Competências essenciais HMC .....	87
Quadro 12 – Competências estratégicas HMC .....	87
Quadro 13 – Calendário de treinamentos de competências estratégicas .....	94
Quadro 14 – Ações e programas de qualidade de vida no trabalho.....	96

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Recursos Físicos – Leitos de Internação no Brasil (2011).....	56
Tabela 2: Hospitais gerais públicos no Brasil (2011) .....	57
Tabela 3: Hospitais privados no Brasil (2011) .....	57

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	15
1. OBJETIVOS E METODOLOGIA .....	24
1.1. A gestão de pessoas antes do processo de Acreditação no HMC.....	24
1.2. Procedimentos da pesquisa .....	25
2. A GESTÃO DA QUALIDADE .....	27
2.1 A evolução da Qualidade na Administração.....	27
2.1.1 O modelo japonês para a Qualidade .....	32
2.2 Dimensões para a Qualidade .....	36
2.2.1 Planejamento e Estratégia .....	39
2.2.2 Mudança e Inovação .....	41
2.2.3 Gestão por Processos .....	45
2.2.4 Indicadores de Recursos Humanos .....	48
2.3 Cenários para a saúde .....	50
2.3.1 A saúde no Brasil e a gestão hospitalar .....	50
2.3.2 Instituição Hospitalar .....	54
2.3.3 A Saúde hospitalar gerenciada pela Qualidade Total .....	58
3. PROCESSO DE ACREDITAÇÃO E A GESTÃO DE PESSOAS .....	62
3.1 A Gestão de Pessoas .....	62
3.2 A Gestão de Competências .....	64
3.3 A ONA e a Gestão de Pessoas .....	69
3.3.1 A ONA e o processo de Acreditação .....	69
3.3.2 A Gestão de Pessoas no processo de Acreditação .....	72
4. O PROCESSO DE ACREDITAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL DE CUBATÃO DR. LUIZ DE CAMARGO DA FONSECA E SILVA ..	75
4.1 Histórico do HMC .....	75
4.2 O Planejamento Estratégico para a Acreditação .....	79
5. A GESTÃO DE PESSOAS E O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NO HMC.....	83
5.1.O processo de Acreditação e a Gestão de Pessoas .....	83

5.2 A Gestão de Pessoas com foco no processo de Acreditação .....	86
5.2.1 Identificação das competências essenciais da Instituição .....	86
5.2.2 Utilização das metodologias “Avaliação 180°” e “Ciclo PDCA” .....	89
5.2.3 Estabelecimento das ações a serem realizadas a partir do processo.....	93
5.3 Resultados do processo de Acreditação .....	95
<b>6. RESULTADOS DAS PESQUISAS .....</b>	<b>99</b>
6.1 Pesquisa com os colaboradores.....	99
6.1.1 Percepção dos colaboradores em relação ao Processo de Acreditação e seus resultados .....	99
6.2 Pesquisa com gestores.....	109
6.2.2 Percepção dos gestores em relação ao Processo de Acreditação e seus resultados.....	110
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>117</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>124</b>

## INTRODUÇÃO

O hospital, segundo DRUCKER (1998, p. 73) “talvez seja a mais complexa das organizações baseada em conhecimento”. Nele estariam inseridos diversos saberes que devem ser considerados pelos gestores “com um mínimo de comando consciente ou controle de alguém”.

Antes do século XVIII, o hospital pode ser considerado um lugar de acolhimento de doentes, visando afastá-los dos indivíduos sãos. Deve estar presente tanto para acolher o pobre, quando doente, quanto para proteger os indivíduos sãos do perigo que aquele encarna (Foucault, 2009). Camara e Pastore (2006, p. 27) destacam que a medicina é conhecida desde tempos imemoriais, sendo o doente atendido em sua própria residência, mas que os hospitais surgem como sendo uma instituição “mais recente e que configura o aperfeiçoamento gradativo da própria civilização”, pois há um nítido foco em facilidade, rapidez e aperfeiçoamento na supressão de necessidades quando os indivíduos são organizados em comunidade. Esse entendimento é corroborado pela Organização Mundial da Saúde, que conceitua o hospital como sendo

“parte integrante de uma organização médica e social cuja missão consiste em proporcionar à população uma assistência medicossanitária completa, tanto curativa como preventiva, e cujos serviços externos irradiam até o âmbito familiar; o hospital é também um centro de formação de pessoal da saúde e de investigação biológica e psicossocial” (OMS, 2012).

Há, pois, necessidade de uma maior profissionalização e organização da gestão hospitalar, uma vez que o doente do século XXI espera ser atendido por uma estrutura que possa lhe restituir sua saúde e para isso torna-se fundamental compreender e melhorar continuamente seus processos, pois os mesmos envolvem pessoas, equipamentos sofisticados, custos, procedimentos de risco, entre outros. Para que isso possa ser realizado, as pessoas que trabalham no hospital devem estar preparadas e qualificadas para atender às várias e dinâmicas demandas que ocorrem no dia-a-dia.

As mudanças organizacionais experimentadas pelas instituições hospitalares refletem o maior conhecimento das técnicas de gestão e sua aplicação neste segmento. GONÇALVES (2006, p. 26) afirma que “os critérios de gerenciamento vão se voltando para a busca por modelos de crescente vinculação a padrões profissionais”. Os hospitais buscam atingir

objetivos e metas e como tal, faz-se necessário estabelecer modelos de gestão adequados, conhecimento dos processos e estabelecimento de lideranças (Falconi, 2001) que, no entender de Nogueira (2008), visem otimizar os recursos aplicados a fim de trazer melhoria da produtividade e a satisfação das pessoas envolvidas nos processos, pacientes e profissionais da área. Com o estabelecimento de metas e objetivos, os profissionais de saúde devem ser treinados e qualificados constantemente a fim de que estejam preparados para fazer uso de novas tecnologias, novos recursos, novos modelos de gestão.

Os processos hospitalares atuais prezam por um atendimento com qualidade, que, no entendimento de MOLLER (2001), não pode ser facilmente descrita, pois muitos fatores devem ser considerados, ao se julgar a qualidade de qualquer desempenho. Para Nogueira (2008), qualidade em saúde no ambiente hospitalar deve ser vista sob quatro dimensões: o atendimento, o custo, a segurança, a moral e a qualidade intrínseca dos serviços hospitalares. O mesmo autor define que qualidade seria um “sistema gerencial que parte do reconhecimento das necessidades das pessoas e estabelecer padrões para a satisfação de suas necessidades” (NOGUEIRA, 2008, p. 27). Juran (1992) confirma o conceito, afirmando que qualidade é a “adequação ao uso”.

A consecução dos objetivos de um hospital focados na qualidade pode ser aferida através de certificações que priorizam a formalização dos processos de forma a garantir que os mesmos sejam realizados em consonância com suas determinações.

Atualmente, são vários os organismos que procedem à acreditação, com diferentes metodologias, com destaque para a Acreditação Canadense, a Join Commission Internacional, o CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar e a Organização Nacional de Acreditação (ONA), entre outros.

A Acreditação Canadense foi criada em 1958. Tem foco na estrutura, assistência, segurança do paciente e gestão de riscos. A base de atuação está contida no manual denominado *Required Organizational Practices* ou Práticas Organizacionais Requeridas, de setembro de 2011 e seu ponto forte é o entendimento de uma atuação na saúde de forma global, ou seja, o hospital acreditado por esta norma atende a requisitos reconhecidos mundialmente (Entenda a Acreditação, 2012).

Já a Join Commission International foi criada nos Estados Unidos em 1951. Foca os mesmos fatores da Acreditação Canadense e também é considerada de nível mundial, alcançando a marca de mais de 18.000 instituições acreditadas ou cerca de 85% do mercado

americano. Sua missão é melhorar a qualidade da assistência à saúde na comunidade internacional, fornecendo serviços de acreditação (Entenda a Acreditação, 2012).

O Controle de Qualidade Hospitalar (CQH) foi fundado em 1991. Tem a missão de contribuir para a melhoria da qualidade do atendimento nos serviços de saúde através de uma metodologia própria. Pauta sua atuação na ética, autonomia técnica, simplicidade, voluntariado, confidencialidade e enfoque educativo. O CQH visa avaliar as condições de funcionamento dos hospitais que aderiram voluntariamente à sua metodologia, em relação à sua estrutura, capacidade profissional e técnica de seus colaboradores, processos, e os resultados obtidos, considerando prestadores de serviços médicos e pacientes (Entenda a Acreditação, 2012).

Destaca-se, ainda, a certificação concedida pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) que tem o propósito de promover “a qualidade da assistência à saúde” (ONA, 2010, p. 12). O processo de Acreditação é um sistema de avaliação e certificação que atesta publicamente a qualidade de uma Organização Prestadora de Serviço de Saúde. Tem caráter educativo, voltado para a melhoria contínua e, no caso em estudo, se baseia no Manual Brasileiro de Acreditação elaborado pela ONA e validado pelo Ministério da Saúde. Através da Acreditação Hospitalar, a instituição de saúde tem a possibilidade de realizar um diagnóstico objetivo acerca do desempenho de seus processos, medição e identificação de melhorias possíveis, identificar pontos fortes e oportunidades de melhoria, promover a cooperação interna entre setores, processos e pessoas, incluindo as atividades de cuidado direto ao paciente e aquelas de natureza administrativa (ONA, 2010).

O quadro 1 compara as diferentes metodologias de Acreditação:

**Quadro 1: Metodologias para Acreditação**

Metodologia	ONA 1- Nivel Acreditado	ONA 2- Nivel Acreditado Pleno	ONA 1- Nivel Acreditado com Excelência	Acreditação Canadense	Joint Commission International
Origem	Brasil (1998)	Brasil (1998)	Brasil (1998)	Canadá (1958)	Estados Unidos (1951)
Base	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.</a>	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.</a>	<a href="#">Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar.</a>	<a href="#">Required Organizational Practices (ROPs)</a>	<a href="#">Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals</a>
Foco	Estrutura: certifica os recursos físicos, materiais, equipamentos, financeiros, organizacionais, humanos, gestão da segurança	Processo da assistência: certifica o que e como é feito para os pacientes	Resultados: certifica os resultados obtidos em relação ao estado de saúde dos pacientes e sua satisfação com o sistema de prestação do serviço	Estrutura, assistência, segurança do paciente e gestão de riscos.	Estrutura, assistência, segurança do paciente e gestão de riscos.
Validade	2 anos	2 anos	3 anos	3 anos	3 anos

Fonte: Adaptado de Entenda a Acreditação disponível em <http://www.entendaacreditacao.com.br/site/conteudo.php?mat=13>. Acesso em 18/04/2012.

No Brasil, até março de 2012, 301 organizações ligadas à saúde possuem a certificação da ONA (ONA, 2012). Na Baixada Santista, apenas o Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva é Hospital Acreditado em seu nível 1.

São poucos, pois, os estabelecimentos da saúde que comprovam que seu atendimento responde aos padrões de qualidade estabelecidos, garantindo a segurança para os trabalhadores da saúde e para pacientes e seus familiares, maior qualidade na assistência, equipe com cultura voltada para a qualidade de prestação nos serviços executados, construção de processos que devem ser melhorados continuamente entre outras vantagens. Há, portanto, grande campo de atuação para a melhoria dos processos na gestão hospitalar e que devem passar, necessariamente, pelos profissionais que atuam no setor.

Os fundamentos do processo de Acreditação baseiam-se em alguns critérios. Um deles, crucial, objeto deste estudo, é o desenvolvimento das pessoas que ocorre com a “criação de condições que promovam a realização profissional e as relações humanas, por

meio do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e da educação continuada...” (ONA, 2010, p. 18). Para tal, alguns requisitos em relação à gestão de pessoas devem ser cumpridos de forma a demonstrar que a instituição concorre para a consecução desses processos de forma efetiva.

Logo, compreendendo-se a importância das pessoas na gestão de um hospital, algumas reflexões podem ser feitas: o que é a gestão da qualidade e como se dá sua interação com a gestão de competências dos colaboradores? De que forma o processo pode ser desenvolvido? O que pode ser feito em relação à sua gestão para atender ao processo de Acreditação da Organização Brasileira de Acreditação?

E é exatamente sobre o que se descortina nos parágrafos supra que a presente dissertação se assenta.

Como objetivo geral, o presente trabalho buscou avaliar os aspectos mais importantes para a consecução da gestão na saúde dentro de um contexto focado na qualidade dos processos em um hospital público gerido por uma Organização Social de Saúde no município de Cubatão. Os objetivos específicos buscaram analisar, sob a ótica de gestores e colaboradores:

- se foram percebidos benefícios pessoais, profissionais e para as equipes, além de eventuais aprimoramentos dos serviços;
- o que foi realizado em relação à gestão de pessoas com vistas à acreditação e à melhoria dos processos hospitalares do HMC;
- quais os fatores determinantes na gestão de pessoas para o processo de acreditação e seu impacto no HMC;
- a pertinência das ações na consecução das metas delineadas pelo manual da ONA, compreensão dos tópicos considerados mais fundamentais na gestão de pessoas.

Para isso, foi fundamental observar a percepção dos envolvidos quanto às mudanças de atitude necessárias para adequar o Hospital Municipal de Cubatão às exigências do processo de acreditação.

Para que os objetivos pudessem ser atingidos foram realizadas pesquisas bibliográficas e documentais e entrevistas com os envolvidos diretamente no processo de acreditação e qualidade no HMC, tais como diretores, gerentes e coordenadores de setor. O objetivo era compreender se eventuais progressos em relação à Gestão de Pessoas foram significativos para a melhoria dos processos voltados, *ultima ratio*, para um atendimento excelente das pessoas internadas no HMC. Ao mesmo tempo, foi realizada pesquisa com os

colaboradores para identificar a sua percepção nos processos voltados para a qualidade e a atuação da gestão de pessoas. Procurou-se identificar os benefícios profissionais e pessoais com os novos conhecimentos, treinamentos e qualificações necessários com esta melhoria contínua.

A primeira comissão da qualidade no HMC foi formada em 2005 contando com a participação de representantes de áreas diversas como médicos, enfermeiras, nutricionistas, diretores e profissionais de recursos humanos (HMC, 2010).

Naquele momento, visava-se compreender os processos de forma a propiciar melhorias e segurança aos pacientes. O primeiro movimento foi conscientizar e treinar todos os gestores no então Sistema Brasileiro de Acreditação.

Já com a ideia da importância do certificado para a Instituição, o Hospital passou por auditoria de representantes da própria Pró-Saúde com o objetivo de fazer o diagnóstico da situação que se encontrava o Hospital em termos de padrões a serem seguidos com base no Manual Brasileiro de Acreditação/ONA.

Logo após o diagnóstico, foi elaborado o primeiro plano de ação do Hospital, cujo objetivo era o acompanhamento de ações a serem realizadas para a obtenção do nível 1 de Acreditação (HMC, 2009).

Em 2006, após a sensibilização de todos os colaboradores em busca do título, foi criado um concurso para escolher o nome do mascote que representaria todo o processo de Acreditação do Hospital. Dentre os quase 200 concorrentes o nome vencedor que perdura até os dias de hoje foi Dr. Pró-Quali. Informativos começaram a ser disponibilizados pelo Comitê da Qualidade para todos os colaboradores e diversas ações de melhoria passaram a ser desenvolvidas para a adaptação da Instituição em busca da certificação como, por exemplo, a elaboração das rotinas de trabalho escritas, para assegurar a padronização das atividades (HMC, 2010).

A primeira auditoria interna realizada por um grupo de auditores do próprio hospital ocorreu em 2008, onde uma equipe multidisciplinar aplicou o DOS (Diagnóstico Organizacional Simplificado), e ações de melhoria para a qualidade foram tomadas.

Para gerenciar as ações voltadas para a qualidade foi criado o Comitê da Qualidade que é um órgão composto por colaboradores de setores diversos e que tem como objetivo auxiliar o hospital dentro do processo de Acreditação Hospitalar (HMC, 2009).

O Comitê está à frente de tudo o que diz respeito à Acreditação em conjunto com a direção e gestores, agindo como mediador em situações específicas nos setores durante o

processo. Ele estará interagindo com outros setores no intuito de trocar informações, ouvir sugestões e críticas e também estará disponível para o mesmo.

Em entrevista realizada, o diretor geral do HMC destaca os principais pontos de importantes do Comitê da Qualidade: interação com todos os setores do hospital, treinamento constante para utilização das ferramentas voltadas para a qualidade, manutenção de canais de comunicação para aprimoramento da gestão, eventos periódicos a fim de manter viva a percepção de busca constante de melhorias dos processos. Além disso, os seus membros funcionam como multiplicadores de práticas da qualidade e acompanhamento das ações realizadas em todos os setores do HMC neste sentido. O objetivo, sempre, é a satisfação dos pacientes internados e seus familiares.

Também no ano de 2009, foi realizada a segunda auditoria interna para verificar se as atividades e os respectivos resultados estão em conformidade com as disposições planejadas, bem como determinar a eficácia do atendimento aos requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação da ONA, e um novo plano de ação foi proposto aos setores com o propósito de estabelecer os critérios para o planejamento e implementação de auditoria interna, a fim de verificar se as atividades e os respectivos resultados estão em conformidade com as disposições planejadas, bem como determinar a eficácia do atendimento aos requisitos deste Manual.

O processo de Acreditação foi reforçado com a contratação de consultoria especializada que assessora a adequação para o uso de ferramentas e ações que passaram a fazer parte do processo de melhoria da instituição (HMC, 2010). As ferramentas que se destacam atualmente para a gestão hospitalar são:

- **Sistema Interact:** Software de Gestão, com módulos implementados nos Hospital cujo objetivo é garantir soluções modernas e flexíveis para gerenciamento da performance, qualidade, riscos, competências e relacionamento, que resultam no aprimoramento da Inteligência Corporativa.
- **Document Manager:** Contempla a gestão estratégica da Instituição, seu mapa, indicadores e projetos para o gerenciamento dos indicadores estratégicos e operacionais de cada área, seus processos, fluxos e plano de ação.
- **Occurrence Manager:** Utilizado para a gestão de anomalias, substitui a ferramenta Outlook, usada anteriormente. Assim, os registros e o tratamento das não conformidades são facilitados, disponibilizando-se as informações para análises posteriores mais completas e eficazes.
- **Risk Manager:** Trabalha para prevenir e reduzir os riscos dos processos. Associado à gestão de ocorrências, possibilita análise completa de todas as fases dos processos de risco do Hospital.
- **Performance Manager:** Implementada pelo Desenvolvimento Humano (DH), este módulo contribui para o registro das novas avaliações de competências e resultados, permitindo link com a gestão de indicadores. Apóia-se na avaliação dos colaboradores e se utiliza de planos de desenvolvimento individual.

- **Programa 5S:** criado no Japão e traduzido ao português através 5 sentidos: Organização, Ordenação, Limpeza, Saúde e Auto-Disciplina. Um grupo formado por colaboradores de áreas diversas fez auditoria em todos os setores do Hospital e além de ajudar no processo de qualidade também notaram melhora no ambiente de trabalho quanto a redução de custos, eliminação de desperdício, desenvolvimento do trabalho em equipe, aumento da produtividade, melhoria da qualidade dos serviços e mudança comportamental das pessoas. (HMC, 2010).

Em entrevista para a consecução deste trabalho, a Diretora Administrativa afirma que a utilização dessas ferramentas de gestão, propiciou significativos progressos para que os setores do hospital estivessem adequados às exigências da ONA no processo de acreditação.

Em outubro de 2010, o HMC recebeu o título de Hospital Acreditado nível 1 pela ONA com base no Manual Brasileiro de Acreditação já na versão mais atual. Corresponde a um certificado que atesta publicamente a qualidade de uma Organização Prestadora de Serviço de Saúde outorgado por entidade autorizada, no caso, a Fundação Vanzolini que realizou o processo de auditoria (HMC, 2010). Segundo o Diretor Regional da Pró-Saúde, essa foi uma conquista importante para que a comunidade atendida fique certa que o atendimento realizado pelo HMC está em conformidade com as modernas diretrizes da qualidade. A satisfação da população cubatense seria o objetivo maior desta conquista.

O processo de adequação para que todos os protocolos fossem seguidos de forma a garantir a total segurança do paciente teve início há cerca de cinco anos quando os primeiros treinamentos sobre qualidade foram ministrados aos colaboradores, objetivando atender às normas da ONA – nível 1. A Acreditação nível 1 tem por meta tratar da segurança na realização de procedimentos e tem foco na estrutura da organização (Infra-estrutura, pessoal, equipamentos e técnicas adequadas), além de representar um excelente instrumento de melhoria contínua já que processos e protocolos são seguidos a fim de assegurar que todo o paciente passe por procedimentos de segurança total eliminando qualquer tipo de risco, além de criar padrões nos processos que devem ser do conhecimento de todos e que levam à sua excelência (ONA, 2010). Como exposto, a organização das pessoas requer uma estrutura apropriada para desenvolver os colaboradores em sua atuação e de forma a estarem antenados com os modelos de gestão baseados na qualidade.

Assim, com o cenário acima, o presente trabalho foi realizado de forma a compreender como se deu o processo de acreditação, considerando-se os conceitos sobre o tema e as observações colhidas em pesquisas de campo realizadas.

O primeiro capítulo mostra a metodologia utilizada neste trabalho. No capítulo 2 busca-se resgatar importantes definições para melhor compreensão do que seja a gestão da

qualidade e traça-se um paralelo com as questões da saúde no Brasil, enquanto no capítulo 3 procura-se situar a gestão de pessoas, suas especificidades na área da saúde e a definição de competências, que são requeridas pelo Manual Brasileiro de Acreditação. Já, no capítulo 4 verificam-se os processos de gestão de pessoas em atendimento às determinações do manual acima. No capítulo 5 é estudado o trabalho realizado na gestão de pessoas para o processo de implantação da acreditação. O capítulo 6 mostra os resultados da pesquisa realizada após o processo de certificação, aferindo se ocorreram as mudanças desejadas na percepção dos colaboradores e gestores do Hospital Municipal de Cubatão. Algumas considerações fecharão os estudos realizados, evidenciando a obtenção ou não dos objetivos propostos pela instituição estudada.

## **1. OBJETIVOS E METODOLOGIA**

Esta pesquisa foi realizada em um hospital público da Baixada Santista, o Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva, conhecido como “Hospital Modelo”. Trata-se de um estudo de caso onde foram verificadas as percepções das pessoas envolvidas no atendimento aos pacientes internados quanto à melhoria dos processos na gestão de pessoas, requisito para que a instituição obtivesse a certificação de Acreditação pela ONA, nível 1.

O *locus* da pesquisa mostrou-se relevante porque, além de ter sido o primeiro hospital da Baixada Santista a ter conseguido esta certificação, é também um hospital público com a gestão realizada por uma Organização Social de Saúde, com características, portanto, bastante peculiares para a região. É importante conhecer como iniciou-se o projeto da qualidade na instituição.

### **1.1 A Gestão de pessoas antes do processo de Acreditação no HMC**

O Hospital Municipal de Cubatão não possuía uma estrutura específica destinada à gestão de pessoas. Considerando um sistema de gestão de pessoas comumente utilizado nas empresas, o HMC somente fazia uso do subsistema de Recrutamento e Seleção, responsável pela captação de profissionais quando da necessidade levantada pelos diversos setores.

Não havia uma maior preocupação com o que se poderia realizar no aprimoramento dos profissionais envolvidos.

Segundo o Diretor Geral, somente em 2009 iniciou-se um projeto de forma a estruturar a gestão de pessoas a fim de se criar uma estrutura coerente com as determinações do manual da ONA e, por consequência, que resultassem na excelência dos profissionais do hospital na prestação dos seus serviços, beneficiando diretamente, seus pacientes e demais envolvidos,

A partir de então, iniciou-se um processo de estruturação da gestão de pessoas de forma a atender às expectativas dos gestores e colaboradores na seleção, contratação, treinamento e desenvolvimento do grupo de trabalho.

Assim, para este trabalho, entendeu-se não ser possível aferir se as ações realizadas pela gestão de pessoas estava dentro do esperado no período anterior às mudanças que se

iniciaram a partir de 2009 e que culminaram com a certificação nível 1 da Organização Nacional para a Qualidade.

A ONA preconiza, para este nível, a seguinte condição para as instituições que estão se qualificando, qual seja, “atender aos requisitos formais, técnicos e de estrutura para a gestão de pessoas, conforme o perfil da organização; dispõe de política de gestão de pessoas com ênfase na qualidade assistencial” (ONA, 2010, p. 73).

Daí, porque, somente a partir de 2009 tem início uma completa estruturação da diretoria administrativa e uma nova visão da gestão de pessoas de forma que esta pudesse contribuir no desenvolvimento dos colaboradores e gestores, com foco no desenvolvimento pessoal e profissional que refletiriam num melhor atendimento aos pacientes do HMC.

## **1.2 Procedimentos da pesquisa**

Para a consecução deste trabalho, foi realizada pesquisa bibliográfica com a finalidade de levantar informações necessárias para a compreensão do vasto campo de inserção do tema.

Entendeu-se, inicialmente, que deveria haver um confronto entre as realidades verificadas em um processo de Acreditação e a literatura pertinente. Foi montada um base conceitual onde se assentaram as observações realizadas no processo de Acreditação no Hospital Municipal de Cubatão.

Durante a pesquisa bibliográfica, ficou evidenciada a necessidade de se apurar as percepções dos gestores e colaboradores em geral quanto às propostas de mudança necessárias para a adequação da instituição às normas estabelecidas pela Organização Nacional para a Acreditação, para que o HMC conseguisse a certificação de hospital acreditado em seu nível 1.

A pesquisa *in loco* realizada teve como foco a percepção de gestores e colaboradores quanto à atuação da gestão de pessoas no processo de acreditação e se o que foi realizado por este setor foi decisivo para a certificação do hospital.

Foram realizadas 21 entrevistas com diretores, gerentes e coordenadores de vários setores com entrevistas pessoais e aplicação de questionários. Com a finalidade de esclarecer detalhes e identificar pontos que poderiam ficar obscuros caso fosse realizada uma pesquisa somente com formulário, os diretores e gerentes foram entrevistados pessoalmente pelo

pesquisador, além do questionário padrão também dirigido aos coordenadores de setor. No desenvolver do trabalho, algumas questões surgidas foram esclarecidas por intermédio de novas entrevistas específicas com alguns diretores e gerentes. O questionário constava de 10 perguntas entre abertas e fechadas (ANEXO 1), sendo que também havia área específica para que os entrevistados tivessem a oportunidade de manifestar alguma consideração que, eventualmente, julgassem pertinente. O período de entrevistas foi entre os dias 17 de fevereiro e 19 de março de 2012.

Em relação aos colaboradores, foram realizadas 405 entrevistas por intermédio de questionários específicos sem que houvesse necessidade de identificação, com perguntas abertas e fechadas. Entendeu-se por bem, não entrevistar nenhum dos colaboradores pessoalmente a fim de se evitar eventuais considerações impertinentes aos objetivos desta dissertação, além da natural dificuldade em poder entrevistar pessoalmente todo o grupo. O pesquisador dirigiu-se a todos os setores explicando os motivos e os objetivos da pesquisa. A coleta das respostas foi realizada entre os dias 17 de fevereiro e 06 de abril de 2012. O questionário utilizado contava com 13 perguntas entre abertas e fechadas (ANEXO 2). A triagem dos formulários e tabulação contou com a colaboração da Gerente de Comunicação e Sustentabilidade, que também colaborou na elaboração do roteiro básico de questões dirigidas aos gestores (ANEXO 3) que tinha por finalidade a melhor compreensão de suas percepções quanto ao processo de Acreditação.

Os métodos utilizados nesta pesquisa foram: a observação participante, que tem como característica o envolvimento do pesquisador, entrevistas pessoais e a aplicação de um questionário utilizando a modalidade de pesquisa experimental para “grupo único somente com pós-teste”, segundo a denominação utilizada por Rúdio (1988, p. 68). Neste caso o estudo de características relevantes foi obtido por um pós-teste apenas.

## 2. A GESTÃO DA QUALIDADE

A ideia da qualidade como fator intrínseco a bens e/ou serviços tornou-se importante com a introdução do modelo japonês de administração. Neste modelo, que ganhou força após a Segunda Guerra Mundial (1939-1945), os objetivos da organização são obtidos quando passa a existir uma maior gestão dos recursos, eliminação de desperdícios e melhoria contínua dos processos. As organizações buscam, em seu processo produtivo ou de oferecimento de bens, atender às necessidades e desejos de seu segmento sempre com o pressuposto da qualidade, considerando os pontos acima. Na área da saúde não é diferente: qualidade é definida como ferramenta que “busca instrumentalizar a organização de saúde de tal forma que seja assegurado ao cliente que toda organização estará voltada para maximizar os cuidados e benefícios e minimizar os riscos (inerentes à ação médico-terapêutica)” (GASTAL e LEITE, 1992). Ainda, o ideal de um sistema de saúde eficiente é ter um “produto de saúde socialmente aceitável, com o uso mínimo de recursos” (MADUREIRA, 2007).

Assim, foi estudado um panorama do que seja a qualidade, sua evolução e estratégias, além dos cenários para a qualidade no Brasil e no setor da saúde, notadamente, o hospitalar.

### 2.1 A Evolução da Qualidade na Administração

Desde o estabelecimento dos processos de gestão na moderna administração científica a partir de Taylor, gestores e empresas buscam sua melhoria contínua e que os resultados possam ser aferidos a partir da maior rentabilidade, produtividade e qualidade de produtos e serviços oferecidos.

A definição de qualidade vem da Grécia antiga, através de princípios de conduta cultivados pelo povo grego e expresso pelos trabalhos filosóficos, onde a idéia de qualidade é tida como o melhor que se pode fazer em qualquer campo de atuação ou *aretê* (MAXIMINIANO, 2008) e permanece até hoje como sinônimo de melhor, de mais alto nível de desempenho, de plena satisfação do cliente.

É com o advento da administração científica que a qualidade passa a ser considerada como diferencial para ganhos de produtividade e cumprimento das metas estabelecidas. E Frederick Winslow Taylor é o primeiro nome deste início de fase que transforma a gestão de

algo empírico em um processo de gestão baseado no conhecimento. Foi através de seus estudos que ele apresenta o que é considerado seu primeiro trabalho científico: *a piece-rate system* ou sistema de pagamento por peça, que consistia, basicamente, em remunerar o trabalhador por peça produzida que buscava dar o melhor de si como forma de aumentar seus rendimentos e, conseqüentemente, fazia com que as metas de produção fossem atingidas (MOTTA; PEREIRA, 2004).

A partir de então, a administração científica busca melhorar continuamente a efetividade dos processos. Ford, Fayol, Weber e outros da primeira metade do século XX vislumbram os potenciais ganhos de produtividade com a adoção de técnicas de gerenciamento. O contraponto aos métodos de produção desenvolvidos é o uma orientação mais voltada para as pessoas, a partir dos trabalhos desenvolvidos por Mary Parker Follet e Chester Barnard, antecipando tendências que seriam desenvolvidas mais tarde por escolas emergentes, uma das mais importantes, a comportamental, conforme Stoner e Freeman (2009).

O modelo comportamental desenvolvido no século XX é basicamente voltado para intervenções sobre as pessoas, e foi embasado por estudiosos de diversas formações, tais como sociologia, psicologia e campos afins. Uma experiência de destaque foi a de Hawthorne, uma série de estudos realizados entre 1924 e 1933 na Western Electric Company, nos Estados Unidos. Estes estudos conduzidos por Elton Mayo levaram a algumas conclusões, que podem ser resumidas, segundo Matos e Pires (2006), como o combate ao formalismo na administração e deslocamento do foco da administração para os grupos informais e suas inter-relações, oferecendo incentivos psicossociais, por entender que o ser humano não pode ser reduzido a esquemas simples e mecanicistas.

Na prestação de serviços na saúde não há diferença. Rosso (2010, p. 27) destaca que o diferencial “não é simplesmente o equipamento de litotripsia de última geração, mas sim como é que as pessoas efetivamente acolheram e serviram o seu cliente”.

MOLLER (2001, p. 03) define as bases para a qualidade unindo o aspecto técnico das organizações à gestão de pessoas ao defini-la como sendo integrada por dois fatores: a “qualidade técnica na forma de lucratividade e a qualidade humana que vai além dos lucros e que abarca a satisfação de expectativas e desejos emocionais”.

É certo que surgiram outros modelos de gestão, cada qual com suas características que os destacam no estudo da Administração, porém, aquele que consegue fundir os preceitos das escolas da administração científica e das relações humanas ou comportamental, seja a

gestão da qualidade, notadamente, no modelo japonês de administração, considerando fundamental a efetiva participação das pessoas em todos os processos.

Montana e Charnov (2006) entendem a administração como sendo o ato de trabalhar com e por intermédio de outras pessoas para realizar os objetivos das organizações, bem como de seus membros. Os autores admitem o antigo conceito da Associação Americana de Administração que, em 1980, entendia a administração como sendo a “realização de coisas através das pessoas”. Como eles, DRUCKER (1981, p. 04) vê a administração como “a possibilidade de se controlar a subsistência do homem através da organização sistemática dos recursos produtivos”. O grande desafio das modernas organizações é, pois, conforme Montana e Charnov (2006), a possibilidade de integração entre os objetivos pessoais e os das organizações, identificando valores e vantagens comuns a pessoas e organizações. Os objetivos da organização devem considerar a importância das pessoas no processo produtivo. Daí porque, a abordagem comportamental indica a necessidade de treinamento e desenvolvimento das pessoas a fim de que o processo produtivo possa ser executado de acordo com as expectativas da organização, o que segundo SCHERMERHORN; HUNT; OSBORN (1998, p. 26), pode ser entendido como uma era do gerenciamento da qualidade total, que visa garantir que “uma organização e todos os seus membros se comprometam com a alta qualidade, melhora constante e satisfação do cliente”.

Ainda, MAXIMINIANO, (2008, p. 119) define os três principais períodos ou “eras da história da qualidade”:

**Quadro 2 – Três eras ou períodos da Qualidade**

ERA DA INSPEÇÃO	ERA DO CONTROLE ESTATÍSTICO	ERA DA QUALIDADE TOTAL
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Observação direta do produto ou serviço pelo fornecedor ou consumidor</li> <li>● Produtos e serviços inspecionados um a um aleatoriamente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Observação direta do produto ou serviço pelo fornecedor, ao final do processo produtivo</li> <li>● Produtos e serviços inspecionados com base em amostras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Produtos e serviços definidos com base em interesses do consumidor</li> <li>● Observação de produtos e serviços durante o processo produtivo</li> <li>● Qualidade garantida do fornecedor ao cliente</li> </ul>

Fonte - Adaptado de MAXIMINIANO (2006)

A Era da Inspeção ocorre em um momento em que as organizações começam a se formar a partir da Revolução Industrial. Segundo o autor, no início do século XX, as grandes empresas já contavam com a figura do inspetor da qualidade.

Já a Era do Controle Estatístico, foi marcada pela “ascensão da grande empresa industrial e da produção massificada” (MAXIMINIANO, 2008, p. 120). As inspeções eram feitas a partir de amostras em um momento da história da Administração em que houve grande industrialização no mundo e a necessidade de controles eficientes para aquela situação, o que ocorreu com o desenvolvimento de técnicas de amostragem a partir de Shewhart, Dodge e Romig, entre outros, conforme o mesmo autor.

Finalmente, a Era da Qualidade Total ocorre num momento em que há grande concorrência e as organizações visam manter e estreitar as relações de consumo com seus públicos. Ocorre que, no Japão, passa-se a praticar essa abordagem, fazendo com que empresas no mundo todo se interessem pelos métodos desenvolvidos a partir de estudos de Feingenbaun e o controle total da qualidade (Total Quality Control – TQC).

Por sua vez, Juran define qualidade como tendo dois significados: “(1) as características de produto que correspondem às necessidades dos clientes e (2) ausência de deficiências” (JURAN, 1992, p. 511). Garvin (1987) *apud* Carvalho (2006) classifica cinco abordagens distintas da qualidade, a partir de pesquisas realizadas em empresas e na literatura, de forma a abranger diferentes aspectos do tema, uma vez que considera o assunto “complexo” e que pode ser visto sob diferentes prismas:

**Quadro 3 – Abordagens da qualidade**

ABORDAGEM	DEFINIÇÃO
Transcendental	Qualidade é sinônimo de <i>excelência inata</i> . É absoluta e universalmente reconhecível. <i>Dificuldade</i> : pouca orientação prática
Baseada no produto	Qualidade é uma variável precisa e mensurável, oriunda dos atributos do produto. <i>Corolários</i> : melhor qualidade só com maior custo. <i>Dificuldade</i> : nem sempre existe uma correspondência nítida entre os atributos do produto e a qualidade.
Baseada no usuário	Qualidade é uma variável subjetiva. Produtos de melhor qualidade atendem melhor aos desejos do consumidor. <i>Dificuldade</i> : agregar preferências e distinguir atributos que maximizam a satisfação.
Baseada na produção	Qualidade é uma variável precisa e mensurável, oriunda do grau de conformidade do planejado com o executado. Esta abordagem dá ênfase a ferramentas estatísticas. (controle do processo). <i>Ponto fraco</i> : foco na eficiência, não na eficácia.
Baseada no valor	Abordagem de difícil aplicação, pois mistura dois conceitos distintos: excelência e valor, destacando os <i>trade-offs</i> qualidade x preço. Esta abordagem dá ênfase à Engenharia/Análise de Valor-EAV.

Fonte: CARVALHO e PALADINI (2006, p. 8)

Dentre essas abordagens, destaca-se que a qualidade é percebida pelo cliente da forma como lhe convir. Se ele está satisfeito, comunica, “boca-a-boca”, sua satisfação com o resultado experimentado do produto ou serviço. E isso ocorre desde quando em épocas passadas os artesãos se esmeravam em produzir seus produtos para atender às expectativas pessoais dos compradores. Ora, se por um lado poderia haver certa referência aos modernos conceitos de qualidade, havia muito subjetivismo e empirismo naquelas práticas, cujo resultado era percebido somente no produto final, sem preocupações com o processo em si (Carvalho *et al*, 2006). GONÇALVES (2006, p. 116) destaca que as atividades mais aparentes nas organizações ligadas à saúde “são aquelas nas quais há pessoas cuidando de pessoas, relações de chefes e subordinados como em todas as organizações”. Portanto, a qualidade é exercitada nos processos e nas próprias relações entre os grupos de interesse do hospital. Sua finalidade não pode ser outra, senão a excelência no atendimento fazendo com que os pacientes internados percebam um atendimento diferenciado e breve.

Finalmente, Carvalho (2006) entende que a abordagem atual da qualidade em relação à antiga, difere no sentido de que hoje, todo departamento, todo setor, toda pessoa em uma

organização é responsável pelos produtos fabricados e os serviços oferecidos de tal sorte que haja uma mudança na abordagem, visando englobar todos os envolvidos, e que trabalhe, fundamentalmente, na disposição das pessoas em colaborar ativamente nas estratégias traçadas que buscam a melhoria contínua nos processos ligados à qualidade.

Ora, Rosso (2010, p. 28) na área da saúde, confirma tal entendimento ao afirmar que:

“se a administração maior da instituição não perceber que esse tal de Recursos Humanos precisa ser estratégico, se não conseguir perceber o diferencial humano como diferencial competitivo, nós todos continuaremos a ver ações isoladas, descompromissadas com os objetivos do próprio hospital, e gerando resultados medíocres. Isso quando o RH conseguir gerar tal resultado.”

### **2.1.1 O modelo japonês para a qualidade**

A moderna gestão da qualidade tem início em meados da década de 1920 “a partir da criação dos gráficos de controle por Shewhart e também pelo ciclo de Deming ou PDCA (*plan-do-check-act*) que direcionaria as atividades de análise e solução de problemas” (Carvalho *et al*, 2006, p. 03). A evolução natural deste novo modelo segue seu curso nas indústrias norte americanas e se consolida por ocasião da Segunda Grande Guerra Mundial, quando o esforço de guerra dos Estados Unidos se concentra em atender às forças que combatiam na Europa. Em 1946, surge a *American Society for Quality Control (ASQC)*, “voltada ao estudo da gestão da qualidade, com a participação de importantes nomes da área” (Carvalho *et al*, 2006, 04). Em um Japão devastado pela Segunda Grande Guerra Mundial, é criada a *Japan Union of Scientists and Engineers (JUSE)* que convida os norte americanos Deming e Juran a visitarem e transmitirem os conceitos de qualidade desenvolvidos em seu país de origem. Deming exerceu forte influência para que os japoneses desenvolvessem seus próprios padrões de qualidade. Ele aliou seus conhecimentos de gestão e controle da qualidade com aspectos relacionados à participação dos trabalhadores e da alta gestão, fundamentais para a Gestão da Qualidade o que, na observação de CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER (2005, p. 243), não deixa dúvidas “de que as teorias administrativas geradas no Ocidente e as tecnologias desenvolvidas a partir delas tiveram um profundo impacto no Japão”. Juran, por sua vez, articula estratégias para o desenvolvimento da produção voltadas para a qualidade, com treinamentos e seminários onde se destacam: a participação pessoal dos gerentes de alto nível, treinamento para todos no que diz respeito à qualidade,

aperfeiçoamento da qualidade contínuo e participação maciça dos trabalhadores, notadamente a partir dos Círculos de Controle da Qualidade (CCQ's), como define Maximiniano (2006). Contribui, também, com a “trilogia de Juran” que compreende três processos básicos: “planejamento, controle e melhoria” (WOOD, 2009, p. 173).

Entende-se que a gestão da qualidade atingiu sua maturidade (Maximiniano, 2006), pois os seus princípios evoluíram para a filosofia da qualidade total ou TQM (*Total Quality Management*). Hayes e Pisanos *apud* Caravantes, Panno e Kloeckner (2005) entendem que o sucesso da qualidade a longo prazo reside na capacidade de fazer a coisa certa de uma maneira melhor que os concorrentes. A concorrência, portanto, “força” a necessidade da busca de melhores práticas de gestão, a fim de criar mercados e manter clientes e consumidores. A moderna TQM pode ter muitos conceitos, conforme quadro abaixo:

**Quadro 4 – Conceitos de TQM**

AUTOR	DEFINIÇÃO
Becker	Sistema administrativo orientado para pessoas cujo objetivo é o incremento contínuo da satisfação do cliente a custos reais decrescentes.
Mears	Sistema permanente e de longo prazo, voltado para alcançar a satisfação do cliente por meio da melhoria contínua da qualidade dos serviços e produtos da empresa.
Aggarwal	Filosofia para conquistar a confiança do cliente e garantir a rentabilidade de longo prazo da empresa
Brocka e Brocka	A partir de outra perspectiva, procuram esclarecer o conceito de TQM identificando elementos básicos e ferramentas para implantação.

Fonte: Adaptado de Wood (2009)

Shiba; Graham; Walden (1997) asseveram que o moderno conceito da TQM indica que esta filosofia está presente na função de gerenciamento organizacional, não se limitando às atividades de controle somente. Daí, portanto, sua aplicação nos diversos momentos da administração, desde o desdobramento das diretrizes de gestão até a integração de processos, que passa pela gestão das pessoas na organização. Defendem ainda que o TQM é um sistema em evolução por meio da melhoria contínua dos produtos e serviços, na busca do aumento da satisfação dos clientes. Para isso, consideram quatro elementos fundamentais para a qualidade: o foco nos clientes, melhoria contínua, participação total e entrelaçamento social

(Figura 1). O TQM baseia-se em grande parte no Sistema Toyota de Produção, que lançou os alicerces da moderna gestão da qualidade total (Figura 1):



**Figura 1 – Áreas da TQM**

Fonte: Shiba; Graham; Walden (1997)

O sistema preconiza dois princípios fundamentais: “a eliminação de desperdícios e a fabricação com qualidade, que somente funcionariam com o comprometimento e envolvimento dos funcionários” (MAXIMINIANO, 2008, p. 134). Assim, tem-se que somente a participação comprometida dos funcionários seria a base para a efetividade da filosofia.

O modelo japonês baseia-se nos estudos e aplicações efetuadas nos Estados Unidos, mas que encontrou melhores condições de viabilidade em um país que tinha necessidade de implementar uma filosofia que envolvesse, prioritariamente, a eliminação de desperdícios, o que foi tremendamente facilitado pelas características de seu povo, sua cultura e seu comprometimento com os objetivos e metas comuns, que se sobrepunham ao individual (Carvalho, 2006).

O nome de maior destaque no desenvolvimento de ferramentas que auxiliem na sua implementação é, inegavelmente, Ishikawa. Caravantes; Panno; Kloeckner (2005) destacam que sua principal contribuição foi a introdução e utilização de sete processos (ou ferramentas) para o controle da qualidade: Diagrama de Causa e Efeito, Gráfico de Pareto, Histograma, Ficha de Verificação, Quadro de Controle, Diagrama de Dispersão e Gráficos.

Para os autores, Ishikawa afirma que cerca de noventa e cinco por cento dos problemas da qualidade podem ser diagnosticados e resolvidos com a sua metodologia. Além disso, são célebres os seus “círculos da qualidade” que visam, como mostra MAXIMINIANO (2008, p. 138), “identificar os problemas na qualidade que causam prejuízos, identificar os problemas prioritários e propor soluções e formas de implementá-las, para corrigir os problemas”

Crosby (1990, P. 20), ao afirmar que “qualidade é um fator atingível, mensurável, lucrativo, que pode ser estabelecido, desde que haja compromisso, compreensão e que se esteja disposto a trabalhar arduamente”, demonstra que a qualidade pode ser medida em termos financeiros e que é mais viável, sob o aspecto econômico, atingir níveis de excelência do que não fazê-lo. Caravantes; Panno; Kloeckner (2005) também destacam a contribuição de Crosby com quatro absolutos da qualidade: definição (conformidade com os requisitos), sistema (prevenção), padrão de desempenho (zero defeito) e medida (preço da não-conformidade). Ao definir seu programa de qualidade em quatorze etapas e enfatizar que sua repetição perpetua esse programa, Crosby enfatiza a prevenção ao invés da detecção, e a mudança da cultura organizacional.

Por sua vez, Feigenbaum propõe importante contribuição, ao argumentar que o sucesso de uma política voltada à qualidade deveria contar com o envolvimento de todos na empresa e não somente se fosse trabalhada isoladamente. Para ele,

“o princípio em que se assenta esta visão da qualidade total... é que, para se conseguir uma verdadeira eficácia, o controle precisa começar pelo projeto do produto e só terminar quando o produto tiver chegado às mãos de um freguês que ficou satisfeito... o primeiro princípio a ser reconhecido é o de que qualidade é trabalho de todos” (FEIGENBAUM *apud* CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p. 242).

Portanto, ao mesclar os estudos da qualidade desde o início da administração científica até ao modelo japonês, passando pelas evidentes contribuições norte americanas, é possível deduzir a importância da participação dos gestores e colaboradores em todo o processo. Ou, como afirmam CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, (2005, p. 259), “a companhia japonesa, não é meramente uma organização funcional. Ela tem caráter de comunidade... se aproxima daquilo que Patrick Selznick chama de *instituição*, que transcende a visão meramente instrumental e está preche de valores”.

Moller (2001) afirma que a qualidade pessoal é base de todas as outras qualidades. O autor entende que uma “cultura da qualidade” somente poderá existir se a qualidade das

pessoas envolvidas nos processos tiverem maior atenção por parte das empresas, pois os “esforços e desempenho dos indivíduos determinam a percepção, pelos clientes, da qualidade dos serviços, a qual torna-se quase um sinônimo de qualidade pessoal”.

Considerando-se a participação das pessoas nos processos da qualidade, cumpre buscar as ferramentas mais apropriadas para efetivar a execução da gestão. Além daquelas instituídas por Ishikawa outras mais podem ser utilizadas, Brassard (2000) elenca alguns pontos na adoção de ferramentas para o TQM, e afirma que “as pessoas que executam as tarefas têm mais conhecimento sobre as mesmas”, pois querem ser valorizadas. Para isso, “um processo estruturado para a solução de problemas, usando técnicas gráficas, produz melhores soluções que um processo desordenado” (BRASSARD, 2000 p. 04).

Dessa forma, no entendimento de SANTOS *et al* (2007, p. 186),

“estabelecer os objetivos e metas para a qualidade sem definir métodos para alcançá-los apenas gera um grande *stress* físico e emocional entre os colaboradores... é preciso capacitá-los para a aplicação das várias ferramentas... criar um ambiente de trabalho onde as pessoas se sintam livres para comentar sobre seus próprios erros”.

Por fim, a gestão de pessoas visa tornar os processos voltados para a qualidade viáveis, para que a empresa possa permanecer competitiva e assegure sua própria sobrevivência numa era em que o conhecimento humano, segundo FALCONI (2004, p. 3), “é o maior fator competitivo de uma organização e como decorrência, de uma Nação”.

## 2.2 Dimensões para a Qualidade

Por mais que se defina qualidade e se busque dar sentido a sua implementação, é possível revisita-la a partir de um prisma com várias bases, o que traria um conceito mais abrangente e que abarcaria uma noção mais completa sobre o tema. Seriam as dimensões para a qualidade, ideia de Garvin (*apud* Queiroz, 1995), que entende que a qualidade deve ser primeiramente entendida, para depois ser aplicada.

O autor (1995, p. 27) propõe oito dimensões para desmembrar o conceito qualidade: desempenho, características secundárias, confiabilidade, conformidade, durabilidade, capacidade de receber assistência técnica, estética e qualidade percebida. Essas dimensões seriam “profundamente interrelacionadas”, pois existiriam situações em que o melhoramento de uma categoria somente seria possível à custa de alguma outra ou outras. O resultado

prático dessa aplicação seria a maior competitividade das empresas, uma vez que umas estão mais desenvolvidas que outras e a natural busca pela excelência (o que significa novos e mais fortes mercados), as “empurram” na direção da maior competitividade (Figura 2):



**Figura 2 – As oito dimensões da qualidade**

Fonte: Adaptado de Fusco *et al* (2003)

Queiroz (1995) destaca ainda que o dimensionamento propicia ao mercado consumidor uma melhor visão do que seja qualidade. Dessa forma, o cliente passaria a ter novas oportunidades de percepção das diferentes dimensões, do produto ou serviço. Por sua vez, FUSCO *et al* (2003) abordam o conceito de dimensões da qualidade a partir de Garvin, criando o que consideram “uma maneira de estruturar o pensamento sobre o assunto, permitir sua análise e subsidiar tomada de ações competitivas por parte das empresas”. Com isso, entendem que o resultado seja melhor experimentado pelo mercado consumidor.

BOWERSOX; CLOSS; COOPER (2004) definem as mesmas categorias que Garvin. Note-se que essas categorias compõem o prestigioso prêmio norte americano da qualidade

Malcom Baldrige, que foi criado em meados da década de 1980 e que se destina ao reconhecimento das empresas que são excelentes, “não apenas em processos de gestão da qualidade, mas também no alcance da qualidade”.

Com esse conceito, em princípio, as empresas buscam a qualidade para aumentar sua competitividade e maior participação no mercado, uma vez que a trata como um diferencial perante sua concorrência. Mas, o que dizer de órgãos governamentais ou entidades que prestam serviços básicos e que praticamente não possuem concorrência? A questão, em última instância, é: porque praticar a qualidade quando não se deseja maior participação no “mercado” ou se já existe uma garantia de um “quase monopólio” na área de atuação?

Para responder a estes questionamentos, outros fatores devem ser considerados para uma melhor compreensão dos processos ligados à gestão da qualidade total. Ou como afirma CARVALHO *et al* (2006, p. 27):

“Juntando as duas coisas ‘perspectiva’ e ‘estratégia’ – observa-se, assim, que há várias interpretações possíveis para a expressão ‘perspectiva estratégica da qualidade’. Ela significa, por exemplo:

- Considerar a qualidade como fator de **sobrevivência** para as organizações;
- Elevar a qualidade à categoria de **diferencial competitivo** das organizações – seja em termos de produtos, serviços, **métodos de trabalho, processo produtivo**, etc.;
- **Tomar decisões** acerca da qualidade, tendo em vista um cenário amplo de implicações, insumos e resultados;
- Adotar uma **visão de futuro** sobre a questão, considerando cenários prováveis para a organização, para o mercado e para a sociedade como um todo.” (Grifo do autor).

Esse conceito visa ampliar, em muito, o que ainda se entende como qualidade. Implica em dar maior importância à tomada de decisão, ao planejamento e à implantação das práticas ligadas à qualidade e suas dimensões. Mas também, sobremaneira, visa compreender a importância da qualidade como diferencial competitivo das empresas e suas implicações com os resultados pretendidos, o que ocorre, principalmente, na área da saúde.

A competitividade, condição de sobrevivência das empresas, poderia ser definida como “a habilidade de um sistema de operar com sucesso em um determinado contexto de negócios” (WOOD *et al*, 2009, p. 214) . O mesmo autor, ao citar Coutinho e Ferraz, na análise da competitividade sob a ótica desse sistema assevera que o mesmo é condicionado por três fatores, destacando-se aquele em que “os fatores específicos das empresas, tais como competências e recursos acumulados ao longo do tempo, os quais podem se tornar fontes de vantagem comparativa frente aos competidores”. Ser competitivo, atualmente, é permanecer

atuando. A gestão, notadamente a da qualidade, através do desdobramento de suas dimensões, pode ser considerada importante ferramenta para permanência das empresas no mercado.

Dessa forma, a qualidade passa a um novo patamar, constituindo-se em processo de vital importância para a sobrevivência das empresas. Somente com o domínio completo da gestão, realizada de forma consistente, utilizando-se modelos e ferramentas consagrados, é possível vislumbrar os cenários que se avizinham das empresas, identificando o que PRAHALAD e HAMMEL (2005) chamam de “chegar ao futuro primeiro”, ou seja, “o que é preciso fazer para transformar a previsão em realidade e sair na frente dos concorrentes na estrada para o futuro”. Essa visão de futuro implica, segundo os autores, alguns benefícios, entre os quais se destacam:

“Chegar primeiro pode significar que uma empresa estabeleça um monopólio virtual em uma nova categoria específica de produto, como a Crysler fez com as minivans e a Sony com seus produtos de áudio portáteis. Chegar primeiro ao futuro pode permitir que uma empresa defina padrões e capte os *royalties* resultantes dos direitos críticos da propriedade intelectual, como a Matsuhita fez com os videocassetes e a Intel com os microprocessadores. Chegar primeiro ao futuro pode permitir que uma empresa defina as regras que as outras empresas terão que seguir para participar da competição” (PRAHALAD; HAMMEL, 2005, p. 201).

Identificar os cenários futuros torna-se um tremendo ganho de competitividade, o que é viável a partir da utilização de processos de gestão que passam, necessariamente, pelo domínio da qualidade e suas dimensões em processos que exijam planejamento e estratégia.

### **2.2.1 Planejamento e Estratégia**

Planejar. Seu significado ganha corpo com a definição de Henry Fayol, um dos precursores da abordagem clássica da administração. Foi ele quem identificou os elementos básicos da administração: planejamento, organização, comando, coordenação e controle. Destarte, o planejamento seria o “perscrutar o futuro e traçar o programa de ação” (FAYOL *apud* CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p. 61). O planejamento é uma função da administração que deve ser considerada crítica, uma vez que dele dependem todas as outras funções. Tudo aquilo que se julga importante vai depender, necessariamente, da determinação de objetivos e metas e os planos que visem alcançá-los. Seria o “ponto de partida para qualquer ação de parte da gerência voltada para resultados” (CARAVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, p. 404).

O planejamento é ainda, segundo MAXIMINIANO (2008, p. 55), “a ferramenta para administrar as relações com o futuro. É uma aplicação específica do processo decisório”. Vale dizer que este “processo decisório” seria, à luz da teoria sistêmica, uma sequência de etapas que envolvem os dados de entrada, o processo de planejamento em si e a elaboração de planos com seus objetivos, recursos e formas de exercer o controle do processo, formando um sistema harmônico que visa aos resultados esperados pela empresa. Em relação aos dados de entrada, seriam, como define o mesmo autor, as “informações, os modelos e técnicas de planejamento, as ameaças e oportunidades, as projeções, as decisões que afetam o futuro, etc.” (MAXIMINIANO (2008, p. 55), o que resultaria na elaboração de planos e suas consequências. Esse conceito é completado por Kwasnicka (2007), ao afirmar que o planejamento é uma análise de informações relevantes do presente e do passado e quais seriam os potenciais desdobramentos destas análises, permitindo estabelecer um plano de ação a fim de se alcançar com mais facilidade os objetivos e metas propostos. A autora, ainda, define cinco atividades consideradas básicas no processo de planejamento: “avaliação das condições atuais, fator tempo, problemas de previsão, coleta e análise dos dados e coordenação dos planos” (KWASNICKA, 2007, p. 206).

Em última instância, o planejamento seria a condição essencial para que a empresa possa decidir e executar seus planos de ação.

“A essência da formulação estratégica é lidar com a competição” (MONTGOMERY; PORTER, 1998, p. 11). Dessa forma, é importante compreender que a busca deliberada de um plano de ação a fim de estabelecer vantagens competitivas em relação aos competidores e focando o mercado, é a mola para o estabelecimento de estratégias pelas empresas. Essa busca deliberada tem início no reconhecimento da empresa de si própria e do mercado onde atua. Para Drucker (*apud Santos et al*, 2007, p. 1), a formulação das estratégias nas empresas deve ser executada somente quando duas perguntas forem feitas: “Qual é o nosso negócio?” e “Qual poderia ser o nosso negócio?”, pois os objetivos de uma empresa possuem forte relação com suas estratégias. Daí, a clássica assertiva de que as estratégias representam os meios para se alcançar os objetivos propostos. Por sua vez, Mintzberg; Ahlstrand; Lampel (2000) entendem que estratégia é um padrão, e que há diferença entre estratégias que são desejadas (pretendidas) e aquelas que efetivamente são realizadas. Estas tornam-se a forma como a empresa vai realizar determinado processo, ou seja, estabelece padrões para os processos onde atua e isso faz com que esteja pondo em prática suas estratégias. SANTOS *et AL* (2007, p. 02) definiram a estratégia como sendo basicamente, um conjunto de normas de decisão “que tem

por objetivo orientar o comportamento da empresa através de um plano de ação”. Os mesmos autores, ao definir o conceito de estratégia a partir de Andrews, mostram a definição de padrões de decisões que determinarão e revelarão os objetivos de uma empresa.

Note-se, pois, que estes conceitos e definições remetem à idéia de planos de ação e execuções futuras e também à possibilidade de mudanças nas definições dos “caminhos” a serem seguidos pelas empresas (mudanças de estratégia), quando se distanciarem dos objetivos e metas propostos.

São várias as ferramentas que possibilitam uma análise concisa de sua situação, com destaque para a Análise SWOT, Matriz de Ansoff e as Cinco Forças de Porter, entre outras. O objetivo seria conhecer a fundo a empresa e sua real situação, seus pontos fortes e suas qualidades, seus pontos fracos e o potencial de desenvolvimento e também conhecer o mercado onde atua, quem são os competidores, quais suas vantagens e desvantagens, quais suas fraquezas e suas forças, quais as oportunidades e desafios que se apresentam. A partir deste conhecimento, seria possível escolher as estratégias de forma mais acertada.

Convém considerar o que Porter diz a respeito do planejamento estratégico:

“... muitos planos estratégicos são relações de ações sem uma articulação clara da vantagem competitiva que uma empresa tem ou busca conseguir e de que modo. Estes planos provavelmente negligenciaram o propósito fundamental da estratégia competitiva no processo de passagem pela mecânica do planejamento...” (PORTER, 1989, p. 22).

O que se vê até aqui é a consciência que as empresas tem a respeito da necessidade e importância em planejar e estabelecer suas estratégias a fim de manter-se competitivas, mas que isso deve ser realizado de forma homogênea, que envolva todos os seus processos e as pessoas envolvidas em suas operações.

### **2.2.2 Mudança e Inovação**

Considerando-se apenas o período que vai desde o início do século XX até os dias atuais, nota-se que foi enorme o ganho de produtividade e rentabilidade das empresas em todo o mundo. Os modelos se atualizam constantemente e em um mundo cada vez mais moderno, que emprega a mais sofisticada tecnologia e que faz uso de modernas técnicas de gestão. A mudança é, segundo Drucker (1980), a única constante.

Mudar, ao contrário do que pode nos remeter a palavra em si, não é um fenômeno que traz a idéia de simples quebra ou de ruptura somente. A mudança é inerente à natureza, onde os movimentos acontecem naturalmente, sem causar maiores danos àqueles que vivem nestas condições. Para isso, deve haver uma natural adaptabilidade à nova ordem. Assim:

“Mudar é, pois, transformar, evoluir, extinguir e criar novas realidades, irrevogavelmente. Essa percepção se insere na fenomenologia do universo, no qual a mudança no estado da energia é constante e induz a transformações sucessivas na unidade tempo-espaço. Portanto, mudança é uma condição pró-ativa no sentido de universalidade. (VIEIRA, 2003).

Sob a assertiva de que a mudança é um fenômeno de época e de nova época, o mesmo autor define os principais aspectos da mudança com destaque para seu dinamismo. VIEIRA (2003); ainda destaca o papel de relevo das mudanças em relação às organizações. Infere-se que a mudança é algo constante e inerente à sociedade, o que faz com que as organizações se aproveitem dessa certeza para estabelecer suas estratégias:

Não há mais certezas; a sensação que se recolhe é de uma sociedade em trânsito permanente e em curta duração. Tudo transita pelas tecnologias cada vez mais avançadas, pelo aprimoramento das técnicas, pela diversificação do conhecimento e da informação e de paradigmas que mudam também de posição ou se investem de novos valores. As percepções dos cenários futuros que chegam rapidamente, e se tornam um fugaz presente, exigirão novas configurações cognitivas, distantes de pensamentos referenciais e deterministas. (VIEIRA, 2003).

Para JACOBI e PINHO (2006, p. 79), “a mudança pode ser compreendida sob duas dimensões básicas: a mudança planejada e a mudança emergente, considerando o seu processo e sua implementação”.

Os mesmos autores classificam as mudanças em quatro graus: *status quo*, reprodução expandida, transição evolucionária e transformação revolucionária:

**Quadro 5 – Graus de mudança nas organizações**

Grau de mudança	Nível de ocorrência, operacional ou estratégico	Características
<i>Status quo</i>	Pode ocorrer em ambos, operacional e estratégico.	Não muda as práticas correntes.
<b>Reprodução expandida</b>	Principalmente operacional	Envolve mudanças que produzem mais das mesmas coisas (bens e serviços)
<b>Transição evolucionária</b>	Principalmente estratégica	As mudanças ocorrem dentro de parâmetros já existentes na organização (por exemplo, mudanças que mantêm a estrutura existente, a tecnologia, etc).
<b>Transformação revolucionária</b>	Predominantemente estratégica	As mudanças envolvem a substituição ou redefinição dos parâmetros existentes. Estrutura e tecnologia provavelmente mudam, por exemplo.

Fonte: Adaptado de Jacobi e Pinho (2006)

Assim, conforme Jacobi e Pinheiro (2006), mudanças dentro do nível de *status quo* ou da reprodução expandida não tem como objetivo a alteração dos padrões organizacionais existentes, apenas incluem pequenas alterações nas operações cotidianas. Já as mudanças nos níveis evolucionário e revolucionário têm um caráter estratégico que visa à alteração de padrões existentes, como a tecnologia ou estrutura, ou mesmo a total substituição desses padrões organizacionais.

A utilização da palavra mudança no sentido de alteração faz parte dos dois últimos graus propostos pelos autores. Se no grau de mudança evolucionária pode-se perceber uma mudança mais incremental, na revolucionária há uma quebra dos parâmetros existentes, o que dá margem à adoção do conceito de inovação.

Inovação passa por uma junção de técnicas e saberes ou de modos de organização inéditos implantados sobre técnicas, saberes e organização em um determinado lugar. Segundo os autores “este modo de classificação nos permite interpretar a inovação como algo geralmente importado, possibilitando a ‘criação’ do novo para um espaço mais local, avaliado como o espaço em que a inovação seria capaz de surgir” (TANAKA e MELO, 2000). Os autores afirmam ser a inovação uma “introdução intencional, dentro de um grupo ou organização, de idéias, processos, produtos ou procedimentos novos para a unidade, relevante de adoção e que visa gerar benefícios para o indivíduo, organização ou sociedade maior”.

A inovação seria a condição de sobrevivência das empresas, uma vez que as diferencia uma das outras. Abrahamson *apud* Wood (2009), entende que grande parte das empresas busca a inovação sob uma perspectiva racionalista e pró inovações. Denominou este grupo de empresas de perspectiva de escolha eficiente. Seria o que poder-se-ia chamar de vanguarda. As empresas pertencentes a este grupo inovam com a certeza de se tornarem mais competitivas e, principalmente, eficientes. De outro lado, estariam empresas que sofreriam influência externa, adotando modelos administrativos voltados à inovação por imitação, na convicção que modelos consagrados possam resolver problemas de competitividade no mercado ou que seriam forçadas a fazê-lo, tendendo a seguir um padrão semelhante, melhorando o desempenho, percorrendo um caminho comum. Drucker (2002) identifica o que deve ser feito em um processo de inovação ou o que chama de “sete fontes de oportunidade para inovar”:

#### **Quadro 6: Sete fontes de oportunidade para inovar**

- **Os próprios sucessos e fracassos inesperados de uma organização, e também de seus concorrentes.**
- **Incongruências, principalmente no processo, seja de produção ou de distribuição, ou incongruências no comportamento do cliente.**
- **Necessidades do processo.**
- **Mudanças na empresa e nas estruturas de mercado.**
- **Mudanças demográficas.**
- **Mudanças no significado e na percepção.**
- **Novos conhecimentos.**

Fonte: Adaptado de Drucker (2002)

O autor também entende que a prática da inovação deve ser vista como inovação intencional que resulta do trabalho de análise, “árduo e sistemático, porque ao tratar-se de inovação intencional, está se tratando de, pelo menos, 90% de todas as inovações efetivas” (Drucker, 2002, p. 153).

Destaca, ainda, a importância de se definirem os riscos e delimitá-los, a fim de se obter os resultados desejados. O sucesso surge a partir da análise sistemática das oportunidades inovadoras, conseguem identificá-las e as exploram.

Sintetizando sua idéia, Drucker (2002, p. 157) define que “os inovadores bem sucedidos são conservadores. Precisam ser. Não buscam riscos, mas sim as oportunidades”.

### 2.2.3 Gestão por processos

A abordagem da gestão por processos é baseada na Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy que surgiu como uma crítica à administração científica. Essa teoria preconiza, de acordo com Stoner e Freeman (2009), que a administração deve ser vista como um todo, um sistema unificado e propositado, composto de partes interrelacionadas, ao invés de lidar separadamente com os vários segmentos. Além disso, ainda conforme os autores, a organização deve ser vista como parte de um sistema maior, o ambiente externo. Ocorre que, planejando compreender melhor a empresa, a escola de Taylor a divide em setores ou partes para estudá-los separadamente. Com o tempo, percebe-se que a abordagem científica estimula a criação de especialidades e não consegue identificar pontos comuns entre os setores. Pelo contrário, reduzia o todo a partes que não tinham nada em comum com outras partes. Naquele momento, não se vislumbrava o mercado e os fatores externos que, de alguma forma, poderiam influir ou sofrer influência da empresa. Também, priorizava as especialidades, o que tornava por demais simples as empresas e sua administração.

Por sua vez, a gestão por processos procura compreender a organização como esse todo, e também que toda empresa produz produtos ou serviços (ou ambos). Se a organização é um todo, compõe-se de pessoas e estas são parte fundamental para a consecução de seus objetivos. Para que isso seja bem executado, a organização precisa transformar insumos em produtos/serviços que vão gerar a rentabilidade necessária para sua perenidade, através dos recursos disponíveis (humanos, tecnológicos, financeiros, etc). Essa transformação exige o pleno conhecimento da empresa e suas funções, reconhecendo que todos os setores, em algum momento, são clientes e fornecedores e que contribuem para o sucesso da organização.

Processo é a “transformação de um conjunto de *inputs* que podem incluir ações, métodos e operações, em *outputs*, que satisfazem as necessidades e expectativas do cliente na forma de produtos, informação, serviços ou, de modo geral, resultados.” (CERVANTES; PANNO; KLOECKNER, 2005, P. 251). Portanto, as necessidades dos clientes e acionistas são itens básicos na orientação das empresas, que devem criar os processos necessários para consecução de seus objetivos. Outro ponto relevante são as necessidades de todos os outros grupos de interesse (*stakeholders*). Esses processos envolvem, necessariamente, os

conhecimentos, habilidades e atitudes das pessoas envolvidas que possam contribuir com seus saberes visando atingir as metas propostas pela organização.

CARVALHO e PALADINI (2006, p. 217) afirmam:

“...na gestão por processo, há um amplo envolvimento de todos os integrantes da organização, o que tem como consequência uma maior satisfação no trabalho, uma descrição mais clara das atividades, um melhor desenvolvimento de habilidades e um aumento da autoridade e autonomia individual”.

Ainda, segundo Caravantes; Panno; Kloeckner (2005) controlar processos com vistas à qualidade significa identificar as características verdadeiras desejadas pelos consumidores, bem como as características substitutas da qualidade. Para os autores, a gerência da qualidade deve estar comprometida com o controle dos processos, que é uma tarefa exercida por todos e da qual todos devem participar, independentemente do nível hierárquico – o treinamento passa a ser visto de maneira estratégica como forma de comprometer a todos e de maneira disciplinada.

Na gestão por processos, há um amplo envolvimento de todos os integrantes da organização, o que tem como consequência uma “maior satisfação no trabalho, uma descrição mais clara das atividades, um melhor desenvolvimento de habilidades e um aumento da autoridade e autonomia individual” (CARVALHO; PALADINI, 2006, p. 217). Para os autores, a gestão por processos traz as seguintes características:

#### **Quadro 7: Características dos processos a partir da gestão por processos**

- **Necessidades (requisitos) e indicadores de desempenho para clientes internos e externos claramente definidos e contratados.**
- **Procedimentos simplificados e burocracia reduzida.**
- **Altos níveis de desempenho no fornecimento de serviços e produtos que alimentam o processo.**
- **Estabelecimento de consenso na visão, direcionamento e prioridades dos processos.**
- **Rompimento das barreiras e regularidade no fluxo de informações.**

Fonte: Adaptado de Carvalho e Paladini (2006)

A definição que atualmente parece ser a mais aceita e atual sobre a gestão por processos, vem de DE SORDI (2008, p. 20), ao identificar que:

“nas últimas décadas, houve um grande movimento administrativo de se buscar a especialização das áreas funcionais em torno de suas competências básicas, evento motivado principalmente pela busca da qualidade total que fora absorvida pelo Ocidente, na década de 1980, e fortemente implementada nas organizações, na década de 1990. A busca de excelência pelos ‘silos funcionais’ resolvia problemas localizados, não abrangendo as questões estruturais da organização. Observou-se que desempenhar diversas funções com excelência não implicava obrigatoriamente na satisfação do cliente final, pois muitos dos problemas residiam na comunicação e na interação de trabalho entre as diversas áreas funcionais, problemas apontados como ‘lacunas organizacionais’ ou ‘áreas nebulosas’, pouco compreendidas e gerenciadas pelas organizações.”

Portanto, a moderna gestão por processos parece ser a ferramenta mais apropriada no gerenciamento da qualidade total, pois como no entendimento de Caravantes; Panno e Kloeckner (2005),

“O modelo do TQM é composto por cinco elementos – processo, cliente/fornecedor, grupos, sistemas e ferramentas. O centro é constituído pelas interfaces *cliente/fornecedor*, externo e interno, e pelo fato de que, em cada interface, existem inúmeros *processos*.” (Figura 3):



**Figura 3: Modelo de gerenciamento da qualidade total**

Fonte: Adaptado de Caravantes; Panno; Kloeckner (2005, p. 252)

#### 2.2.4 Indicadores de Recursos Humanos

A qualidade de um serviço é percebida através de processos que apresentem possibilidade de monitoramento constante e resultados tangíveis que demonstrem sua evolução e melhoria contínua. Kaplan e Norton (2007) entendem que esses processos se dão através de medições, pois os mesmos possuem forte efeito sobre a performance e, por isso, devem ser parte essencial de qualquer estratégia. Já em relação a indicadores, trata-se de importante ferramenta na consecução das diferentes medições realizáveis nas organizações, como define Assis (2005). Medir é, na visão do autor, “uma das palavras-chave para organizações que possuem metas a serem atingidas em um determinado período de tempo e considerando-se um conjunto disponível e limitado de recursos diversos” (ASSIS, 2005, p. 9). O autor finaliza a abordagem, corroborando o entendimento de Kaplan e Norton ao destacar que as organizações precisam utilizar medições, indicadores de maneira sistêmica, compondo um conjunto de dados que possam ser utilizados na definição dos rumos das empresas.

Para KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO (2005), os indicadores são, geralmente, construídos mediante uma expressão matemática, onde o numerador representa o total de eventos predefinidos e o denominador a população de risco selecionada, observando-se a confiabilidade, a validade, a objetividade, a sensibilidade, a especificidade e o valor preditivo dos dados.

Em relação aos indicadores da gestão de pessoas na área da saúde, o diferencial da atuação de múltiplas equipes com diferentes saberes, diversas normas e protocolos, técnicas e procedimentos advindos das mais diferentes formações devem ser observados. Há, pois, a necessidade de identificar-se quais deverão ser utilizados para que as organizações ligadas à saúde possam definir suas estratégias voltadas para a qualidade.

No contexto da saúde, KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO (2005) definem qualidade como sendo “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”. A qualidade, portanto, envolve fatores que devem ser mensurados, pois seu conjunto define o resultado final da organização. Daí, a necessidade de estabelecer indicadores que possam avaliar se os diferentes saberes e formações estão em sintonia com as metas estabelecidas voltadas para a qualidade, o que deve ser feito através de métricas que demonstrem a efetividade dos processos na área da saúde. O importante é que haja formas de

medir se objetivos e metas são alcançados através deste acompanhamento constante, que possibilite eventuais correções de rumo e que os resultados dessas medições possam indicar novos processos de melhoria contínua.

Usam-se indicadores que possam aferir se as estratégias estabelecidas estão de acordo com as expectativas dos diferentes profissionais da saúde em sua atuação. Tem-se em mente se os processos são efetivos, ou seja, se são eficientes e eficazes e estão atingindo os objetivos propostos para todos pela Instituição, pois, conforme as autoras supra, 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.

A *Joint Commision American Hospital Organization* define indicador como uma unidade de medida de uma atividade, com a qual se está relacionado ou uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorar e avaliar a qualidade assistencial e as atividades de um serviço (KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO, 2005). Gonçalves (2006) assevera que, na análise de uma instituição hospitalar, torna-se imprescindível eleger indicadores que permitam qualificar seu funcionamento. Afirma, ainda, que é fundamental identificar parâmetros funcionais de diferentes naturezas: de um lado, aqueles de natureza ambiental, por outro, os estruturais e também os que estão vinculados ao funcionamento de diferentes setores do hospital.

Uma importante característica dos indicadores é que estes são considerados como um sinalizador voltado para identificar ou dirigir a atenção para assuntos específicos de resultados em uma organização de saúde. Por estar focado na possibilidade de melhoria contínua, deve ser revisto de tempos em tempos. Este constante aprimoramento deverá trazer resultados cada vez melhores na busca da excelência.

Por outro lado, se um indicador possibilita mostrar uma determinada realidade, um conjunto de indicadores mostra uma determinada situação. Portanto, é importante eleger indicadores que, em conjunto, possam espelhar a realidade das operações de saúde.

Dessa maneira, ainda de acordo com KURCGANT; TRONCHIN; MELLEIRO (2005) os indicadores devem ser capazes de atender aos objetivos de melhorar a assistência ao cliente, de fortalecer a confiança da clientela, de atender às exigências de órgãos financiadores, de reduzir custos, de atrair e estimular o envolvimento dos profissionais. Considere-se, ainda, a importância de se elaborar indicadores passíveis de ser estudados e comparáveis, no âmbito da gestão de pessoas, com padrões internos estabelecidos e também

com padrões externos, estabelecendo-se um *benchmark* que trará ganhos de qualidade e produtividade para a Instituição de saúde que o adota. A construção de indicadores para a avaliação da gestão de pessoas permite detectar a efetividade das ações gerenciais e a partir de avaliação desses indicadores, aprimorar os processos de trabalho.

Os indicadores para a gestão de pessoas são vários. Existem alguns considerados clássicos, como a taxa de absenteísmo, o *turnover*, a relação homem x hora/treinamento entre outros. Na área da saúde não é diferente. Ora, se o importante é medir, qualquer um desses indicadores poderia ser utilizado para aferir-se a performance dos colaboradores (ASSIS, 2005), mas o ideal é que se encontre indicadores que estejam em sintonia com as estratégias da organização e que a performance possa ser aferida de acordo com as realidades experimentadas.

Em relação direta ao processo de Acreditação o melhor indicador do que deve ser realizado pela Gestão de Pessoas é o “número de horas de treinamento realizadas, a partir da fórmula total de funcionários treinado com relação ao total de funcionários ativos” (ASSIS, 2005, p. 37). Ora, em um processo novo, é fundamental preparar e qualificar as pessoas envolvidas.

Através de indicadores, pode-se conhecer e medir o próprio desempenho e efetuar-se comparações, corrigindo eventuais inconsistências e melhorando continuamente os processos. Trata-se, pois, de importante ferramenta para alinhamento dos processos de gestão de pessoas com os macro-processos da gestão para a saúde como um todo.

## **2.3 Cenários para a saúde**

### **2.3.1 A saúde no Brasil e a gestão hospitalar**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (OMS, 2012). No Brasil, qualquer pessoa, tem direito ao atendimento à saúde de forma gratuita e ampla por meio de um sistema público, o SUS, que foi criado seguindo o princípio da universalidade, “sem nenhum efeito discriminatório, com serviços ligados à saúde como consultas iniciais, exames clínicos, tratamentos e internações” (KUAZAQUI e TANAKA, 2010, p. 39).

Segundo Gonçalves (2006), o Brasil desenvolveu a grande reforma que mudou a estrutura, organização e financiamento do setor da saúde. A primeira onda da reforma focou a reestruturação institucional e descentralização para o nível estadual//////////j, além do estabelecimento de mecanismos para a participação social com a universalização dos direitos aos cuidados com a saúde. Na década seguinte, houve a consolidação do modelo, com destaque para a “municipalização” do atendimento e implementação de mecanismos de financiamento a partir de recursos federais, o que é considerado como segunda onda. Uma terceira onda, no final da década de 1990 propõe uma reorientação para a saúde básica, inserindo novos contextos legais e regulatórios, introduzindo novos meios alternativos de alocação de recursos com forte presença da iniciativa privada, além da possibilidade de parcerias do poder público com organizações que passam a atuar na gestão das unidades de saúde nas instituições hospitalares em todo o território nacional. E isso requer um forte trabalho de gestão (Gonçalves, 2006).

A partir da Constituição de 1988, a saúde passa a ser uma das prioridades das políticas públicas, o que nem sempre é alcançado por conta de inúmeras razões, entre elas, a escassez de recursos destinados à área da saúde. Os recursos disponíveis não são suficientes para atender à grande demanda social, conforme Kuazaqui e Tanaka (2008).

Os autores entendem, ainda, que a Constituição Federal reconheceu a saúde como um direito do cidadão brasileiro por meio da Lei 8.080/90, a Lei Orgânica da Saúde. E ressaltam a Lei 8.142/90, que trata de questões relativas à participação mais efetiva da sociedade e do financiamento da saúde, “pois o atual modelo não tem condições de autossustentabilidade” (KUAZAQUI e TANAKA, 2008, p. 39).

O artigo 196 da Carta Magna preceitua que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A saúde no Brasil constitui-se de dois subsistemas: um público e outro privado.

O subsistema supletivo de assistência médica (SSAM) é previsto constitucionalmente. O artigo 199 da Constituição Federal dispõe que “a assistência à saúde é livre à iniciativa privada” (BRASIL, 1988).

A participação do setor privado no sistema de saúde é complementar, preferencialmente com entidades filantrópicas, sendo vedada a destinação de recursos públicos para subvenção às instituições com fins lucrativos. Contratos com entidades privadas prestadoras de serviços serão

realizados mediante contrato de direito público, garantindo ao Estado o poder de intervir nas entidades que não estiverem seguindo os termos contratuais.

Já, o subsistema público denomina-se Sistema Único de Saúde, instituído pela Lei 8.080/90 com comando único em cada esfera de governo, definindo o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. O SUS é constituído pelo conjunto das ações e de serviços de saúde sob gestão pública. Está organizado em redes regionalizadas e hierarquizadas e atua em todo o território nacional, com direção única em cada esfera de governo. Não é, porém, uma estrutura que atua isolada na promoção dos direitos básicos de cidadania. Insere-se no contexto das políticas públicas de seguridade social, que abrangem, além da Saúde, a Previdência e a Assistência Social (Brasil, 2012). O SUS faz parte dessas políticas, definidas na Constituição como sendo de “relevância pública”, sendo atribuído ao poder público a sua regulamentação, a fiscalização e o controle das ações e dos serviços de saúde.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2012),

“... o SUS consolidou-se, ao longo de duas décadas, como a maior política de Estado do País, promotor de inclusão e justiça social. Fruto de uma permanente construção coletiva, nele se manifesta o melhor da tradição política brasileira: o diálogo, a composição e a busca do acordo.

Pelo princípio da universalidade, todos os brasileiros têm direito aos serviços do SUS, e esse acesso universal, em nenhuma circunstância, pode ser restringido. O SUS deve ofertar, a todos os brasileiros, um conjunto de serviços sanitária e socialmente necessários, com base em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas e por meio de amplo movimento de discussão que envolva os gestores de saúde na Comissão Intergestores Tripartite e o Conselho Nacional de Saúde”.

O Sistema Único de Saúde visa, pois, garantir proteção ao cidadão, contra eminentes riscos sociais, os quais nem sempre podem ser enfrentados. Sua função principal é garantir o acesso a tecnologias e serviços que possam manter ou recuperar a saúde. Seu financiamento é público, uma vez que o país adota um modelo baseado no direito constitucional e universal de acesso aos meios adequados para assistência à saúde. Esse acesso é considerado dever do Estado, que deve estabelecer políticas, ser o gestor e garantidor de ações que visem garantir o acesso a todos, indistintamente. Não possui caráter comercial.

Souza (2002) traz à baila algumas dificuldades para operacionalização do sistema: a divisão de responsabilidades entre estados e municípios, o processo de habilitação dos estados, o financiamento do sistema, o planejamento e a organização funcional do sistema, a resolutividade e acesso ao sistema.

TEIXEIRA (2008, p. 34) destaca que “a sociedade se organizou de forma a manter um sistema de saúde privado oneroso (planos de assistência médica, ambulatoriais,

hospitalares e odontológicos), paralelos ao público, para lhe proporcionar atendimento de melhor qualidade”. BERTO (2009, p. 17), assevera que “há ponto de intersecção entre os dois modelos, no que diz respeito aos profissionais da saúde e alguns serviços essenciais, mas que há também uma grande barreira no que tange ao acesso pelas camadas mais pobres da população”. A autora destaca que o sistema de saúde público brasileiro é novo e ainda está em processo de construção. O grande gargalo, no modelo público atual, é a escassez de recursos financeiros, o que faz com que TEIXEIRA (2008, p. 34) relate que “o Brasil possui legislação de primeiro mundo, no que toca à saúde. Todavia, seu orçamento financeiro é de terceiro mundo, o que provoca intermináveis conflitos retratados diariamente na mídia”. Daí, porque, há grande procura pelo atendimento através do setor privado que, em tese, por ter mais recursos financeiros destinados aos seus objetivos precípuos, possui melhores condições de oferecer um serviço de mais qualidade. Ou seja: as pessoas se dispõem a pagar por algo que lhes é garantido constitucionalmente para obter, em tese, mais qualidade no atendimento. A percepção geral é que os serviços de saúde públicos não têm a mesma qualidade dos serviços privados e que estão muito defasados em qualidade de atendimento e gestão, conforme Teixeira (2008).

Berto (2009) afirma que a função primeira de um hospital é a de prestar assistência às necessidades dos pacientes e deve fazê-lo atentando para as várias dimensões do que isso representa: dimensões biológicas, psicológicas, sociais, ambientais, culturas e temporais. Alie-se a isso, a necessidade de executar essa função com excelência nos processos, utilizando os recursos disponíveis e atuais, o que faz com que o ambiente hospitalar seja eivado de tecnologia e técnicas de gestão apuradas a fim de prestar serviços com qualidade, nem sempre observáveis no serviço público.

Ocorre, pois, que a gestão hospitalar constitui-se numa “especialidade complexa e peculiar da administração, por envolver união de recursos humanos e procedimentos muito diversificados” (GONÇALVES, 2006, p. 18). O autor identifica alguns parâmetros para determinação das mais efetivas formas de gestão, considerando todo o contexto que envolve a instituição hospitalar.

Entre os “parâmetros ambientais”, Gonçalves (2006) destaca a presença do Estado que vem diminuindo sua atuação devido a um novo modelo em que sua presença vem sendo cada vez mais limitada. A “proliferação de programas assistenciais vinculados à iniciativa particular, sob a forma de convênios” (Gonçalves, 2006, p. 19) demonstra que o Estado vem reduzindo, sistematicamente, sua atuação no campo da saúde, seja porque há grande

dificuldade em fazer funcionar um sistema de âmbito nacional em que há notadas diferenças sob os aspectos demográfico, cultural, social, econômico, etc., seja porque há, num momento mais recente, a crescente presença de “entidades assistenciais, sob um formato que se tem denominado seguro-saúde” (Gonçalves, 2006, p. 19). Essas entidades vêm cobrindo considerável parcela da população. SANTOS (2010, p. 08) vai além, ao afirmar que somente 44% do financiamento total dos serviços de saúde é de origem pública, o que corresponde, a somente 3,7% do PIB, “o que nos coloca entre os países com menor financiamento público per capita do mundo, inclusive inferior à Argentina, Uruguai, Chile, Costa Rica e Panamá, na América Latina”. Mesmo assim, não se descarta o papel fundamental do Estado, pois sua presença na prestação de serviços de saúde é de suma importância no atendimento das demandas de populações mais pobres havendo, ainda, oferta predominantemente pública no setor hospitalar e especializado. Estados e municípios vem assumindo cada vez mais, um papel originariamente federal. Santos (2010) é enfático:

“Apesar dos grotescos desvios impostos ao SUS e ao equacionamento estrutural da atenção às necessidades e direitos da população, a maioria dos gestores descentralizados, em aliança tácita, na prática, com a maioria dos trabalhadores de saúde e conselheiros de saúde, vem desenvolvendo a partir de 1.990, surpreendente capacidade de gestão de sistema público no âmbito das pactuações interfederativas, do planejamento, da territorialização, da regulação da oferta pública de serviços, da contratualização, da regionalização e da gestão participativa, como que tirando água das pedras” (SANTOS, 2010, p. 11).

Já os “parâmetros estruturais” dizem respeito a como se dá a estrutura da gestão hospitalar no Brasil. Herdou-se um modelo português das Santas Casas de Misericórdia, com cunho fortemente assistencial. Modelos mais recentes de gestão tomam por base as estruturas de funcionamento de empresas, integrando-se os saberes da saúde com os outros advindos da administração. Assim, as formas de gestão, a implantação de novas tecnologias, a preocupação com custos, a necessidade de qualificação dos colaboradores são preocupações recentes dos sistemas de gestão hospitalar com a finalidade de trazer os melhores resultados que se refletem em qualidade de atendimento, menor permanência do doente no ambiente hospitalar, menos custos com melhores resultados no tratamento, entre outros.

### **2.3.2 Instituição hospitalar**

DRUCKER (2006, p. 54), faz um forte diagnóstico do que seja um hospital: “a organização humana mais complexa jamais concebida, mas também, nos últimos trinta ou

quarenta anos, um dos tipos de organizações que cresce mais rapidamente em todos os países desenvolvidos”. TEIXEIRA (2008, p. 38) vai além:

“É uma das atividades mais complexas que existe, pois num mesmo local são praticadas atividades industriais, médicas, de enfermagem, de ciência e tecnologia, de hotelaria, restaurante, lavanderia, etc., tudo em prol e em razão do paciente, o que envolve componentes sociais, culturais e educacionais”.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2011) define hospital como parte integrante de um sistema coordenado de saúde, cuja função é dispensar à comunidade completa assistência à saúde, tanto curativa, quanto preventiva, incluindo serviços extensivos à família, em seu domicílio e ainda um centro de formação para os que trabalham no campo da saúde e para as pesquisas biossociais.

Já, para o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar da ONA, conceitua-se hospital, para fins de acreditação, como sendo a entidade jurídica legalmente constituída devidamente cadastrada no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), no qual se prestam serviços de assistência médica, de caráter estatal ou privado, com ou sem fins econômicos sob a direção de um mesmo responsável. Serviços hospitalares dentro de uma mesma instituição com pessoas jurídicas diferentes, ainda que sob a direção de um mesmo responsável, serão considerados serviços distintos. (ONA, 2010, p. 38)

A Organização Panamericana de Saúde (OPAS) entende a instituição hospitalar como todos os estabelecimentos com pelo menos cinco leitos, para internação de pacientes, que garantem um atendimento básico de diagnóstico e tratamento, com equipe clínica organizada e com prova de admissão e assistência permanente prestada por médicos. Além disso, considera-se a existência de serviço de enfermagem e atendimento terapêutico direto ao paciente, durante vinte e quatro horas, com a disponibilidade de serviços de laboratório e radiologia, serviço de cirurgia e/ou parto, bem como registros médicos organizados para a rápida observação e acompanhamento dos casos.

GONÇALVES, (1998, p. 81) discorre sobre a instituição hospitalar apresentando sua evolução e o uso de recursos que visam atender as necessidades dos seus públicos:

Os hospitais evoluíram desde pequenos grupos estruturados informalmente até as grandes e complexas organizações dos dias atuais; as modificações observadas buscaram sempre a racionalização dos esforços humanos, procurando atingir os objetivos definidos inicialmente. Para tanto, o hospital deve ser administrado segundo critérios absolutamente racionais, essencialmente baseados nos pressupostos que caracterizam a moderna administração empresarial. O ambiente hospitalar hospeda hoje desde tecnologias muito simples até os complexos e

sofisticados métodos computadorizados de diagnóstico e tratamento. Tais tecnologias incluem a aplicação de conhecimentos gerados continuamente, a prestação de serviços de atendimento ao doente, a utilização de equipamentos mecânicos e eletrônicos, procedimentos, métodos e processos inovadores para a organização das diferentes atividades humanas em busca da recuperação da saúde.

Novaes e Paganini *apud* MINOTTO (2003, p. 56), inferem que:

“... entre todas as empresas públicas ou privadas, os hospitais são as instituições mais complexas para se administrar; existem mais de trezentos empregos diferentes identificados, distribuídos em uma variedade de unidades ou departamentos, geralmente independentes”.

Os hospitais podem ser públicos ou privados. Segundo a definição de TEIXEIRA (2008, p. 38), públicos são aqueles mantidos com recursos governamentais, por qualquer ente político, que ofertam serviços de saúde gratuitamente. Nesta categoria se incluem os hospitais universitários, mantidos pelo governo federal. Já os hospitais privados são aqueles de propriedade de pessoas jurídicas privadas, com (não filantrópico) ou sem (filantrópico) fins lucrativos. Eles podem atender exclusivamente pacientes particulares ou beneficiários de convênio ou, também, pacientes oriundos do SUS, se houver contratação neste sentido.

Dados do Ministério da Saúde, de maio de 2011, apontam que o Brasil possui cerca de oito mil instituições hospitalares com quase quinhentos mil leitos (Tabela 1):

**Tabela 1: Recursos Físicos – Leitos de Internação no Brasil (2011)**

<b>REGIÃO</b>	<b>QUANTIDADE EXISTENTE</b>
Região Norte	31.179
Região Nordeste	119.870
Região Sudeste	197.500
Região Sul	74.516
Região Centro Oeste	36.893
<b>TOTAL</b>	<b>459.958</b>

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 27/12/2011.

Das quase oito mil instituições hospitalares, pouco mais de mil e oitocentas são públicas, conforme a Tabela 2:

**Tabela 2: Hospitais gerais públicos (2012)**

<b>REGIÃO</b>	<b>QUANTIDADE EXISTENTE</b>
Região Norte	198
Região Nordeste	753
Região Sudeste	386
Região Sul	230
Região Centro Oeste	266
<b>TOTAL</b>	<b>1.833</b>

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 17/04/2012.

Os hospitais gerais privados estão dispostos regionalmente da seguinte forma (Tabela 3):

**Tabela 3: Hospitais gerais privados (2012)**

<b>REGIÃO</b>	<b>QUANTIDADE EXISTENTE</b>
Região Norte	176
Região Nordeste	456
Região Sudeste	666
Região Sul	369
Região Centro Oeste	308
<b>TOTAL</b>	<b>1.975</b>

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde – Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES). Disponível em <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em 17/04/2012.

Ora, tamanha estrutura exige um forte trabalho de gestão. BERTO (2009, p. 32) alerta para a “efetiva necessidade de adequação do modelo tradicional das instituições hospitalares a uma nova estrutura organizacional que seja compatível com a realidade e especificidade de cada organização hospitalar, de modo a contribuir com a efetiva prestação de serviços”. Entende que diversos fatores contribuem para a escolha do melhor modelo de atendimento na prestação de serviços na assistência à saúde de acordo com estruturas sociais, culturais, geográficas entre outras, mas que, no entanto, não devem se perder no que tange à

qualidade da prestação do serviço e na busca da excelência. A busca constante pela qualidade da atenção aos serviços de saúde “deixou de ser isolada e tornou-se um imperativo técnico e social, uma vez que a sociedade exige, cada vez mais competência técnica e comportamental do prestador de serviços de saúde” (Berto, 2009, p. 33). Essa nova ordem abre um importante debate para que se reveja a posição dos hospitais e seu modo de agir.

### **2.3.3 A Saúde hospitalar gerenciada pela Qualidade Total**

O termo qualidade está inserido nas modernas práticas de gestão em todo tipo de organização. Consiste, basicamente, em estabelecer rotinas que visem ao desenvolvimento contínuo das instituições, aliado a práticas da produtividade, no sentido de estabelecer padrões de produção ou oferecimento de serviços que tragam diversos benefícios no sentido de eliminação de desperdícios e retrabalho. Uma gestão focada na qualidade aprende com seus erros e, com a efetiva participação de todos os envolvidos, revisa seus processos de forma a torná-los adequados às metas e objetivos estabelecidos pela organização que a institui. Em tempos modernos, é condição da própria sobrevivência de qualquer instituição, adotar modelos de gestão que tenham a qualidade como base, uma vez que com isso, conseguem identificar gargalos, oportunidades de melhoria dos processos, diminuição de custos e eliminação de perdas. E para formalizar essa condição é necessário cumprir alguns requisitos padronizados e requeridos por normas como o Manual Brasileiro de Acreditação (2010) que ordena o atendimento aos seus princípios, estabelecidos em três níveis: segurança, gestão integrada e excelência em gestão.

Qualidade na saúde pode ser vista a partir do entendimento pelo paciente e que transcende os parâmetros dos produtos, contemplando aspectos relacionados com o meio ambiente e com as relações humanas. A função qualidade e o termo paciente devem ser entendidos de forma abrangente e devem ser estendidos, também, para as relações profissionais, sociais e familiares. Sob o aspecto da qualidade no setor da saúde, “a organização prestadora de serviços, deve lançar mão de todos os recursos que viabilizem um melhor desempenho, com uma melhor satisfação, tanto dos clientes externos como internos” (FADEL e REGIS FILHO, 2006, p.).

A grande dificuldade de aferir a qualidade na prestação de serviços é sua característica de intangibilidade, o que faz com que cada um perceba de forma diferente qual o seu significado.

Contudo, a qualidade já faz parte da área da saúde desde meados da década de 1920, onde o Colégio Americano de Cirurgiões estabeleceu o Programa de Padronização Hospitalar onde foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). As autoras destacam, ainda, que a evolução dos conceitos de qualidade na área da saúde sempre foi muito tímida e somente deram um salto no final do século XX, ressaltando ter sido um dos últimos segmentos a adotar os modelos de qualidade, a partir, principalmente, da área administrativa. GONÇALVES (2026, p. 113) entendem que a situação da gestão de qualidade na saúde no Brasil é de uma “notável desigualdade”, uma vez que alguns hospitais públicos e privados possuem centro de excelência de prestação de serviços, ao mesmo tempo em que outros funcionam em péssimas condições.

Os autores discorrem da dificuldade em conciliar conhecimento e controle de custos com o propósito de “curar doentes, dispor de mais equipamentos, documentar melhor um caso ou possuir uma equipe mais completa para prestar assistência”. Daí, a importância de conciliar todos os aspectos que devem nortear a prestação de serviços de saúde com qualidade, o que parte de nossos hospitais já conseguiu realizar.

PORTER e TEISBERG (2007) destacam os tratamentos de alta qualidade em relação aos serviços de saúde, afirmando ser necessário “o tipo certo de competição em resultados... durante o ciclo de atendimento, levará a grandes melhorias em eficiência”. Compreendem que a saúde deve ser repensada sob dois aspectos fundamentais: custos e qualidade. Entendem que os sistemas de saúde, de modo geral, estão longe do “estado da arte” e que outros segmentos já estariam bem mais adiantados em relação ao que pode ser feito para diminuição de custos e melhoria contínua dos processos. Isso faz com que haja grandes possibilidades de implantar sistemas de qualidade, ao mesmo tempo em que os custos podem ser diminuídos consideravelmente, sem que haja aumento nos preços na prestação de serviços na saúde.

Essa melhoria no binômio qualidade/custos também pode ser percebida quando o atendimento é realizado de maneira produtiva, ou seja, quando não há perdas, retrabalhos ou desperdício, desde o diagnóstico até a alta do paciente internado. GONÇALVES (2006, p. 114) contribuem com a definição do grande objeto de trabalho, qual seja, o paciente, ou “dependendo do referencial, da comunidade assistida”. Dessa forma, utilizar-se das melhores tecnologias, buscar a efetividade dos processos e, ao mesmo tempo, conciliar com os crescentes custos para manutenção da estrutura hospitalar torna-se um grande desafio para os

gestores, uma vez que a qualidade da assistência prestada é facilmente percebida por pacientes, familiares e sociedade em geral (Gonçalves, 2006, p. 115).

Porter e Teisberg (2007) afirmam que em pesquisa realizada pelo Instituto Juran nos Estados Unidos, há uma estimativa de perda de cerca de 30% das despesas diretas com a assistência à saúde devido a processos de má qualidade. Os autores entendem que o desperdício é muito pior, para a saúde, que a falta de verbas. SILVA (2005, p. 130) afirma que os serviços de saúde possuem características que os diferenciam de quaisquer outros produtos e serviços:

“o alto grau de dificuldade de percepção da qualidade pelo consumidor, estão sujeitos a diferenças consideráveis entre as expectativas do consumidor e a entrega do serviço - demonstra uma demanda impossível de se predizer, entrelaça o tomador de decisão e o consumidor e possui um alto grau de inelasticidade de preço.”

Nogueira (2008) reforça esse entendimento descrevendo o que seja qualidade em saúde, enfatizando a importância de se vislumbrar as várias dimensões do seu significado, que afetam a percepção final do cliente e seu nível de satisfação. Segundo o autor, a qualidade intrínseca traz consigo os fatores: atendimento, custo, moral e segurança. Ainda, o autor situa os pacientes e os trabalhadores da saúde como “clientes externos e internos”, ou seja, qualquer pessoa na Instituição que necessite dos serviços executados pelo profissional da saúde. Essa relação cliente/fornecedor permeia todos os processos da saúde, como em qualquer outro tipo de organização. E vai além: considera todos os *stakeholders* que participam dessas relações como fundamentais para uma perfeita prestação de serviços. Esses processos devem, necessariamente, reconhecer as necessidades dos grupos de interesse e o estabelecimento de padrões de atendimento para a satisfação dessas necessidades, cujo resultado esperado é a excelência na prestação dos serviços. A qualidade, então, torna-se importante ferramenta para manter os padrões e melhorar continuamente os processos. Essa gestão por processos onde insumos são transformados em produtos/serviços com a efetiva participação de todos os envolvidos faz com que as relações no ambiente hospitalar sejam muito próximas e com objetivos comuns. O mesmo autor demonstra a relação de clientes em um hospital (Figura 4):



**Figura 4: Os clientes do Hospital**

Fonte: Adaptado de Nogueira (2008)

Nessa gama de interlocutores, cada grupo tem suas próprias necessidades que devem ser supridas pelo estabelecimento hospitalar, o que torna sua tarefa extremamente difícil, uma vez que o objetivo maior da função hospitalar é o restabelecimento da saúde de quem o procura. Daí porque a abordagem da gestão de processos voltada para a qualidade torna-se fundamental para que os objetivos institucionais de um hospital sejam alcançados.

### 3 PROCESSO DE ACREDITAÇÃO E GESTÃO DE PESSOAS

Este capítulo tem por finalidade identificar os principais pontos do processo de Acreditação e como a gestão de pessoas deve ser considerada. A ONA dispõe sobre “as atividades relacionadas à organização e coordenação das ações relativas ao planejamento de recursos humanos” (ONA, 2010, p. 72) sendo, pois, objeto deste estudo.

#### 3.1 A Gestão de Pessoas

As organizações podem fazer uso das mesmas tecnologias, dos mesmos processos, de modelos semelhantes de gestão, mas o que as diferencia, são as pessoas que sentem e percebem de maneira diferente e individual.

FLEURY *et al* (2002, p. 11), entende que “toda e qualquer organização depende, em maior ou menor grau, do desempenho humano para seu sucesso”. As pessoas fazem a diferença. Por isso é fundamental, para as organizações, desenvolver e qualificar seus colaboradores para o pleno exercício de suas atividades que possam ser agentes ativos na busca do cumprimento de metas e objetivos institucionais.

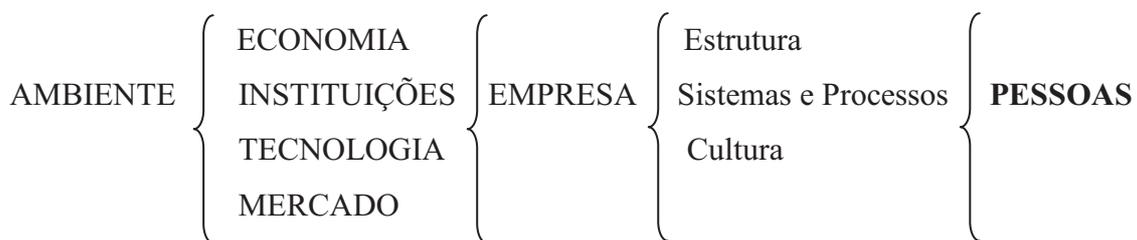
Sob o aspecto formal, LACOMBE (2005) apresenta um modelo padrão de gestão de pessoas que divide a área de recursos humanos em subsistemas, cada qual com sua *expertise*. O autor entende que, ao dividir a grande área de gestão de pessoas em outras menores, haveria maior campo de atuação dos especialistas em suas atribuições. Assim, surgiriam o setor de recrutamento e seleção, treinamento e desenvolvimento, cargos e salários, departamento pessoal, segurança e saúde do trabalho, entre outros. Não há um padrão organizacional. As instituições modelam a gestão de pessoas de acordo com as características do seu negócio.

E é a partir da correta estruturação da gestão de pessoas que a organização busca atingir seus objetivos. Essa formatação no negócio exige que a gestão de pessoas aponte os caminhos para que os demais setores da organização – financeiro, administrativo, vendas, etc – possam contar com os melhores colaboradores, que estejam preparados para enfrentar as mudanças do cotidiano, que se desenvolvam como gestores, entre outros processos e que, acima de tudo, possam propiciar um atendimento hospitalar diferenciado aos pacientes que buscam alívio às suas aflições.

O ambiente da gestão de pessoas na área da saúde possui características diferenciadas que exigem dos profissionais que atuam neste segmento, uma profunda reflexão sobre a relação entre a gestão de pessoas e a atividade extremamente estressante e técnica no ambiente hospitalar. Daí, a necessidade identificar a gestão de pessoas como um comportamento, pois, o gestor seria “todo e qualquer líder que conduz uma equipe de trabalho” (ROSSO, 2010, p. 19) não, necessariamente, os colaboradores dos setores de Recursos Humanos, mas todos aqueles que fazem gestão de suas equipes.

Neste contexto, deve-se analisar a gestão de pessoas a partir de um modelo maior, onde seja ressaltado o seu papel relevante na obtenção de vantagens competitivas pelas empresas, no que tange a custos e qualidade, fundamentalmente. E, ora, no setor de saúde, onde há uma complexa diversidade de saberes que deve estar sincronizada e alinhada, conciliar os vários atores na busca de objetivos comuns é tarefa difícil que toma forma com a atuação de uma gestão voltada para pessoas, pois do contrário, as mesmas atuariam sob uma perspectiva individual, percebendo de forma a compreender os processos tal qual a conhecida metáfora dos cegos que percebiam o elefante de diversas maneiras ou a metáfora de um “safári pela selva da administração estratégica” (Mintzberg *et al*, 2000).

Dessa forma, Fleury *et al* (2002) entendem que somente uma análise das capacidades internas possibilitará avaliar os recursos organizacionais, identificando as forças e fraquezas da organização “no processo de formação da estratégia”. Por óbvio, a gestão de pessoas faz parte desse estudo de forma a identificar seu papel na formulação de maneira fundamental, sendo considerada como centro das ações estratégicas das organizações.



**Figura 5: Análise das capacidades organizacionais**

Fonte: Adaptado de Fleury *et al* (2002)

ROSSO (2010, p. 29) constata uma “falta de visão superior na área da saúde”, pois entende que o setor de recursos humanos deve participar “das decisões estratégicas diretamente com a cúpula do hospital”. O autor considera a gestão de pessoas fundamental para que as instituições ligadas à saúde possam se desenvolver naquilo que possuem de mais

valioso, que são as pessoas, seus vários saberes e a importância de sua interação no ambiente hospitalar.

Gestão de pessoas significaria, pois, integração de saberes, de forma a compreender os diversos setores da organização. Neste sentido, torna-se fundamental identificar e desenvolver as competências dos colaboradores e integrá-las ao todo para eles possam executar suas funções de maneira excelente.

### **3.2 A Gestão de Competências**

Grande parte das organizações atuais elege a gestão de competências como importante estratégia que orientam os modelos de gestão de pessoas. A moderna gestão de competências parte do princípio que as organizações passam por constantes transformações e mudanças por conta dos vários fatores macroambientais – cenários políticos, econômicos e sociais, além do ambiente interno que levam à necessidade de entender o colaborador como parte importante nas estratégias e planejamento.

Ainda não está claro se essa estratégia é muito utilizada nas organizações. Dutra *et al* (2008) sugerem que uma parte considerável das organizações brasileiras não fazem uso da gestão de competências, seja porque o modelo ainda não está consolidado, seja porque não há clara definição de sua complexidade.

Num primeiro momento, o modelo tradicional de gestão adotado pelas empresas de todo o mundo segue o padrão definido pelo taylorismo, o que contempla: domínio da forma hierárquico-funcional, alta especialização, centralização da decisão, ordem, disciplina e unidade de comando (Kwasnicka, 2007). Pensa-se no cargo dentro de uma hierarquia que determina como a organização deve produzir.

A gestão de competências vai além, quando estuda um modelo em que o colaborador pode desenvolver a execução das tarefas com maior responsabilidade e produtividade. Vale lembrar que o final do século XX e início do século XXI são marcados pelo fenômeno da globalização, o que implica que arranjos que possam fornecer as ferramentas e meios devem ser planejados e implementados a fim de padronizar os modelos de gestão numa economia mundial. Zarifian (2001) enfoca três pontos fundamentais onde se fundamenta o novo modelo de gestão de competências:

- **A noção de evento:** aquilo que ocorre de forma imprevista, não programada, vindo a perturbar o desenrolar “normal” do sistema de produção e ultrapassando sua capacidade rotineira de assegurar a auto-regulação. Isso significa que a competência não pode estar contida nas condições da tarefa; a pessoa precisa sempre mobilizar recursos para resolver as novas situações de trabalho.
- **Comunicação:** implica compreender o outro e a si mesmo, significa entrar em acordo sobre objetivos organizacionais, partilhar normas sobre sua gestão. A estrutura hierárquica baseada em caixinhas, com linhas de comunicação verticais, precisa ser substituída por organizações com fronteiras mais flexíveis, em que as pessoas, áreas e empresas se comuniquem facilmente.
- **A noção de serviço:** cada vez mais essa noção precisa estar presente em todas as áreas e situações, não apenas direcionada ao cliente externo mas também ao cliente interno. Ninguém produz alguma coisa voltando-se para si mesmo, mas sim, destinando-a aos outros.

O conceito de competência é pensado de forma geral, não havendo, na literatura sobre o tema, algo de maior relevância que fuja do modelo comumente adotado. Fleury e Fleury (2001) definem assim competência: “um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo”. Dutra *et al* (2008, p. 26) concordam, complementado que “há diferentes formas de pensar o conceito de competências no percurso que compreende desde sua inserção no debate acerca da vantagem competitiva até sua apropriação no campo da gestão de pessoas”.

Dutra *et al*, a partir de uma série de conceitos de competência formulados desde a década de 1970, divisam um novo olhar sobre esta importante ferramenta para a gestão de pessoas nas empresas, identificando competências somente quando “há competência em ação, traduzindo-se em saber ser e saber mobilizar o repertório individual em diferentes contextos”, ou seja, competente é aquele que compreende as demandas do dia a dia e aplica sobre elas, todo o seu repertório para atendê-las de forma mais adequada (DUTRA *et al*, 2008, p. 35).

Fleury e Fleury (2001) valem-se da figura 6 para explicarem o que seja competências:



**Figura 6: Competências como Fonte de Valor para o Indivíduo e para a Organização**  
 Fonte: Fleury e Fleury (2001)

Para os autores, competências devem ser consideradas pelos indivíduos e pelas organizações, uma vez que agregam valor para ambos, pois o indivíduo estará mais bem preparado para enfrentar as vicissitudes do labor enquanto a organização passa a ter ganhos econômicos com as novas capacidades de seus colaboradores.

Fleury e Fleury (2001) estratificam as ações que ao final vão agregar valor para a organização e para o indivíduo (Quadro 8):

**Quadro 8: Competências para o Profissional**

<b>Saber agir</b>	Saber o que e por que faz. Saber julgar, escolher, decidir.
<b>Saber mobilizar recursos</b>	Criar sinergia e mobilizar recursos e competências.
<b>Saber comunicar</b>	Compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos.
<b>Saber aprender</b>	Trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais; saber desenvolver-se.
<b>Saber engajar-se e comprometer-se</b>	Saber empreender, assumir riscos. Comprometer-se.
<b>Saber assumir responsabilidades</b>	Ser responsável, assumindo os riscos e consequências de suas ações e sendo por isso reconhecido.
<b>Ter visão estratégica</b>	Conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas.

Fonte: Fleury e Fleury (2001)

O conceito de competência passaria, necessariamente, pelo conjunto de habilidades humanas que devem contemplar conhecimentos, habilidades e atitudes. Rabaglio (1999) define que estas três perspectivas devem orientar as organizações em suas estratégias, incluindo os indivíduos neste processo, pois é deles que advém o conhecimento que será empregado no dia a dia da empresa. O impacto desse processo é um amadurecimento da organização. Ora, para Prahalad e Hamel (2005), as competências organizacionais são peças chave para o pleno desenvolvimento e competitividade das organizações em um mundo globalizado, quando respondem a três critérios: oferecer reais benefícios aos consumidores, ser difícil de imitar e prover acesso a diferentes mercados. Desta forma, o pleno desenvolvimento das competências pelas organizações leva a um novo patamar de inovação e competitividade, fazendo com que estejam mais próximas de seus objetivos. Ainda, segundo os autores, as *core competences* designam as competências estratégicas únicas e distintivas de uma organização que lhe conferem uma vantagem competitiva intrínseca e, por isso, constituem fator chave de diferenciação junto à concorrência. Daí, porque, a gestão de pessoas e o desenvolvimento de competências sejam mandatórios nas organizações atuais, qualquer que seja seu campo de atuação.

Na gestão da saúde, não é diferente.

Zarifian (2001) identifica cinco competências nas organizações:

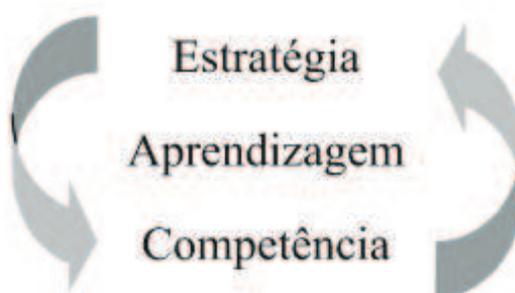
- Competências sobre processos: os conhecimentos do processo de trabalho.
- Competências técnicas: conhecimentos específicos sobre o trabalho que deve ser realizado.
- Competências sobre a organização: saber organizar os fluxos de trabalho.
- Competências de serviço: aliar à competência técnica a pergunta: qual o impacto que este produto ou serviço terá sobre o consumidor final?
- Competências sociais: saber ser, incluindo atitudes que sustentam os comportamentos das pessoas; o autor identifica três domínios destas competências: autonomia, responsabilização e comunicação.

As competências individuais levam à organização uma importante ferramenta: o conhecimento. Espera-se dos indivíduos que eles compartilhem todo um cabedal de conhecimento e habilidades com a organização onde estão inseridos havendo assim vantagens recíprocas e que os levará a obter sucesso profissional, rentabilidade para a organização e, conseqüentemente, excelência na prestação do serviço.

Dutra (2001), por sua vez, considera que as pessoas possuem conhecimentos, habilidades e atitudes, mas que isso só, não garante a “transferência” dos efeitos para a organização. É necessário que haja o que definiu como “entrega”, ou seja, o que realmente a

pessoa quer entregar à organização – suas responsabilidades, seu comprometimento, seu envolvimento e ser reconhecido por isso. O autor procura empregar o termo competência como capacidade de a pessoa gerar resultados dentro dos objetivos estratégicos e organizacionais da empresa, o que pode ser aferido através de um mapeamento dos resultados esperados (*output*), além do conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para o seu atingimento (*input*).

Fleury (2002) entende que a questão da estratégia não pode ser desconsiderada. Assim, formula uma abordagem que envolve estratégia, aprendizagem e competência, conforme a figura 7:



**Figura 7: Modelo de competências de uma organização**

Fonte: Fleury (2002)

Segundo a autora, a organização, situada em um ambiente institucional, define a sua estratégia e as competências necessárias para implementá-las, num processo de aprendizagem permanente. Não existe uma ordem de precedência neste processo, mas antes “um círculo virtuoso, em que uma alimenta a outra mediante o processo de aprendizagem” (FLEURY, 2001, p. 190). Competência é, pois, como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes correlacionados que afeta parte considerável da pessoa que se relaciona com o desempenho, que pode ser medido segundo padrões preestabelecidos e que pode ser alterado e melhorado por meio de treinamento e desenvolvimento.

Tal qual as diferentes missões, visões e valores das instituições, as competências também são características únicas. Cada organização escolhe aquelas que possuem maior aderência com seu *core competence*. Essa escolha visa à consecução da missão e visão da instituição e deve considerar o que se espera dos colaboradores nesta jornada.

Embora, haja uma natural identificação das características próprias de cada organização e de cada instituição hospitalar, é certo também que a padronização dos processos faz-se necessária, uma vez que aprende-se com o que já é realizado com sucesso em

outros hospitais e realiza-se o *benchmark* necessário para sua melhoria. Falconi (2009) entende que a padronização facilita o domínio dos processos, pois fazem com que as organizações atinjam níveis crescentes de melhoria até chegar à excelência.

Aprendizagem é ainda, segundo Fleury (2001, p. 190), “um processo neural complexo, que leva à construção de memórias”. Portanto, trata-se de fatores capazes de determinar o sucesso ou o fracasso de uma organização. Ora, se as competências estão umbilicalmente ligadas aos processos de estratégia e aprendizagem, convém verificar como a questão é tratada no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, publicado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA).

### **3.3 A ONA e a Gestão de Pessoas**

#### **3.3.1 A ONA e o processo de Acreditação**

Segundo a ANVISA (2011), a história da Acreditação no Brasil começa no final dos anos 1980, sob a coordenação do médico Humberto de Moraes Novaes, quando a Organização Panamericana da Saúde (OPAS) estabelece uma série de padrões para os serviços hospitalares da América Latina que, se atingidos, dariam ao hospital a condição de “acreditado”. O objetivo era criar mecanismos de melhoria dos serviços hospitalares e ter parâmetros para promover esse aperfeiçoamento.

Anos depois, em 1997, o Ministério da Saúde decide instalar uma comissão nacional de especialistas para desenvolver o modelo brasileiro de acreditação. No ano seguinte, é publicada a primeira edição do “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”.

Em 2001, foi assinado convênio entre a Anvisa e a ONA para cooperação técnica e treinamento de pessoal. Em 2002, a Anvisa reconheceu oficialmente o Sistema Brasileiro de Acreditação por meio da Resolução nº 921/02.

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi fundada em 1999 e visa a promoção da qualidade dos serviços de assistência à saúde, contribuindo para a melhoria do setor no Brasil. É uma organização privada, sem fins lucrativos, de direito coletivo, com abrangência de atuação nacional e de interesse coletivo que tem como objetivos implantação de implementação de um “processo permanente de melhoria da qualidade da assistência à saúde, estimulando todos os serviços de saúde a atingirem padrões mais elevados e qualidade,

dentro do processo de acreditação” (ONA, 2010), ou seja, uma mentalidade de melhoria contínua nos serviços de saúde. Tem como missão, contribuir para o aprimoramento da qualidade da assistência à saúde, através do desenvolvimento e evolução de um sistema de acreditação. Sua visão é tornar referência, o Sistema Brasileiro de Acreditação e a Organização Nacional de Acreditação, com metodologia internacionalmente reconhecida, sólida e confiável, comprometida com a viabilização de um processo de melhoria contínua, qualidade e produtividade no setor saúde, até 2015. Seus valores são: Credibilidade, Legitimidade, Qualidade, Ética e Resultado (ONA, 2010).

A entidade define Acreditação como sendo “um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde, voluntário, periódico e reservado que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos” (ONA, 2010, p. 13). É, ainda, uma ação coordenada por uma organização ou agência não governamental encarregada do desenvolvimento e implantação da sua metodologia.

O processo de Acreditação traz as seguintes vantagens:

- Segurança para os pacientes e profissionais;
- Qualidade da assistência;
- Construção de equipe e melhoria contínua;
- Útil instrumento de gerenciamento;
- Critérios e objetivos concretos adaptados à realidade brasileira;
- O caminho para a melhoria contínua. (ONA, 2010)

Destaque-se que, além de hospitais e clínicas passarem a ter uma visão voltada para a qualidade na prestação de serviços, devem observar também que as ações e procedimentos passam a obedecer padrões mais homogêneos em relação a outras instituições a fim de se identificar processos seguros, éticos e responsáveis.

Há que se considerar, também, a melhoria dos processos de gestão, que devem levar em conta fortemente: o planejamento, a execução, o controle e eventuais ações corretivas visando a otimização de recursos (humanos, financeiros, materiais, etc.) para agregar valor aos serviços prestados na área da saúde, objetivando resultados satisfatórios.

Ao se candidatar voluntariamente para participar do processo de Acreditação, a instituição deve passar por uma avaliação realizada por organização independente, credenciada pela ONA. Inicialmente, é realizado um diagnóstico preliminar para se aferir em que condições o hospital ou clínica está no momento e o que deve ser realizado para que consiga atender aos requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação. Ao final do processo,

deve-se atender aos padrões de qualidade definidos para cada área de trabalho, agrupados em três níveis, cujos princípios estão insculpidos no Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2010), quais sejam:

- **Nível 1: Segurança.** Padrão: atende aos requisitos formais, técnicos e de estrutura; executa as atividades proporcionando a segurança do cliente/paciente, conforme o perfil e porte da organização.
- **Nível 2: Gestão Integrada.** Padrão: gerencia as interações entre os fornecedores e clientes; estabelece sistemática de medição do processo avaliando sua efetividade.
- **Nível 3: Excelência em Gestão.** Padrão: desempenho dos processos alinhados e correlacionados às estratégias da organização; os resultados apresentam evolução de desempenho e tendência favorável; evidências de melhorias e inovações, decorrentes dos processos de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência.

A auditoria e verificação do cumprimento dos requisitos da norma é realizada por Instituições Acreditoras, empresas de direito privado, credenciadas pela ONA, que tem a responsabilidade de proceder à avaliação e à certificação da qualidade dos serviços de saúde em âmbito nacional (ONA, 2010).

O processo avaliatório da Acreditação dá-se a partir de padrões previamente estabelecidos, isto é, compara-se o que é encontrado nos serviços com o padrão considerado como referência. Assim sendo, verifica-se se o serviço atinge ou não os critérios preconizados como desejáveis (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

As autoras asseveram que itens de verificação apontam as fontes onde os avaliadores podem procurar as provas, ou o que o hospital puder apresentar para indicar que cumpre com determinado padrão e em que nível. Essas fontes podem ser documentos do hospital, entrevistas com as chefias de serviço, funcionários, clientes e familiares, prontuários médicos, registros dos pacientes e outros. A adoção de competências, por exemplo, e sua formalização passam a ser um padrão que deve ser atendido pelos colaboradores de maneira a demonstrar que sejam desenvolvidas continuamente. O propósito é aferir se todos estão em sintonia com as expectativas da organização, no que se refere a excelência na execução das respectivas funções. A fase de avaliação e visita é composta por dois momentos específicos: a pré-visita e a visita propriamente dita.

O Certificado é emitido pela Instituição Acreditora e tem a validade de dois anos, para “Acreditado” (Nível 1) e “Acreditado pleno” (Nível 2). Já o “Acreditado com Excelência” (Nível 3) tem prazo de validade de três anos. Terminados estes prazos, a instituição deve submeter-se a um novo processo de avaliação.

### 3.3.2 A Gestão de Pessoas no processo de Acreditação

O Manual Brasileiro de Acreditação identifica a necessidade do desenvolvimento de pessoas quando discorre sobre os seus fundamentos:

Criação de condições que promovam realização profissional e as relações humanas através do comprometimento, do trabalho em equipe, do desenvolvimento de competências e da educação continuada, potencializando desempenho pessoal e organizacional (ONA, 2010).

E, especificamente, a Gestão de Pessoas seriam “as atividades relacionadas à organização e coordenação das ações relativas ao planejamento de recursos humanos, condições de trabalho, saúde, segurança e desenvolvimento de pessoas” (ONA, 2010, p. 72).

Vários autores definem a gestão de pessoas com uma área bastante complexa e que possui vários subsistemas, merecendo especial atenção em vista das enormes possibilidades na sua gestão.

DAVEL e VERGARA (2008, p. 31) afirmam que as pessoas constituem o princípio essencial da dinâmica das organizações, conferindo vitalidade às atividades e processos através da inovação, criação e situações que podem levar a organização a se posicionar de maneira diferenciada em relação à concorrência e a si própria, na busca da melhoria constante, diferenciando-se no ambiente de negócios onde atua.

Ribeiro (2006), explica que a necessidade de gestão é fundamental até mesmo para desmistificar uma área que ainda é tratada como de extrema burocracia, seja na relação empresa/empregado, seja no estrito cumprimento de leis. Por isso, vê a gestão de pessoas na saúde como função estratégica para o desenvolvimento e crescimento das organizações, desde propor, definir e garantir normas e procedimentos alinhados com os princípios da organização, passando por criação e administração de instrumentos que possibilitem manter a organização competitiva em seu ambiente de negócios, indo até a valorização de seu ativo representado pelas pessoas que a compõem.

Gonçalves *et al* (2006) tratam da questão da gestão de pessoas no âmbito da saúde, considerando a definição da Organização Mundial da Saúde: “muitos dos desafios da área de saúde nos países em desenvolvimento estão direta ou indiretamente ligados a ações direcionadas aos recursos humanos”, e completam ao entender que há algumas dificuldades no contexto brasileiro. Os esquemas de trabalho (plantões, revezamentos, dinâmica de um hospital), por exemplo, não permitem maior aproximação dos profissionais. Não há, também,

o envolvimento de colaboradores dos mais diversos níveis e esferas, com pessoal administrativo, corpo assistencial e corpo clínico. Ainda, entre outros, há, segundo os autores, o “velho paradigma de ser, o hospital, um local de “caridade” que visa trazer conforto àquele que precisa cuidar de sua saúde” e que muitas vezes confunde-se em não haver necessidade de gestão.

O mesmo autor afirma que a moderna gestão de pessoas no contexto da saúde deve se posicionar como estratégica e convertendo-se em unidade autônoma. E o faz, afirmando da necessidade de se colocar a gestão de pessoas em lugar de destaque dentro da instituição hospitalar, porque atualmente, não há mais como negar a real importância das pessoas no atendimento humanizado que se espera em um hospital.

Reafirma, ainda, sua convicção de que somente um profissional bem treinado e qualificado, inserido no contexto da equipe multidisciplinar, pode enfrentar os novos desafios, elencados na tabela 4:

**Quadro 9: Os novos desafios da gestão de pessoas**

<b>Apoio e assessoria aos gerentes de linha</b>
Conhecimento aprofundado da organização e seus profissionais
<b>Consolidação da imagem institucional</b>
Criação de mecanismos de escuta aos profissionais
<b>Criação de mecanismos e espaços de diálogo intersetorial</b>
Desenvolvimento de ações para melhoria do ambiente de trabalho
<b>Desenvolvimento de capacidades e de educação continuada</b>
Enfoque na motivação
<b>Gerenciamento por meio de indicadores e parâmetros pactuados</b>
Humanização das relações e estruturas internas
<b>Viabilização e oferecimento de benefícios não-financeiros e subjetivos</b>

Fonte: GONÇALVES (2006, p. 96)

A moderna gestão de pessoas na área da saúde implica em aspectos bastante complexos, a partir da constatação de que o profissional da área necessita reciclar-se continuamente para fazer frente às mudanças tecnológicas, de gestão e comportamentais que o

setor exige. Um processo de Acreditação dita regras que devem ser conhecidas e seguidas por todos que fazem parte da instituição de saúde que se dispõe a conquistar esta certificação.

Para isso, torna-se fundamental identificar que competências são necessárias para a consecução dos objetivos organizacionais, pois elas fornecem um roteiro em que se permite identificar possíveis *gap's*, avaliar suas consequências, treinar e desenvolver os colaboradores neste sentido.

Assim, viceja uma nova mentalidade voltada para a excelência dos processos de gestão a fim de que as pessoas estejam prontas e qualificadas para enfrentar estes novos desafios na busca da excelência. Daí, porque, o setor de Recursos Humanos, também no setor de saúde, ganha vital importância nos processos em que está envolvido, desde a captação e recrutamento de colaboradores, passando por treinamentos, desenvolvimento de competências, retenção do conhecimento e saúde e segurança do colaborador (Rosso, 2010).

A moderna gestão de Recursos Humanos, mais que administrar as pessoas na organização, visa desenvolvê-las para que o conjunto de esforços leve a instituição à excelência no atendimento. Ora, competência é a capacidade de o indivíduo realizar sua tarefa corretamente (Moller, 2001) e é necessário que todos se enquadrem dentro dos requisitos necessários determinados por cada instituição para essas ações. Diagnosticar, mensurar e desenvolver planos de ação para o desenvolvimento dos colaboradores e requeridas pela organização faz com que processos padronizados na execução de tarefas possam ser estabelecidos e realizados com mais efetividade e qualidade trazendo ganhos ao paciente da instituição hospitalar.

## **4 O processo de Acreditação no Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva**

O escopo deste capítulo é situar historicamente o Hospital Municipal de Cubatão, ressaltando sua importância para a cidade, o reconhecimento de seu trabalho e descrever o processo de Acreditação na instituição e suas estratégias para o estabelecimento de processos de gestão de alto nível.

### **4.1 Histórico do Hospital Municipal de Cubatão**

O Hospital Municipal de Cubatão, então conhecido como Hospital Modelo de Cubatão, foi inaugurado em 09 de abril de 1997 (HMC, 2012)

O projeto foi realizado por Jarbas Karman, o mesmo arquiteto que construiu o Hospital Albert Einstein e engloba 15 mil metros de área construída, com capacidade operacional para 150 leitos e serviços de apoio bem como ambulatórios de especialidades médicas referência na Baixada Santista, sendo considerado de médio porte.

Em 2001, o hospital passou a ser denominado Hospital Municipal Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva, em homenagem póstuma ao médico e ex-prefeito da Cidade. E, no ano de 2011, o nome foi oficialmente alterado para Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz Camargo da Fonseca e Silva.

Em 17 de julho 2003 o Hospital Municipal de Cubatão – HMC - passou a ser administrado por uma parceria entre a Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar - Pró-Saúde e a Prefeitura. Quatro anos depois, foi considerado “o melhor hospital público da região da Baixada Santista” em pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisas A Tribuna – IPAT (HMC, 2011). A Pró-Saúde é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, especializada na gestão de serviços de saúde, administração hospitalar e assistência social. Administra e assessora hospitais e presta consultoria a outras instituições da área de saúde, com implantação de métodos de gerenciamento e novos modelos de atuação, visando racionalizar custos e otimizar resultados (Pró-Saúde, 2012).

Através do Contrato de Gestão s/nº, passou a administrar o Hospital Municipal de Cubatão, habilitada como Organização Social (OS). Este contrato foi avaliado por Comissão Técnica Municipal, que verificou a viabilidade da gestão pela OS, que recebe uma quantia

financeira fixa, destinando esses recursos para efetuar todo o atendimento aos pacientes que procuram a instituição. Há a possibilidade desses recursos excederem a demanda e o inverso também, fazendo com que a gestão do hospital tenha meios próprios de atender essas inevitáveis alterações, movimento típico da área da saúde, gerando desafios ao gestor. Daí porque, a importância no HMC da manutenção de processos voltados para a qualidade de seus serviços, como ferramenta estratégica de atuação, visando a otimização destes recursos, identificando onde e como devem ser aplicados.

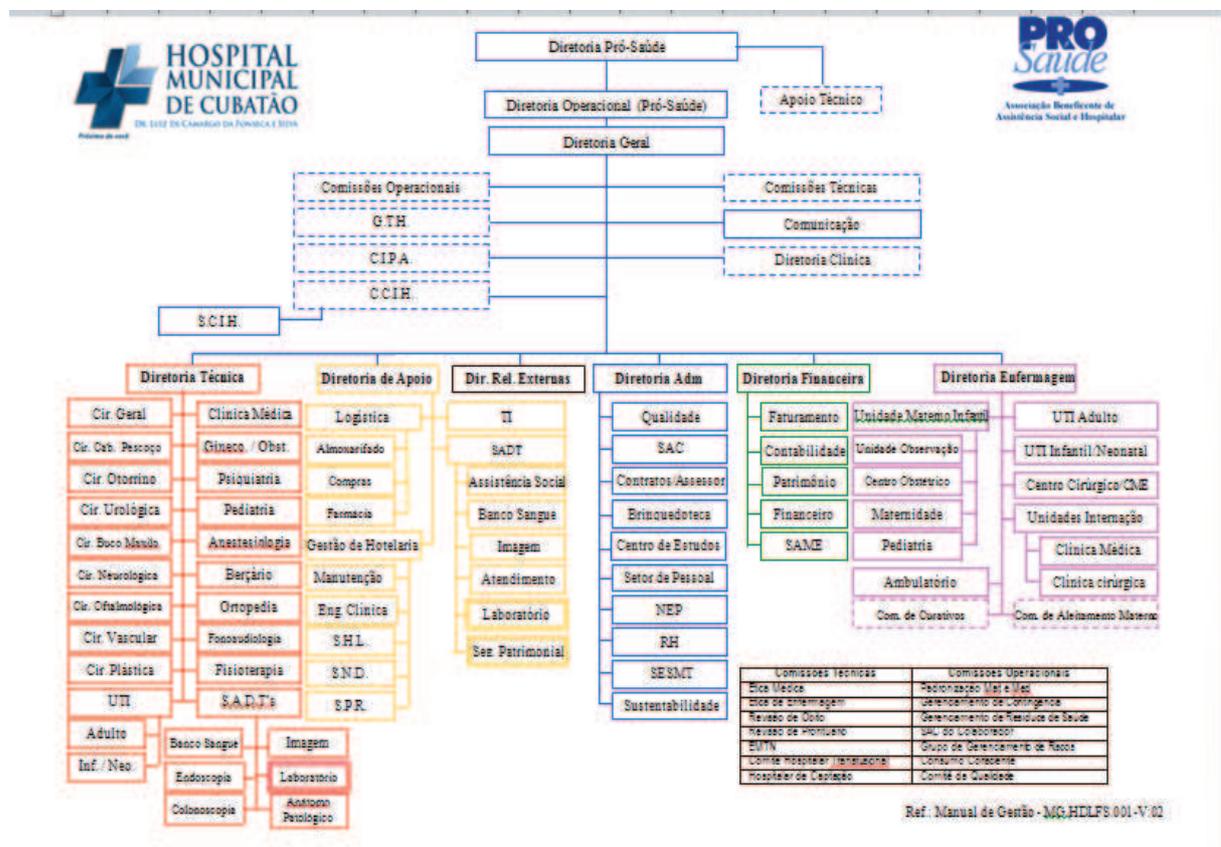
A política da instituição pode ser identificada a partir da leitura de sua missão, visão e valores:

**Missão:** “Prestar serviços hospitalares com excelência, contribuindo para a qualidade de vida da comunidade”.

**Visão:** “Ser reconhecido pela qualidade da assistência hospitalar na Baixada Santista até 2014”.

**Valores:** Transparência nas ações; Valorização dos talentos internos; Respeito ao ser humano e Compromisso com a melhoria contínua. (HMC, 2010).

O organograma do HMC foi redefinido em 2011 passando a ter a seguinte configuração:



**Figura 8: Organograma do Hospital Municipal de Cubatão**

Fonte: HMC (2012)

O Hospital Municipal de Cubatão possui 601 colaboradores trabalhando em equipes para manter padrão desejado de qualidade e visando promover o bem-estar, a segurança do paciente e prestar atendimento humanizado e comprometido (HMC, 2012).

Infraestrutura do Hospital Municipal de Cubatão (HMC, 2012):

- 15.000 m<sup>2</sup> de área construída
- 99,8% de área ocupada do terreno
- 6 andares
- 180 médicos cadastrados
- 601 colaboradores sendo 210 do Corpo de Enfermagem
- 230 leitos (capacidade total)
- 150 leitos (capacidade operacional)

O perfil epidemiológico (sendo como o tipo mais comum de paciente atendido no hospital) é caracterizado por: pacientes clínicos com acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca congestiva, pacientes pediátricos com doenças respiratórias, gestantes de baixo risco, pacientes de unidade de terapia intensiva adulto neurológicos, cardíacos, pacientes de unidade de terapia intensiva neonatal prematuros, com desconforto respiratório, pacientes de unidade de terapia intensiva infantil egressos de outras cidades, com causas diversas, cirurgias de média complexidade (maior incidência: ortopedia, oftalmologia e ginecologia/obstetrícia) e ambulatório cirúrgico (HMC, 2012).

Dispõe de serviços médicos nas especialidades de clínica médica, cirurgia geral e pediátrica, oftalmologia, cirurgia plástica, otorrinolaringologia, urologia, cirurgia vascular, nefrologia, pediatria, ginecologia e obstetrícia, neurologia, ortopedia e traumatologia, psiquiatria, cardiologia, dentre outras, e ainda conta com um ambulatório cirúrgico de especialidades.

A Gestão de Pessoas implica em identificar nos colaboradores competências essenciais fundamentais em razão da missão, visão e valores. Destacam-se quatro pontos: atendimento humanizado, comprometimento, foco no resultado e relacionamento interpessoal. Essas quatro características devem nortear o papel dos colaboradores em suas responsabilidades. (HMC, 2011).

Os treinamentos são realizados através do Núcleo de Educação Permanente (NEP), órgão responsável por todas as questões de treinamentos, qualificações profissionais e cursos realizados na instituição.

Em 2010, o HMC conquistou a certificação de **Hospital Acreditado ONA Nível 1**, auditado pela Fundação Vanzolini. É o primeiro hospital público da Baixada Santista a atingir esse nível. (HMC, 2011)

Outra premiação em 2010 foi o selo **Hospital Amigo da Criança**, outorgado pelo Ministério da Saúde. Somente 9% das 3.750 maternidades brasileiras têm esse selo (HMC, 2010).

O HMC divulga ser primeiro hospital público brasileiro e o segundo na América Latina a receber o selo **Free Mercury**, garantindo que foi abolido o uso do metal mercúrio em seus equipamentos, evitando qualquer tipo de contaminação por esse metal aos clientes e colaboradores (HLC, 2011).

Em 2011, seu Relatório de Sustentabilidade – 2010 - foi auditado pela GRI na Holanda, sendo o 1º hospital público da América latina a receber o selo **GRI CHECKED Nível C**, o que significa tratar-se de uma instituição de saúde que zela pela preservação do meio ambiente, buscando o desenvolvimento sustentável e a disseminação do princípio do consumo consciente em toda a comunidade.

Ainda, em 2010, recebeu o prêmio **Hospital Best 2010** “Melhor hospital da Baixada Santista”, certificação concedida pela Associação Brasileira de Marketing de Saúde (ABMS).

Na pesquisa realizada pelo Instituto de Pesquisas A Tribuna denominada “Projeto Baixada Santista 2021 – Desafios para a próxima década – SAÚDE”, o HMC, único hospital no município de Cubatão, foi considerado por cerca de 29,3% como ótimo ou bom, melhor índice da Baixada Santista, conforme quadro 9:

**Quadro 10 – Avaliação do atendimento hospitalar da Baixada Santista**



#### 3.4.4 Atendimento hospitalar

	Santos	São Vicente	Cubatão	Praia Grande	Guarujá/Bertioga	Litoral Sul	Baixada Santista
Ótimo	4,5%	2,9%	3,7%	1,1%	1,2%	1,4%	2,5%
Bom	19,4%	17,5%	25,6%	19,0%	11,1%	11,5%	16,7%
Regular	26,0%	31,3%	29,3%	21,7%	26,7%	26,6%	26,8%
Ruim	9,3%	11,3%	12,2%	10,9%	13,2%	21,6%	12,4%
Péssimo	6,6%	10,4%	8,5%	11,4%	18,5%	22,3%	12,6%
Não sei	34,3%	26,7%	20,7%	35,9%	29,2%	16,5%	28,9%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Instituto de Pesquisas A Tribuna – IPAT (2012)

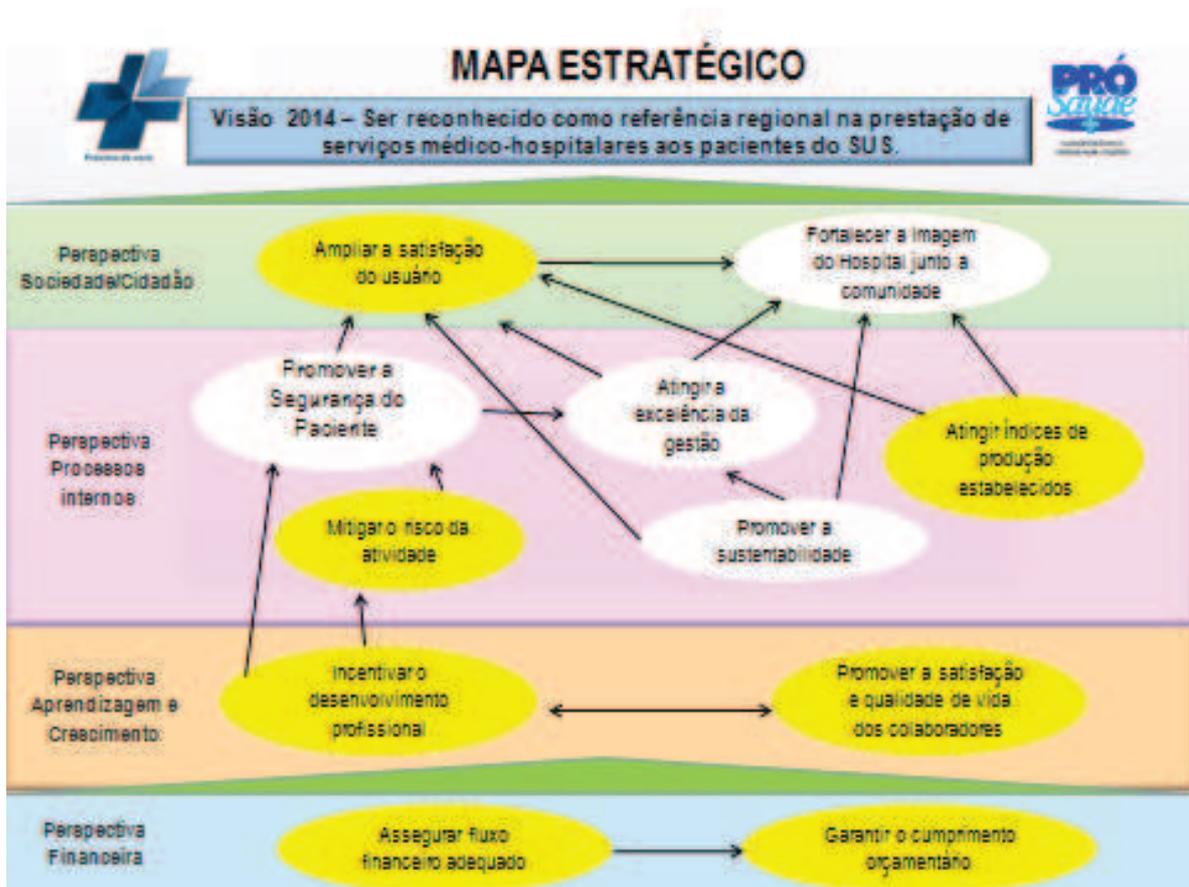
Finalmente, destacando ainda os principais prêmios, a instituição recebeu o prêmio COREN-SP “Gestão com Qualidade 2011/2012” conferido pelo Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo.

#### **4.2 O Planejamento Estratégico para a Acreditação**

O planejamento estratégico pensa a organização como um todo em sua relação com o ambiente onde está inserida, numa perspectiva de futuro; é “ver o todo e atrelar a ele as partes” (HMC, 2010).

Para elaboração do planejamento estratégico foi utilizado o *Balanced Scorecard* (BSC), ferramenta de planejamento estratégico e sistema de gestão que é amplamente utilizado no mundo dos negócios e na indústria, governo e organizações sem fins lucrativos para alinhar as atividades do negócio para a visão e a estratégia da organização, melhorar a comunicação interna e externa e monitorar o seu desempenho desenvolvida por Kaplan e Norton (Berto, 2008).

A utilização do *Balanced Scorecard* auxiliou a instituição para tornar a visão e as estratégias do hospital em um Mapa Estratégico, onde estão de forma interligada os objetivos necessários até 2014, e “ser reconhecido como referência regional na prestação de serviços médico-hospitalares aos pacientes SUS” (HMC, 2009). Esses objetivos estratégicos foram definidos com base nas diferentes necessidades do hospital e no perfil epidemiológico de pacientes atendidos. Os objetivos estão estruturados em quatro perspectivas: financeira, sociedade/cidadão, processos internos, aprendizagem e crescimento, conforme preconiza a ferramenta:



**Figura 9: Perspectivas do BSC e mapa estratégico do Hospital Municipal de Cubatão**  
 Fonte: Relatório de Sustentabilidade HMC (2010)

KAPLAN e NORTON (1997) afirmam que:

“O sistema de indicadores afeta fortemente o comportamento das pessoas dentro e fora da empresa. Se quiserem sobreviver e prosperar na era da informação, as empresas devem utilizar sistemas de gestão e medição de desempenho derivados de suas estratégias e capacidades... O *Balanced Scorecard* preserva os indicadores financeiros como a síntese final do desempenho gerencial e organizacional, mas incorpora um conjunto de medidas mais genérico e integrado que vincula o desempenho sob a ótica dos clientes, processos internos, funcionários e sistemas ao sucesso financeiro a longo prazo”.

O planejamento estratégico Hospital passou por várias etapas. Primeiramente, a Diretoria realizou uma análise dos dados existentes de anos anteriores, de seus pontos positivos e possibilidade de melhorias, análise do ambiente externo e interno (HMC, 2009).

A seguir, tendo como base os objetivos estratégicos foram criadas, pela Diretoria, ações estratégicas ligadas a marcadores de atividade, denominados de objetivos estratégicos, que delimitariam o trabalho entre 2010 e 2014. Então, cada Diretor em conjunto com sua área,

fez o desdobramento das metas estratégicas em ações setoriais, delimitando prazos para cumprimento, ainda no ano de 2010.

Após, foi realizado em grupo o refinamento dos dados, atrelando as ações setoriais (operacionais) ao perfil epidemiológico levantado pela equipe de gestores da instituição, e em conjunto foram relacionadas com o gerenciamento de risco de cada setor. Para ações que demandavam maior envolvimento ou evidência de risco associado, foram criados indicadores setoriais de risco ou de processo.

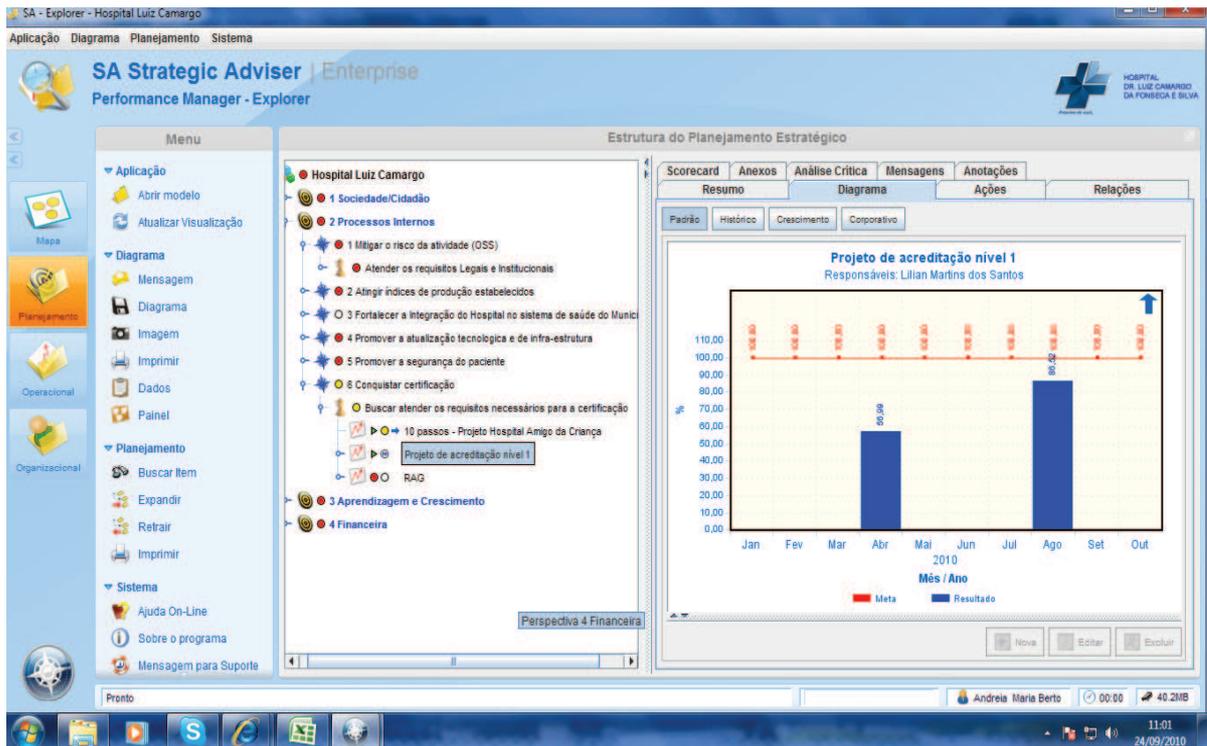
Em seguida, os líderes em conjunto com a Direção foram orientados na interligação das ações operacionais com as ações estratégicas, indicadores estratégicos, e com os objetivos estratégicos (Planos de ação setoriais).

Durante o ano de 2010 foram analisadas mês a mês as ações (andamento) e a partir de julho ocorreram as análises críticas dos indicadores, e, as análises da diretoria referentes ao planejamento estratégico.

Em dezembro 2010, fechado o primeiro ciclo de seis meses, foi “rodado” o ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) ou ciclo de Deming, onde foi checado se o planejado foi desenvolvido de acordo com as metas estabelecidas e redefinidas ações para melhoria contínua. Com isto foram reformulados alguns objetivos, indicadores e ações estratégicas.

Os gestores em conjunto com os colaboradores dos setores fizeram o desdobramento das ações estratégicas em ações setoriais e o alinhamento com o gerenciamento de risco e com os indicadores setoriais e estratégicos. Cada funcionário participa como uma peça que irá formar o todo que compõem a Instituição.

Em reuniões mensais com toda a equipe de gestores ocorre a análise do desempenho dos indicadores associados às estratégias definidas no Planejamento Estratégico. Para indicadores não atingidos são incluídas novas ações paralelas e interação entre processos para melhorias para a próxima reunião. A apresentação é realizada a partir de indicadores e gráficos gerados pelo sistema Interact, ferramenta que faz toda a gestão da qualidade (Figura 10):



**Figura 10: Exemplo de tela do Sistema Interact de gestão da qualidade**  
 Fonte: Relatório de Sustentabilidade HMC (2010)

Nessas reuniões de balanço do Planejamento Estratégico, nas quais a Diretoria em conjunto com o Setor de Qualidade, avaliam as estratégias institucionais, são revistos os objetivos estratégicos e os indicadores. Ocorre uma reflexão sobre o rumo traçado e os resultados obtidos. Nelas é possível analisar a efetividade do planejamento traçado, possibilitando analisar os pontos que necessitam maior atenção para o próximo período, bem como, são traçadas ações paralelas para contemplar o rumo planejado.

## 5. A gestão de pessoas e o desenvolvimento de competências no HMC

O capítulo traz as principais considerações acerca da Gestão de Pessoas e a necessidade de desenvolvimento de competências para que a Instituição possa estar de acordo com as diretrizes da ONA. Além disso, traz um breve relato histórico do desenvolvimento da Gestão de Pessoas no Hospital Municipal de Cubatão. Todas as informações deste capítulo foram retiradas de documentos da instituição e de entrevistas realizadas junto aos gestores e colaboradores do hospital.

### 5.1 O processo de Acreditação e a Gestão de Pessoas

A perspectiva de aprendizado e crescimento da organização, a partir do conceito do BSC, desenvolve objetivos e medidas para orientar o aprendizado e o crescimento organizacional, conforme Norton e Kaplan (1997). Os autores entendem que toda a organização beneficia-se da infraestrutura a ser desenvolvida e que isso refletirá diretamente nas outras três perspectivas (financeiras, clientes e processos internos). Ainda, afirmam existir “três categorias principais para esta perspectiva que seriam: capacidades dos funcionários, capacidades dos sistemas de informação e motivação, *empowerment* e alinhamento”. Destarte, a importância de ações junto aos colaboradores para o cumprimento das estratégias organizacionais.

Por sua vez, a ONA, entre os vários fundamentos do Manual Brasileiro de Acreditação, elenca o que chama de Desenvolvimento de Pessoas, que vem a ser:

“a criação de condições que promovam a realização profissional e as relações humanas através do comprometimento, do trabalho e equipe, do desenvolvimento de competências e da educação continuada, potencializando o desempenho pessoal e organizacional” (ONA, 2010, p. 18)

Inicialmente, no Hospital Municipal de Cubatão, o setor de Gestão de Pessoas era responsável, principalmente, pelas rotinas trabalhistas determinadas em lei, além de cuidar dos processos de recrutamento e seleção. Não havia cultura institucional apropriada voltada para recursos humanos como um sistema, sendo que a proposta inicial, a partir do processo de Acreditação, era a de alinhar suas rotinas com o que era preconizado pela ONA somente.

Originalmente, não havia gestão de pessoas propriamente dito. O que se fazia no HMC era somente o processo de seleção e recrutamento, além das rotinas formais do setor de pessoal. A diretora administrativa afirma que reformatar a gestão de pessoas com vistas ao processo de acreditação, era uma necessidade premente, em vista da importância que as pessoas representam na gestão e nos resultados gerados. A excelência de gestores e colaboradores representa, segundo a gestora, um ganho de qualidade e produtividade que tem reflexo nas ações e processos hospitalares de maior cuidado aos pacientes internados, seus familiares e público em geral. A partir da reformulação da sua reformulação, a gestão de pessoas ficou mais dinâmica e próxima às demandas dos colaboradores no que se refere à sua vida profissional (gestão por competências, treinamento e qualificação, etc.).

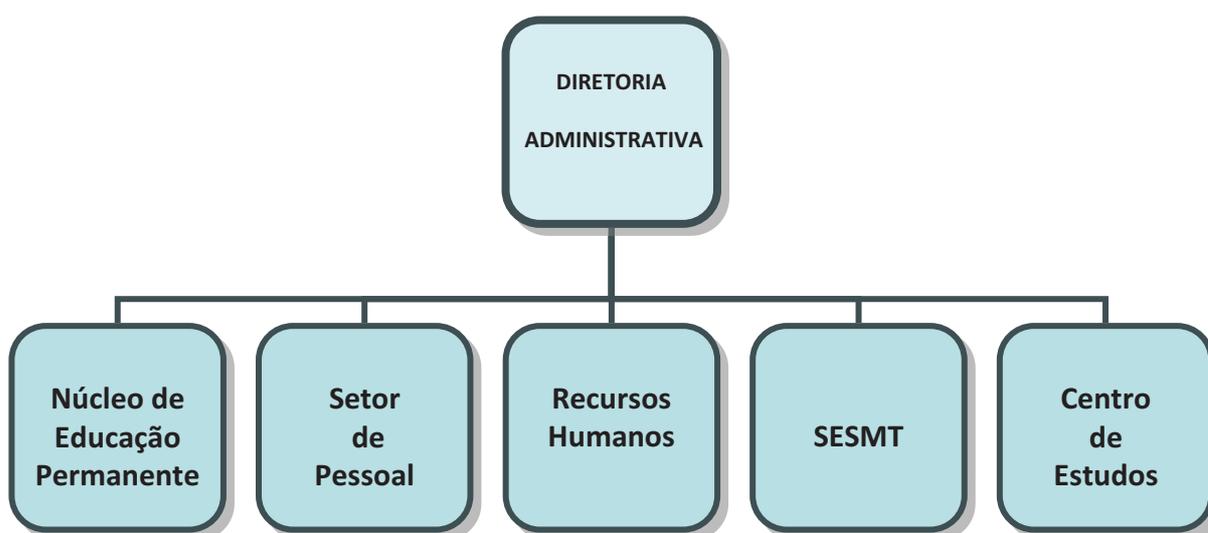
Com o levantamento de necessidades do setor de Recursos Humanos para fazer frente ao novo perfil exigido pelo desenvolvimento da Instituição e pelo Manual Brasileiro de Acreditação, o Hospital Municipal de Cubatão desdobrou-o no que passou a chamar Gestão de Pessoas, constituída pelos setores que tinham o objetivo de melhor preparar os colaboradores para suas funções (HMC, 2010).

O setor de Recursos Humanos passou a tratar de promoções internas mediante a implantação da gestão de competências, identificada como importante ferramenta para a gestão dos colaboradores, além de efetuar o recrutamento e seleção, considerando, também, a necessidade de desenvolver as competências exigidas pelas funções nos novos colaboradores. Segundo LACOMBE (2005, p. 65), o recrutamento “abrange o conjunto de práticas e processos usados para atrair candidatos para as vagas existentes ou potenciais”. Para o autor, ainda, recursos humanos passou a ser o setor responsável pela manutenção e eventual aumento do quadro de colaboradores, através de recrutamento, seleção e avaliação das competências comportamentais dos mesmos. Trata-se de uma atividade permanente, haja vista a rotatividade de colaboradores em qualquer instituição.

Foi criado o Núcleo de Educação Permanente (NEP), responsável pelos treinamentos, cursos e qualificação dos colaboradores a fim de estarem em sintonia com os novos desafios inerentes aos processos do dia a dia do hospital, além de desenvolver os treinamentos, cursos, palestras e outras formas de desenvolvimento humano para que os colaboradores pudessem atingir o nível esperado na execução de suas tarefas lidando tanto com treinamentos técnicos, quanto com treinamentos comportamentais de forma a oferecer uma formação holística a todos.

O setor de Segurança e Saúde do Trabalhador passou a desenvolver controles estatísticos sobre acidentes, causas, afastamentos e desenvolvimento de programas de melhoria na qualidade de vida dos colaboradores. Em cada um destes setores havia um coordenador que se reportava a um gerente de Gestão de Pessoas que determinava os rumos dos setores de acordo com as estratégias estabelecidas pela Direção Geral do HMC.

A partir do início de 2011, houve uma reformulação dos setores que compõem a Gestão de Pessoas, que passaram a ser subordinados à Diretoria Administrativa da instituição e agregou outros setores ligados quais sejam: Setor de Pessoal, que trata das relações legais entre organização e funcionário; Centro de Estudos, que visa organizar treinamentos e cursos internos, além de implantar a Educação a Distância. O novo organograma, considerando os setores ligados à gestão de pessoas, ficou assim definido (Figura 11):



**Figura 11: Organograma da Gestão de Pessoas no HMC**

Fonte: HMC (2011)

Lacombe (2005, p. 67) entende que “estratégia e estrutura são itens que estão sempre unidos”. Daí, porque, a importância da definição do novo modelo de estrutura adotada pelo HMC de forma a abranger uma maior área de atuação. Com essas mudanças, a partir de 2011, fica evidente o maior foco na Gestão de Pessoas, alinhando-se ao planejamento estratégico institucional, uma vez que os subsistemas precisam estar em sintonia com todos os departamentos do hospital.

Outros dois pontos passam a fazer parte dos novos processos e que merecem maior destaque: o envolvimento dos gerentes de linha com os processos de gestão de pessoas, que passam a administrar de maneira efetiva o seu pessoal, com destaque para treinamentos de

curta duração e palestras, e o maior comprometimento de todos os colaboradores nos processos voltados para a qualidade, cujo resultado refletiu diretamente na obtenção do nível 1 de Hospital Acreditado pelo ONA. Davel e Vergara (2008) entendem que essa nova abordagem estratégica na busca da excelência em Gestão de Pessoas a partir do comprometimento dos colaboradores torna-se uma necessidade em função das mudanças que ocorrem na dinâmica das organizações, tais como: as forças da competitividade, novos processos, novas tecnologias, a ética empresarial, as mudanças ambientais, entre outras.

## **5.2 A Gestão de pessoas com foco no processo de Acreditação**

A partir do planejamento estratégico realizado, a Gestão de Pessoas desdobrou as estratégias da organização em três itens que nortearam suas ações com foco no processo de Acreditação, conforme HMC (2010):

1. Identificação das competências essenciais da Instituição;
  - a. Criação e treinamento do Grupo de Multiplicadores da Gestão de Recursos Humanos que treinou os gestores na aplicação da avaliação;
2. Utilização das metodologias “Avaliação 180°” e “Ciclo PDCA”;
  - a. Criação de novo formulário para avaliação negociada;
  - b. Aplicação da avaliação e tabulação dos resultados, com posterior envio para os gestores;
3. Estabelecimento das ações a serem realizadas a partir do processo. (HMC, 2011).

### **5.2.1. - Identificação das competências essenciais da Instituição**

O setor de Recursos Humanos faz todo o processo de seleção dos potenciais candidatos de acordo com a descrição de função previamente realizada pelo superior responsável e avaliada pelo diretor da área, além de serem avaliadas as competências técnicas e as competências comportamentais da função.

A determinação das competências foi realizada através de um total de vinte e quatro competências comportamentais possíveis (“menu de competências”). Destas, quatro foram consideradas essenciais e obrigatórias para todas as funções, uma vez que estão perfeitamente alinhadas à missão, visão e valores da Instituição:

### Quadro 11: Competências Essenciais HMC

**ATENDIMENTO HUMANIZADO:** capacidade de colocar-se no lugar do outro, entendendo sua situação e tentando amenizar o desconforto do processo, sendo educado e gentil.

**COMPROMETIMENTO:** capacidade de envolvimento com a organização que incita a realizar um esforço considerável em prol dos resultados da Instituição.

**FOCO NO RESULTADO:** estar comprometido com os objetivos da Organização, tomando as providências necessárias para que sejam cumpridos no prazo e com as características planejadas.

**RELACIONAMENTO INTERPESSOAL:** interagir com as pessoas de forma empática e respeitosa, mesmo em situações adversas, mantendo um ambiente organizacional agradável e estimulador.

Fonte: Relatório de Avaliação de Desempenho (HMC, 2011)

Além destas, outras vinte competências foram elencadas e oferecidas aos gestores para que identificassem aquelas necessárias para formatar suas funções e consideradas estratégicas:

### Quadro 12: Competências Estratégicas HMC

**Adaptabilidade e Flexibilidade:** Adaptar-se às mudanças e às necessidades emergentes, revendo a postura, opinião/conceitos mediante a situações, fatos e argumentos convincentes.

**Administração de Conflitos:** Capacidade de perceber situações conflituosas e manter uma postura assertiva diante da situação, ou seja, não omitir-se nem tão pouco manter-se parte da situação.

**Administração do Tempo:** Capacidade de definir o que é importante, o que é urgente, ou ambos para assim traçar como irá realizar.

**Análise Crítica:** Capacidade de avaliação geral de um determinado setor, projeto, produto, serviço, processo ou informação com relação a requisitos pré-estabelecidos, tendo como objetivo a identificação de problemas, visando a solução dos mesmos.

**Autodesenvolvimento:** Indivíduo assuma, ele mesmo, a responsabilidade por este processo evolutivo, através da busca pessoal de recursos e condições, para desenvolver o seu potencial.

**Capacidade empreendedora:** Capacidade de visualizar, inovar e colocar em prática soluções e oportunidades de ações visando a melhoria dos processos e ações realizadas, conseqüentemente tornando a instituição competitiva externamente.

**Comunicação:** estabelecer e utilizar meios para transmitir e receber informações verbais, escritas ou visuais, presenciais ou por impresso ou eletrônico, de forma clara e objetiva, garantindo o entendimento entre as partes.

**Dinamismo:** Capacidade de interagir pensamentos, idéias e opiniões sobre um assunto de maneira imparcial e correta sem evidenciar algo ou alguém, podendo transmitir conhecimento.

**Equilíbrio Emocional:** capacidade de equilibrar emoções e desta forma mantendo-se em harmonia consigo mesmo, com as pessoas e o meio ambiente em volta.

**Ética Profissional:** Capacidade de cumprir seus deveres por meio de regras de conduta, no desempenho de suas atividades profissionais e em seu relacionamento com clientes e demais pessoas.

**Habilidade de negociação:** Conduzir o entendimento entre as partes interessadas em um objetivo, promovendo um canal adequado de comunicação, de forma equilibrada, ouvindo e escutando efetivamente com o objetivo de chegar a um acordo.

**Iniciativa:** Capacidade de agir por si mesmo, sem necessidade de ordens superiores.

**Liderança:** Conduzir pessoas e equipes para atingir os objetivos organizacionais, promovendo o desenvolvimento de pessoas, de equipes, do ambiente da instituição.

**Planejamento e Organização:** ordenar e planejar ações, ambiente ou equipe de trabalho, priorizando sequência e forma de execução ou implementação de tarefas ou ações com finalidade de facilitar e atingir os objetivos propostos.

**Potencial de Realização:** Execução dos processos e busca de melhoria contínua para o aperfeiçoamento de processos, produtos e serviços, otimizando os resultados em prol dos objetivos organizacionais.

**Responsabilidade Social:** Preocupação do profissional em relação a sociedade, através de participação em projetos sociais, ações voluntárias demonstrando visão de cidadania.

**Tomada de Decisão:** Identificar e escolher a alternativa mais adequada para a solução de um problema dentro do período ideal da decisão, analisando riscos e oportunidades.

**Trabalho em equipe:** Trabalhar com os demais membros da equipe, tendo atividades de colaboração para que todos alcancem os objetivos organizacionais, desenvolvendo um ambiente de colaboração mútua.

**Sustentabilidade:** Preocupação do profissional com a utilização dos recursos ambientais.

**Visão Sistêmica:** Ter visão do processo da instituição como um todo, a interdependência das áreas ou dos subsistemas, visualizando os impactos de uma ação.

Fonte: Relatório de Avaliação de Desempenho (HMC, 2010).

Para a identificação das competências em novos colaboradores, o setor criou uma entrevista por competências onde os candidatos discorrem sobre suas experiências e são avaliados por psicóloga dentro das expectativas institucionais. Essa seleção por competências,

segundo Rabaglio (2006), faz com que o processo de recrutamento e seleção seja mais completo, quando se deseja identificar um rol maior de características do candidato que atenda aos requisitos e tenha condições de desenvolver seus conhecimentos para a consecução dos objetivos da organização, não somente em relação ao seu conhecimento técnico, mas também em relação ao seu comportamento. O setor de RH, ainda, faz o acompanhamento do colaborador através de avaliações periódicas que visam avaliar sua capacidade de resposta às exigências diárias ou, no dizer de Lacombe (2005), há a necessidade de se planejar o setor Recursos Humanos de forma que os objetivos da empresa sejam alcançados, o que se dá com o planejamento de avaliações periódicas.

Para que as entrevistas de avaliação pudessem ser executadas com mais propriedade, a Gestão de Pessoas identificou um grupo de colaboradores que se voluntariou e foi preparado para treinar os gestores para aplicação da avaliação. Este processo de qualificação dos gestores foi muito importante para que todos soubesse como efetuar a avaliação sem que houvesse qualquer tipo de confronto entre os colaboradores. O foco era a melhoria do indivíduo e o reflexo deste processo, a melhoria sistêmica da organização.

### **5.2.2. - Utilização das metodologias “Avaliação 180°” e “Ciclo PDCA”**

A partir do momento em que é efetivado, o colaborador participa de avaliações periódicas em entrevistas com o superior imediato, adotando-se a metodologia da “Avaliação 180 graus” e o “Ciclo PDCA” em uma “Avaliação de Desempenho” (ANEXO 2), processo importante para a Instituição e que deve ser realizado periodicamente porque, conforme LACOMBE (2005, p. 37), “é preciso fazer avaliações constantes das pessoas para verificar de que forma elas satisfazem ao que se espera delas”. Além disso, Rabaglio (2008) entende que a avaliação de desempenho é uma importante ferramenta porque serve para instrumentalizar Empresas, RH e Gestores, fornecendo as informações necessárias para orientar, treinar, desenvolver, acompanhar e motivar colaboradores em suas atividades, desenvolvendo em cada um, as competências essenciais para potencializar resultados.

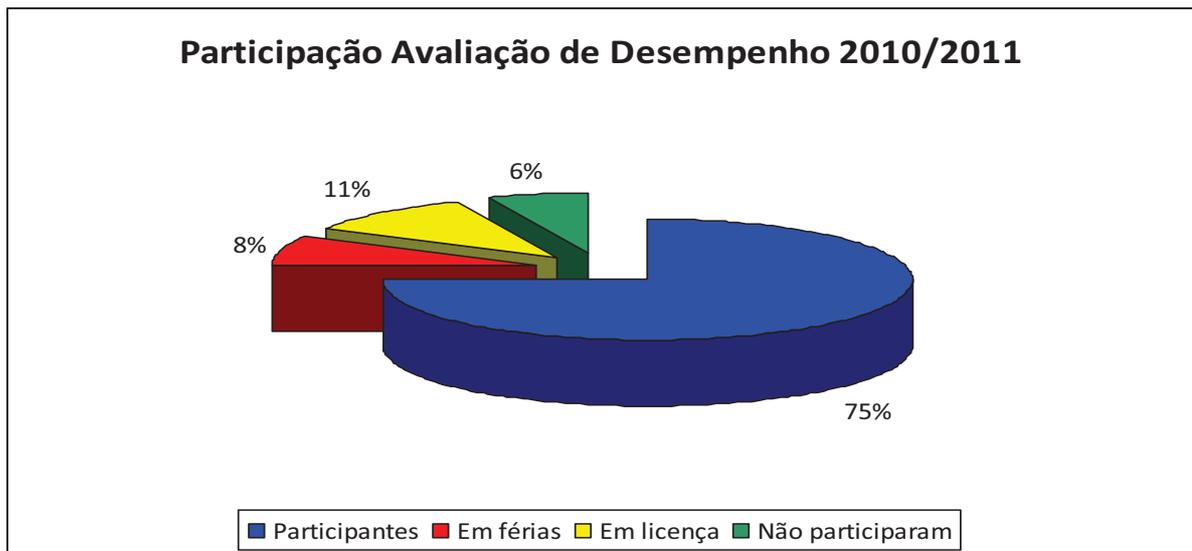
Ao serem treinados durante quatro encontros mensais que ocorreram de novembro a fevereiro, os líderes e gestores capacitaram-se a participar ativamente no desenvolvimento de seus colaboradores e para compreensão de si próprios. O RH e NEP tiveram por objetivo, estimular os gestores a acompanhar, orientar e dar *feedback* a seus subordinados de forma que eles, gestores, passariam a ser importantes e eficazes multiplicadores para a melhoria dos resultados obtidos.

A “Avaliação 180°” possibilita que o superior imediato ou alguém por ele delegado (que na realidade tenha mais contato com o colaborador avaliado e perceba com mais facilidade o seu agir) faça a avaliação do colaborador que ocupa o cargo e o próprio ocupante faça o mesmo em uma negociação sobre o seu perfil. Trata-se de uma adaptação da “Avaliação 360°” – que consiste em coletar feedbacks dos comportamentos (Fleury, 2002) e onde todas as pessoas relacionadas com o colaborador avaliam e são avaliadas por ele, inclusive clientes. Foi o que ocorreu no HMC. Agindo em conjunto, negociando a avaliação, a ferramenta possibilita que ambos estarão a par das expectativas da Instituição e das oportunidades individuais de melhoria.

O Ciclo PDCA por sua vez, é entendido por “Método Gerencial” por FALCONI, (2009, p. 24), pois permite à organização “criar, aprender, copiar e difundir conhecimento e que o aprendizado é a alma de sua utilização”. Trata-se de um ciclo que estuda o processo em quatro etapas ou, no caso de Recursos Humanos, etapas para o desenvolvimento do colaborador: planejamento do desenvolvimento do colaborador, execução, controle entre o que foi realizado e o que foi efetivamente executado e ações que devem ser realizadas para alinhamento entre o planejamento e a execução (ou completa as informações necessárias para que se possa efetuar um diagnóstico individual mais completo gerando o Plano de Desenvolvimento Individual (PDI). Dessa forma, a Avaliação de Desempenho trata-se de importante ferramenta para que se possa gerar o Plano Anual de Treinamento (PAT), uma vez que este baseia-se nas informações geradas por aquele instrumento.

O primeiro ciclo PDCA foi rodado em janeiro de 2011, onde foram constatadas as oportunidades de melhoria dos colaboradores e gestores. Segundo a diretora administrativa, entendeu-se conveniente rodar um novo PDCA após nove meses do primeiro, de forma a identificar o quanto antes as necessidades de treinamento e desenvolvimento profissional das pessoas. Embora houvesse essa previsão, ela reconhece que, devido a problemas diversos, somente foi possível aferir as constatações do primeiro ciclo em fevereiro de 2012, uma vez que o hospital está passando por algumas mudanças que poderiam refletir na avaliação dos colaboradores. Os resultados deste novo processo não foram disponibilizados pela gestora de Recursos Humanos para este trabalho.

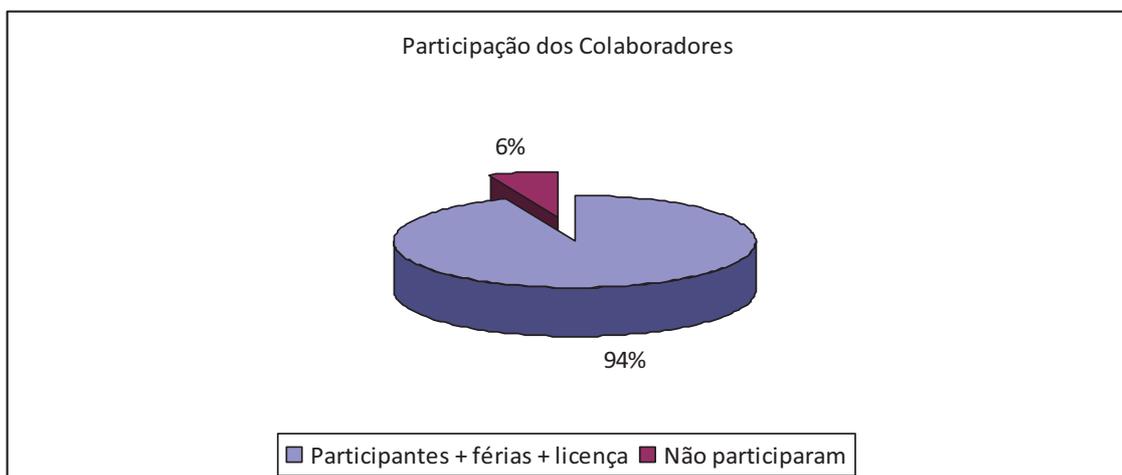
No processo realizado em 2011, contou-se apenas com as avaliações entregues até o prazo estabelecido. No momento da avaliação eram 549 colaboradores no HMC e foram recolhidas 411 avaliações de desempenho, o que representa 75% dos colaboradores:



**Gráfico 1 – Colaboradores participantes da Avaliação de Desempenho**

Fonte: Relatório de Avaliação de Desempenho (HMC, 2011)

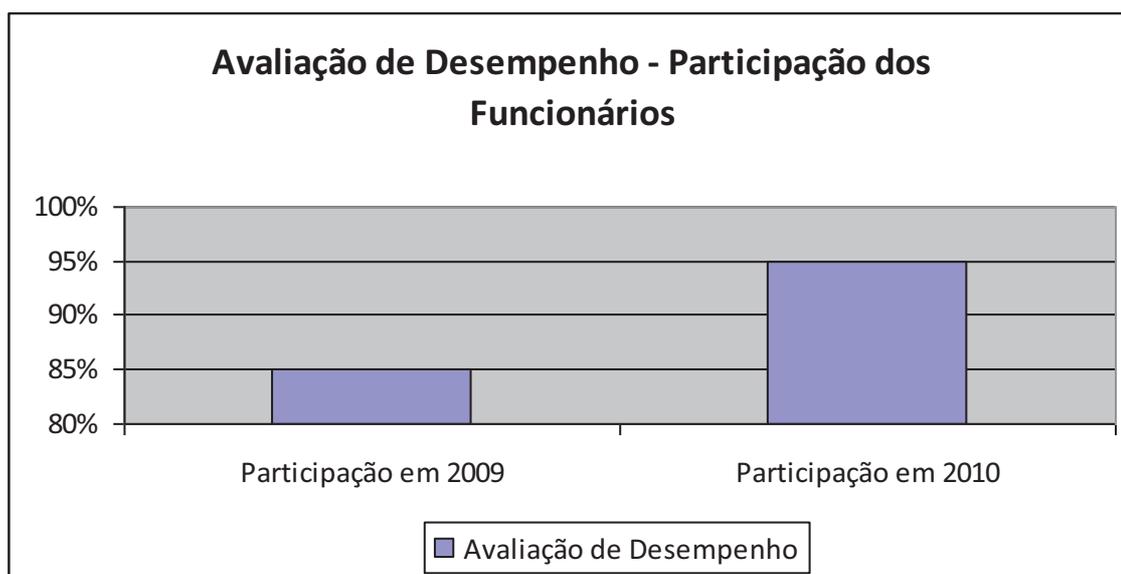
Considerando que havia 45 colaboradores em férias no período da avaliação e 60 estavam afastados, o número de participantes em relação ao número possível de respondentes sobe para 94%, conforme quadro 13.



**Gráfico 2: Participantes da Avaliação de Desempenho ativos (2010-2011)**

Fonte: Recursos Humanos (HMC, 2011)

Somente a título de comparação, em 2009 foi cerca de 85%, a participação total de colaboradores na avaliação realizada:



**Gráfico 3: Comparativo Participação - Avaliações 2009/2010-2011**

Fonte: Relatório de Avaliação de Desempenho (HMC, 2011)

De maneira geral, o resultado obtido na avaliação de 2010-2011 ficou próximo a 75% entre ótimo e bom, de acordo com o instrumento de avaliação adotado e a forma de aplicação da avaliação.

No processo de avaliação atual, os gestores-avaliadores, necessariamente, deveriam escolher entre as alternativas (HMC, 2010):

- 1) **Não apresenta:** o funcionário não consegue atender ao requisito ou não procura fazê-lo;
- 2) **Precisa melhorar:** o funcionário apresenta deficiências que podem ser corrigidas;
- 3) **Bom:** o funcionário desempenha satisfatoriamente suas funções;
- 4) **Ótimo:** o desempenho do funcionário excede o observado entre seus colegas.

Não há um valor intermediário que poderia mascarar a avaliação. Tornou-se necessário um posicionamento firme dos gestores e colaboradores no propósito de definir de forma clara e transparente, a real situação do avaliado.

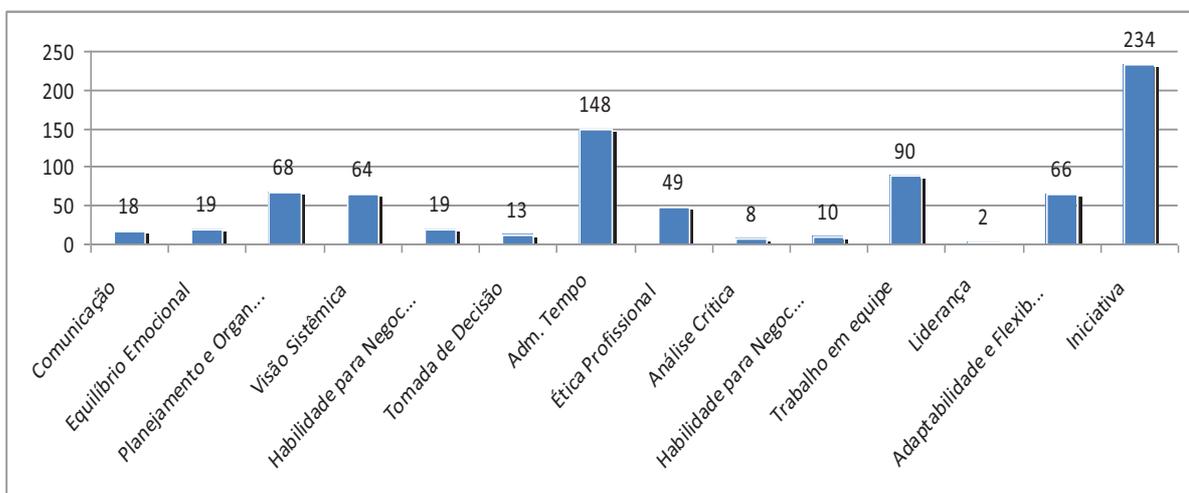
O formulário criado para essa avaliação foi feito de forma que houvesse uma negociação entre avaliador e avaliado. Ambos devem identificar problemas, suas causas e propor possíveis e eventuais soluções.

Realizada a Avaliação, coube ao RH e NEP em conjunto com os gestores desenvolver o plano de ação, de acordo com o que foi detectado. Logo após a coleta dos formulários, o RH providenciou a tabulação dos dados e montou a estratégia de

desenvolvimento dos colaboradores baseada nas ações propostas pelos avaliadores e gestores. Neste momento, foi dada maior importância à sensibilização de todos sobre a necessidade de melhorar os perfis para que estivessem de acordo com as expectativas da Instituição.

### 5.2.3. - Estabelecimento das ações a serem realizadas.

O setor de Gestão de Pessoas apurou que boa parte dos colaboradores apresenta oportunidades de melhoria, sendo que, em conjunto com os gestores, apontou diferentes formas de executar essas ações. Para tal, foram realizadas: palestras, treinamentos específicos, reuniões, estudos de caso, cursos entre outros. Além do reforço para atendimento ao que sugerem as competências essenciais, foram elencadas, entre aquelas disponibilizadas, as que mais se destacaram no processo de avaliação entre gestores e colaboradores, quais sejam: Iniciativa, Administração do Tempo, Trabalho em Equipe, Planejamento e Organização, Adaptabilidade e Flexibilidade e Visão Sistêmica, conforme o gráfico abaixo:



**Gráfico 4: Frequência das competências estratégicas nas funções**

Fonte: Relatório de Avaliação de Desempenho (HMC, 2011)

Ainda, a avaliação mais rigorosa por parte dos gestores e o foco na possibilidade de melhoria contínua fez com que também fosse identificada a necessidade de outras ações visando ao desenvolvimento de todos os colaboradores. Ao invés de atuar somente em relação àqueles que tiveram uma avaliação insatisfatória, a Gestão de Pessoas entendeu que a busca da melhoria em relação às competências essenciais atinge a todos e as ações a serem tomadas deveriam ser, portanto ampliadas. As ações propostas pelos gestores e avaliadas pela Gestão

de Pessoas do HMC foram, pois, ampliadas a todos os colaboradores com o intuito de ou melhorar as competências cuja carência foi verificada na Avaliação, ou destacar e confirmar as competências já desenvolvidas, o que foi realizado com as seguintes ações:

1) Distribuição de folder com a descrição das competências essenciais. Essa distribuição visou conscientizar e sensibilizar o colaborador da importância de que o trabalho de cada um deve ser norteado pelas competências que estão alinhadas aos valores institucionais;

2) Identificação das competências mais requisitadas pelos gestores. Mensalmente, RH e NEP promoverão palestras, treinamentos e outras práticas como debates e oficinas para conscientizar a todos os colaboradores sobre o seu papel na execução das atividades e que deve estar pautado nas competências essenciais. A programação prevista, de acordo com os resultados apurados na avaliação de desempenho no primeiro semestre de 2011, ficou definida da seguinte forma (Quadro 12):

**Quadro 13: Calendário de treinamento de competências estratégicas (2011)**

<b>Fevereiro</b>	Iniciativa
<b>Março</b>	Administração do Tempo e Trabalho em Equipe
<b>Abril</b>	Planejamento e Organização
<b>Mai</b>	Adaptabilidade e Flexibilidade
<b>Junho</b>	Visão sistêmica

Fonte: Relatório de Avaliação de Desempenho (HMC, 2011)

3) Desenvolvimento de treinamento com consultora externa sobre Motivação e Competências abrangendo todos os colaboradores, exceto gestores;

4) Desenvolvimento de multiplicadores de treinamento que frequentaram curso de capacitação com consultora externa para atuarem em treinamentos (inclusive comportamentais) internos constantes visando à melhoria contínua dos colaboradores. Os gestores, por determinação da Direção Geral passaram a ministrar os treinamentos técnicos ou comportamentais pertinentes aos seus respectivos colaboradores e toda a força de trabalho.

Embora o Manual Brasileiro de Acreditação (2010, p. 73) determine que os requisitos do padrão devem “avaliar o desempenho das pessoas por meio de uma ferramenta validada cientificamente, alinhada com as competências essenciais da organização”, o HMC

foi além e incrementou essa avaliação, identificando, além das competências essenciais, as competências estratégicas em seus departamentos. Essa postura da organização demonstra o comprometimento de todos no sentido de ir ao encontro das regras estabelecidas pela ONA. A realização frequente de ações que visem desenvolver as competências dos colaboradores faz com que todos estejam alinhados com a missão e visão do HMC.

### **5.3 Resultados dos processos de avaliação.**

Os resultados de todo este processo foram compartilhados por todos os envolvidos, gestores e colaboradores. Com a avaliação 180° realizada, houve a percepção por parte do HMC de que algumas práticas em relação à Gestão de Pessoas pudessem ser incrementadas. Tornou-se necessário que a organização se adequasse para que suas interferências biopsicossociais e organizacionais no ser humano fossem as mais positivas possíveis e para que os resultados destas interferências pudessem ser favoráveis para ambos. Limongi-França (2001) estruturou o modelo biopsicossocial e organizacional, propondo o seguinte:

**Quadro 14 – Ações e programas de qualidade de vida no trabalho**

Área de Investigação	Descrição	Ações e Programas	Células Organizacionais
<b>Biológica</b>	Promoção da saúde e da segurança, controle dos riscos ambientais e atendimento às necessidades físicas em geral.	Mapas de risco, segurança interna do patrimônio, refeições, serviço médico interno e contratado. Melhorias ergonômicas, treinamentos específicos.	Segurança do trabalho e medicina ocupacional, ambulatório, nutrição, relações industriais e/ou recursos humanos.
<b>Psicológica</b>	Promoção da auto-estima e do desenvolvimento de capacidades pessoais e profissionais.	Processos de seleção e avaliação de desempenho, carreira, remuneração e programas participativos.	Recrutamento e seleção, treinamento de pessoal, cargos e salários, relações industriais e/ou recursos humanos.
<b>Social</b>	Oferta de benefícios sociais obrigatórios e espontâneos e criação de oportunidades de lazer, esporte e cultura.	Direitos legais, atividades associativas e esportivas, eventos de turismo, lazer e cultura, atendimento à família.	Serviço social, grêmio esportivo, fundações específicas, recursos humanos.
<b>Organizacional</b>	Valorização da imagem corporativa, da estrutura organizacional, dos produtos e serviços e do relacionamento da empresa com os empregados.	<i>Endomarketing</i> , comitês executivos e de decisão, comunicação interna, imagem externa, responsabilidade social e cidadania.	Diretorias executivas, <i>marketing</i> , recursos humanos, fundações educacionais.

Fonte: LIMONGI-FRANÇA (2001)

A partir deste quadro é possível compreender o que foi realizado no HMC como resultado das novas percepções da Gestão de Pessoas, utilizando das informações geradas em todo o processo de qualificação das pessoas para obtenção da certificação de Acreditação. Observe-se que todos os novos processos adotados na instituição tiveram origem a partir da pesquisa de clima organizacional e da avaliação 180° que contaram com expressiva participação dos colaboradores. Entre outros programas, foram criados:

- 1) Formalização do processo de recrutamento interno – foi criado processo de seleção que prioriza os colaboradores para as vagas que vierem a ser abertas e novas funções;
- 2) Entrevistas por competências – os novos colaboradores e aqueles que pleiteiam uma promoção de função passam por entrevista conduzida pelo RH para que sejam levantadas as suas competências e já estabelecer, junto ao gestor, um processo de treinamento para que seja desenvolvidas de acordo com o grau de necessidade do setor;

3) Gestão de competências – os colaboradores passaram a ser acompanhados pelos respectivos gestores e através de avaliações periódicas, levantando o nível de suas competências e, após, propor ações diversas para qualificar os membros de sua equipe;

4) Levantamento de necessidades de treinamento: o NEP passou a determinar os treinamentos a serem realizados de acordo com levantamento semestral (atualizado mensalmente) junto aos gestores, podendo indicar locais, empresas e opções para definição das melhores condições de resultados para os colaboradores;

5) Definição de teto mensal de investimento para cursos e treinamentos – o NEP passou a determinar os cursos e treinamentos de acordo com as informações apuradas no levantamento de necessidades de treinamento e os valores disponibilizados mensalmente para isso;

6) Criação do projeto “Parceiros de Valor” – os colaboradores voluntários participam de atividades junto à comunidade para contribuir com seu conhecimento para melhoria das condições sociais. Há a participação através de eventos realizados pelo HMC, palestras nas diferentes comunidades, cursos básicos de saúde, etc.

7) Criação da Comissão Científica – que promove mensalmente eventos de cunho científico junto aos colaboradores do hospital, levando informações das áreas médica, de enfermagem, fisioterapia, etc.

8) Café com os Diretores – projeto onde colaboradores se inscrevem participam de café da manhã com os diretores do HMC e têm a oportunidade de expor suas demandas, estreitando o vínculo entre todos;

9) Contratação de massoterapeuta para atendimento aos colaboradores – a fim de evitar as frequentes reclamações por conta de permanência em determinada posição por muito tempo, o trabalho deste profissional tem como escopo melhorar as condições de saúde dos colaboradores;

10) Enxoval para as colaboradoras parturientes – foi destinada verba para aquisição de enxoval para as colaboradoras quando do nascimento de seus filhos;

11) Expansão do Centro de Estudos e criação de biblioteca – o espaço e equipamentos destinados ao Centro de Estudos do Hospital foram aumentados e realizada campanha para incrementar sua utilização. Além disso, foi realizada campanha junto aos colaboradores para doação de livros para formação da biblioteca, assim como foi destinada verba mensal para aquisição de obras.

12) Criação de sala para treinamentos – não havia espaço específico para treinamentos no HMC, sendo que seu auditório servia também para esta finalidade (entre outras). Com o novo espaço, a política de treinamentos e cursos foi incrementada, sendo que a hora X treinamento por colaborador aumentou consideravelmente.

13) Criação do programa “Meu peso, minha vida” – visa acompanhar os colaboradores com sobrepeso e obesidade para montagem de programas de alimentação balanceada e exercícios físicos.

Observou-se uma expressiva melhora na produtividade dos colaboradores, a partir da adequação dos processos de acordo com as expectativas dos colaboradores. Os resultados podem ser inferidos a partir de pesquisa realizada com os gestores após a realização das ações e programas relativos à implementação da Acreditação.

Ora, se não há previsão ou determinação por parte da ONA para a execução de alguns programas realizados, é certo que estes e outros contribuíram para o aprimoramento da gestão dos colaboradores.

## **6. RESULTADOS DAS PESQUISAS DE CAMPO**

Foram realizadas duas pesquisas distintas específicas para este trabalho: a primeira foi realizada com parte dos colaboradores buscando informações sobre a evolução ou não da Gestão de Pessoas que ocorreram pelo processo de Acreditação, seus impactos e as eventuais melhorias nos processos de trabalho.

Uma segunda pesquisa foi realizada junto aos gestores a fim de verificar se houve algum tipo de ganho, seja de produtividade, seja de maior comprometimento dos colaboradores. Entendeu-se tratar-se de uma importante percepção que poderia colaborar na melhor compreensão da importância da gestão de pessoas no processo de acreditação.

Para isso, ambas foram feitas com base em um pós teste, que seria o “estudo de características relevantes, cujas informações foram obtidas por um pós teste apenas” (RÚDIO, 1988, p. 68). Desta forma, há pouco controle e os dados reunidos são de valor limitado, uma vez que não podem ser comparados. Daí, porque, foi realizada uma segunda série de entrevistas (com os gestores) a fim de aferir o que foi apurado junto aos colaboradores.

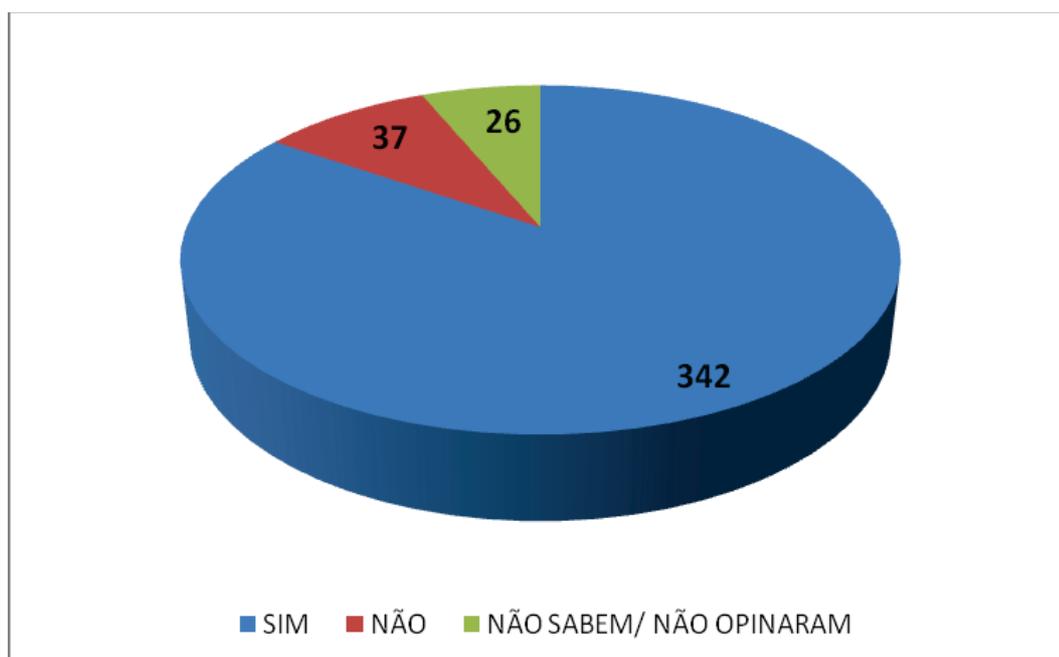
### **6.1 Pesquisa com os colaboradores**

Foram realizadas 405 entrevistas, o que representa cerca de 67% do total de 601 colaboradores. A forma de entrevista foi a pesquisa através de formulários para atingir a um número considerável de respondentes, de todos os setores, que pudesse refletir a opinião geral. Foram feitas perguntas abertas e fechadas.

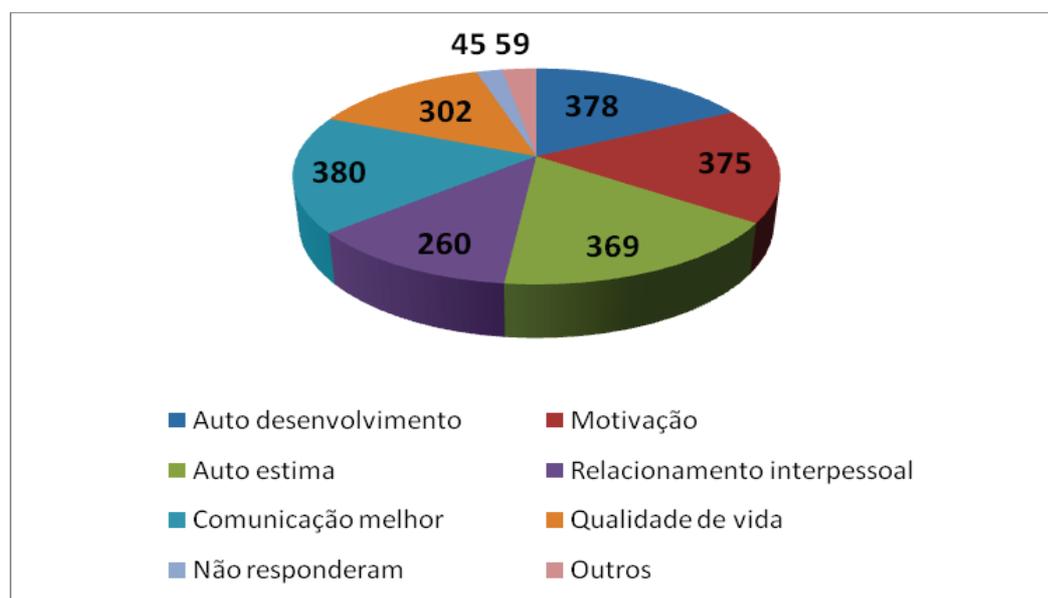
De acordo com a análise da percepção dos colaboradores pode-se verificar a importância que foi atribuída ao processo de Acreditação e o que foi realizado pela Gestão de Pessoas a partir deste processo.

#### **6.1.1 Percepção dos colaboradores em relação ao Processo de Acreditação e seus resultados**

De maneira geral, os entrevistados entenderam a Acreditação como necessária para se conseguir atendimento com qualidade, propiciando aos pacientes e seus familiares uma prestação dos serviços hospitalares excelente, que vise o seu bem-estar e a plena e rápida recuperação da saúde.



**Gráfico 5: O processo de Acreditação trouxe algum benefício pessoal?**

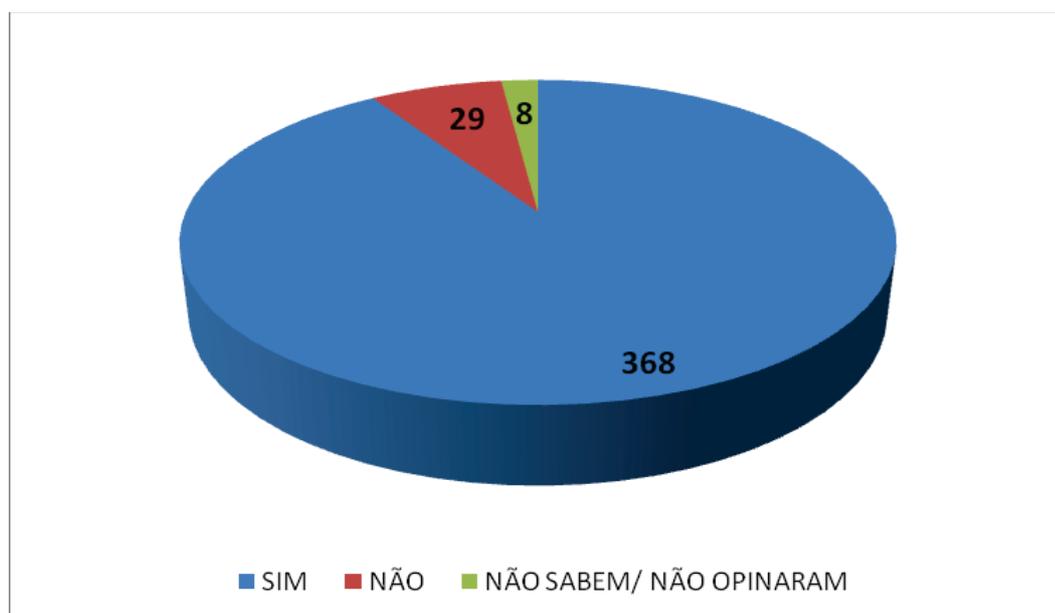


**Gráfico 6: Quais seriam os benefícios pessoais trazidos pelo processo de Acreditação?**

Muitos colaboradores sentiram-se prestigiados em participar do processo de Acreditação, até mesmo para seu próprio crescimento e autodesenvolvimento – 84% do total de respondentes. Os fatores apontados como mais importantes quanto a eventuais ganhos pessoais, foram: relacionamento pessoal (93,5%), autodesenvolvimento (93%) e motivação (92,5%). Chama à atenção, também, o fator comunicação (93,8%). A diretora administrativa ressaltou que houve, de fato, uma melhoria considerável, na comunicação dos colaboradores

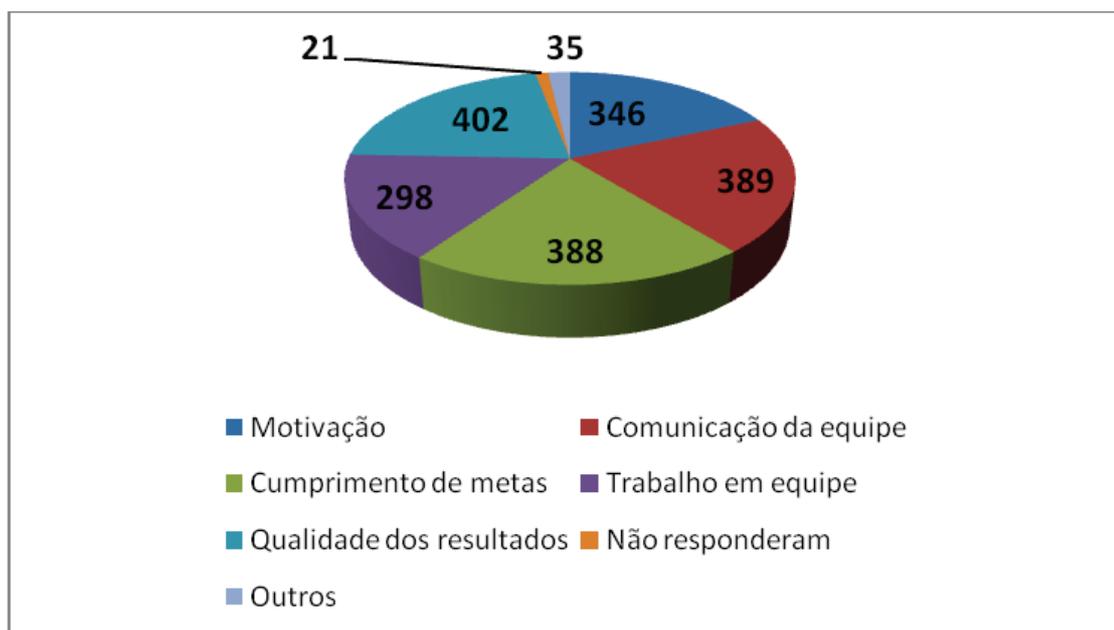
que passaram a se preocupar com a forma de comunicar e os reflexos que esta melhoria passou a representar (evitar desperdícios, retrabalhos, identificar corretamente o que deve ser realizado, etc.).

São pontos importantes para serem trabalhados, uma vez que pode-se utilizar deste “crescimento pessoal” para a melhoria da atuação profissional dos colaboradores.



**Gráfico 7: O processo de Acreditação trouxe benefícios a sua equipe?**

Também houve uma percepção geral que o processo de Acreditação trouxe benefícios às equipes de trabalho. Quase 91% dos respondentes identificaram melhorias a partir do processo, o que resulta em um melhor atendimento ao paciente internado.

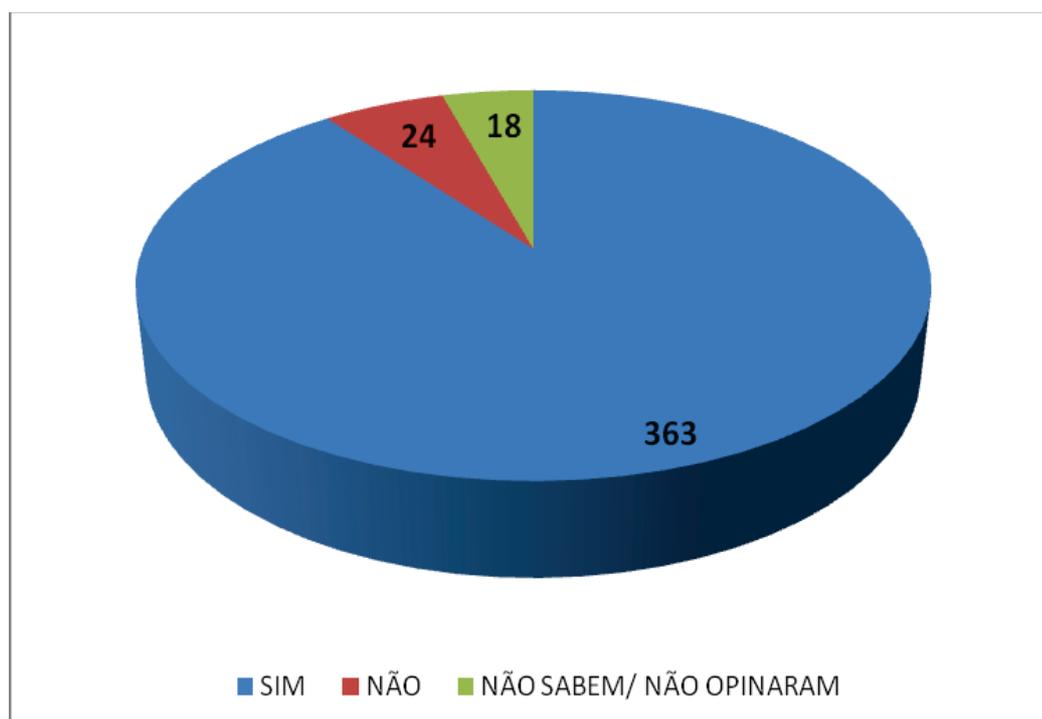


**Gráfico 8: Quais foram os principais benefícios trazidos à sua equipe?**

Observa-se que os colaboradores possuem praticamente as mesmas percepções referentes ao desenvolvimento pessoal e o trabalho da equipe em relação ao processo de Acreditação.

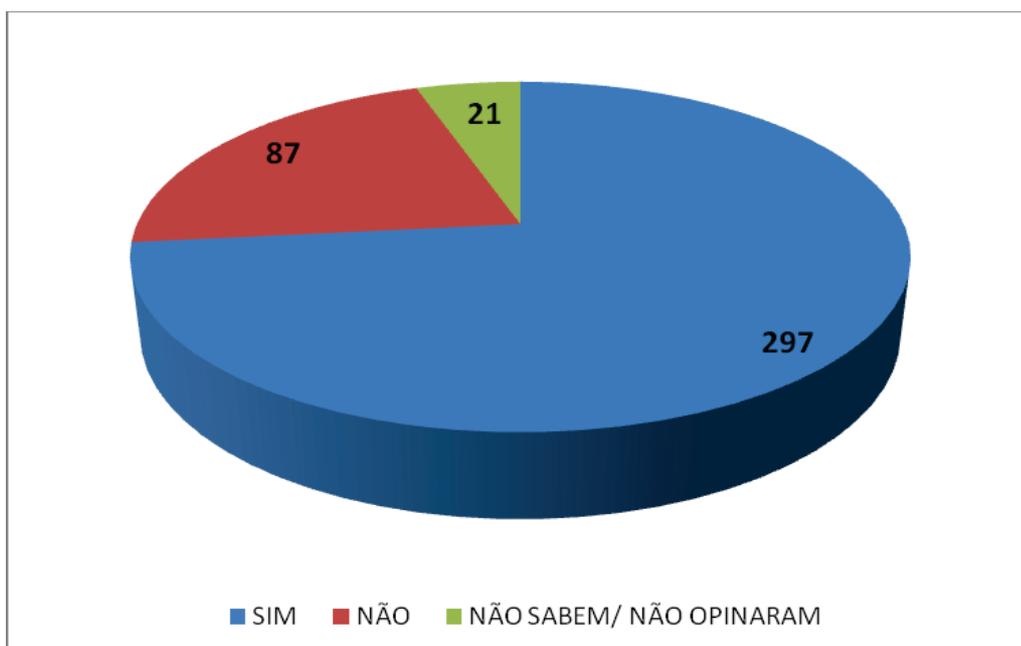
Como foi utilizado questionário aberto, as opiniões em geral foram muito próximas às percepções dos benefícios pessoais auferidos, sendo que as perspectivas de qualidade (99%), inovação (85%), motivação (73,5%) e comunicação (96%), quanto a benefícios para a equipe, tiveram maior aceitação.

Destaque-se que, quanto ao item qualidade na prestação do serviço, praticamente 100% dos colaboradores entenderam que é algo importante e que foi melhorado com o processo de Acreditação. Ora, se qualidade é a “adequação ao uso” (Juran, 1992), é compreensível que o maior beneficiado é o paciente que passa a usufruir de um melhor atendimento. Outro fator notável foi o item cumprimento de metas, com percepção de cerca de 96% dos entrevistados. A percepção é de que com o processo de Acreditação, com os processos bem definidos e documentados, as metas estipuladas pelos gestores passaram a ser mais facilmente cumpridas.

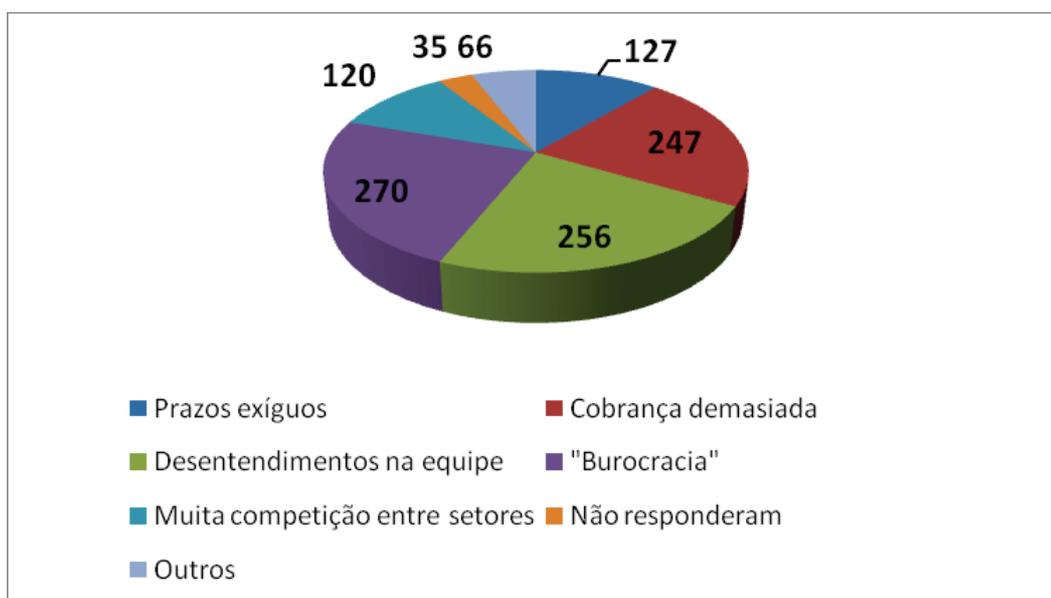


**Gráfico 9: Você acredita no processo de Acreditação como forma de aprimorar os serviços executados no HMC?**

Com a finalidade de confirmar se, de fato, o processo de Acreditação trouxe os benefícios elencados, os entrevistados foram questionados sobre a eventual melhoria nos processos do HMC. Observa-se que grande parte deles (89%) entende que a prestação do serviço foi melhorada a partir das mudanças ocorridas na busca da Acreditação. Assim, pode-se afirmar que houve realmente ganhos consideráveis nas questões da qualidade pontuadas. Infere-se, também, que, conscientes de que os ganhos advindos do processo terão reflexo positivo no atendimento aos pacientes, a melhoria contínua passa a ser uma necessidade e sua busca, constante.



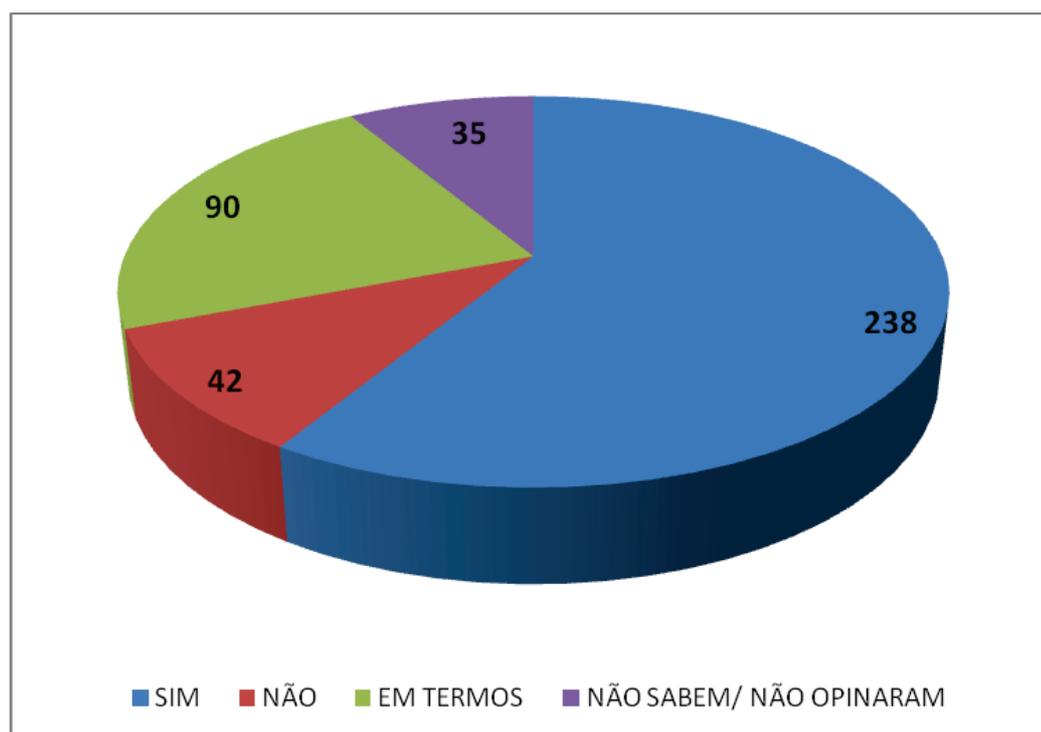
**Gráfico 10: Houve problemas durante o processo de Acreditação?**



**Gráfico 11: Quais problemas você detectou durante o processo de Acreditação?**

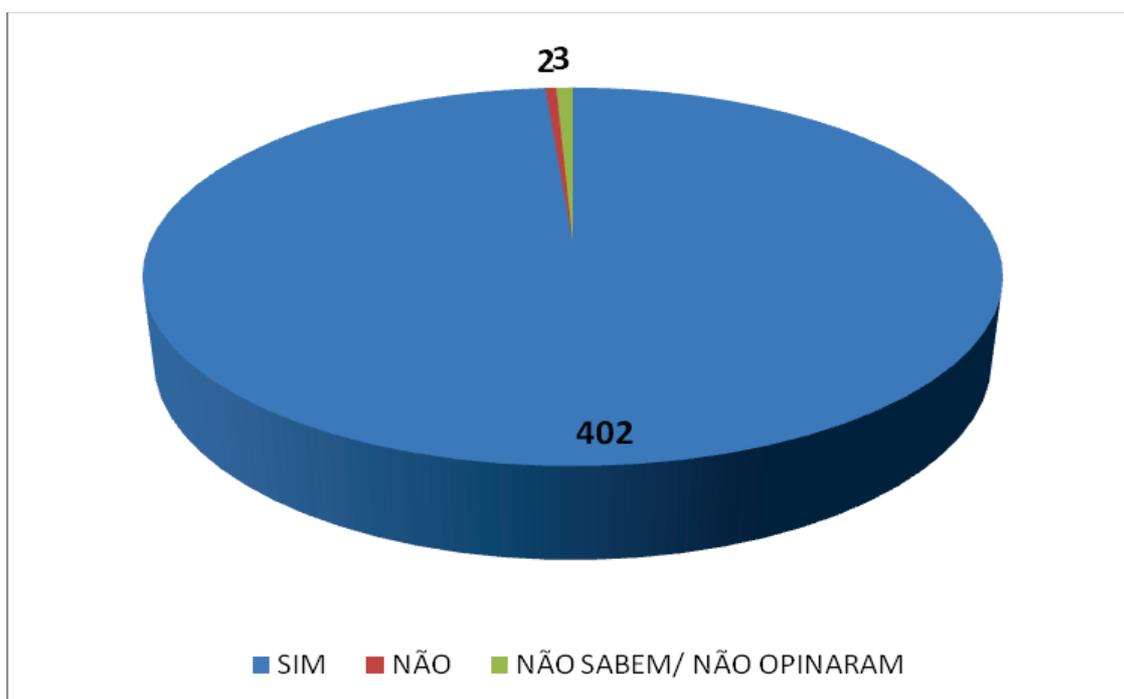
Os problemas que surgiram com o processo de Acreditação foram percebidos pelos entrevistados sob vários aspectos, onde se destacam os desentendimentos na equipe e o que chamaram “excesso de burocracia” uma vez que os procedimentos devem estar formalizados e seguidos por todos, não havendo mais a possibilidade de se “dar um jeitinho”... Essa falsa percepção pode ser entendida como algo cultural. Note-se que também que parte considerável dos entrevistados relatou ter havido algum tipo de problema em relação aos gestores e

eventuais cobranças para a consecução dos novos processos setoriais, o que poderia ser considerada oportunidade de melhoria com treinamentos de liderança e trabalho em equipe. Chama à atenção o fato de que cerca de  $\frac{3}{4}$  dos colaboradores tenham identificado algum tipo de problema no processo de Acreditação, o que pode levar a instituição a prever essas ocorrências e minimizar seus efeitos.



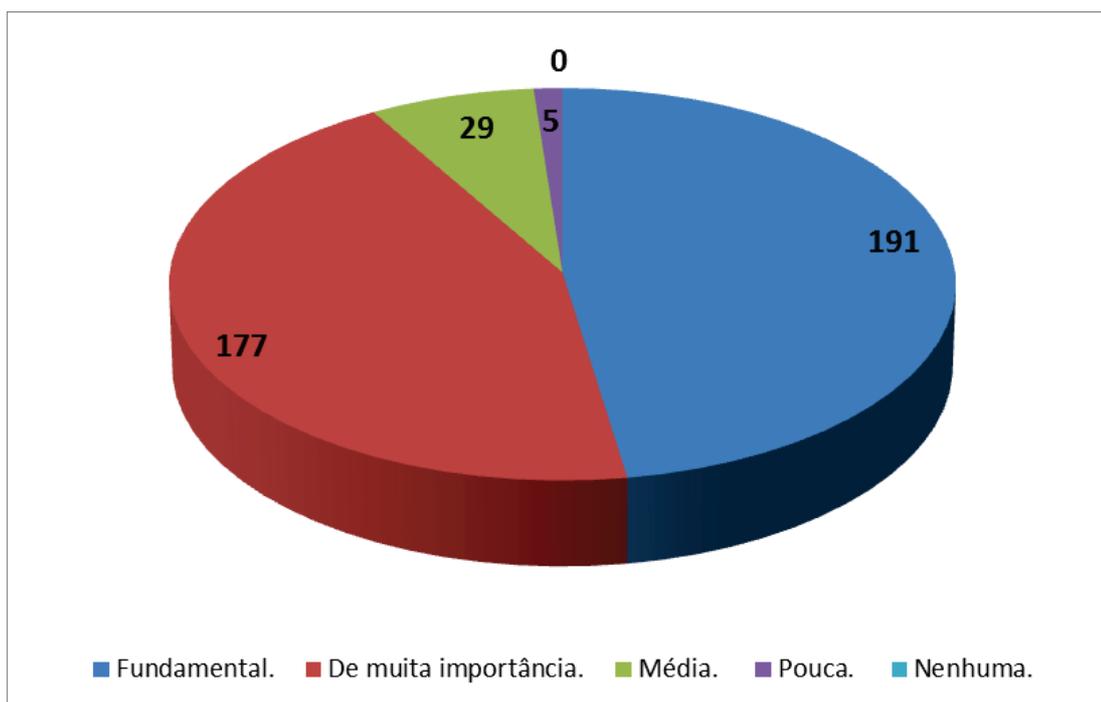
**Gráfico 12: Esses problemas foram resolvidos durante ou após o processo de Acreditação?**

Destaque-se o considerável número de entrevistados que considerou que alguns problemas não foram totalmente solucionados (cerca de 22%) o que pode ser interpretado como um resquício de eventuais situações que podem ser trabalhadas pelos gestores de forma a eliminar essa situação e a Gestão de Pessoas poderia atuar mais fortemente com treinamentos de trabalho em equipe, administração de conflitos e liderança.



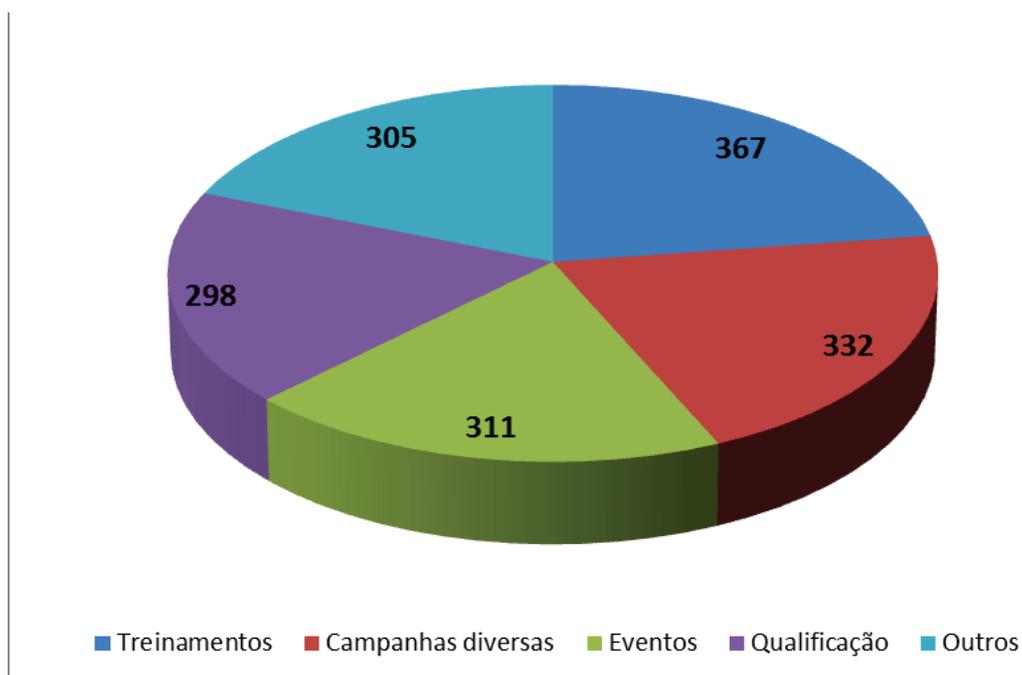
**Gráfico 13: Você sabe o que foi realizado pela Gestão de Pessoas em função do processo de Acreditação ou em decorrência dele?**

É importante notar que a atuação da Gestão de Pessoas foi percebida por quase a totalidade dos respondentes. Por se tratar de um setor relativamente novo, suas ações foram consideradas pelos colaboradores, algo bastante importante para que suas ações fossem respeitadas.



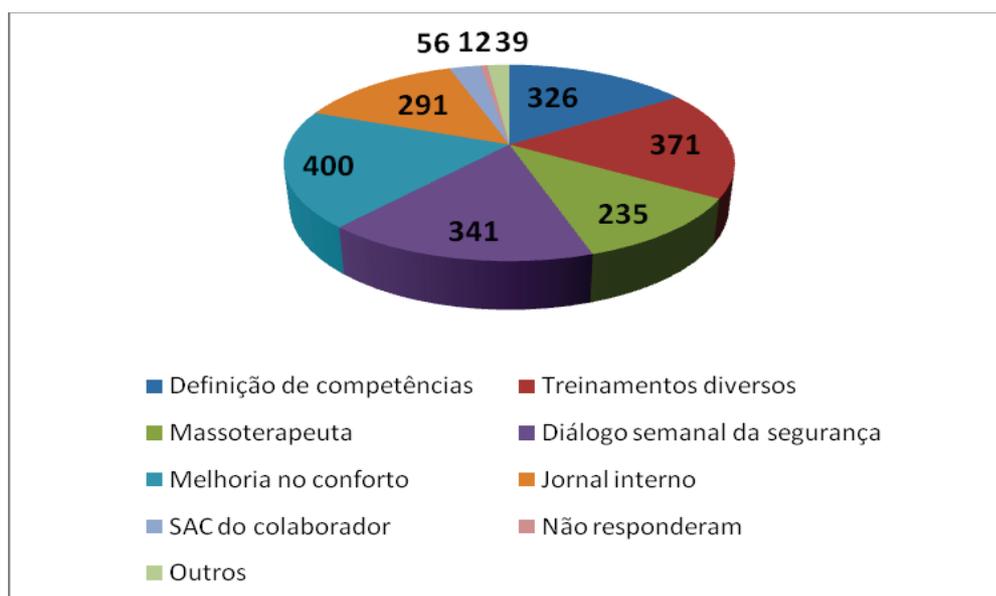
**Gráfico 14: Qual o nível de importância da Gestão de Pessoas para o processo de Acreditação?**

Outro fato relevante nesta pesquisa é a percepção, pelos colaboradores do nível de importância da Gestão de Pessoas. Quase 91% dos respondentes entendem que a atuação do setor foi fundamental ou de muita importância para a consecução dos objetivos delineados pelo processo de Acreditação, o que faz da Gestão de Pessoas, importante eixo a ser cada vez mais desenvolvido para os novos processos.



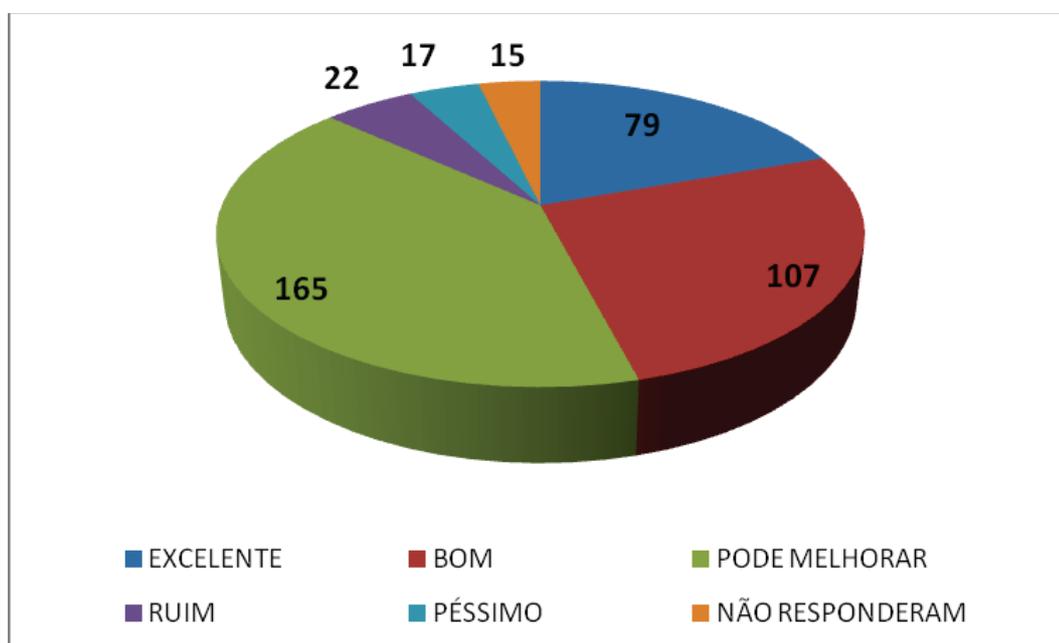
**Gráfico 15: Por que a Gestão de Pessoas foi importante no processo de Acreditação?**

A percepção dos colaboradores quanto à atuação da Gestão de Pessoas considerou o que foi realizado efetivamente para o processo de Acreditação, mas também para outras ações que foram iniciadas de maneira a trazer melhor qualidade de vida aos colaboradores, o que será delineado com o próximo gráfico.



**Gráfico 16: Elenque as principais realizações da Gestão de Pessoas.**

Os gráficos mostram números expressivos em relação à percepção dos entrevistados quanto à atuação da Gestão de Pessoas e o processo de Acreditação. Até mesmo a reformulação do Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC do Colaborador), que não era atribuição da Gestão de Pessoas foi considerado nas respostas. O expressivo número de entrevistados que percebeu a atuação específica do setor durante o processo de Acreditação, com melhorias no conforto dos colaboradores, treinamentos, diálogo semanal de segurança, entre outros, demonstra que as ações realizadas foram satisfatórias.



**Gráfico 17: Como você classifica o clima organizacional dos HMC após o processo de Acreditação?**

A questão final foi formulada para detectar se os processos para a Acreditação trouxeram algum tipo de ganho no clima organizacional. Nota-se o fato de que a maioria dos entrevistados (cerca de 41%) entende que há possibilidade de melhorar ainda mais o que foi realizado a partir da Acreditação, o que pode servir de alerta aos gestores identificar quais seriam essas possíveis melhorias que favoreceriam o clima organizacional.

## 6.2 Pesquisa com gestores

O Hospital Municipal de Cubatão possui 38 gestores, sendo 7 diretores, 2 gerentes e 29 coordenadores. Houve algumas dificuldades em entrevistá-los, por conta da rotina de cada

um, sendo difícil conciliar as agendas de todos. Foi solicitada a ajuda da Gerente de Comunicação e Sustentabilidade, para que pudesse efetuar a entrega dos questionários e acompanhamento do retorno das respostas, além de agendar entrevistas com, pelo menos, diretores e gerentes.

Responderam ao questionário 21 gestores, sendo 5 diretores, 2 gerentes e 14 coordenadores. Foram entrevistados pessoalmente 07 gestores (diretores e gerentes) e outros somente responderam ao questionário.

Este trabalho foi realizado entre os dias 13 de fevereiro de 2012 e 06 de abril de 2012.

O formulário de entrevistas foi alterado mais de uma vez, pois entendeu-se mais apropriada essa reformulação para se obter informações mais consistentes em relação aos objetivos deste trabalho.

Também, através da Gerente de Comunicação e Sustentabilidade, houve tratativas para realização de entrevistas com representantes do Executivo e do Legislativo de Cubatão, mas sem êxito. Inclusive, houve troca da titular na pasta da Saúde do município neste íterim, o que impossibilitou a expansão das entrevistas para fora do ambiente de gestão hospitalar.

### 6.2.2 Percepção dos gestores em relação ao processo de Acreditação e seus resultados

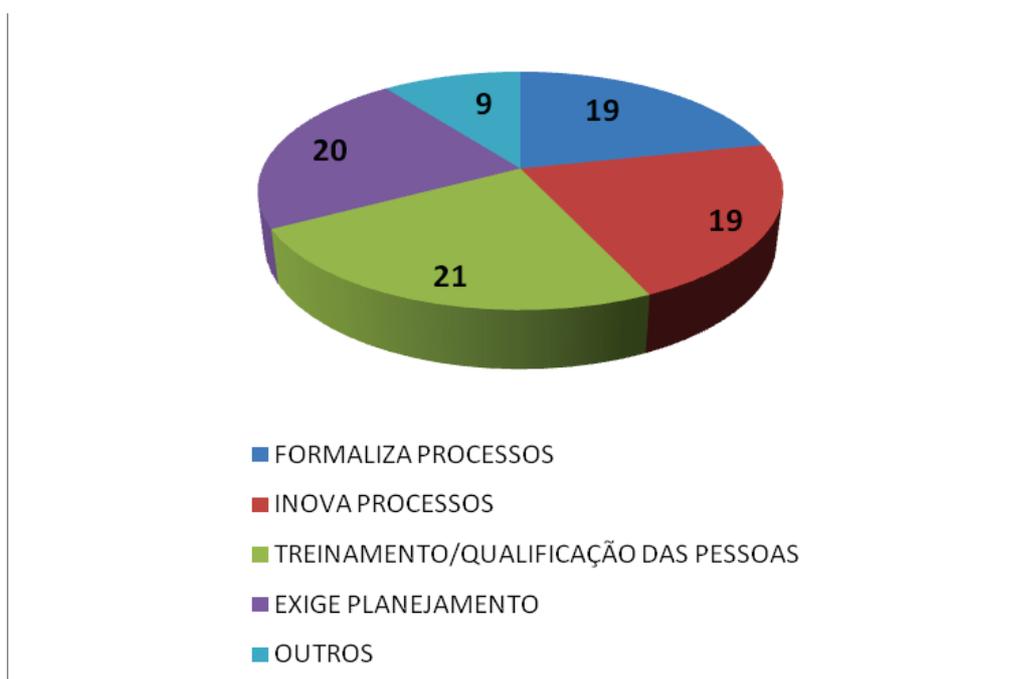


Gráfico 18: Que fatores você considera importantes no processo de Acreditação?

Os gestores, em geral, foram praticamente unânimes ao elencar os fatores de maior importância no processo de Acreditação ao identificar os benefícios com formalização e inovação dos processos, qualificação dos profissionais e da necessidade de planejamento para obtenção dos resultados pretendidos.



**Gráfico 19: Qual o impacto e a importância da Acreditação na gestão dos processos de seu setor?**

Os gestores entendem que a Acreditação é fundamental para entender como os setores funcionam e poder inovar em seus próprios processos. A quase unanimidade a uma questão fechada que poderia ser respondida de forma diversa, mostra que a percepção dos gestores é no sentido de maior relevância do que foi realizado.

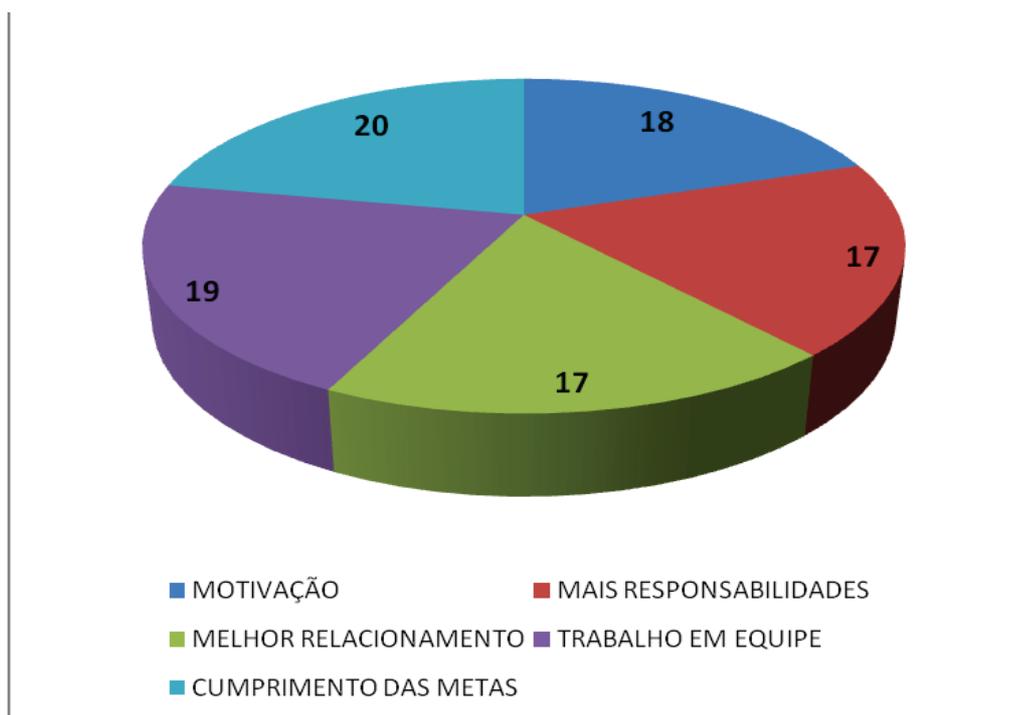
**Questão: Qual a importância da atuação das pessoas de sua equipe nos processos de seu setor?**

Um ambiente onde diversos saberes interagem todo o tempo, exige o trabalho de todos que participam das rotinas. E é próprio do ambiente hospitalar, os processos serem executados por pessoas. Daí, a importância que os gestores dão às suas equipes na execução de suas tarefas. A totalidade dos gestores entrevistados afirmou que a atuação das pessoas de sua equipe é fundamental nos processos executados no setor. E isso parece ser claro em face da natureza da prestação do serviço hospitalar. A resposta dos 21 gestores quanto à pergunta: “Qual a importância da atuação das pessoas de sua equipe nos processos de seu setor?” foi unânime, qual seja, “Fundamental. As pessoas fazem a diferença”.



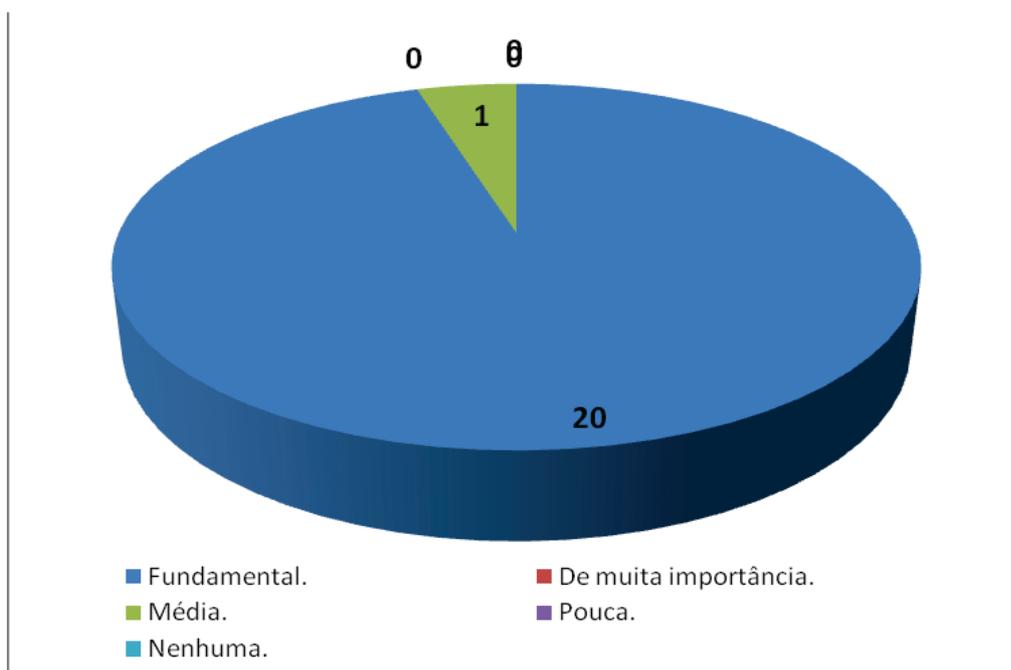
**Gráfico 20: É possível identificar diferença na atuação das pessoas de sua equipe antes e após o processo de Acreditação?**

Poucos gestores entenderam que o processo de Acreditação não foi importante para o aprimoramento de sua equipe, pois ela não teria apresentado mudanças significativas antes e após o processo. No entanto, pelo conjunto de respostas, verifica-se que houve melhorias nos processos dos setores com o aprimoramento das equipes.



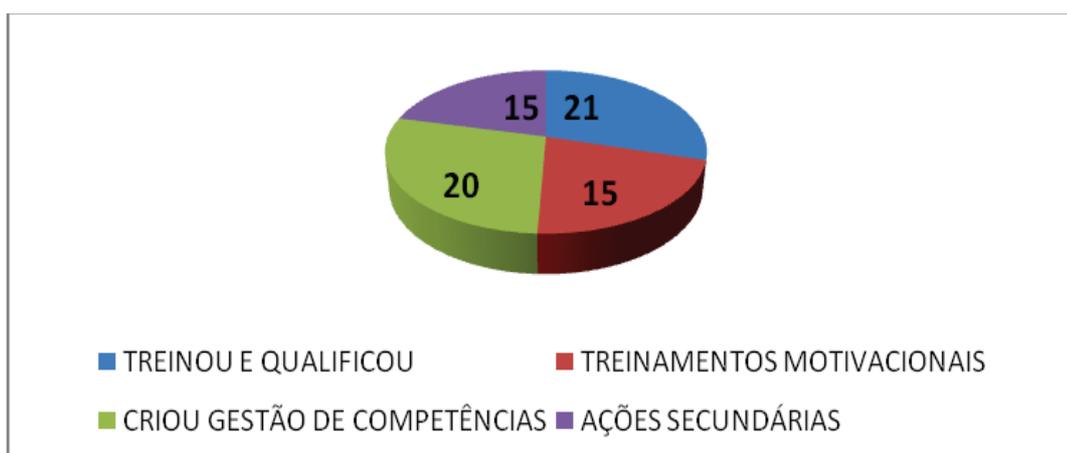
**Gráfico 21: Quais foram os principais pontos de destaque em relação à questão anterior?**

Destaque para o fator motivação, o que coincide com a pesquisa realizada com os colaboradores que sentiram-se motivados em participar do processo. Considerável, também, os fatores que levaram a identificar novos comportamentos ou que pelo menos foram melhor percebidos a partir do processo de Acreditação. Note-se, também, que os gestores não abordaram questões de melhoria técnica, mas questões de melhoria comportamental.



**Gráfico 22: Qual o nível de importância da Gestão de Pessoas para o processo de Acreditação?**

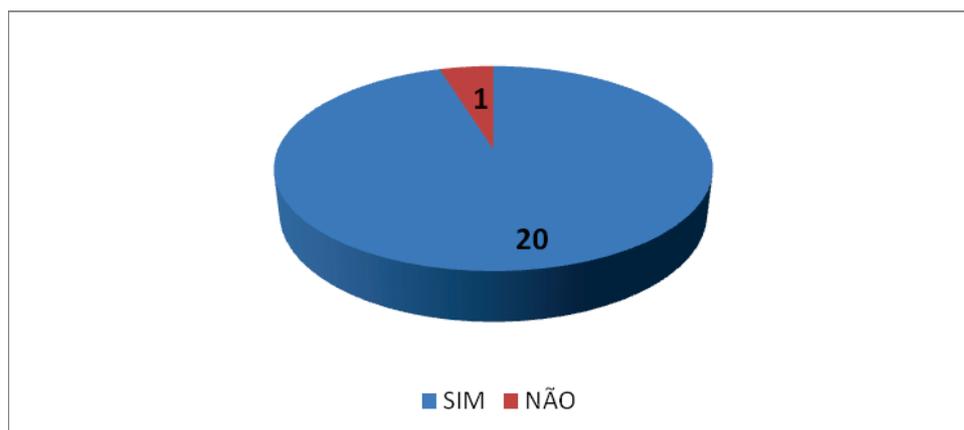
De maneira geral, os gestores qualificaram a Gestão de Pessoas como a maior relevância para a consecução das estratégias traçadas pelos setores. A quase unanimidade demonstra que o que foi realizado teve repercussão positiva e contribuiu para o sucesso da empreitada.



**Gráfico 23: Por que Gestão de Pessoas foi importante?**

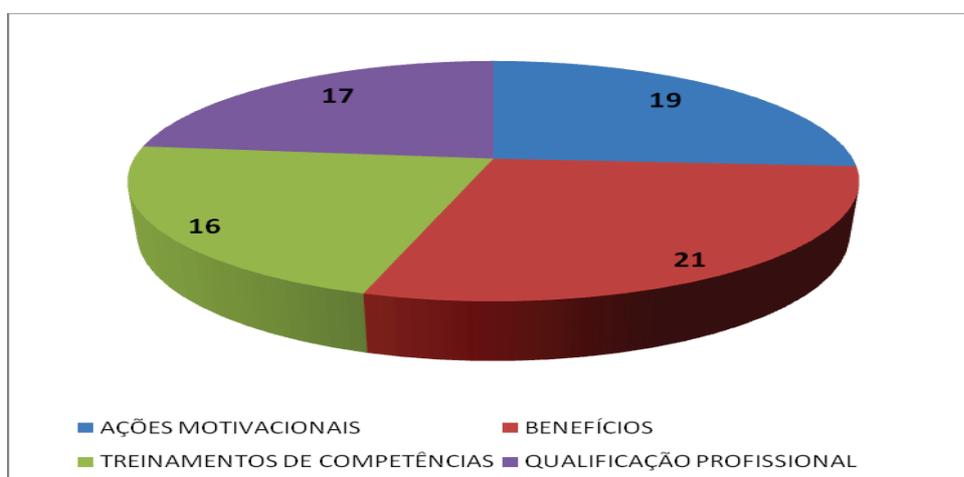
Os gestores identificaram os principais pontos realizados pela gestão de pessoas, destacando-se os treinamentos/qualificação e a criação de gestão de competências para que os resultados pudessem ser alcançados. A diretora administrativa entende que a gestão de

competências passou a ser uma grande ferramenta de gestão, uma vez que desenvolve o melhor do perfil dos colaboradores, além de estarem constantemente treinados e qualificados para o exercício de suas funções com consequente ganho de qualidade no atendimento ao paciente.



**Gráfico 24: Na sua visão, o trabalho desenvolvido pela gestão de pessoas é suficiente para que o hospital consiga obter o nível 2 da Acreditação em relação à gestão de competências?**

Segundo ainda os gestores, o trabalho desenvolvido pela Gestão de Pessoas está condizente com as estratégias da Instituição em relação à gestão de competências, o que reforça a resposta anterior.



**Gráfico 25: Quais pontos podem ser mais desenvolvidos na gestão de pessoas e na gestão de competências?**

Embora na avaliação da Gestão de Pessoas tenha sido considerada como importante para obtenção do nível 1 no processo de Acreditação, os gestores entendem, de modo geral, que ainda há espaço para atuação no itens elencados. Entende-se que esse trabalho é consequência natural em um processo de melhoria contínua, exigido pelos modernos sistemas de gestão.

**Questão: A Gestão de Pessoas está alinhada aos objetivos de seu setor, em relação ao planejamento, estratégia, inovação e desenvolvimento de pessoas?**

Os gestores entenderam, de maneira unânime, que Gestão de Pessoas está atuando de acordo com as necessidades da Instituição, dentro das perspectivas que vão desde o planejamento, estratégia e inovação até o efetivo desenvolvimento das pessoas do Hospital Municipal de Cubatão. Os pontos elencados na questão não foram à toa. Segundo o Diretor Geral do HMC, somente com planejamento, estratégia, inovação e o efetivo desenvolvimento das pessoas é possível levar a instituição a níveis de excelência de forma a propiciar as melhores condições de atendimento à população de Cubatão.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestão de pessoas sempre foi considerada ganhou força desde os primórdios da Administração Científica. Taylor determinou o *“right man in the right place”* e instituiu o turno de 8 horas. Ford qualificou seus funcionários e aumentou seus salários para o dobro do que se pagava à época. Mayo definiu a importância dos grupos informais e como as relações afetam a produtividade. Os japoneses mostraram ao mundo a importância do trabalho em equipe e a busca constante da qualidade como fator diferencial no mercado.

Em um mundo globalizado onde as fronteiras econômicas caíram e qualquer produto ou serviço pode ser consumido praticamente por todos, qualidade tornou-se requisito mandatório para se atender às atuais necessidades do consumidor ou cliente.

E isso não é diferente na área da saúde.

As pessoas acessam um manancial de informações através da Internet, comunicam-se com muito mais facilidades por celular, por e-mail, por redes sociais a fim de eliminar dúvidas e buscar respostas às suas dores e doenças. Não basta mais ao hospital fornecer o básico, qual seja, o tratamento e a cura, mas que o faça de forma a diminuir os dias de internação e que o resultado do tratamento seja definitivo, sem possibilidades de retorno do paciente. Isso somente é possível com a utilização de moderna tecnologia, boas práticas hospitalares e pessoal preparado e qualificado para atender às diversas demandas.

Há cerca de vinte anos o setor de recursos humanos vem ganhando enorme força nas diversas organizações, por conta da percepção de que as novas tecnologias estão disponíveis a todos, as informações estão mais acessíveis, mas as pessoas é que fazem a diferença. O quanto de qualificação o colaborador possua, fará enorme diferença na busca das metas das instituições. A própria ONA considera a importância da gestão de pessoas na consecução dos objetivos das instituições de saúde, tal qual a ISO e outras certificações.

A evolução do conceito de qualidade aliado ao moderno recursos humanos, faz com que as organizações considerem a gestão de pessoas em um fator estratégico para o desenvolvimento dos processos focados na percepção, pelos clientes, de que o produto ou serviço estão adequados ao uso, superando, se possível, suas expectativas.

Essa dissertação procurou estudar os conceitos inerentes à gestão da qualidade, tais como: inovação, planejamento, estratégia e a gestão por processos. Esses fatores que podem levar as organizações a executar seus processos da melhor maneira, de forma a fornecer valor

na entrega de produtos/clientes, baseiam-se, em grande parte no desenvolvimento das pessoas que atuam nos diversos procedimentos organizacionais.

Foi importante constatar que o setor de saúde, especificamente, de gestão hospitalar preocupa-se em melhorar continuamente seus processos, buscando, assim, estar em sintonia com as expectativas de seus pacientes. Mais. Na busca pela qualidade total, o Hospital Municipal de Cubatão, Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva tem mostrado bons resultados já sentidos por toda a comunidade de Cubatão e eventualmente, de outras cidades da região.

A Gestão de Pessoas do HMC tem se transformado continuamente, incorporando novas práticas de forma a atender a seus colaboradores integralmente. O foco maior da área é o treinamento e desenvolvimento para que todos estejam preparados para enfrentar as novas realidades experimentadas. Além disso, vários programas foram criados ou melhorados.

Essa importância se reflete na percepção de colaboradores e gestores quanto à participação da Gestão de Pessoas para que o Hospital lograsse êxito em suas estratégias. É quase unânime a opinião de que a Instituição está no caminho certo para conquistar novas vitórias.

Também é perceptível pela população atendida na instituição que considera, segundo pesquisa do IPAT – Instituto de Pesquisas A Tribuna, como o melhor hospital público da região.

Por certo, este trabalho não se encerra aqui, mas serve de introito para que se compreenda de forma muito simples a grande obra realizada naquela instituição e a abrangência de seus resultados, beneficiado o foco de toda a atuação dos profissionais da saúde, o paciente e suas aflições. Com isso, vislumbra-se que outras instituições possam fazer o mesmo caminho de forma a levar um melhor atendimento ao seu paciente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANVISA. **Acreditação**: a busca pela qualidade nos serviços de saúde. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v38n2/19800.pdf>. Acesso em 02/07/2011.

ASSIS, Marcelino Tadeu de. **Indicadores de gestão de recursos humanos**: usando indicadores demográficos, financeiros e de processos na gestão do capital humano. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2005.

BERTO, Andréia. **Parceria público-privada na gestão hospitalar**. Santos: Universidade Católica de Santos, Dissertação de Mestrado. 2009.

BOWERSOX, Donald J. CLOSS, David J. COOPER, M. Bixby. **Gestão logística de cadeia de suprimentos**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

BRASIL. **Ministério da Saúde**. Disponível em: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br). Acesso em 15/01/2012.

BRASIL. **Constituição Federal da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [www.presidencia.gov.br](http://www.presidencia.gov.br). Acesso em 15/01/2012.

BRASSARD, Michael. **Qualidade**: ferramentas para uma melhoria contínua. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

CAMARA, Paulo Roberto Segatelli e PASTORE, Osmar Rezende de Abre. **Liderança para o serviço – Competências e Hospitais Filantrópicos**. São Paulo: Linear B, 2006.

CARAVANTES, Geraldo R. PANNO, Claudia C. KLOECKNER, Monica C. **Administração**: teorias e processos. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2005.

CARVALHO, Marly Monteiro e PALADINI, Edson Pacheco (Coord.). **Gestão da Qualidade** – teoria e casos. Rio de Janeiro: Campus Elsevier, 2006.

CROSBY, Philip B. **Qualidade é investimento**. 3ª ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1990.

DAVEL, Eduardo e VERGARA, Sylvia Constant. **Gestão com pessoas e subjetividade**. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

DE SORDI, José Osvaldo. **Gestão por processos**: uma abordagem da moderna administração. São Paulo: Saraiva, 2008.

DRUCKER, Peter Ferdinand. **Drucker. O homem que inventou a administração**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

\_\_\_\_\_. **O melhor de Peter Drucker**: o homem. São Paulo: Nobel, 2002.

\_\_\_\_\_. **50 casos reais de administração**. São Paulo: Pioneira, 1998.

\_\_\_\_\_. **Prática na administração de empresas.** São Paulo: Thomson-Pioneira, 1981.

\_\_\_\_\_. **Administração em tempos turbulentos.** 2ª ed. São Paulo: Pioneira, 1980.

DUTRA, Joel S. **Gestão por competências:** um modelo avançado para o gerenciamento de pessoas. São Paulo: Gente, 2001.

FADEL, Marianella Aguilar Ventura; REGIS FILHO, Gilsée Ivan. **Percepção da qualidade em serviços públicos de saúde.** Fortaleza: ENEGEP, 2005. Disponível em [http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006\\_TR470326\\_8487.pdf](http://www.abepro.org.br/biblioteca/ENEGEP2006_TR470326_8487.pdf). Acesso em 02/07/2011.

FALCONI, V. **O valor dos recursos humanos na era do conhecimento.** 7ª ed. Minas Gerais: INDG Tecnologia e Serviços, 2004.

FELDMAN, Liliane Bauer; GATTO, Maria Alice Fortes; CUNHA, Isabel Cristina Kowal Olm. **História da evolução da qualidade hospitalar:** dos padrões a acreditação. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n2/a15v18n2.pdf>. Acesso em 02/07/2011.

FLEURY, Maria Tereza Leme (Coord.). **As pessoas na organização.** 12ª ed. São Paulo: Gente, 2002.

FLEURY, Maria Tereza Leme e FLEURY, Afonso. **Construindo o conceito de competências.** *Revista de Administração Contemporânea*, São Paulo, outubro 2001, Edição Especial.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder.** 27ª ed. São Paulo: Graal. 2009.

FUSCO, José Paulo Alves, SACOMANO, José Benedito, BARBOSA, Fabio Alves e AZZOLINI, Walther Jr. **Administração de Operações:** da formulação estratégica ao controle operacional – Vol. 1. São Paulo: Arte & Ciência, 2003.

GASTAL, Fabio Leite e Leite S. O. **Prevenção e Assistência Psiquiátrica sob o enfoque da qualidade: uma contribuição à discussão científica do tema.** São Paulo: Revista ABP-APAL v.14, n.4: 159-167. 1992.

GONÇALVES, Ernesto Lima (Organizador). **Gestão Hospitalar – Administrando o Hospital Moderno.** São Paulo: Saraiva, 2006.

GONÇALVES, Ernesto Lima. **Estrutura organizacional do hospital moderno.** Revista de Administração de Empresas. São Paulo: FGV. Vol. 38, nº 01. Jan-Mar, 1998.

HOSPITAL MUNICIPAL DE CUBATÃO (HMC). **Relatório de Sustentabilidade 2009.** Cubatão, 2009.

\_\_\_\_\_. **Relatório de Sustentabilidade 2010.** Cubatão, 2010.

HOSPITAL MUNICIPAL DE CUBATÃO (HMC). **Relatório de Avaliação de Desempenho.** Cubatão, 2011.

HOSPITAL MUNICIPAL DE CUBATÃO (HMC). **Qualidade HDLCFS**. Cubatão: (publicação interna), 2010.

HOSPITAL MUNICIPAL DE CUBATÃO (HMC). **Quem somos**. Disponível em <http://www.hospitalluizcamargo.com/quem-somos/historia-do-hospital.php>. Acesso em 22/01/2012.

JACOBI, Pedro e PINHO, José Antonio. **Inovação no campo da gestão pública local: novos desafios, novos patamares**. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

JURAN, J. M. **A qualidade desde o projeto** – os novos passos para o planejamento da qualidade em produtos e serviços. Rio de Janeiro: Cengage, 1992.

KAPLAN, Robert S. e NORTON, David P. **A estratégia em ação** – balanced scorecard. Rio de Janeiro: Elsevier, 2007.

KUAZAQUI, Edmir; TANAKA, Luiz Carlos Takeshi. **Marketing e gestão estratégica de serviços em saúde**. São Paulo: Thomson, 2008.

KURCGANT, Paulina; TRONCHIN, Daisy Maria Rizatto e MELLEIRO, Marta Maria. **A construção de indicadores de qualidade para a avaliação de recursos humanos nos serviços de enfermagem: pressupostos teóricos**. São Paulo, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n1/a14v19n1.pdf>. Acesso em 05/07/2011.

KWASNICKA, Eunice Lacava. **Introdução à administração**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

LACOMBE, Francisco José Masset. **Recursos Humanos: princípios e tendências**. São Paulo: Saraiva, 2005.

LIMONGI-FRANÇA, Ana Cristina. **Treinamento e qualidade de vida**. São Paulo: Departamento de Administração da FEA-USP, 2001. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/WPapers>. Acesso em: 22/03/2012

MADUREIRA, Mario Cesar. **Gestão da qualidade**. Campos do Jordão: XI Encontro Paulista de Nefrologia, 2007.

MATOS, Eliane e PIRES, Denise. **Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem**. Vol. 15 nº 03. Florianópolis: Texto & Contexto Enfermagem, 2006.

MAXIMINIANO, Antonio Cesar Amaru. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Atlas, 2008.

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

MINTZBERG, Henry; AHLSTRAND, Bruce e LAMPEL, Joseph. **Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

MOLLER, Claus. **O lado humano da qualidade** – maximizando a qualidade de produtos e serviços através do desenvolvimento das pessoas. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2001.

MONTANA, Patrick J. e CHARNOV, Bruce H. **Administração**. 2ª ed, São Paulo: Saraiva, 2006.

MONTGOMERY, Cynthia A. e PORTER, Michael E. *et al.* **Estratégia** – a busca da vantagem competitiva. Rio de Janeiro: Elsevier, 1998.

MORA, J. Ferrater. **Dicionário de filosofia** – tomo III. São Paulo: Loyola, 2004.

MOTTA, Fernando C. Prestes e PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **Introdução à organização burocrática**. 2ª ed. Pioneira Thomson Learning, 2004.

NOGUEIRA, Luiz Carlos Lima. **Gerenciamento pela Qualidade Total na Saúde**. 3ª ed. Nova Lima: INDG Tecnologia e Serviços Ltda., 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em <http://www.who.int/en/>. Acesso em 14/03/2012.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Informações gerais**. Disponível em <http://www.ona.org.br>. Acesso em 18/01/2012.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das Organizações prestadoras de Serviços de Saúde**. Volume I. Brasília, 2010.

PEREIRA FILHO, Luiz Tavares. **Iniciativa privada e saúde**. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100011&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-40141999000100011&script=sci_arttext). Acesso em 14/03/2012.

PORTER, Michael E. **Vantagem Competitiva** – criando e sustentando um desempenho superior. 26ª ed. Rio de Janeiro: Campus, 1989.

PORTER, Michael E. e TEISBERG, Elizabeth Olmsted. **Repensando a saúde** – estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Bookman, 2007.

PRAHALAD, C. K. e HAMMEL, Gary. **Competindo pelo futuro** – estratégias inovadoras para obter o controle de seu setor e criar os mercados de amanhã. 25ª ed. São Paulo: Elsevier, 2005.

PRÓ-SAÚDE, Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar. Disponível em [www.prosaude.org.br](http://www.prosaude.org.br). Acesso em 29/01/2012.

QUEIROZ, Evodio Kaltenecker Retto de, **Qualidade segundo Garvin**. São Paulo: Annablume, 1995.

RABAGLIO, Maria Odete. **Gestão por competências: Atração e captação de talentos humanos**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.

RIBEIRO, Antonio de Lima. **Gestão de Pessoas**. São Paulo: Saraiva, 2006.

ROSSO, Fabrício. **Gestão ou indigestão de pessoas**. Manual de sobrevivência de RH na área da saúde. 4ª ed. São Paulo: Loyola, 2010.

RÚDIO, Franz Victor. **Introdução ao projeto de pesquisa científica**. 12ª ed. Petrópolis: Vozes, 1988.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. **Política pública de saúde: qual o rumo?** Disponível em [http://www.cebes.org.br/media/file/Sus\\_politica.pdf](http://www.cebes.org.br/media/file/Sus_politica.pdf). Acesso em 15/04/2012.

SANTOS, Rubens da Costa (organizador). **Manual de Gestão Empresarial** – conceitos e aplicações nas empresas brasileiras. São Paulo: Atlas, 2007.

SCHERMERHORN, John R.; HUNT, James G. e OSBORN, Richard N. **Fundamentos do comportamento organizacional**. 2ª ed. São Paulo: Artmed, 1998.

SHIBA, S.; GRAHAM, A.; WALDEN, D. **TQM: quatro revoluções na gestão da qualidade**. Porto Alegre: Bookman, 1997.

SILVA, Severino Francisco da. **Marketing de serviços: fundamentos, análises e práticas no setor de saúde**. Maceió: EDUFAL, 2005.

SOUZA, Ricardo Reherm. **O sistema público de saúde brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em <http://www.opas.org.br/observatorio/arquivos/Sala299.pdf>. Acesso em 02/07/2011.

STONER, James A. F. e FREEMAN, R. Edward. **Administração**. 5ª ed. Rio de Janeiro: LTC, 2009.

TANAKA, Oswaldo e MELO, Cristina. **Inovação e Gestão: a organização social no setor saúde**. São Paulo: Annablume, 2000.

TEIXEIRA, Josenir. **Assuntos hospitalares na visão jurídica**. São Paulo: Pró-Saúde, 2008.

VIEIRA, Eurípedes Falcão. **Organizações e desempenho: mudança inovação e comportamento**. Programa de Pós Graduação em Administração da Universidade Federal de Pernambuco. Disponível em <http://www.ufpe.br/gestaoorg/index.php/gestao/article/view/118>. Acesso em 23/04/2011.

WOOD, Thomaz Jr (Coord.) *et al.* **Mudança Organizacional**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2009.

ZARIFIAN, Philip. **Objetivo competência**. São Paulo: Atlas, 2001.

## ANEXO I

Prezado Gestor do Hospital Municipal de Cubatão – Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva,

Esta pesquisa tem a finalidade de identificar suas percepções sobre a atuação da Gestão de Pessoas no processo de Acreditação pelo qual passou a Instituição para a dissertação de Mestrado intitulada “A gestão de pessoas no processo de Acreditação – um estudo de caso” de autoria de Norberto Luiz de França Paul, sob orientação da Profa. Dra. Aylene Bousquat da Universidade Católica de Santos.

Agradeço sua importante colaboração no preenchimento deste questionário.

1. Que fatores você considera importantes no processo de Acreditação?
  - a.  Formaliza processos
  - b.  Inova processos
  - c.  Treinamento e qualificação das pessoas
  - d.  Exige planejamento
  - e.  Outros: \_\_\_\_\_
  
2. Qual o impacto e a importância da Acreditação na gestão dos processos de seu setor?
  - a.  Muito significativo. Propiciou uma releitura de todos os processos do setor e criou novas formas de atuação da equipe.
  - b.  Significativo. Vários procedimentos foram revistos e a equipe foi treinada em muitos processos.
  - c.  Importância média. O setor já executava seus processos dentro de regras compatíveis com o processo de Acreditação e as pessoas já possuíam cultura compatível.
  - d.  Quase nenhum impacto. Os processos já são realizados de acordo com as especificações da norma e a equipe está voltada para sua execução.
  - e.  Absolutamente nenhum impacto. Todos os processos já são executados de acordo com a norma e a equipe já conhecia os procedimentos exigidos pela norma.
  
3. Qual a importância da atuação das pessoas de sua equipe nos processos de seu setor?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
4. É possível identificar diferença na atuação das pessoas de sua equipe antes e após o processo de Acreditação?
  - a.  Sim
  - b.  Não
  
5. Quais foram os principais pontos de destaque em relação à questão anterior?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Qual o nível de importância da Gestão de Pessoas para o processo de Acreditação?
- a.  Fundamental
  - b.  De muita importância
  - c.  Média
  - d.  Pouca
  - e.  Nenhuma

7. Por que a Gestão de Pessoas foi importante?

---

---

---

8. Na sua visão, o trabalho desenvolvido pela Gestão de Pessoas é suficiente para que o hospital consiga obter o nível 2 da Acreditação em relação à gestão de competências?

- a.  Sim   b.  Não

9. Quais pontos podem ser mais desenvolvidos na Gestão de Pessoas e na gestão de competências?

---

---

---

10. A Gestão de Pessoas está alinhada aos objetivos de seu setor, em relação ao planejamento, estratégia, inovação e desenvolvimento dos colaboradores?

- a.  Sim   b.  Não

## ANEXO II

Prezado Colaborador do Hospital Municipal de Cubatão – Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva,

Esta pesquisa tem a finalidade de identificar suas percepções sobre a atuação da Gestão de Pessoas no processo de Acreditação pelo qual passou a Instituição para a dissertação de Mestrado intitulada “A gestão de pessoas no processo de Acreditação – um estudo de caso” de autoria de Norberto Luiz de França Paul, sob orientação da Profa. Dra. Aylene Bousquat da Universidade Católica de Santos.

Agradeço sua importante colaboração no preenchimento deste questionário.

1. O processo de Acreditação trouxe algum benefício pessoal?

a.  Sim b.  Não

2. Quais seriam os benefícios pessoais trazidos pelo processo de Acreditação?

---

---

---

3. O processo de Acreditação trouxe algum benefício à equipe?

a.  Sim b.  Não

4. Quais foram os principais benefícios trazidos à sua equipe?

---

---

---

5. Você acredita no processo de Acreditação como forma de aprimorar os serviços executados no HMC?

a.  Sim b.  Não

6. Houve problemas durante o processo de Acreditação?

a.  Sim b.  Não

7. Quais problemas você detectou durante o processo de Acreditação?

---

---

---

8. Esses problemas foram resolvidos durante ou após o processo de Acreditação?

a.  Sim b.  Não

9. Você sabe o que foi realizado pela Gestão de Pessoas em função do processo de Acreditação ou em decorrência dele?

a.  Sim b.  Não

10. Qual o nível de importância da Gestão de Pessoas para o processo de Acreditação?
- a.  Fundamental
  - b.  De muita importância
  - c.  Média
  - d.  Pouca
  - e.  Nenhuma

11. Por que a Gestão de Pessoas foi importante?

---

---

---

12. Elenque as principais realizações da Gestão de Pessoas:

---

---

---

13. Como você classifica o clima organizacional do HMC após o processo de Acreditação?
- a.  Excelente
  - b.  Bom
  - c.  Pode melhorar
  - d.  Ruim
  - e.  Péssimo
  - f.  Não responderam

### ANEXO III

#### Pauta básica para entrevista com gestores

Nome: \_\_\_\_\_

Formação: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Experiência profissional: \_\_\_\_\_ anos.

Setor: \_\_\_\_\_

1. Qual é sua experiência na área da saúde?
2. Já foi gestor de outros setores? Quais?
3. O que faz o seu setor?
4. O que o Processo de Acreditação contribuiu para seus processos?
5. Possui alguma formação em cursos ou experiência na gestão de pessoas?
6. O que pensa sobre inovação? É possível inovar em seu setor?
7. O que pensa sobre estratégia? É possível estabelecer estratégias nos três níveis em seu setor?
8. O que pensa sobre planejamento? Como se dá o processo de planejamento em seu setor?
9. O que significa qualidade para você?

## ANEXO IV

Santos, 07 de fevereiro de 2012.

Ao  
Hospital Municipal de Cubatão Dr. Luiz de Camargo da Fonseca e Silva

**Sr. José Donizetti Stoque**  
**Diretor Geral**

Prezado Senhor:

Com o objetivo de concluir o curso de Mestrado em Administração na linha de Pesquisa de Estratégia e Competitividade, que faz parte do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Católica de Santos – UNISANTOS, solicito sua autorização para que sejam realizadas entrevistas e pesquisa com os Diretores e gestores da Instituição, com especial atenção quanto às informações contidas no questionário anexo.

A pesquisa consta de uma entrevista que busca identificar o Perfil Institucional da Instituição e seu envolvimento com o processo de Acreditação – ONA, bem como, a situação atual e as perspectivas futuras da Gestão de Pessoas envolvendo a Acreditação. Cumpre registrar, que todas as informações fornecidas nas entrevistas serão mantidas em sigilo, preservando o nome desta conceituada instituição e utilizadas para alcançar o objetivo deste trabalho, orientado pela Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Aylene Emília Moraes Bousquat.

Fico à disposição para dirimir eventuais dúvidas.

Aproveito a oportunidade para renovar votos de consideração.

Atenciosamente

---

Norberto Luiz de França Paul  
UNISANTOS – Matr. 200800167