

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
NÍVEL MESTRADO

LUCIANO VIGNOCHI

GESTÃO DO CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL BASEADA EM EVIDÊNCIAS:
UMA ANÁLISE DO USO DE INDICADORES PARA AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO
EM SERVIÇOS HOSPITALARES

SÃO LEOPOLDO
2011

LUCIANO VIGNOCHI

GESTÃO DO CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL BASEADA EM EVIDÊNCIAS:
uma Análise do uso de Indicadores para Avaliação de Desempenho em Serviços Hospitalares

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Orientador: Prof. Dr. Cláudio Reis Gonçalo

São Leopoldo

2011

LUCIANO VIGNOCHI

GESTÃO DO CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL BASEADA EM EVIDÊNCIAS:
uma Análise do uso de Indicadores para Avaliação de Desempenho em Serviços Hospitalares

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção título de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Aprovado em 25 de julho de 2011.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Rafael Teixeira – UNISINOS

Profa. Dra. Yeda Swirsky de Souza – UNISINOS

Prof. Dr. Álvaro Guillermo Rojas Lezana - UFSC

Prof. Dr. Cláudio Reis Gonçalo (Orientador)

Visto e permitida a impressão
São Leopoldo,

Profa. Dra. Yeda Swirski de Souza
Coordenadora PPG Administração

*Aos meus filhos Bernardo e Alice,
pela inspiração para realizar este sonho.*

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Dr. Cláudio Reis Gonçalves, orientador deste trabalho, pelas conversas preciosas, pela experiência transmitida na ação e, acima de tudo, pela capacidade de compartilhar o conhecimento e a sabedoria adquiridos ao longo da vida.

À Professora Ms. Giselda Sallon Dias, pelo incentivo e pela aposta no meu desenvolvimento profissional.

Aos Professores Dr. Junico Antunes e Dra. Yeda S. de Souza pelas contribuições enriquecedoras à melhoria da proposta de pesquisa e avaliação deste trabalho.

Ao Prof. Dr. Rafael Teixeira pela gentileza em aceitar o convite para compor a banca examinadora.

Ao Prof. Dr. Álvaro G. R. Lezana pela gentileza em aceitar o convite e participar da banca de defesa contribuindo com seu parecer sobre esta dissertação.

Aos professores do PPG em Administração UNISINOS, pelos valiosos momentos de aprendizagem e pela convivência construtiva.

Aos colegas do GCON pelas trocas estabelecidas. Agradeço em especial à Malu Borges pela incansável disponibilidade de ajudar e abrir caminhos, ao Fábio Junges pela disponibilidade para resolver problemas e a humildade para dialogar e à Marcela P. Haubert pelo suporte eficiente.

Aos colegas do mestrado pelos inesquecíveis momentos de cumplicidade, parceria e amizade.

Às funcionárias da Secretaria do PPG em Administração UNISINOS pelo suporte prestativo.

Ao Ministério Público do Trabalho 4ª região na pessoa do procurador Dr. Rogério Uzum Fleischmann pela sensibilidade em apostar na pesquisa, tendo contribuído com uma parcela significativa deste estudo.

Aos coordenadores do IPM- UNISINOS (PhD. Guilherme Trez e Dr. Marcelo Jacques da Fonseca) e à FUNDEPE, pela oportunidade de aprender a exercer a atividade de pesquisador.

Aos gestores e funcionários das organizações pesquisadas pela disponibilidade para contribuir com este estudo e, especialmente, pelas informações e experiências transmitidas.

À minha companheira de luta, Lígia Hecker Ferreira, pelo amor dedicado, otimismo e pelos esforços de compreensão que me ajudaram a realizar este sonho vital.

Aos meus pais Romualdo L. Vignochi e Maria Elizabeth M. Vignochi, pelo apoio incondicional nos momentos mais difíceis e pela alegria de poder existir tendo este objetivo consumado.

*“Ligar uma paixão utópica a uma política prática
é uma arte e uma necessidade.” (Russel Jacoby)*

RESUMO

Esta dissertação visa contribuir conceitualmente através da análise das relações entre os campos conceituais de Avaliação de Desempenho (GQ) e Gestão do Conhecimento (GC) baseada em evidências (*EBMgt*), sob a perspectiva da Administração Estratégica de recursos em serviços intensivos em conhecimento. Para tanto, foram realizados três estudos exploratórios em organizações hospitalares brasileiras com o objetivo de analisar como estes serviços podem ser qualificados a partir da gestão do conhecimento baseada em evidências utilizando indicadores de desempenho. O referencial bibliográfico sobre Avaliação de Desempenho (Gestão da Qualidade), a aplicação de Sistemas de Informação em hospitais, as contribuições teóricas da Gestão Baseada em Evidências e os constructos à aplicação da Gestão do Conhecimento em serviços hospitalares foram revisados com vistas a realizar uma posterior análise de conteúdo a respeito deste tema. Tratou-se de um estudo essencialmente fenomenológico no qual a estratégia de aplicação da metodologia foi composta por três momentos. (1) Estudo Exploratório A em nove hospitais participantes do Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar com a intenção de qualificar o referencial teórico do projeto de pesquisa, aprimorar as perguntas de pesquisa e desenvolver uma estrutura de análise ajustada a serviços intensivos em conhecimento (*KIBS*). (2) Etapa Exploratória B: Estudo de Caso (J) em um hospital que atua sob o controle acionário do Ministério da Saúde e destina cem por cento de sua prestação de serviços ao SUS. (3) Etapa Exploratória C: Estudo de Caso (K) em um hospital filantrópico, que por força das regulamentações governamentais tem o mínimo de sessenta por cento de suas operações destinadas ao SUS e os outros quarenta por cento destinados a convênios e particulares. Os dados primários foram coletados através de entrevistas em profundidade realizadas com gestores hospitalares. Dados secundários coletados de relatórios publicados pelos dois hospitais estudados em profundidade foram utilizados para reforçar as análises das entrevistas com pessoas chave, conforme o tipo de arranjo organizacional de cada um dos dois hospitais. As duas instituições estudadas representam a maioria dos serviços hospitalares historicamente relevantes no Brasil, confirmando a relevância deste estudo para o campo aplicado. As análises de dados das três etapas da pesquisa de campo foram realizadas com o apoio do *software NVIVO9*[®]. A etapa Exploratória A originou a proposição de uma Estrutura de Análise de Indicadores de Desempenho para a Criação do Conhecimento Organizacional. As associações e conteúdos que emergiram do Caso J mostram como uma organização de saúde pública utiliza-se da avaliação de desempenho, do conhecimento e da pesquisa como recursos estratégicos. O Caso K, por sua vez, revela a primazia do modelo da Gestão da Qualidade com vistas à sustentabilidade assistencial e econômica dos serviços estudados. As conclusões apontam para a influência da pesquisa científica e de critérios de sigilo, confiabilidade e credibilidade quanto à mensuração de desempenho hospitalar através de um sistema de indicadores (A). Além disso, é possível supor que a problemática de hospitais ligados exclusivamente ao SUS direcione o debate teórico para questões assistenciais (B) enquanto que a problemática de hospitais privados e sem fins lucrativos dirija o debate teórico para a redução de custos e eficiência de processos (C).

Palavras-chave: operações de serviços intensivos em conhecimento, gestão da qualidade, gestão baseada em evidências, gestão do conhecimento em hospitais.

ABSTRACT

This thesis aims to contribute conceptually to current literature by analyzing the relationship among the conceptual fields of Performance Evaluation (Total Quality Management – TQM), Knowledge Management (KM), and Evidence-based Management (EBMgt), from the perspective of Strategic Management of Resources in knowledge-intensive business services. Three exploratory studies were conducted in Brazilian hospital organizations in order to analyze how these services can be qualified with an evidence-based knowledge management approach using performance indicators. References on Performance Evaluation (TQM), the application of Information Systems in hospitals, theoretical contributions of EBMgt and constructs concerning the application of KM in hospital services were reviewed for the purpose of performing further content analysis on the subject. This was an essentially phenomenological study based on a three-stage strategy for implementing the methodology. (1) Exploratory Stage A: a study was conducted in nine hospitals participating in the System of Standard Indicators for Hospital Management aiming to develop a qualified theoretical framework for research, to improve survey questions, and to develop an analysis framework adjusted to knowledge-intensive business services (KIBS). (2) Exploratory Stage B: a Case Study (J) in a hospital that operates under common ownership by the Brazilian Ministry of Health and exclusively serves the Brazilian public health system. (3) Exploratory Stage C: a Case Study (K) in a charity hospital that, according to government regulations, allocates 60% of services to the Brazilian public health system and 40% to private patients and health plan/fee for service programs. Primary data were collected through in-depth interviews conducted with hospital managers. Secondary data were abstracted from reports published by both hospitals under study and used to strengthen the analysis of interviews with key people, according to the individual organizational arrangement of each hospital. These two institutions represent most of the historically relevant hospital services offered in Brazil, corroborating the relevance of this study to the applied field. Data analysis was performed using NVIVO9[®]. Data from Exploratory Stage A provided a basis for the proposal of an Analysis Framework of Performance Indicators for the development of an Organizational Knowledge. The content and associations resulting from Case J showed how Performance Evaluation, knowledge and research can be used as strategic resources by public health organizations. Case K, in turn, revealed the primacy of the TQM model targeting health care and economic sustainability of the services investigated. The conclusions suggest the influence of scientific research and criteria of confidentiality, reliability and credibility on the assessment of hospital performance using a system of indicators (A). In addition, we may assume that issues involving hospitals serving exclusively the Brazilian public health system direct the theoretical debate towards welfare issues (B), whereas issues involving private and nonprofit hospitals lead the theoretical debate to address cost reduction and process efficiency (C).

Keywords: knowledge-intensive business services, total quality management, evidence-based management, knowledge management in hospitals.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Ampliação da Pesquisa Estratégica em Serviços Intensivos em Conhecimento.....	20
Figura 2 – Proposição.....	26
Figura 3 - Modelo de Excelência em Gestão (MEG).....	37
Figura 4 - Marco Conceitual para o Desempenho Hospitalar.....	44
Figura 5-Transição da GQ para a GC em Operações de Serviços.....	53
Figura 6 - Conversão do Conhecimento..	59
Figura 7 - Modelo de Gestão do Conhecimento de Sveiby	61
Figura 8 - Cadeia de Valor em Saúde para uma Unidade de Práticas Integradas	64
Figura 9 - Sistema Prático da <i>RBV</i>	68
Figura 10 - Processo de Melhoria do Desempenho Baseada em Recursos.....	72
Figura 11 - Agrupamento da Categorização das Entrevistas	99
Figura 12 - Estrutura de Análise de Indicadores de Desempenho para a Criação do Conhecimento e Aprendizagem Organizacional	104
Figura 13 - Estratégia de Abordagem da Pesquisa	107
Figura 14 - Estrutura Organizacional do Grupo Hospitalar J	111
Figura 15 – Agrupamento de Termos Relativos ao Caso J.....	121
Figura 16: Rede de Associações entre Dados para o Caso J.....	123
Figura 17 - Modelo Organizacional do Complexo Hospitalar K	149
Figura 18 - Plano Estratégico do Complexo Hospitalar K	150
Figura 19 – Agrupamento de Termos Relativos ao Caso K.....	156
Figura 20– Rede de Associações entre Dados para o Caso J.....	157
Figura 21- Estrutura do SIPAGEH	205
Figura 22– Interface de Envio dos Indicadores do SIPAGEH	206
Figura 23 – Consolidação de Resultados do SIPAGEH	208

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Entrevistas X Categorias de Análise	100
Gráfico 2 - Investimentos Grupo Hospitalar J – 2005-2008	112
Gráfico 3 – Distribuição dos Investimentos do Complexo Hospitalarem K – 2009.....	148

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Medidas de Desempenho: Descrições, Definições e Exemplos.....	34
Quadro 2 - Indicadores de Desempenho Hospitalar	42
Quadro 3 – Síntese dos Estudos Revisados para o item 2.1	49
Quadro 4 - -Síntese dos Estudos Revisados para o item 2.2.....	65
Quadro 5 – Síntese dos Estudos Revisados para o item 2.3.2	77
Quadro 6 – Estrutura Conceitual da Pesquisa	85
Quadro 7 – Estrutura Síntese da Metodologia da Pesquisa	88
Quadro 8 – Testes de Qualidade da Pesquisa	92
Quadro 9 - Distribuição dos Entrevistados da Etapa Exploratória Inicial	93
Quadro 10 – Síntese dos Elementos da Estrutura do SIPAGEH	95
Quadro 11– Estrutura de Análise dos Dados – Etapa Exploratória Inicial	95
Quadro 12 – Classificação das Organizações Intensivas em Conhecimento	105
Quadro 13 – Plano de Coleta de Dados	108
Quadro 14 – Plano de Análise dos Dados	110
Quadro 15 – Arranjo Organizacional J	118
Quadro 16 – Distribuição dos Entrevistados Caso J	119
Quadro 17 – Modelo de Categorização para Análise do Caso J.....	120
Quadro 18 - Indicadores Caso J.....	124
Quadro 19 – Resultados encontrados para o Caso J	145
Quadro 20 – Arranjo Organizacional K	153
Quadro 21 – Distribuição dos Entrevistados Caso K	154
Quadro 22 – Modelo de Categorização para a Análise do Caso K.....	155
Quadro 23 – Indicadores Caso K	172
Quadro 24 – Resultados encontrados para o Caso K	184
Quadro 25 – Indicadores do SIPAGEH	200
Quadro 26 – Roteiro de Entrevista	206

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Hospitais Públicos: perfil de pacientes e fontes de financiamento por arranjo organizacional, 2002	79
Tabela 2 – Hospitais Privados: perfil de pacientes, fontes de financiamento e natureza	80
Tabela 3 – Comparação Internacional de Gastos em Saúde, 2002	81
Tabela 4 – <i>Ranking</i> de Termos de Investigação	96
Tabela 5 – Percentual de Codificação de Entrevistas X Dimensões de Análise	100
Tabela 6 – Correlação entre Dimensões de Análise e Categorias de Pesquisa	101
Tabela 7 – Infraestrutura e Atendimentos Hospital J	117
Tabela 8 – Participação do Hospital K nos Atendimentos SUS do Complexo K	152
Tabela 9 – Desempenho dos Serviços do Hospital K	153
Tabela 10 – Formulas para os Indicadores do SIPAGEH	207

LISTA DE ABREVIATURAS

Art. – Artigo

Gov. - Governo

LISTA DE SIGLAS

BSC – Balanced Scorecard

CDI – Centro de Diagnóstico por Imagem

CEPs – Comitês de Ética em Pesquisa

CID-10 - Código Internacional de Doenças

CVM – Regras e Normas da Comissão de Valores Mobiliários

DATASUS – Departamento de Informática do SUS

EBMgt – Evidence Based Management

GC– Gestão do Conhecimento

GQ – Gestão da Qualidade

Ej₁... - Entrevistado Caso J

Ek₁... - Entrevistado Caso K

EUA – Estados Unidos da América

FIOCRUZ – Fundação Oswaldo Cruz

FNQ – Fundação Nacional da Qualidade

GETED - Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento

JIP – Just-in-Time Purchasing

KIBS – Knowledge Intensive Business Services

MEG – Modelo de Excelência da Gestão

MG – Minas Gerais

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

P - Pesquisador

PDCA – Plan, Do, Check and Action

PGQP – Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade

PI – Plano de Investimentos

PIB – Produto Interno Bruto

PNQ – Programa Nacional da Qualidade

PPP US\$ - Purchasing Power Parity

P&D – Pesquisa e Desenvolvimento

RBV – Resource-Based View

RH – Recursos Humanos

RS – Rio Grande do Sul

SADTs – Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapias

SERVQUAL - Service Quality Framework

SISREG - Sistema Nacional de Regulação

SIPAGEH – Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar

SP – São Paulo

SUS – Sistema Único de Saúde

TI – Tecnologia da Informação

VBR – Visão Baseada em Recursos

TQM – Total Quality Management

UFCSPA – Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

UGAs – Unidades Gerenciais Agregadas

UGBs – Unidades Gerenciais Básicas

UTI – Unidade de Tratamento Intensivo

LISTA DE SIMBOLOS

N= - Conjunto da amostragem

® - Marca Registrada

% - Por cento

§ - Parágrafo

X - Versus

E_{1...} – Entrevistado

H_{1...} - Hospital

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
1.1 TEMA.....	22
1.2 PROBLEMA.....	23
1.3 OBJETIVOS.....	25
1.3.1 Objetivo Geral.....	25
1.3.2 Objetivos Específicos.....	25
1.4 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA PESQUISA.....	25
1.5 JUSTIFICATIVA.....	27
2 REFERÊNCIAL TEÓRICO.....	31
2.1 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SOB A PERSPECTIVA DA GESTÃO DA QUALIDADE	31
2.1.1 Medidas de Desempenho.....	32
2.1.2 Avaliação de Desempenho em Serviços Hospitalares Através de Indicadores.....	41
2.1.3 Sistemas de Informação em Serviços Hospitalares.....	45
2.2 A GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS PROMOVEDO CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL.....	50
2.2.1 Gestão Baseada em Evidências (EBMgt).....	54
2.2.2 Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional.....	57
2.2.3 Gestão do Conhecimento para o Desenvolvimento de Serviços Hospitalares.....	62
2.3 ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA DE SERVIÇOS.....	66
2.3.1 Articulação de Recursos e Capacidades.....	66
2.3.2 Administração de Recursos Humanos em Hospitais.....	73
2.3.3 Análise Estratégica do Setor Hospitalar no Brasil.....	77
2.4 ESTRUTURA CONCEITUAL DA PESQUISA.....	85
3 METODOLOGIA.....	87
3.1 DEFINIÇÃO DO MÉTODO.....	87
3.2 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO MÉTODO.....	89
3.2.1 Testes de Validade da Pesquisa.....	89
<i>3.2.1.1 Validade do Constructo.....</i>	<i>89</i>
<i>3.2.1.2 Validade Interna.....</i>	<i>90</i>
<i>3.2.1.3 Validade Externa.....</i>	<i>90</i>
<i>3.2.1.4 Confiabilidade.....</i>	<i>91</i>
<i>3.2.1.5 Credibilidade.....</i>	<i>91</i>
3.3 ETAPA EXPLORATÓRIA A.: O USO DE UM SISTEMA DE INDICADORES PARA AGESTÃO HOSPITALAR.....	93
3.3.1 Apresentação e Análise dos Dados da Etapa Exploratória A.....	94
3.3.2 Resultados da Etapa Exploratória A.....	102
3.3.3 Roteiro de Entrevista em Profundidade.....	103
3.3.4 Estrutura de Análise de Indicadores de Desempenho para a Criação do Conhecimento Organizacional.....	104
3.4 ETAPAS EXPLORATÓRIAS B E C	106
3.4.1 Plano de Coleta de Dados.....	108
3.4.2 Plano de Análise dos Dados.....	109
4 O CASO DO GRUPO HOSPITALAR J.....	111

4.1 A POLÍTICA DE AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO GRUPO HOSPITALAR J.....	114
4.2 UNIDADE DE ANÁLISE J1.....	116
4.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO CASO J.....	118
4.3.1 Avaliação de Desempenho : indicadores, informação e desempenho.....	124
4.3.2 Avaliação de Desempenho: avaliação e qualidade.....	131
4.3.3 Articulação de Recursos e Capacidades: recursos.....	133
4.3.4 Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional : conhecimento e pesquisa.....	136
4.4. INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO CASO J.....	143
5 O CASO DO COMPLEXO HOSPITALAR K.....	146
5.1 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO COMPLEXO HOSPITALAR K.....	148
5.2 UNIDADE DE ANÁLISE K.....	151
5.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO CASO K.....	154
5.3.1 Articulação de Recursos e Capacidades: estratégico	158
5.3.2 Avaliação de Desempenho: desempenho e qualidade.....	163
5.3.3 Avaliação de Desempenho: indicadores, informações.....	168
5.3.4 Gestão Baseada em Evidências (EBMgt): evidências.....	173
5.3.5 Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional: conhecimento, compartilhamento.....	177
5.4 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO CASO K.....	182
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	185
6.1 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DO ESTUDO.....	188
6.2 CONTRIBUIÇÕES EMPÍRICAS DO ESTUDO.....	189
6.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO.....	190
6.4 LIMITAÇÕES E INDICATIVOS PARA PESQUISAS FUTURAS.....	190
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	192
APÊNDICE A- Roteiro de Entrevista em Profundidade.....	200
ANEXO A – Estrutura do Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar (SIPAGEH).....	204

1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação visa contribuir com a pesquisa sobre relações entre os campos conceituais de Avaliação de Desempenho através da perspectiva da Gestão da Qualidade (GQ) e Gestão do Conhecimento (GC) baseada em evidências (*EBMgt*), no escopo da Administração Estratégica de Serviços. Procurou-se compreender como as organizações podem articular o uso de indicadores como ferramenta gerencial de forma a promover conhecimento organizacional e, assim, qualificar o seu desempenho.

Espera-se que os resultados desta pesquisa possam contribuir para a compreensão teórico-aplicada sobre a GC baseada em evidências e favorecer a análise do desempenho de operações de serviços hospitalares. Como resultado do estudo aplicado intenciona-se encontrar redes de associações entre elementos de Avaliação de Desempenho, Gestão do Conhecimento e Administração Estratégica, além de mostrar como esta dinâmica ocorre na prática gerencial das organizações estudadas.

As organizações do trabalho estão revelando ambientes cada vez mais complexos e exigentes em um contexto organizacional mutante. Assim, o conhecimento emerge como matéria-prima e resultado da atividade econômica, apresentando-se de forma dinâmica e fluida entre as pessoas e as organizações (DRUCKER, 2000; GONÇALO & BORGES, 2006). Acredita-se que através do compartilhamento, o conhecimento possa ser gerado e mantido como um recurso estratégico para a tomada de decisões.

Em 1995, Ian Miles publicou um artigo contendo os primeiros estudos sobre serviços intensivos em conhecimento (*KIBS – Knowledge Intensive Business Services*). Segundo esse autor, operações intensivas em conhecimento são organizações que prestam serviços para outras organizações nas quais a informação e o conhecimento são os principais componentes.

Sabe-se que os serviços médicos e os hospitais estão dentre as *KIBS* (MILES, 1995). Uma característica destas organizações é a presença de um alto nível de conhecimento tácito e explícito, com atividades tais como: uso de informações em todas as ações, criação do próprio conhecimento e combinação entre os conhecimentos do mercado, dos clientes e outras redes de relações (MILES, 1995; STRAMBACH, 2008). Conforme os autores, nestas organizações (i) o conhecimento além de ser um dos principais fatores de produção é, também, o produto final; (ii) a entrega geralmente é um bem intangível, uma expertise, uma habilidade em pesquisa e desenvolvimento ou a capacidade de resolução de problemas e (iii) há o

aprendizado mútuo a partir do envolvimento entre fornecedores e clientes ao longo do processo de entrega.

Reforçando o posicionamento de Miles (1995), Drucker (2000, p. 9) considera que, “as pistas sobre as novas exigências das organizações baseadas em conhecimento, derivam de outras entidades também baseadas em conhecimento, como hospitais”. Estas organizações apresentam situações que exigem soluções rápidas e demandam dos diferentes especialistas uma responsabilidade compartilhada que levem a ações em saúde na busca do tratamento, cura e até mesmo sobrevivência de um paciente em situação crítica. Dentro deste contexto e no campo teórico da administração de serviços, insere-se a pesquisa sobre indicadores de desempenho que sejam transformados em indicativos para ações específicas para cada circunstância.

De acordo com Rummler e Brache (1992), da mesma forma que os membros de uma comunidade médica aplicam seu conhecimento sobre anatomia humana para promover a saúde de seus clientes e a medicina preventiva, os membros da comunidade gerencial utilizam-se do seu conhecimento sobre a “anatomia do desempenho” para prevenir problemas organizacionais e melhorar continuamente o desempenho. Para tanto, são aplicados em demandas específicas as competências das pessoas, os sistemas de avaliação de desempenho e outros recursos da mesma forma que os médicos se beneficiam do conhecimento de seus residentes, enfermeiros e outros profissionais da saúde, além dos conhecimentos técnicos que possuem.

Azevedo (1991) observa que os progressos em avaliação de desempenho de serviços de saúde apresentam correlações com o estilo de prática de cada serviço e com um padrão interativo de comportamento. Para este autor, a prática hospitalar assume um estilo compatível com os procedimentos de avaliação implantados revelando-se em sistemas que diagnosticam evidências nas operações de saúde. Estes achados denotam a relevância da relação entre sistemas de avaliação e geração de evidências para, em tese, orientar a criação de conhecimentos e a tomada de decisões e ações específicas no setor (PFEFFER & SUTON, 2006; ROSSEAU, MANNING & DENYER, 2008; REAY, BERTA & KOHN, 2009; KOVNER, PFEFFER & FINE, 2010).

A partir da perspectiva estratégica, observa-se um panorama incipiente com relação à pesquisa no setor de serviços (MACHUCA, ZAMORA & ESCOBAR, 2007), embora o conhecimento venha se tornando uma variável importante devido ao crescimento significativo do setor nos últimos anos (MACHUCA ET AL, 2007). Na área da saúde, a busca pela

vantagem competitiva necessita migrar da perspectiva estratégica do valor centrado em redução de custos para o valor centrado no cliente (BORGES & GONÇALO, 2008). A alta complexidade e a escassez de recursos demandam uma análise mais detalhada de evidências em desempenho que agreguem valor ao setor, ao cliente e à sociedade (PORTER & TEISBERG, 2005; PFEFFER & SUTTON, 2006; BORGES & GONÇALO, 2008, LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009).

A Figura 1 ilustra a proposta de ampliação da pesquisa no setor de serviços, utilizando como campo aplicado o setor de saúde hospitalar com vistas a enfrentar a escassez de recursos e melhorar a criação de valor à sociedade.

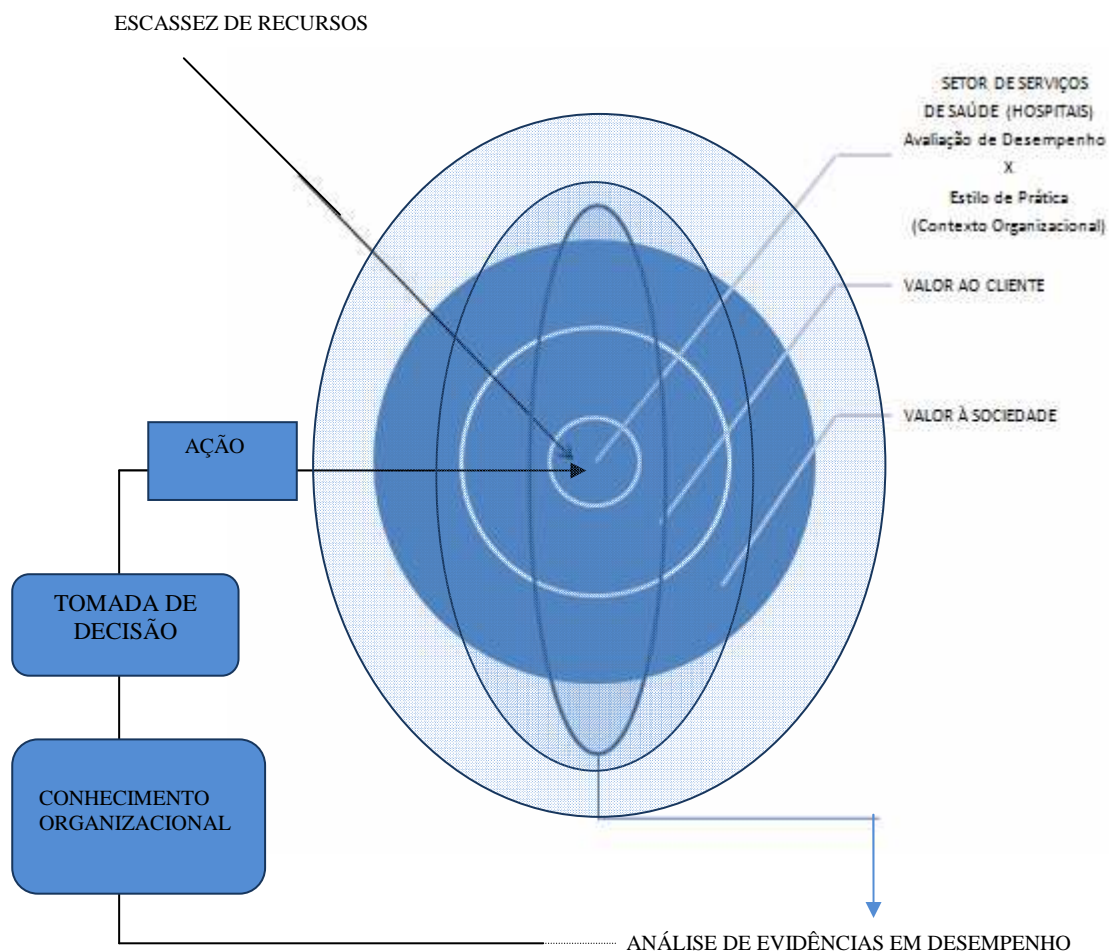


Figura 1: Proposta de Ampliação da Pesquisa Estratégica em Serviços Intensivos em Conhecimento.

Fonte: Desenvolvido pelo Autor

A proposta apresentada na Figura 1 consiste na criação de conhecimento organizacional a partir da análise de evidências em desempenho de acordo com um contexto

organizacional, visando um processo de gestão que subsidie decisões e ações para ampliar a criação de valor em serviços.

A missão das organizações de saúde é essencialmente assistencial por atribuição constitucional (LEI 8.080). Além disso, a demanda sobre os serviços de saúde é crescente e precisa ser atendida na sua integralidade. Este quadro é agravado pela histórica escassez de recursos disponíveis para a atenção à saúde da população, bem como pela carência de uma gestão adequada neste âmbito (LA FORGIA & COUTOLLENC, 2009). Portanto, é necessário que o desempenho das organizações de saúde seja constantemente aperfeiçoado através do monitoramento por indicadores que disponham aos gestores e técnicos evidências para tomada de decisões e ações orientadas por conhecimentos efetivamente resolutivos.

Acredita-se, assim, que este estudo empírico, no campo das organizações hospitalares, possa contribuir para a pesquisa sobre Avaliação de Desempenho e Gestão do Conhecimento, no escopo da Administração Estratégica baseada em recursos (*Resource-Based View*).

Este estudo está dividido em seis seções. A presente seção apresenta o tema, o problema, os objetivos, o contexto teórico e a justificativa de pesquisa. A segunda, discorre sobre o referencial teórico que dá suporte à investigação proposta, iniciando com uma discussão a respeito do tema da Avaliação de Desempenho (Gestão da Qualidade) e o uso de indicadores e sistemas de informação em hospitais. Avança para a Gestão Baseada em Evidências (*EBMgt*) e culmina com um debate teórico a respeito do Conhecimento Organizacional e sua Gestão. Nesta seção, também, contextualiza-se teoricamente a Administração Estratégica, dando-se ênfase à Visão Baseada em Recursos (*Resource-Based View - RBV*). Destaca-se a importância dos recursos humanos e capacidades organizacionais para a aquisição da vantagem competitiva. Além disso, analisa características do ambiente hospitalar no Brasil com vistas a compreender a lógica da competição baseada em valor para o desenvolvimento de melhorias em desempenho hospitalar. A terceira seção explicita a metodologia da pesquisa que foi desenvolvida em diferentes etapas: etapa exploratória (A) com o objetivo de conhecer o campo, aperfeiçoar as questões de investigação e avaliar o uso de um sistema de indicadores hospitalares em particular; (B) um Estudo de Caso em um hospital gerenciado pelo Ministério da Saúde e (C) um Estudo de Caso em um hospital filantrópico. As etapas B e C tiveram o objetivo de aprofundar a investigação do tema da pesquisa em dois hospitais de alta complexidade no Estado do Rio Grande do Sul (seções quatro e cinco respectivamente), representativos da maioria dos arranjos organizacionais encontrados na rede hospitalar brasileira (LA FORGIA & COUTTOLLENC, 2009). Ainda

nesta seção são apresentados, e analisados os dados dos casos estudados, como também será feita uma discussão dos resultados encontrados em cada caso em particular. A sexta seção apresenta as considerações finais do estudo, suas contribuições teóricas e gerenciais, pondera sobre as limitações da pesquisa e sugere indicativos para pesquisas futuras.

1.1 TEMA

Em consonância com a Lei 8080 de 19 de setembro de 1990, o Sistema Único de Saúde (SUS) objetiva o atendimento público da saúde de maneira universal, com atenção integral, em uma rede pública descentralizada que garanta a participação social e igualdade no direito de acesso de todos os cidadãos às ações e serviços de saúde, nos diferentes níveis de complexidade. Para garantir tais objetivos, espera-se que a administração da saúde procure a eficiência e alcance a eficácia no desempenho organizacional. Para que o desempenho seja otimizado, faz-se necessário a utilização de ferramentas de controle gerencial, tal como um sistema de indicadores que possa subsidiar a tomada de decisão na perspectiva da vantagem competitiva em serviços hospitalares, tanto públicos como privados.

Conforme Marinho (2000), variáveis fora do controle dos gestores e as possibilidades de substituição entre insumos não têm sido objeto de muita atenção quando estes optam por indicadores de desempenho. Através de ferramentas da Tecnologia da Informação é possível melhorar a qualidade da gestão da informação tanto aos gestores dos hospitais, quanto aos gestores públicos, no que se refere à distribuição e aplicação de recursos em saúde hospitalar (SOUZA, MARQUEZ, BOINA, GUERRA & AVELAR, 2009). Entretanto, torna-se necessário, ainda, compreender como o conhecimento organizacional pode ser mobilizado investigando-se sobre a efetiva contribuição destes indicadores e sistemas de informação para a melhoria da gestão estratégica dos recursos empregados em saúde (ANDRADE & FALK, 2001; BORBA & COSTA 2002; SOUZA ET AL, 2009; GURGEL & VIEIRA, 2002; GONÇALO & BORGES, 2010).

Estas observações dão suporte à necessidade de pesquisa sobre a gestão estratégica do conhecimento organizacional através de indicadores de desempenho hospitalar, visando à qualificação da prestação de serviços em saúde. Objetiva-se que avanços na análise do desempenho de serviços hospitalares possam ser promovidos através da aquisição e aprendizagem de novos conhecimentos, que venham a qualificar a administração em saúde. Este trabalho, portanto, investiga como a Gestão do Conhecimento organizacional baseada em

evidências pode qualificar a Administração Estratégica de recursos em serviços intensivos em conhecimento através do uso de indicadores de desempenho hospitalar.

Tendo sido contextualizado o tema pesquisado, a seguir, será apresentado o problema de pesquisa.

1.2 PROBLEMA

A distribuição de recursos para que sejam efetivadas as ações em saúde previstas na lei do SUS¹ se dá de forma ascendente, ou seja, municipal, estadual e federal e de acordo com as prioridades orçamentárias de cada região. Entretanto, a iniciativa privada pode participar do SUS de forma complementar (Art. 4º, §2º; CAPÍTULO II)². Cabe à União, aos Estados e Municípios a elaboração de normas para regular as atividades de serviços privados de saúde, tendo em vista a sua relevância pública (CAP. IV SEÇÃO I – XI). Além disso, o Art. 22 prevê que na prestação de serviços privados de assistência à saúde, serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do SUS quanto às condições para seu funcionamento. E, em qualquer caso é obrigatória a autorização do órgão de direção nacional do SUS, submetendo-se a seu controle as atividades que forem desenvolvidas e os instrumentos que forem firmados (TÍTULO III, CAPÍTULO I § 1º).

De acordo com o Ministério da Saúde (2004), o Brasil, desde antes da reforma sanitária que criou o SUS, apresenta uma tendência histórica de pequenos hospitais com o acesso aos serviços de saúde sendo definido pelo número, a qualidade e a complexidade dos serviços existentes. Além disso, o documento que rege a Reforma Hospitalar no Brasil considera as diferenças regionais como um dos principais desafios para a implantação do SUS. Isto significa que em determinada área sempre haverá diversos problemas de saúde cuja expressividade e qualificação dependerá do tamanho da população e das características epidemiológicas da área. Há, ainda, segundo Ministério da Saúde (2004), outros aspectos do problema da gestão hospitalar brasileira como: alta concentração de serviços em áreas urbanas e vazios assistenciais em outras, dimensionamento estrutural inadequado, sobreposição de ações e competição da área hospitalar com a rede básica, definição de demandas por parte do prestador influenciado pelo financiamento, insolvência financeira, baixa capacidade gerencial e resolutividade limitada que não considera o perfil epidemiológico regional.

¹ LEI 80.80; LEI 8.142

² Ver mais sobre a caracterização do sistema nacional de saúde na seção 2.3.3.

Para Costa, Ribeiro e Silva (2000), a organização do Estado brasileiro resultante da Constituição de 1988 assumiu a orientação da administração burocrática normativa com vistas a reduzir o espaço de uso de recursos públicos para fins de patronagem. Esta decisão, segundo os autores, causou o enrijecimento das organizações públicas permanecendo estas com foco no desempenho operacional e processual em razão da possibilidade de tomada de decisão do gestor ficar submetida aos controles administrativos formais e às fontes externas de autoridade e influência. Este quadro gerou a falta de alternativas para a ampliação do poder de resposta do Estado às novas demandas por qualidade e presteza no atendimento. Na rede hospitalar, a redução da autonomia decisória médica em contraste com a baixa responsabilização, a falta de parâmetro gerencial e a resistência em adotar soluções disponíveis pela cultura tecnicista da autonomia profissional deixaram organizações hospitalares deficitárias e com risco de falência e fechamento. Essa paralisia estrutural fica expressa na pouca clareza de objetivos, falta de profissionalização dos gestores, falta de capacitação e desenvolvimento de pessoal, escassez de recursos financeiros e insuficiência de planejamento e padrões externos de comparação entre serviços semelhantes (Lima, 1996),

Desta forma, a falta de critérios claros e definidos para a otimização da missão das instituições do sistema de saúde brasileiro, somada à formação complexa de um sistema público e privado, consiste em uma problemática que evidencia ao gestor hospitalar a necessidade de sistematizar e articular indicadores claros e precisos para qualificar a análise do desempenho dos serviços hospitalares.

O desempenho das organizações hospitalares vistas como *KIBS* é altamente dependente do conhecimento (MILES, 1995). Para que possam chegar a evidências cientificamente comprovadas como resolutivas tanto no âmbito de sua administração, das ações em saúde, é necessário que articulem e gerenciem o conhecimento produzido entre as pessoas, a estrutura interna e externa (SVEIBY, 2001; PFEFFER & SUTTON, 2006).

Assim, o problema de pesquisa refere-se à utilização de sistemas de indicadores de desempenho hospitalar em serviços de saúde hospitalar, considerando-se a GC baseada em evidências (EBMgt).

A problematização supracitada dá origem à seguinte questão de pesquisa:

Como indicadores de desempenho são utilizados em serviços hospitalares, considerando-se a gestão do conhecimento organizacional baseada em evidências?

A seguir, serão apresentados os objetivos da presente pesquisa.

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

O objetivo geral da presente pesquisa consiste em:

- Explorar e analisar como serviços hospitalares utilizam indicadores de desempenho considerando-se a gestão do conhecimento organizacional baseada em evidências.

1.3.2 Objetivos Específicos

São os seguintes os objetivos específicos da pesquisa:

- Identificar como indicadores de desempenho hospitalar vem sendo utilizados para qualificar a gestão estratégica de recursos no setor da saúde;
- Analisar como a gestão baseada em evidências pode contribuir com o processo de tomada de decisões em serviços hospitalares;
- Explorar como é a experiência de gestores hospitalares com indicadores de desempenho quanto ao gerenciamento do conhecimento organizacional.

A seguir, apresenta-se o contexto teórico que articula os objetivos do estudo realizado.

1.4 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA DA PESQUISA

A Administração de serviços intensivos em conhecimento, neste estudo, consiste em compreender como uma organização articula seus recursos e capacidades com vistas a atingir a vantagem competitiva e agregar valor à cadeia de serviços, clientes e sociedade (GRANT,

1991; PORTER & TEISBERG, 2005). A Figura 2 mostra os elementos a serem articulados de forma a constituir o contexto teórico deste estudo:

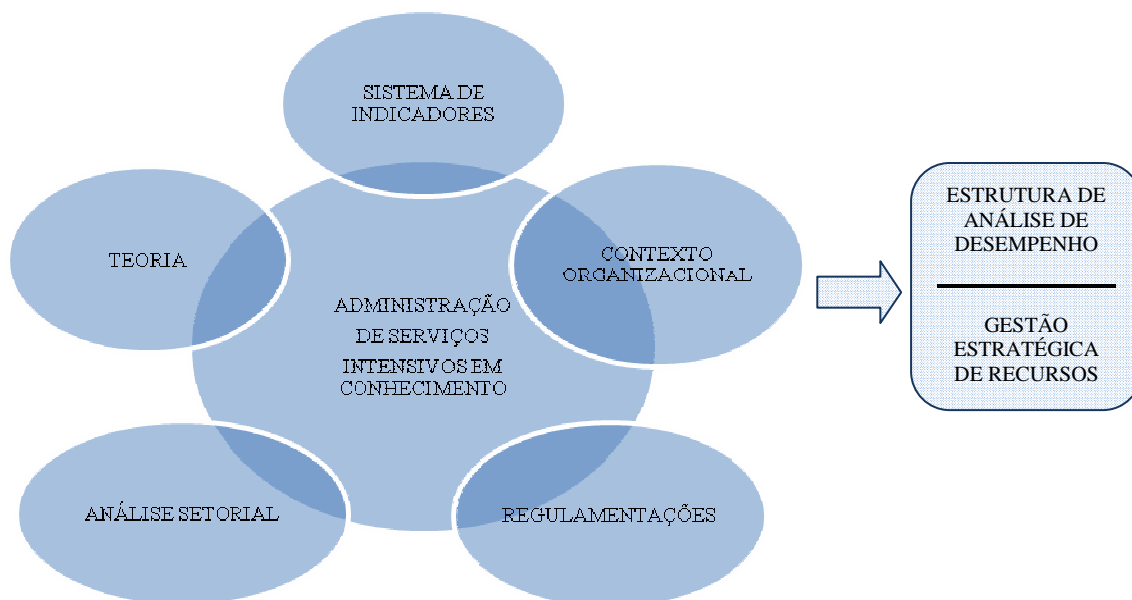


Figura 2 – Contextualização Teórica da Pesquisa

Fonte: Elaborado pelo autor

O presente estudo propõe, em primeiro lugar, que os aspectos teóricos sobre o tema proposto subsidiem a compreensão sobre administração de serviços baseados em conhecimento. Assim, considera-se em especial os recursos financeiros, recursos humanos, informação, conhecimento e capacidades organizacionais. Em segundo lugar, analisa-se a experiência de um grupo de organizações hospitalares com a utilização de um sistema de indicadores de desempenho. Agrega-se uma análise aprofundada sobre o conhecimento organizacional (SVEIBY, 1998; 2001; 2010) colhido das experiências específicas vivenciadas nos contextos organizacionais de duas organizações hospitalares de alta complexidade. Na proposição estruturada considera-se, ainda, uma análise do comportamento de desempenho do setor hospitalar no Brasil (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009), segundo as regulamentações governamentais vigentes (LEI 8.080; LEI, 8.142). Este conjunto de dimensões teórico - práticas de investigação é proposto como determinante na geração de indicativos para uma estrutura de análise de desempenho de serviços baseados em conhecimento, como hospitais (MILES, 1995).

A seguir, serão apresentadas as justificativas para esta pesquisa.

1.5 JUSTIFICATIVA

Machuca et al (2007), apontava para o fato de que, a partir da segunda metade do século XX, houve um aumento da importância do setor de serviços na produção e nos empregos indo além das atividades da fábrica. Para os autores, algumas das principais características da nova economia estão de alguma forma conectadas com o setor de serviços. Conforme dados da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE, 2003), cerca de 70% do PIB nacional, em algumas das principais economias desenvolvidas no mundo é gerado pelo setor de serviços. São exemplos disso: USA 76,5%, França 75,9%, Inglaterra 73,8%, Alemanha 70,1%, Japão 69,6%, Itália 70,9% e Espanha 67,2%.

No entanto, Machuca et al (2007) encontraram apenas 7,5% das publicações nos 10 principais *journals* acadêmicos da área de operações direcionadas especificamente para gerenciamento de serviços. Os autores consideram estes dados como indicativos de uma contradição em relação à crescente importância da área de serviços na economia. Para Machuca et al (2007), isto ocorre por conta da crença de que os modelos de gestão de operações podem ser adaptados para serviços.

Porém, Giansi e Corrêa (1994) afirmam que as operações de serviços, devem ser avaliadas, primeiramente, com base nas suas credenciais e, em segundo lugar, levando em conta a experiência. Isto ocorre, devido ao fato de que há serviços que não podem ser avaliados antes da compra e tampouco durante o seu consumo ou somente podem ser avaliados durante a experiência de uso.

Sveiby (1998) considerou que a maneira industrial de ver o mundo está sendo abandonada, por todos, já que o novo parece ser intangível e caótico, individual e global, pequeno e grande, humano e mecânico ao mesmo tempo. Assim, a informação e o conhecimento estão adquirindo maior importância, constituindo dois terços do PIB e dos empregos. Torna-se necessário, então, ver o mundo pela perspectiva do conhecimento, ou seja, pelo ponto de vista da economia do conhecimento ou de serviço (SVEIBY, 1998; 2001; 2010)

Ostrom, Bitner, Brown, Burkhard, Goul, Kevin, Demirkan e Rabinovich (2010) realizaram um levantamento sobre a participação de acadêmicos e executivos em pesquisas no setor de serviços em uma amostra representando 1000 companhias ao redor do mundo. Os autores descobriram que os temas Mensuração e Otimização do Valor de Serviços, Melhoria do Bem-Estar Através da Transformação de Serviços e Criação e Manutenção da Cultura de um Serviço estão entre as dez prioridades de pesquisa na área de serviços.

Com relação à mensuração e otimização, Ostrom et al (2010) verificaram que a pesquisa é incipiente, o que abre oportunidade para a criação de novos conhecimentos, especialmente, quanto à relação entre serviços baseados em valor da entrega e desempenho financeiro da firma. Para estes autores, sem mensuração dos resultados do desempenho de um serviço o arranjo dos insumos não é consistente para gerar uma entrega de qualidade. Em relação à melhoria do bem-estar, Ostrom et al (2010), consideram aspectos como a facilitação do acesso, qualidade e produtividade em serviços de saúde. O foco das pesquisas nesta área está na busca da entrega do serviço de forma sustentável através da preservação da saúde, da sociedade e do ambiente. E por fim, no terreno da criação e manutenção da cultura de um serviço, Ostrom et al (2010), destaca a perspectiva da aprendizagem organizacional na qual o conhecimento dos empregados e consumidores agrega valor.

A função primordial dos serviços de saúde, de acordo com a Constituição Brasileira, é assistencial e deve reger a administração pública e privada (LEI 8.080). Devido às normas de gestão em saúde no Brasil, o gerenciamento de informações em saúde passou a ser um ponto crítico para a eficácia na distribuição dos recursos voltados à atenção integral à saúde do cidadão brasileiro. Além disso, a adoção de sistemas de informação em saúde por parte dos órgãos gestores permitirá avaliar o desempenho de uma região quanto ao uso de recursos e à qualidade da prestação de serviços em saúde.

O Ministério da Saúde (2004) estabelece eixos norteadores para a reforma do sistema hospitalar brasileiro, a fim de sustentar e relacionar todas as ações estratégicas desenvolvidas. Dentre estes, encontra-se como um elemento central na elaboração e implementação de políticas na área hospitalar: a observação de que estas instituições passem a ser vistas, planejadas e avaliadas enquanto determinantes e determinadas do sistema de saúde como um todo. Destaca-se a atuação dos gestores locais do SUS na discussão das necessidades e demandas de serviços e na condução e controle de todas as ações implementadas. Outros

avanços buscados pelo Ministério da Saúde (2004) são: a contratualização³ do processo de discussão, definição de demanda, metas qualitativas e quantitativas por serviço; distribuição de obrigações e responsabilidades; critérios e instrumentos de monitoramento, avaliação de resultados e cumprimento de metas estabelecidas.

Em recente pesquisa realizada por Lima, Barbosa, Portela, Ugá, Vasconcelos e Gershman (2004) sobre hospitais filantrópicos no Brasil, em uma amostra de 63 hospitais, 83% foi considerado como de nível *incipiente* de gestão. Entre 13 grandes hospitais individuais e 10 especiais, a maioria foi classificada como *em desenvolvimento* (62% e 90% respectivamente). Entretanto, nenhum dos hospitais foi classificado como *avançado*.

Estas experiências reveladas na bibliografia, também, tem evidenciado a importância da criação de mecanismos para a disseminação do conhecimento adquirido nas experiências individuais, vindo a promover um processo contínuo de análise e sistematização do conhecimento organizacional.

Portanto, a investigação sobre como o conhecimento pode ser administrado estrategicamente a partir do uso de uma estrutura de indicadores em saúde poderá contribuir com o desempenho de serviços de saúde no Brasil. Além disso, pretende-se contribuir com alternativas para avaliações de desempenho comparativo, a fim de oferecer melhorias na gestão dos recursos e gerar evidências para a possível proposição de novas políticas públicas na área da saúde hospitalar. Como a gestão é uma variável explicativa importante para a política pública e como a gestão dos recursos oriundos do SUS enfrenta problemas pelos hospitais (SOUZA, MARQUEZ, BOINA, GUERRA & AVELAR, 2008), torna-se importante construir um sistema de controle e de avaliação dos resultados que auxilie os gestores hospitalares a compreender o desempenho em saúde. Para isso, é fundamental que os gestores possam dispor de instrumentos e ferramentas gerenciais adequados à administração dos recursos utilizados na consecução das atividades operacionais (SOUZA ET AL, 2008).

O presente estudo pretende avançar na compreensão do processo de gestão do conhecimento a partir do uso de indicadores para que o administrador hospitalar possa avaliar estrategicamente o desempenho organizacional e desenvolver suas operações baseado em

³ Este termo é um neologismo que vem sendo empregado na discussão da proposta de reforma hospitalar brasileira e vai além das exigências formais entre gestor e prestador de serviços de saúde, apontando para a necessidade de pactuações loco - regionais e internalização dos pactos dentro dos limites do estabelecimento de saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004).

evidências. Sendo assim, esta pesquisa poderá servir de estímulo para a capacitação dos hospitais, para a utilização dos indicadores como ferramenta gerencial e para a criação de referenciais de gestão adequados ao contexto de serviços.

A seguir, será desenvolvido o referencial teórico que sustenta a presente pesquisa.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico que orienta o presente estudo parte de uma revisão bibliográfica sobre o tema da Avaliação de Desempenho sob a perspectiva da GQ. A seguir, esta dimensão é revisada quanto à importância das medidas de desempenho e seus conceitos básicos para orientação de rumos estratégicos e melhorias na qualidade de operações de serviços. Após, aprofunda-se o tema derivando para o uso de indicadores e sistemas de informação hospitalares, baseados na utilização dos mesmos e sua avaliação de acordo com publicações relevante sobre o tema. Realizou-se uma “passagem” da visão da Gestão da Qualidade, a qual engloba avaliação de desempenho enfocada em serviços hospitalares, para a Gestão Baseada em Evidências (*EBMgt*), como princípio para a tomada de decisões baseadas no conhecimento atualizado e comprovado como resolutivo. Evolui-se, então para a Gestão do Conhecimento Organizacional de acordo com o objetivo de estudar os processos de criação, conversão e transferência de conhecimentos no intuito de qualificar o desempenho em hospitais. Como contexto teórico de análise, é apresentado o escopo de estudo em Administração Estratégica, destacando-se a Visão Baseada em Recursos (*RBV*) e a influência dos recursos humanos no campo hospitalar. Finalmente, é realizada uma abordagem bibliográfica quanto à análise do sistema hospitalar brasileiro, para referenciar o setor onde este estudo está inserido.

2.1 AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SOB A PERSPECTIVA DA GESTÃO DA QUALIDADE

Para Gonçalves (2002) uma característica essencial de uma organização é a capacidade de aplicar com sucesso seus indicadores para a medição de seu desempenho. Segundo esse autor, o resultado de uma aplicação eficaz de indicadores é o aumento do conhecimento de pontos críticos nos processos organizacionais, permitindo uma avaliação contínua da eficiência dos mesmos e das pessoas na organização. Assim, a gestão organizacional deve basear-se nos caminhos indicados por suas medidas de desempenho. Para Slack, Chambers, Harrison e Jhonston (1997) há a necessidade real da aplicação de diversos indicadores como instrumentos de gestão para atingir a complexidade da estratégia do negócio.

Nesta seção será abordado o tema da avaliação de desempenho através das medidas e indicadores propostos na teoria visando a GQ em serviços.

2.1.1. Medidas de Desempenho

Medida de desempenho é “a quantificação de quão bem as atividades dentro de um processo ou seu *output* atingem uma meta especificada” (HRONEC & ANDERSEN, 1994, p.6). Esta quantificação precisa interligar estratégias, recursos e processos. Medidas de desempenho servem como instrumentos que permitem o acompanhamento da dinâmica da organização na gestão do planejamento dos processos, em sua manutenção, em suas melhorias e nos resultados alcançados. Além disso, medidas de desempenho podem favorecer a análise sobre o nível de desvio de trajetória na estratégia da organização e na verificação de quais as causas a serem enfocadas para o exercício da melhoria organizacional. Assim, mais do que identificar problemas, auxiliam a prever e evitar problemas. Ainda, quando as medidas de desempenho são associadas à estratégia organizacional, as mesmas regras são seguidas e os mesmos limites são respeitados. A partir desta visão única todos podem trabalhar para a implementação da estratégia atingindo metas pré-estabelecidas para melhorar o desempenho da organização. (GONÇALO, 1995; HRONEC & ANDERSEN, 1994, RUMMLER & BRACHE, 1992)

O movimento de GQ ou *TQM*, efetivou-se por volta do início dos anos 80, no Japão, com vistas a atingir excelência em fábricas de manufatura (ISHIKAWA, 1993). Após a Segunda Guerra Mundial, o Japão começou a ocupar-se em pesquisar novas formas de administração para a melhoria do quadro nacional. Foram encontradas duas linhas de administração: (1) valorização das técnicas e tecnologias através do controle estatístico de processos e (2) valorização do homem para atingir o sucesso organizacional (GONÇALO, 1995).

A *TQM* foi criada para desenvolver a melhoria contínua da organização conciliando o nível de processos e o nível do homem (RUMMLER & BRACHE, 1994). Neste modelo de gestão, ações instrumentais são realizadas para o aumento da eficiência e qualidade de produtos e processos. Dentre os critérios utilizados para mensuração da qualidade, a literatura sobre o tema (CROSBY, 1979; JURAN & GRYNIA, 1980; DEMING, 1982; WRUCK & JENSEN, 1994; AHIRE, GOLHAR & WALLER, 1996; HENDRICKS & SINGHAL, 1997) destaca: o comprometimento da alta direção, foco no consumidor, gestão da qualidade dos fornecedores, gestão da qualidade de projetos, *benchmarking*, uso de controles estatísticos,

análise de causas, uso da informação, *empowerment* e envolvimento dos empregados, valorização do ser humano, redução de custos e inovação organizacional.

Para Gonçalo (1995) o ponto de partida para qualquer melhoramento é o surgimento de uma necessidade, que provém da descoberta de um problema. A descoberta de problemas, a partir das pessoas desde a gerência até cargos operacionais, abre possibilidades para atingir a melhoria. Portanto, a caracterização de um problema é a oportunidade para melhorar. Uma vez identificado um problema, este deve ser resolvido. Conforme o autor,

“A descoberta de problemas somente será incentivada se houver um processo de resolução de problemas, entendido por todos. Se nós simplificarmos a resolução de problemas, com uma metodologia acessível a todos, estaremos caracterizando a identificação de um problema como uma situação normal, e não caracterizando uma dificuldade criada a mais.” (GONÇALO, 1995, p.90-91)

Deste modo, as pessoas estarão sendo incentivadas a desenvolver uma cultura de processo de melhoria contínua.

Há instrumentos de referência que são necessários para o conhecimento de fatores que podem influenciar no desenvolvimento de habilidades em desempenho que são: o espírito de equipe, a educação e o treinamento, a satisfação no trabalho, o controle de custos, o controle dos processos e o foco no cliente (GONÇALO, 1995). É a partir destas referências que ferramentas de análise de desempenho podem ser desenvolvidas visando à melhoria contínua do desempenho de serviços.

A publicação de Hronec e Andersen (1994) descreve as medidas de desempenho ao nível da organização envolvendo pessoas e processos para atender as exigências dos clientes. Estas medidas são divididas em três grandes grupos (custo, qualidade e tempo), conforme se exemplifica no Quadro 1:

Nível da Organização	Descrições	Definições	Exemplos
Custo	Financeiro	Informação financeira histórica relatada conforme regras externas	- Imposto de Renda - CVM
	Operacional	Informação financeira utilizada para gerir o negócio no dia-a-dia	- Pedidos em carteira - Vendas
	Estratégico	Análise financeira utilizada para dar apoio a decisões de longo prazo	- Análise de fabricar/comprar - Análise do custo do produto/serviço - Análise do custo-alvo
Qualidade	Empatia	Atenção individualizada	- Avaliação de satisfação pelo cliente - Avaliação de satisfação pelo empregado
	Produtividade	Eficiência organizacional	- Vendas por empregado - Unidades produzidas num período de tempo - <i>Outputs</i> divididos pelos <i>inputs</i>
	Confiabilidade	Desempenho consistente e confiável	- Devoluções de produtos - Reclamações do cliente
	Credibilidade	Percepção da organização pelos interessados	- Pesquisas de imagem - Escore pelas relações públicas
	Competência	Habilidades exigidas para o desempenho	- Titularização por terceiros - Referências por cliente
Tempo	Velocidade	Velocidade com a qual a organização entrega diversos <i>outputs</i>	- Tempo de ciclo de atendimento do pedido - Tempo de desenvolvimento de novo produto
	Flexibilidade	Habilidade da organização em responder às variações das demandas	- Número dos níveis organizacionais e âmbito do controle - Tempo requerido para reagir às solicitações do cliente
	Responsividade	Habilidade e disposição para prestar serviço imediato	- Tempo médio que leva para comunicar-se com a pessoa chamada
	Maleabilidade	Flexibilidade e atitude positiva com relação à mudança	- Índice de prontidão para a mudança organizacional - Número de sugestões implementadas

Quadro 1: Medidas de Desempenho – Descrições, Definições e Exemplos

Rummler e Brache (1992), Hronec e Andersen (1994) e Gonçalo (1995), apresentam uma série de fatores influentes nas medidas de desempenho que podem ser compilados da forma apresentada a seguir:

- **fatores estratégicos:** tecnologia, método de venda, capacidade de produção, serviços ofertados, custos da execução dos processos, eficiência e produtividade;
- **recursos humanos:** habilidades físicas, criatividade, conhecimento comportamento, treinamento, absenteísmo, sistemas de recompensa;
- **organizacional:** resultados de velocidade de entrega, qualidade, volume, devolução, parceria, imagem;
- **ambiente interno:** políticas, liderança, cultura, capacidades e aprendizagem, relacionamentos;
- **ambiente externo:** competição, normas, legislação e economia;
- **recursos financeiros:** custos dos recursos, crédito, investimento, diversidade.

Para Miller, Craighead e Karwan (2000), o sucesso em operações de serviços é tradicionalmente mensurado através de resultados da satisfação, lealdade e retenção de clientes. Segundo os autores, devem ser mensurados fatores psicológicos e tangíveis quanto à atenção dos clientes a detalhes operacionais e ao valor agregado. Entretanto, esta avaliação é limitada pelas características de poder aquisitivo e o resultado de perdas financeiras, caso ocorram ao longo do tempo de uso do produto e serviço agregado (MILLER ET AL, 2000).

Prahinsky e Benton (2004) desenvolveram o estudo da mensuração de melhorias em produtos ou serviços que empresas compradoras recebem de seus fornecedores. Seus estudos contribuíram para esclarecer as discrepâncias entre o desempenho de fornecedores e as expectativas de compradores. Conforme estes autores, sem a efetiva mensuração e sistemas de comunicação a coordenação entre compradores e fornecedores também não é efetiva. Prahinsky e Berton (2004) confirmam e evoluem nas observações de Hronec e Andersen (1994), uma vez que as medidas necessárias para a melhoria do desempenho iterorganizacional devem ser operacionais (qualidade, entrega, preço, serviço, flexibilidade) e financeiras (custo associado ao tempo de produção e à defeitos).

Minor e Roth (2007) identificam cinco dimensões críticas e complementares para a mensuração em operações de serviços: processos, *marketing*, estratégia, cultura e tecnologia

da informação. Para os autores, estas cinco dimensões podem ser utilizadas para o benchmarking competitivo.

Robin (2008) realizou um apanhado geral das pesquisas realizadas em TQM, em virtude dos 70 anos do Professor Gopal Kanji, fundador do *Total Quality Management & Business Excellence Journal*. Nesta revisão, o autor encontrou em 21 companhias ao redor do mundo, o uso de 65 diferentes ferramentas e técnicas consideradas de GQ.

Sink e Tuttle (1993), já alertaram sob a falta de consenso sobre os critérios de desempenho para sistemas organizacionais, quanto às definições operacionais para os critérios de desempenho utilizados frequentemente. Devido às diversas estratégias de melhorias, como reorganização, círculos de controle da qualidade, integração vertical, programas de qualidade e tantas outras, a interpretação sobre o que constitui um conceito aplicado de desempenho de operações torna-se difícil.

Entretanto, a prioridade “qualidade” é historicamente considerada básica para a aquisição de melhorias contínuas no desempenho de empresas no mundo (ROBIN, 2008). A produção de itens que atendam a altos padrões de qualidade era uma das preocupações principais de fábricas na Europa, América do Norte e Japão desde o início dos anos (FERDOWS, MILLER, NAKANI & WOLLMAN, 1986, FERDOWS & DE MEYER, 1988, DE MEYER, 1989; DE MEYER & FERDOWS, 1991)

No Brasil, uma das principais referências atuais para a avaliação da qualidade e excelência em gestão organizacional é o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), proposto pela Fundação Nacional da Qualidade (FNQ). Trata-se de uma avaliação realizada por uma banca de 3105 examinadores selecionados e devidamente capacitados dentro dos critérios do prêmio, de acordo com a pontuação exigida. A avaliação proposta no PNQ é baseada no Modelo de Excelência da Gestão[®] (MEG), conforme mostra a Figura 3:

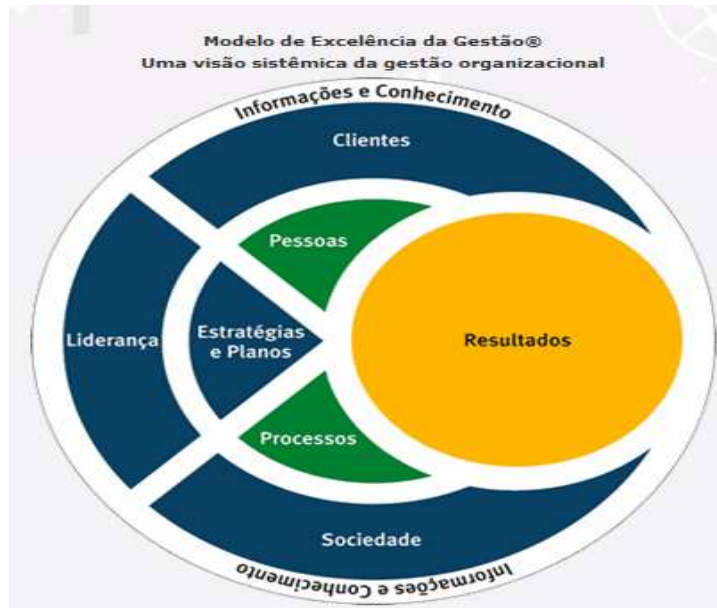


Figura 3: Modelo de Excelência da Gestão (MEG)

Fonte: <http://www.fnq.org.br/site/376/default.aspx>

A figura representativa do MEG simboliza a organização, considerada como um sistema orgânico e adaptável ao ambiente externo, segundo o ciclo de PDCA (*Plan, Do, Check, Action*).

O MEG é baseado em onze fundamentos e oito critérios. Os fundamentos são a base teórica para o alcance de uma gestão excelente. São eles: *pensamento sistêmico; aprendizado organizacional; cultura de inovação; liderança e constância de propósitos; orientação por processos e informações; visão de futuro; geração de valor; valorização de pessoas; conhecimento sobre o cliente e o mercado, e, desenvolvimento de parcerias e responsabilidade social*. Esses onze fundamentos são colocados em prática através dos seguintes critérios de avaliação, nos quais as empresas pontuam para concorrer ao PNQ: *liderança; estratégias e planos; clientes; sociedade; informações e conhecimento; pessoas; processos, e, resultados* (FNQ, 2009).

A lógica estabelecida no MEG consiste na relação direta entre a capacidade de uma organização em identificar, entender e atender às necessidades e expectativas dos *clientes* e a *criação de valor* para a obtenção de sucesso através da retenção e ampliação dos mesmos. Esta lógica deve ser ampliada às relações da organização com a *sociedade* na interação ética, cumprimento de leis e preservação ambiental.

De posse das informações sobre a clientela, a *liderança* estabelece a estratégia, os planos de ação e alocam recursos adequados para direcionar o desempenho organizacional e determinar seu posicionamento competitivo. Através da análise do desempenho organizacional, os líderes executam ações para consolidar o aprendizado. A organização deve avaliar permanentemente a implementação das estratégias, monitorar os respectivos planos e responder rapidamente às mudanças nos ambientes interno e externo. Estes quatro critérios consolidam a etapa P do PDCA.

Falconi (2011), afirma que uma das principais características do PDCA é possibilitar às empresas o estabelecimento, planejamento, controle e execução de planos em relação a metas estabelecidas. Neste sentido, é importante que seja realizada a análise de causas para determinado cenário, que seja elaborada uma seqüência de procedimentos claros e precisos e sua respectiva checagem a fim de orientar decisões e ações efetivas em um ambiente atual onde as organizações são submetidas a mudanças rápidas.

Um ambiente organizacional propício à consolidação da cultura da excelência possibilita a execução e o gerenciamento adequados dos *processos*, criando valor para os clientes e aperfeiçoando o relacionamento com os fornecedores. A organização planeja e controla os seus custos e investimentos. Os riscos financeiros são quantificados e monitorados. Estes pontos concluem a etapa referente à execução (D) no PDCA.

Na etapa do Controle (C), são mensurados os *resultados* em relação a: situação econômico-financeira, clientes e mercado, pessoas, sociedade, processos principais do negócio, processos de apoio, e fornecedores. A implementação de práticas de gestão e a dinâmica externa à organização geram efeitos que podem ser comparados às metas estabelecidas favorecendo eventuais correções de rumo ou reforços das ações implementadas.

Os resultados retornam à toda a organização na forma de *informações e conhecimento*, complementando o ciclo PDCA com a etapa referente à ação (A). As informações representam a inteligência da organização e viabilizam o fechamento do ciclo através da análise do desempenho e a execução das ações necessárias em todos os níveis. A gestão das informações e dos ativos intangíveis é um elemento essencial à jornada em busca da excelência (PNQ/FNQ).

Para a avaliação e premiação das organizações, os oito critérios de excelência estão subdivididos em 24 itens, cada um possuindo requisitos específicos e uma pontuação máxima. Destes, 18 representam os aspectos de enfoque e aplicação, e seis, os resultados. O programa já reconheceu, através do Prêmio Nacional da Qualidade, empresas como a Brasal

Refrigerantes e a AES Eletropaulo. A FNQ mantém um projeto de visitação a empresas vencedoras com o intuito de promover o *benchmarking*, criar relacionamentos profissionais com os responsáveis pela GQ destas empresas e fornecer informações sobre as práticas implementadas e a evolução nos processos de aprendizado das organizações.

Batista (2008) realizou uma pesquisa com as instituições vencedoras do PNQ entre os anos de 2000 e 2006 com o intuito de encontrar relações entre práticas de GC e o desempenho organizacional. Para tanto, o autor desenvolve o Modelo de Gestão do Conhecimento com Foco na Qualidade (GCFQ) para avaliar correlação entre práticas de GC e o (1) atendimento das necessidades dos clientes, (2) a satisfação da força de trabalho, (3) satisfação das comunidades em relação às organizações e (4) o nível de inovação gerencial. Para Batista (2008, p. 248) “as práticas de Gestão do Conhecimento são atividades voltadas para a identificação, captação, criação, retenção, mensuração, compartilhamento e utilização do conhecimento com objetivos estratégicos”. O autor valida estatisticamente o modelo GCFQ encontrando que a organização que faz a GC com foco na Qualidade é aquela que implementa práticas de GC com o objetivo de atender as necessidades e superar as expectativas dos clientes, alcançar a excelência gerencial e melhorar o seu desempenho.

O Movimento Brasil Competitivo (MBC), criado em novembro de 2001, é outra instituição - reconhecida como uma Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP) - que busca contribuir para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira através do aumento da competitividade do país. Esta instituição atua a nível nacional disponibilizando conceitos e ferramentas, mobilizando lideranças públicas e privadas e disseminando conhecimento para contribuir na construção do capital social do país.

Um dos objetivos do MBC é transformar a cultura empreendedora e competitiva em realidade para a população brasileira. Para isto, desenvolve e fomenta o comprometimento com a competitividade como ferramenta de desenvolvimento do país. Para fazer com que o país supere os próprios níveis de eficiência competitiva o MBC visa oferecer alternativas para o ajuste do conjunto de instituições, políticas e fatores de produtividade do país aos movimentos da economia mundial. A meta máxima do MBC é gerar novas lideranças que levem aos municípios e estados do Brasil os seus valores e objetivos.

O movimento desenvolve três grupos de projetos com o objetivo de monitorar o desempenho de fatores que afetam a competitividade nacional:

(a) Projetos de Gestão (MPE Brasil – Prêmio de Competitividade para Micro e Pequenas Empresas; Rede QPC para estimular a criação de programas estaduais de qualidade, produtividade e competitividade em todos os estados brasileiros),

(b) Projetos de Gestão Pública (Programa Modernizando a Gestão Pública, Prêmio Prefeito Inovador) e

(c) Projetos de *Benchmarking* (apoio ao World Econômica Fórum na coleta de informações para a criação de indicadores de competitividade global). Além disso, o MBC conta com um grupo de projetos com o objetivo de difundir a cultura da inovação: parceria com a Agência Brasileira de Desenvolvimento Nacional para o desenvolvimento internacional de competências brasileiras em tecnologias industriais junto ao *International Computer Science Institute (ICSI)*, *2nd US-Brazil Innovation Summit*, Prêmio Nacional de Inovação e Prêmio MERCOSUL de Ciência e Tecnologia.

Inserido na Rede QPC do MBC está o Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade (PGQP). O programa iniciou em 1992 com a intenção de melhorar produtos e serviços, economizar tempo e otimizar recursos no Estado do Rio Grande do Sul. Os critérios de avaliação apresentados pelo PNQ (FNQ, 2009) são também utilizados no PGQ para diagnosticar o estágio de desenvolvimento gerencial e planejar ações visando a melhoria contínua. A relação entre o PNQ e o PGQP através de parceria entre o setor público e a iniciativa privada permitiu a divulgação dos princípios da qualidade aprimorando produtos e serviços das empresas gaúchas. Com a crescente competitividade e qualificação nos serviços públicos e privados através do PGQP, o Rio Grande do Sul passou a ser reconhecido em todo o Brasil como o Estado que mais avançou na disseminação dos conceitos e na aplicação das técnicas e ferramentas da qualidade.

Os critérios do PNQ/PGQP foram utilizados como base para o desenvolvimento do Sistema Padronizado para a Gestão Hospitalar (SIPAGEH). Este sistema será utilizado como modelo de sistema de indicadores de desempenho hospitalar dentro do escopo metodológico desta pesquisa para consolidar-se o processo da etapa exploratória inicial e subsidiar com dados secundários a análise de dados qualitativos (entrevistas). Desta forma, será possível verificar a qualidade e a relação contextual da lógica de evidências, desempenho e conhecimento organizacional para a estratégia em serviços baseados em conhecimento tendo como campo de pesquisa o setor hospitalar brasileiro a partir de um sistema de indicadores desenvolvido dentro das bases do PNQ, PGQP e MBC.

A seguir será apresentada a evolução do tema da avaliação de desempenho no setor hospitalar que dá estofamento teórico ao sistema escolhido (SIPAGEH) para, juntamente com o tema das medidas de desempenho, dar suporte à coleta de dados nesta dissertação.

2.1.2 Avaliação de Desempenho de Serviços Hospitalares Através de Indicadores

Em 1981, Donabedian já chamava a atenção para a necessidade de mensuração *standard* de indicadores que pudessem favorecer a melhoria da qualidade dos serviços em saúde. Passados 24 anos de pesquisas, Donabedian (2005) defende a importância da avaliação multidimensional dos cuidados médicos a partir de dados facilmente mensuráveis que podem fornecer informações sobre aspectos da estrutura, processo ou resultado dos serviços em saúde.

A utilização de indicadores no monitoramento do desempenho dos serviços em saúde passou a ser valorizada nas últimas décadas (SCHOUT & NOVAES, 2007). Para conseguir qualidade, alta produtividade e baixo custo nos programas e serviços em saúde torna-se indispensável o uso rotineiro de instrumentos de medição tal qual indicadores de qualidade e quantidade.

Devido à complexidade de tais serviços “somente o uso contínuo de indicadores trará aperfeiçoamento e inovação na avaliação/controle e conseqüentemente no planejamento, organização e coordenação/direção das unidades de saúde” (BITTAR 2008, p. 116). Ainda segundo Bittar (2008) de nada adianta todo o esforço de coleta, manutenção de séries históricas de indicadores que meçam riscos, qualidade, produtividade se houver falha na divulgação dos resultados.

Os indicadores são a base para um processo de gestão que envolva de maneira dinâmica a estrutura disponível (recursos técnicos e humanos), os processos de atendimento (cuidados médicos, relações sociais e psicológicas entre profissionais e paciente) e os resultados alcançados nesses processos (mensurados por indicadores). Sendo assim, os resultados finais de efetividade precisam estar constantemente balizando a estrutura e os processos de atendimento (BORBA & KLIEMANN, 2008). Neste sentido, Beulke e Bertó (2000), referindo-se às organizações hospitalares, apontam que o desenvolvimento de sistemas gerenciais que possibilitem um retorno adequado sob a ótica do resultado, deve estar associado ao grau de satisfação dos clientes, do ponto de vista do atendimento e a uma estrutura enxuta, sendo estes fatores críticos de sucesso para tais organizações.

Assim, através da utilização de indicadores a prática gerencial é favorecida. Klück, Guimarães, Ferreira e Prompt (2002) compreendem a prática gerencial como fator crítico no processo de melhoria da qualidade dos serviços prestados e aumento de eficiência. Uma gestão adequada envolve a avaliação da qualidade dos serviços prestados através de critérios e parâmetros que envolvam estrutura, processos e resultados. Tais critérios e parâmetros envolvem a utilização de indicadores que são “variáveis que medem quantitativamente as variações no comportamento dos critérios de qualidade” (p. 29) necessários. Portanto, indicadores são essenciais por proporcionarem informações mensuráveis que conseguem descrever a realidade e as modificações realizadas pelo serviço ou assistência. Além disso, o uso contínuo de indicadores promove a almejada transparência nas ações das instituições (BITTAR 2008).

No Brasil, a Reforma Sanitária (LEI DO SUS) e a Reforma Hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2004) estabeleceram parâmetros de avaliação da capacidade de resolutividade dos serviços de saúde. Estes parâmetros são indicadores acordados no Contrato de Metas com distribuição orçamentária vinculada ao seu cumprimento. São considerados os seguintes indicadores:

- recomendados pela portaria n. 312, de 02 de maio de 2002 – CENSO HOSPITALAR – Média de Pacientes/Dia, Média de Permanência, Taxa de Ocupação Hospitalar, Taxa de Ocupação Operacional, Taxa de Ocupação Planejada, Taxa de Mortalidade Hospitalar (na internação) e Taxa de Mortalidade Institucional (após 24h de saída);
- recomendados pelo Sistema de Urgência - Número de atendimentos em unidades de urgência, Percentual de atendimentos conforme a área de residência, Percentual de atendimento segundo determinado período de tempo, Percentual de atendimento segundo demanda, Tempo médio de espera para o primeiro atendimento, Tempo médio de espera das equipes de urgência, Tempo Médio decorrido no local da ocorrência, Tempo médio de transporte até a unidade de referência, Tempo médio de resposta total, Tempo médio de adequação, Tempo médio de permanência na urgência, Grau de preenchimento da história clínica, Grau de disponibilidade de informações a pacientes e familiares, Percentual de diagnósticos com a Classificação Internacional de Doenças (CID -10), Proporção de Internações, Taxa de retorno à urgência, Taxa de mortalidade nas urgências e Taxa de Mortalidade após 24h da urgência;
- Indicadores do Pacto de Atenção Básica como indicadores de Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Controle da Hipertensão Arterial, Controle da Diabetes, Controle da Tuberculose, Eliminação da Hanseníase, Saúde Bucal e outros;
- Taxa média de utilização de sala cirúrgica e
- Taxa de transferência externa de pacientes recebidos por meio do sistema de referência e contra-referência.

Quadro 2: Indicadores de Desempenho Hospitalar
Fonte: Ministério da Saúde (2004)

Estes indicadores são artifícios legais para o monitoramento e avaliação de desempenho de unidades hospitalares visando o repasse de recursos financeiros. Os dados

devem ser informados semestralmente pelas unidades aos Conselhos de Saúde incluindo, ainda, documentos contábeis, balancetes, análise do atendimento das metas, entre outros cabíveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Entretanto, as organizações do conhecimento gerenciam basicamente seus profissionais e seus especialistas (SVEIBY, 1998-2001-2010). Neste sentido, para o desenvolvimento de habilidades em desempenho de serviços hospitalares, Emmerick, Pereira e Budolla (2006) argumenta que: atualizar

[...] em hospitais, as redes de relacionamentos e as comunidades de profissionais são melhores que as hierarquias para o compartilhamento de dificuldades e possibilidades, pois os processos hospitalares têm demandas reais que vinculam os profissionais em atividades comuns” (p. 5).

Desta forma, os autores destacam a influência do relacionamento, do trabalho vivencial em equipe, onde o coletivo deve ser encorajado, capacitado e desafiado a solucionar problemas e criar novas oportunidades. Segundo o estudo realizado, “quando se quer que as pessoas assumam a mudança na organização, elas devem ser entusiasmadas a deixar algo e a buscar algo novo; portanto, a aprender” (EMMERICK ET AL, 2006, p. 5-6). Para Costa et al (2000), o conhecimento acumulado nas experiências das pessoas nas organizações de saúde apresenta-se como relativamente consensual no seio de grupos específicos, principalmente, em comunidades de especialistas em políticas. O conhecimento criado em comunidades de práticas nas organizações de saúde não deve “se reduzir à profissão, grupo de interesse ou burocracia por compartilhar um conjunto de princípios, normas, crenças causais e concepções de validade e horizonte técnico-político” (COSTA ET AL, 2000, p. 432). Este contexto pode favorecer a geração de conhecimentos que, se canalizados pela organização podem favorecer a construção de ferramentas de avaliação de desempenho no setor, causando melhores escolhas estratégicas.

La Forgia e Couttolenc (2009) sugerem um sistema para abordagem do desempenho de serviços hospitalares, conforme a Figura 4:

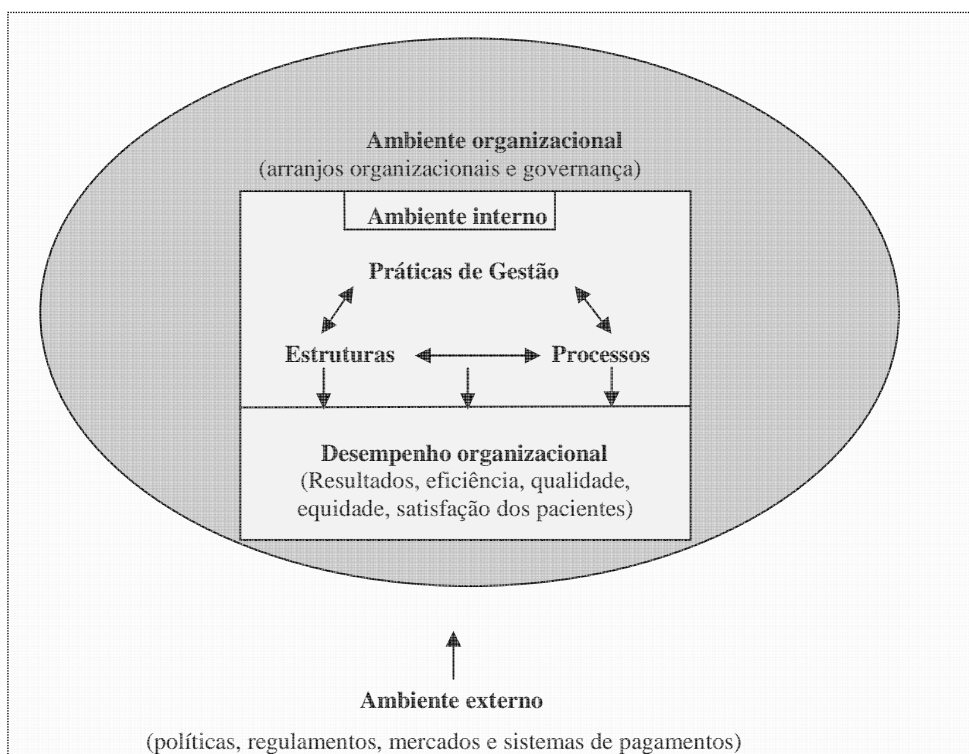


Figura 4 - Marco conceitual para o Desempenho Hospitalar
 Fonte: La Forgia e Couttolenc (2009)

Os conceitos fundamentais para avaliação de desempenho hospitalar relacionados na figura acima estão descritos da seguinte forma (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009):

- Ambiente externo: são as políticas, regulamentos, condições de mercado e mecanismos de pagamento os quais são decisivos para a conformação de um sistema de incentivos de um hospital.
- Ambiente organizacional: é determinado pelo agrupamento de estruturas e arranjos organizacionais que possibilitam ao hospital responder aos incentivos produzidos pelo ambiente externo. Inclui a estrutura e os mecanismos de responsabilização formal, o grau de autoridade na tomada de decisões, a intensidade de exposição ao mercado e a organização financeira.
- Ambiente interno: É neste âmbito que os recursos são convertidos em serviços prestados. Incluem elementos comportamentais como práticas de gerenciamento de recursos humanos, materiais, clínicos, financeiros e outros, características estruturais como instalações, equipamentos mão de obra e processos de tratamento. É neste ambiente que pode ser observada a influência do ambiente externo e organizacional.

Para La Forgia e Couttolenc (2009) estas esferas, vistas em conjunto, influenciam os resultados dos hospitais, os quais são avaliados pela qualidade de tratamento, equidade, eficiência e satisfação dos pacientes. Acredita-se, assim, que este esquema de articulação de conhecimento entre tais esferas represente a complexidade dos fatores envolvidos na avaliação de desempenho em hospitais.

A seguir serão debatidas as contribuições de sistemas de informação e apoio ao desenvolvimento de melhorias no desempenho do setor hospitalar brasileiro.

2.1.3 Sistemas de Informação em Serviços Hospitalares

Para Andrade e Falk (2001), hospitais são organizações complexas e possuem características peculiares que lhes levam a ser afetados por mudanças ambientais como: política governamental, demandas sociais e aspectos tecnológicos, tanto na sua área de intervenção como administrativa. Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS,2007) um Sistema de Informação de Serviços de Saúde é aquele cujo propósito é selecionar os dados pertinentes a estes serviços e transformá-los na informação necessária para o processo de decisões, próprio das organizações e dos indivíduos que planejam, administram, medem e avaliam os serviços de saúde.

A partir da introdução do SUS no Brasil, a criação do DATASUS desenvolveu e disponibilizou o SISREG (Sistema Nacional de Regulação) um sistema *online* de informação em saúde pública para gerenciar todo o complexo regulatório nacional. De acordo com Souza et al (2009), o SISREG foi criado para garantir a ordenação e orientação ao acesso da população brasileira aos serviços de saúde pública de forma rápida, qualificada e integrada, da rede básica à internação hospitalar, visando a humanização dos serviços, atendendo aos princípios estabelecidos pela legislação. Este sistema opera, também, para melhorar o fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria.

Souza et al (2009) desenvolvem uma avaliação crítica sobre a implantação de sistemas de informação em saúde pública, apresentando resultados de um estudo sobre a implantação do sistema DATASUS/SISREG no Estado do Alagoas. Este trabalho buscou elucidar, dentre outros aspectos, relações de poder entre atores, dificuldades e questões institucionais

intrínsecas ao contexto do processo de implantação do sistema. Para o autor, a implantação de um sistema de informação em saúde envolve, além dos componentes tecnológicos do sistema, as relações humanas, culturais, políticas e de poder que reúnem os grupos dentro das organizações. Portanto, a implantação de um sistema de informação pode ser caracterizada como um processo de aprendizagem contínua entre os envolvidos (SOUZA. et al, 2009).

Na linha da investigação sobre uso de sistemas de informação em saúde, encontra-se o trabalho de Borba e Costa (2002), uma pesquisa exploratória descritiva, com gestores da área da saúde, bem como questionários aplicados em dezesseis hospitais de uma cidade do Estado do Rio Grande do Sul. De acordo com estes autores, incorporação da Tecnologia da Informação (TI) é um instrumento para viabilizar a estruturação e o uso mais eficiente da informação no ambiente hospitalar, ressaltando a importância do uso de padrões para esse fim. Desta forma, o “desenvolvimento tecnológico em saúde sofre constantes evoluções nos sistemas de diagnósticos e tratamentos, sendo este desenvolvimento cada vez mais dependente de tecnologias avançadas” (BORBA & COSTA, 2002, p.2). Suas conclusões manifestam a importância de uma gestão tecnológica na área da saúde e evidências do acelerado desenvolvimento e aprimoramento dos recursos tecnológicos que trazem melhorias na qualidade de cada hospital investigado. Alguns benefícios encontrados na pesquisa são: maior velocidade na tomada de decisão baseada em evidências, melhor qualidade de informação, maior tempo disponível para as atividades-fim, maiores possibilidades de aumento de receita sem aumento de custos fixos, transparência de dados, padronização de nomenclatura, racionalização e controle de custos.

Além disso, a pesquisa de Borba e Costa, (2002) demonstrou que mesmo hospitais públicos de pequeno porte estão desenvolvendo sistemas gerenciais informatizados que auxiliam na tomada de decisões. Porém, os autores afirmam que as instituições de saúde ainda têm pela frente um longo processo de desenvolvimento da TI quanto à gestão do conhecimento, técnicas e ferramentas para a interação com órgãos governamentais. Este processo deve estar alicerçado em uma política de desenvolvimento tecnológico que considere as necessidades dos hospitais para garantir o seu desempenho (BORBA & COSTA, 2002).

Em Cunha, Trez e Borba (2004), encontra-se uma pesquisa quantitativa com cento e vinte e cinco hospitais do Estado do Rio Grande do Sul, com o objetivo de descrever qual a situação das instituições hospitalares com relação ao uso de ferramentas de gestão em qualidade. Seu argumento para a investigação também parte do conceito de regionalização a partir da implantação do SUS, ou seja, uma proposta de funcionamento em rede, o qual

evidenciou a necessidade do aprimoramento de ferramentas de gestão para que hospitais possam cumprir com a assistência integral à saúde da população. Nos resultados da pesquisa, verificou-se que a maioria dos hospitais (53%) possui algum sistema ou ferramenta de qualidade implantada. Dentre aqueles que não possuem 87% pretendem implantar um programa de qualidade.

Andrade e Falk (2001) realizaram um estudo de caso qualitativo em uma organização hospitalar através de entrevistas com principais envolvidos nas decisões do processo de informatização (superintendente, assessor de informática e relações públicas de um dos principais departamentos do hospital), aplicação de questionário sobre satisfação e utilidade do sistema (com 98 pessoas, chefes e usuários do sistema), observação participante e análise de documentos.

A organização estudada foi fundada há mais de 50 anos e, nos últimos anos, tem enfrentado um grande crescimento de demanda por atendimento de pacientes do SUS. A partir do ano de 1991, tal hospital vem implementando mudanças para melhor adaptar-se a este novo contexto social e econômico. Desde este período, vem buscando tornar o controle dos seus recursos mais eficaz e, assim, proporcionar respostas rápidas e seguras para a tomada de decisão em alguns de seus setores. Para tanto, implantou um sistema de informações hospitalares que visa o pleno controle da organização e atende a três áreas: administrativa, médica e acadêmica (ANDRADE & FALK, 2001).

As transformações tecnológicas que ocorreram durante este processo de implantação e desenvolvimento do sistema foram avaliadas por Andrade e Falk (2001). Foram investigadas a eficácia no que se refere à melhoria na qualidade do atendimento prestado a pacientes e a realização de melhorias nos processos operacionais descritos acima.

A partir da análise dos dados coletados, Andrade e Falk (2001) puderam concluir que o processo de desenvolvimento e implantação de tal sistema foi falho tanto no modo como a empresa contratada interveio no ambiente do hospital durante a implantação, quanto à falta de planejamento do hospital para realizar a introdução do novo sistema. Além disso, foram encontrados problemas de infra-estrutura, falta de treinamento adequado e sistemático dos recursos humanos e alguns aspectos culturais. Estes aspectos representam dois elementos que podem provocar resistência à introdução de um sistema de informação: a deficiência técnica do sistema e as forças organizacionais (ALMEIDA, 1995).

Outro aspecto importante encontrado na pesquisa é a necessidade do uso da TI estar de acordo com os objetivos organizacionais, que deverão ser a referência para a escolha de um

sistema de informação. Este aspecto, aliado à possível melhoria na qualidade do atendimento percebida pelo paciente, é elencado por Andrade e Falk (2001) como um dos objetivos organizacionais a ser considerado dentre outros objetivos de modo claro, transparente e coerente. “Não se deve escolher um sistema por critérios políticos, mas antes de tudo técnicos” (ANDRADE & FALK, 2001, p.80), além de evitar-se a escolha de sistemas que atuem contra os valores da cultura organizacional para obter-se sucesso em sua implantação.

Verifica-se, então, que os estudos discutidos nesta seção viabilizam um quadro do atual contexto hospitalar frente à inserção de novas tecnologias da informação no setor de saúde brasileiro. As observações encontradas nos estudos investigados concordam que a implantação de um sistema de informação em saúde deve contemplar as especificidades do setor e o contexto dos hospitais investigados.

As principais contribuições dos estudos apresentados no item 2.1 estão sintetizadas no Quadro 3:

Item	Principais Estudos	Principais Contribuições
Medidas de Desempenho	<p>Crosby, 1979; Juran & Grynia, 1980; Deming, 1982; Ishikawa, 1993; Wruck & Jensen, 1994; Ahire, Golhar & Waller, 1996; Hendricks & Singhal, 1997;</p> <p>Ferdows et al, 1986, Ferdows e De Meyer, 1988, De Meyer, 1989; De Meyer e Ferdows, 1991;</p> <p>Rummler e Brache, 1992; Sink e Tuttle (1993), ; Hronec e Andersen, 1994; Gonçalo, 1995;</p> <p>FNQ; MBC; Slack et al. 1997; Miller et al, 2000, Gonçalves , 2002, Prahinski e Benton, 2004, Minor e Roth, 2006. Robin, 2008; Batista, 2008; Falconi, 2011</p>	<p>Princípios da GQ (TQM); comprometimento da alta direção, foco no consumidor, gestão da qualidade dos fornecedores, gestão da qualidade de projetos, <i>benchmarking</i>, uso de controles estatísticos, análise de causas, uso da informação, <i>empowerment</i> e envolvimento dos empregados, valorização do ser humano, redução de custos e inovação organizacional.</p> <p>Atenção à avaliação da prioridade qualidade em empresas japonesas, americanas e europeias.</p> <p>Medidas de desempenho quantum (custo, qualidade e tempo); fatores que influenciam no desempenho organizacional (estratégicos, RH, internos e financeiros)</p> <p>MEG, PDCA, mensuração do sucesso em operações de serviços, ferramentas, projetos e técnicas em GQ.</p>
Avaliação de Desempenho em Serviços Hospitalares	<p>Donabedian(1991-2005); Buelke e Bertó, 2000) Kluck Et Al (2002); Guimarães et al (2002); Schout e Novaes(2007); Bittar (2008), Borba E Kleimann N. (2008)</p> <p>Ministério Da Saúde, (2004);</p> <p>La Forgia e Couttolenc (2009).</p>	<p>Mensuração da estrutura, processo e resultados em saúde.; Indicadores de qualidade e quantidade.; sistemas gerenciais em serviços de saúde.</p> <p>Parâmetros de avaliação de desempenho e distribuição de recursos</p> <p>Marco conceitual para o desempenho hospitalar</p>
Sistemas de Informação em Serviços Hospitalares	<p>Almeida,(1995)</p> <p>Andrade e Falk (2001);</p> <p>Borba e Costa (2002);</p> <p>Cunha et al (2004);</p> <p>Souza et al (2009).</p>	<p>Influência de política, demandas sociais, cultura e tecnologia nos sistemas administrativos hospitalares para a garantia do melhor desempenho dos serviços.</p>

Quadro 3: Síntese dos Estudos revisados para o item 2.1

Fonte: elaborado pelo autor

A seguir, será debatida a transição da Gestão da Qualidade (medidas de desempenho, indicadores e sistemas de informação) para a Gestão do Conhecimento (processos de criação e transferência do conhecimento organizacional) e sua viabilidade no setor pesquisado.

2.2 A GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS PROMOVEDO O CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL

Os programas de GQ baseados em medidas de desempenho (HRONEC & ANDERSEN, 1994) agregaram contribuições quanto ao controle estratégico em termos de qualidade (quantificação da excelência do serviço), tempo (quantificação da excelência do processo) e custo (quantificação econômica da excelência). As medidas de desempenho tornam possível o acesso às informações necessárias para acessar os melhores processos e conduzir comparações entre empresas (1991; HRONEC & ANDERSEN, 1994; RUMMLER & BRACHE, 1992; PRAHINSKY & BENTON, 2004, FNQ/PNQ, 2010).

Entretanto, Gurgel e Vieira (2002) afirmam que a aplicação de programas de qualidade baseada na eficiência de mercado apenas focaliza aspectos instrumentais e analisa de forma reduzida o ambiente institucional das organizações de saúde. Para os autores, no setor da saúde, as medidas intra-organizacionais tem apresentado baixo impacto sobre os custos, evidência que exige uma abordagem mais complexa em termos de política de saúde.

Gonçalo e Borges (2010) argumentam que os programas de qualidade provocaram mudanças gerenciais nas organizações de saúde através da melhoria em gestão de pessoas, sistemas de informação, desenho de processos, atendimento ao paciente e métodos de comparação entre empresas do setor. Por outro lado, os autores reconhecem que a análise da gestão de serviços de saúde deve ser realizada a partir da estruturação da qualificação do processo assistencial, englobando etapas de acesso, permanência e continuidade do tratamento. Para os autores, o paciente precisa ser compreendido como cliente, entendendo que o vínculo do paciente não termina com a alta hospitalar, mas somente na resolução do problema. Além disso, Gonçalo e Borges (2010) destaca que as especialidades precisam estar dispostas a compartilhar conhecimento para a melhor entrega e atenção em saúde.

Concordando com as observações acima, Gurgel e Vieira (2002), consideram que as organizações hospitalares apresentam especificidades econômicas e sociais que podem resultar em dificuldades para a implementação de programas de qualidade nas organizações prestadoras de assistência à saúde:

a) as leis tradicionais de mercado não se aplicam totalmente ao setor devido às necessidades humanas que se impõem além dos custos de produção, valor de mercado e preços praticados;

b) a carência de recursos para este seguimento torna a concorrência um fator complexo, demandando uma visão diferenciada;

c) a variabilidade da demanda é grande, pois cada paciente se comporta subjetivamente de maneira diversa, o que dificulta a padronização dos processos de trabalho e a racionalização da oferta de serviços em saúde;

d) não há simetria de informação, uma vez que os clientes são, geralmente, leigos, dificultando a sua capacidade de escolha de consumo;

e) o consumo do serviço é imediato à produção, o que dificulta o controle prévio da qualidade e o estoque para a inspeção final;

f) a produção do serviço é executada por diversos profissionais de diversas áreas, com diferentes níveis de formação, além dos sistemas de controle gerencial de qualidade concorrerem com medidas estatísticas epidemiológicas, demandando um melhor alinhamento entre estas duas práticas para o aumento do desempenho e qualidade em prestação de serviços de saúde;

g) a categoria médica possui grande resistência aos programas de controle da qualidade por sentir-se fiscalizada e tolhida na conduta clínica dos pacientes ante o controle externo.

Gonçalo e Borges (2010) consideram que, o modelo de gestão pela qualidade está ligado à evolução do uso, acesso e transferência da informação veiculada nos sistemas de informação. Para estes autores, organizações de saúde com ênfase em informação são consideradas como “Organizações Tradicionais”. No estudo realizado pelos autores foram encontrados elementos críticos para promover a transformação destas organizações em “Organizações de Aprendizagem”, a fim de atender à alta complexidade dos serviços de saúde. As “Organizações de Aprendizagem” são organizações com ênfase no desenvolvimento do conhecimento; ou seja, são organizações intensivas em conhecimento (GONÇALO & BORGES, 2010). Na bibliografia sobre operações de serviços baseadas em conhecimento, e na Visão Baseada em Recursos (VBR ou RBV) organizações de saúde vistas desta perspectiva, necessitam que o conhecimento seja gerenciado como um recurso estratégico (BARNEY, 1991; GRANT, 1996, 1991; DRUCKER, 2000; NONAKA & TAKEUCHI, 1997; SVEIBY, 1998; SVEIBY, 2001; PORTER & TEISBERG, 2005;

NONAKA & KROGH,2009; GONÇALO & BORGES, 2010).⁴ Desta forma, as organizações de saúde necessitam posicionar-se estrategicamente frente à aquisição e transferência de conhecimentos a fim de obter melhores resultados originados na diferenciação das suas operações ao longo da cadeia de valor.

Informação e conhecimento são conceitos que estão inter-relacionados. Considera-se a informação um modo de linguagem para comunicar dados investidos de relevância de modo explícito a fim de construir um conhecimento. O conhecimento é criado a partir do fluxo de informações transmitidas através da experiência ancorada em crenças e valores, sendo dinâmico e distinto e revelado nas experiências compartilhadas através de ações efetivas para o contexto apropriado atendendo, também, a especificações e metas de desempenho. (NONAKA & TAKEUCHI, 1997, SVEYBY, 2001; GONÇALO & BORGES, 2010).

Para Gonçalo e Borges (2010, p.226), “organizações de saúde que aprendem são pródigas em criar conhecimento”. O processo de criação de conhecimento ocorre em contextos e dispositivos favorecedores oferecidos pela organização (NONAKA & TAKEUCHI, 1997; NONAKA & VON KROGH, 2009). A aprendizagem organizacional, por sua vez, ocorre de modo incremental , tanto na exploração de conhecimento organizacional acumulado, quanto na exploração de novas possibilidades (MARCH, 1991; GONÇALO & BORGES 2010). Assim, ações de melhoria são implementadas para agregar valor estratégico ao conhecimento oriundo da aprendizagem organizacional.

No modelo da organização com ênfase em conhecimento, a gestão dos serviços prestados vai ao encontro da qualificação da entrega. Em serviços de saúde, isto requer a qualificação da assistência através de recursos, pessoas e processos em diferentes graus de complexidade, visando eficácia nos resultados (GONÇALO & BORGES, 2010). Soma-se a isto a necessidade do aprimoramento da capacidade de mensuração, que ainda é incipiente no setor de saúde (OSTROM ET AL, 2010.). Neste sentido, a gestão do conhecimento deve gerar resultados assistenciais e financeiros ao cliente e à organização. Sendo assim, na organização de saúde que aprende, a adesão e a continuidade do tratamento e o monitoramento do cliente são fatores cruciais que podem gerar a capacidade de criação e transferência de conhecimento técnico e gerencial a partir das experiências vividas no contexto da organização (PORTER & TEISBERG, 2005; GONÇALO & BORGES, 2010).

⁴ Ver seções 2..2.2 e 2.3.1.

A figura 5 ilustra o processo de passagem do modelo de Organização Tradicional (baseada em informação e GQ) para o modelo de Organização que Aprende (baseada em conhecimento e aprendizagem):

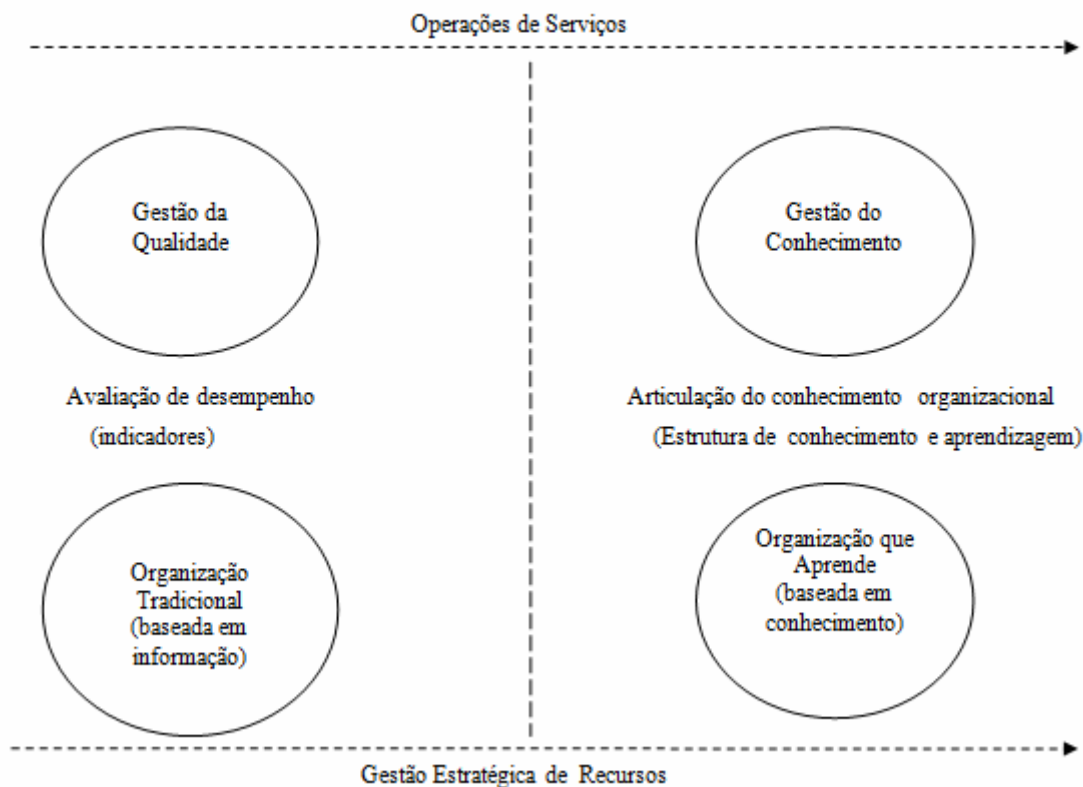


Figura 5 : Transição da Gestão da Qualidade para Gestão do Conhecimento em Operações de Serviços
 Fonte: Elaborado pelo autor com base em Gurgel e Vieira (2002) e Gonçalves e Borges (2010)

O modelo desenhado na Figura 5, é proposto para a visão da organização de saúde hospitalar como composta por operações de serviços baseados em conhecimento. Acredita-se, conforme já argumentado anteriormente, que este seja o modelo desejável em um processo de gestão estratégica de recursos dentro do contexto do setor da saúde devido à suas especificidades.

A seguir, será descrita a Gestão Baseada em Evidências, proposta como um modelo capaz de articular os conceitos de medidas de desempenho e qualidade com vistas a viabilizar a GC. Com o desenvolvimento desta forma de gestão objetiva-se melhor compreender o contexto da tomada de decisões estratégicas no setor da saúde. Assim, neste estudo considera-se que o uso de indicadores de desempenho favorece a emergência de evidências que, se

avaliadas de acordo com o contexto e os processos de GC, pode gerar indicativos de ações estratégicas acertadas.

2.2.1 Gestão Baseada em Evidências

De acordo como Pfeffer e Sutton (2006), a *Evidence-Based Management (EBMgt)* ou Gestão Baseada em Evidências tem sua origem no princípio de que as decisões em serviços médicos devem ser baseadas no conhecimento atualizado e comprovado como sendo o mais resolutivo. Segundo os autores, esta concepção original da *EBMgt* deriva da Medicina Baseada em Evidências que é definida pelo Dr. David Sackett, seu maior adepto, como o “uso consciente, explícito e ponderado das melhores evidências atuais para a tomada de decisões a respeito da saúde dos pacientes”. Reay et al (2009) definem a *EBMgt* como o uso sistemático de evidências disponíveis para aperfeiçoar práticas de gestão. Rosseau et al (2008), por sua vez, enfatizam o caráter complementar do uso de evidências científicas e do “mundo dos negócios” para gerir a organização com maior eficácia. Hospitais, por exemplo, podem utilizar a medicina baseada em evidências para superar barreiras gerando treinamento e tecnologias para que as equipes atinjam melhores resultados. De modo similar, devem ser feitos ajustes no gerenciamento das organizações para que possam ir ao encontro da vantagem competitiva sustentável (GRANT,1991-1996,;HERZOG, 2001; PFEFFER & SUTTON, 2006).

Gestores – assim como os médicos – podem praticar sua profissão com maior efetividade levando em conta novos conhecimentos e *insights* disponíveis no ambiente interno e externo as suas organizações. A atualização de suas hipóteses, conhecimentos e habilidades pode gerar resultados positivos para atingir a vantagem competitiva na gestão estratégica de recursos (GRANT, 1991-1996; TEECE,PISANO & SHUEN 1997; PFEFFER & SUTTON,2006).

Entretanto, Pfeffer e Sutton (2006) observam que estudos recentes confirmam que apenas 15% dos médicos tomam decisões baseadas em evidências. Os outros 85% decidem sobre seus procedimentos com pacientes lançando mão de conhecimentos obsoletos aprendidos em treinamentos durante a formação sem acrescentarem a eles novas experiências adquiridas na prática.

Sobre esta questão, Reay et al (2009), enfatizam que o processo de transformação do conhecimento é dinâmico. Para esses autores o conhecimento adquirido quando os médicos recebem treinamento inicial deve ser ampliado pelas experiências subseqüentes e renovado

através de esforços de transferência de conhecimento. Os autores advogam sobre a importância da renovação das práticas implicando na transformação de pesquisa em intervenção e críticas às pesquisas a partir da prática com fins de melhorar os resultados médicos com os pacientes.

Conforme Kovner et al (2010), os médicos resistem em aceitar sugestões de administradores sobre reorganizar e tomar decisões em serviços de saúde para melhorar a entrega ao paciente. Em uma companhia americana de saúde uma gerente detectou que os médicos necessitavam atualizar a avaliação de custos e resultados de desempenho que ela poderia traduzir em relatórios sobre a qualidade do serviço a fim de gerar mudanças e melhorias. A decisão indicada seria reduzir custos a partir das melhores práticas, ao invés de propor melhorias incrementais. A literatura, entretanto, está repleta de exemplos mostrando o uso de estratégias simples para melhoria de processos na área da saúde, onde a redução de custos é adquirida pela *EBMgt*. Há evidências a respeito do Retorno sobre os Investimentos, o potencial de desempenho, as necessidades da região, da comunidade e outros critérios (PORTER & TEISBERG, 2005; FERREIRA & SILVEIRA, 2007; LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009; KOVNER ET AL, 2010).

Os administradores admitem problemas em buscar evidências que caracterizem suas experiências pessoais oriundas do dia-a-dia (PFEFFER & SUTON, 2006). Assim, atuam nas empresas reproduzindo modos de gestão e mensuração de desempenho baseados somente em experiências passadas. De acordo com Pfeffer e Sutton (2006) a tomada de decisões baseada no uso exclusivo do estoque de conhecimentos opera contra a visão estratégica das organizações, pois a descoberta sobre como praticar o melhor trabalho é, também, influenciada por uma “curiosidade saudável pelo desconhecido”.

Pfeffer e Sutton (2006) ainda, afirmam que no mundo dos negócios muitas decisões são tomadas com base em dogmas, crenças infundadas e ideologia. Para eles, a ideologia é responsável pelas falhas em escolher as melhores práticas e pelo mito da vantagem do primeiro e mais rápido entrante. É citado o exemplo da Amazon, que não foi a primeira companhia a vender livros pela internet e apesar disto atingiu significativa vantagem competitiva. A crença no “benchmarking ocasional” também é citada pelos autores como uma barreira para a *EBMgt*. O argumento apresentado é de que simplesmente copiar o que outra organização faz somente pode criar uma imitação perfeita. Para ser melhor, é necessário implantar a melhoria no contexto da organização em questão (ver as contribuições da *RBV* sobre esta questão na seção 2.3.1).

Reay et al (2009) realizaram uma pesquisa sobre temas e evidências de influência da *EBMgt* no desempenho organizacional em artigos escritos em inglês entre os anos de 1948 e 2008. Entre os temas mais frequentes foram encontrados : (i) investigações sobre como as organizações tomam decisões com o uso de novas tecnologias; (ii) uso de metodologias sistemáticas para gerir empresas, (iii) influências do uso de evidências em tomada de decisões em recursos humanos, finanças, controladoria e gestão de saúde e, (iiii) sobre tradução do conhecimento e aprendizagem como forma de aquisição de melhorias. Evidências com melhor embasamento foram encontradas no uso da *EBMgt* antes de ações em intervenções sociais.

O processo de tomada de decisões nas organizações pode ser extremamente complexo por conta de informações incompletas e pela dinâmica do dia-a-dia do administrador. As evidências podem ser escassas e refutáveis. Entretanto, Pfeffer e Sutton (2006), apontam para a importância das organizações em investirem em estudos piloto e experimentos que levem a aprendizagem organizacional. Para os autores, mesmo que haja falhas, a organização iniciará um processo de desenvolvimento de sua base de evidências. O exemplo da Vita, uma empresa norte americana de hemodiálise ilustra este processo. Neste caso, foram utilizadas comparações quantitativas de qualidade ao longo do tempo para desenvolver a cultura da empresa e melhorar o compromisso com os clientes. Foram gerados relatórios a partir de reuniões e dados de resultados de tratamentos com evidências de qualidade e atenção em saúde para reforçar a compreensão sobre o estado da cultura da empresa quanto à qualidade da relação com os clientes e corrigir as ações (PFEFFER & SUTTON, 2006).

Em síntese, os artigos sobre o tema da *EBMgt* (PFEFFER & SUTTON, 2006; ROSSEAU ET AL, 2008 ;REAY ET AL, 2009; KOVNER ET AL, 2010) reiteram a importância das organizações aprenderem com o erro a reorientarem suas ações ampliando seus conhecimentos ao longo do tempo para a aquisição de melhorias e vantagem competitiva sustentável. Outro aspecto apontado pela bibliografia pesquisada sobre *EBMgt* é de que este processo de aprendizagem exige de médicos e gestores uma mudança de comportamento que implica no uso da criatividade e da inovação a fim de superar barreiras ideológicas e contextuais à mudança. Os estudos também reforçam a importância da colaboração e transferência de conhecimentos entre pesquisadores e gestores para a melhor aplicação prática da *EBMgt*. Neste sentido, o sucesso adquirido em experiências individuais necessita ser transmitido e traduzido em novos conhecimentos. Conforme Pfeffer e Sutton (2006) estas atitudes podem levar à modificação das relações de poder nas organizações com a substituição

do poder exclusivo da autoridade pela reputação e a tomada de decisões baseada em dados, informações, conhecimento e aprendizagem.

Por outro lado, Learmonth e Harding (2006) aponta para o risco de a EBMgt ser utilizada como um conjunto de leis e normas calculadas para o benefício de tudo. Para os autores, isto pode ocorrer a partir da apresentação de evidências independentemente das circunstâncias sociais de sua produção. Neste sentido, a desatenção à posição social do conhecimento gerencial pode levar a decisões excessivamente institucionalizadas e não criticadas durante a vida organizacional.

Contudo, a bibliografia revisada sobre *EBMgt* sugere que a gestão tem a aprender com os processos de transferência, tradução e gestão da informação e conhecimento organizacional, sobretudo, a partir da cooperação entre pesquisadores e práticos. A seguir será proposta uma estrutura de Gestão do Conhecimento organizacional a fim de referenciar estes conceitos para a Administração Estratégica de recursos em saúde.

2.2.2 Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional

Alavi e Leidner (2001, p. 109), definem o conhecimento como “uma crença justificada que aumenta a capacidade de uma entidade para agir de forma efetiva”. As autoras acrescentam a observação de que esta definição permite que o conhecimento seja compreendido de diversas perspectivas dentro da GC: (1) um estado mental individual de conhecer e interpretar informações, ou seja, é entendido como um processo de aprendizagem individual; (2) um objeto que pode ser manipulado, estocado e transferido; (3) um processo de aplicação de expertise, (4) uma condição de acesso à informação ou (5) uma capacidade, ou seja, um potencial para influenciar a ação, ou seja, um processo de compreensão do *know-how* estratégico.

Grant (1996) define conhecimento como sendo *aquilo que é conhecido*. Focando seu estudo na dimensão pragmática, o autor considera o conhecimento como um potencial recurso estratégico para criar valor à firma. O autor aponta as seguintes características que orientam a GC para a aquisição da vantagem competitiva: (i) a capacidade de ser transferível objetivamente e absorvível subjetivamente, (ii) a habilidade de apropriação do valor criado e (iii) a capacidade de aquisição e estocagem de conhecimentos específicos.

Neste estudo será considerado o conceito de conhecimento como um *sistema de crenças justificadas* (SVEIBY, 2001) para suportar as diversas perspectivas possíveis de abordagem

na GC (ALAVI & LEIDNER, 2001; GRANT 1996). Isto significa dizer que quando alguém cria conhecimento, ele ou ela produz sentido em uma nova situação para assegurar crenças justificáveis e confiadas a eles. Esta definição enfatiza o ato consciente de criação de sentido entre as pessoas nas organizações (SVEIBY, 2001). Nesta perspectiva, “ uma organização pode ser vista como um grupo de indivíduos que tem criado um sistema emergente de referências comuns” (SVEIBY, 2001,p.350). Assim, o conhecimento é a própria capacidade para agir e comportar-se de modo dinâmico.

Para introduzir o debate a respeito da importância da concepção de uma Estrutura de GC nas operações de serviços, é necessário, em primeiro lugar, entender com Nonaka e Takeuchi (1997) sobre a criação do conhecimento organizacional. Para estes autores, o conhecimento organizacional está intimamente relacionado à capacidade de uma empresa para criar novos conhecimentos, difundí-los na organização como um todo e incorporá-los a produtos, serviços e sistemas. Além disso, Nonaka e Krogh (2009) considera a criação de conhecimento organizacional como um processo de ampliação e cristalização do conhecimento criado pelas pessoas, devendo este ser conectado a um sistema de conhecimento de uma organização, tornando-se, assim, vantajoso para a mesma.

Sveiby (1998), afirma que o conhecimento é criado a partir da interação entre dois tipos de conhecimento: *explícito* e *tácito*. Para o autor, o conhecimento *tácito* é subjetivo e prático. O conhecimento *explícito* é mental, objetivo, teórico ou digital. As interações entre estas duas modalidades de conhecimento ocorre através de sua conversão contínua (NONAKA & KROGH, 2009).

De acordo com Nonaka e Takeuchi (1997) há quatro modos de conversão de conhecimento:

- 1 - Socialização: troca de experiências, criação de conhecimento tácito realizada através do compartilhamento de habilidades por meio da observação, da imitação e da prática;
- 2 - Exteriorização: articulação do conhecimento em conceitos explícitos, modelos, metáforas, conceitos e equações
- 3 - Combinação: sistematização de conceitos explícitos, combinação das diferentes partes do conhecimento explícito em um novo conhecimento por meio da análise, categorização e reorganização da informação;
- 4 - Interiorização: absorção do conhecimento explícito em conhecimento tácito através da prática ou verbalmente.

Na Figura 6 é mostrada a dinâmica de interação dos quatro modos de conversão do conhecimento:

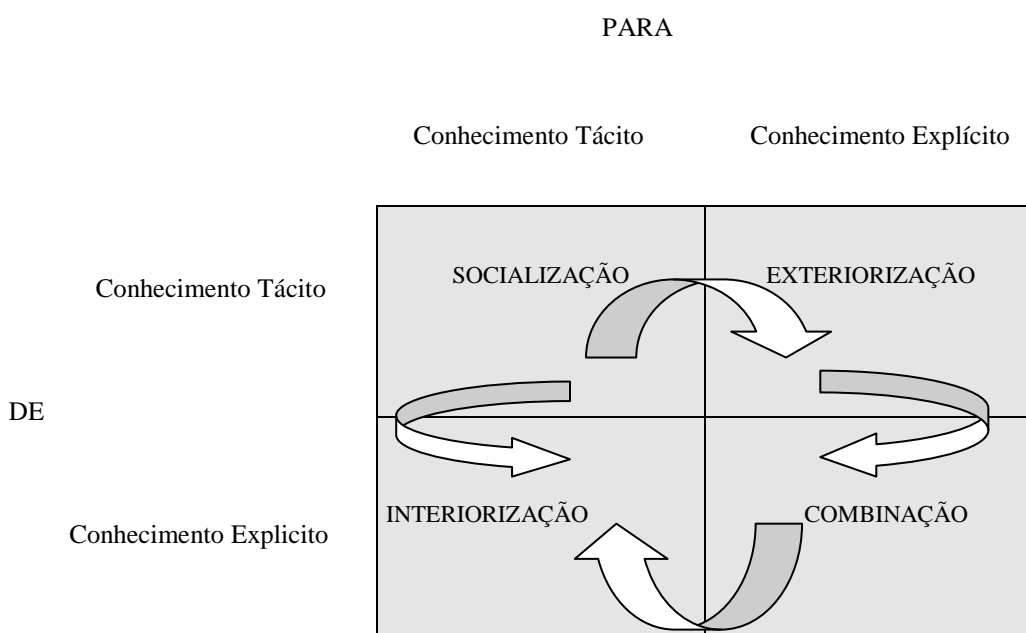


Figura 6 – Conversão do conhecimento
Nonaka e Takeuchi (1997)

Nonaka e Takeuchi (1997) afirmam que as interações interna e externa abastecem a inovação contínua dentro das empresas. Portanto, o conhecimento vindo do ambiente externo à organização pode ser armazenado como parte da empresa e utilizado como forma de desenvolver produtos e serviços em um ambiente altamente competitivo. Neste sentido, em épocas de incerteza, como ocorre nos tempos atuais, as empresas são forçadas a buscar conhecimento dos indivíduos que estão fora da organização. Para Nonaka e Krogh (2009) uma visão compreensiva da criação do conhecimento pode auxiliar a promover criatividade, aprendizagem e adaptação das organizações a um ambiente em mudança. Assim, o conhecimento pode fomentar inovações, de modo que se processe continuamente entre o interno e o externo de uma organização.

Nonaka (2000) considera que para saber gerenciar a empresa que cria conhecimentos é preciso compreender a sua natureza. Para o autor, faz-se necessário reconhecer que a criação de novos conhecimentos não é apenas uma questão de processamento mecanicista de informações objetivas, mas de manter uma relação de dependência com o aproveitamento de *insights*, intuições e dos ideais tácitos e, muitas vezes, altamente subjetivos dos empregados. Grant (1996) argumenta que hierarquias horizontais favorecem a cooperação

dentro da firma, facilitando a disseminação do conhecimento desde que este possa ser de alguma forma sistematizado. O autor, também, enfatiza a importância de trocas de conhecimentos para além das fronteiras da firma para gerar valor a determinado setor através de alianças. Essas observações vão em direção a considerar funcionários, fornecedores, clientes, distribuidores e outros como membros de uma coletividade geradora de conhecimento na organização (NONAKA & TAKEUCHI, 1997).

Sveiby (1998) divide o conceito de estrutura organizacional em estrutura interna e estrutura externa. Para o autor, a estrutura interna é o fluxo de conhecimento dentro da organização. Ela é identificada através de patentes, conceitos, modelos e sistemas de computação que servem de suporte para a criação do conhecimento. A estrutura externa, por sua vez, é o efeito do gerenciamento dos fluxos externos de conhecimento nas relações entre cliente e fornecedor. Desta forma, o efeito do gerenciamento da estrutura interna influencia na estratégia escolhida pela organização. As habilidades de gerenciamento da estrutura externa envolvem monitoramento e aperfeiçoamento de atividades de vendas, relações públicas e *marketing* para que a organização vá ao encontro de uma estratégia coerente com o mercado e os clientes.

Estratégias baseadas em conhecimento são customizadas de acordo com as necessidades das pessoas (SVEIBY, 1998). O treinamento e o investimento em recursos humanos contribuem com a renovação do conhecimento organizacional. Ao considerar esses ativos intangíveis⁵ presentes no contexto empresarial, o autor, aponta para a necessidade de avaliação interna e de apresentação externa de resultados para que uma organização consiga atingir o melhor gerenciamento do conhecimento visando atender as demandas dos clientes e melhorar seu desempenho.

A *avaliação interna* é feita pela gerência através do diagnóstico do fluxo de informações com vistas a facilitar a criação do conhecimento na empresa para monitorar o seu futuro e alterar rumos quando necessário. Esta ação demanda a aplicação de um sistema gerenciamento da informação e a análise de resultados obtidos através de indicadores de desempenho.

A *apresentação externa*, consiste na apresentação de resultados aos clientes, credores e acionistas para que estes possam avaliar a gerência, a qualidade da entrega e os resultados obtidos. Segundo Sveiby (1998) o é preciso comparar estes aspectos avaliativos a um referencial, como por exemplo, outra empresa ou organização.

⁵ Este conceito está desenvolvido na seção 2.3.1..

A fim de avançar na formulação de estratégias, Sveiby (2001), propõe uma estrutura para a superação de barreiras através da transferência e conversão interna e externa de conhecimento. O autor prevê a articulação entre três grupos de ativos intangíveis⁶:

- Estrutura externa – relações com agentes e sistemas externos como clientes, parceiros, fornecedores e outros;
- Estrutura interna – ferramentas, modelos, processos e tecnologias que permitem troca, armazenamento e tratamento de informações e
- Competências individuais – habilidades dos profissionais e capacidades pessoais para usufruir de relacionamentos internos e externos.

No referido modelo, Sveiby (2001) sugere nove estratégias visando transferência e criação de conhecimento entre os indivíduos, estrutura externa e estrutura interna de conhecimento. Estas nove estratégias almejam a maximização da criação de valor na organização. A Figura 7 representa o modelo proposto por Sveiby (2001) :

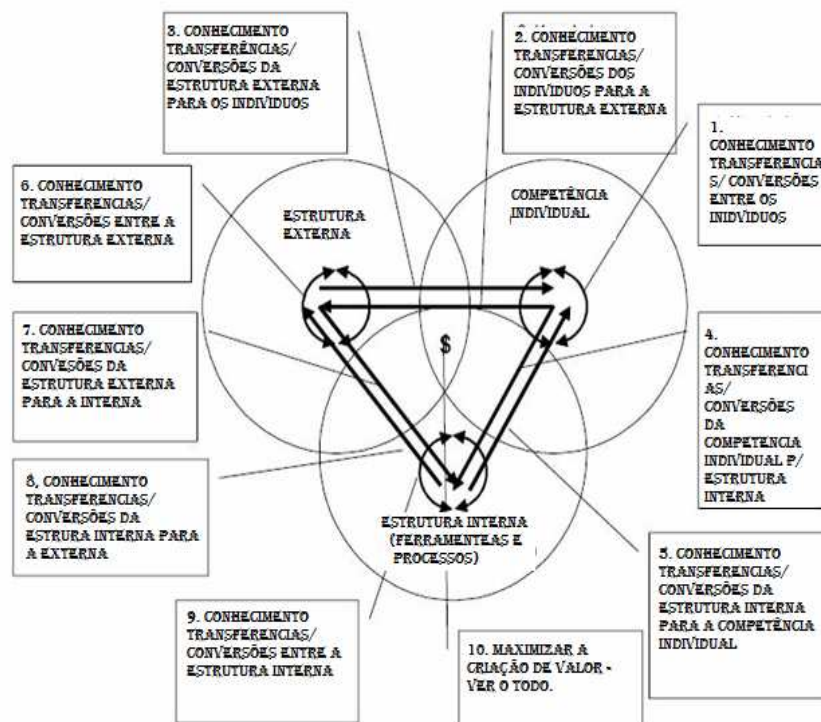


Figura 7 - Modelo de GC de Sveiby

Fonte: Sveiby (2001)

⁶Estes ativos no contexto de Sveiby (2001) são análogos às ações das pessoas para criar valor na organização.

As nove formas de transferência de conhecimento existem na maioria das organizações. Para Sveiby (2001) elas não tendem a ser coordenadas em uma estratégia coerente pela carência da perspectiva de gestão baseada em conhecimento.

Sveiby (2001), ainda, em um estudo de caso, identifica alguns elementos para facilitar a superação de barreiras para a criação estratégica de conhecimento em uma organização como: recrutamento de pessoas com alto nível de formação, criação de clima colaborativo, horizontalidade nas relações, investimento em tecnologia, uso de modelos analíticos e baixa rotatividade de pessoal.

Ainda, Nonaka e Krogh (2009), referem a necessidade de considerar uma visão prática social do conhecimento organizacional. Para os autores, este é um imperativo para a investigação sobre sinais de fragilidade na criação do conhecimento, uma vez que este processo apresenta uma faceta política nas organizações. Neste sentido, riscos pessoais, custos e recompensas são problemas dos membros e grupos em uma organização que estão estritamente ligados à conservação de conhecimentos tácitos e rotinas organizacionais *versus* a criação de novos conhecimentos e inovações.

A seguir, para contextualizar a presente discussão teórica será desenvolvido o referencial sobre GC aplicado ao universo de investigação desta pesquisa, o qual diz respeito ao ambiente de serviços hospitalares.

2.2.3 Gestão do Conhecimento para o Desenvolvimento de Serviços Hospitalares

Gestão do Conhecimento é um processo pelo qual a organização mantém ou melhora o desempenho baseada em experiência e conhecimento (PAN & SCARBROUGH, 1999). Conforme Borges e Gonçalo (2008, p. 4), “gestão do conhecimento em saúde significa alinhar pessoas, processos, dados e tecnologias para otimizar informações, colaboração, especializações e experiências para impactar positivamente o desempenho operacional”. Colauto e Beuren (2003), acreditam que na medida em que as pessoas interagem em seus ambientes, elas absorvem informações, transformam-nas em conhecimento e passam a agir com base em combinações de conhecimentos, valores e regras internas rumo a criação de diferenciais competitivos que sustentam a sua permanência no mercado. Ainda, os autores referem que com o monitoramento, ou seja, com o gerenciamento de ações e estratégias

escolhidas de acordo com os conhecimentos gerados, tem-se a possibilidade de agregar maior valor à estrutura interna da organização hospitalar e, conseqüentemente, aos clientes que anseiam por melhor qualidade no atendimento.

Logo, acredita-se que a GC em organizações hospitalares ao considerar o compartilhamento do conhecimento entre os diferentes atores - sejam eles pacientes com expectativa de melhora em seu atendimento ou médicos, paramédicos e outros profissionais envolvidos – pode gerar um clima organizacional de aprendizado contínuo.

Sveiby (2010) realizou um estudo de caso em um hospital apresentando resultados que indicam que boa parte do valor criado pela GC se dá a partir do desenvolvimento de novas políticas e processos. O autor concluiu que, através do compartilhamento de experiências de pacientes com alta cirúrgica com novos pacientes e a posterior transferência desse conhecimento entre médicos e enfermeiros por treinamento, tornou-se possível reduzir o temor de novos pacientes em cirurgias, reduzir os custos com medicamentos e diluir a demanda sobre os profissionais. Estas evidências indicam a possibilidade de resultados como redução do tempo do ciclo de serviços, redução de custos, geração de maior retorno de investimentos, aumento da satisfação dos clientes e geração serviços de maior excelência.

Porter e Teisberg (2005) ao considerar a cadeia de valor como ferramenta primordial para delinear e analisar os processos de entrega em saúde, inclui o *desenvolvimento do conhecimento* como uma atividade de suporte que implica em ações de aprendizagem sobre como melhorar os processos de atenção em saúde e seus resultados. Estas atividades são: resultados de medidas e rastreamento, treinamento do pessoal/médicos, desenvolvimento de tecnologia e melhoria de processos. Para os autores, a cadeia de valor deve iniciar com *monitoramento e prevenção*. Monitoramento significa, diagnóstico, preparação, intervenção e reabilitação, finalizando com a *gestão* dos processos em saúde. A prevenção significa controlar os fatores de risco à saúde através de programas. Entre estes estágios há três tipos tradicionais de atividades: *acessibilidade* (meio de acesso como consultas, transportes, visitas domiciliares, monitoramento e consultas via internet, por exemplo), *medição* (das circunstâncias médicas do paciente) e *informação* (atividades de notificação, educação e instruções ao paciente). A seguir, na Figura 8 está o desenho da cadeia de valor para uma unidade de prática em saúde, considerando-se o *desenvolvimento de conhecimento* como uma atividade essencial para a realização de entrega qualificada ao paciente:

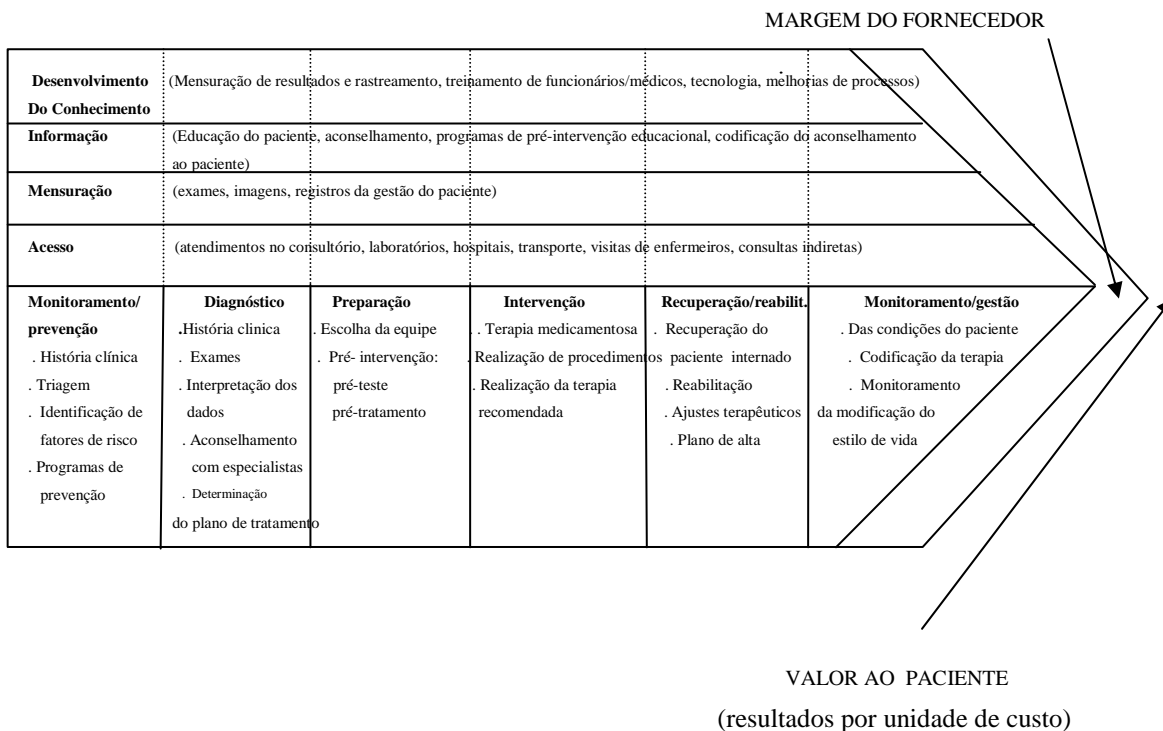


Figura 8 – Cadeia de valor em saúde para uma unidade de práticas integradas

Fonte: Porter e Teisberg (2005)

A Figura 8 permite compreender que para que os processos de uma unidade de saúde, por exemplo, de um hospital, possam entregar um serviço de valor ao paciente com resultados satisfatórios é necessário que em cada etapa da cadeia de valor (monitoramento/prevenção, diagnóstico, preparação, intervenção, reabilitação e gestão), o conhecimento seja gerenciado também de modo satisfatório. Este desenvolvimento pode ser mensurado, identificando, assim, o desempenho de uma unidade de saúde, bem como pode ser transferido aos profissionais em forma de melhorias a serem adquiridas em treinamento visando melhor desempenho, como também aos pacientes em forma de educação em saúde e com o auxílio do desenvolvimento da tecnologia, especialmente da Tecnologia da Informação (TI).⁷ Neste sentido, as organizações de saúde “necessitam implantar um processo contínuo de garimpar e compartilhar experiências, as quais são vivenciadas em todas as atividades participantes da cadeia de valor da prestação do serviço (GONÇALO & BORGES, 2010, P.224)” .

Por conseguinte, verifica-se que a partir da avaliação da GC, torna-se possível acompanhar o capital humano, o capital estrutural e a clientela na busca de crescimento, renovação e eficiência em serviços de saúde como hospitais.

⁷ Sobre a importância da TI em saúde, ver a seção 2.1.3. .

As principais contribuições dos estudos referentes ao item 2.2 encontram-se sintetizados no Quadro 4:

Item	Principais Estudos	Principais Contribuições
Transição da GQ para GC	Gurgel e Vieira (2002); March, 1991; Gonçalo e Borges, 2010.	Características específicas dos serviços de saúde de implicam na dificuldade de implantação de sistemas de qualidade como : assistência, aspectos humanos, diferentes especialistas. Papel incremental da aprendizagem e exploração de novas possibilidades nas organizações de saúde; Organizações Tradicionais (baseadas em informação) x Organizações que Aprendem (baseadas em conhecimento).
EBMgt	Pfeffer e Sutton, 2006;; Rosseau et al 2008; Reay et al 2009;Kovner et al 2010; Learmonth e Harding, 2006	Bases da EBMgt a partir da medicina baseada em evidências; aperfeiçoamento da gestão e da eficácia organizacional a partir do uso sistemático de evidências; influência da resistência dos profissionais em realizar a EBMgt ; Importância da aplicação de evidências considerando-se o contexto
Estrutura de GC	Alavi e Leidner (2001) Grant (1996) Nonaka e Tekeuchi (1997); Nonaka(2000 Nonaka e Krogh (2009). Sveiby (1998- 2001-2010);); Pan & Scarbrough	Características conhecimento como conjunto de crenças justificadas. Aplicação do conhecimento para a aquisição da vantagem competitiva; Conhecimento e inovação; Conhecimento tácito e explícito Processos de conversão e criação do conhecimento E estrutura /avaliação interna e externa, estratégias de GC, aplicação da GC.
GC para o Desenvolvimento de Serviços Hospitalares	Buelke e Bertó (2000); Colauto e Beuren (2003) Sveiby, 2010; Borges e Gonçalo (2008); Gonçalo e Borges, 2010) Porter e Teisberg (2005)	Papel do conhecimento em hospitais; organizações de saúde baseadas em conhecimento Desenvolvimento do conhecimento e configuração da cadeia de valor em serviços de saúde; competição baseada em valor.

Quadro 4: Síntese dos estudos revisados para o item 2.2

Fonte: Elaborado pelo autor

A seguir, será debatida a atuação dos recursos e capacidades conforme a perspectiva da GC. Desta forma, será possível compreender como a organização apropria-se e utiliza-se de recursos internos e externos para desenvolver capacidades, aprender e tomar decisões estratégicas em busca da melhoria da qualidade.

2.3. ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA DE SERVIÇOS

Nesta pesquisa, entende-se que a administração estratégica de serviços consiste na organização articular seus recursos e capacidades de modo satisfatório para atingir a vantagem competitiva no setor. Desta forma, a seção irá discorrer a respeito da visão estratégica da *Resource-based-View (RBV)*, enfatizando os recursos humanos como a principal fonte de geração de conhecimentos para a organização. Além disso, discorrer-se-á sobre elementos já verificados e consolidados na teoria da estratégia em serviços de saúde compondo uma análise do setor de saúde brasileiro, como ambiente onde a pesquisa é realizada.

2.3.1 Articulação de Recursos e Capacidades

Recursos e capacidades organizacionais são elementos que, se articulados de modo satisfatório, levam a escolhas estratégicas promotoras da vantagem competitiva através da qualificação do desempenho organizacional. A *Resource-Based-View (RBV)* ou Visão Baseada em Recursos (VBR) iniciada na metade dos anos 80 por Wernerfelt, Rumelt e Barney proporciona uma estrutura analítica para várias questões estratégicas (FOSS & KNUDSEN, 2003). Barney (1991, p. 102), refere que:

Diz-se que uma firma tem vantagem competitiva quando implementa um valor criando estratégia que não está simultaneamente sendo implementada pelos atuais ou potenciais competidores [...] e quando estas outras firmas não podem duplicar os benefícios desta estratégia.

Segundo Herzog (2001), na *RBV* as empresas se destacam por diferenciais de recursos e capacidades que acumulam ao longo de sua trajetória e pela forma como usam os mesmos. Os recursos de uma empresa, para o autor são: a) *os ativos contábeis*, elementos tangíveis e

intangíveis do inventário; b) *ativos intangíveis*, incontroláveis e não-contabilizáveis *externos* como reputação, reconhecimento da marca, lealdade dos clientes; lealdade de marca, informações públicas, relações com clientes e fornecedores, e internos como a cultura da organização; c) *fatores externos controlados pela organização*; d) *informações, conhecimentos e capacidades organizacionais* desenvolvidos e acumulados internamente; e) *processos e sistemas* configurados em suas ferramentas de gestão; f) *conhecimentos, habilidades, competências e motivação das pessoas*.

Para Grant (1991) a *RBV* foca no interesse sobre os recursos da firma na fundação de suas estratégias. Este interesse reflete a insatisfação com sistemas estáticos para abordagem de uma indústria e renova o interesse na teoria construída por Edith Penrose que, destaca-se por demonstrar em 1959 a importância estratégica de recursos mais complexos como as capacidades organizacionais e as habilidades das equipes de gestão.

Ao nível estratégico das corporações, o interesse em economias de escopo e teorias de custo de transação foca na influência dos recursos da corporação na determinação das fronteiras industriais e geográficas das atividades da firma. Ao nível de estratégia de negócios é explorada a relação entre recursos, competição e rentabilidade incluindo a análise da imitação competitiva, a apropriabilidade de retornos para inovação, a influência das informações imperfeitas e do acúmulo de recursos na aquisição da vantagem competitiva sustentável.

Entretanto, Penrose (1959) considera difícil incorporar esta visão aos modelos econômicos pela sua dificuldade de quantificação e medição. Para a autora a *RBV* ao dedicar-se aos aspectos dinâmicos para a criação de novos recursos e capacidades apresenta dificuldades de sistematização, com imprecisão e fragmentação, dificultando a criação de modelos de aplicação prática.

Corroborando com estas constatações, Grant (1991) avaliou que os estudos sobre *RBV* careciam de um sistema integrado. Então, propôs um sistema integrando um número de temas-chave sobre esta corrente teórica. A Figura 9, mostra o sistema prático proposto pelo autor, de forma a condensar os conceitos mais relevantes da teoria para análise estratégica em busca de vantagem competitiva sustentável.

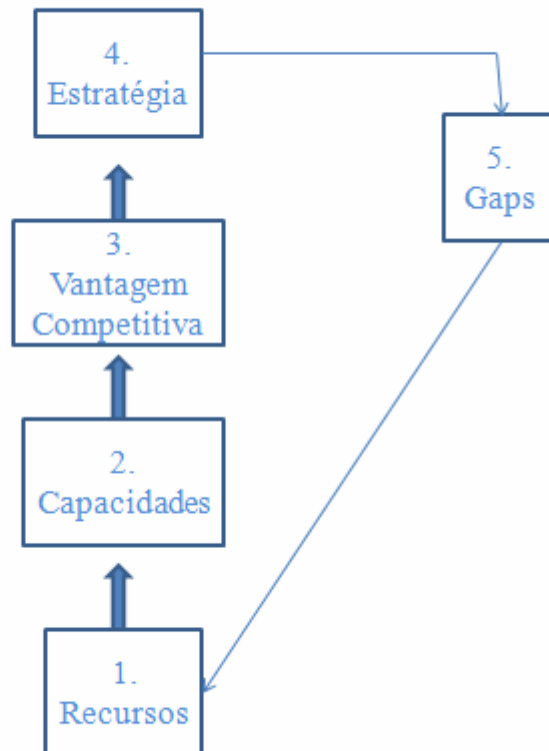


Figura 9 – Sistema prático da RBV

Fonte: Grant (1991)

A seguir, estão explicados os passos do sistema proposto por Grant (1991):

1. **RECURSOS:** Identificar e classificar os recursos da firma. Estimar as forças e fraquezas relativas aos competidores e identificar oportunidades para melhor utilizar os recursos.
2. **CAPACIDADES:** Identificar as capacidades da firma. Fazer as perguntas seguintes: O que a firma pode fazer de modo mais efetivo que seus competidores? Identificar as entradas de recursos para cada capacidade e a complexidade de cada capacidade.
3. **VANTAGEM COMPETITIVA:** Estimar o potencial de renda dos recursos e capacidades em termos de potencial para sustentar a vantagem competitiva e apropriabilidade de seus retornos.
4. **ESTRATÉGIA:** Selecionar a estratégia que melhor explora os recursos da firma e capacidades relativas às oportunidades externas.

5. IDENTIFICAR OS GAPS DE RECURSOS que necessitam ser preenchidos. Investir em recarga aumentando e elevando os recursos da firma, de modo a retroalimentar o sistema.

Considerando-se este modelo, a fundação da estratégia da firma em longo prazo, reside nas seguintes premissas:

- Os recursos e capacidades internas dão a base da direção da estratégia.

Assim, deve-se perguntar: qual é o nosso negócio? Quais são nossos consumidores? Quais de suas necessidades podemos servir? Neste sentido, Grant (1991) afirma que quando o ambiente externo está em estado de mudanças no comportamento do consumidor, tecnologia e mercado, os recursos e capacidades da firma devem ser a base mais estável que define sua identidade.

- Os recursos e capacidades são a fonte primeira de rendimento. Para Grant (1991), a habilidade de uma firma para obter rendimentos acima de seus custos de capital reside em dois fatores:

- a. Atratividade da indústria na qual está alocada através da busca de ambientes favoráveis, moderando as pressões competitivas através da influência na estrutura da indústria e no comportamento dos competidores. Deve-se considerar que a competição é mais acirrada dentro de indústrias do que entre indústrias devido à maior proximidade de fronteiras entre as primeiras.
- b. Estabelecimento de vantagem competitiva sobre os competidores. Para escolher entre vantagem em custos ou diferenciação, a firma deve primeiramente olhar para a posição dos seus recursos. Por exemplo, vantagem em custos necessita de plantas de escala eficientes, processos de tecnologia superior e de fontes de matéria prima de baixo custo. A diferenciação, por sua vez, carece de reputação de marca, tecnologia própria, vendas extensivas de uma rede de prestação de serviço.

Entretanto, para que estas condições sejam sustentáveis é necessário que uma organização aprenda a estocar recursos como equipamentos, habilidades dos empregados, patentes, marcas, finanças e outros, além de renová-los de acordo com os *gaps* encontrados (GRANT, 1991; HERZOG, 2001). Para alcançar a produtividade uma firma deve promover a cooperação e coordenação entre seus recursos. A capacidade de uma firma para realizar uma tarefa ou atividade indica a sua vantagem competitiva.

Grant (1991) considera que uma abordagem para a identificação do valor dos recursos tangíveis e intangíveis de uma firma é estabelecer o índice de razão entre o preço do estoque e o valor contábil dos recursos. Também, há a possibilidade de avaliar a rentabilidade dos recursos de uma firma através dos seguintes questionamentos: Quais são as oportunidades para economizar o uso de recursos? Quais são as possibilidades para o uso dos ativos existentes de modo mais intenso e em um investimento mais rentável?

Além disso, é necessário, também, identificar e avaliar as capacidades da organização. Conforme Grant (1991, pag. 119) “as capacidades de uma firma são o que ela pode fazer com o conjunto de seus recursos” ou “a capacidade de um grupo de recursos desempenhar determinada tarefa”. As capacidades podem ser identificadas utilizando-se uma classificação funcional de atividades padrão. Por exemplo: examinar suas competências distintivas em relação às áreas funcionais ou a integração entre as capacidades individuais. Portanto, deve-se verificar as competências centrais da firma, a aprendizagem coletiva na organização e como coordenar diversas habilidades de produção e integrar tecnologias múltiplas. Para tanto, é fundamental que a organização acesse as capacidades relativas àquelas dos competidores.

Neste contexto, a teoria das capacidades dinâmicas vem a agregar o valor de maior compreensão quanto à gestão estratégica para empresas que buscam vantagem competitiva.

Teece, Pisano e Shuen (1997) considera que a vantagem competitiva é o resultado da coordenação e combinação entre os ativos da firma e o caminho evolutivo que adota ou herdada. Em ambientes onde a mudança tecnológica é constante, uma empresa necessita de mecanismos para identificar novas oportunidades e de organização eficiente para poder torná-las realizáveis e criar riqueza.

Ao avaliar a teoria da *RBV*, Teece et al (1997), reconhece a importância da busca por eficiência e efetividade para o desenvolvimento organizacional, com ênfase em ambientes com mudança tecnológica. Porém, apesar de ocupar-se com a avaliação de quais recursos a empresa pode reter para alcançar vantagem competitiva, aponta para o desenvolvimento de novas capacidades organizacionais. Seu argumento é baseado na idéia de que o controle sobre recursos escassos como fonte de lucro precisa ser acessado pela aquisição de habilidades, gestão do conhecimento, *know-how* e aprendizagem.

Neste sentido, a teoria das capacidades dinâmicas (TEECE ET AL, 1997) sugere que empresas devem ser flexíveis e mudar rapidamente, ou seja, devem renovar competências para ser congruentes com um mercado em mudança. Assim, desenvolver gestão estratégica

para adaptar, integrar e reconfigurar habilidades organizacionais internas e externas e competências funcionais é necessário para atingir os requisitos do ambiente em mudança.

A teoria das capacidades dinâmicas realça a atuação da gestão na coordenação e integração dos processos organizacionais, a importância dos fatores de aprendizagem organizacional, do posicionamento dos ativos tangíveis e intangíveis de uma organização e sua determinação pela trajetória da organização. Desta forma, a essência da competência de uma empresa e suas capacidades dinâmicas reside no processo organizacional que é moldado pela posição dos seus recursos e sua trajetória evolutiva (TEECE ET AL, 1997). A ênfase na compreensão deste processo organizacional, gerencial e de produção, além da avaliação da capacidade de aprendizagem da empresa são fatores cruciais para condições de replicabilidade e imitabilidade de recursos diferenciais. Então, produtos ou serviços são vistos como manifestação de competências e capacidades organizacionais, as quais são dependentes da trajetória da organização.

Para Winter (2003) o desenvolvimento de capacidades envolve comprometimento gerencial em longo prazo, desenvolvimento e aquisição de recursos especializados. Neste sentido, Grant (1991) considera que os retornos para os recursos e capacidades dependem da sustentabilidade da vantagem competitiva e da habilidade da firma para apropriar-se da renda obtida. Estes fatores dependem das seguintes características dos recursos e capacidades: **durabilidade** (depreciação e reputação; gestão para manutenção e renovação das capacidades), **transparência** (um desempenho por única capacidade é mais fácil de ser identificada e imitada pelo concorrente do que aquela que envolve muitas capacidades), **ser transferível ou não** (quanto mais fácil de ser adquirido um recurso ou capacidade, mais fácil de ser imitado pelos concorrentes e entrantes – imobilidade geográfica, informação imperfeita, especificidade dos recursos e imobilidade das capacidades, influência do conhecimento tácito e controle inconsciente das capacidades) e **replicabilidade** (a imperfeita possibilidade de transferência de um recurso ou capacidade dificulta a sua replicação por outra firma, por isto, a necessidade de desenvolvimento interno de estoque de recursos e capacidades para a vantagem competitiva).

Portanto, a essência da formulação da estratégia é realizar uma projeção que viabilize o uso mais efetivo dos recursos centrais e capacidades da organização. Isto implica na necessidade de uma firma em limitar seu escopo estratégico para conquistar vantagem competitiva com clareza. Grant (1991) afirma que, caso uma firma perca a durabilidade dos recursos e capacidades ou estes sejam facilmente transferíveis e replicáveis, deve adotar uma

estratégia de curto prazo ou desenvolver novas fontes de vantagem competitiva. Portanto, flexibilidade e sensibilidade à mudança são fatores cruciais para inovar em ambiente competitivo.

Considera-se ainda, conforme Grant (1991) que para atingir a vantagem competitiva é necessário que a organização realize a tarefa de reposição de investimentos para manter e aumentar o estoque de recursos. O essencial é assegurar que a estratégia amplie os limites das capacidades ao longo do tempo através do desenvolvimento das competências centrais de uma firma, diversificação e aquisição de recursos complementares.

Neste estudo, é investigado como as organizações pesquisadas procederam quanto a GC para avançar em sua estratégia através do processo de melhoria do desempenho de suas operações. A Figura 10 mostra este propósito:

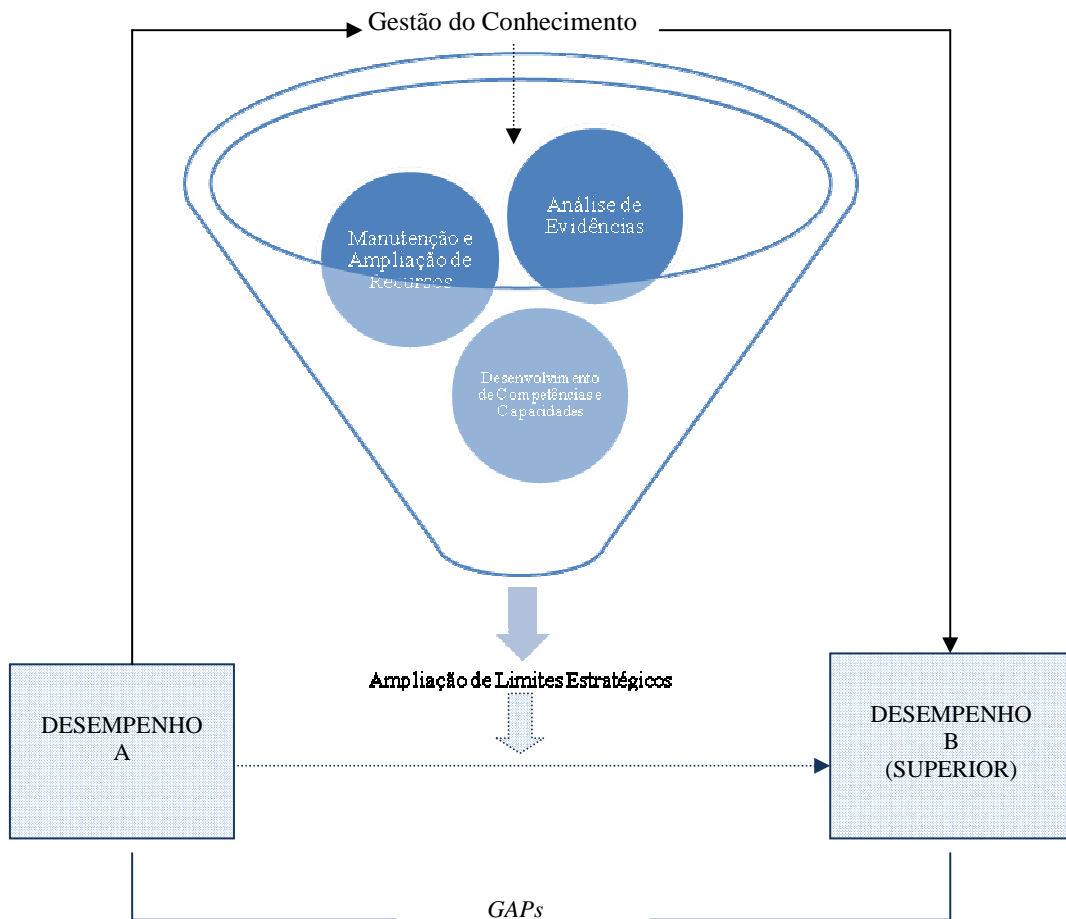


Figura 10: Processo de Melhoria do Desempenho Baseada em Recursos

Fonte: Elaborado pelo autor

Sendo assim, compreende-se que a análise de evidências a partir de indicadores de desempenho (A) precisa avançar em termos de GC, aquisição de novos conhecimentos e outros recursos para sanar os *gaps* existentes na busca de um desempenho superior (B). Considera-se que os recursos humanos processo, portanto, a seguir será destacada a atuação dos recursos humanos para tal intenção de pesquisa.

2.3.2 Administração de Recursos Humanos em Hospitais

Nesta pesquisa, considera-se que recursos humanos são a fonte para a geração de conhecimento nas organizações. As organizações baseadas em conhecimento, como hospitais, são altamente dependentes do capital intelectual na criação de valor a partir da compreensão sobre a forma como as pessoas aprendem, criam, validam, registram e compartilham o conhecimento para a tomada de decisões. Hall (2004, p.4) refere que “as organizações são o contexto no qual as pessoas trabalham”, e que bens e serviços estão, cada vez mais, sendo fornecidos e prestados por grandes organizações, destacando-se a atuação dos Recursos Humanos no desempenho organizacional.

Rummler e Brache (1992) considera que o gerenciamento efetivo do desempenho exige o estabelecimento de objetivo, estruturação e gerenciamento de cada um dos três níveis de Desempenho – Nível da Organização, Nível do Processo e nível de Trabalho/Executor. Para o autor, o propósito do Gerenciamento do Trabalho/Executor é colocar gente capaz em um ambiente que apóie a realização dos Objetivos do Trabalho. Para tanto, executivos podem usar a visão e os instrumentos do Nível de trabalho/executor para: esclarecer e mensurar responsabilidades dos subordinados diretos; garantir que o Sistema de Desempenho Humano poderá suportar as políticas que estão pensando adaptar; criar sistemas de desenvolvimento humano que maximizem a qualidade das saídas, produtividade, qualidade de vida no trabalho dos subordinados diretos; diagnosticar e aperfeiçoar seus próprios sistemas de desenvolvimento humano e garantir que mudanças na organização sejam apoiadas pelos ambientes onde serão executadas.

Alguns estudos em Estratégia de Operações consideram a influência dos recursos humanos no desempenho quanto à qualidade da prestação de serviços como medida de desempenho operacional:

- Kainak (2003), pesquisou sobre o impacto do treinamento de recursos humanos na qualidade dos dados e relatórios de programas de *Total Quality Management (TQM)* e *Just-In-Time Purchasing (JIP)*. A autora encontrou em estudo realizado em uma amostra em firmas de 48 estados dos EUA que treinamento é positivamente relacionado com qualidade dos dados e relatórios e com o desempenho das firmas que implementaram estas técnicas. A pesquisa também validou relações diretas e indiretas da *TQM* como desempenho da firma. Além disso, foi evidenciado que a efetividade da organização que implementa *TQM* depende da habilidade de satisfazer os empregados e que participação dos empregados no controle e correção de problemas de qualidade requer descentralização administrativa.
- Ahmad e Schroeder (2003) comprovaram que o alto nível de dispensa gera menor crescimento em outras práticas de gestão de recursos humanos. Entretanto, em sua pesquisa, um dos resultados é que o desempenho operacional não está significativamente relacionado com treinamento extensivo. Ainda, consideram que uma investigação sobre o impacto da estratégia organizacional em gestão de recursos humanos poderia esclarecer estes achados.

Porter e Teisberg (2005) consideram que hospitais estão entre as espécies de fornecedores que figuram como atores centrais em sistemas de saúde, além de serem locais onde atualmente é realizada a entrega de maior valor em tais sistemas. Empregados estão entre as outras partes do sistema que podem reforçar ou retirar este valor através de seus papéis e escolhas. Assim, a forma como a medicina é praticada e como os pacientes são cuidados definem o sucesso ou o fracasso dos serviços em saúde. Os autores defendem que para que os serviços de saúde atendam de modo satisfatório, os empregados necessitam visar melhoria da qualidade em saúde e não apenas minimizar os custos dos benefícios ofertados. Porter e Teisberg (2005) sugerem que funcionários de serviços de saúde precisam superar conveniências administrativas para criar novas perspectivas de excelência em planos de saúde, visando melhores resultados através do fornecimento de informações e apoio aos pacientes. Além disso, os autores sugerem que a colaboração entre empregados contribui com a competição baseada em valor. Porém, afirmam que deve haver uma reforma na seguridade dos funcionários para que possam melhor responsabilizar-se por melhores resultados com

menor preocupação em reter custos e maior investimento em benefícios em saúde como meta a ser compartilhada com a gestão sênior dos serviços.

A respeito destas questões, um estudo realizado por Lee (2005) em uma cidade da Ucrânia, com a aplicação da escala SERVQUAL (PARASURAMAN, ZEITHAML & BERRY, 1988) em serviços médicos, revelou que a confiança dos clientes nos prestadores de serviços é fator determinante na qualidade percebida pelos clientes implicando em aspectos como confiança nos médicos, suporte aos funcionários pelo hospital, prontidão no atendimento e transmissão de segurança. Uma consideração importante sobre os resultados desta pesquisa é que fatores constituintes da qualidade não são os mesmos entre diferentes culturas.

A administração de recursos humanos, é um dos determinantes na tomada de decisões em operações de serviços. Regras trabalhistas, por exemplo, podem facilitar ou dificultar a capacidade das organizações em gerenciar sua mão de obra de modo eficiente. Os ativos intangíveis da firma - como patentes, direitos autorais, marca e segredos - têm definição imprecisa. As habilidades dos empregados podem tornar a estratégia de uma firma dependente de alguns funcionários-chave. O balanço entre o controle da firma e o poder de barganha dos empregados depende da relação entre as habilidades individuais e rotinas (GRANT, 1991).

Conforme La Forgia e Couttolenc (2009), a legislação que regula a administração dos recursos humanos em saúde tem sido interrogada em sistemas públicos de todo o mundo. Em países europeus como Portugal, Espanha, Áustria e Estônia estão sendo implantadas formas mais flexíveis e direcionadas em substituição a normas rígidas e processos tortuosos. Assim, estão sendo criados instrumentos que demandam maior responsabilidade e melhor desempenho das unidades baseadas na descentralização a partir da criação de instituições administrativamente autônomas. Este processo de flexibilização administrativa vem sendo estudado por instâncias independentes - institutos de pesquisa, universidades e organizações não-governamentais - que apontam para a necessidade de introdução de rotinas de avaliação que permitam apontar parâmetros e indicar as mudanças em curso (COSTA ET AL, 2000).

No Brasil, as maiores barreiras para a construção de maior autonomia na administração dos recursos humanos em saúde são as regras trabalhistas rígidas do setor público e a centralização das decisões. Estes problemas tornam onerosa a gestão de recursos humanos no setor hospitalar. Os gastos com pessoal consomem 52% de todo o gasto hospitalar. Somando-se o pessoal terceirizado (por exemplo, limpeza, lavanderia e segurança)

aos pagamentos médicos e outros técnicos, estes custos alcançam 64% do total. Materiais médicos e medicamentos constituem a maior categoria de gastos nos hospitais (24%). O padrão está de acordo com as práticas internacionais, porém, os gastos com pessoal são maiores. Além disso, entre um terço e a metade dos gerentes nos hospitais filantrópicos trabalham meio período. (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009, p.40-41).

Outro problema é que a maioria das unidades hospitalares de pequeno porte no Brasil não implementou práticas e instrumentos ligados a finanças, recursos humanos e materiais e manutenção. Por outro lado, os hospitais não financiados pelo SUS são mais avançados no que se refere às práticas formais de negócios essenciais. A avaliação de desempenho em recursos humanos é comum na maioria das unidades, porém, não há sistemas de promoção (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009). Além disso, poucos hospitais pequenos oferecem treinamento para funcionários ou proporcionam incentivos. Quanto à qualificação profissional dos gestores hospitalares, por exemplo, em uma amostra de 36 hospitais públicos nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, Costa e al (2000), detectaram que 94,4% dos gestores são médicos, enquanto que 2,8% são Sociólogos e apenas os 2,8% restantes tem formação em Administração Hospitalar. Os autores argumentam que a principal fonte de poder para a busca da qualidade organizacional é a autoridade cognitiva do conhecimento técnico - científico com vistas à implementação e gestão de políticas de saúde em um ambiente propício à flexibilidade e experimentação.

Portanto, a problemática apresentada acima indica a importância da investigação sobre a atuação do conhecimento nas organizações e como ele pode ser gerado e gerenciado no contexto pesquisado.

O Quadro 5, sintetiza as principais contribuições dos estudos aqui revisados sobre Administração de RH em hospitais:

Item	Principais Estudos	Principais Contribuições
Administração de RH em Hospitais	Kainak (2003) Ahmad e Schroeder (2003); Porter e Teisberg (2005); Lee (2005); La Forgia e Couttolenc (2009)).	Impacto de treinamentos de Rh em programas de TQM e JIP Sugere estudos sobre o impacto da estratégia na gestão de RH Papel crucial dos profissionais de saúde para entregar serviços de valor e excelência aos pacientes. Validou a relação entre segurança dos pacientes nos profissionais de saúde e a qualidade percebida. Críticas a legislação que regula a administração de RH nos serviços de saúde, em especial no Brasil.

Quadro 5 : Síntese dos estudos revisados para o item 2.3.2

Fonte: Elaborado pelo autor

A seguir será desenvolvido o conceito de estratégia para depois ser apresentada a estrutura do setor hospitalar brasileiro, considerando-se o contexto do setor a ser pesquisado.

2.3.3 Análise Estratégica do Setor Hospitalar no Brasil

Para Mintzberg, Ahlstrand e Lampel(1998), uma leitura das forças competitivas do setor, possibilita uma visão estruturada e quantificável da situação ambiental. Desta forma, pode-se identificar as fontes de vantagem competitiva no ambiente estudado.

A seguir é mostrada uma análise estratégica do setor de serviços hospitalares brasileiros a fim de explicitar o contexto onde são utilizados indicadores de desempenho hospitalar para a posterior interpretação contextual dos dados da pesquisa.

A análise estratégica do setor hospitalar pode ser realizada com base em informações a respeito das forças competitivas (PORTER ,1980; PORTER, 1991)que operam no sistema hospitalar brasileiro. A finalidade desta análise é explicar a sustentabilidade de ganhos no setor de acordo com o grau de competitividade.

Considera-se com Porter e Teisberg (2005) que a competitividade no setor da saúde deve estar baseada na idéia de valor. Neste sentido, os fornecedores em saúde podem criar estratégias efetivas e melhorar seu desempenho a partir da busca pela excelência no valor ao paciente. Para os autores, um fornecedor de serviços em saúde que entrega resultados superiores ao paciente estará posicionado de forma equilibrada a prosperar no sistema. Este

valor pode ser mensurado pelo nível de condições médicas comparado com outros fornecedores de serviços semelhantes.

Desta forma, Porter e Teisberg (2005), prescrevem uma lista de imperativos para que os fornecedores de serviços em saúde de uma nação se movam para a competição baseada em valor:

- Redefinir o negócio em torno das condições médicas;
- Modificar o alcance e os tipos de serviços ofertados;
- Organizar-se em torno de unidades de práticas médicas integradas;
- Criar uma estratégia distintiva em cada unidade de práticas;
- Mensurar resultados, experiência, métodos e atributos dos pacientes por unidade de práticas;
- Direcionar para projetos singulares e novas abordagens de preço;
- Criar serviços baseados em excelência, singularidade e resultados e
- Crescer localmente e geograficamente em áreas de força.

Conforme Porter e Teisberg (2005, p. 3), “há uma miríade de dimensões dos sistemas de saúde e é fácil de ser completamente dominado devido a sua complexidade”. No entanto, os autores consideram que em uma perspectiva estratégica, as questões em saúde devem ser divididas entre as seguintes áreas: custos e acesso a seguros de saúde, tipos de cobertura que devem ser de responsabilidade do seguro *versus* responsabilidade do indivíduo e estrutura de entrega de cuidados em saúde.

Ferreira e Silveira (2007) mostram que a partir de 1982 o sistema público brasileiro de saúde iniciou um processo de unificação pela estruturação das Ações Integradas de Saúde – AIS, que foi intensificado pela implementação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS. A legislação manteve o financiamento tripartite do SUS, ou seja, recursos oriundos da Seguridade Social – OSS, criada para integrar os recursos destinados aos programas de Assistência Social, Previdência e Saúde e os provenientes dos Estados, Distrito Federal e Municípios. Porém, conforme Ferreira e Silveira (2007) a distribuição dos recursos não é submetida a uma lei específica, tornando problemática a questão da equidade e, por consequência, gerando uma fragmentação do sistema. Em termos de financiamento direto, ou seja, oriundo de tributos de cada esfera do governo no exercício de 2003, por exemplo, a União foi responsável por 68,8% do total arrecadado, os Estados participaram com 26,6% e os

Municípios com apenas 4,8%. Somando-se a estes dados à repartição constitucional de impostos, a participação da União na receita foi de 59%, dos Estados 24,9% e dos Municípios de 16,1% (FERREIRA & SILVEIRA, 2007).

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), o setor hospitalar brasileiro é formado por 7.400 hospitais e 471 mil leitos e dividido em três setores principais:

- Hospitais públicos com administração federal, estadual e municipal. Quase todos são financiados pelo poder público. A maioria (71%) são hospitais municipais e a maioria dos restantes são entidades estaduais. O governo federal opera um número relativamente pequeno através do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Entretanto, conforme descrito acima, a maioria da arrecadação para financiamento desses hospitais (dados de 2003) é oriunda da União.
- Hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS (70% com financiamento público), incluindo a maior parte das instituições sem fins lucrativos e cerca de 50% dos hospitais com fins lucrativos. Os hospitais sem fins lucrativos que prestam serviços ao SUS são conveniados e devem ceder 60% dos leitos aos pacientes do SUS. Os hospitais privados, também, mantém recursos de fontes privadas em maior ou menor escala.
- Hospitais particulares com fins lucrativos e alguns filantrópicos não financiados pelo SUS. Constituem cerca de 20% de todas as unidades e 30% dos privados.

Nas Tabelas 1e 2 é explicitada a estrutura de custos/financiamento de hospitais públicos e privados no Brasil em relação ao número de clientes dos serviços hospitalares públicos e privado

Tabela 1
Hospitais Públicos: Perfil de Pacientes e Fontes de Financiamento, por Arranjo Organizacional, 2002 (N=284)

Regime Organizacional	Clientes por pagador (% de internações)		Principal fontes de financiamento por sistema de pagmto. (% da receita)			
	SUS	Planos de Saúde	Orçamento tradicional do gov.	Orçamento descentralizado do gov.	SUS	Planos privados
Adm. Pública direta	98	2	86	0	10	4
Adm. Indireta	90	10	0	56	28	16
Adm. Autônoma	100	0	0	100	0	0

Fonte: La Forgia e Couttolenc (2009) p.195

Tabela 2

Hospitais privados: Perfil de Pacientes e Fontes de Financiamento, por Arranjo Organizacional e Natureza, 2002 (N=300)

Propriedade	Regime	Clientes por pagador (% de internações)			Principal fontes de financiamento por sistema de pagmto. (% da receita)				
		SUS	Planos de Saúde	Privada	Orçamento tradicional do gov.	Orçamento descentralizado do gov.	SUS	Planos privados	Rem. p/ serv. privados
Privada s/ fins Lucrativos	Filantropia	74	20	6	0	0	33	45	22
	Fundações	85	10	5	0	0	48	29	23
Privada c/ fins lucrativos	Gestão Corporativa	34	48	17	0	0	8	58	33

Fonte: La Forgia e Couttolenc (2009) p.198

Observando-se os dados descritos acima, pode-se inferir que o grau de competitividade por recursos oriundos do SUS é uma questão não esclarecida, uma vez que a legislação sobre a distribuição destes recursos não está definida. No entanto, Conforme La Forgia e Couttolenc (2009), a partir de 2001, o Estado implantou um sistema padronizado de custos em cada hospital, que definem as bases do orçamento anual. Ainda assim, esta estrutura é considerada global, representando uma limitação orçamentária rígida. Além disso, o sistema é dividido entre metas ligadas ao desempenho de produção e a relatórios ou indicadores de qualidade, os quais podem reter ou suspender o financiamento público.

Por outro lado, pode-se inferir que a competitividade pela clientela oriunda de planos de saúde e particular deve ocorrer com maior intensidade nas organizações privadas. Ainda que estas quando conveniadas com o SUS, necessitem destinar 60% dos leitos para estes pacientes, competem entre 20% do total das unidades e 30% dos privados.

Porter e Teisberg (2005), afirmam que a competição em serviços de saúde é análoga a qualquer outro tipo de indústria. Neste sentido, inovações levam à rápida difusão de novas tecnologias e melhores práticas. Assim, os competidores que demonstram excelência prosperam, enquanto que rivais fracos devem se reestruturar ou sair do negócio.

No setor da saúde, os custos são altos e aumentam progressivamente apesar da luta para controlá-los e problemas de qualidade persistem nos mesmos tipos de serviços e entre áreas geográficas. Porter e Teisberg (2005) também afirmam que a difusão tecnológica é lenta e a qualidade passa a ser demarcada por esta forma de difusão tecnológica. Isto é insustentável em um setor onde os consumidores crescem mais que o orçamento. A falta de

eficiência na alocação de utilização de recursos influenciam a obtenção de resultados modestos quanto ao nível de gasto no Brasil em relação a países semelhantes. Além disso, o país apresenta um nível mediano em relação ao seu nível de gasto, mesmo que seus índices de saúde tenham crescido nos últimos 25 anos, conforme mostra a Tabela 3:

Tabela 3

Comparação Internacional de Gastos e Resultados em Saúde, 2002

País ou grupo	Gasto em saúde per capita (PPPUS\$) (1)	Gasto com saúde em % do PIB	Cobertura de imunização%	Expectativa de vida ao nascer em anos(2)	Mortalidade Infantil/1000	Razão (1) / (2)
Brasil	566	7,9	94,5	69	25	8,4
ALC	486	7,0	89,5	71	28	6,7
Países de Renda Média						
Alta	611	6,4	92,0	73	19	8,3
Países de Renda Média Baixa						
Média Baixa	307	5,8	81,0	69	32	4,5

Fonte: LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009; MS/DATASUS, 2005;OMS, 2005.

A Tabela 3 ainda explicita que na comparação entre nível de gasto e indicadores de saúde, como mortalidade infantil e materna, coloca o Brasil em nível médio de Desempenho na América Latina e entre outros países de renda média. Outros países gastam menos e atingem indicadores de saúde iguais ou superiores (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009, p. 26-27).

Conforme La Forgia e Couttolenc (2009), Hospitais sem Fins Lucrativos e Filantrópicos representam quase dois terços das unidades hospitalares do Brasil. Eles se tornaram uma fonte importante de atendimento e treinamento antes de ser criado o sistema público. Em algumas localidades do país eles eram os únicos prestadores de serviços em saúde. Atualmente, este setor está em transição. Muitas dessas organizações passaram a abandonar ações de caridade para adotar serviços altamente profissionalizados através do treinamento sistemático de pessoas. Além dos serviços médicos tradicionais, a o aumento da complexidade da demanda faz com que estes hospitais alterem sua missão e seus objetivos (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009).

Com a formação de um novo ambiente tecnológico, educacional e de pesquisa, diversificação de mercado, irregularidade de financiamento público e mudanças nos sistemas de pagamento, cresce o número de instituições em processo de modernização gerencial.

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), os hospitais brasileiros, conforme sua independência, autoridade de decisão, mecanismos de responsabilização e exposição ao mercado são mais ou menos influenciados em suas práticas gerenciais e, portanto, em seu desempenho. Conforme evidências estatísticas encontradas pelos autores, hospitais com arranjos organizacionais sólidos estão associados à maior eficiência, enquanto que arranjos organizacionais e escalas adequados, permitem que hospitais públicos sejam eficientes na mesma medida que os privados ou até mais. Outro achado importante é que ganhos de eficiência podem ser adquiridos sem perda de qualidade.

Considera-se com Besanko, Dranove, Shanley e Schaefer (2006), que os entrantes devem atingir uma escala eficiente mínima para não entrarem em desvantagem, associada à independência, autoridade (grande parte dos hospitais brasileiros depende do financiamento do governo/SUS) e solidez (reputação), ao crescimento da complexidade no setor e à experiência como forma de proteção aos riscos. Assim, pode-se inferir que são grandes as barreiras para os novos entrantes no setor.

Para Cunha et al (2004), a nova visão da saúde estabelecida desde a implantação do SUS privilegia a sua promoção em detrimento do tratamento de doenças; percebe o indivíduo de forma integrada, holística, ao invés de centrar-se em órgão ou sistema; assume o conceito da assistência continuada em substituição a uma assistência focada em consultas e encontros; valoriza o conceito de saúde comunitária enquanto minimiza a questão do cuidado intensivo; assume o conceito de equipe multidisciplinar e não o de assistência médica; e assume um padrão para a tomada de decisão baseado em evidências e resultados e não mais no conhecimento tradicional e no ritual médico. Entretanto, La Forgia e Couttolenc (2009), consideram que a atenção em saúde no Brasil ainda é hospitalocêntrica. A utilização de leitos no país está próxima da realidade de países de renda média. Apesar de o Brasil ter uma população mais jovem e uma composição de doenças que não requer grande uso de hospitais, em 2002 os hospitais do SUS realizaram mais de 121 milhões de consultas médicas de emergência, ou seja, 25, 8% das consultas do SUS. Segundo La Forgia e Couttolenc (2009, p. 45), “há uma evidência crescente de que nem toda essa demanda requer recursos oferecidos pelas emergências dos hospitais”. Para os autores, o uso difundido do atendimento hospitalar

decorre da baixa efetividade e qualidade da rede de atenção básica ou ambulatorial (centros de saúde, postos de saúde, unidades básicas, clínicas, etc.).

A implantação de melhorias na busca de maior efetividade e menor custo para atendimentos ambulatorial através de uma mudança de cultura gerada por programas de saúde de ordem da prevenção primária, parece carecer de concretização.

Para Besanko et al (2006), os principais fornecedores de hospitais são: mão de obra, companhias de equipamentos médicos e farmácias com poder indireto sobre o setor .

No Brasil, os Gastos com pessoal consomem 52% de todo o gasto hospitalar. Somando-se o pessoal terceirizado, os pagamentos médicos e outros técnicos, estes custos alcançam 64% do total. Materiais médicos e medicamentos constituem a maior categoria de gastos nos hospitais (24%). O padrão está de acordo com as práticas internacionais, porém, os gastos com pessoal são maiores (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009, p.40-41).

Portanto, pode-se dizer que o poder de barganha dos fornecedores é alto – ocupa maior parte do orçamento do setor.

Besanko et al (2006) consideram que os compradores incluem pacientes, médicos e seguradoras, os quais decidem quais hospitais terão seus negócios e como estes serão pagos. A respeito das escolhas de negócios por profissionais e seguradoras foi registrado anteriormente quando se demonstrou a complexidade do setor, sua estrutura de custos e problemas na estrutura de financiamento em relação à equidade, cortes e restrições governamentais. Além disso, sabe-se da importância dos convênios como fonte de financiamento de uma parcela, ainda que menor das instituições com fins lucrativos e outras.

Portanto, pode-se considerar que o setor hospitalar no Brasil é complexo no que tange à sua estrutura de custos, financiamento e regulamentações governamentais. A rivalidade interna do setor, por esta razão, somando-se à possibilidade novas formas de atendimento previstas pela lei do SUS tende a tornar-se cada vez maior. O forte poder dos fornecedores pode dificultar mais ainda a sobrevivência no setor. A dependência e a disputa por negócios tanto a nível governamental como por convênios torna a situação ainda mais complexa. Quanto às possibilidades de entrada, considera-se que são poucas, porém há a alternativa de desenvolvimento de serviços mais eficientes e eficazes na utilização de recursos e, talvez, melhor organizados sob o aspecto da gestão para enfrentar as restrições de mercado, do governo e fatores como experiência e reputação. A possibilidade da criação de novos serviços como clínicas, ambulatórios e outras novas modalidades de atendimento previstas em lei, tende a aumentar a substituição de uma parcela de serviços de menor complexidade como

emergências simples e consultas. Desta forma, há uma oportunidade de entrada propondo variações no sistema de atendimento com vistas à vantagem competitiva sustentável com visão de futuro.

Porter e Teisberg (2005) perguntam como sistemas estatais de saúde podem entregar maior valor aos cidadãos. Para os autores, deve-se incluir a competitividade nestes sistemas fazendo com que os hospitais públicos e médicos tenham visão de negócios. Assim, informação pública sobre resultados do nível de condições médicas cria motivação direta por melhorias entre prestadores de serviços.

Outra forma de inserir a competitividade em valor nos serviços de saúde, conforme Porter e Teisberg (2005) é fazer com que prestadores privados concorram com serviços públicos de entrega em saúde. Porém, para os autores, é necessário recompensar e disciplinar os funcionários públicos como gestores, médicos e outros especialistas, baseando-se no valor de sua entrega. Além disso, a inclusão da competitividade em planos de saúde, através da publicação de resultados, a disponibilidade de informações para que o paciente gerencie sua saúde e a minimização de transações administrativas, também, pode encorajar a melhoria de valor em saúde (PORTER & TEISBERG, 2005).

2.4 ESTRUTURA CONCEITUAL DA PESQUISA

O referencial teórico desenvolvido como embasamento para a presente pesquisa, primeiramente, compreende o estudo da medição e avaliação do desempenho (GQ) em serviços hospitalares a partir da utilização de sistemas de indicadores. Em seguida, é estudada a transição desta visão para uma leitura das organizações de saúde como operações intensivas em conhecimento. A Gestão Baseada em Evidências (*EBMgt*) é apresentada como ponto crucial para o desenvolvimento de uma Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional (GC). Ainda, considera-se o contexto do ambiente de pesquisa em serviços hospitalares no escopo da Administração Estratégica de recursos em saúde. Ainda, são listados os termos supostos para orientar a categorização das análises de dados a partir da incidência no referencial teórico, identificada com auxílio do *software* no NVIVO9[®] e dos principais conceitos presentes na dissertação. O Quadro 6 sintetiza este processo indicando os principais autores que embasam a posterior análise textual dos dados desta dissertação:

REFERENCIAL TEÓRICO	PRINCIPAIS AUTORES	TEMA TEÓRICO	ELEMENTOS SUPOSTOS
<p>Medidas de Desempenho</p> <ul style="list-style-type: none"> Avaliação de Desempenho de Serviços Hospitalares através de Indicadores Sistemas de Informação em Serviços Hospitalares 	<p>Crosby, 1979; Juran & Grynia, 1980; Demig, 1982; Ferdows et al, 1986,; Rummler e Brache, 1992; Ishikawa, 1993,; Wruck& Jensen, 1994; Hronec e Andersen, 1994; Gonçalo, 1995; Ahire, Golhar & Waller, 1996; Hendricks & Singhal, 1997; Slack et al. 1997; Miller et al, 2000, Prahinski e Benton, 2004, Minor e Roth, 2006. Robin, 2008;</p> <p>Donabedian(1991- 2005); Buelke e Bertó, 2000) Kluck Et Al (2002); Guimarães et al (2002) ; Schout e Novaes(2007); Bittar (2008), La Forgia e Couttolenc (2009).</p> <p>Almeida,(1995) Andrade e Falk (2001); Borba e Costa (2002); Cunha et al (2004); Souza et al (2009).</p>	<p>AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO SOB A PERSPECTIVA DA GQ</p>	<p>Medidas Avaliação Desempenho Qualidade Estudos comparativos (<i>benchmarking</i>)</p> <p>Informação</p> <p>Sistemas Indicadores</p> <p>Sigilo Confiabilidade Credibilidade</p>

REFERENCIAL TEÓRICO	PRINCIPAIS AUTORES	TEMA TEÓRICO	ELEMENTOS SUPOSTOS
<p>A Gestão Baseada em Evidências promovendo o Conhecimento Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestão Baseada em Evidências (EBMgt) 	<p>March, 1991; Gurgel e Vieira (2002); Gonçalo e Borges, 2010.</p> <hr/> <p>Pfeffer e Sutton, 2006; Learmonth e Harding, 2006; Rosseau et al 2008; Reay et al 2009; Kovner et al 2010;</p>	<p>A GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS (EBMgt) PROMOVENDO O CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL (GC)</p>	<p>Qualidade Conhecimento Aprendizagem Evidências</p> <p>Transferência Criação Compartilhamento Pesquisa</p>
<p>Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional</p> <ul style="list-style-type: none"> Gestão do Conhecimento para o Desenvolvimento de Serviços Hospitalares 	<p>Grant (1996); Nonaka e Takeuchi (1997); Sveiby (1998); Nonaka (2000); Pan e Scahrbrough, (1999); Alavi e Leidner (2001); Sveiby (2001); Nonaka e Krogh (2009).</p> <hr/> <p>Buelke e Bertó (2000); Colauto e Beuren (2003) Porter e Teisberg (2005) Borges e Gonçalo (2008);</p>		
<p>Articulação de Recursos e Capacidades</p> <ul style="list-style-type: none"> Recursos Humanos em Hospitais 	<p>Barney (1991); Grant (1991); Teece (1997); Herzog (2001); Foss e Knudsen (2003); Winter (2003).</p> <hr/> <p>Kainak (2003) Ahmad e Schroeder (2003); Hall (2004); Porter e Teisberg (2005); Lee (2005); La Forgia e Couttolenc (2009)).</p>	<p>ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA DE SERVIÇOS</p>	<p>Estratégia</p> <p>Recursos</p> <p>Capacidades</p>
<ul style="list-style-type: none"> Análise Estratégica do Setor Hospitalar Brasileiro 	<p>Porter (1980); Porter (1991) Porter e Teisberg (2005); Mintzberg et al (1998); Besanko et al (2006); Ferreira e Silveira (2007); La Forgia e Couttolenc (2009).</p>		

Quadro 6: Estrutura Conceitual da Pesquisa
Fonte: Elaborado pelo autor

Tendo sido explicitada a articulação dos conceitos que introduzem o debate teórico nesta pesquisa, será esclarecido, a seguir, sobre a metodologia proposta para o presente estudo.

3 METODOLOGIA

A estratégia metodológica utilizada nesta pesquisa é um estudo de casos múltiplos para explorar, descrever e explicar fenômenos, além de possibilitar uma análise profunda do tema de interesse da pesquisa (CRESWELL, 2007). Para Godoy (1995) o estudo de caso é utilizado quando se objetiva analisar detalhadamente um fenômeno e quando o pesquisador vai a campo para captá-lo a partir da perspectiva das pessoas nele envolvidas. Já para Yin (2001) o pesquisador pode trabalhar no estudo de caso, tendo como objetivo explorar fenômenos contemporâneos inseridos em algum contexto da vida real, como neste estudo, a investigação em um campo aplicado, ou seja, o contexto da gestão hospitalar. Portanto, este estudo visa à generalização para proposições teóricas, confirmando uma teoria ou apresentando pressupostos explorados no estudo em particular. Assim, procurou-se ter como objetivo expandir e generalizar relações teóricas e analíticas (YIN, 2001) entre Avaliação de Desempenho (GQ), EBMgt e GC.

3.1 DEFINIÇÃO DO MÉTODO

A natureza do método utilizado neste estudo é voltada essencialmente para procedimentos qualitativos, sendo apresentadas evidências quantitativas somente para fins de cruzamento de dados de natureza diferente. Conforme Creswell (2007) este método possui as características descritas a seguir, as quais são agregadas às ações correspondentes neste estudo.

- Ocorre em um cenário natural, permitindo ao pesquisador estar altamente envolvido nas experiências reais dos participantes: o estudo ocorreu no contexto do ambiente hospitalar, onde o pesquisador pôde, além de relatar, observar e presenciar a dinâmica das ações dos pesquisados;
- Usa métodos interativos e humanísticos, envolvendo a participação ativa e a sensibilidade dos participantes: utilizou-se a exploração das experiências dos entrevistados através da visualização do uso de sistemas de informação e da dinâmica dos processos de trabalho vinculados ao tema investigado e sua percepção sobre o tema;

- É emergente, ou seja, as questões de pesquisa podem mudar e ser refinadas à medida que o pesquisador descobre o quê perguntar e para quem fazer as perguntas: foi realizada uma etapa exploratória inicial onde as perguntas iniciais foram refinadas e posteriormente relacionadas ao referencial teórico e aos objetivos, durante a investigação foram aprofundados os temas emergentes, como por exemplo, a questão da pesquisa científica para orientar ações em hospitais.
- É fundamentalmente interpretativa, incluindo o desenvolvimento da descrição de cenários, análise de dados para identificar temas e categorias e, finalmente, tirar conclusões sobre seu significado: foi utilizado o software NVIVO9[®] para categorizar as entrevistas de acordo com as dimensões de análise a partir de termos-chave identificados através do software para posterior análise do conteúdo.

As unidades de análise escolhidas para este estudo são serviços intensivos em conhecimento, dois hospitais gerais de alta complexidade localizados na cidade de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul.

O quadro 7, mostra em síntese a metodologia para a presente pesquisa:

METODOLOGIA DA PESQUISA		
Paradigma	Interpretativo ou Fenomenológico	Interpretação do fenômeno uso de indicadores de desempenho para a gestão do conhecimento baseada em evidências a partir do referencial teórico
Tipo de Pesquisa	Exploratória	Etapa Exploratória A, avaliando o uso do SIPAGEH ; Etapas Exploratórias B e C (Casos: J e K) com descrição do comportamento do desempenho das organizações estudadas, exploração e explicação do fenômeno estudado para cada caso descrito conforme arranjo organizacional e estrutura de gestão.
Método	Qualitativo	Realização de contatos pessoais, s entrevistas em profundidade, e observações in loco
Principais características	Produção de dados qualitativos Compreensão profunda do tema Plenitude de significado dos dados Explicação de fenômenos	Aprofundamento do tema pesquisado nas entrevistas, análise interpretativa das entrevistas e dados secundários
Estratégia	Estudo de casos múltiplos	Caracterização das especificidades de cada caso e sua respectiva interpretação e discussão de resultados.
Unidades de análise	Operações de Serviços Baseadas em Conhecimento: Atendimento de emergência, ambulatório, unidades de internação e SADTs	Dois Hospitais Gerais de Alta Complexidade em Porto Alegre – RS.

Quadro 7: Estrutura Síntese da Metodologia da Pesquisa
Fonte: Adaptado de Yin (2001) e Creswell (2007)

3.2 VANTAGENS E LIMITAÇÕES DO MÉTODO

A estratégia de estudo de caso torna-se vantajosa para a compreensão de fenômenos individuais, organizacionais, sociais e políticos de alta complexidade, bem como auxilia na compreensão da maturação de alguns setores (YIN, 2001). Entretanto, a replicação dos resultados é extremamente difícil, sendo particular ao local onde os dados qualitativos são gerados e a coleta de dados é dispendiosa em termos de tempo e custo.

Para Creswell (2007), na pesquisa qualitativa, a validade não vem acompanhada de confiabilidade (exame da estabilidade ou consistência de respostas) ou generalização quanto à validade externa da aplicação de resultados a novos cenários, pessoas ou amostragens. A validade é usada para determinar se os resultados são íntegros, autênticos e apresentam credibilidade do ponto de vista do pesquisador e dos participantes.

3. 2.1 Testes de Validade da Pesquisa

Conforme Yin (2001) os testes utilizados para se determinar a qualidade de qualquer pesquisa empírica são: validade do construto, validade interna, validade externa e, confiabilidade. Creswell (2007) acrescenta que o pesquisador busca o envolvimento dos participantes, procurando estabelecer uma relação de credibilidade. Tais testes foram aplicados através de táticas realizadas durante as fases do estudo.

3.2.1.1 Validade do construto

A pesquisa qualitativa deve contemplar perguntas relativas ao problema de pesquisa, apoiadas no referencial teórico para qualificar a análise e a conclusão do trabalho (CRESWELL, 2007; YIN, 2001). A validade do construto consiste em estabelecer medidas operacionais corretas para os conceitos que estão em estudo (YIN, 2001). Conforme o autor existem três táticas disponíveis para ampliar a validade do construto: utilização de *várias fontes* para a criação de linhas convergentes de investigação durante a coleta de dados; estabelecimento de *encadeamento de evidências*, também durante a coleta de dados e, a *revisão do rascunho do relatório por informantes chave*.

As táticas relacionadas ao teste de validade do construto utilizadas neste estudo foram: busca de dados qualitativos (entrevistas), exploração da estruturação do sistema de

avaliação de desempenho (SIPAGEH), análise de relatórios de desempenho e relatórios anuais das instituições pesquisadas para construir os casos e, acompanhamento permanente do desenvolvimento da pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa, Direções de Pesquisa, Direções Técnicas, Chefias Administrativas e setores-chave como Controladoria, Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GETED) e participantes dos Colegiados de Gestão.

3.2.1.2 Validade interna

A validade interna consiste no estabelecimento de uma relação causal entre eventos a partir de alguma ocorrência anterior com base em evidências oriundas das entrevistas e análise de documentos (YIN, 2001). A validade interna pode ser obtida através de *adequação ao padrão, construção da explicação e análise de séries temporais*.

Neste estudo, a validade interna foi considerada de acordo com o caráter também explanatório da pesquisa. Foi obtida através do cruzamento e discussão entre os dados coletados e as dimensões teóricas desenvolvidas, buscando explicar causas dos fenômenos estudados e pela análise de dados secundários quanto ao comportamento do desempenho das organizações de acordo com relatórios anuais. A comparação entre dados registrados em tabelas e gráficos com as falas dos entrevistados foi a tática utilizada para determinar a validade interna do estudo. Foram criadas hipóteses explicativas para determinados resultados encontrados a partir das interpretações destes e das entrevistas em relação ao referencial teórico revisado.

3.2.1.3 Validade externa

A validade externa consiste no estabelecimento do domínio ao qual as descobertas do estudo podem ser generalizadas (YIN, 2001) A possibilidade de generalização em estudos de casos pode ser criticada pela pobreza das informações e da análise dos dados.

Entretanto, Yin (2001) argumenta que é possível, em estudos de caso, generalizar um conjunto particular de resultados a alguma teoria abrangente. O autor salienta que a teoria deve ser testada por meio da replicação de descobertas em outros locais, supondo a ocorrência de resultados semelhantes.

Neste estudo a validade externa foi obtida através da construção de um referencial teórico baseado em estudos testados em outras organizações semelhantes (hospitais públicos,

filantrópicos, SUS, de alta complexidade e que utilizam sistemas de avaliação de desempenho).⁸

3.2.1.4 Confiabilidade

A confiabilidade consiste na verificação da consistência da pesquisa. Para atingir a confiabilidade, o pesquisador deve encadear o tema, o problema a um modelo conceitual oriundo do referencial teórico. Na pesquisa qualitativa, é necessário estabelecer conexões entre o construto teórico, o método e os resultados. (YIN, 2001).

Neste estudo de caso, a confiabilidade foi testada através da construção de uma Estrutura Conceitual da Pesquisa (seção 2.4) e da utilização do Roteiro de Entrevista em Profundidade (Apêndice B) elaborado a partir dos objetivos oriundos do tema e do problema e articulado com os respectivos temas teóricos e elementos de investigação.

3.2.1.5 Credibilidade

De acordo com Creswell (2007), a credibilidade consiste na integridade e autenticidade dos dados, conforme o pesquisador e os participantes. Para esse autor, na pesquisa qualitativa o modelo é aperfeiçoado durante a coleta, quando o pesquisador filtra os dados e aprofunda de acordo com uma lente subjetiva. Portanto, os estudos qualitativos não pretendem estar isentos de valores do pesquisador e dos entrevistados, exigindo o permanente questionamento do investigador sobre estas questões. O pesquisador, conforme Creswell (2007) percorre o ciclo de coleta e análise de dados e, reformula o problema recorrentemente, utilizando um raciocínio complexo, multifacetado e simultâneo (indutivo-dedutivo).

Nesta pesquisa, a credibilidade é testada considerando-se as opiniões veiculadas pelo conjunto de entrevistados sobre o tema central e as próprias experiências e avanços do pesquisador no decorrer da investigação teórico - prática em bancas de pré-qualificação e qualificação do projeto, no compartilhamento do estudo com outros profissionais ligados à área de interesse e junto à orientação. As análises e sugestões dos Comitês de Ética em Pesquisa do hospitais investigados também foram determinantes neste quesito. Dentre as modificações e exigências sugeridas e realizadas estão: (1) alteração de perguntas que poderiam identificar e constranger os entrevistados, (2) aval da alta direção dos hospitais

⁸ Ver quadros 9, 15 e 20.

concedido para a aplicação da pesquisa, (3) garantia de que as instituições não fossem identificadas em hipótese alguma, (4) permissão da utilização dos dados somente para fins de pesquisa acadêmica e (5) concessão de entrevista somente sob a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O Quadro 8 mostra os testes de julgamento da qualidade deste estudo:

Testes	Tática dos Estudos de Caso	Fase de Aplicação
Validade do Constructo	<ul style="list-style-type: none"> - fontes múltiplas de evidências: estruturação do SIPAGEH, entrevistas, análise de relatórios de desempenho, sites e relatórios anuais das instituições pesquisadas - encadeamento de evidências: montagem dos estudos de casos e apresentação dos dados - revisão do relatório em construção: acompanhamento permanente do desenvolvimento da pesquisa pelos Comitês de Ética em Pesquisa, Direções de Pesquisa, Direções Técnicas, Chefias Administrativas e setores-chave como a Controladoria, Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GETED) e Representantes dos Colegiados de Gestão. 	<p>Coleta de dados</p> <p>Coleta de dados</p> <p>Composição do Relatório</p>
Validade interna	<ul style="list-style-type: none"> - adequação ao padrão, e construção da explanação: cruzamento e discussão entre os dados coletados e as dimensões teóricas desenvolvidas - análise de séries temporais: análise de dados secundários quanto ao comportamento do desempenho das organizações de acordo com relatórios anuais 	<p>Análise de dados</p>
Validade externa	<ul style="list-style-type: none"> - lógica de replicação em estudos de casos múltiplos: etapa exploratória inicial (seção 3.3), construção do referencial teórico baseada em estudos testados em outras organizações semelhantes (hospitais públicos, filantrópicos, SUS, de alta complexidade e que utilizam sistemas de Avaliação de Desempenho) para onde se pode avaliar a existência de resultados semelhantes. 	<p>Projeto de Pesquisa</p>
Confiabilidade	<ul style="list-style-type: none"> - protocolo de Estudo de Caso: Estrutura Conceitual da Pesquisa (seção 2.4) Roteiro de Entrevista em Profundidade (Apêndice B) - Banco de Dados: entrevistas, observações e dados secundários. 	<p>Coleta de Dados</p>
Credibilidade	<ul style="list-style-type: none"> - reformulação recorrente: revisão e qualificação permanente do texto em elaboração, considerando-se as opiniões do conjunto de entrevistados, experiências e avanços do pesquisador, bancas de pré-qualificação e qualificação do projeto, compartilhamento do estudo com outros profissionais e orientação e sugestões dos Comitês de Ética em Pesquisa das organizações pesquisadas. 	<p>Projeto de Pesquisa, Coleta de Dados e Composição do Relatório</p>

Quadro 8: Testes de qualidade da pesquisa
Fonte: Adaptado de Yin(2001)

3.3 ETAPA EXPLORATÓRIA A: O USO DE UM SISTEMA DE INDICADORES PARA A GESTÃO HOSPITALAR

Conforme Yin (2001), o estudo exploratório possibilita ao pesquisador compreender “o quê”, ou seja, contribui na definição e sustentação das questões de pesquisa e auxilia a qualificar a estratégia de pesquisa que será utilizada. Com vistas a conhecer o ambiente de pesquisa e, principalmente, aprimorar as questões de investigação foi realizada uma Etapa Exploratória (A) com 09 gestores hospitalares representantes de instituições participantes do SIPAGEH⁹ (GONÇALO, BORGES, VIGNOCHI, HAUBERT & JUNGES, 2010). Foram escolhidos os maiores responsáveis pela tomada de decisão em nível de desempenho dos hospitais, como também o corpo diretivo. A amostra dos hospitais participantes foi consolidada por conveniência, ou seja, de acordo com a disponibilidade para realizar as entrevistas em um determinado período de tempo pré-definido. O Quadro 9 mostra a distribuição dos entrevistados nesta etapa:

GRUPO DE HOSPITAIS (SIPAGEH) N = 09	ARRANJO ORGANIZACIONAL	REGIÃO/ESTADO	ENTREVISTADOS N = 09
HOSPITAL A	Organização privada sem fins lucrativos	Metropolitana/ RS	Gerente da Controladoria Geral
HOSPITAL B	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Central/RS	Diretor Geral
HOSPITAL C	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Noroeste/RS	Diretor Geral
HOSPITAL D	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Nordeste/MG	Superintendente
HOSPITAL E	Fundação universitária privada	Nordeste /RS	Diretor Geral
HOSPITAL F	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Sudeste/SP	Responsável pela coleta de dados para o SIPAGEH
HOSPITAL G	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Oeste/RS	Diretor Geral
HOSPITAL H	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Sudeste/RS	Responsável pelo Depto. De TI
HOSPITAL I	Entidade beneficente sem fins lucrativos	Metropolitana/RS	Diretor Geral

Quadro 9: Distribuição dos Entrevistados para Etapa Exploratória Inicial
Fonte: Elaborado pelo autor

⁹ Ver sobre a estruturação do sistema no ANEXO A.

Como técnica de abordagem foi aplicada a Entrevista em Profundidade via telefone, por, em média, 15 minutos, durante a segunda quinzena do mês de novembro e a primeira quinzena do mês de dezembro do ano de 2010. Para Roesch (1996, p.150), a entrevista em profundidade "é a técnica fundamental da pesquisa qualitativa". Seu objetivo é "entender o significado que os entrevistados atribuem a questões em contextos que não foram estruturados anteriormente a partir das suposições do entrevistador (ROESCH, 1996, p.150)". Para esta etapa foram apresentadas as seguintes questões aos entrevistados:

- 1- De que forma a organização utiliza o SIPAGEH?
- 2- Como ocorre a análise dos dados? Há algum momento previsto isto? Quais são os envolvidos?
- 3- Quais são os indicadores mais úteis para o hospital? Por quê?
- 4- A organização já embasou alguma decisão estratégica a partir do sistema? Se sim, por favor, relate como ocorreu:
- 5- Por favor, relate alguma situação onde a organização aprendeu e utilizou algum conhecimento adquirido através da análise de evidências baseadas no comportamento de algum indicador do SIPAGEH:

A seguir, são apresentados os dados desta etapa e são realizadas a análise e a categorização dos subitens de investigação para a presente pesquisa.

3.3.1 Apresentação e Análise dos Dados da Etapa Exploratória A

As evidências contextuais colhidas nesta etapa geram subsídios para explorar como as organizações que operam com o SIPAGEH¹⁰ aplicam a Avaliação de Desempenho (GQ) para levantar, inicialmente, os elementos supostamente significativos para as relações que determinam o fluxo de informações e conhecimentos de forma intra-organizacional e inter-organizacional. Ainda, a investigação qualitativa mostrará a intensidade da relação entre os temas teóricos da GQ e GC. A estrutura de avaliação do uso do sistema é dividida de modo didático, conforme Pan e Scarbrough (1999), considerando-se a sub-estrutura física (*infraestrutura*), a sub-estrutura informacional (*infoestrutura*) e a cultura compartilhamento de informações e criação de conhecimentos, evidenciados na ação estratégica das organizações estudadas (*infocultura*). Assim, esta etapa pretende levantar empiricamente, elementos para investigar como ocorre a suposta estocagem e renovação de conhecimento

¹⁰ Ver mais sobre a estrutura do SIPAGEH no ANEXO A.

produzida pelas relações sociais arraigadas nos processos de interação (PAN & SCARBROUGH, 1999) dentro e entre as organizações investigadas. Desta forma, será possível contribuir com a investigação aprofundada nas etapas seguintes e em pesquisas futuras.

O Quadro 10 sintetiza a estrutura do SIPAGEH, de acordo com o modelo proposto por Pan e Scarbrough (1999):

INFRAESTRUTURA	INFOESTRUTURA	INFOCULTURA
Plataforma web	Indicadores	Conhecimento
Universidade	(sigilo, isenção, confiabilidade) credibilidade	Pesquisa
Organizações usuárias (hospitais)	Estudos comparativos	Aprendizagem

Quadro 10: Síntese dos elementos da estrutura do SIPAGEH
Fonte: adaptado de Pan e Scarbrough (1999)

Para a realização da análise dos dados foi utilizado o *software* NVIVO9[®], o qual permitiu classificar os trechos das entrevistas de acordo com os temas teóricos revisados, e os elementos identificados para constituir a estrutura proposta. Foram acrescentados seguintes elementos: estudos comparativos, credibilidade e pesquisa. Sua inclusão justifica-se por serem cruciais na composição do sistema (conforme Apêndice A). Uma vez que é responsabilidade da universidade realizar a consolidação e divulgação das informações respeitando contrato de sigilo e produzir conhecimento científico através do sistema, considera-se a percepção dos usuários para avanços neste sentido como significativa quanto ao conteúdo a ser explorado. Para fins didáticos, situa-se dois temas de estudo respectivamente nas subestruturas *infoestrutura* e *infocultura*, localizando os respectivos elementos na fala dos entrevistados:

TEMA	SUBESTRUTURA	ELEMENTOS
Avaliação de Desempenho (G Q)	Infoestrutura	Indicadores e comparativo
GC	Infocultura	Conhecimento

Quadro 11: Estrutura de Análise dos Dados – Etapa Exploratória Inicial
Fonte: Elaborado pelo autor

A Tabela 4 mostra a seleção dos elementos-chave para a constituição de interpretações relativas aos temas estudados nesta etapa, de acordo com sua frequência nas entrevistas:

Palavra	Extensão (número mínimo de letras =12)	Contagem	Média Ponderada (%)	Sinônimos
Indicadores	11	155	1,18	Indicador
Conhecimento	12	31	0,24	Conhecimentos
Informações	11	26	0,20	Informações
Comparativo	11	18	0,14	Comparativos
Estratégico	11	16	0,12	Estratégicos
Universidade	12	14	0,11	Universidades
Avaliação	9	12	0,09	Avaliação
Qualidade	9	6	0,05	Qualidade

Tabela 4: Ranking de termos de investigação
Fonte: NVIVO9®

Conforme a codificação das falas dos entrevistados realizada no NVIVO9® encontrou-se que o tema mais presente em seu discurso é Avaliação de Desempenho (GQ), do qual os elementos denominados como comparativos e indicadores são os mais representativos:

“... fez um ano que fizemos contrato com o SUS, é chamada a contratualização. E nessa contratualização nós contratamos por orçamento e, eles exigem que nós forneçamos todo o plano operativo. Onde que neste plano operativo nós fornecemos indicadores, da mortalidade, dos partos, cesáreas, controle de infecção. Tudo isso,... a gente fornece os indicadores do SIPAGEH”. (E2)

“Nós olhamos isso mais dentro do programa de qualidade. Dentro desse programa temos o comitê estratégico, que uns chamam de comitê gestor e o grupo que trabalha com 5S, como apuram informações em relação ao programa do 5S também analisam, e essas informações também são informadas para a diretoria, mas para a diretoria já mais esporádica, mais quando são questionados aí usamos nossas informações e dá os parâmetros do SIPAGEH, que seria a referência para dizer se estamos na média ou se estamos ruim ou bom.” (E4)

“... tendo acesso a esses indicadores e de outros serviços, nós podemos ter um comparativo também para avaliar o desempenho do nosso hospital perante os outros hospitais, que serve como estímulo também para conquistar melhores resultados.” (E2)

Segue-se com as codificações encontradas a respeito do uso do sistema quanto ao tema GC, quanto ao tratamento de informações para a criação de conhecimento:

“... acho que ele (sipageh) auxiliou na implantação porque começamos a estudar mais as estatísticas hospitalares, as nomenclaturas, as maneiras de calcular. Então, acho que ele induziu as pessoas a terem que aprender mais um pouco sobre isso, porque tu não pode só chegar ali e contar quantos pacientes tu internou, tu tem que saber analisar, saber como tu analisas uma alta, uma diária, uma internação, o que significa cada nome desses. Ele trouxe esse conhecimento, no caso das pessoas que tem que informar isso. E depois também, acho que mais a nível, daquele conhecimento de saber exatamente com o que está trabalhando, mais na parte administrativa, de pegar esse dado depois e saber olhar e saber o que fazer com eles, que é a tomada de decisões (E7)

“... quando tem alguma eventualidade, eu com o pessoal da enfermagem e o médico, tentamos ver o que está acontecendo. Ultimamente estamos sentindo que tem muitas cesarianas, o que está acontecendo? O que está acontecendo é que as gestantes não têm mais a família, não tem mais aquela paciência, são muito inseguras de ficar aguardando. Às vezes até agente fala, mas porque tantas cesáreas?... Fazemos um trabalho com as gestantes durante o período e o nosso enfermeiro participa de encontros, faz com que as gestantes venham conhecer nossas dependências, pra ver, fiquem tranqüilas e dar exemplo, nós temos vídeos também.” (E2)

“Todo mês tem reuniões do Sindicato dos Hospitais da região, onde todos os administradores se reúnem, cada um vê os problemas, onde tem que melhorar, vamos trazer esse treinamento. Agente se encontra e vê o que é melhor para todos os hospitais” (E2)

Entretanto, alguns entrevistados consideram que há pouco compartilhamento de informações entre categorias profissionais (intragorganizacional) e entre as organizações (interorganizacional) em sua região:

“Os médicos que mais utilizam esses dados seriam os médicos que estão ligados diretamente a administração do hospital, como o Diretor Clínico, Diretor Técnico quer dizer, o médico que é responsável pela comissão de infecção hospitalar e os médicos que são da administração, que trabalham conosco. Na parte médica, no corpo clínico, os médicos atuantes que estão juntos com os pacientes, eles já não utilizam tanto isso aqui. Ainda tem uma lacuna muito grande de eles entenderem dos processos administrativos, do que eles estão gerando para o hospital em número, e estudar isso. Se eles fazem esse tipo de coisa, não é em parceria conosco”. (E7)

“... compartilhamos mais na instituição com a diretoria e com o grupo de colaboradores. Com outras instituições é bem pouco.” (E4)

Além disso, são elencadas algumas razões para esta situação tais como insegurança, falta de visão empresarial, formação profissional e questões de estratégia.

“Olha pelo que se tem aí, acho que é a insegurança de mostrar as dificuldades que tem, e as informações são muito difíceis de pegar com outras instituições. Às vezes precisaria um parâmetro para um hospital, em relação a pagamento de hospitais, o contrato de manutenção de equipamentos, ter algum parâmetro e conseguir pegar alguma informação é bem difícil. Parece um medo de dar

essas informações. Isso acredito que no futuro vai ser melhorado, tem que restabelecer isso, porque as instituições na verdade, a concorrência é pouca. Não teria porque ter isso”. (E4)

“É muito grande essa lacuna, de enxergar o todo da instituição e de olhar a instituição como uma empresa, e tentar gerenciar o seu pequeno mundo como uma parte do todo. Os profissionais de saúde mesmo que tenham gratificação de chefia, tenham cargo de chefia, tenham atribuições de chefia, mesmo que na unidade que nós temos uma sazonalidade muito grande tenha períodos absolutamente ociosos, eles só pensam na assistência do doente, e os registros, a parte administrativa da unidade acaba ficando sempre para segundo plano e acaba somando a centralidade se não vem a coisa de dentro. Na formação acaba ficando grande resistência disso, faz treinamento e eles continuam não sabendo”. (E8)

“Entre o pessoal administrativo, o acesso maior não seria tanto a nível gerencial, seria mais a nível técnico, no caso do auxílio ao sistema que a direção utiliza. Eles não analisam esses números e também não interagem com agente. ...quando se trata de indicadores, de decisões gerenciais há certa desconfiança, temor de que o sigilo sobre nossa estratégia seja rompido”. (E5)

Confiabilidade, credibilidade, e sigilo são elementos significativos nesta etapa, justificados pela função da universidade enquanto entidade isenta na consolidação e divulgação dos dados cadastrados pelos hospitais participantes do SIPAGEH:

“Precisamos da universidade informando os dados do grupo de hospitais. A precisidade da informação, é o que digo para a minha equipe, se derem um dado errado altera o resultado e conseqüentemente isso distorce os outros hospitais também. Se estivermos tendo credibilidade neste dado, muito mais tem que ter credibilidade na hora de informar os dados para a empresa, pra universidade, pro SIPAGEH. Na razão pela qual não mandar dado errado, sempre olho antes de mandar, questiono, converso”. (E1)

“Nós temos pessoas que cuidam disso. Vamos, dentro dessa conversa que estou tendo com você, vou pedir pra abrir mais isso. Realmente pensava que seriam informações sigilosas e que iam apenas com o indicador, sem muita especificidade. Pelo que você está me falando, é possível agente estar fazendo comparativos mais adequados mantendo o sigilo”.(E6)

“Acho que o mais importante é esse retorno que vocês estão nos dando, de forma que isso possa ser uma coisa mais comum, que agente possa estar junto com vocês buscando e vendo mais... Essa visão que estou colocando, com essa preocupação de estar entrando em detalhes dos outros hospitais, com a realidade nossa, é uma coisa que agente vai programar mais agora, fica mais fácil da gente avaliar, se não agente fica avaliando questões diferentes”. (E6)

A pesquisa, ainda que seja um tema incipiente nas entrevistas, é considerada importante para as instituições e seu plano estratégico:

“Mas para nós eu considero que é muito importante a pesquisa. Eu acho que um olhar externo sempre ensina, ajuda a ver melhor o contexto, como estamos, etc... Nós temos aprendido muito com pesquisa, ao menos aqui no setor. Os indicadores estão aí não somente para redução de custos mas tb. pra isso, pra compreender melhor e ajudar nas decisões estratégicas do hospital”. (E5)

“Com essa informação vou entrar em contato especificamente com o setor que controla esses indicadores. Acho que você tem uma pesquisa mais real, mais consistente, na verdade”. (E6)

Na figura 11 está representado o agrupamento da codificação dos temas teóricos e elementos de investigação. No Gráfico 1, observa-se a hierarquia das relações entre temas, elementos e entrevistas. Na Tabela 13 está o percentual de cada tema e elemento por entrevista. Estas informações corroboram a prevalência do tema teórico GQ seguido pela GC sendo os temas emergentes, explicativos dos anteriores:

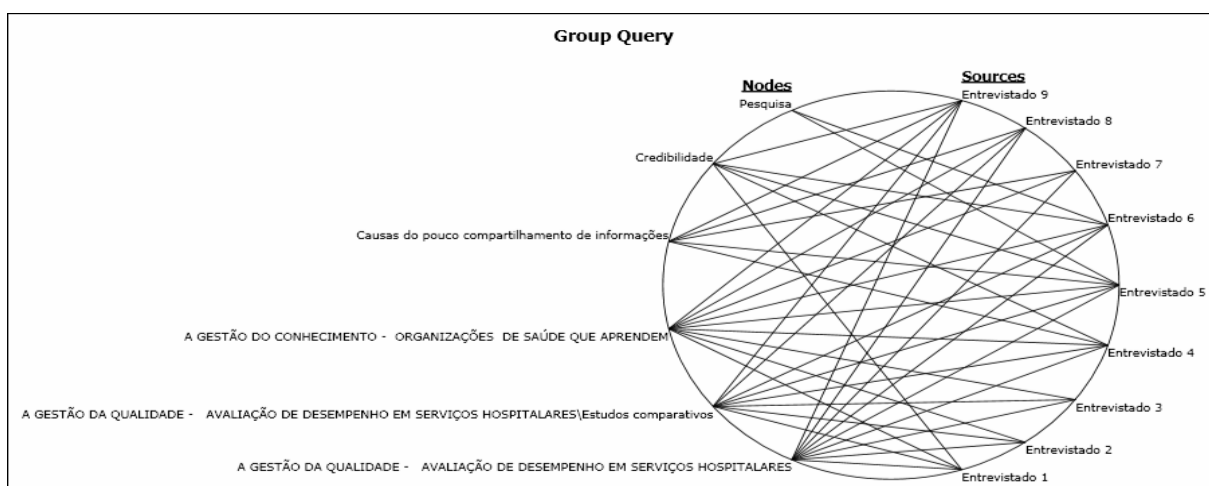


Figura 11 : Agrupamento da categorização das entrevistas
Fonte: NVIVO9®

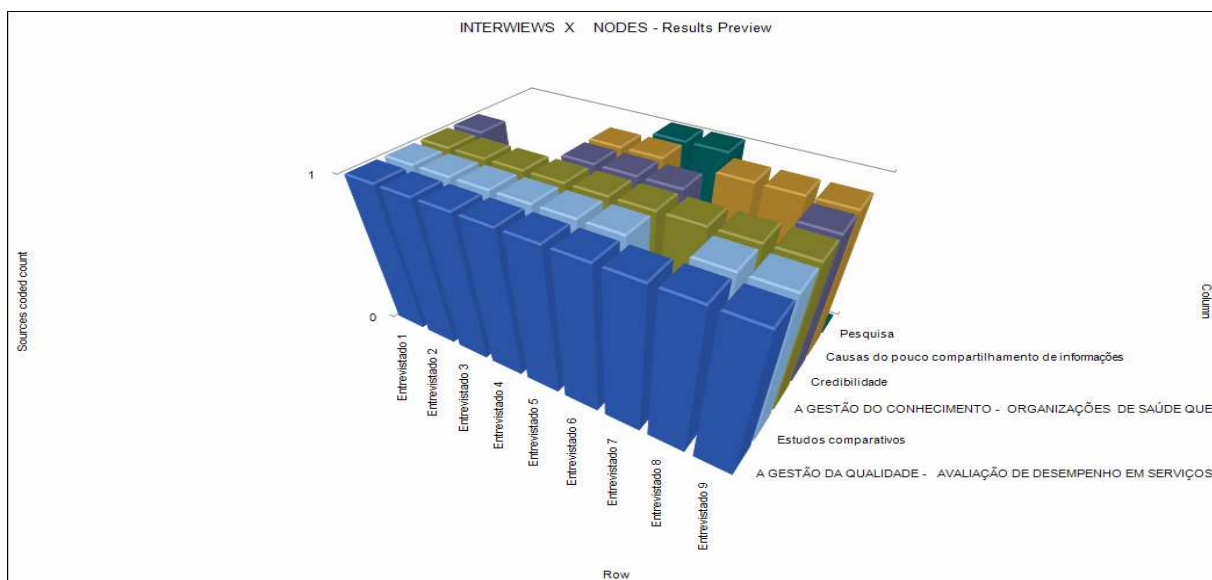


Gráfico 1 : Entrevistas X Categorias de Análise
Fonte: NVIVO9®

Na Tabela 5, ainda, observa-se que o tema GQ, ocupou aproximadamente 73% da entrevista na linha G, considerando-se este o maior índice de codificação. Enquanto que o elemento pesquisa ocupou, na entrevista E, seu maior índice de aproximadamente 14%, sendo este de menor abordagem para a explicação dos temas codificados.

Dimensão / E...	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9
Avaliação de Desempenho	53,65%	47,77%	25%	58,12%	40,1%	23,07%	72,98%	16,81%	31,69%
Comparativos	10,68%	15,47%	17,5%	0,82%	6,21%	33,33%	0%	5,35%	4,08%
GQ	25,46%	36,76%	57,5%	26,12%	13,59%	29%	10,89%	17,75%	49,58%
Credibilidade	10,22%	0%	0%	1,22%	8,89%	13,47%	0%	0%	6,48%
Pouco compartilhamento (causas)	0%	0%	0%	13,71%	17,28	0%	16,12%	60,09%	8,16%
Pesquisa	0%	0%	0%	0%	13,93%	1,13%	0%	0%	0%

Tabela 5: Percentual de Codificação de Entrevistas x Dimensões de Análise
Fonte: NVIVO9®

Os temas explicativos por similaridade de codificação não envolvem correlação significativa exceto entre os elementos Pesquisa e Credibilidade. Desta forma, compreende-se que a realização da pesquisa a respeito dos dados registrados no sistema pode interferir positivamente com intensidade moderada (0,41-0,70) em aspectos relativos a credibilidade do

sistema. Além disso, pode-se inferir que há uma correlação ainda que fraca entre o termo Credibilidade e o tema Gestão da Qualidade (0,21 – 0,40). Isto é representado na Tabela 6:

Categoria A	Categoria B	Coefficiente de Correlação de Pearson
Pesquisa	Credibilidade	0,478091
Credibilidade	GQ - Avaliação de Desempenho	0,395285
Pesquisa	GQ – Estudos Comparativos	0,188982
Pouco Compartilhamento	Credibilidade	0,1
GQ – Avaliação de Desempenho	GQ – Estudos Comparativos	0
Credibilidade	GQ – Estudos Comparativos	0
Pouco compartilhamento	GQ - Estudos Comparativos	0
Pesquisa	GQ - Avaliação de Desempenho	0
GC	GQ - Avaliação de Desempenho	0
GC	GQ - Estudos Comparativos	0
GC	Credibilidade	0
GC	Pouco Compartilhamento	0
GC	Pesquisa	0
Pesquisa	Pouco compartilhamento	-0,059361
Pouco compartilhamento	GQ - Avaliação de Desempenho	-0,316228

Tabela 6: Correlação entre dimensões e categorias da pesquisa
Fonte: NVIVO9®

Estas evidências mostram a importância da pesquisa na geração de informações úteis para uma Avaliação da Qualidade fundamentada em um sistema confiável. A não existência de correlações significativas entre os diferentes temas de análise revela o rigor da codificação das entrevistas.

Não há relações significativas entre Gestão do Conhecimento e o termo Pesquisa nesta etapa. Supõe-se que para compreender melhor esta dimensão, torna-se necessário observar *in-loco* o processo de análise dos indicadores (ver etapas B e C). Além disso, considera-se o pouco compartilhamento de informações entre as organizações como um elemento importante a ser considerado na GC. Ainda, relevante que a confiabilidade e a falta de informações são citadas nas entrevistas como problemas relacionados ao pouco compartilhamento de informações:

“Discutir os detalhes é bem difícil. As pessoas não abrem o jogo ou eles não tem a informação. Então não têm o que abrir. E é uma resistência, tipo caixa preta que o pessoal chama. Acho que não têm o que mostrar, não tem a informação disponível”. (E4)

“Nós temos a Associação dos Hospitais. Então começou a se falar na troca de indicadores, muitos deles não participam, a grande maioria não participa do

SIPAGEH. E como conhecedor do SIPAGEH acabei até sugerindo a eles a participação no sistema para que se fizesse essa comparação”. (E9)

Desta forma, salienta-se a importância da participação em um sistema de indicadores a fim de garantir o acesso e a análise de dados comparativos de desempenho de modo confiável.

3.3.2 Resultados da Etapa Exploratória A

Esta etapa exploratória (A) visou qualificar o presente estudo através da análise da experiência de 11 anos do Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar (SIPAGEH). Os temas teóricos de análise foram: Avaliação de Desempenho (GQ) e GC. O primeiro tema refere-se à mensuração de processos e serviços através de estudos comparativos entre organizações do setor hospitalar brasileiro (RUMMLER E BRACHE, 1992; HRONEC & ANDERSEN, 1994; DONABEDIAN,1991-2005; SLACK ET AL 1997; GONÇALVES , 2002; KLUCK ET AL 2002; SCHOUT & NOVAES, 2007; BITTAR,2008,LA FORGIA & COUTTOLENC,2009; FNQ/PNQ, 2010)

A segunda refere-se, especificamente, à utilização de indicadores a fim de gerar Conhecimento Organizacional a ser gerido a partir dos dados e informações estocadas no sistema investigado (PFEFFER & SUTTON, 2006; LEARMONTH & HARDING, 2006; ROSSEU ET AL 2008; REAY ET AL 2009; KOVNER ET AL 2010; NONAKA & TEKEUCHI ,1997; SVEIBY ,1998; NONAKA,2000, SVEIBY 2001;NONAKA & KROGH,2009.; GONÇALO & BORGES, 2010).

Devido à complexidade social inerente às organizações de saúde, torna-se necessário evoluir das “Organizações Tradicionais” (baseadas na GQ) para as “Organizações que Aprendem” (GC).

Através de análise realizada no software NVIVO9[®] foi possível concluir que:

- As organizações investigadas utilizam o sistema com maior intensidade para realizar a GQ, especificamente quanto a estudos comparativos de desempenho setorial;
- Em segundo lugar, há a utilização do sistema para geração e Gestão de Conhecimento a fim de melhor agir estrategicamente através de aprendizagens que possam auxiliar na tomada de decisões.

Foi possível verificar que a evolução da GQ para GC através do compartilhamento de informações é limitada pelas seguintes causas relatadas:

- Falta de acesso a um sistema de indicadores;

- Questões de sigilo estratégico;
- Resistência oriunda da formação dos profissionais da saúde.

Ainda, é evidenciado que há uma relação significativa entre o aumento da confiabilidade do sistema e a realização de pesquisas referentes a sua utilização. Encontrou-se que não somente é necessário realizar a adesão a um sistema de indicadores confiável, mas, fundamentalmente, avançar na articulação da função da universidade quanto as produções científicas oriundas da utilização de um sistema de indicadores, com respectivas contribuições teóricas conseqüentes da isenção para a produção de conhecimento em ambientes de complexidade social. Este achado aponta para a necessidade de investigações *in-loco* com vistas a identificar contextos que permitam explicitar a dinâmica das relações quanto ao desenvolvimento de competências e capacidades organizacionais em pesquisa, formação profissional e estratégia. Entretanto, ficou explicitado que a participação de organizações prestadoras de serviços baseados em conhecimento - como hospitais – em um sistema de indicadores é de fundamental importância para Avaliação de Desempenho.

3.3.3 Roteiro de Entrevista em Profundidade

A realização da Etapa Exploratória A permitiu aprimorar as questões de pesquisa, articulando os resultados com os objetivos propostos e os temas teóricos de investigação. A partir desta etapa, foi desenvolvido um Roteiro de Entrevista em Profundidade, localizado no Apêndice B, a ser aplicado nos casos estudados a seguir (seção 3.4). Observa-se que foi necessário construir perguntas definidas para que o projeto pudesse cumprir com as exigências estabelecidas pelos Comitês de Ética em Pesquisa (CEPs)¹¹ das instituições pesquisadas. Entretanto, como se tratou de entrevista semi-estruturada, o entrevistador pôde aprofundar os temas de acordo com a disponibilidade e conhecimento dos entrevistados

¹¹ Os respectivos documentos de aprovação dos CEPs, mediante o consentimento das diretorias, não foi anexado ao estudo por solicitação das organizações em não serem identificadas sob pena de impugnação da pesquisa.

3.3.4 Estrutura de Análise de Indicadores de Desempenho para a Criação do Conhecimento Organizacional.

A Etapa Exploratória A inspirou uma estrutura teórica com os elementos que poderão facilitar a análise de indicadores em relação à Criação do Conhecimento Organizacional para a qualificação do desempenho de operações de serviços, de acordo com os termos selecionados no software NVIVO9[®]. Esta estrutura é mostrada na Figura 12:

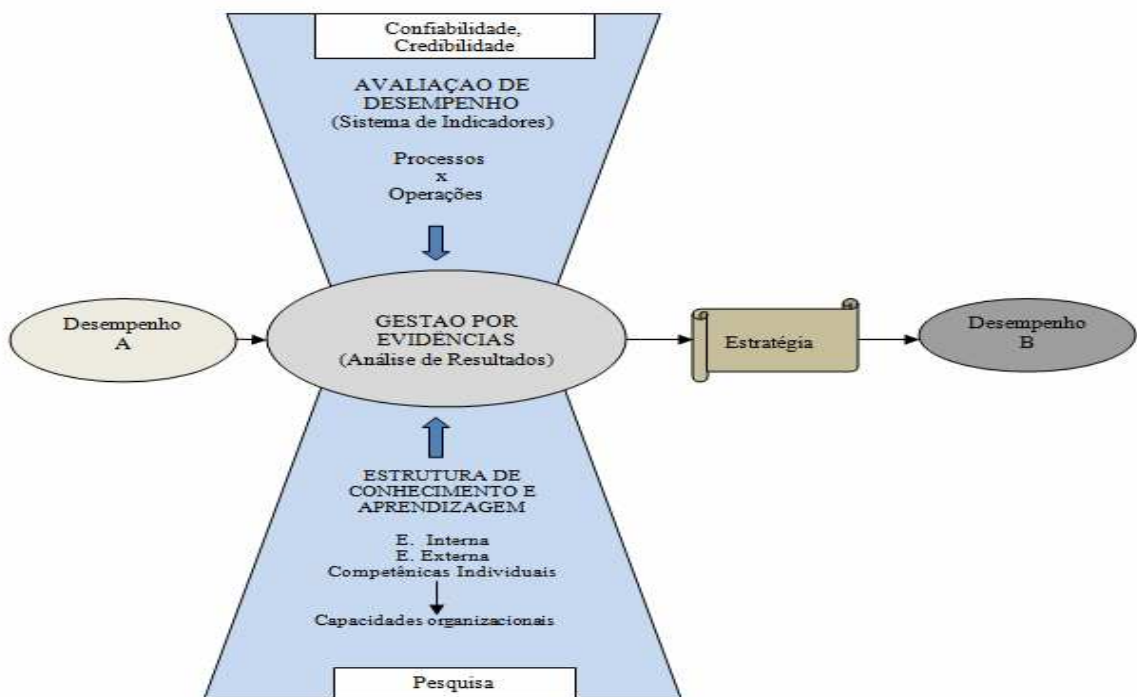


Figura 12: Estrutura de Análise de Indicadores de Desempenho para a Criação do Conhecimento Organizacional

Fonte: Elaborado pelo Autor

A estrutura representada pela Figura 12 propõe a gestão por evidências (PFEFFER & SUTTON, 2006; LEARMONTH & HARDING, 2006; ROSSEU ET AL 2008; REAY ET AL 2009; KOVNER ET AL 2010), considerando-se a relação entre indicadores de processos e operações (HRONEC & ANDERSEN, 1994; FNQ/PNQ) com base na verificação do nível de consistência, confiabilidade e credibilidade do sistema dada pelos usuários (HRONEC & ANDERSEN, 1994). O desempenho (B) é dependente da estratégia resultante da qualidade da articulação entre as estruturas de conhecimento e aprendizagem organizacional (GRANT, 1996; NONAKA E TEKEUCHI, 1997; SVEIBY, 1998; NONAKA,

2000; ALAVI & LEIDNER,2001; SVEIBY 2001; NONAKA & KROGH,2009) e da conseqüente ampliação de recursos e capacidades da organização (BARNEY, 1991; GRANT ,1991; TEECE 1997; HERZOG ,2001; FOSS & KNUDSEN ,2003; WINTER, 2003) . O nível de pesquisa baseada em indicadores, por sua vez, amplia a confiabilidade e credibilidade do sistema, sendo resultante da articulação do conhecimento organizacional entre as pessoas na organização e no setor (KAINAK, 2003; AHMAD & SCHROEDER, 2003; HALL, 2004; LEE, 2005; GIANESI & CORRÊA, 1994; MINTZBERG ET AL, 1998; GUEMAWAT, 2000; MACHUCA, 2007; OSTROM ET AL, 2010).

Sugere-se que a estrutura representada pela Figura 12 seja aplicada em pesquisas futuras e na prática gerencial, especialmente no setor de serviços intensivos em conhecimento. Miles (1995) considera que há dois grupos de *KIBS* (*Knowledge Intensive Business Services*), que se diferenciam pelo nível de proximidade e uso da tecnologia da informação em seus processos, conforme o Quadro 12:

Grupo 1: KIBS	Grupo 2: <i>t</i> -KIBS
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Marketing</i> • <i>Design</i> • Propaganda • Serviços Financeiros • Contabilidade • Arquitetura • Serviços Médicos / Hospitais • Engenharia • Treinamentos • Consultorias 	<ul style="list-style-type: none"> • Desenvolvimento de software • Serviços técnicos • Telemática • Novas tecnologias • Redes de computadores • Pesquisa e desenvolvimento • Consultorias em TI • Consultorias em P&D

Quadro 12: Classificação das Organizações Intensivas em Conhecimento
Fonte: Miles (1995).

O intuito é que o modelo apresentado na Figura 12 seja útil para focar análises em grupos de *KIBS* , uma vez que não é referente aos casos aprofundados nesta dissertação, mas a um grupo de hospitais explorados inicialmente sobre o tema da pesquisa. Para o contexto dos casos, a categorização foi ainda aprimorada com a evolução do referencial teórico e os conteúdos mais freqüentes nas entrevistas com o auxílio do *software* NVIVO9®.

A seguir serão desenvolvidos os estudos de casos previstos na apresentação da metodologia desta pesquisa, a fim de aprofundar a investigação proposta nos objetivos.

3.4 ETAPAS EXPLORATÓRIAS B E C

Conforme Yin (2001), o mesmo estudo pode incorporar mais de um caso único, justificando-se, assim, uma pesquisa de casos múltiplos. Para o autor, as evidências resultantes de casos múltiplos são mais convincentes e o estudo global torna-se mais robusto. Quanto às possibilidades de replicação, podem prever resultados semelhantes de um fenômeno particular (*replicação literal*) ou produzir resultados contrastantes por razões previsíveis (*replicação teórica*). A estratégia de abordagem utilizada para o presente estudo de casos múltiplos encontra-se representada pela Figura 13:

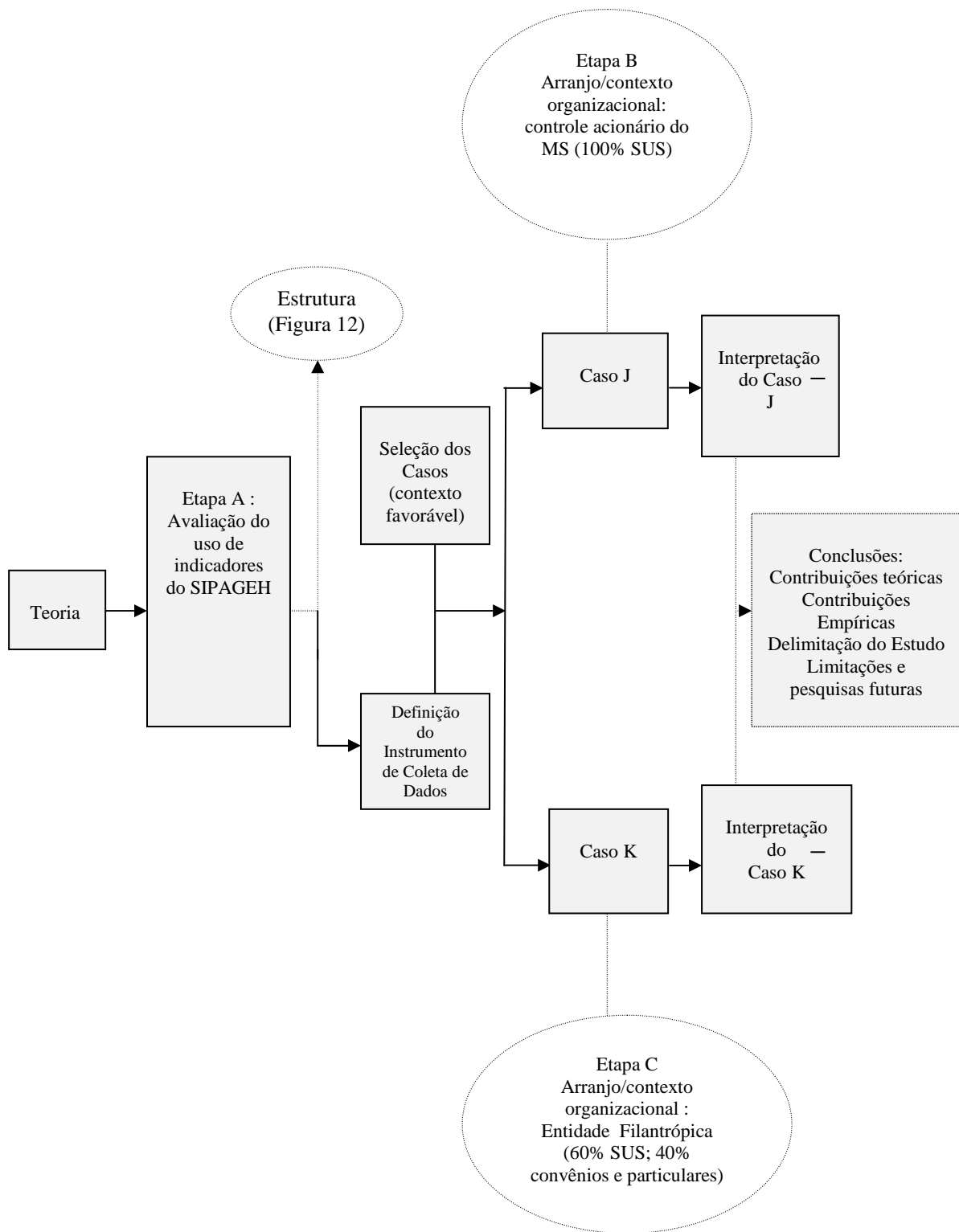


Figura 13: Estratégia de Abordagem da Pesquisa
 Fonte: Adaptado de Yin (2001)

3.4.1 Plano de Coleta dos Dados

A técnica principal utilizada neste estudo é a entrevista em profundidade (ROESCH, 1996) semi-estruturada, a qual foca no desenvolvimento da conversação e na capacidade de absorção do conhecimento tácito presente na cultura representativa do contexto pesquisado (BAUER E GASKELL, 2002). Neste estudo, as entrevistas em profundidade foram aplicadas com o intuito de compreender os pontos de vista dos entrevistados sobre a utilização de indicadores de desempenho hospitalar para a Gestão do Conhecimento organizacional baseada em evidências. Além disso, serviu como técnica de investigação para compreender as vivências, experiências, atitudes e motivações dos entrevistados de acordo com o tema pesquisado no contexto das organizações estudadas. . Neste sentido, buscou-se explorar a extensão e as variações das opiniões, ou seja, as diferentes representações das visões dos entrevistados sobre as questões endereçadas (BAUER E GASKELL, 2002).

O desenvolvimento do plano de coleta de dados desta pesquisa ocorreu assim:

1. Formatação da Estrutura Conceitual para guiar os questionamentos, identificar os conceitos-chave e as perguntas a serem realizadas;
2. Estabelecimento de relações entre os conceitos e objetivos da pesquisa;
3. Realização de etapa exploratória inicial para conhecer o contexto de pesquisa e qualificar as perguntas;
4. Desenvolvimento do roteiro de entrevista em profundidade ,
5. Análise de dados secundários (sites, relatórios anuais de desempenho e gestão e documentos oficiais como organogramas , constituição gerencial e plano estratégico) das instituições pesquisadas,
6. Reuniões nas organizações pesquisadas com pessoas chave - controladoria, gerências de ensino e pesquisa, direção de pesquisa e direção médica - para consentimento da pesquisa (8)
7. Envio e aprovação do projeto junto aos Comitês de Ética em Pesquisa (3 meses)
8. Envio de e-mail para os gestores com o sumário executivo da pesquisa;
9. Agendamento de entrevistas por e-mail e contato telefônico;
10. Visitas às instituições para realização das entrevistas e observação da dinâmica cotidiano organizacional (12)

Quadro 13: Plano de Coleta de Dados
Fonte: Elaborado pelo Autor

Para a coleta de dados do presente estudo foram selecionados os principais responsáveis pela tomada de decisões administrativas (gerentes administrativos) e técnicas (diretores médicos e responsáveis por serviços de apoio) nas organizações pesquisadas. A distribuição dos entrevistados ocorreu de acordo com o modelo de gestão adotado. Os entrevistados não serão identificados por questões de sigilo (conforme solicitado pelo Comitê de Ética em Pesquisa das duas organizações pesquisadas). A distribuição e o número total de entrevistados correspondeu ao ponto de saturação para a compreensão do fenômeno ao nível gerencial. Isto implicou em determinar junto a administração dos hospitais as pessoas chave a serem entrevistadas e aprofundar os questionamentos em níveis até o ponto onde as respostas começaram a se repetir, tornando as possibilidades de variações satisfatórias para os objetivos do estudo (YIN, 2001). Os entrevistados serão apresentados ao introduzir as seções 4.3 e 5.3 respectivamente.

3.4.2 Plano de Análise dos Dados

Neste estudo, a análise de dados consistiu em examinar, categorizar, classificar em tabelas e recombina as evidências visando contemplar as suposições iniciais. Nesta pesquisa será realizado um processo explanatório, ou seja, serão explicados os fenômenos relativos à qualificação do desempenho hospitalar sob a ótica da GC baseada em evidências a partir do uso de indicadores. Neste sentido, será estipulado um conjunto de elos causais em relação ao fenômeno investigado a partir da construção de uma narrativa (YIN, 2001). Conforme Miles e Huberman (1994), as técnicas de análise em pesquisa qualitativa fazem uso da reflexão, do pensamento metafórico, das representações figurativas e da livre associação para mapear a complexidade do fenômeno estudado. Assim, buscou-se, analisar e interpretar os dados colhidos, considerando-se a rede de associações construídas nas entrevistas e suas possíveis conexões com as características gerenciais das organizações estudadas e com a teoria.

Portanto, neste estudo foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, a qual é uma construção social da qual o corpo do texto foi considerado a realidade a ser avaliada em seus resultados. O principal intento deste tipo de análise foi realizado através da busca a compreensão do sentidos e representações sociais do discurso, envolvendo a imersão do pesquisador dentro corpo do texto produzido pelos entrevistados através da utilização de seu conhecimento prévio de especialista (BAUER e GASKELL, 2002; YIN, 2000).

Com vistas a obtenção de rigor científico apurado, os dados foram categorizados através do software NVIVO9[®], o qual permite a classificação de palavras-chave e a checagem da frequência e relevância dos termos relativos ao tema pesquisado. O Quadro 14 mostra os passos do plano de análise dos dados para o presente estudo:

1. Transcrição das entrevistas,
2. Codificação das anotações retiradas das entrevistas (NVIVO9[®]),
3. Classificação e exame do material para identificar trechos similares, frases, relações entre variáveis, padrões, temas, distinguir diferenças entre subgrupos e seqüências comuns;
4. Isolamento destes padrões e processos, comunalidades e diferenças e colocação dos mesmos em categorias de análise
5. Elaboração gradual de um pequeno conjunto de generalizações para reforçar a consistência adquirida na base de dados processados no *software* e,
6. Confronto das generalizações com um corpo formal de conhecimento na forma de constructos e teorias.

Quadro 14 : Plano de Análise dos Dados
Fonte: Adaptado de Miles e Hubermann(1994)

Observa-se que os eventuais dados quantitativos e outros dados secundários apresentados serão apenas para reforçar a consistência da pesquisa qualitativa sem fins de análises estatísticas. Como se trata de um estudo incorporado de dois casos a análise será feita, primeiramente, dentro de cada caso. Posteriormente, serão discutidos os resultados cada caso em particular e as conclusões serão relativas ao estudo total, suas devidas implicações para a pesquisa em administração, para a prática gerencial, limitações e sugestões para pesquisas futuras (YIN, 2001).

4 O CASO DO GRUPO HOSPITALAR J¹²

A trajetória do Grupo Hospitalar J começou no ano de 1975, quando o governo federal desapropriou um conjunto de hospitais de uma entidade privada. Sob intervenção, esses hospitais formaram um grupo que hoje é destaque nacional em várias áreas, sendo reconhecido como um espaço de participação social.

O Grupo Hospitalar, J é uma sociedade mista com controle acionário do governo federal diretamente vinculada ao Ministério da Saúde (DECRETO N^o 7.336 DE 19 DE OUTUBRO DE 2010). Referência no atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), é formado por 04 unidades hospitalares e 12 postos do Serviço de Saúde Comunitária. A Figura 14 mostra a Estrutura Organizacional do Grupo Hospitalar J:

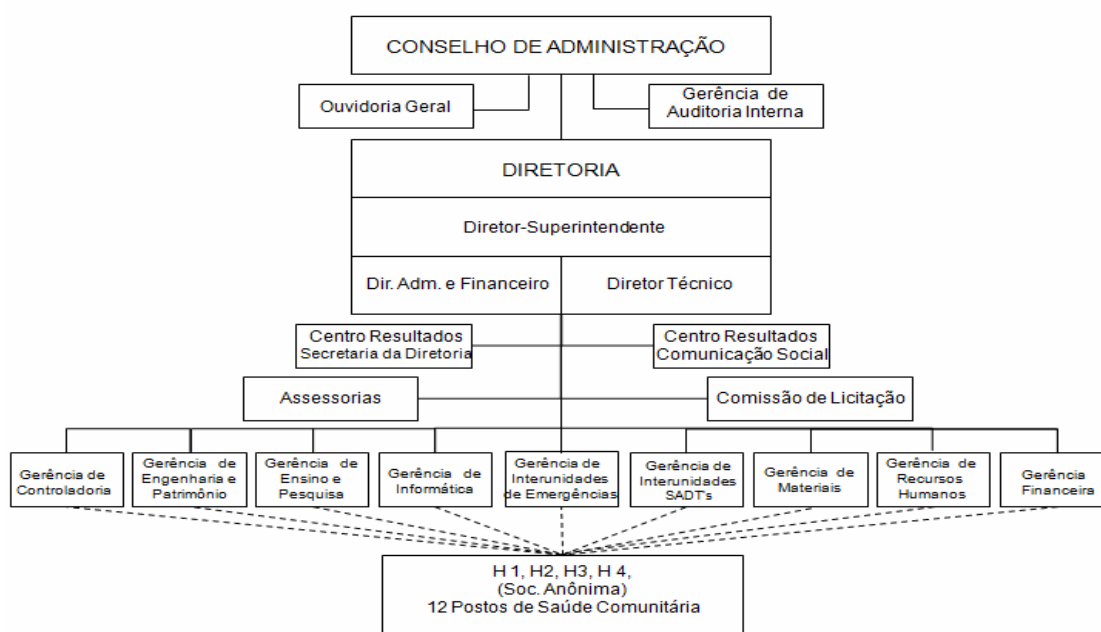


Figura 14: Estrutura Organizacional Grupo Hospitalar J

Fonte: Material Institucional

Os 04 hospitais dedicam-se a atender as diversas necessidades de cuidados das pessoas, sendo responsáveis por 35% de todas as internações pelo SUS em 2009, em Porto Alegre. Quase 16% de todos os atendimentos ambulatoriais em hospitais pelo SUS na Capital

¹² As fontes bibliográficas para a construção deste relato de caso foram documentos oficiais, consultas a sites e material institucional e não foram citadas conforme solicitação do respectivo CEP e Diretorias para que a organização não fosse identificada.

ocorrem no Grupo. Essa estrutura reconhecida nacionalmente forma a maior rede pública de hospitais do Sul do Brasil, com atendimento 100% SUS. Com uma oferta de 1.535 leitos, é responsável pela internação de 59,8 mil pessoas por ano.

O grupo conta com uma equipe de 7.444 profissionais, a qual é responsável por quase 1,3 milhão de consultas e outras 35,7 mil cirurgias anuais. Em exames, o Grupo J contabiliza um montante de cerca de R\$ 3,2 milhões por ano. A instituição faz o diagnóstico de mais da metade dos casos esperados de câncer para a população de Porto Alegre e é responsável por 25% dos atendimentos de emergência na Capital do Estado do Rio Grande do Sul. O Grupo Hospitalar J, também, é considerado o berçário dos gaúchos tendo realizado 53% dos partos de Porto Alegre, isto significa mais de um nascimento por hora.

O ano de 2008 foi um ano marcado por obras, qualificação profissional e prestação de serviços ao SUS. O Gráfico 2 mostra a evolução dos investimentos no Grupo Hospitalar J entre os anos de 2005 e 2008:

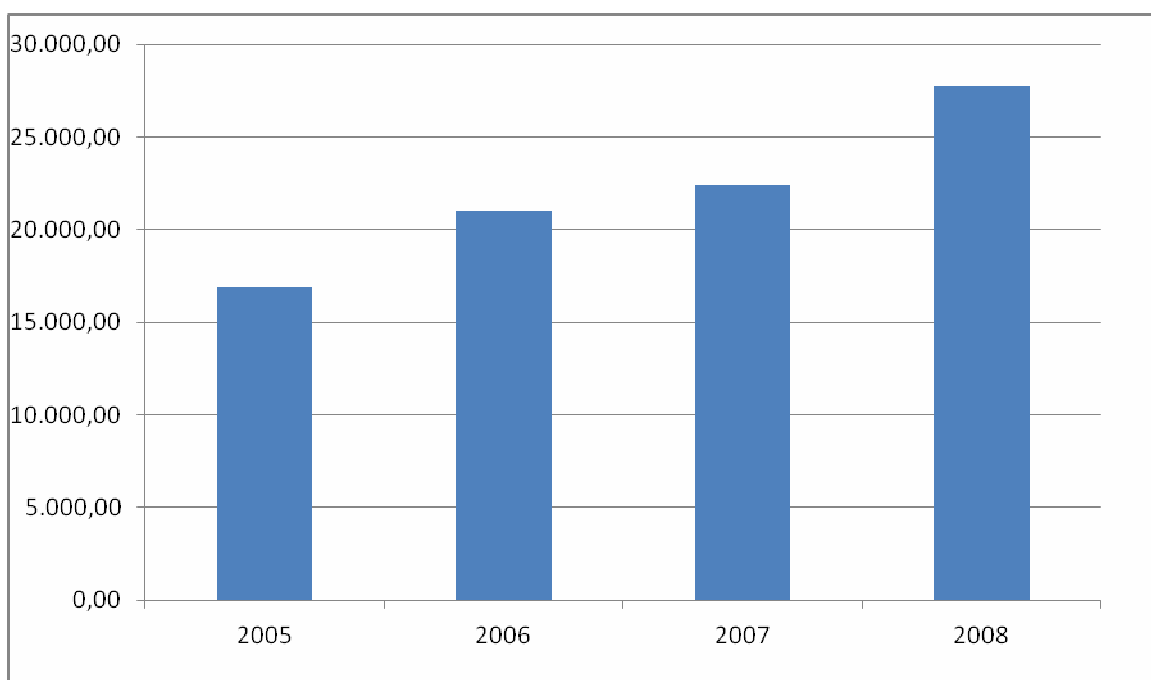


Gráfico 2: Investimentos Grupo Hospitalar J – 2005/2008
(x R\$ 1.000,00)

Fonte: Material Institucional

Pioneiro no Brasil, o Plano de Investimento (PI) é uma iniciativa na qual os trabalhadores da instituição escolhem as prioridades de compra de equipamento e obras.

Participam, também, representantes da população indicados pelo Conselho Municipal de Saúde. Implantado em 2003, o PI investiu no ano de 2010 mais de R\$ 114 milhões em melhorias e ampliação de áreas físicas e equipamento.

Além do PI, outras ações para a implantação de uma Gestão Democrática são importantes, tais como: implantação do Conselho Gestor, implantação da Mesa de Negociações Permanente e a eleição de um trabalhador para o Conselho de Administração do Grupo.

Pólo de ensino e pesquisa, o Grupo Hospitalar J, em parceria com o Ministério da Educação está consolidando o Centro de Educação Tecnológica e Pesquisa em Saúde. Atualmente, a formação ocorre por meio da Residência Integrada em Saúde e da Residência Médica. Somente na Medicina, 25% dos profissionais do RS são formados pelo Grupo. A Residência Integrada em Saúde, uma das pioneiras do país reúne enfermeiros, odontólogos, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais que atuam de forma multiprofissional nas áreas de saúde da família e comunidade, saúde mental e intensivismo. O grupo também realiza Mestrado e Especializações em parceria com a UFRGS e a FIOCRUZ. Estudantes de 18 universidades da área da saúde fazem estágios no grupo. Em 2009, mais de 3,5 mil alunos estudaram nas unidades do Grupo Hospitalar J. Além disso, a educação permanente dos trabalhadores é meta em andamento.

Atualmente, a instituição encontra-se, ainda, em processo de mudança, buscando ser um conjunto de unidades de saúde cada vez mais comprometidas com o tratamento, cura e prevenção em saúde.

Dentre as diretrizes do grupo estão:

- I. Integralidade da Atenção – a pessoa é o eixo central da atenção à saúde, o que implica em trabalho em equipe, continuidade no cuidado, acolhimento, humanização, vínculo, responsabilização e resolutividade;
- II. Democratização da Gestão – o protagonismo dos trabalhadores em saúde e da sociedade é peça fundamental e estruturante na Gestão do Grupo Hospitalar;
- III. Operação Sistêmica Interna e Externa – assumir um papel propositivo na agenda de organização do SUS, direcionando e reorganizando serviços conforme as necessidades de saúde da população, com a otimização e qualificação da sua capacidade interna; bem como efetuando a articulação e

integração com todos os entes federados com base na inter-setorialidade das ações.

- IV. Pólo de Formação e Pesquisa – comprometimento com a formação de estudantes e profissionais, a especialização para o SUS, a pesquisa e produção de inovações nas diversas áreas da saúde;
- V. Reestruturação Institucional – redimensionamento assistencial e da capacidade instalada, implementação da nova estrutura jurídico-institucional, organizacional e, a partir desta, um Plano de Carreira, Empregos e Salários, que valorize os trabalhadores e o trabalho em saúde do Grupo Hospitalar. A resignificação do trabalho como elemento de resgate da auto-estima, de valorização do trabalho e de inclusão dos trabalhadores no processo de decisão através dos Colegiados de Gestão;
- VI. Eficiência e Eficácia Organizacional – a gestão, os trabalhadores de saúde e os recursos (tecnológicos, financeiros, etc.) devem estar voltados à atenção a saúde das pessoas. A eficiência administrativa (fazer mais com menos dinheiro) e a eficácia na atenção (usuário atendido com qualidade e resolutividade) são os pilares de sustentabilidade política, econômica e assistencial do Grupo Hospitalar J.

4.1 A POLÍTICA DE AVALIAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DO GRUPO HOSPITALAR

J

A política de avaliação e desenvolvimento do Grupo Hospitalar J apresenta os seguintes objetivos:

1. Realizar processo de planejamento e avaliação, a fim de qualificar o modelo de gestão e contribuir com o desenvolvimento dos trabalhadores, das equipes de trabalho e da instituição, qualificando a prestação de serviços realizados ao Sistema Único de Saúde.

2. Viabilizar a concretização dos compromissos acordados pelo Grupo junto aos gestores dos diferentes níveis do sistema os quais se destinam à qualificação e à ampliação dos serviços prestados aos usuários.
3. Promover os processos de avaliação como práticas indispensáveis e indissociáveis das ações de planejamento e educação em saúde.
4. Abranger a totalidade dos trabalhadores, com critérios claros e previamente conhecidos.
5. Ampliar a participação dos trabalhadores e dos usuários nos processos de tomada de decisão, estimulando o diálogo, as ações coletivas e os dispositivos de educação permanente.
6. Promover relações de trabalho mais transparentes, saudáveis e equitativas, possibilitando melhorias contínuas nos ambientes e nos processos.
7. Reconhecer as potencialidades dos trabalhadores e estimular o desenvolvimento profissional permanente.

Conforme apresentado no Manual de Políticas de Avaliação e Desenvolvimento do ano de 2010, o processo contempla quatro níveis distintos de sistematização:

- **Avaliação de desenvolvimento institucional** - É realizada a partir do planejamento anual da Agenda Estratégica, considerando indicadores críticos para o Grupo Hospitalar J e contempla os objetivos estratégicos pactuados junto aos gestores dos diferentes níveis do SUS (Federal, Estadual e Municipal) e as orientações do Ministério da Saúde. Os indicadores adotados para a realização deste processo devem embasar a **avaliação da qualidade, produtividade e eficiência** na alocação de recursos e dos serviços prestados ao SUS. Os objetivos deste nível de avaliação **compreendem metas qualitativas e quantitativas de assistência, gestão, educação e pesquisa, as quais almejam fortalecer o SUS.**
- **Avaliação de desenvolvimento das equipes de trabalho** - Tem o objetivo de estimular a participação dos trabalhadores na construção coletiva do planejamento, execução, monitoramento e avaliação das ações e dos processos de trabalho. As equipes e seus respectivos colegiados deverão organizar, articulados com as referências da Gestão do Trabalho, Educação e Desenvolvimento (GTED), reuniões

periódicas para debater e qualificar os seus processos de trabalho, promover o seu planeamento, acompanhar a execução dos planos de ação e monitorar as metas. Os **Colegiados de Gestão**, que envolvem gestores e trabalhadores, configuram-se como espaços de discussão, abertos e periódicos, com a finalidade de planejar, acompanhar, analisar e avaliar os processos de trabalho, dialogar sobre os conflitos, socializar as informações, pensar e redefinir fluxos e rotinas do setor, debater sobre infraestrutura e proposição de investimentos.

- **Avaliação de desenvolvimento dos gestores.** Esta avaliação tem como objetivo o desenvolvimento do gestor no seu processo de gerenciamento. Os aspectos a serem considerados abrangem: **planejamento participativo; reuniões com a equipe; promoção de diálogo, escuta dos trabalhadores e relações de trabalho.**
- **Avaliação de desenvolvimento individual.** A avaliação individual tem por finalidade contribuir com o crescimento contínuo dos trabalhadores. São consideradas questões referentes às **atribuições dos cargos, às normas e às obrigações trabalhistas contratadas e ao desenvolvimento individual e coletivo.** Esta avaliação se propõe a refletir sobre o processo de trabalho que cada trabalhador desenvolve no Grupo Hospitalar J. A partir desta reflexão, pretende-se identificar o crescimento de cada pessoa, os seus potenciais, as suas dificuldades, a integração com a sua equipe de trabalho, o seu envolvimento com a instituição e a sua compreensão em relação aos interesses e necessidades dos usuários.

4.2 UNIDADE DE ANÁLISE J1

O hospital escolhido como unidade de análise neste estudo de Caso J é a maior unidade do complexo hospitalar supracitado e oferece todas as especialidades de um hospital geral em seu ambulatório, na emergência e na internação. Mantém a emergência médica e odontológica com as portas abertas 24 h. Na Capital gaúcha, o hospital faz 23% do total de atendimentos ambulatoriais de alta complexidade. Realiza também pelo menos 26% dos partos anualmente em Porto Alegre. Dos cerca de 31,8 mil pacientes internados por ano, pelo menos 54,5% são de Porto Alegre e 34% vêm da Região Metropolitana. Oferece 801 leitos, o que representa 52% do total

disponível no Grupo. Somente na emergência, há 50 leitos ocupados por meio da classificação de risco.

Com o objetivo de qualificar ainda mais suas instalações, o hospital J1 está investindo pelo menos R\$ 15 milhões para ampliar a sua UTI adulto, de 40 para 59 leitos, representando em torno de 28% dos leitos desta categoria no RS e tornando-se uma das maiores do SUS no Brasil. Com equipamentos de ponta, uma central de monitoramento pode acompanhar pacientes à distância.

A Tabela 7 mostra a o número de instalações, funcionários e atendimentos realizados no Hospital J1 nos anos de 2007 e 2008:

Hospital J1	2007	2008
Leitos	842	808
Leitos de Hospital Dia	32	32
Consultórios	79	79
Área	43.030	43.030
Funcionários ¹³	4.122	4.421
Atendimentos Realizados	2007	2008
Ambulatório	1.053.054	1.083.162
Internação	29.903	28.988
Cirurgias	16.651	16.673
SADTs	2007	2008
Análises Clínicas e Patológicas	2.210.205	2.287.949
Diagnóstico por Imagem	142.015	139.742
Quimioterapia	33.327	38.948
Outros	139.232	138.845
Total SADTs	2.524.779	2.605.484

Tabela 7: Infraestrutrua e atendimentos Hospital J1
Fonte: Material Institucional

Pela riqueza do processo de desenvolvimento da gestão democrática e pelos altos e progressivos investimentos em infra-estrutura, ensino, pesquisa, desenvolvimento e avaliação de pessoal focado em ações ligadas aos propósitos do SUS, considera-se este caso adequado para avaliar os processos de melhoria do desempenho à luz da Gestão do Conhecimento organizacional. Além disso, a grande abrangência de ações em saúde à população, torna o Hospital J1 um campo rico em elementos de análise para esta pesquisa.

¹³ Conforme Informado pela Administração, em novembro de 2010 o número de funcionários é de 4874.

O Quadro 15 mostra as principais características do arranjo organizacional adotado nesta organização:

Classificação	Tipo de Arranjo Organizacional	Modo de Gestão
Misto	Sociedade mista com controle federal (DECRETO N ^o 7.336 DE 19 DE OUTUBRO DE 2010)	Participativo/Democrático

Quadro 15: Arranjo Organizacional J1
Fonte: Adaptado de La Forgia e Couttolenc, 2009

4.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO CASO J

Conforme explicitado na seção sobre o plano de coleta de dados (3.4.1) e de acordo com a estrutura gerencial do Hospital J1, os entrevistados foram distribuídos da forma apresentada no Quadro 16:

ÁREA	CARGO/ REPRESENTAÇÃO / SIGLA	¹⁴ FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Gerência de Pacientes Externos (Emergência/Ambulatório)	Gerente / Ej ₁	Medicina
	Assistente de Coordenação - Emergência / Ej ₂	Enfermagem
	Colegiado de Gestão - Representante dos Trabalhadores Ej ₃	Técnico de Enfermagem
Gerência de Internação	Gerente / Ej ₄	Medicina
	Gerente - Núcleo de Epidemiologia / Ej ₅	Medicina
	Colegiado de Gestão - Representante dos Trabalhadores Ej ₆	Auxiliar Administrativo
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapias (SADTs)	Gerente / Ej ₇	Medicina
	Serviço de Assistência Clínica – Nutrição - Responsável Técnica Ej ₈	Nutrição
	Colegiado de Gestão - Farmácia Central - Representante dos Trabalhadores Ej ₉	Auxiliar de Farmácia
Ensino e Pesquisa	Gerente / Ej ₁₀	Fisioterapia

Quadro 16: Distribuição dos Entrevistados – Caso J
Fonte: Elaborado pelo Autor

Cruzando a estrutura aprimorada na etapa anterior (Estudo Exploratório A) com a estrutura encontrada através do NVIVO9[®] e os objetivos específicos desta dissertação, tem-se o modelo apresentado no Quadro 17 para a análise do respectivo caso:

¹⁴

Embora as entrevistas tenham sido previstas por 15 min, o tempo médio atingiu 35 min.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	TEMA TEÓRICO	ELEMENTOS ENCONTRADOS	CATEGORIAS DE ANÁLISE
<p>Identificar como indicadores de desempenho hospitalar vem sendo utilizados para qualificar a gestão estratégica de recursos no setor da saúde;</p> <p>Analisar como a gestão baseada em evidências pode contribuir com o processo de tomada de decisões em serviços hospitalares;</p> <p>Explorar como é a experiência de gestores hospitalares com indicadores de desempenho quanto ao gerenciamento do conhecimento organizacional.</p>	Avaliação de Desempenho (GQ)	<p>Indicadores Informação</p> <p>Desempenho</p> <p>Avaliação Qualidade</p>	<p>Avaliação de Desempenho : indicadores, informação e desempenho.</p> <p>Avaliação de Desempenho: avaliação e qualidade.</p>
	Administração Estratégica De Serviços (Articulação de Recursos e Capacidades)	Recursos	Articulação de Recursos e Capacidades: recursos
	(GC)	<p>EBMgt</p> <p>Estrutura de GC</p>	<p>Sem termo significativo</p> <p>Conhecimento Pesquisa</p>

Quadro17: Modelo de categorização para a análise dos dados do caso J
Fonte: Elaborado pelo autor

O NVIVO 9[®] permite ao pesquisador selecionar os elementos mais frequentes no conjunto de entrevistas, de forma a indicar a seleção de trechos para posterior análise. Esta operação é definida pelo pesquisador que determina o número mínimo de letras a fim de retirar conjunções, preposições e outros conectivos. Ao mesmo tempo, o pesquisador pode estabelecer a exclusão de palavras que não estão relacionadas ao tema e, assim, selecionar dentre os termos, aqueles relacionados aos temas teóricos do estudo até que a seqüência dos mesmos se esgote em suas frequências. Desta forma, o pesquisador tem uma seleção discriminada destes termos e seus agrupamentos de forma a indicar associações para a

posterior análise em categorias. O resultado desta operação para o Caso J é mostrado na Figura 15:

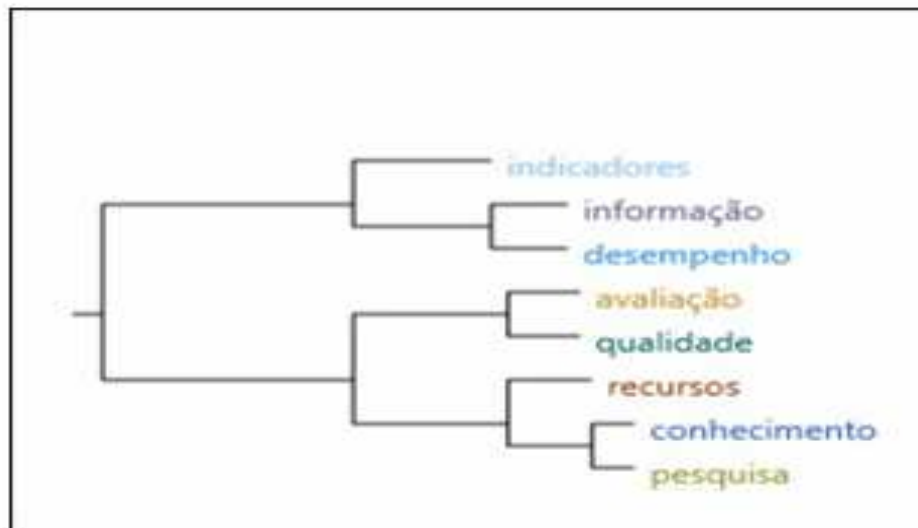


Figura 15 : Agrupamento de termos relativos ao Caso J
Fonte: Dados processados no NVIVO9®

Na figura 15 observa-se o agrupamento dos termos selecionados no NVIVO9® para o Caso J. A dimensão GQ é caracterizada na categoria Avaliação de Desempenho por maior proximidade de associação do termo indicadores com informação e desta com desempenho, formando um *cluster* a ser analisado. Avaliação e qualidade são elementos que também representam GQ, entretanto formam associação com recursos. Desta forma, fazem ligação do tema GQ com Administração Estratégica, a qual está conectada com a Categoria Estrutura de Conhecimento Organizacional, representada pelos elementos conhecimento e pesquisa. Portanto, para os entrevistados do Caso J, a temática Administração Estratégica é referida como a que representa o elo entre GQ e GC.

É importante notar que a categoria Gestão Baseada em Evidências não é contemplada com nenhum elemento com frequência significativa no conteúdo revelado nas entrevistas do Caso J. O relato abaixo sobre a relação entre evidências e fluxo de informações justifica este achado:

P – Há evidências para dizer que o fato das equipes estarem acompanhadas sempre pelo médico de que isto garanta, a horizontalidade e um melhor fluxo de troca de informações e soluções no hospital?

Ej₁₀- Não! Não temos evidencias disso.

P – Poderia ser criada uma espécie de modelo avaliativo para isto?

Ej₁₀– Poderia. Não tem problema pensar em um modelo estatístico. Só que tem tantas variáveis, mas tantas variáveis dependentes, que eu isolar uma variável e não considerar outras variáveis que intervêm, eu vou dar um “tiro na lua”. Têm várias coisas subjetivas, do indivíduo mesmo, como empatia. Depois tem várias coisas da organização, da hierarquia, das relações de poder, depois infra estrutura, depois momento da vida das pessoas, do clima da organização. Eu só acho que eu não posso isolar estas variáveis do restante.

Neste relato observa-se a carência de evidências para justificar uma hipótese a respeito da Gestão de Recursos Humanos no Hospital J1 e a explicação crítica a respeito da limitação de modelos estatísticos para mensurar e avaliar o desempenho de recursos humanos. Este conteúdo confirma as observações de Gurgel e Vieira (2002), a respeito da diversidade de profissionais, da diferença de níveis de formação e da dificuldade de padronização dos processos de trabalho por questões subjetivas. Para Pfeffer e Sutton (2006), a ideologia baseada no mito da vantagem do primeiro entrante, torna falha a escolha de melhores práticas para gerir organizações. Mesmo que as informações sejam incompletas e as evidências sejam refutáveis, é importante implantar estudos piloto e experimentos para a aprendizagem organizacional (PFEFFER & SUTTON,2006). Considerando-se as circunstâncias sociais da produção de evidências pode-se substituir o poder exclusivo da autoridade pela reputação e favorecer a tomada de decisões baseada em dados, informações, conhecimento e aprendizagem (PFEFFER & SUTTON, 2006; LEARMONTH & HARDING, 2006).

Sistemas de controle gerencial de qualidade e medidas estatísticas epidemiológicas necessitam estar alinhadas de forma satisfatória para atingir o aumento do desempenho e qualidade em prestação de serviços de saúde (GURGEL & VIEIRA, 2002). Entretanto, mesmo em relação às evidências epidemiológicas, não se encontra aplicação da *EBMgt* na Gestão do Conhecimento no Hospital J1:

P - Vocês compartilham estas evidências, conseguem discutir prá resolver problemas?

Ej₅.- O que temos é uma consolidação de dados gerados e divulgamos. Por exemplo: diarreia, leptospirose. Não temos esta reunião para saber como diminuir a doença, qual é a causa, etc... Já existem diretrizes do MS, mas estas diretrizes não são divulgadas em tempo para a tomada de decisão. Então, se existisse um grupo que organizasse a divulgação e discutisse, funcionaria melhor.

Reay et al (2009) consideram os esforços de transferência e renovação do conhecimento como fatores cruciais na utilização de evidências para atingir melhorias nos resultados médicos com os pacientes. Portanto, nota-se esta como uma implicação gerencial a ser discutida como resultado desta pesquisa de campo.

A análise dos dados do Caso J prosseguirá de acordo com a lógica de agrupamento de elementos dentro das categorias de análise nesta situação em particular (Figura 15). A lógica e a seqüência de associações entre os temas e categorias é mostrada na Figura 16, indicando quatro movimentos de articulação entre os termos-chave identificados no Caso J:

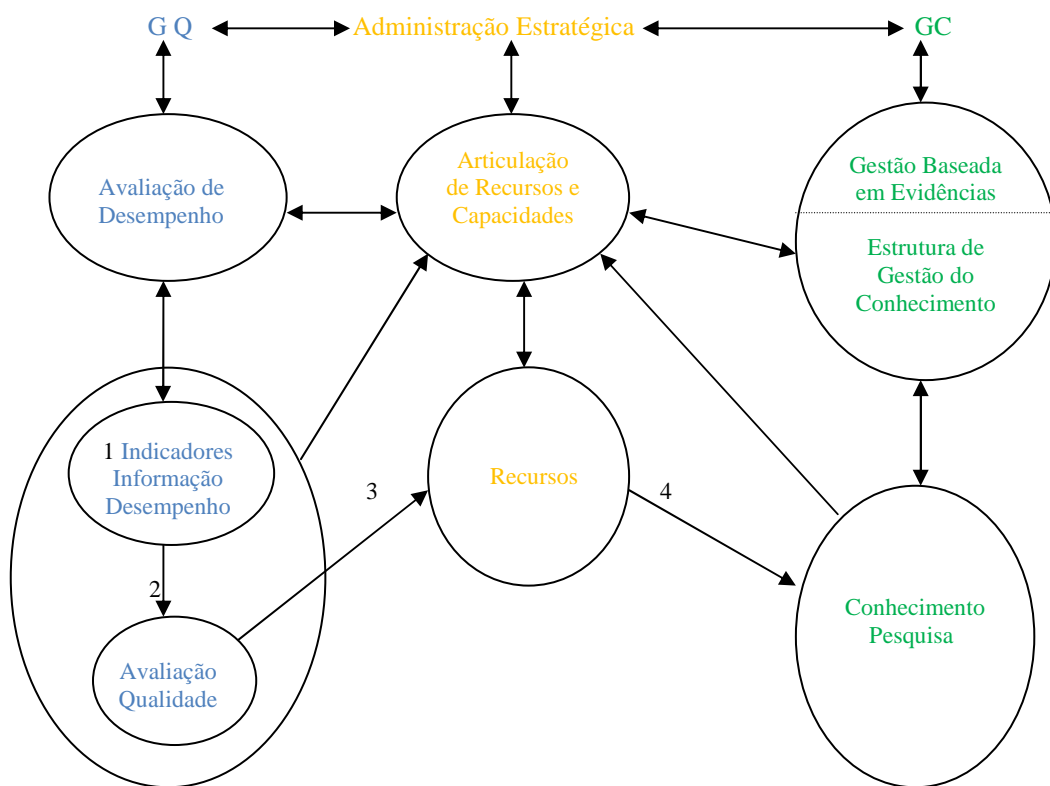


Figura 16: Rede de Associações entre Dados para o Caso J

Fonte: Elaborada pelo autor

Considera-se nesta seqüência a relevância do termo recursos como chave para a relação entre Avaliação de Desempenho e Estrutura de Gestão do Conhecimento, sendo este um aspecto relevante para o Caso J. Este achado corrobora a afirmação de Rummler e Brache (1993) a respeito da importância do uso dos sistemas de avaliação de desempenho, do conhecimento sobre desempenho através da aplicação das competências das pessoas e de outros recursos para prevenir problemas e realizar melhorias organizacionais. O controle de recursos escassos como no caso da saúde, deve ser acessado pela aquisição de habilidades,

gestão do conhecimento, know-how e aprendizagem (LIMA, 1996; TEECE ET AL, 1997; LA FORGIA & COUTOLLENC, 2009). Além disso, é o gerenciamento para a conversão destes recursos (materiais, clínicos, financeiros e outros) no ambiente interno da organização em serviços prestados que poderá equilibrar a influência do ambiente externo na estrutura organizacional (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009).

A seqüência mostrada na Figura 16 foi utilizada para a seleção dos trechos das entrevistas a serem analisados a seguir.

4.3.1 Avaliação de Desempenho: indicadores, informação e desempenho.

A categoria Avaliação de Desempenho é caracterizada pela mensuração do desempenho (RUMMLER & BRACHE, 1992; SINK & TUTTLE, 1993, HRONEC & ANDERSEN, 1994; GONÇALO, 1995) das operações hospitalares, através do estabelecimento de indicadores, sua consolidação nos sistemas de informação e sua aplicação direta no cotidiano dos serviços (DONABEDIAN, 1991-2005; KLUCK ET AL, 2002; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004; SCHOUT E NOVAES, 2007; BITTAR, 2008, BORBA & KLEIMAN, 2008; LA FORGIA & COUTTOLENC (2009). De acordo com as experiências dos entrevistados no Caso J, foram considerados os indicadores apresentados no Quadro 18 como de fundamental importância para a avaliação do desempenho do Hospital J1:

INDICADORES ¹⁵		DESCRIÇÃO	APLICAÇÃO
Assistenciais	Numero de Internações	Número de internações por determinado período.	Dimensionar a capacidade geral de atendimento.
	Taxa de Ocupação de leitos	Percentual de ocupação de leitos geral e por unidades.	Dimensionar a capacidade organizacional por atendimentos especializados.
	Índice de Procedimentos Cirúrgicos	Percentual de cirurgias por nível de complexidade.	Dimensionar equipes, material e tecnologia.
	Tempo de permanência	Tempo de permanência conforme o grau da evolução do paciente.	Estimular a alta e encaminhamentos de acordo com o quadro do paciente, Liberar leitos para novos atendimentos.

¹⁵ Os indicadores foram nominados conforme relatado nas entrevistas sua descrição está orientada pelo material institucional e de acordo com as diretrizes do MS.

	Índice Epidemiológico	Número de incidências por tipo de doença.	Dimensionar capacidades e competências para o atendimento.
	Índice de comorbidade	Mensuração da gravidade da doença conforme um grupo de 20 condições clínicas associadas. ¹⁶	Dimensionar prioridades de atendimento e alocação de recursos humanos conforme a gravidade do caso.
	Índice de cuidados em enfermagem	Mensuração da necessidade de cuidados (mínimos, intermediários semi-intensivos e intensivos) ¹⁷ conforme os parâmetros estabelecidos pelos conselhos de enfermagem.	Dimensionar materiais, recursos humanos para a assistência.
Recursos Humanos	Número de equipes profissionais por complexidade da assistência.	Número de equipes e categorias profissionais conforme a complexidade da intervenção.	Definir equipes conforme a complexidade da intervenção.
	Índice de absenteísmo por categoria profissional.	Índice de horas efetivas conforme a carga horária estabelecida para cada categoria profissional.	Redimensionar equipes.
Qualidade	Erro de Administração de Medicamentos	Percentual de erros de prescrição administração de medicamentos.	Melhorar a qualidade e a resolutividade.
	Queda de pacientes em maca	Percentual de queda de pacientes em maca em deslocamento.	Melhorar a produtividade e a qualidade do atendimento.
	Taxa de infecção por serviço	Percentual de infecção por pacientes internados.	Melhorar a qualidade do atendimento.
	Taxa de reinternação	Percentual de retornos por paciente internado.	Evitar a reinternação e criar mecanismos de suporte externo para otimizar a capacidade de atendimento.
Financeiros	Custo Operacional	Custo por complexidade da intervenção.	Dimensionar custos e aporte de recursos financeiros (MS e licitações).

Quadro 18: Indicadores Caso J

Fonte: Elaborado pelo autor

¹⁶ MARTINS, BLAIS & MIRANDA, 2008.

¹⁷ Resolução COFEN N° 293/2004

Tomando como base a Tabela 7 (Infraestrutura e Atendimentos no Hospital J1 – 2007-2008), encontra-se (1) redução do número de leitos; (2) aumento de funcionários; (3) aumento de atendimentos em ambulatório, cirurgias, e quimioterapia. Além disso, há (4) redução de internações, diagnósticos por imagem e outros SADTs. Sugere-se assim, que o desenvolvimento e a aplicação dos indicadores sugeridos pelos entrevistados no Quadro 15 poderá contribuir no redimensionamento das capacidades, competências, recursos humanos, qualidade de atendimento e previsão de custos e aporte financeiro para a melhoria do desempenho dos serviços prestados pelo hospital J1.

No relato a seguir, é enunciada a lógica de análise de indicadores utilizada, na experiência de uma gerência:

Ej₄ a responsabilização interna tem, tem os indicadores, tem metas. Eu faço uma reunião quinzenal com os chefes de serviços. A gente monitora e olha. Isto tem um efeito de responsabilização. O fato de chamar pra uma reunião, entregar os indicadores fazer alguns comentários no âmbito geral, fazer com que as equipes apresentem seus indicadores para o conjunto de representantes, com os colegiados, no meu nível, com os meus subordinados e entre direção e gerentes. Eu tenho 2000 funcionários, 24 equipes. Então, chamo a reunião onde as equipes vão apresentar como foram os indicadores do ano anterior sempre nos primeiros meses do período atual.

A utilização de indicadores no monitoramento do desempenho é indispensável para a melhoria da qualidade, da produtividade e redução de custos em serviços de saúde (SCHOUT & NOVAES, 2007). Somente o uso contínuo de indicadores poderá qualificar o planejamento das unidades de saúde (BITTAR, 2008). Portanto, os indicadores são a base para uma gestão que envolva a dinâmica dos recursos técnicos, humanos, os processos e os resultados alcançados.

Entretanto, na percepção do Ej₄ é importante aprofundar o uso de indicadores clássicos e melhorar a especificidade para exercer estudos comparativos a fim de qualificar não só o hospital, mas o setor.

Ej₄ . Se usa os indicadores clássicos. Não se aprofundou. Num determinado nível da direção com as gerências tem uma agenda com os indicadores de tempo de permanência, numero de internações, procedimentos cirúrgicos, custos e equipes. Tu tens estes indicadores e metas em cima deles. Eu acho que a gente tinha que ser mais específico. Por exemplo, vamos analisar as UTIs de POA. Como estão os indicadores ao longo do tempo?

Uma gestão adequada envolve a avaliação da qualidade dos serviços prestados através de critérios e parâmetros que englobem estrutura, processos e resultados. Para tanto, é necessário utilizar indicadores de tempo, qualidade e custos (HRONEC & ANDERSEN,1994). O relato de Ej₄ confirma estas afirmações e acrescenta a necessidade de criar critérios específicos de avaliação de serviços no setor e regiões específicas.

O uso contínuo de indicadores para descrever a realidade e direcionar mudanças e a inserção de organizações em programas e encontros de benchmarking podem melhorar a transparência institucional e a contribuição do setor de serviços à sociedade (MBC, 2010; FNQ, 2009;. KLUCK ET AL, 2002; BITTAR, 2008). Estas são medidas importantes para que se possa comparar indicadores visando orientar ações estratégicas específicas para cada modalidade de operação de serviços de saúde ao longo do tempo. Para que estas práticas sejam estabelecidas , é necessário compreender e avançar e superar limitações de definição e adesão ao uso de indicadores por parte de diferentes categorias profissionais:

Ej₁₀ - A maior parte dos indicadores são parâmetros,falhos e insuficientes. São medianas ou médias da realidade. É necessário produzir indicadores na tensão entre o que as corporações estão propondo e o que a administração está propondo. Quem olha mais para a gestão hospitalar de outro viés, que não administradores e corporação estão pensando. E essa tensão que vai se produzir os melhores indicadores. Porque sozinha qualquer uma dessas áreas, nós extrapolamos as possibilidades de ter organizações hospitalares no país. Os administradores vão sempre querer diminuir, as corporações sempre expandir muito.

Estas observações concordam com as razões constatadas por Gurgel e Vieira (2002) a respeito dos problemas de implantação de indicadores no setor da saúde. A diversidade de categorias profissionais e a impossibilidade do uso exclusivo de critérios baseados na eficiência de mercado são características peculiares dos serviços de saúde hospitalar. Hospitais são .afetados pelas políticas governamentais, demandas sociais e tecnologia (ANDRADE & FALK, 2001). Isto faz com que sua administração seja focada na análise do ambiente interno da organização em relação às políticas de saúde.

Na concepção dos entrevistados para o Estudo de Caso J, o termo indicadores está diretamente associado com o termo informações. A importância do acesso a sistemas de informação e do aprimoramento e monitoramento do fluxo de informações é valorizada no hospital J1:

Ej₇ . Eu acho que com o advento da internet temos muitas informações acessíveis. Talvez, o que falte seja a devida divulgação de que estes acessos são permitidos. Para nós é importante entender o público alvo. Os usuários do SUS majoritariamente são pessoas de poder socioeconômico menor onde

há mais dificuldade neste fluxo de informações. É um público que em menor nível tem internet, tem computador em casa, acesso à banda larga para permitir a busca disso e muito menos informação quanto a estas facilidades. A instituição vem tentando fazer a sua parte. Próximo de um ano atrás nos disponibilizando o cartão do usuário. Basta passar na central de marcação e retirada de exames onde em um minuto é feito o cartão do usuário onde ele vai receber um cartão com o seu nome, o seu registro e a sua senha de acesso. Com este cartão, ele acessa a página na internet e tem acesso ao resultado de todos os seus exames. É uma enorme facilidade que está à disposição. Agora, o grande desafio é tornar isto realmente um instrumento de ampla utilização pelos nossos usuários.

De acordo com os princípios do DATASUS, um sistema *on line* de gerenciamento de informações em saúde pública deve garantir o acesso rápido, organizado e qualificado da população aos serviços. Para garantir a sua qualidade são avaliados de acordo com os princípios do SUS. O grau de disponibilidade de acesso à informação aos pacientes e familiares é um indicador exigido pelo MS para avaliar o desempenho dos hospitais e o devido repasse de recursos. Conforme Souza et al (2009), sistemas informatizados em saúde servem para melhorar o fluxo e a otimizar a utilização dos recursos.

Ej₄. Fluxo de informações é o ponto principal!

Hospitais são organizações que exigem soluções rápidas, por isto, demandam o compartilhamento responsável de informações por parte dos diferentes especialistas (MILES, 1995). Isto pode levar a ações efetivas que visem a solução de problemas de saúde dos pacientes (DRUCKER, 2000). Este ponto é problemático na opinião de Ej₅:

Na nossa visão a divulgação é deficiente. Nós temos que melhorar nisto.

O controle das informações internas e externas pode levar à vantagem competitiva sustentável (GRANT, 1991; HERZOG 2001). As lideranças organizacionais devem estabelecer a estratégia de ação a partir de informações sobre a clientela. Conforme relato de Ej₂ as demandas de informações devem ser melhor organizadas em sistemas de informação :

Ej₂. A demanda deve partir dos trabalhadores, pois são eles que estão em contato direto com os pacientes. Os gestores têm que organizar junto ao serviço de informática. As características de um serviço atropelado como é o hospital, fazem com que a gente não se dedique a ver o que precisa.

Vamos trabalhar com o pessoal da informática pra que existam maneiras de puxar estes indicadores.

Para Porter e Teisberg (2009), ações de educação em saúde e o monitoramento dos pacientes agregam benefícios na cadeia de valor de serviços hospitalares. A partir dessas ações, a alocação de recursos é adequada às necessidades dos clientes qualificando o desempenho organizacional e o posicionamento competitivo de uma organização dentro do setor (FNQ, 2009, MBC, 2010). Portanto, a gestão da informação e dos ativos intangíveis é essencial para a efetiva excelência na prestação da assistência em saúde.

Aprofundou-se o debate sobre estas questões nos diálogos a seguir:

P - O desempenho de vocês é associado à capacidade de buscar informações e se envolver com o trabalho?

Ej₉. De certa forma sim. A nossa coordenadora sorteia dois ou três colegas para saber qual o desempenho do colega que está sendo avaliado. Às vezes só o gestor não consegue ter esse olhar tão abrangente e o colega que está dividindo a rotina contigo sabe o que acontece.

P - Em termos de desempenho, tu achas que é importante que as equipes tenham acesso a parâmetros baseados em situações já enfrentadas, como surtos de alguma doença?

Ej₅. Quando tem uma epidemia normalmente utilizamos as diretrizes do MS. Porém, as vezes elas não são divulgadas em tempo para a tomada de decisão. Então se existisse um grupo que organizasse a divulgação destas diretrizes para as equipes, funcionaria melhor.

Para Sveiby (2001), a estrutura interna de uma organização deve ser composta de modelos, processos e tecnologias que favoreçam a troca, o armazenamento e o tratamento das informações. Entretanto, de nada adianta esforços de estabelecimento e manutenção de indicadores se a divulgação dos resultados é falha (BITTAR, 2008). O desenvolvimento de um clima colaborativo entre os profissionais que permita a criação de uma organização horizontal e a computação de modelos analíticos é essencial para a superação de barreiras à criação do conhecimento organizacional. O grau de fluidez da troca de informações da estrutura interna da organização com fornecedores, clientes e parceiros serve como parâmetro para a realização de comparativos em determinado setor (SVEIBY, 1998). Desta forma, competências individuais podem ser monitoradas e desenvolvidas. Além disso, as ferramentas de acesso e disseminação da informação servem para dar suporte ao processo de criação do conhecimento entre os profissionais e os clientes.

P - Indicadores assistenciais são também indicativos de desempenho... Vocês têm controle sobre incidência de doenças, ou seja, da resolutividade que é indicador de desempenho em saúde?

Ej₅ – Esta não é uma situação adequada para avaliar desempenho. Estes problemas vêm da comunidade. Então, os profissionais daqui não tem como atuar, ir até a comunidade, estes profissionais tem como atuar na mortalidade por determinado tipo de doença, por exemplo. Porque já é atendimento de terceiro nível. Depende de outros fatores externos.

Na medida em que as pessoas interagem, elas absorvem informações, que se transformadas em conhecimentos, permitem ações baseadas em combinações, valores e regras internas que favorecem a promoção de diferenciais competitivos para sustentar a permanência no mercado (COLAUTO & BEUREN, 2003). No relato abaixo se confirma a existência de barreiras na troca de informações entre as estruturas interna e externa no Hospital J1, apresentando uma perspectiva cindida em relação ao restante do Grupo Hospitalar J.

Ej₅ . Uma situação específica do hospital é a taxa de infecção. Então, trabalhamos em parceria com o controle de infecções na monitoração da taxa de adesão de higienização das mãos que influencia na redução da taxa de infecção. Isto é um bom indicador de desempenho dos profissionais dentro da organização. Quando iniciamos a monitorar estes indicadores tivemos reuniões periódicas, divulgação e resultados, com participação e esclarecimentos. Tivemos uma taxa de adesão de 75% que controla os surtos. Nas outras situações não depende da atuação dos profissionais dentro da instituição. Depende de políticas de saúde externas. Nos postos de saúde há os setores de monitoramento e avaliação, aí sim é possível fazer este tipo de levantamento.

Fatores externos são recursos que se controlados pela organização contribuem para a sustentação da vantagem competitiva (HERZOG, 2000; GRANT, 2001). A retroalimentação do sistema de recursos da firma leva à vantagem competitiva . A sustentabilidade da vantagem é determinada pela ampliação da capacidade de compreensão e intervenção no ambiente externo. A eliminação de *gaps* deve acontecer pelo controle de recursos e este é acessado pela aquisição de habilidades, gestão do conhecimento, *know-how* e aprendizagem organizacional (FNQ,2009).

Portanto, organização deve avaliar permanentemente a qualidade de suas ações, monitorar planos e responder rapidamente às mudanças nos ambientes interno e externo.

4.3.2 Avaliação de Desempenho: avaliação e qualidade.

A qualidade é prioritária para a aquisição de melhorias contínuas no desempenho de empresas. (FERDOWS, MILLER, NAKANI & WOLLMAN, 1986, FERDOWS & DE MEYER, 1988, DE MEYER, 1989; DE MEYER & FERDOWS, 1991). Guimarães et al (2002) compreendem a prática gerencial como fator crítico no processo de melhoria da qualidade dos serviços prestados e aumento de eficiência organizacional. Uma gestão adequada envolve a avaliação da qualidade dos serviços prestados através de critérios e parâmetros que envolvam estrutura, processos e resultados, assim como refere Ej₆

O trabalho que executamos no setor é um controle de qualidade de tudo que acontece no hospital. E aí esta avaliação vai para a Secretaria da Saúde, mensalmente enviamos relatórios. Tipo uma avaliação da qualidade.

É possível mensurar e avaliar a qualidade através de indicadores de satisfação dos empregados, satisfação dos clientes, serviços prestados ao longo do tempo e do nível de relações públicas da organização (HRONEC & ANDERSEN, 1994). O conhecimento de pontos críticos nos processos organizacionais permite uma avaliação contínua da eficiência dos mesmos e das pessoas na organização. O Grupo Hospitalar J tem como política institucional realização da avaliação e desenvolvimento a nível institucional, individual, das equipes e dos gestores com o intuito de qualificar os serviços prestados ao SUS através da promoção da horizontalidade nas relações de trabalho e o aumento da participação dos trabalhadores nos processos de tomada de decisão.

Ej₁ A instituição tem uma política de avaliação individual e de todos os seus servidores que depois é conjugada com a política de avaliação das equipes quanto ao cumprimento de metas. Então isto dá uma conceituação final a cada um dos servidores anualmente.

Para Porter e Teisberg (2005) os trabalhadores de saúde podem agregar ou retirar valor da assistência de acordo com seus papéis e decisões. A forma como os especialistas exercem as suas atividades e a qualidade da relação com o paciente, definem o fracasso ou o sucesso da organização.

Ej₉. Nos temos a avaliação de desenvolvimento e são tópicos abertos para todo o hospital. São muito gerais e subjetivos. O que fizemos foi criar um instrumento de acordo com as nossas rotinas: participa das reuniões, lê as atas está lá no instrumento também. Depende de o gestor ter essa visão e se o trabalhador busca ou não busca. É bem importante essa avaliação em

equipe, não só pelo setor. A gerência tem que ficar cobrando, ver como está o trabalho da pessoa, tipo controle de qualidade do trabalho.

A reforma do sistema hospitalar brasileiro prevê dentre outras diretrizes, o estabelecimento e a aplicação de critérios e instrumentos de monitoramento, avaliação de resultados e cumprimento de metas (MS, 2004). A intensidade da adoção destas ações é alta no Hospital J1:

Ej₈ - A pauta mais freqüente é a criação e avaliação das metas.

Os serviços de saúde no Brasil são avaliados pela qualidade de tratamento, equidade e eficiência (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009). A avaliação da qualidade da relação com os clientes, também serve para orientar e corrigir ações no hospital J1:

Ej₈ - Para a avaliação de desempenho pessoal ser eficaz tentamos cumprir aquilo que é uma demanda, uma norma de atendimento ou uma necessidade do serviço.

Com os avanços tecnológicos a maioria dos hospitais apresenta sistemas de avaliação de desempenho de recursos humanos. Porém, não há sistemas de promoções e recompensas. A não existência de bonificações é um ponto fraco desta avaliação no caso do Hospital J1:

Ej₈ - O máximo que vem é uma avaliação boa, positiva. Mas, benefícios não! Então, volta e meia tem alguém que fala assim prá gente: para que eu vou ser melhor que os outros se eu vou ganhar a mesma coisa?

Na área da saúde, a escassez de recursos torna necessário desenvolver sistemas de mensuração, controle e avaliação que auxiliem os gestores hospitalares a compreender o desempenho (SOUZA ET AL, 2008; LA FORGIA & COUTOLLENC, 2009). Entretanto, no hospital J1 a carência de sistemas de recompensas pode estar prejudicando seu comprometimento com as prioridades organizacionais baseado na mensuração de resultados:

Ej₁₀ - Acho que sim, acho deve haver a avaliação, monitoramento, tem que tentar centrar fogo nas prioridades organizacionais.

Ej₈ - O pessoal às vezes não tem muita paciência para metas, aquela coisa mais séria, quer mais para reclamar.

Ej₁₀ - Estamos longe, ainda vai demorar um ou dois anos para esta organização pensar em algum dispositivo mais de mensuração de forma mais geral.

Embora a organização J disponibilize relatórios anuais de desempenho para a sociedade, a prática desta política é incipiente e encontra resistência entre os entrevistados. A escassez, falta de clareza nos critérios de distribuição de recursos públicos e o crescimento desproporcional das demandas de atendimento, podem ser outras variáveis explicativas para estes problemas. Para Porter & Teisberg (2005) ações de educação e informação em saúde para a clientela, podem desonerar os serviços e promover soluções de excelência visando a melhoria das condições de saúde da população. Portanto, observa-se que no hospital J1, é importante investir em educação e formação em saúde e gestão, não somente para os trabalhadores, mas incluindo a clientela.

4.3.3 Articulação de Recursos e Capacidades: recursos

De acordo com a *RBV* aquisição, estocagem, renovação e articulação de recursos e o desenvolvimento e a adequação de capacidades organizacionais às demandas do ambiente externo são fontes para a aquisição da vantagem competitiva sustentável. As diretrizes do SUS (LEI 8.080) preconizam universalidade, integralidade e equidade na distribuição de recursos e cuidados em saúde da população. A reforma hospitalar brasileira (MS, 2004) determina que os hospitais sejam dimensionados de acordo com os problemas de cada região, por grau de complexidade e intensidade da demanda. Entretanto, a análise estratégica do setor hospitalar brasileiro (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009) mostra que o sistema hospitalar tem sobrecarregado serviços das regiões metropolitanas onde a concentração de recursos financeiros, tecnológicos e humanos é maior em relação às regiões interioranas. Ferreira e Silveira (2007) consideram que a distribuição de recursos para a saúde brasileira não é submetida a uma lei unificada, prejudicando a equidade e gerando uma fragmentação do sistema de saúde. No relato dos profissionais do hospital J1, estes problemas são considerados cruciais no controle e dimensionamento da demanda, capacidades e recursos para um atendimento excelente:

Ej 7 Há uma debilidade de distribuição de recursos de toda a natureza. Não teremos dias melhores nesta situação da superlotação dos hospitais, principalmente da capital, sem que nós venhamos a desenvolver uma efetiva política de regionalização do atendimento à saúde. O grande problema que se vê é que as cidades pólo não respondem às necessidades de resolução dos problemas no nível em que lhe são demandados. Então, terminam estes pacientes vindo à POA. Mais grave ainda é a situação dos hospitais das

idades de menor porte e principalmente das unidades básicas de saúde, que hoje tem poder de resolução muito baixo. Então, as emergências vivem superlotadas e nos percebemos que há um número significativo de pacientes que não deveriam estar procurando as emergências de um hospital terciário como o nosso. Estas pessoas têm problemas de saúde que poderiam ser resolvidos em unidades básicas de saúde ou em hospitais de menor complexidade. Em qualquer município de 10.000 habitantes tem um hospital e muitas vezes este hospital tem um poder de resolutividade muito baixo.

A criação de serviços substitutivos é uma alternativa para suprir a sobrecarga de trabalho em hospitais que atendem o SUS (CUNHA ET AL, 2004). Entretanto, a visão sobre saúde no Brasil ainda é hospitalocêntrica (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009), ou seja, acredita-se que os hospitais devem suprir todas as demandas de cuidados de saúde da população.

A rigidez das regras trabalhistas no setor público e a centralização das decisões dificultam a autonomia na gestão de recursos humanos aumentando os custos de contratação e desenvolvimento de pessoal (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009). Os problemas descritos nestes relatos, dificultam o dimensionamento de recursos humanos para o atendimento no hospital J1:

Ej₁ - Então eu tenho que discutir no início do mês o que eu vou ter que precisar repor de gente ou buscar hora extra dentro do meu setor mesmo ou como em outros períodos em que a diretoria me autorizou a buscar hora extra em outros setores.

Para Cunha et al (2004) o uso e o aprimoramento de ferramentas de gestão por parte dos hospitais é condição para atingir a atenção integral aos problemas de saúde da população preconizada pela lógica de regionalização do SUS. Arranjos organizacionais e escalas de trabalho adequados podem melhorar a eficiência dos hospitais públicos e torná-los tão eficientes ou mais do que os hospitais privados (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009). Apesar das dificuldades de alocação de recursos humanos de toda a ordem, o Grupo Hospitalar J, realiza esforços para utilizar critérios baseados em indicadores a fim de dimensionar o atendimento à população:

Ej₄. É muito difícil, porque é tudo recurso apertado. Quando a gente chegou aqui em 2007 tinha esta questão de vagas. Então vamos levantar as necessidades. Os serviços nos encaminham. Eu me lembro que foram 1160 pedidos. O grupo nos pediu mais 1160 funcionários. Só que tinham 700 vagas. A metade. Olha, vamos ter que apertar. Corta ao meio. E aí a discussão foi árdua entre os gerentes. Dessas, 200 eram para a UTI. Sobraram

500 pra todo o grupo. Foi interessante. Que indicador vamos usar? Vamos ver onde tem áreas de absoluta carência e vamos ver também onde vou colocar recursos pra sanar isto. Então um serviço que a gente reestruturou foi o hospital de oncologia. Aí expandiu o horário de cobertura para 12h, ia pegar pacientes do banco de sangue e da emergência que precisam de manutenção. Uma enfermeira para cuidar 100 leitos não dá. Ela dá vôo rasante. Então o critério foi serviços com absoluta carência, deficiência, desqualificação ou serviços que integravam as necessidades de várias gerências.

Entretanto, a tomada de decisões operacionais orientada por indicadores não soluciona a problemática da superlotação de hospitais centrais e de alta complexidade como o Hospital J1:

P - No caso do Hospital J, ele tem uma experiência de acabar suprindo outras regiões como tem sido relatado pelos seus colegas. Se o Sr. pudesse propor como criar uma cultura de regionalização que outros hospitais tivessem também recursos humanos e outros necessários...

Ej 7 - Não existe outra saída se o Estado como um todo - Município, Governo Estadual e Federal - realizar uma integração. Isto representa aporte financeiro dos três níveis, qualificação profissional para melhorar o nível de resolução das UBS e dos hospitais de menor porte e a busca da qualificação da mão de obra mais especializada. Existem algumas especialidades que são críticas no interior do Estado em termos de alocação de pessoas. Isto tem que ser uma política de longo prazo. Os consórcios de saúde são experiências que têm mostrado resultados positivos. Cidades se unem para qualificar uma unidade hospitalar para ser referência para aquela região. Constituindo um coletivo de municípios com 10 - 15 mil habitantes é possível estabelecer profissionais para atenderem em comunidade de 100 -200 mil habitantes numa coletividade de municípios. Talvez seja uma busca de solução mais rápida para este problema.

E o investimento financeiro também. Na minha área que é de diagnóstico, um tomógrafo bom hoje custa em torno de R\$1.000.000,00. Como um município de pequeno porte vai arcar com isto e depois com os profissionais? Agora, se nos pensarmos que um investimento destes possa atender um grande número de municípios ele pode se tornar viável e não necessariamente esses pacientes precisam vir até POA ou aos outros grandes centros regionais na busca de diagnóstico.

A falta de eficiência na alocação de utilização de recursos influencia os resultados modestos quanto ao nível de gastos em saúde no Brasil em relação a países semelhantes (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009)¹⁸. Definir o escopo das ações estratégicas de acordo com as condições de replicabilidade, durabilidade, transferência e transparência dos recursos é fonte de vantagem competitiva e agrega valor à cadeia de serviços (GRANT, 1991; WINTER, 2003; PORTER & TEISBERG, 2009). No relato anterior verifica-se a importância da criação de estratégias que contemplem alternativas para a solução problemas da escassez,

¹⁸ Ver a Tabela 3.

custos e dificuldades de alocação de recursos, como é a experiência dos consórcios de saúde. Entretanto, como o Hospital J1 tem sua lotação total destinada a atendimento ao SUS, e tem seu controle acionário pelo MS, esta situação de melhoria é dependente da vontade política de integração em rede entre as três esferas governamentais.

Um aspecto positivo da situação dos recursos humanos neste hospital é o comprometimento como o trabalho.

Ej₅. Entretanto, temos muitas coisas positivas. a partir do momento em que os profissionais entendem todos os benefícios que geram à população, eles acabam gostando do trabalho, conseguem executar e se comprometer com o serviço.

O relacionamento em equipe, visando a superação de limitações e solução de problemas de saúde pode ser conquistado através do desafio de aprender algo novo (EMMERICK ET AL, 2006). Desta forma, o conhecimento oriundo das experiências das pessoas nas organizações de saúde é criado em comunidades de práticas de especialistas e, comumente, é validado através do consenso entre os trabalhadores (COSTA ET AL, 2000). Nota-se que no Hospital J1 há a experiência dos Colegiados de Gestão, como tentativa de compartilhamento de vivências profissionais e a busca de soluções em conjunto.

4.3.4 Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional: conhecimento e pesquisa

O conhecimento é um dos ativos intangíveis da firma que pode ser revelado e desenvolvido internamente juntamente com habilidades e competências conforme o grau de compartilhamento das experiências das pessoas no contexto organizacional (HERZOG, 2000; SVEIBY, 2001; GONÇALO & BORGES, 2010). Os hospitais, por constituírem operações de serviços intensivas em conhecimento (MILES, 1995) apresentam um alto nível de conhecimento tácito e explícito. A criação do próprio conhecimento e a combinação entre os conhecimentos do mercado, dos clientes e outras redes de relações são condições necessárias para a sobrevivência desta modalidade de prestação de serviços (MILES, 1995; STRAMBACH, 2008). Sveiby (2001) validou nove estratégias de transferência e conversão do conhecimento entre as competências individuais e as estruturas interna e externa da organização para a criação do conhecimento organizacional. A dinâmica das organizações de saúde exige que o conhecimento organizacional seja gerenciado como um

recurso estratégico visando atender metas de desempenho (GRANT, 1996; PORTER & TEISBERG, 2005; SVEIBY, 2001; GONÇALO & BORGES, 2010):

Ej₃- Se todos agissem de acordo com as normas e padrões já estabelecidos, diminuiria o risco de erros, apesar de que os que acontecem não tem uma conclusão tão grave como poderia acontecer. Erros esses não causados tanto por falta de conhecimento ou capacidade do profissional quanto por falta de condições de atender. A correria e a superlotação do hospital fazem a gente ter que improvisar quase sempre.

As condições e capacidades de atendimento hospitalar podem ser dimensionadas na estratégia da organização a partir dos conhecimentos acumulados na experiência e no desenvolvimento profissional, ampliando a eficiência e eficácia nos cuidados com os pacientes (PAN & SCARBROUGH, 1999; COLAUTO & BEUREN, 2003; PORTER & TEISBERG, 2005; GONÇALO & BORGES, 2010). O relato de Ej₃ revela a importância de ações coerentes com processos padronizados de atendimento com vistas a melhorar as condições de resolução de problemas de saúde dos pacientes evitando erros. Para isto, destaca-se a aplicação do conhecimentos, das capacidades individuais e organizacionais.

Para obtenção de um desempenho superior, a transferência do conhecimento entre os profissionais da saúde deve ser registrada e atualizada de acordo com suas experiências ao longo do tempo (REAY ET AL, 2009). A renovação das práticas dos profissionais através da transformação contínua de pesquisas em intervenções atualizadas pode melhorar a qualidade de saúde dos pacientes.

Ej₁₀ - A produção do conhecimento é momentânea, ela não é absoluta. Se os trabalhadores de saúde não souberem disso primeiro não vão ser criativos e não vão buscar alternativas e, portanto, melhorar as condições de saúde da população. Segundo, estão lidando com verdades que a ciência já sabe que são temporais e parciais. Então, refletir sobre o cotidiano, sobre o que faz, se perguntar, produzir boas problemáticas e pensar sobre elas, inclusive de jeitos distintos do que a tradição prevê é muito bom para qualquer serviço de saúde.

Para Nonaka e Takeuchi (1997) o conhecimento torna-se vantajoso para a organização quando ele é criado, difundido e incorporado nos produtos, serviços e sistemas organizacionais. A dinâmica da conversão e transferência do conhecimento requer o gerenciamento dos ciclos de internalização, exteriorização, combinação e socialização de acordo com a estrutura e os objetivos organizacionais (NONAKA & TAKEUCHI,

1997;SVEIBY, 1998; SVEIBY, 2001). No relato de Ej₅ identifica-se necessidade de adequação do fluxo de comunicação entre os diferentes setores do Hospital J1.

Ej₅. Os serviços, cada um tem as suas atribuições, mas não está existindo adequadamente ainda um fluxo de comunicação entre os diferentes setores. Isto é um ponto crítico que precisa ser melhorado para desenvolver um melhor trabalho, ter um pouco mais de agilidade nas ações.

Para que o conhecimento sistematizado agregue valor nas ações organizacionais ele deve ser combinado com outras partes de conhecimento explícito (NONAKA& TAKEUCHI, 1997; SVEIBY, 1998). Este relato de Ej₂ mostra como ocorre o processo de combinação de conhecimentos no setor gerenciado por ele:

Ej₂. A gente tem feito relatórios trimestrais. Mando para a direção, comento com as equipes. Por exemplo, nós implantamos um protocolo que é eletrônico e é compulsório. Foi feita uma pesquisa sobre profilaxia do tromboembolismo venoso, que é a principal causa de mortalidade hospitalar ou por suas doenças ou por estar acamado muito tempo. Pacientes com câncer, pode causar trombo, embolia pulmonar, AVC. A gente fez uma pesquisa, viu quanto tinha de adequação, de adesão, de medida. Implantou-se o protocolo e cada equipe gerenciou da sua maneira. Apresentamos o estudo para as equipes conhecerem e mostramos o formato que ia ser adotado. Não teve discordância, porque é uma questão de metodologia científica.

A utilização de protocolos médicos e conhecimentos cientificamente comprovados parece suportar os aspectos subjetivos para o consenso quanto à tomada de decisões neste serviço em específico.

Ej₈ relata os esforços realizados pela sua equipe de trabalho para criar e distribuir novos conhecimentos dentro do serviço gerenciado por ela:

Porém, estas ações parece não estar integrada entre os serviços disponibilizados pelo Hospital J1:

Ej₅. Existe uma gestão compartilhada, mas não integrada e ,às vezes, ela se integra. Mais assim na informalidade. Vamos fazer uma reunião, mas esquece de convidar um setor importante. Se fosse mais sistematizado seria melhor... As pessoas precisam procurar informação e conhecimento e estabelecer um canal.

O conhecimento tácito pode agregar valor e qualificar as ações organizacionais através da socialização pela troca de experiências e compartilhamento de práticas. Entretanto, é um recurso difícil de ser disseminado adequadamente dentro da organização, pois é altamente subjetivo e reside somente nas ações dos indivíduos sem estar escrito, objetivado ou exteriorizado (GRANT, 1991; SVEIBY, 1998). Para a melhoria do fluxo de informações e a

criação de conhecimentos, entre os diversos serviços do Hospital J1 é citada a necessidade de mudança na cultura organizacional através de esforços de sistematização das experiências e práticas dos indivíduos nas equipes de trabalho. Destaca-se a importância de incluir a lógica do ensino e pesquisa nas ações efetivas dos trabalhadores:

Ej₂ . Poderíamos tentar fazer como hospitais universitários, hospitais escola... a gente tem muito residente, estagiário mas não está ligado a nenhuma universidade... não são ligados à pesquisa pelo nosso dia a dia muito movimentado. Nestas instituições que são prioritariamente de ensino, os alunos vão trabalhando estes itens muito mais do que a gente. É mais fácil do que em hospitais que não têm esta cultura.

O compartilhamento do conhecimento entre os hospitais é fator imprescindível para que a rede pública de saúde consiga atingir as diretrizes de integração previstas pelo SUS. As trocas de experiências e os sistemas de referência e contra-referência devem funcionar plenamente para atender integralmente as necessidades de saúde da população de saúde (LEI 8.080; LEI 8.142).

Ej₂ . Entre os hospitais, para compartilhar isto existe um pouco o medo de quem é melhor do que quem, de uma competição. Aí se fecha para que outros serviços não saibam, ver os teus furos, os teus problemas.

Os serviços de saúde não são restritos somente à imposição do mercado pela peculiaridade dos cuidados e atenção que estão implicados nas suas ações (GURGEL & VIEIRA). Hospitais têm a missão assistencial de agregar valor aos cidadãos e à sociedade como um todo. A competição no setor da saúde deve ser baseada na melhoria da cadeia de valor do serviço e entre os fornecedores (PORTER & TEISBERG, 2005). Portanto, quanto mais especializado e caracterizado o serviço de acordo com dados epidemiológicos e sócio-econômicos da sua região, melhor será o seu desempenho operacional. O conhecimento é o ativo de maior valor em hospitais (DRUCKER, 2000) e deve ser gerenciado de modo a qualificar progressivamente o atendimento e a solução de problemas relacionados à saúde dos indivíduos e comunidades. Como a maioria dos hospitais brasileiros é constituída por instituições privadas e públicas sem fins lucrativos, suas ações devem estar integradas ao compromisso exclusivo com a melhoria da qualidade da saúde da população (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009). Os primeiros devem destinar 60% de sua capacidade e os segundos devem dispor de 100% de seus leitos ao sistema. Os hospitais privados e com fins lucrativos

também têm seu funcionamento regulado pelos princípios do SUS e normas da vigilância sanitária (LEI 8.080; LEI8.142) . Este quadro requer ainda mais a aplicação e desenvolvimento do conhecimento conforme os princípios da competição baseada em valor. Isto significa que o monitoramento permanente da saúde da população através de ações preventivas, intervenções, tratamento, reabilitação e promoção da saúde é essencial para que a tarefa dos hospitais seja realizada com sucesso (PORTER & TEISBERG, 2005). Portanto, o desenvolvimento do conhecimento a partir do rastreamento e mensuração de resultados, do treinamento de funcionários, atualização tecnológica e melhorias de processos é condição imprescindível no cotidiano da prática dos serviços de saúde.

Assim, os especialistas da área da saúde precisam estar dispostos a compartilhar conhecimento para a melhor entrega e atenção em saúde (GONÇALO & BORGES, 2010) . Nos relatos de Ej₉ é valorizada a possibilidade de crescimento profissional dentro da organização com visão de coletivo.

Ej₉ . No meu caso particularmente eu quero crescer mais aqui. Estou procurando estudar mais. Nós temos a oportunidade de ter as tardes para fazer cursos, se envolver. Só que nos temos que ter iniciativa. Todo o hospital tem que saber que ele pode mais. Tem condições de crescer muito, mas tem que estudar, tem que se envolver.

Entretanto, há dificuldades e barreiras para a criação do conhecimento no Hospital J1:

Ej₆ . ..a gente tem tido dificuldades. A gente já tentou vários mecanismos para compartilhar as decisões, mas a gente tem dificuldade.

Ej₁₀ . A maior dificuldade para que o conhecimento tácito se torne sistematizado é a incapacidade dos trabalhadores em prever, em ter método em saber transformar aquilo que eles inovaram, descobriram em uma informação que possa estar em algum meio que possa e ser público universal. Que saia do estado de que eu sei. e para o outro saber ele tenha que estar na minha frente falando comigo.

A leitura pragmática e social do conhecimento organizacional é um imperativo para desvendar e solucionar barreiras na criação do conhecimento organizacional (NONAKA & KROGH,2009). A opção por não correr riscos pessoais e o controle de custos e recompensas determinam a conservação de conhecimentos tácitos e rotinas em detrimento da criação de novos conhecimentos.

Ej₁₀ . Acho que tem várias questões nesta coisa da produção do conhecimento da hierarquia do poder baseado em saber que impede que se pense o conhecimento seja para todos.

Ej 9. É uma questão cultural isto de que é o médico que decide e os outros profissionais só executam as prescrições.

As diretrizes de democratização da gestão, reformulação institucional e comprometimento com formação, pesquisa e inovação na área da saúde para todos os profissionais estão na pauta do processo de modificação da estrutura de gestão do Grupo Hospitalar J.

Ej 9. Eu acho que se os colegiados cumprirem a função que eles estão propostos a cumprir, quando tu tens a visão do colegiado, cada um conhece um detalhe daquela estrutura. E quando as informações são compartilhadas, as definições que saem desse caldo de informações e de conhecimentos só podem ser muito mais acertadas que o conhecimento de uma única pessoa.

Ações efetivas como o estabelecimento dos Colegiados de Gestão, o PI e a criação de Plano de Carreira são formas efetivas de tornar a gestão participativa para superar dificuldades no fluxo de informações e criação de novos conhecimentos. Com estas medidas, a organização visa qualificar a atenção ao usuário e melhorar a resolutividade.

Pesquisa e produção de insumos estão entre as ações de responsabilidade de serviços de saúde pública (LEI 8080). Ações que proporcionem o conhecimento e a detecção de mudanças nos fatores de saúde devem gerar a promoção da prevenção de doenças na população brasileira e proteção à saúde dos trabalhadores.

Ej 10. Lido com a idéia de teoria e prática não são dicotômicas, pesquisa, atenção e ensino não são dicotômicos e foi um pouco por isto que ao longo deste período nós montamos os cursos de Formação Científica e Tecnológica em Saúde.

O desenvolvimento progressivo da tecnologia, da pesquisa e da educação está acarretando na modernização gerencial nas organizações hospitalares brasileiras. (LA FORGIA & COUTTOLENC (2009). O apoio oferecido pelos sistemas de TI viabiliza o uso mais eficiente da informação em hospitais. Apesar do acelerado aprimoramento da tecnologia na área da saúde, os hospitais do Estado do Rio Grande do Sul ainda tem muito a avançar quanto à gestão do conhecimento, especialmente em tecnologias de interação com os órgãos governamentais que considere as necessidades específicas de cada hospital e da sua região (CUNHA ET AL, 2004).

Ej₁₀ - Em todo o processo de trabalho a produção do conhecimento deve estar presente. Tanto a qualificação do trabalho pressupõe saber o que está rodando no mundo sobre aquele trabalho, entender as relações entre as pessoas em contextos semelhantes, como a produção do conhecimento é oriunda da prática do cotidiano do serviço de saúde. Produzir conhecimento com base no cotidiano do cuidado do serviço é fundamental. A pesquisa faz parte dos processos de trabalho de forma empírica. São as escolhas que as pessoas fazem nos seus processos de trabalho. A pesquisa é um exercício de sistematização, de usar metas para que aquilo que está sendo produzido de conhecimento possa ter um padrão na informação para ser socializado e distribuído entre os trabalhadores.

A socialização pode fazer com que mais pessoas internalizem o conhecimento sistematizado e, portanto, incorporem estes padrões nas suas práticas cotidianas (SVEIBY, 1998). Por outro lado, tornar o conhecimento explícito através da educação dos trabalhadores, pode fazer com que ele torne-se público e possa ser acessado por outras organizações com contexto semelhantes. A hipótese construída por Ej₁₀ é a de que esta dinâmica de processos de conversão e transferência de conhecimento estimulada pelo departamento de Ensino e Pesquisa e a GTED potencialize a resolutiva de dos problemas de saúde da população:

Ej₁₀ - Para que o conjunto dos trabalhadores do hospital tenha possibilidade de sistematizar o conhecimento eles estão sendo ensinados a fazer suas críticas e resumos através de atividades formais de educação dentro da carga horária de trabalho. Quem circula pelo hospital vai ver que tem vários postes bem visíveis. Os trabalhadores podem acessar a biblioteca indexada do hospital. Também produzimos um anuário que é um livrinho dessas coisas que estão sistematizadas e fica na página do hospital para os trabalhadores utilizarem.

A idéia é tornar o conhecimento público e de acesso universal. Eu descobri alternativa lá no meu local que possa resolver um problema semelhante em outro setor do meu hospital ou num hospital da Amazônia. Para que este conhecimento possa ser utilizado e incorporado em outras organizações tem que ser público e de livre acesso dentro dessas organizações. A idéia é esta: tem um trabalho, eu posso apresentar este trabalho em algum congresso e isto é desde relato de experiência até algum estudo mais aprofundado.

A articulação do conhecimento entre as pessoas e as estruturas interna e externa favorece a criação de novos conhecimentos, pode qualificar o desempenho organizacional através de melhorias efetivas na relação do ambiente organizacional com o sistema regulatório, o sistema de incentivos e as políticas de saúde (SVEIBY, 2001; LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009). Além disso, a GC pode agregar valor a prestação de serviços hospitalares através da criação de novos processos e políticas (SVEIBY, 2007). Os relatos dos

entrevistados para o Caso do Hospital J1 denotam a existência da iniciativa organizacional para qualificar e desenvolver o desempenho de seus serviços através do conhecimento e da pesquisa como recursos estratégicos. A dinâmica, a complexidade e a sobrecarga de atividades, parece exigir que o fluxo de informações, a criação e a transferência de conhecimentos sejam otimizadas a partir da avaliação e desenvolvimento das equipes, da reformulação das políticas institucionais e da gestão participativa.

4.4 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO CASO J

As associações entre os elementos encontrados para a análise de dados do Caso J, indicam, em primeiro lugar, que a Avaliação de Desempenho através de indicadores é convertida em informações que juntamente com o conhecimento e a pesquisa são vistos pelos entrevistados como recursos necessários à qualificação das operações frente à demanda de saúde pública. Os dados secundários colhidos dos relatórios da instituição e os discursos dos entrevistados sobre a importância do modelo de gestão participativa e o *empowerment* dos trabalhadores a partir da avaliação, desenvolvimento e capacitação em cursos de aperfeiçoamento em saúde e gestão estão aliados ao incentivo à pesquisa como fonte geradora de novos conhecimentos. Entretanto, conforme o relato de trabalhadores e gestores do Hospital J1, existem barreiras em relação ao fluxo de troca de informações entre os diferentes serviços prestados pelo hospital e deste para com o restante da rede básica de apoio. Existem experiências baseadas no uso de indicadores com vistas a dimensionar a demanda, qualificar o atendimento e alocar recursos junto ao sistema financiador. Entretanto a dificuldade em utilizar evidências cientificamente comprovadas para monitorar o desempenho e as ações cotidianas parece bloquear a aplicação satisfatória de recursos. Esta limitação pode estar sendo causada pela ainda incipiente capacidade dos profissionais de saúde em compreender, aceitar e tomar decisões baseados em critérios de desempenho por qualidade e pelo uso de conhecimentos comprovados como mais eficazes. A política de desenvolvimento institucional intensamente enfocada na participação das pessoas parece carecer da transformação dos aspectos subjetivos e tácitos oriundos das equipes profissionais em suas experiências individuais e coletivas em evidências que possam orientar os rumos da organização em questão.

O modelo de rede de atendimento adotado pelo SUS, exige que os serviços compartilhem informações sobre dados epidemiológicos e que toda a referência e contra-referência de atendimentos seja registrada no DATASUS/SISREG para orientar as ações e a alocação de recursos de toda a ordem. Neste modelo parece ser de fundamental importância a aplicação de informações, sua conversão em conhecimentos e a livre disseminação entre as pessoas. Para forma de dimensionar a demanda e qualificar o atendimento de forma universal a as estruturas interna e externas devem estar integradas. Neste modelo, a aplicação de evidências estocadas e renovadas pela pesquisa pode fazer do conhecimento um recurso melhor aproveitado. O conflito com um modelo onde a competitividade é valorizada somente como vantagem competitiva de um serviço sobre o outro não pode ser superado senão pela criação de valor à cadeia de serviços. Isto implica na existência de uma rede que atenda a diferentes especialidades e problemas de saúde. A intenção de realização da estratégia através do desenvolvimento de recursos humanos em um contexto de saúde pública requer que o compartilhamento de problemas e soluções deva superar resistências ideológicas e as diferenças entre categorias profissionais. Planos de desenvolvimento estão sendo criados, apesar das dificuldades inerentes à gestão de recursos humanos e a escassez de recursos na saúde brasileira. Entretanto, de acordo com os relatos pertinentes ao Caso J, as análises apontam para a necessidade de conciliar na prática os mecanismos já existentes e consolidados de medição e avaliação de desempenho – tanto internos como os exigidos pelo sistema de saúde - com a lógica da Gestão do Conhecimento.

O quadro 19, sintetiza os resultados encontrados para o Caso J e aqui com vistas a atender os objetivos deste estudo:

OBJETIVO	TEMA TEÓRICO	CATEGORIAS DE ANÁLISE	CASO J
<p>Identificar como indicadores de desempenho hospitalar vem sendo utilizados para qualificar a gestão estratégica de recursos no setor da saúde;</p> <p>Analisar como a gestão baseada em evidências pode contribuir com o processo de tomada de decisões em serviços hospitalares;</p> <p>Explorar como é a experiência de gestores hospitalares com indicadores de desempenho quanto ao gerenciamento do conhecimento organizacional.</p>	Administração Estratégica de Serviços	Articulação de Recursos e Capacidades: recursos	Instituição mista como controle acionário do MS Enfoque na articulação de recursos humanos, aporte financeiro e ampliação da capacidade de atendimento através da gestão participativa
	GQ	<p>Avaliação de Desempenho : indicadores, informação e desempenho.</p> <p>Avaliação de Desempenho: avaliação e qualidade.</p>	Enfoque na Avaliação de Desempenho de Recursos Humanos e Institucional, visando qualificar a assistência em saúde pública.
	GC	Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional : conhecimento e pesquisa	<p>Resistência ideológica dos profissionais da saúde em aplicar a gestão com base em evidências</p> <p>Iniciativa institucional para qualificar e desenvolver o desempenho dos serviços de saúde pública através do conhecimento e da pesquisa.</p>

Quadro 19: Resultados encontrados no Estudo de Caso J
Fonte: elaborado pelo autor

5 O CASO DO COMPLEXO HOSPITALAR K¹⁹

O Complexo Hospitalar K é uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, e iniciativa privada e que presta um serviço de utilidade pública. Fundado em 19 de outubro de 1803, iniciou sua história prestando acolhimento e assistência a escravos, prisioneiros, indigentes e pobres enfermos, a crianças e velhos abandonados e a doentes mentais. Esta missão social se materializou a partir da década de 90 no atendimento de pacientes pelo SUS, que representam 60% da totalidade da sua assistência. Além desta modalidade de atendimento, como estratégia de auto-sustentação e desenvolvimento, diversificou seus clientes, passando a atender pacientes particulares e de convênios.

Em 2003, o Complexo Hospitalar K completou dois séculos de assistência à saúde. Nessa sua história também se insere o desenvolvimento em ensino e pesquisa, sendo a Instituição a origem, em 1898, da primeira Escola de Medicina do Estado, atual Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e, em 1961, da Fundação Faculdade Federal da Cidade de Porto Alegre.

O complexo tem sua história entrelaçada com a história da cidade de Porto Alegre, onde está localizado, tornando-se uma referência em termos de saúde pública estadual e nacional. Esta característica retrata uma das mais complexas organizações hospitalares em termos de gerenciamento, pois tem o desafio diário de promover eficácia no atendimento dos usuários de saúde em diversas especialidades, enfrentando a necessidade de romper com conceitos ortodoxos de gestão hospitalar.

Atualmente é um dos complexos hospitalares de maior qualificação médica e tecnológica do Brasil e um dos maiores complexos hospitalares da Região Sul do Brasil, oferecendo uma diversidade de serviços capaz de diagnosticar e tratar de forma integral as principais doenças e suas causas. O Complexo Hospitalar K é integrado por sete hospitais, sendo dois hospitais gerais e cinco especializados, destacando-se as áreas de clínica médica, cirurgia geral, cardiologia, neurocirurgia, pneumologia, oncologia, pediatria e transplantes. A instituição oferece também os serviços de consultas ambulatoriais eletivas e de urgência e

¹⁹ As fontes bibliográficas para a construção deste relato de caso foram documentos oficiais, consultas a sites e material institucional e não foram citadas conforme solicitação do respectivo CEP e Diretorias para que a organização não fosse identificada.

emergência, serviços auxiliares de diagnóstico e tratamento, procedimentos cirúrgicos e obstétricos, internações hospitalares, clínicas e cirúrgicas.

O complexo é certificado como hospital de ensino, onde se desenvolvem programas de residência médica e cursos de especialização próprios e outros associados a diversas universidades faculdades do Rio Grande do Sul e do Brasil. É, ainda, o hospital escola da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

No Rio Grande do Sul, o Complexo Hospitalar K é a instituição privada que mais presta serviços ao Sistema Único de Saúde (SUS) e, na América Latina, é referência em assistência à saúde, graças à qualidade dos procedimentos que realiza. O Complexo é o único do País a realizar todos os tipos de transplantes de órgãos, sendo referência em diagnóstico e tratamento de doenças e procedimentos de alta complexidade.

O Complexo Hospitalar K adota o sistema de Gestão pela Qualidade tendo sido certificado com o Prêmio Qualidade RS (PGQP/RS) nos anos de 1999, 2000, 2001, 2003 e em 2002 recebeu o Prêmio Nacional da Qualidade (FNQ). Promove mensalmente encontros de *benchmarking* destinados à sociedade e a empresários gaúchos, além de organizações de outros estados. Em 2003, levou seu conhecimento para outras cidades do Brasil e do mundo, integrando ações da Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FNQ) através de conferências e palestras promovidas por seus administradores, trocando experiências com organizações de diversos estados do país. No exterior, a diretoria do complexo participou em conferências do Congresso Americano da Qualidade realizado no Kansas/EUA e palestrou para o público de Lima/Peru sobre o tema “Um novo conceito de Gestão da Qualidade”. Além disso, realizou o 1^o Congresso de Gestão pela Excelência em Saúde com a participação de 200 pessoas oriundas de 87 organizações do setor.

O ano de 2009 foi de expansão tecnológica, física e da área da saúde, ampliando recursos de informação e conhecimento organizacional. A instituição totalizou investimentos de capital em torno de R\$ 28 milhões. Destes, cerca de R\$ 20 milhões foram para equipamentos e aproximadamente R\$ 8 milhões para as obras de qualificação e ampliação de estruturas físicas. As áreas de Ensino, Pesquisa e Assistencial também passaram por expansão. Na área de TI foram investidos R\$ 3 milhões na compra de computadores e outros equipamentos. O Gráfico 3 mostra a distribuição destes valores:

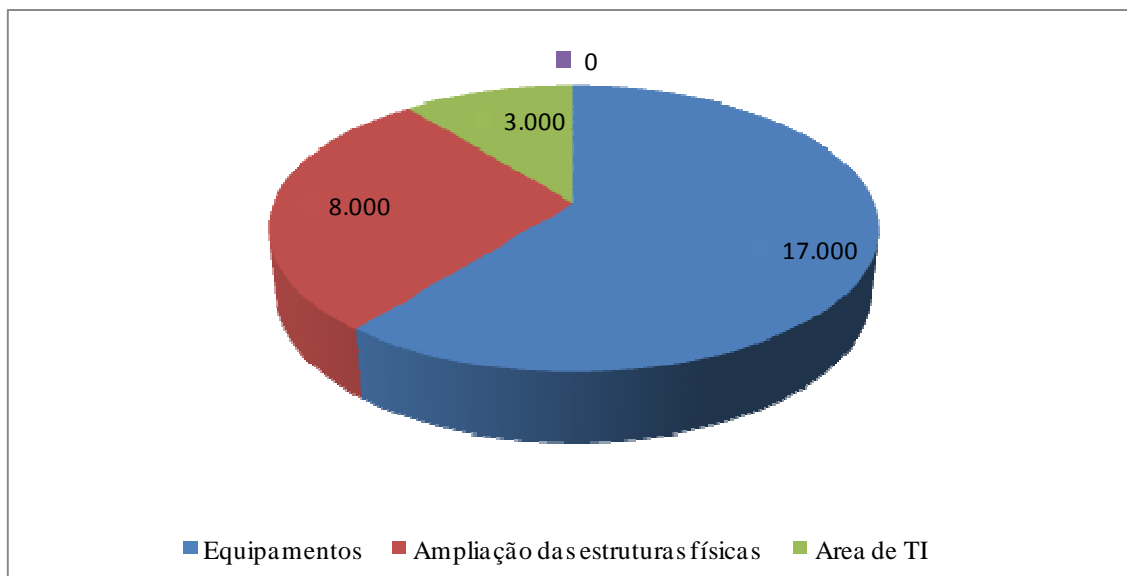


Gráfico 3: Distribuição dos Investimentos do Complexo Hospitalar K – 2009
(x R\$1.000,00)
Fonte: Elaborado pelo autor

5.1 O PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO DO COMPLEXO HOSPITALAR K

O Complexo Hospitalar K, assim como muitos outros hospitais do Brasil, sofreu o impacto das mudanças na política de saúde pública, a partir da Constituição de 1998. As novas diretrizes como a municipalização da saúde, a lei de responsabilidade fiscal, e a locação de leitos para prestar serviços ao SUS, provocaram turbulências em suas operações, sendo estas agravadas pelo aumento de demanda de serviços para além de sua estrutura funcional.

Para tanto, foi necessário realizar uma análise do ambiente externo (demandas de atendimento) para o ambiente interno (questionar a respeito de seus recursos e capacidades para atender às novas demandas). Esta reflexão levou o grupo a modificar a sua gestão de um modelo assistencialista para um modelo empresarial.

Neste processo, ocorreram uma série de modificações internas para superar percalços ao longo da trajetória como: dificuldades financeiras, estruturais e de conhecimento. Estas dificuldades foram superadas gradativamente a partir de um planejamento, basicamente sustentado pela mobilização de ações do corpo funcional.

O modelo organizacional do Complexo K passou a ser dividido em três níveis: corporativo, tático - Unidades Gerenciais Agregadas (UGAs) – e operacional - Unidades Gerenciais Básicas (UGBs). As UGBs, denominadas serviços, funcionam como uma pequena

empresa, e, reunidas sob uma chefia, formam uma UGA. Ao todo são 183 UGBs, representando ambulatórios ou centros cirúrgicos, e 23 UGAs, que são os hospitais e os setores de apoio técnico e administrativo. A Figura 17 mostra o modelo organizacional adotado pelo Complexo Hospitalar K:



Figura 17: Modelo Organizacional do Complexo Hospitalar K
Fonte: Adaptado do material Institucional

A partir de 2009, a Direção Executiva definiu o processo de Planejamento Estratégico, definindo ciclos de cinco anos, prospectivamente, para avaliação de cenários e elaboração das estratégias. Foram desenvolvidos os Planejamentos Estratégicos das 18 Unidades de Negócios existentes para o período 2009-2013, como desdobramento da Gestão Corporativa. Teve início também a implementação do *Balanced Scorecard (BSC)* na instituição e nas 18 Unidades de Negócio, como uma ferramenta para a medição, gerenciamento e comunicação das estratégias a todas as partes interessadas.

A Figura 18 mostra o desenho do Plano Estratégico do Complexo Hospitalar K para o período de 2009-2013:

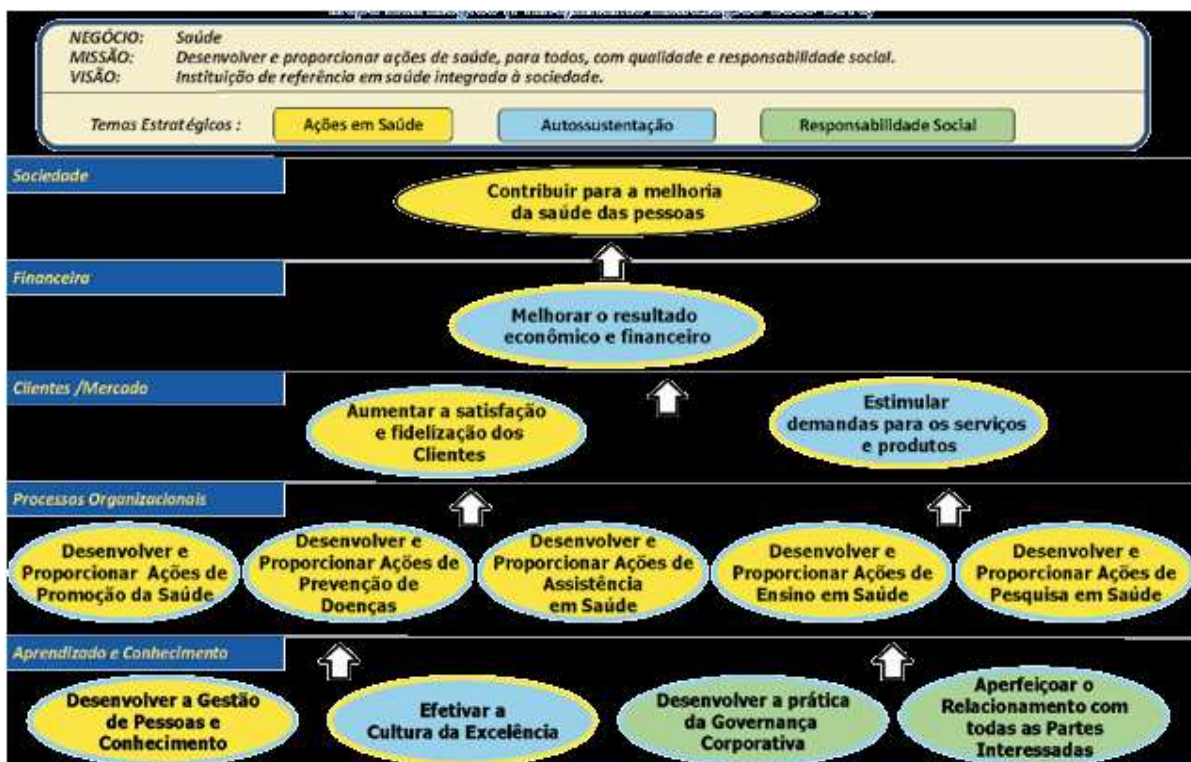


Figura 18: Plano Estratégico do Complexo Hospitalar K 2009-2013
 Fonte: Material Institucional

Como fruto de sua revisão, as cinco dimensões do negócio Saúde passam a denominar-se: Prevenção de Doenças, Promoção da Saúde, Assistência em Saúde, Ensino e Pesquisa.

Com apoio de consultoria especializada, teve início o Programa Liderando para a Excelência, executado pelo departamento de Desenvolvimento Humano, sob encomenda da Diretoria Executiva. O Programa busca o desenvolvimento e a capacitação dos líderes para um melhor exercício da liderança e da efetivação de estratégias às suas equipes, promovendo o fortalecimento da instituição por meio das pessoas.

As unidades estratégicas do Complexo Hospitalar K, incluindo os sete hospitais e atividades acessórias, foram contempladas com planos de *marketing* alinhados ao planejamento estratégico da instituição. As unidades assistenciais também executaram diversas ações ao longo do ano de 2009 no intuito de incrementar a receita como o estímulo de demandas e o aumento da visibilidade dos hospitais e da instituição com um trabalho de consolidação da marca.

No ano de 2010, um novo sistema de Gestão de Pessoas passou a ser implantado. As melhorias esperadas são: maior agilidade e flexibilidade na obtenção de informações

gerenciais da administração de pessoas e rapidez na operacionalização diária. A administração será descentralizada, promovendo maior agilidade e transparência aos líderes das UGBs e UGAs, além de prover uma visão consolidada do gerenciamento de pessoas.

Pela riqueza e complexidade dos serviços prestados pelo Complexo Hospitalar K e pelo processo de transformação que passou durante seus duzentos anos de existência, o Complexo Hospitalar K oferece um contexto rico em dados para a compreensão do processo de melhoria sob a ótica da Gestão do Conhecimento organizacional. Além disso, pode ser compreendido o sucesso obtido no desempenho das suas operações através destas evidências históricas e do constante processo de criação de conhecimento e aprendizagem, bem como seu processo de gerenciamento estratégico de recursos.

5.2 UNIDADE DE ANÁLISE K1

O Hospital K1, escolhido para ser unidade de análise para o presente estudo de caso (K) é a organização que originou o Complexo Hospitalar K, tendo sido fundado no ano de 1803. É composto por três pavilhões, dispondo de 373 leitos fixos, podendo operar com 410, conforme a demanda, sendo a maior unidade do complexo. O foco de suas atividades é em assistência, ensino e pesquisa.

Na clínica médica de consultas eletivas, exames, urgências e emergências, cirúrgica, internação, intensivismo e na área materno-infantil, atende mais de 30 especialidades. É a unidade que concentra o maior número de funcionários, médicos, residentes, estudantes, mestrandos e doutorandos da instituição, totalizando 1.056 profissionais contratados. Também se destaca pelo volume das pesquisas e atividades de ensino que concentra, sendo a grande sede do ensino do Complexo Hospitalar K.

A atenção especial às pessoas da Terceira Idade, também, faz parte do conceito de atendimento do Hospital K1, realizado através do Programa de Atenção ao Idoso e o Ciclo de Palestras Envelhecer com Saúde, aberto ao público geral tendo contado com a participação de 1.232 pessoas em 2009, uma média de 176 pessoas por palestra. O grau de satisfação dos participantes chegou a 99,8%. Em 2009, 45% dos pacientes internados no Hospital K tinham mais de 60 anos, razão pela qual o programa foi instituído.

Cerca de 80% dos atendimentos feitos no Hospital K1 são pelo SUS, o que representa 66% de todos os atendimentos realizados no complexo através do sistema. A Tabela 8 mostra os percentuais de atendimento SUS em relação ao todo do complexo.:

ATENDIMENTO	% SUS
Consultas	45
Internações	66
Cirurgias	50

Tabela8: Participação do Hospital K1 nos atendimentos SUS do Complexo K
Fonte: Material Institucional

O Hospital K1 opera com a maternidade mais antiga do Estado do RS. Foi o primeiro hospital no Estado do RS a receber o título de Amigo da Criança, entregue pela UNICEF e pela OMS e vem recebendo este título há mais de 12 anos.

É equipado com tecnologias de última geração para garantir procedimentos menos invasivos, menos riscos e maior eficiência. Em 2009, o Hospital K1 ampliou seu parque tecnológico com a aquisição de equipamentos para áreas estratégicas como a oftalmologia, Centro de Diagnóstico por Imagem (CDI), Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), maternidade e emergência SUS. Também recebeu investimentos para ampliação de sua área física. Foram realizadas melhorias nas áreas internas, recepção e espera do CDI, Clínica Médica e Centro Cirúrgico, beneficiando diretamente os pacientes do SUS.

Na Tabela 9 encontra-se o desempenho do hospital, de acordo com os indicadores sugeridos pelo SUS

INDICADORES	2007	2008	2009
Leitos (nº)	385	372	373
Leitos de internação (nº)	347	334	335
Leitos da UTI (nº)	38	38	38
Salas cirúrgicas (nº)	24	22	22
Atendimentos ambulatoriais (nº)	369.774	355.105	361.238
Internações (nº)	17.293	17.621	17.660
Procedimentos cirúrgicos (nº)	28.604	27.935	28.876
Média de permanência (dias)	6,4	6,2	6,2
Taxa de ocupação (%)	82,5	83,2	83,4
Partos (nº)	3.375	3.174	3.437
Normais (nº)	1.770	1.609	1.709
Cesáreos (nº)	1.605	1.565	1.728
Transplantes de córnea (nº.)	95	94	96

Tabela 9 : Desempenho dos Serviços do Hospital K1
Fonte: Material Institucional

O Quadro 20 mostra as principais características do arranjo organizacional adotado nesta organização:

Classificação	Tipo de Arranjo Organizacional	Modo de Gestão
Privado	Filantropica	Corporativo

Quadro 20 : Arranjo Organizacional K
Fonte: Adaptado de La Forgia e Couttolenc, 2009

5.3 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS DO CASO K

Conforme explicitado na seção sobre o plano de coleta de dados (3.4.1) e de acordo com a estrutura gerencial do Hospital K1, os entrevistados foram distribuídos da forma apresentada no Quadro 21:

ÁREA	CARGO – REPRESENTAÇÃO / SIGLA	²⁰ FORMAÇÃO PROFISSIONAL
Direção Geral	Diretor Médico / Ek ₁	Medicina
	Diretor de Ensino e Pesquisa / Ek ₂	Medicina
Administração	Gerente Administrativa / Ek ₃	Serviço Social
Hemodiálise Bloco Cirúrgico Unidades Cirúrgicas Unidade Pós-Transplantes Litocentro	Chefia / Ek ₄	Enfermagem
Polimerase Chain Reaction (PCR) Unidade de Internação e Convênios UTI Central	Chefia Substituta - Líder de Equipe Ek ₅	Enfermagem
Materno Infantil Emergência Obstétrica e Ginecológica (Convênios, Particulares e SUS) CDI (raio-x)	Apoio Gerencial / Ek ₆	Enfermagem
Emergência SUS Internação e Ambulatórios (Convênios e SUS) Serviço de Cirurgia Ambulatorial	Chefia / Ek ₇	Enfermagem
Serviço Social	Supervisão / Ek ₈	Serviço Social

Quadro 21: Distribuição dos Entrevistados – Caso K
Fonte: Elaborado pelo autor

²⁰ Embora o tempo previsto para as entrevistas tenha sido de 15 min, a média geral foi de 30 min.

Cruzando a estrutura aprimorada na etapa anterior (Etapa Exploratória A) com a estrutura encontrada através do NVIVO9[®] e com os objetivos específicos da pesquisa tem-se o modelo apresentado no Quadro 22 para a análise do respectivo caso:

OBJETIVO ESPECIFICO	TEMA TEÓRICO	ELEMENTOS ENCONTRADOS	CATEGORIAS DE ANÁLISE
Identificar como indicadores de desempenho hospitalar vem sendo utilizados para qualificar a gestão estratégica de recursos no setor da saúde;	Administração Estratégica de Serviços (Articulação de Recursos e Capacidades)	Estratégico	Articulação de Recursos e Capacidades: estratégico
	Avaliação de Desempenho (GQ)	Qualidade Desempenho Indicadores Informação	Avaliação de Desempenho: desempenho e qualidade Avaliação de Desempenho: indicadores, informações
Analisar como a gestão baseada em evidências pode contribuir com o processo de tomada de decisões em serviços hospitalares;	(G C)	Evidências	Gestão Baseada em Evidências (EBMgt): evidências
	EBMgt		
Explorar como é a experiência de gestores hospitalares com indicadores de desempenho quanto ao gerenciamento do conhecimento organizacional.	Estrutura de GC	Conhecimento Compartilhamento	Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional: conhecimento, compartilhamento

Quadro 22: Modelo de categorização para a análise dos dados do caso K

Fonte: Elaborado pelo autor

O resultado da operação no NVIVO9[®] para o Caso K é mostrado na Figura 19:

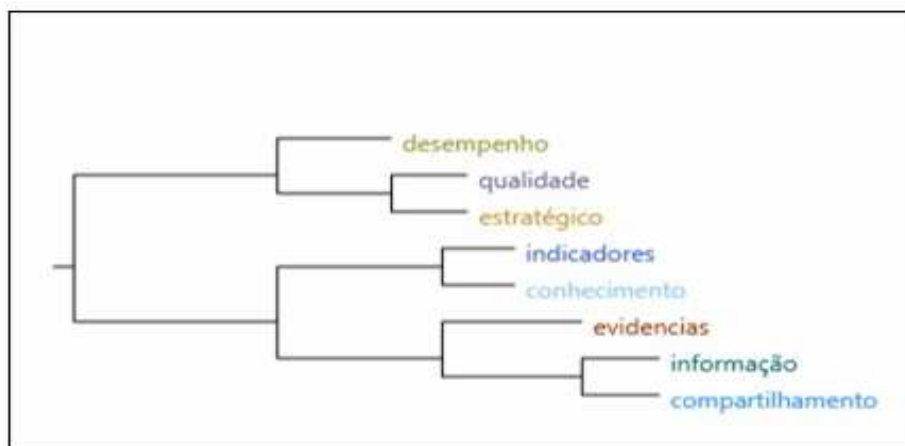


Figura19: Agrupamento de termos relativos ao Caso K
 Fonte: Dados processados no NVIVO9®

O tema GQ é caracterizado na categoria Avaliação de Desempenho por maior proximidade de associação do elemento desempenho com qualidade e esta em relação de associação direta com o elemento estratégico (Administração Estratégica), formando um cluster a ser analisado. Indicadores, elemento ligado à categoria Avaliação de Desempenho apresenta um comportamento associativo com conhecimento, indicando grande proximidade com a GC. Evidências, elemento relativo à categoria EBMgt e informação, referente à categoria Avaliação de Desempenho apresentam associação direta com compartilhamento, englobando também a temática Gestão do Conhecimento.

Portanto, a Administração Estratégica encontra maior proximidade de associação com o tema GQ através dos elementos desempenho e qualidade, não mantendo relação direta os indicadores e informação. No Caso K, estes elementos formam associação com a temática Gestão do Conhecimento, esta representada por evidências e compartilhamento. Desta forma, todas as categorias de análise estão presentes no discurso dos entrevistados no Caso K.

A análise dos dados do Caso K será realizada a seguir, de acordo com esta lógica de associação de elementos dentro das categorias de análise em seus respectivos temas de análise nesta situação em particular. A Figura 20 mostra a rede de associações construídas a partir do discursos dos entrevistados do Caso K:

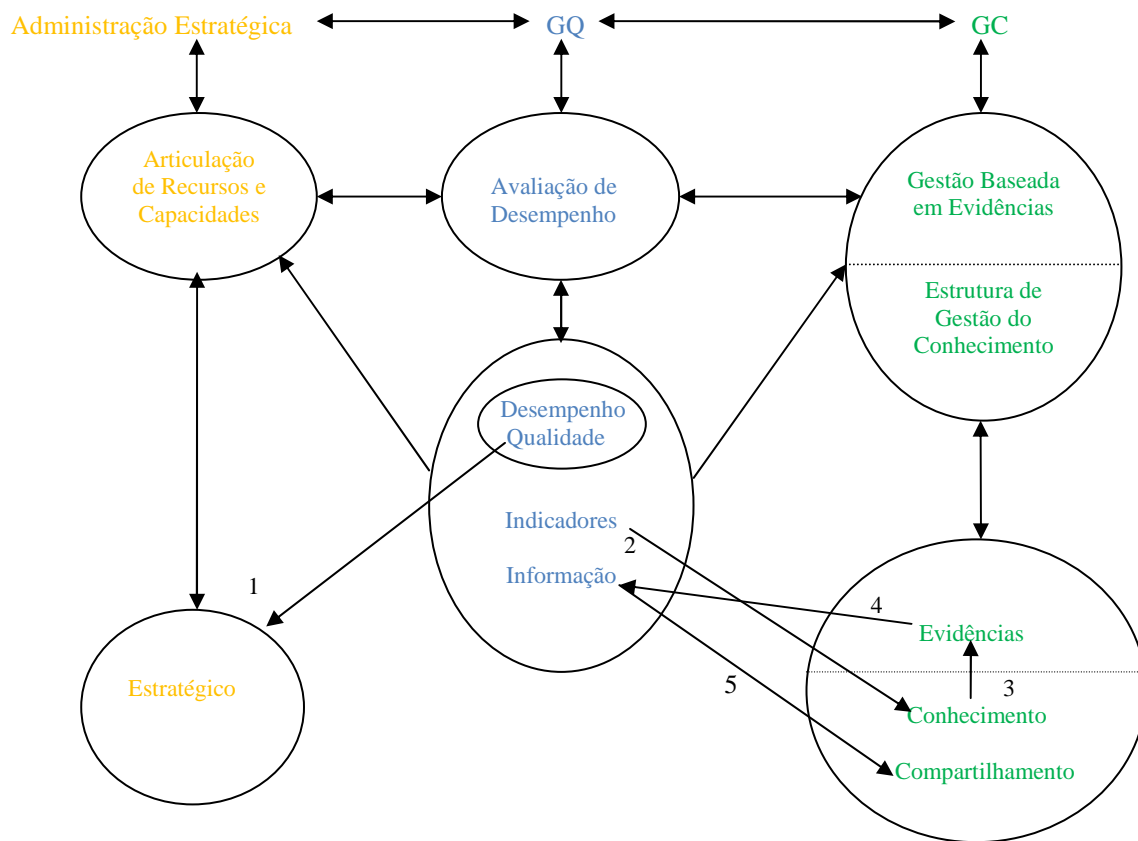


Figura 20: Rede de Associações entre Dados para o Caso K

Fonte: Elaborada pelo autor

Observa-se que no Caso K o tema Gestão da Qualidade encontra-se no centro das ações estratégicas através dos elementos desempenho e qualidade. A Avaliação de Desempenho através de indicadores é associada ao conhecimento, às evidências e o conseqüente compartilhamento da informação. Assim, a Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional opera como fonte de sistematização e socialização de conhecimentos (SVEIBY, 1998). Identifica-se este processo de articulação entre as três categorias de análise para o Caso K como indicativo de desenvolvimento à melhorias nos seguintes critérios para o planejamento estratégico do Complexo Hospitalar K (ver a Figura 18) : qualidade assistencial, auto-sustentação e responsabilidade social. Para aprofundar estas relações de associação de elementos no plano da pesquisa aplicada, será verificado como o plano estratégico realizado no Hospital K1 articula as três dimensões de análise teórica para qualificar a sua visão em ser referência em saúde integrada à população.

5.3.1 Articulação de Recursos e Capacidades: estratégico

O controle estratégico da qualidade dos processos, da otimização do tempo e da busca da excelência em custos pode ser atingido através dos programas de GQ. Medidas de desempenho podem auxiliar na qualificação de operações de serviços e, portanto, na orientação de planos para direcionar rumos estratégicos (HRONEC & ANDERSEN, 1994). No relato de Ek₈ observa-se que o planejamento estratégico é prioridade gerencial no Hospital K1:

Ek₈ - O quê é medido aqui está alinhado 100% com o planejamento estratégico.

Ações estratégicas orientadas por planejamento conscientemente engendrado são consistentes quando levam em conta a emergência de fatores adicionais na realidade (MINTZBERG ET AL, 1998). Na visão estratégica do Complexo Hospitalar K como um todo há a busca da consistência em planejamento de acordo com uma visão de futuro baseada em modificações no ambiente:

Ek₁ - Como precisamos gerar resultados temos que nos comparar, acompanhar e ver as tendências do mercado. No momento que nos enclausuramos a tendência é que percamos espaço. Neste planejamento estratégico que nós fizemos de cinco anos prá frente procura-se ver a tendência do nosso negócio nos próximos cinco anos.

As relações entre desempenho, qualidade e escolhas estratégicas desta organização como um todo tendem a ser avaliadas ao longo do tempo para suportar planos e ajustar o rumo. Deste modo, o Complexo Hospitalar K visa melhorar o desempenho conforme as mudanças no ambiente externo:

Ek₁ - O gestor não teria condições de executar o planejamento estratégico, planejamento orçamentário ter qualquer outra decisão a médio e longo prazo se não tem um histórico de desempenho até aquele momento e ver aonde ele quer chegar. Então eu acho que tão importante quanto conhecer os cenários do negócio que a instituição tem é conseguir analisar com isenção o desempenho que ela está tendo para decidir o seu rumo.

Observa-se que esta lógica de planejamento visando melhoria da qualidade também opera alinhada com os objetivos estratégicos do complexo de acordo com informações de uma liderança do Hospital K1:

Ek₄. Estes dados são analisados mensalmente e utilizados nas tomadas de decisões e mudanças de direções, ou seja, no planejamento estratégico daquela unidade, daquele serviço ou simplesmente “sabedoria” da qualidade assistencial.

Ao mesmo tempo, a criação de ativos internos como habilidades e conhecimentos deve ser utilizada para configurar a cadeia de valor em rotinas e culturas que dêem suporte ao desenvolvimento da vantagem competitiva (PORTER, 1991). No relato de Ek₈ encontra-se a valorização do alinhamento entre competências técnicas e resultados.

Ek₈ – É preciso ter clareza, conforme o planejamento estratégico e identificar aquelas ações genuínas tuas. As tuas competências técnicas podem sim estar alinhadas com o resultado da instituição.

Ek₈ confirma a posição de Rummler e Brache (1994) a respeito da aplicação de competências das pessoas às demandas para melhorar continuamente o desempenho. Portanto, o resultado da organização pode ser qualificado a partir do alinhamento entre as competências dos indivíduos e as estruturas interna e externa (SVEIBY, 2001). Os aspectos singulares de cada unidade de negócios do Complexo Hospitalar K são levados em conta para formar o conjunto de diretrizes institucionais em longo prazo:

Ek₃. Antes trabalhávamos avançando sempre cinco anos e agora avançamos a cada ano para cinco anos. Cada unidade trabalha neste sistema de gestão conhecendo qual a diretriz, estratégias, objetivos e planos. Trabalhamos nesta linha.

As estratégias das unidades de negócio podem ser definidas através da relação entre: recursos, competitividade e rentabilidade (GRANT, 1991). Recursos estratégicos nas corporações podem ser articulados considerando-se os custos de transação para a definição de economias de escopo. Os três definidores das estratégias de negócios são reconhecidos por Ek₃ através da vinculação com o plano estratégico de cada unidade:

Usamos indicadores vinculados a estratégia de cada unidade para ver se nós estamos conseguindo chegar onde almejamos. Dentro do hospital são mais de 150 unidades, mas ano retrasado identificamos somente 18 que são consideradas unidades de negócio a serem trabalhadas dentro do plano estratégico a partir do planejamento estratégico institucional. Claro que os

hospitais são considerados porque são áreas fins, onde se tem a efetiva missão e o efetivo resultado. A receita está ali.

Ao lado da avaliação da receita, o custo operacional pode ser analisado para orientar ações imediatas ao mesmo tempo em que a análise financeira do custo alvo do serviço serve para orientar ações estratégicas em longo prazo (HRONEC & ANDERSEN, 1994). A complexidade das operações de serviços intensivos em conhecimento (MILES, 1995) demanda a contribuição da experiência na área de ação rumo à solução imediata de problemas na mesma medida que a estratégia é vislumbrada:

Ek₃ - Eu tenho muita experiência na área de saúde. Por isto, talvez esteja acostumada a solucionar os problemas imediatamente. No momento que temos o problema, temos que solucionar na hora. Temos um paciente que não pode ficar esperando. Então, tem muito imediatismo. Mas, a gente trabalha com uma visão de longo prazo, com metas. Inclusive estamos mudando a forma de trabalho, para que não seja igual quando analisávamos o mês passado e não tinha o que fazer. Os resultados sendo bons ou ruins. Agora, verificamos os indicadores semanalmente para que a meta seja atingida e o resultado econômico aconteça, já que o resultado econômico está totalmente ligado à produção. Uma coisa importante é que somos nós mesmos, as UGBs, que fazemos o planejamento orçamentário colocando nossas metas. Depois, é aprovado pela direção ou não. Enfim, cada unidade tem o seu planejamento pronto para o ano seguinte. Isto é a base do resultado econômico.

O direcionamento da estratégia é determinado pela alocação e renovação de recursos e capacidades internas (GRANT, 1991). Portanto, a estratégia escolhida deve ser selecionada de acordo com as capacidades de exploração dos recursos da organização. No relato de Ek₃, as decisões sobre alocação de recursos humanos baseada em medidas de desempenho são de fundamental importância para a busca de soluções quanto ao redimensionamento de capacidades e outros recursos:

Ek₃ A medida não serve simplesmente como medida, ela auxilia na tomada de decisão e ajuda na busca de alocação de recursos. Então, este sinalizador abre um leque de análises para busca de soluções. A importância disso é até para uma re- alocação de recursos: Ah, vou ter que redimensionar meu pessoal, por exemplo.

Para direcionar a estratégia de ação é necessário que a organização defina qual é o seu negócio e quem são os seus clientes (GRANT, 1991). As mudanças no ambiente externo quanto à tecnologia, comportamento do consumidor e mercado devem ser contrabalançadas pela identidade organizacional dada pelas características de seus recursos e capacidades.

Observa-se que o Complexo Hospitalar K tem uma trajetória peculiar quanto a construção de uma lógica de negócios dentro de sua história de mais de duzentos anos de existência:

Ek₁ - Os hospitais foram todos criados para suprir as necessidades de assistência, exclusivamente assistência. Depois, progressivamente, eles foram se diferenciando. Fomos pioneiros nisso, no sentido de incluir no planejamento estratégico ensino, pesquisa, promoção da saúde e prevenção de doença. Se for simplificar isto, saímos da doença para entrar na saúde. O conceito é completamente diferente. E eu acho que este é o nosso grande diferencial. Somos preocupados com a saúde no sentido amplo, prevenção e promoção de saúde.

Criado inicialmente para prestar atendimento a todo tipo de pessoa desassistida, o hospital (K1) que deu origem ao Complexo Hospitalar K, passou por um processo de reestruturação ao longo de sua trajetória. A entidade buscou acompanhar as modificações no ambiente sem prescindir de toda a sua história como entidade assistencial, berço de ensino acadêmico e pesquisa na cidade de Porto Alegre, no Estado do Rio Grande do Sul e no Brasil.

Esta mudança tornou-se efetiva a partir da década de 90 quando se implantou o SUS no país e os hospitais filantrópicos passaram a destinar 60% de seus leitos para este atendimento, condição para permanecerem com este arranjo organizacional. Com esta virada nas regulamentações governamentais, geradora acesso universal à saúde para toda a população de forma indiscriminada, o hospital K1, tem hoje 80% de seus atendimentos ao SUS, o que representa 66% de todos os atendimentos realizados no Complexo K através do sistema. (ver Tabela 8).

A iniciativa privada pode participar da rede de saúde pública em situações de insuficiência de cobertura assistencial pelo SUS, com preferência para as entidades filantrópicas e sem fins lucrativos (LEI 8.080; LEI 8.142). Os serviços contratados pelo SUS estão submetidos às normas técnicas, administrativas e aos princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção em saúde. Entretanto, a sustentabilidade destas organizações não é garantida pelo SUS que remunera os hospitais privados na modalidade de convênio sem garantir pessoal, equipamentos, material e outros recursos necessários ao atendimento.

Ek₇ - Nós trabalhamos na área SUS, então, sabemos que não podemos falar: Preciso de maca ou preciso disso! Temos que entender o contexto, a situação, entender o indicador para daí buscar alternativas. Então a medida que tu vai entendendo este contexto todo tu pode encontrar alternativas. Eventualmente, há alguma doação. Mas, isso se faz com uma visão de gestão estratégica desde 1992 pois não se pode contar mais com doações.

Na opinião representada no relato de Ek₄ esta situação onera a organização quanto aos custos operacionais e dificulta a prestação de serviços de qualidade:

Ek₄ - A gente trabalha muito com a nossa área de atendimento SUS, onde o maior empenho é sempre na redução de custos e temos como olhar o resultado na observação. Nosso trabalho primordial com o SUS é redução de custos. A questão é : o que podemos fazer para poder melhorar a qualidade assistencial reduzindo custos sem comprometer o atendimento ao cliente?

Frente a esta realidade, foram agregadas ações de prevenção à saúde e a diversificação para o atendimento de pacientes de convênios e particulares. O esforço e o comprometimento do corpo funcional são citados como cruciais para a realização da cobertura para os custos agregados pelo SUS e a conseqüente garantia da sustentabilidade institucional. Portanto, recursos e capacidades foram estocados, são mantidos e renovados para que a instituição mantenha a sustentabilidade frente a um ambiente de mudanças.

Medidas de desempenho relativas à velocidade e tempo de entrega também podem ser associadas à redução de custos sem o prejuízo na qualidade da prestação de serviços em setores onde os recursos são escassos (HRONEC & ANDERSEN, 1994). Aprofunda-se este ponto no diálogo a seguir:

P - Do ponto de vista estratégico, sabe-se que no setor da saúde os recursos são escassos na opinião dos profissionais. Como tu compreendes que é possível gerenciar da melhor forma os recursos da saúde?

Ek₈ - O serviço social é apoio técnico que não gera resultados diretos dentro da instituição. Mas, o resultado fica diluído no nosso setor que são os clientes que atendemos. A partir daí o que posso fazer dentro do SUS? Reduzir com o trabalho da minha equipe, o déficit que existe nesse sub-financiamento do SUS. Fazendo com que, se o SUS paga, hipoteticamente, cem reais para tratar uma pneumonia, então que este paciente trate no tempo certo, dentro do prazo e no momento que ele tiver que ter a alta que esta alta se efetive. Só vou poder fazer isso se eu medir isso. Caso contrario, não sei o que estou gerenciando ou o que devo incrementar mais ou focar mais em determinadas situações.

A estratégia orientada pela criação de programas adequados à realidade da saúde da população é uma peculiaridade importante dentro dos planos e programas implantados na assistência ofertada pelo Hospital K1.

Além disso, a lei 8.080 prevê a utilização de dados epidemiológicos para o estabelecimento de prioridades, alocação de recursos e orientação de programas em saúde. Para Porter e Teisberg (2005), a organização de unidades de práticas em saúde deve contemplar estratégias distintas para cada uma das unidades. Em 2009, verificou-se que 45% dos pacientes internados no hospital K1, tinham acima de 60 anos de idade. Este dado deu origem a criação do Programa de Atenção ao Idoso e o Ciclo de Palestras Envelhecer com Saúde:

Ek₂ - Em 2005, como diretora médica do Hospital K1, eu fiz um levantamento e 36% dos pacientes que internaram lá, que é onde se faz o grosso do SUS, tinham mais de 60 anos. Em 2009 para 2010 o pessoal refez este levantamento e 36% viraram 45%. Esta mudança de faixa etária está lá fora. Se eu não considerar a mudança de faixa etária lá fora, como eu vou preparar o hospital para funcionar melhor? Tenho que saber se esta tendência vai se manter e o que isto vai representar na necessidade do hospital quanto ao serviço que ele vai ter que prestar.

O direcionamento de projetos singulares e o crescimento local em áreas de força parece ser um diferencial no modelo de gestão do Hospital K1.

As análises a respeito da articulação de recursos e capacidades no Caso K apontam para a importância dos esforços para a articulação e renovação de recursos e capacidades ao longo do tempo com vistas à conquista e manutenção da vantagem competitiva sustentável. As influências das mudanças na estrutura do ambiente externo (GRANT, 1991; PORTER, 1991, MINTZBERG ET AL, 1998) à organização demandam a implantação de planos estratégicos institucionais e por unidades de negócios conforme a especificidade da prestação das operações de serviços.

5.3.2 Avaliação de Desempenho: desempenho e qualidade

Através da análise de medidas de desempenho é possível acompanhar a dinâmica da organização para planejar a gestão de processos e aquisição de melhorias. Quantificar a qualidade de um processo ou seu *output* é essencial para avaliar o desempenho de uma organização (HRONEC & ANDERSEN, 1994). Portanto, a prática gerencial é um fator crítico no processo de melhoria da qualidade e eficiência organizacional (GUIMARÃES ET AL, 2002). Ela é adequada quando envolve parâmetros para avaliação da qualidade da estrutura, dos processos e dos resultados alcançados. Na opinião de Ek₁, avaliar o

desempenho organizacional é essencial para garantir a qualidade, definir rumos e garantir a sobrevivência do Complexo Hospitalar K:

Ek₁ - Seria impossível uma organização sobreviver sem um histórico de desempenho até aquele momento e ver onde ela quer chegar. Então eu acho que tão importante quanto conhecer os cenários do negócio que a instituição tem é conseguir analisar com isenção o desempenho que ela está tendo para decidir o seu rumo.

Para Prahinsky e Berton (2004), o acompanhamento dos desvios da estratégia para a análise de causas, correção de rumos e definição de metas pode ser realizado através da análise de medidas operacionais e financeiras. A busca da entrega do serviço de forma sustentável através da preservação da saúde, da sociedade e do ambiente está na pauta dos estudos em operações de serviços de saúde (OSTROM ET AL, 2010). A gestão do hospital K1 utiliza indicadores de desempenho quanto à de qualidade suas operações para viabilizar uma entrega de excelência à sociedade através de ensino, pesquisa, promoção da saúde e prevenção da doença. Promove mensalmente encontros de *benchmarking* destinados à sociedade e a empresários gaúchos, além de organizações de outros estados com vistas a agregar valor à competitividade nacional (MBC, QPC, PGQP). Dentro de sua missão (Figura 18) está incluída a tomada de decisões e ações responsáveis que são avaliadas através da qualidade das operações em termos de procedimentos e pela percepção dos clientes:

Ek₆ - As medidas de desempenho são baseadas em indicadores. Temos um sistema pré-formatado pela instituição. Os dados são enviados via controladoria e analisados mensalmente diretamente na unidade em relação à estratégia adotada.

Ek₁ - São tanto indicadores de gestão, como de desempenho econômico e da qualidade de assistência. Somos basicamente uma instituição de assistência, se bem que a gente desenvolva atividades de ensino, pesquisa, promoção de saúde, prevenção de doença. Então, não basta ter somente indicadores de gestão. Nós temos que ter indicadores da qualidade da assistência que nós estamos prestando aqui. Primeiro da qualidade intrínseca da assistência: da qualidade da assistência em si. E os indicadores sobre como somos vistos pelos clientes. Aí entra o grau de satisfação dos clientes de todas as áreas do hospital.

O Complexo Hospitalar K, desde 1993, profissionalizou a sua gestão visando tornar-se auto-sustentável através da adoção do modelo de Gestão pela Qualidade:

Ek₃. Em 1993 o complexo estava com os olhos voltados ao famoso programa de Qualidade Total. Não como sistema, mas como método de se buscar uma profissionalização, de organização do sistema de gestão do complexo. O método de melhoria pela Qualidade Total, de análise de causas.

Ao longo dos anos, o envolvimento do Complexo K com o programa de GQ, seu comprometimento com um desempenho excelente e com o desenvolvimento da sociedade gaúcha foi reconhecido por diversas vezes através do Prêmio Qualidade RS (PGQP/RS) e o Prêmio Nacional da Qualidade (FNQ). Em 2003 o Complexo Hospitalar K atuou realizando palestras e conferências em ações da Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FNQ). Além disso, participa em congressos nacionais e internacionais sobre Qualidade trocando experiências e organizou o 1^o Congresso de Gestão pela Excelência em Saúde, envolvendo 87 organizações do setor. A construção da GQ é relatada por uma das gestoras do hospital como tendo sido um processo de transformação, inclusive na mentalidade do trabalhador da área da assistência, envolvendo o reconhecimento da competitividade como um fator determinante para a sobrevivência dentro de uma visão de mercado:

Ek₈ - O Serviço Social tem uma cadeira de administração e planejamento. Mas por questões ideológicas e políticas: Deus o livre falar em modelo de Gestão Da Qualidade! Isso é expressão máxima do capitalismo! Esse é o discurso dentro da faculdade. Lá tu não podes falar e tens que negar. Aí tu entras pro mercado de trabalho e é isso que ele quer de ti. Isso é outro aprendizado da equipe. A maioria fala que quando entra se desespera porque vê que o que aprendeu na faculdade não é um oitavo do que é necessário para competir por uma vaga de trabalho.

Pacientes, profissionais e convênios de saúde decidem quais hospitais terão seus negócios e como estes serão pagos (BESANKO ET AL, 2006). No caso do Hospital K1, e em todo o complexo Hospitalar K, a grande maioria das atividades, pelo seu caráter filantrópico e assistencial, está vinculada ao SUS. Conforme a Lei 8.080, o cumprimento de contratos de entidades privadas com o SUS é submetido ao controle e avaliação do desempenho da organização pelo sistema.

Ek₆ - O hospital tem que apresentar certo desempenho para receber com o convenio que tem com o SUS.

Os hospitais de ensino como o Hospital K1, integram-se ao SUS através de convênios (Art. 45). Portanto, têm autonomia administrativa em relação ao patrimônio, recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, ou seja, devem ser auto-sustentáveis. A complexidade da estrutura de custeio e financiamento do SUS (FERREIRA & SILVEIRA, 2007) e os frequentes cortes e restrições governamentais aumentam a rivalidade interna no setor, forçando as organizações hospitalares a buscar outras fontes de sobrevivência. O credenciamento junto a planos de saúde e o atendimento particular surgem como fonte de financiamento para complementar a receita nessas organizações no Brasil (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009). Esta avaliação é confirmada nos relatos a seguir:

Ek₂ - Na verdade o hospital atende mais do que recebe do SUS para atender, porque nós não podemos negar atendimento aqui por uma questão assistencial. E trata de se manter vivo fazendo o atendimento com qualidade, com segurança, com o conhecimento do seu corpo clínico e com a tecnologia de que dispõe para todos em qualquer circunstância. Mas, tirando da parte paga para fazer a cobertura daquele déficit que o SUS não paga.

Ek₃ - A gente tem a informação da controladoria, que faz um cálculo de que para cada cem reais que se gastou com um paciente, o SUS remunera em torno de setenta reais.

Conforme os resultados sociais apresentados no relatório anual de 2010, o Complexo Hospitalar K, ultrapassou o teto de atendimento estabelecido pela gestão pública municipal em internações e atendimentos ambulatoriais. Foram aplicados em torno de R\$ 64 milhões em gratuidade, R\$ 7 milhões a mais do que no ano de 2009. Conforme cálculos realizados pela controladoria da instituição, em média, para cada R\$100,00 gastos com atendimentos pelo SUS, são pagos R\$ 66,00. Este valor vem reduzindo, pois em 2009 eram pagos em média R\$ 71,00 por atendimento SUS. Este déficit econômico que consiste no valor faturado menos os custos é considerado como gratuidade para atender ao máximo as necessidades da população.

Para Porter e Teisberg (2005), a criação de valor nos serviços de saúde é dependente do estímulo para a competitividade entre os fornecedores e prestadores de serviços públicos e privados. A excelência em qualidade deve ser atingida independente da natureza e do

arranjo organizacional. Além disso, esses autores consideram que a melhoria da qualidade em saúde, quando visada pelos empregados para além da minimização de custos gera um atendimento satisfatório. No Hospital K1, o imperativo do desempenho em custos causado pelo quê os entrevistados denominam como “sub-financiamento do SUS” é trabalhado a partir da responsabilização e envolvimento dos funcionários com aperfeiçoamento proporcional visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados:

Ek₇ - Cada um tem que entender como a instituição está e qual é o seu papel para que ela melhore. Ver onde é possível economizar.

Ek₄ - O quê a gente viu como um exemplo de envolvimento do pessoal da linha de frente da unidade é o trabalho das horas de treinamento do funcionário. Ele tem uma meta institucional e isso é super importante porque gera a capacitação do profissional e a conseqüente melhoria da qualidade assistencial.

Além do treinamento, a criação de novas perspectivas para a excelência de planos de saúde, a informação e o apoio aos pacientes podem melhorar o desempenho e a qualidade da prestação de serviços em saúde (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009). A confiança, a prontidão no atendimento e a transmissão de segurança nos profissionais de saúde determinam a qualidade percebida nos serviços prestados. (PARASURAMAN ET AL, 1988). O Complexo Hospitalar K1 disponibiliza o Programa de Desenvolvimento Humano para a liderança a fim de que líderes de equipes efetivem a estratégia organizacional visando o desempenho definido nas metas. O reconhecimento do desempenho satisfatório dos profissionais do Hospital K1 é visto como influente no resultado final:

P - Vocês vêem a importância e se sentem contribuindo com o resultado final da organização?

Ek₈ E somos reconhecidos por essa contribuição. O nosso desempenho foi satisfatório em tal indicador que está ilustrando tal área que se está trabalhando.

Portanto, observa-se que no Caso do Complexo Hospitalar K, a mensuração e avaliação do desempenho em custos, qualidade e de pessoas passou a ser vital na trajetória bicentenária da instituição. A estrutura de avaliação do SUS e a necessidade de auto-sustentação fazem com que a organização busque e aloque recursos de acordo com o desempenho desejado e qualifique o seu corpo funcional para desempenhar um atendimento de excelência. A adesão aos Programas de Qualidade Total, a realização do *benchmarking*

interno e externo e a avaliação da prestação de serviços por parte da clientela são formas de conhecer o desempenho e verificar a necessidade de mudanças no rumo da instituição.

5.3.3 Avaliação de Desempenho: indicadores, informação.

Os indicadores são a base para um processo de gestão que envolva a estrutura de recursos, os processos de atendimento e os resultados alcançados (BORBA & KLEIMANN, 2008). Para a obtenção de um desempenho satisfatório é necessário que os resultados balizem a estrutura e os processos de forma dinâmica. Nos relatos de Ek₈ e Ek₄, nota-se como ocorre esta dinâmica no Hospital K1 desde o acesso ao desempenho por indicadores, passando pelas formas de disseminação da informação até o planejamento de ações visando resultados planejados:

Ek₈ – O indicador de doadores de sangue, por exemplo. Eu não posso esperar fechar um mês para ter uma ação corretiva para um desempenho que eu sei que não vou atingir a meta. Então, tenho que fazer isso diário. Nas reuniões semanais tenho as parciais dos primeiros 10 dias, que tenho que ter 600 doadores e ter uma ação no meio do mês para corrigir a meta que não esta sendo atingida. Às vezes é intensificar grupos informativos numa sala de espera, num laboratório cirúrgico, priorizar a visita nos leitos dos pacientes que foram transfundidos no dia anterior, entrar em contato com os bancos de sangue e lembrar que solicitem doadores de reservas para cirurgias. Tudo isso é com base nos indicadores.

Ek₄ São feitas reuniões com os líderes de cada equipe e depois reuniões por turno. Normalmente, as informações são repassadas da chefia para as lideranças de equipe e depois destas para cada grupo de trabalho.

Observa-se nos exemplos acima a busca pelo cumprimento de metas operacionais através da disseminação da informação baseada em indicadores de desempenho. Este modo de monitoramento e gestão no Hospital K1 está alinhado com os princípios da GQ. Os resultados institucionais são divulgados à população na forma de relatórios anuais e estão disponíveis no *site* da instituição para o acesso livre.

O modelo de GQ adotado pelo Complexo Hospitalar K é totalmente monitorado por indicadores de desempenho assistencial e econômico. De acordo com o MEG, a liderança orientada por processos e informações, direciona o desempenho organizacional e gerencia a constância de propósitos. O ciclo do PDCA deve ser completado através de ações baseadas

em informações visando a excelência (FNQ, 2009). No Caso do Complexo Hospitalar K, a informação mostra-se de extrema importância para avaliar o desempenho econômico deficitário, especialmente pela cobertura insuficiente dos atendimentos pagos pelo convênio com o SUS conforme já relatado anteriormente.

A qualidade da gestão da informação, a distribuição e aplicação de recursos públicos em saúde hospitalar podem ser melhoradas através do uso de ferramentas da TI. Além disso, a divulgação de resultados sobre a saúde da população melhora a competição no setor da saúde (PORTER & TEISBERG, 2005). O DATASUS disponibiliza o SISREG (Sistema Nacional de Regulação) um sistema de informação *online* que auxilia no gerenciamento de todo o complexo regulatório nacional. As informações disponibilizadas pelo sistema podem qualificar e integrar o acesso da população brasileira aos serviços de saúde da rede básica até a internação hospitalar (SOUZA ET AL, 2009). No Complexo Hospitalar K, indicadores são pesquisados com a intenção de monitorar a qualidade e as necessidades de saúde da população e visam à busca de ações integradas enquanto entidade comprometida com o sistema de saúde pública:

Ek₂ – A pesquisa nos indicadores de qualquer forma embasa as ações em saúde. Na verdade, o indicador é resultado da pesquisa. Tu fazes a pesquisa no DATASUS, tu fazes a pesquisa no SIPAGEH que usamos também aqui no hospital, tu tiras o que? Indicadores.

As informações disponíveis no SISREG devem ser utilizados para melhorar o fluxo e a otimização dos recursos e para controlar e auditar os serviços participantes do sistema de saúde. O SIPAGEH, por sua vez, permite realizar comparativos através de indicadores de desempenho hospitalar. O Complexo Hospitalar K é uma das instituições participantes do comitê gestor do sistema que está sob a responsabilidade de uma universidade para a consolidação de dados, divulgação da informação aos hospitais participantes e atividades de pesquisa acadêmica (ver apêndice B). É importante destacar que a implantação e utilização adequadas de sistemas como estes, envolvem as relações humanas, culturais, interesses políticos de poder entre os diversos grupos dentro das organizações de saúde (SOUZA ET AL, 2009). A complexidade das exigências em saúde pública torna estas circunstâncias difíceis de serem gerenciadas sem a devida referência baseada em indicadores, como refere Ek₂:

Ek₂ - As coisas devem estar interligadas. Eu tenho tido este discurso em reuniões no Ministério Público, Secretaria Municipal, Câmara de Vereadores. Enquanto cada um dos hospitais trabalhar isoladamente - e isto não é troca de serviço, nem pedido de socorro... É troca de informação, também é de indicadores - nada vai dar certo. Teve uma reunião no MP que eu disse isto e daqui a pouco apareceu alguém e disse: Doutora a nossa maternidade está lotada! Digo: Pois é - para a promotora - eu estou fazendo uma força danada para não fechar a maternidade! Se eu pudesse contar com uma rede de auxílio, de apoio, de troca de informações eu poderia encaminhar as minhas pacientes para os outros serviços sem que se sintam ofendidos, usados e abusados e vice-versa. E se outros precisam de mim que me peçam! Eu ajudo! Não tem problema, mas eu também quero ser ajudada! Aí o Diretor da época disse pô, mas a minha maternidade está vazia! Maravilha! Estou te mandando cinco agora à tarde! Não, pô! Nós hospitais que temos vinculação como o SUS ou vamos quebrar estas paredes que nos separam ou vamos continuar a ter problemas. E estas paredes se quebram pelo conhecimento dos indicadores.

Um Sistema de Informação de Serviços de Saúde deve proporcionar a seleção de dados pertinentes ao desempenho e a sua conversão em informação necessária com vistas a auxiliar o gestor na tomada de decisões (OMS, 2007). O acesso às informações e indicadores no Complexo Hospitalar K1 auxilia na apropriação da realidade com vistas à tomada de decisões acertadas:

Ek₂ - Eu tenho que ter informações, indicadores, aí eu vou ter um mapa desta realidade, vou lá saber, vou ter um conhecimento desta realidade e a partir daí vou tomar a minha decisão.

No exemplo relatado a seguir, verifica-se a aplicação da informação estocada no sistema informatizado do Hospital K1 que ainda não abrange o monitoramento de todas as operações executadas. A carência de integração destas informações e as diferenças entre serviços parecem ser aspectos relevantes no Caso K:

Ek₅ Eu quero saber alguns dados. Então, acesso o sistema e vejo a quanto tempo que cada paciente está internado. Aí, a gente cria manualmente uma planilha e vejo porque está demorando tanto em sair. Se for atraso do medico, a família não busca ou o que é, mas são registros manuais não tem nada documentado. Eu vejo muito cada um trabalhando muito individualmente. Nessa UGA as coisas são administradas por um caminho, em outras unidades é de forma diferente. Parecem hospitais diferentes, mesmo com indicadores iguais.

A informação é útil na comunicação explícita de dados relevantes para a construção do conhecimento na mesma medida em que o conhecimento pode ser uma condição de acesso à informação (ALAVI & LEIDNER, 2001). Informações imperfeitas podem dificultar a

transferência de recursos dentro da organização (GRANT, 1991). A análise, categorização e reorganização da informação geram a combinação do conhecimento e agregam valor às operações de serviços baseados em conhecimento (MILES, 1995; NONAKA & TAKEUCHI, 1997; SVEIBY, 1998). Diferentes partes do conhecimento explícito, quando sistematizadas, geram um novo conhecimento. No Hospital K1, este processo visa a qualificação do atendimento aos pacientes e a sustentabilidade da organização:

Ek₂ As informações estatísticas e epidemiológicas são as mesmas. Eu não quero saber se a mulher de 60 anos que está internada no hospital tem UNIMED, GOLDENCROSS ou IPE e a vizinha do outro quarto não tem. Não interessa isso! Eu quero saber quantos anos ela tem, porque ela internou, por aonde chegou, se foi pela emergência, se foi pelo postinho, se foi pelo consultório privado, há quantos dias ela está internada, ou seja, a média de permanência. Porque aí, eu tendo estas informações consigo fazer melhor a gestão do conjunto. O resultado é melhor para o paciente. É para isto que nos estamos no hospital: para atender as pessoas e para a própria instituição, empresa ou o quê quiseres chamar que tem que se manter.

O Quadro 23 mostra os indicadores mencionados pelos entrevistados do Caso K como sendo cruciais para orientar suas ações de assistência em saúde da população e para a própria sustentabilidade.

INDICADORES ²¹		DESCRIÇÃO	APLICAÇÃO
Qualidade da Assistência	Taxa de Ocupação de leitos	Percentual de ocupação de leitos geral e por unidades.	Dimensionar a capacidade organizacional por atendimentos especializados.
	Tempo de permanência	Tempo de permanência conforme o grau da evolução do paciente.	Estimular a alta e encaminhamentos de acordo com o quadro do paciente, Liberar leitos para novos atendimentos.
	Taxa de Infecção por serviço hospitalar	Percentual de infecções por pacientes internados.	Melhorar a qualidade da assistência.
	Taxa de infecção de ferida operatória	Percentual de infecções por cirurgias realizadas.	Melhorar a qualidade da assistência.
	Taxa de Mortalidade	Percentual de óbitos por saída.	Melhorar a qualidade da assistência.
	Índice de Doadores de Sangue	Numero de doadores de sangue.	Melhorar a qualidade da assistência.
	Grau de Satisfação dos Clientes	Índice de conceitos ótimos dos pacientes do SUS, convênios e particulares.	Melhorar a qualidade da assistência.
Desempenho Econômico	Custo Operacional	Custo por complexidade da intervenção.	Dimensionar custos e aporte de recursos financeiros.
	Resultado Financeiro	Resultado operacional. Balanço Patrimonial	Planejamento financeiro e Sustentabilidade econômica.

Quadro 23: Indicadores Caso K

Fonte: Elaborado pelo autor

No Caso do Complexo Hospitalar K, a análise das entrevistas mostra que a instituição adota efetivamente o Modelo da Gestão da Qualidade. Os principais indicadores de desempenho para a mensuração de resultados e melhoria da sustentabilidade são de qualidade da assistência e desempenho econômico. Suas ações são fortemente orientadas pelos princípios adotados pela FNQ, o MBC e PGQP, com os quais possui vínculo. Entretanto, apesar dos altos investimentos em equipamentos, estrutura física e TI (Gráfico 3), a diversidade e complexidade de suas operações e serviços, a falta de integração e remuneração

²¹ Os indicadores foram nominados conforme relatado nas entrevistas e sua descrição está orientada pelo material institucional e de acordo com as diretrizes do MS.

adequada do SUS e a dificuldade de integrar a informação internamente parecem ser desafios aos esforços de cumprimento de metas para desempenhar o planejado.

5.3.4 Gestão Baseada em Evidências (EBMgt) :evidências

A *EBMgt*, parte do princípio de que as decisões em serviços médicos devam ser baseadas no conhecimento atualizado e comprovado como o mais resolutivo (PFEFFER & SUTTON, 2006). O uso de evidências científicas aliado à concepção de negócio pode aumentar a eficácia da gestão. No relato de Ek₆ emerge a tentativa de avaliar a realização de procedimentos padronizados de acordo com evidências científicas comprovadas como resolutivas, em relação aos recursos disponíveis com vistas a qualificar a gestão da unidade:

Temos um documento onde toda ocorrência deve ser registrada e tratada. Analisamos o número de pacientes e funcionários, quais os recursos que tínhamos, qual era a condição do paciente, qual foi o procedimento para ver se o paciente tinha risco. E se analisa caso a caso.

As equipes podem ser treinadas e tecnologias podem ser desenvolvidas de acordo com a medicina baseada em evidências para que hospitais atinjam melhores resultados (RUSSEAU ET AL, 2008). O conhecimento adquirido pelos médicos deve ser ampliado pelas experiências subsequentes e renovado através de esforços de transferência. A transformação de pesquisa em intervenção e a renovação da pesquisa a partir da prática podem melhorar os resultados médicos com os pacientes (REAY ET AL, 2009). Esforços são realizados no Hospital K1 para que isto ocorra com frequência e possa gerar maior assertividade nas ações, de acordo com a renovação do conhecimento científico:

Ek₃ - Estamos trabalhando num projeto onde buscamos a melhoria e segurança do paciente. Estamos adotando este novo sistema para a segurança do paciente. A gente olha os passos da cirurgia segura e chega a ser óbvio, mas ainda há casos que acontecem erros.

Busca-se gerenciar as rotinas para qualificar o atendimento, através da análise de evidências e resultados relativos às ações assistenciais:

Ek₇ - ... evidências, resultados como algum problema, mudança em alguma unidade. Hoje por exemplo, vai ser apresentado o processo da cirurgia

segura. Isso vira uma faixa institucional, todos os meses têm isso. Temos um gerenciamento às diretrizes, gerenciamento à rotina.

Certificado como instituição de referência em ensino e pesquisa na área da saúde, a organização investe na produção científica e monitora o desempenho das áreas de atuação neste quesito. Além disso, busca valorizar e incentivar os profissionais e estudantes que por lá passam a renovar constantemente o conhecimento através da produção de novas evidências:

Ek₁ – Temos um marcador que deixa objetivo: quantos trabalhos científicos foram produzidos na instituição a cada ano. Tem um histórico disso e de qual a área que fez. Exemplo: uma área x de que 95 até 2000 era a que mais produzia na instituição, a partir de 2000 começou a declinar e em 2005 se viu que produziu muito pouco. Tem como atuar! O quê aconteceu com aquela área que está produzindo pouco? Temos marcadores de produção de conhecimento. Esses marcadores a gente tem que ter, senão não se acerta. Aí eu sei que na área x nós vamos ter que investir para recuperar, para ver se agente acerta. Com este marcador que tu consegue identificar isso precocemente. No primeiro ano tu já vê o quê aconteceu, quais as razões: aposentou-se o professor titular, adoeceu o professor titular, dois ou três professores desses foram para o exterior fazer um aperfeiçoamento, ou se já antes se desestimularam de produzir. Ai cabe à instituição estimular.

Na área da saúde, os serviços são rigorosamente orientados e submetidos por diretrizes, normas administrativas e rotinas de atendimento previstas pelo SUS (LEI 8.080) que são traduzidas em protocolos médicos baseados em evidências cientificamente comprovadas. O Hospital K1, já foi premiado pela realização satisfatória de um procedimento padrão que é constantemente monitorado :

Ek₆ – As diretrizes para as rotinas vêm prontas do MS, baseadas em evidências científicas. Eles nos fornecem os dados. Contato com a mãe o mais breve possível. Fazemos isso com as pacientes no dia a dia. Não permitimos o uso de bico e mamadeira. Todo bebe que nasce, no primeiro momento, a gente tenta colocar no colo da mãe para que já tenha um contato pele a pele, que é um indicador monitorado. A gente busca esse dado em um livro mapa de registro de procedimentos, no qual são anotados dados do parto. Então, sabemos que os bebês prematuros que internaram na UTI não fizeram contato pele a pele. Então, a gente vê o número todo de bebês nascidos vivos no mês, quantos internaram e aí o restante foi feito contato pele a pele. Nós já fomos premiados por isto como Hospital Amigo da Criança.

A prática hospitalar é revelada através do padrão interativo e do comportamento organizacional em relação aos sistemas que diagnosticam evidências e orientam procedimentos de avaliação (AZEVEDO, 1991). Conforme os achados de Borba e Costa (2002), o uso de sistemas de informação em hospitais pode aumentar a velocidade da tomada

de decisões baseadas em evidências. Quando questionada sobre as condições de envolvimento das pessoas com a prática de gestão por evidências a partir do armazenamento de dados no sistema de informações, Ek₄ refere a dificuldade de conseguir a adesão e integração das equipes com o sistema de informações, interferindo na velocidade das ações:

P – É possível fazer isso?

Ek₄ . Dá! Muitas vezes, trabalhando numa velocidade maior outras vezes numa velocidade menor. Mas se as pessoas estão integradas no sistema e entendem o porquê se torna mais fácil. É difícil porque as vezes tu chega a um grupo muito grande e tu não tem a facilidade para comunicar as coisas.

A descrição das ações que levaram a premiação como Hospital Amigo da Criança é explorada de forma a compreender a relação entre resultados em saúde e o registro sistemático de ações baseadas em evidências no Hospital K1:

P – Na primeira etapa deste estudo ficou evidenciado que a pesquisa científica está associada à confiabilidade de um sistema de informações em saúde. Este procedimento é 100% garantido que ele ocorre? É registrado no sistema?

Ek₆ - Sim, porque isso é rotina.

No relato de Ek₆ um procedimento padronizado, indicado pelo MS é considerado efetivo quanto a sua realização e registro no sistema. Para a entrevistada a aplicação de evidências na forma de rotina garante a confiabilidade das ações e da avaliação do grau de aplicação do procedimento na unidade.

Entretanto, a EBMgt quando utilizada como um conjunto de leis e normas calculadas sem levar em consideração as circunstâncias sociais de sua produção, pode prejudicar o desempenho organizacional. Nesta fala de Ek₆ verifica-se a exigência da padronização das ações em rotinas extremamente calculadas. O baixo desempenho em algum indicador somente pode levar à modificação de uma rotina se não houver risco ao paciente:

Ek₆ . São rotinas assistenciais. Nada pode mudar nossa rotina de assistência de protocolo. Se tiver um indicador que esta indo mal, posso alterar uma rotina para mudar esse resultado. É no caso de que essas rotinas interfiram na vida do paciente mesmo.

Evidências administrativas, também, podem mostrar onde devem ser feitos ajustes no gerenciamento da organização para a vantagem competitiva sustentável(GRANT,1991-

1996; ROSSEAU ET AL, 2008 ;REAY ET AL, 2009; KOVNER ET AL, 2010). Entretanto apenas 15% dos médicos tomam decisões baseadas em evidências oriundas de novas experiências práticas e administradores admitem problemas em caracterizar suas experiências de gestão (PFEFFER & SUTTON, 2006). Para Ek₆ o hospital K1 está em processo de transição para a consolidação de um processo de decisões argumentadas através de evidências:

Ek₆ - Acho que é uma questão de cultura de muito tempo que está passando por uma transição. A saúde começa a se assemelhar a esses modelos em que tem que medir, ver protocolos e vai criando modelos e padrões e vai saindo um pouco do individual para uma relação um pouco mais coletiva de tomada de decisão. A geração antiga ainda traz outro formato. Então, agente vive nessa transição em que a argumentação consistente começa a ter um peso maior. E traz uma “semelhança” tanto na questão assistencial quanto a questão de gestão. Pois elas estão trabalhando com fatos e dados.

A preocupação com o registro permanente das ações é tarefa da gestão no Hospital K. Entretanto, o progressivo envolvimento das pessoas com a lógica da gestão por evidências e a cultura de resolução imediata de problemas em saúde, pela cultura da emergência, são fatores que requerem a persistência do investimento em alinhamento entre as pessoas e a proposta institucional:

Ek₇ . Tem sim que fazer um registro de tudo, vai muito da consciência da pessoa também, tem todo um protocolo, trabalha muito com a questão do respeito da instituição. Só a questão de trabalhar com a área de emergência que é complicado e também que as pessoas consigam aderir a importância que não é porque sempre foi assim que sempre vai ser assim, tem que ter um justificativa convincente de porque vai deixar de ser assim. É difícil trabalhar com as pessoas e que todas tenham o mesmo entendimento, mudanças tem que ser aplicadas e fazer com que realmente aconteçam.

Sobre esta contradição, Pfeffer e Sutton (2006) alertam que o uso de modos de gestão baseados somente em experiências passadas e exclusivamente no estoque de conhecimentos opera contra a visão estratégica das organizações. Segundo estes autores, curiosidade pela descoberta de como realizar o melhor trabalho é um fator decisivo para melhorar a gestão. Para Ek₆, apesar do extremo controle institucional por indicadores, sua equipe necessita formalizar as evidências que encontra na prática diária na forma de estudos científicos:

A discussão existe , mas informal, por enquanto. Esta solta nas ações. Estamos montando um grupo para começar a atuar neste sentido de escrever artigos científicos, porque atualmente a gente faz e fala muito e não escreve nada. Temos que aproveitar tudo isso e colocar em pratica.

O reconhecimento de quê a prática em saúde pode ser direcionada a partir de evidências científicas para chegar a melhores resultados do ponto de vista da assistência e da gestão, é contemplado no hospital K1. Além disso, o Complexo Hospitalar K como um todo é uma instituição certificada como especializada em ensino e pesquisa. Entretanto, as entrevistas revelam que o controle gerencial de indicadores não é garantia para que ocorra a efetiva gestão por evidências. O cumprimento de normas, a aplicação de rotinas, os protocolos oficiais e a aquisição de premiações não sustentam que os conhecimentos renovados pela experiência, sejam efetivamente aplicados na sua totalidade nesta instituição. Um dos fatores que pode estar influenciando este diagnóstico é a cultura imediatista para a solução de problemas individualizados em saúde.

5.3.5 Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional: conhecimento e compartilhamento

O conhecimento organizacional é criado a partir do fluxo de informações transmitidas através da experiência ancorada em crenças e valores e é revelado no compartilhamento de informações através de ações efetivas para o contexto apropriado atendendo especificações e metas de desempenho. (NONAKA & TAKEUCHI, 1997, SVEYBY, 2001; GONÇALO & BORGES, 2010). O espírito de equipe, a educação e o treinamento, a satisfação no trabalho, o controle de custos, o controle dos processos e o foco no cliente (GONÇALO, 1995) influenciam o desenvolvimento de habilidades em desempenho. Para Batista (2008), as práticas de GC devem dar conta da identificação, captação, criação, retenção, mensuração, compartilhamento e utilização do conhecimento.

A criação do conhecimento ocorre em contextos e dispositivos favorecedores que devem ser oferecidos pela organização (NONAKA & TAKEUCHI, 1997; NONAKA & VON KROGH, 2009). Neste relato de Ek₇ é mostrado como se dá este processo no Hospital K1:

Depois que o funcionário entra na nossa unidade ele já viu lá no mural que ele está dentro do contexto que tem sua utilidade, que sabe quais os pacientes que vai atender, ele começa a ter essa relação com estes indicadores.

Culminando, então, no momento em que no primeiro mês de análise tem que estar presente. É quando esse conhecimento começa a circular. Depois de fechado então esse ciclo de análise, temos o momento que é o gerenciamento da rotina. Ai são convidados os líderes de todos os UGBS para compartilhar informação do hospital, tanto e o objetivo é que o líder consiga passar o conhecimento para toda sua unidade. Então este é um momento que há um compartilhamento de informação na unidade.

No modelo de gestão corporativa do Complexo Hospitalar K, os líderes das unidades de negócios são estimulados a monitorar o desempenho em metas. Neste modelo apoiado pela adoção do MEG, informação e conhecimento são utilizados como meio para a aquisição de um desempenho ótimo através das lideranças (FNQ, 2009).

Para Nonaka (2000) as organizações precisam reconhecer que a criação de novos conhecimentos não é apenas uma questão de processamento mecanicista de informações objetivas. Nela há uma relação de dependência com o aproveitamento de *insights*, intuições e dos ideais tácitos e, muitas vezes, altamente subjetivos dos empregados. Para Emmerick et al (2006), em hospitais, as redes de relacionamentos facilitam o compartilhamento de dificuldades e a construções de soluções entre profissionais vinculados em atividades comuns. Gonçalo e Borges (2010) destaca que as especialidades precisam estar dispostas a compartilhar conhecimento para a melhor entrega e atenção em saúde. Neste relato de Ek₆ são reveladas restrições individuais para o compartilhamento do conhecimento. Este quadro, requer força política institucional para a criação de um clima colaborativo.

Ek₆ - Muitos profissionais não dividem o conhecimento. Também não querem fazer protocolos isso é uma coisa enorme! Tem que ter força política e coragem. Junto com uma colaboração das partes. Falta um pouco de maturidade para que se de o andamento. Dentro da instituição tu vê um mundo e fora é outro. Se cada um ficar apenas no seu mundo e se não houver união não vai evoluir.

No relato de Ek₁ a utilização da história de preservação do conhecimento no Complexo Hospitalar K é vista um mecanismo para a geração do comprometimento com os objetivos institucionais voltados para a sustentabilidade econômica e a qualidade assistencial:

Ek₁ - Como fundamos duas faculdades de medicina na cidade, o conhecimento que tem aqui é muito grande. Esse conhecimento foi explorado no sentido que as pessoas se comprometessem com a instituição.

Os estudos em EBMgt (PFEFFER & SUTTON, 2006) reforçam a importância da colaboração e transferência de conhecimentos entre pesquisadores e gestores para a melhor aplicação prática. Neste sentido, o sucesso adquirido em experiências individuais necessita ser

transmitido e traduzido em novos conhecimentos. As tentativas de fazer com que os conhecimentos tradicionalmente construídos pelos profissionais em formação no Complexo Hospitalar K seja institucionalizado, é um processo de transferência de conhecimento revelado neste trecho:

Ek₁. O fato de sermos uma instituição de ensino estimula que o conhecimento cresça e seja divulgado. A criação do conhecimento que seria a pesquisa, isto é uma segunda etapa. Tudo começou com o conhecimento de medicina. 85% dos médicos que atuam no Estado por algum momento passaram ou tiveram alguma formação aqui. Eu Nós estamos evoluindo nos tempos atuais. Se nos reportarmos a 30 ou 40 anos atrás, o conhecimento estava nas pessoas. Hoje, com esta revolução que começou no início da década de 80 começou a transferir o conhecimento para a instituição.

Quando alguém cria conhecimento, produz sentido em uma nova situação para assegurar crenças justificáveis e confiáveis e orientar ações (.ALAVI & LEIDNER, SVEIBY, 2001). Nonaka e Krogh (2009) considera a criação de conhecimento organizacional como um processo de ampliação e cristalização do conhecimento criado pelas pessoas, devendo este ser conectado a um sistema de conhecimento de uma organização, tornando-se, assim, vantajoso para a mesma. A exploração do conhecimento acumulado e a exploração de novas possibilidades (MARCH, 1991; GONÇALO & BORGES 2010) transforma conhecimento em aprendizado. A criação do conhecimento promove a criatividade, a aprendizagem e a adaptação das organizações a um ambiente em mudança, fomentando inovações (NONAKA & KROGH, 2009). Este processo influencia na tomada de decisões acertadas e precisa ser intensificado na opinião de EK₂:

Eu acho que deveria o hospital deveria fazer mais. Inclusive para que sejam tomadas decisões de áreas de atuação, campos de atuação, aprofundamento de atividades específicas de cada área tem que ter conhecimento disso. E aí é a pesquisa é a base de dados que gera este conhecimento. E esse conhecimento vai gerar possibilidade de tomada de decisão. Se, se tomar uma decisão sem ter uma base de dados e essa base de dados for feita, construída em cima de falta de pesquisa ela vai ficar fora da realidade e as decisões serão erradas, serão tomadas de forma no mínimo equivocada.

Ek₂ segue exemplificando como o compartilhamento de informações armazenadas em sistemas de informação gera conhecimentos necessários à tomada de decisões para a criação de valor para a sociedade:

Ek₂. Qual é o problema de trabalhar em conjunto? Se eu me dou conta que na maternidade do nosso hospital a taxa de fertilidade caiu de três para um e meio, que a faixa etária das moças que estão parindo aumentou, que temos

adolescentes em menor número tendo filhos, mas nos estamos tendo adolescentes usuárias de crack tendo filhos que há cinco anos não tinha. Isto não pode ficar preso no meu conhecimento, isso é um conhecimento que a sociedade e a comunidade precisam saber. A sociedade como um todo e a comunidade na área da saúde. Em cima de indicadores que vão te dar um conhecimento se tu trabalhares os indicadores e entrecruzá-los. Ai tu vais ter o conhecimento que vai te permitir tomar uma decisão.

A avaliação organizacional visando um desempenho ótimo deve implicar em uma visão interna e outra externa. Segundo Sveiby (1998) a avaliação interna é feita pela gerência para monitorar o futuro da empresa e corrigir o seu progresso quando necessário. Para tanto, é preciso utilizar um sistema de gerenciamento para a conversão de informações em conhecimento organizacional. O recrutamento de pessoas com alto nível de formação, a colaboração superando a competição, o investimento em novas tecnologias, a utilização de modelos analíticos e a baixa rotatividade de funcionários são favoráveis à superação de barreiras para a criação do conhecimento (SVEIBY, 2001). Neste relato de Ek₃ o processo de avaliação do desempenho interno é associado a um processo anterior de compartilhamento de informações a partir da inserção do profissional de saúde na utilização do sistema de informações adotado dentro do contexto do Hospital K1:

Ek₃ - O compartilhamento começa dentro da própria unidade no momento da análise. É importante que todos os funcionários participem desse evento. Todos têm conhecimento do seu contexto, todos sabem no fim das contas para que serve isso. Tem uma questão que eu respeito muito e eu acho que graças a isso eu estou aqui que é a questão de saber dividir a questão técnica é com quem tem que responder agora qualquer questão administrativa é comigo. Com os funcionários novos também há uma interação, passam 4 horas por aqui comigo e eu mostro o que é realmente o hospital, o que representa, eu insiro eles no contexto. E deixo bem claro que tudo que ele fizer não passa despercebido, porque ele é um somatório de cada ação que fizer.

As exigências quanto a este desempenho ligado à capacidade de gestão do conhecimento organizacional para o cumprimento de metas operacionais e estratégicas, também são vistas como inadequadas em algumas circunstâncias quando são realizados encontros de *benchmarking* :

Ek₈ . Tu recebe o conhecimento, ai depois tua habilidade vai ser aplicar esse conhecimento. Só que eu vejo que tenho colegas que não receberam o conhecimento e estão sendo cobradas a aplicá-lo.

Especialmente no Hospital K1, apesar da uso de recursos de disseminação da informação, a atuação da liderança é primordial no processo de GC:

P- Quais são os mecanismos que vocês tem para compartilhar informação?

Ek₄. A gente troca email e conversa diretamente em reuniões da instituição, tem os murais. Mas é necessário ter alguém que puxe isto.

Na apresentação externa, a gestão da empresa é avaliada por clientes e fornecedores, devendo ser comparada com outras. O conhecimento sobre o cliente e o mercado o desenvolvimento de parcerias e a responsabilidade social estão entre os fundamentos que sustentam as avaliações para o PNQ. O conhecimento vindo do ambiente externo pode ser armazenado como parte da empresa e utilizado como forma de desenvolver produtos e serviços (NONAKA & TAKEUCHI, 1997). Neste relato de Ek₆, é revelado o esforço para a apropriação de conhecimentos inerentes a outras unidades e instituições, de forma que a disseminação de ações de transferência de informações e a criação de conhecimentos é maior entre a estrutura interna, com algumas ações interinstitucionais significativas:

Ek₆. Existem algumas trocas com o externo, mas não são trocas esquematizadas. Ocorrem em congressos, eventos. O que temos hoje são os seguimentos de diversos hospitais que se unem, por exemplo, blocos cirúrgicos. Nós temos dentro do complexo uns dez. O grupo de líderes destes blocos se reúne mensalmente para discutir questões comuns. Esta pratica já é bem disseminada internamente.

Para Sveiby (2007) a GC em organizações hospitalares ao promover o compartilhamento de informações e a criação de conhecimentos entre as competências dos profissionais, a estrutura interna e a estrutura externa, com expectativa de melhora em seu atendimento pode gerar um clima organizacional de aprendizado contínuo melhorando as operações e o resultado organizacional. Para Costa et al, a cultura tecnicista da autonomia profissional prejudica este processo e demanda esforços de mudança por parte das gerências, lideranças e corpo funcional. Estas observações são reforçadas pelo relato a seguir:

Ek₄.. Isso é falta de uma cultura! É uma correria! O profissional vai para outro hospital então acaba ficando menos interessado em gerar soluções. Mas eu posso te dizer uma coisa bem legal que começou a acontecer semana passada que são reuniões com todas as enfermeiras líderes com nossas gerentes, chefias, líderes, e muita coisa boa dessas reuniões podem surgir, compartilhando diferentes áreas e experiências. Aí pode surgir bons frutos, aprender para gerar resultados. Estamos partindo para o compartilhamento de problemas e estabelecer a mesma fala para todos.

No Caso K, o compartilhamento de informações e a criação do conhecimento estão a serviço do Modelo da Gestão pela Qualidade. Este modelo implica no uso sistemático de

informações e criação do conhecimento visando a busca de resultados estratégicos satisfatórios conforme as metas planejadas.

5.4 INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS DO CASO K

A rede de associações entre os elementos encontrados na análise do Caso K, permite interpretar que a orientação estratégica planejada é primordial para o hospital K1, representando o modelo de gestão corporativa adotado pelo Complexo K. O princípio da gestão qualidade dos serviços é aplicado através da leitura e melhoria contínua do desempenho visando a obtenção de sustentabilidade econômica através do acompanhamento de resultados assistenciais e financeiros. Conforme relatado pela alta direção, no Complexo K, as unidades de negócios têm suas ações monitoradas por indicadores sob a responsabilidade de lideranças desenvolvidas de acordo com o modelo da TQM. A busca pelo compartilhamento de informações colhidas de indicadores nomeados como de desempenho assistencial e econômico visa que o conhecimento seja criado para converter-se em evidências que possam orientar a organização na captação de recursos. Desta forma a organização visa conciliar sua função assistencial como conveniada ao SUS com a sustentabilidade orientada pela visão de negócio.

A tradição de ensino e pesquisa que esta organização possui dentro do cenário da saúde nacional e internacional é um elemento fundamental na sua trajetória de superação de dificuldades financeiras. O conhecimento armazenado ao longo dos anos foi decisivo para o comprometimento com a adequação da organização às exigências da implantação do SUS e a garantia do atendimento qualificado. Entretanto, o efetivo uso de evidências para a orientação de rumos ainda não supera as necessidades de cumprimento com exigências de premiações, normas e protocolos médicos.

Por outro lado, adoção pela uma visão da qualidade onde conhecimento e informação são elementos contribuintes para a melhoria contínua dos serviços e de resultados financeiros (ver Figura 3) possibilita ao complexo Hospitalar K a sobrevivência e a busca pela excelência dentro da visão de mercado. A falta de cobertura pelo sistema de saúde pública para a integralidade do atendimento faz com que este modelo permita que a organização compense o déficit financeiro citado com os atendimentos privados e de convênios.

O modelo adotado no Caso J parece estar estruturado e solidificado desde a formação profissional dos trabalhadores dentro desta orientação até a sua aplicação. Porém, o modelo tecnicista do individualismo profissional contido na lógica de competitividade por maior desempenho parece prejudicar e exigir maiores esforços de responsabilização total de seus colaboradores. As diversas especialidades e equipes precisam estar dispostas a compartilhar informações e criar conhecimentos com vistas a melhorar o desempenho organizacional. Há, ainda, neste modelo que se conciliar a cultura imediatista da solução de problemas em saúde com o planejamento estratégico e o pleno envolvimento das equipes na criação de conhecimentos que renovem as pesquisas e experiências acumuladas na história do Complexo K.

O Quadro 24 sintetiza os resultados discutidos para o Caso K com vistas a atingir os objetivos deste estudo:

OBJETIVO	TEMA TEÓRICO	CATEGORIAS DE ANÁLISE	CASO K Entidade privada sem fins lucrativos (filantrópica)
<p>Identificar como indicadores de desempenho hospitalar vem sendo utilizados para qualificar a gestão estratégica de recursos no setor da saúde;</p> <p>Analisar como a gestão baseada em evidências pode contribuir com o processo de tomada de decisões em serviços hospitalares;</p> <p>Explorar como é a experiência de gestores hospitalares com indicadores de desempenho quanto ao gerenciamento do conhecimento organizacional.</p>	Administração Estratégica de Serviços	Articulação de Recursos e Capacidades: estratégico	Enfoque na sustentabilidade econômica através da visão de negócio associada à missão assistencial.
	GQ	<p>Avaliação de Desempenho: desempenho e qualidade</p> <p>Avaliação de Desempenho: indicadores, informações</p>	Adoção e certificação pelo Modelo da Gestão pela Qualidade e o efetivo e rigoroso monitoramento do desempenho operacional e financeiro.
	GC	<p>Gestão Baseada em Evidências (EBMgt): evidências</p> <p>Estrutura de Gestão do Conhecimento Organizacional: conhecimento, compartilhamento</p>	<p>Certificada como instituição de referência em ensino e pesquisa em saúde, reconhece que se encontra em processo de transição para a efetiva aplicação de evidências além do cumprimento de exigências, normas e protocolos na busca de maior resolutividade em saúde e gestão administrativa.</p> <p>Iniciativa institucional em compartilhar informações sobre desempenho operacional e experiências a fim de criar conhecimentos que garantam a sustentabilidade econômica e a qualidade das ações em saúde ao SUS, convênios e particulares através do desenvolvimento de lideranças.</p>

Quadro 24: Resultados encontrados no Estudo de Caso K
Fonte: elaborado pelo autor

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo visou contribuir com a pesquisa sobre relações entre os campos conceituais de Avaliação de Desempenho através da perspectiva da GQ e Gestão do Conhecimento (GC) baseada em evidências (*EBMgt*), no escopo da Administração Estratégica de Serviços. Foi inicialmente revisado o referencial teórico que constitui estes três temas teóricos, procurando-se articular relações possíveis de acordo com a amplitude dos temas teóricos escolhidos (ver Quadros 3,4,5 e 6). Para a pesquisa empírica foi escolhido o campo de serviços hospitalares, uma vez que estas organizações são essencialmente baseadas na criação, aplicação e produção de conhecimento (*KIBS*). Procurou-se compreender de forma aplicada como serviços hospitalares utilizam indicadores como ferramenta gerencial considerando-se a gestão do conhecimento baseada em evidências.

Inicialmente, buscou-se compreender como um grupo representativo de hospitais usuários do SIPAGEH, utiliza-se deste sistema. Esta proposta inicial evoluiu para o aprofundamento da investigação sobre o uso de indicadores em dois dos mais notáveis hospitais localizados na capital do Estado do Rio Grande do Sul (Etapas Exploratórias B e C). A Etapa Exploratória A, auxiliou a qualificar as perguntas iniciais e desenvolver o referencial teórico. Nas Etapas B e C agregou-se a investigação sobre como gestores hospitalares podem tomar decisões através da Gestão do Conhecimento Organizacional baseada em evidências.

Na Etapa Exploratória A, encontrou-se os seguintes resultados:

- a) Primazia do uso do SIPAGEH para aplicação de princípios de GQ, essencialmente o *benchmarking* (estudos comparativos) em desempenho setorial;
- b) Uso do sistema ainda incipiente quanto à GC para orientar a tomada de decisões e ações estratégicas a partir da aprendizagem organizacional ;
- c) Compartilhamento de informações geradas pelo sistema prejudicada pela resistência considerada como oriunda da formação original dos profissionais de saúde em relação à critérios administrativos.
- d) Necessidade de ampliação da produção acadêmica e formação dos profissionais de saúde a partir dos dados consolidados no SIPAGEH para melhorar o acesso, a

confiabilidade e a efetiva aplicação do sistema com vistas a orientar ações em saúde hospitalar e gestão de recursos em saúde;

- e) Proposição da Estrutura de Análise de Indicadores de Desempenho para a Criação do Conhecimento Organizacional (Figura 12).

Quanto ao Estudo de Caso J, realizado em uma organização hospitalar em processo de implantação da Gestão Participativa e o uso de sistema de Avaliação Institucional encontrou-se os seguintes resultados mais relevantes:

- a) Articulação entre as temáticas (GQ e GC) privilegia a avaliação da qualidade e melhoria do atendimento através do investimento em recursos como conhecimento e pesquisa;
- b) Foco estratégico no *empowerment* dos trabalhadores através da qualificação profissional e do desenvolvimento de competências e habilidades em pesquisa;
- c) Resistência dos profissionais da saúde para basear decisões em evidências, provavelmente, oriunda da formação, ideológica e questões políticas que envolvem a saúde pública conflitante com o controle gerencial de informações através de indicadores de desempenho;
- d) Dificuldades em dimensionar a demanda de atendimento a partir dos indicadores que orientam o sistema *on-line* (DATASUS/SISREG) em função de barreiras no fluxo de informações entre os diferentes serviços investigados no Hospital J1, entre os demais hospitais do Grupo J e, especialmente, em relação à rede básica de saúde;
- e) Ineficiência da rede básica de saúde interfere no dimensionamento da demanda de atendimento, qualidade dos serviços e gestão baseada em conhecimentos adquiridos ao longo do tempo pelos profissionais e gestores;

Quanto ao Estudo de Caso K, realizado em uma organização privada sem fins lucrativos encontrou-se os seguintes resultados mais relevantes:

- a) Adoção do modelo da GQ (TQM) com vistas a orientar o planejamento estratégico do Complexo Hospitalar K, onde o uso de indicadores possibilita a

- apropriação e responsabilização de todos os níveis (gerencial, lideranças e equipes operacionais) quanto ao resultado assistencial e financeiro da instituição;
- b)* Busca da aplicação do conhecimento como gerador de evidências para a orientação de rumos estratégicos onde o compartilhamento de informações visa a eficiência e excelência organizacional;
 - c)* Grande estoque de conhecimentos ao longo do tempo, porém com limitações quanto à sua renovação e disseminação entre os diferentes serviços do hospital K1 e do Complexo K como um todo;
 - d)* Baixa utilização do conhecimento tácito;
 - e)* Esforço em articular o conhecimento em rotinas, padrões de atendimento e configuração de serviços de acordo com a demanda existente.

A complexidade das relações associativas encontradas nos estudos realizados em cada etapa da pesquisa de campo (A, B e C) é típica dos estudos qualitativos onde os resultados são consequência da compreensão profunda do fenômeno estudado (YIN, 2001; CRESWELL, 2007). Os diferentes escopos de pesquisa foram desenvolvidos de acordo com as percepções dos entrevistados, experiências e imersões do pesquisador no campo, de forma a qualificar o estudo até a fase conclusiva. Isto foi feito para permitir interpretações coerentes com cada descoberta dentro dos contextos estudados. Portanto, a opção por não apresentar um quadro comparativo entre as Etapas A, B e C, foi escolhida em virtude das restrições contextuais e características peculiares de cada estudo e organização investigada.

A Etapa Exploratória A permitiu verificar a possível influência de critérios de sigilo, confiabilidade e credibilidade nas experiências exploradas quanto à mensuração de desempenho hospitalar por indicadores (ver Figura 12). Além disso, a pesquisa mostrou-se um fator crucial para a criação do conhecimento organizacional e consequente melhoria do desempenho dentro do sistema de informações investigado.

As Etapas Exploratórias B e C indicam que, nos casos estudados, a articulação entre os temas teóricos escolhidos se dá dentro do escopo dos respectivos arranjos organizacionais, não sendo possível unificar os resultados nos diferentes contextos. Embora os resultados não sejam passíveis de generalização para outras situações eles podem indicar, em relação à teoria, que: (1) O Caso J oferece indícios de que a problemática dos hospitais vinculados somente ao SUS direcione o debate para a questão assistencial em primeira instância; (2) O

caso K sugere que a problemática dos hospitais privados e sem fins lucrativos exija mecanismos de autosustentação através da redução de custos e eficiência de processos.

Portanto, a interpretação sobre a dinâmica das relações entre desempenho, evidências e conhecimentos segundo a perspectiva estratégica das organizações estudadas permitiu avançar no debate teórico-prático proposto nesta dissertação. Espera-se que o conteúdo aqui trabalhado seja útil para pesquisas futuras.

6.1 CONTRIBUIÇÕES TEÓRICAS DO ESTUDO

Os resultados desta dissertação permitem relacionar algumas contribuições teóricas, guardadas as devidas restrições contextuais do uso de um sistema de indicadores em particular e a singularidade dos casos estudados.

A Estrutura de Análise de Indicadores para a Criação do Conhecimento Organizacional (Figura 12), originada a partir da Etapa A, indica que a qualificação progressiva do desempenho organizacional pode ocorrer através da estratégia construída e renovada a pela análise de resultados (EBMgt). O desempenho de processos e operações avaliado com o apoio de um sistema de indicadores pode levar à estruturação e gestão do conhecimento organizacional de acordo com a leitura dos processos de criação e transferência de conhecimento (NONAKA & TAKEUCHI, 1997; SVEIBY 2001; NONAKA & KROGH, 2009). A aprendizagem organizacional a partir do compartilhamento de experiências é um fator fundamental para melhorar as competências dos indivíduos e, conseqüentemente, ampliar as capacidades organizacionais (GRANT, 1991; MARCH, 1991; HERZOG, 2000; GONÇALO & BORGES, 2010). Este processo é orientado pela dinâmica das relações entre ambiente interno e externo (LA FORGIA & COUTTOLENC, 2009) e deve auxiliar na tomada de decisões operacionais e estratégicas.

Outra contribuição apontada pela estrutura (Figura 12), consiste na produção de resultados de desempenho confiável ser dependente do exercício da investigação científica. A produção de pesquisa pode ampliar a credibilidade quanto à orientação da estratégia futura por resultados de indicadores e da permanente renovação de conhecimentos (PFEFFER & SUTTON, 2006).

Nos casos estudados observou-se que o compartilhamento ocorre em maior intensidade na informalidade apesar da ampla disponibilidade de resultados armazenados em sistemas de informação. A Gestão do Conhecimento, portanto, é limitada pelo controle

incipiente dos processos de criação e transferência do conhecimento nos dois hospitais. É preciso investigar fatores relacionais que interferem nos processos de compartilhamento da informação entre os indivíduos e grupos nas organizações e entre as organizações a fim de melhor esclarecer esta questão.

Apesar disso, o Caso J pode estar indicando que em arranjos organizacionais vinculados exclusivamente ao sistema nacional de saúde pública sob a ótica da participação, os temas teóricos tendem ao estudo de competências, habilidades, capacidades e conhecimentos individuais, das equipes e organizacionais. É provável que estes conceitos sejam de interesse de estudo quanto ao desempenho assistencial destas organizações para o atendimento satisfatório das demandas de saúde pública. O caso K, por sua vez, pode estar apontando para o estudo das relações entre desempenho, estocagem e renovação de conhecimentos, comprometimento de líderes e equipes e monitoramento por indicadores estratégicos com vistas à sustentabilidade assistencial e econômica. Resguarda-se que estas proposições necessitam ser investigadas e interpretadas de forma a serem confirmadas, refutadas ou aprimoradas em contextos semelhantes.

6.2 CONTRIBUIÇÕES EMPÍRICAS DO ESTUDO

O Estudo Exploratório A mostra que para o desempenho de um conjunto de instituições vinculadas a um sistema de informações e avaliação de desempenho estruturado como o SIPAGEH (PAN & SCARBROUGH, 1999; GONÇALO ET AL, 2010) agregue valor ao setor da saúde, seu gerenciamento deve ser realizado por uma organização isenta e provedora de pesquisas. Neste sentido, destaca-se o papel da academia para o estímulo ao aperfeiçoamento gerencial e a aplicação de métodos e evidências conectadas à realidade das empresas.

O Caso J mostra necessidade dos profissionais da saúde em vencer a resistência ao modelo de gestão baseado em evidências. Além disso, indica que é necessário que o gestor público promova a articulação do conhecimento organizacional de toda a natureza entre os grupos e equipes de um hospital e entre os serviços que compõem a rede municipal, estadual e nacional. Isto implica na adoção de ações efetivas para além da criação de mecanismos de disseminação da informação.

O Caso K, por sua vez, ilumina a necessidade de ampliar o uso de indicadores, para a GC baseada em evidências a serviço da assistência e da qualidade da prestação de serviços

nas mais variadas formas de contratação (pública, convênios e privados). A trajetória bicentenária desta instituição pode ser considerada exemplar para a evolução da profissionalização do gerenciamento de serviços de saúde privados e sem fins lucrativos no Brasil (LA FORGIA & COUTOLLENC, 2009) apesar do longo caminho que precisam percorrer para atingir a excelência quanto à entrega dos serviços prestados.

Todas estas inferências resultam da riqueza de dados colhidos devido ao permanente aperfeiçoamento do estudo, conforme as orientações para a pesquisa qualitativa (YIN, 2001; CRESWELL, 2007). Primeiro, na etapa inicial realizada em um grupo efetivamente vinculado a um sistema de avaliação de desempenho hospitalar (SIPAGEH). E para concluir, através da oportunidade de ingressar em duas das mais importantes organizações de saúde do Estado do Rio Grande do Sul e do país (Grupo Hospitalar J e Complexo Hospitalar K) a fim de contribuir com a credibilidade e a confiabilidade dos resultados aqui discriminados.

6.3 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Esta dissertação limitou-se ao seguinte universo de investigação:

- a) Grupo de Hospitais participantes do SIPAGEH (ver Quadro 9)
- b) Hospitais vinculados ao SUS,
- c) Hospitais privados sem fins lucrativos,
- d) Estudos de Casos aprofundados em dois hospitais na cidade de Porto Alegre, altamente representativos do sistema de saúde do Estado do RS e do Brasil
- e) Percepção Gerencial a respeito do tema investigado.

6.4 LIMITAÇÕES E INDICATIVOS PARA PESQUISAS FUTURAS

Dentre as limitações do estudo consolidado neste relatório de pesquisa estão:

- a) Escolha da amostragem para a Etapa Exploratória A, por conveniência e dificuldade de conseguir a disponibilidade de um maior número de gestores para responder às perguntas de pesquisa no tempo programado;
- b) Falta de categorização dos resultados por tipologia dos serviços estudados na Etapa A (nível de complexidade e arranjo organizacional);

- c) Demora na aprovação do Projeto de Pesquisa por parte dos Comitês de Ética;
- d) Restrições quanto à divulgação de dados e possibilidades de comparação entre serviços e modalidades específicas de atendimento entre os hospitais;

Dentre os indicativos para pesquisas futuras sugere-se

- a) Aprofundamento da discussão sobre o aprimoramento do modelo da GQ através da Gestão do Conhecimento Organizacional;
- b) Aplicação da Estrutura de Análise de Indicadores de Desempenho para a Criação do Conhecimento Organizacional (ver Figura 12) em uma amostra proporcionalmente calculada com vistas a verificar sua validade e aplicabilidade;
- c) Replicação das Etapas B e C em outros hospitais com características semelhantes para verificar as possibilidades de generalização teórica das descobertas realizadas para estes contextos;
- d) Cruzamento do comportamento de indicadores de desempenho com dados qualitativos ao longo do tempo e devida análise estatística,;
- e) Ampliação das entrevistas aos fornecedores e clientes;
- f) Aplicação da pesquisa em outros serviços baseados em conhecimento tais como empresas de TI, P&D, Treinamento de RH, *Marketing*, *Design* e Engenharia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AHIRE, SANJAI L.; GOLHAR, DAMODAR I.; WALLER MATTHEW, A. Development and Validation of TQM Implementation Constructs. **Decison Sciences**. V. 27, n. 31, USA,1996.

AHMAD, SOHEL; SCHROERDER, ROGER. The impact of human resource management practices on operational performance: recognizing country and industry differences. **Journal of Operations Management** **21** (2003) 19–43.

ALAVI, MARYAM; LEIDNER, DOROTHY E. Review: Knowledge management and knowledge management systems: Conceptual foundations and research issues. **MIS Quarterly**; Mar 2001; 25, 1;ABI/INFORM Global ,pg. 107.

ALMEIDA, F. C. Atores e fatores na introdução de um sistema de informação. **Revista Brasileira de Administração Contemporânea**, v. 1, n. 4, p.177-192, set. 1995.

ANDRADE, DAVI GOMES de; FALK, JAMES A.. Eficácia de Sistemas de Informação e Percepção de Mudança Organizacional: **um Estudo de Caso**. **RAC**, v. 5, n. 3, Set./Dez. 2001.

AZEVEDO, ANTÔNIO CARLOS DE. Avaliação de desempenho de serviços em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, vol. 25, p. 64-71, 1991.

BARNEY, J. B. Firm Resources and sustained competitive advantage. **Journal of Management**, 17:99-120, 1991.

BATISTA, FÁBIO F. **Proposta de um Modelo de Gestão do Conhecimento com Foco na Qualidade. Tese de Doutorado**. Universidade de Brasília. Faculdade de Economia, Administração, Contabilidade e Ciência da Informação e Documentação. Depto. de Ciência da Informação e Documentação. Programa de Pós-Graduação em Ciência da Informação. Brasília, setembro de 2008.

BAUER, MARTIN W.; GASKELL, GEORGE. **Qualitative Researching With Text, Image and Sound: a practical handbook**. London: SAGE Publications Lt., 2002.

BESANKO, D.; DRANOVE D.; SHANLEY, M.; SCHAEFER, S.. **A economia da Estratégia**. Porto Alegre: BOOKMAM ,2006.

BIBLIOTECA UNISINOS. **Normas ABNT - Guia para elaboração de trabalhos científicos**. Disponível em: http://www.unisinos.br/biblioteca/images/stories/downloads/guia_elaboracao_trabalhos_academicos_2009.pdf. Acesso em: 19 de outubro de 2009.

BITTAR, O. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde - Parte II- **RAS - Revista de Administração em Saúde**. Belo Horizonte/MG, Vol. 10, No 40 – Jul-Set, 2008.

BORBA, GUSTAVO S.; COSTA, DAIANE G. DA. Sistemas de Informação nas Organizações Hospitalares: a busca por tendências tecnológicas de gestão na área da saúde.**ENANPAD**, Salvador/BA, 2002.

BORBA, G.S.; KLIEMANN NETO, F.J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, v. 17, n. 1, 2008.

BORGES, MARIA DE LOURDES E GONÇALO, CLÁUDIO REIS. Operações em Saúde Baseadas em Conhecimento: uma Proposta para Serviços de Alta Complexidade. **Anais ENANPAD**, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário da União**, Brasília, 1990, seção 1. Disponível em <http://www.saude.inf.br/legisl/lei8080.htm> .

BRASIL. Lei 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário da União**, Brasília, 1990, seção 1. Disponível em <http://www81.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/1990/8142.htm>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Reforma do Sistema de Atenção Hospitalar Brasileiro**. Brasília, 2004.

BUELKE, R. e BERTÓ, D. J. . **Gestão de Custos e Resultados na Saúde**. São Paulo: Saraiva, 2000.

CASTELLS, MANOEL. **A sociedade em rede**. São Paulo: Ed. Paz e Terra, 2000, V1, p.173-217.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). Resolução nº 293/2004. Fixa e Estabelece Parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nas Unidades Assistenciais das Instituições de Saúde e Assemelhadas. Rio de Janeiro, 21 de set. de 2004. Disponível em: http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/exercicio-profissional/res_293.pdf

COLAUTO, D. R. e BEUREN, M. I. Proposta para a Avaliação da Gestão do Conhecimento em Entidade Filantrópica: o caso de uma organização hospitalar. **RAC**, v. 7, n 4, Out/Dez 2003.

COLLIS, HILL, HUSSEY, ROGER. **Pesquisa em Administração**. 2 ed. Porto Alegre : Bookman, 2005.

COSTA, NILSON DO R.; RIBEIRO, J. M.; SILVA, P. L. B. Reforma do Estado e Mudança Organizacional: um estudo de hospitais públicos. **Ciência e Saúde Coletiva** 5(2) 427- 442 – 2000.

CRESWELL, J.W. **Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed, 2003.

CROSBY, P. B. **Quality is Free**. New York: McGraw-Hill, 1979

CUNHA, ANA K. M. DA; TREZ, GUILHERME; BORBA, GUSTAVO S. DE. O uso de ferramentas de gestão para o aprimoramento dos serviços prestados por instituições de interesse público. **ENANPAD**, Curitiba, 2004.

DE MEYER, A. Manufacturing Operations in Europe: where do we go next? **European Management Journal**. Vol. 16, n.3, 1998 , p. 262,271

DE MEYER, A.; FERDOWS, K. Quality up, Technology Down: Manufacturing Programs in Europe. **Int. J. Technology Management**, 1991, p. 136-158.

DEMING, E. W. **Quality, Productivity and Competitive Position**. Mit Center of Advanced Engineering, Cambridge, MA, 1982.

DONABEDIAN, A. Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean?. **American Journal of Public Health**, 71(4), 1981,409-412.

DONABEDIAN, A. Evaluating the Quality of Medical Care. **Milbank Quarterly**, 83(4), 2005,691-729.

DRUCKER, PETER F.. O advento da nova organização. **Gestão do Conhecimento/ Harward Business Review**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

EMMERIC, ALFREDO; PEREIRA, HEITOR J.; BUDOLLA, MARCELLO DA. Aprendizagem Organizacional em um Processo de Mudança de Modelo de Gestão em Organização Hospitalar. **ENANPAD**, Salvador, 2006.

FALCONI, VICENTE. Onde as empresas erram. Disponível em : <http://www.youtube.com/watch?v=O1yWx74vNl8>. Acesso em : 15 jun. 2011.

FERDOWS, K.; DE MEYER, A. European Manufacturers: the dangers of complacency. **Columbia J. of World Business**, Fall, 1988, p. 15-23.

FERDOWS, K.; MILLER, J; NAKANE, J.; VOLLMANN, T. Evolving Global Manufacturing Strategies: projections into the 1990's. **Int. J. Oper. Prod. Management**. Vol6, n. 4, 1986, p. 6-16.

FERREIRA, BRUNO P.; SILVEIRA, JOSÉ D.. Risco Inflacionário no Setor de Saúde: Análise de Indicadores Financeiros de Investimentos de Recursos Públicos da Saúde entre 1994 e 2006. **XXXI Encontro da ANPAD**. Rio de Janeiro: 22-26 de setembro de 2007.

FOSS, NICOLAI J; KNUDSEN, THORBJORN. The Resource-Based Tangle: Towards a Sustainable Explanation of Competitive Advantage. **Managerial and Decision Economics**, Jun 2003;24,4;ABI/INFORM Global.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). <http://www.fnq.org.br/>. Acesso em: 25 out. 2010.

Fundação Nacional da Qualidade (FNQ). Critérios Compromisso com a Excelência e Rumo à Excelência / Fundação Nacional da Qualidade. - São Paulo :Fundação Nacional da Qualidade, 2009.

GIANESI, IRINEU G. N. E CORRÊA, HENRIQUE, L. **Administração Estratégica de Serviços**: operações para a satisfação do cliente. São Paulo: Atlas, 1994.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, mar./abr. 1995

GONÇALO, CLÁUDIO REIS. **Avaliação De Desempenho Organizacional Segundo A Gestão De Qualidade**: Um Estudo de Caso em um Sistema de Produção de Energia Elétrica. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal Do Rio Grande Do Sul - Faculdade De Ciências Econômicas - Programa de Pós-Graduação em Administração. Porto Alegre: dezembro,1995.

GONÇALO, CLÁUDIO REIS E BORGES, MARIA DE L. Análise de confiança para a promoção de um contexto estratégico de compartilhar conhecimento. In: Anais do SLADE BRASIL/2006 – **Encontro Luso Brasileiro de Estratégia**, UNIVALI, Balneário Camboriú/SC. Publicação Digital. 03 e 04 de novembro de 2006.

GONÇALO, C. R.; BORGES, M. L. . Organizações de Saúde Intensivas em Conhecimento: um estudo no contexto de serviços de alta complexidade. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 449-461, 2010.

GONCALO, C. R., BORGES, M. L., VIGNOCHI, LUCIANO, HAUBERT, MARCELA P., JUNGES, FABIO. M. A Relevância de um Sistema de Indicadores no Processo de Avaliação de Desempenho no Setor da Saúde In: XXX ENEGEP, São Carlos: **Anais do XXX ENEGEP**, 2010.

GONÇALVES, J. P. (2002) - Desempenho Organizacional. In: **Semanário Econômico**, nº 815.

GRANT , ROBERT M . The resource- based theory of competitive advantage: implications for strategy formulation.**California Management Review**, 1991.

GRANT, ROBERT M. Toward Knowledge-based theory of the firm. **Strategic Management Journal** (1986-1998); Winter 1996; 17, Winter Special Issue; ABI/INFORM Global.

GUEMAWATT, PANKAJ. **A estratégia e o Cenário dos Negócios**. Porto Alegre: Bookman, 2000.

GURGEL JÚNIOR, GARIBALDI DANTAS; VIEIRA, MARCEL MILANO FALCÃO. Qualidade total e Administração Hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HALL, RICHARD H. **Organizações**: Estruturas, Processos e Resultados. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2004.

HENDRICKS, KEVIN B; SINGHAL, VINOD R. Does Implementing an Effective TQM Program Actually Improve Operating Performance? Empirical Evidence from Firms That Have Won Quality Awards. **Management Science**; Sep 1997 43. 9.

HERZOG, LUDGER, T. Aproximación a La Ventaja Competitiva com base em los Recursos. **Boletín de Estudios Economicos**, Bilbao: abr. 2001.

HRONEC, STEVEN M; ANDERSEN, ARTHUR. **Sinais Vitais**: usando medidas de desempenho da qualidade, tempo e custo para traçar a rota para o futuro da empresa. São Paulo: Makron Books, 1994.

KAINAK, HALE. The relationship between total quality management practices and their effects on firm performance. **Journal of Operations Management** 21 (2003) 405–435.

KLÜCK, MARISA; GUIMARÃES, JOSÉ R.; FERREIRA, JAIR; PROMPT, CARLOS A. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **RAS - Revista de Administração em Saúde**. Vol. 4, Nº 16 – Jul-Set, 2002.

ISHIKAWA, KAHURO. **Controle de qualidade Total – A Maneira Japonesa**, Rio de Janeiro, Ed. Campus, 1993

JURAN, J. M; GRYNIA. **Quality Planning and Analysis**. New York: McGraw-Hill, 1980.

KOVNER, ANTHONY R.; PFEFFER, JEFFREY; FINE, DAVID. What More Evidence Do You Need? **Harvard Business Review**, May 2010, Vol. 88 Issue 5, p123-127.

LA FORGIA, GERARD M. e COUTTOLENC, BERNARD. F. **Desempenho Hospitalar no Brasil**: em busca da Excelência. São Paulo: Editora Singular, 2009.

LEARMONTH, MARK; HARDING, NANCY. Evidence-Based Management: the very idea. **Public Administration**, Jun 2006, Vol. 84 Issue 2, p245-266.

LEE, JUNGKI. Measuring Service Quality in a Medical Setting in a Developing Country: The Applicability of SERVQUAL. **Services Marketing Quarterly**, Vol. 27(2) 2005.

LIMA S. M. L. O contrato de gestão e a conformação de modelos gerenciais para as organizações hospitalares públicas. **Revista de Administração Pública (RAP)**, 30 (5), vol.138, set/out., 1996.

LIMA, S.M.L.; BARBOSA, P.; PORTELA, M.; UGÁ, M.; VASCONCELOS, M. e GERSHMAN, S. Caracterização Gerencial dos Hospitais Filantrópicos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1249-1261, set-out, 2004.

MARINHO, ALEXANDRE. Estudo de eficiência em hospitais públicos e privados com a geração de rankings. Versão revista e adaptada do artigo do mesmo título na **Revista de Administração Pública – RAP**, 1998. Rio de Janeiro, Brasília: IPEA – Instituto de Pesquisa em Economia Aplicada, 2000.

MACHUCA, J., ZAMORA, M., ESCOBAR, V. Service Operations Management Research. **Journal of Operations Management**, 25, 2007, p. 585–603.

MARCH, J. Exploration and exploitation in organizational learning. **Organization Science**, Hanover, v. 2, n. 1, p. 71-87, 1991.

MARTINS MONICA; BLAIS, REGIS; MIRANDA, NAIR N. DE. Avaliação do índice de comorbidade de Charlson em internações da região de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 24(3):643-652, mar, 2008.

MILES, Matthew; HUBERMAN, A. Michael. **Qualitative Data Analysis**: an expanded sourcebook. 2a. ed., Thousand Oaks: Sage, 1994.

MILES, I. Knowledge-Intensive Business Services: Users, Carriers and Sources of Innovation. **Prest Working Paper**, Manchester, 1995.

MILLER, JANIS, L.;CRAIGHEAD, CHRISTOPHER W.;KARWAN, KIRK, R. Service Recovery: a framework and empirical investigation. **Journal of Operations Management**, 18, 2000, p. 387-400.

MINOR,L.J.; ROTH, A. V. New Service Development Competence in Retail Banking: construct, development and measurement validation. **Journal of Operations Management**, 25, 2007, p. 825,846,

MINTZBERG, HENRY., AHLSTRAND, BRUCE., LAMPEL, JOSEPH. **Safári de estratégia**. Porto Alegre: Bookman, 1998.

MOVIMENTO BRASIL COMPETITIVO (MBC).<http://www.mbc.org.br/mbc/novo/>. Acesso em 11 de maio de 2011.

NONAKA, I. A Empresa Criadora de Conhecimento. **Gestão do Conhecimento/Harvard Business Review**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2000.

NONAKA, I. e KROGH, G. von. Tacit Knowledge and Knowledge Conversion:Controversy andAdvancement in Organizational Knowledge Creation Theory. **Organization Science**, vol. 20, No. 3, May–June 2009, pp. 635–652.

NONAKA, I & TAKEUCHI, H. **Criação de Conhecimento na Empresa**: Como as Empresas Japonesas Geram a Dinâmica da Inovação. Rio de Janeiro: Elsevier, 1997.

OMS. **World Health Organization**. Disponível em <http://www.who.int/en/>. Acessado em agosto de 2009.

OSTROM,AMY L; BITNER, MARY JO; BROWN , STEPHEN W.; BURKHARD, KEVIN A.; GOUL, MICHAEL; DEMIRKAN, HALUK; RABINOVICH, ELLIOT. Moving Forward and Making a Difference: Research Priorities for the Science of Service. **Journal of Service Research**, 2010; 13; 4 originally published online Jan 18, 2010.

PAN, SHAN L.; SCARBROUGH, HARRY. Knowledge Management in Practice: an Exploratory Case Study. **Technology Analysis & Strategic Management**, Vol. 11, 3, 1999.

PENROSE, EDITH. T. **The Theory of the Growth of the Firm**. New York: Oxford University Press, 1959.

PAIVA, E. L.; CARVALHO JR., J. M. e FENSTERSIFER, J. E. **Estratégia de Produção e Operações**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

PFEFFER, Jeffrey; SUTTON, Robert I. Gestão Baseada em Evidências. **Harvard Business Review**, vol. 84, número 8, agosto/2006.

PORTER, MICHAEL. Towards a dynamic theory of strategy. **Strategic Management Journal**, Baffins Lane, v. 12, Summer Special Issue, p. 95 - 117, 1991.

PORTER, MICHAEL, TEISBERG, ELIZABETH O. **Redefinig Health Care : Creating Value-Based Competition on Results**. EUA- Boston, Massachusetts: Harvard Business School Press, 2005.

PRAHINSKY, C; BENTON, W.C., Supplier evaluations: communication strategies to improve supplier performance. **Journal of Operations Management**, 22, 2004, p. 39-62.

PROGRAMA GAÚCHO DA QUALIDADE E PRODUTIVIDADE (PGQP) <http://www.mbc.org.br/mbc/pgqp/> . Acesso em 11 de maio de 2011.

REAY, TRISH; BERTA, WHITNEY; KOHN, MELANIE KAZMAN. What's Evidence in Evidence-Based Management? **Academy of Management Perspectives**, Nov2009, Vol. 23 Issue 4, p5-18.

ROBIN, MANN. Revisiting a TQM research project: The quality improvement activities of TQM **Total Quality Management** Vol. 19, Nos. 7-8, July-August 2008, 751-761

ROESCH, SYLVIA MARIA AZEVEDO. **Projetos de Estágio do Curso de Administração: guia para pesquisas, projetos, estágios e trabalho de conclusão de curso**. São Paulo: Atlas, 1996-1999.

ROUSSEAU, D. M., MANNING, J., & DENYER, D. Evidence in management and organization science: Assembling the field's full weight of scientific knowledge through synthesis. **Academy of Management Annals**, 2, 2008, 475-515.

RUMMLER, GEARY A., BRACHE, ALAN P. **Melhores Desempenhos das empresas: ferramentas para a melhoria da qualidade e da competitividade**. São Paulo: Makron Books, 1992.

SCHOUT, DENISE; NOVAES, HILLEGONDA M. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo, 12(4):935-944, 2007.

SISTEMA DE INDICADORES PADRONIZADOS PARA A GESTÃO HOSPITALAR (SIPAGEH). <http://www.projeto.unisinos.br/sipageh/>. Acesso em: 17 dez. 2008.

SINK, D.SCOTT; TUTTLE, THOMAS. **Planejamento e medição para a performance**, Rio de Janeiro; Qualitymark Ed., 1993.

SLACK, N., CHAMBERS, S., HARRISON, A., JHONSTON, R. **Administração da Produção**. SãoPaulo: Atlas, 1997.

SOUZA JR., MARCÍLIO F. DE; CUNHA ,MÔNICA X. C. DA; MAIA, CAROLINA DE F. M.; BEZERRA, RICARDO L.; SALES, JEFFERSON D. A. Implantação de sistema de informação em saúde publica: um Estudo de Caso no Estado de Alagoas. **II Encontro de Administração da Informação**. Recife/PE – 21-22 de junho de 2009.

SOUZA ANTÔNIO A. DE; MARQUES, ALISSON M. F. DE; BOINA, TERENCE M.; GUERRA,MARIANA; AVELAR EWERTON A.. Gestão No SUS: Um Estudo De Indicadores Financeiros Da Saúde E A Produção De Resultados Assistenciais Em Municípios Mineiros. Salvador/Bahia: **Encontro de Administração Pública e Governança - EnAPG**, 2008.

STRAMBACH, S. Knowledge-Intensive Business Services (KIBS) as Drivers of Multilevel Knowledge Dynamics. **Services Technology and Management**, v. 10, n. 2, 3 e 4, 2008.

SVEIBY, E. K. **A Nova Riqueza das Organizações: Gerenciando e Avaliando Patrimônios de Conhecimento**. Rio de Janeiro: Campus, 1998.]

SVEIBY, E. K. A knowledge-based theory of the firm to guide in strategy formulation. **Journal of Intellectual Capital**. vol. 2, n. 4, 2001.

SVEIBY, Karl, E. **Km in a Noruegian hospital**. Disponível em: <<http://www.sveiby.com/articles/KMCaseHospital.pdf>>. Acesso em: 21 de abril de 2010.

SVEIBY.COM. Disponível em: <http://www.sveiby.com>: Acesso em 2010/2011.

TEECE, D.; PISANO, G.;SHUEN, A. Dynamic Capabilities na Strategic Management. **Strategic Management Journal** (1986-1998);Aug 1997;18,7;ABI/INFORM Global, p. 509.

WINTER, S. Understanding Dynamic Capabilities. **Strategic Management Journal**; Oct 2003;24,10; ABI/INFORM Global, pg. 991.]

WRUCK , K. H.; JANSEN, M. C. Science, Specific Knowledge and Total Quality Management. **J. Accounting and Economics**. 18, 3, 1994.

YIN, ROBERT K. **Estudo de Caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
 MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
 MESTRANDO: LUCIANO VIGNOCHI

QUALIFICAÇÃO DO DESEMPENHO DE SERVIÇOS HOSPITALARES:

Objetivo Geral: Explorar e analisar como serviços hospitalares utilizam indicadores de desempenho considerando-se a gestão do conhecimento organizacional baseada em evidências

Entrevistados : Gestores Hospitalares

OBJETIVO ESPECÍFICO	TEMA TEÓRICO	PRINCIPAIS AUTORES	REFERENCIAL	PERGUNTA
Identificar como indicadores de desempenho hospitalar vem sendo utilizados para qualificar a gestão estratégica de recursos no setor da saúde;	AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO (GQ)	Crosby, 1979; Juran & Grynia, 1980; Deming, 1982; Ferdows et al, 1986, Ferdows e De Meyer,1988, De Meyer, 1989; De Meyer e Ferdows, 1991; Rummler e Brache, 1992; Sink e Tuttle (1993), Ishikawa, 1993 Wruck& Jensen, 1994; Hronec e Andersen, 1994; Gonçalo, 1995; FNQ/PNQ; Ahire,Golhar & Waller, 1996; Hendricks & Singhal, 1997; Slack et al. 1997; Miller et al, 2000, Gonçalves , 2002, Prahinski e Benton, 2004, Minor e Roth, 2006, Robbin, 2008; Batista, 2008; Falconi, 2011.	MEDIDAS DE DESEMPENHO	1..Em sua opinião, qual a importância das medidas de desempenho?

OBJETIVO ESPECÍFICO	TEMA TEÓRICO	AUTORES	REFERENCIAL	PERGUNTA
<p>Identificar como indicadores de desempenho hospitalar vem sendo utilizados para qualificar a gestão estratégica de recursos no setor da saúde;</p>	<p>AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO (GQ)</p>	<p>Donabedian(1991-2005); Kluck et al (2002); Ministério Da Saúde, (2004); Schout e Novae(2007); Bittar (2008), Borba E Kleimann N. (2008); La Forgia e Couttolenc (2009).</p> <p>Almeida (1995) Andrade e Falk (2001); Borba e Costa (2002); Cunha et al (2004); Souza Jr. et al (2009).</p>	<p>AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO DE SERVIÇOS HOSPITALARES ATRAVÉS DE INDICADORES</p> <p>SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SERVIÇOS HOSPITALARES</p>	<p>2 Quais fatores você considera primordiais para avaliar o desempenho hospitalar?</p> <p>3 Qual a importância da avaliação de desempenho no contexto onde o hospital está operando?</p> <p>4. Em sua opinião, quais são os principais motivos para a implantação de um sistema de informação para o desempenho hospitalar?</p> <p>5. Esta organização utiliza algum sistema de avaliação de desempenho hospitalar? Se sim, como é realizada a operação do sistema?</p> <p>6. Como os dados são analisados? Com qual periodicidade? Quais os envolvidos?</p> <p>7. Já embasaram alguma decisão em indicadores? Qual, quando? Por favor, exemplificar:</p>

<p>Identificar como indicadores de desempenho hospitalar vem sendo utilizados para qualificar a gestão estratégica de recursos no setor da saúde;</p>	<p>ADMINISTRAÇÃO</p> <p>ESTRATÉGICA</p> <p>DE SERVIÇOS</p>	<p>Barney(1991); Grant (1991); Teece et al (1997); Herzog (2001); Foss e Knudsen (2003); Winter (2003).</p> <p>Kainak (2003) Ahmad e Schroeder (2003); Hall (2004); Porter e Teisberg (2005); Lee (2005); La Forgia e Couttolenc (2009)).</p> <p>Porter (1980); Porter (1991)Porter e Teisberg (2005); Besanko et al (2006); Ferreira Silveira (2007);</p>	<p>ARTICULAÇÃO DE RECURSOS E CAPACIDADES</p> <p>RECURSOS HUMANOS EM HOSPITAIS</p> <p>ANÁLISE ESTRATÉGICA DO SETOR HOSPITALAR BRASILEIRO</p>	<p>8. De que forma você compreende que os recursos destinados à saúde podem ser melhor administrados?</p> <p>9.Quais indicadores você considera para o melhor aproveitamento dos recursos e utilização das capacidades no setor?</p> <p>10. Há o compartilhament o de dificuldades e soluções em equipe? Se sim, como ocorre?</p> <p>11. Existem restrições trabalhistas a ser superadas para o gerenciamento adequado do trabalho em equipe visando melhores resultados para o setor hospitalar?Favor exemplificar:</p> <p>12. Como você entende as condições ambientais no setor ?</p>
---	--	--	---	--

<p>Analisar como a gestão baseada em evidências pode contribuir com o processo de tomada de decisões em serviços hospitalares.</p> <p>Explorar como é a experiência de gestores hospitalares, com indicadores de desempenho quanto ao gerenciamento do conhecimento organizacional</p>	<p style="text-align: center;">A GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS PROMOVENDO O CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL (EBMgt) (GC)</p>	<p>Pfeffer e Sutton, 2006; Learmonth e Harding, 2006; Rosseu et al 2008; Reay et al 2009; Kovner et al 2010;</p> <p>March, 1991; Gurgel Jr. e Vieira (2002); Gonçalo e Borges, 2010. Grant (1996); Nonaka e Tekeuchi (1997); Sveiby (1998); Nonaka(2000); Alavi e Leidner (2001) Sveiby (2001); Nonaka e Krogh (2009).</p> <p>Buelke e Bertó (2000); Colauto e Beuren (2003) Porter e Teisberg (2005) Borges e Gonçalo (2008);</p>	<p>GESTÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS (EBMgt)</p> <p>ESTRUTURA DE CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL</p> <p>GESTÃO DO CONHECIMENTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE SERVIÇOS HOSPITALARES</p>	<p>13 Como a análise de evidências pode contribuir no processo de tomada de decisões? Por favor, exemplifique com uma situação</p> <p>14. Como as experiências das pessoas na organização vem sendo consideradas para gerar ações de melhoria na qualidade dos serviços prestados?</p> <p>15. Por favor, você pode descrever uma situação específica em que a análise de indicadores gerou novos conhecimentos (discussão de caso, reuniões de acompanhamento) ?</p>
--	---	--	---	--

Quadro26: Roteiro de Entrevista

Fonte: Elaborado pelo Autor

ANEXO A - ESTRUTURA DO SIPAGEH



O Sistema de Indicadores Padronizados para a Gestão Hospitalar (SIPAGEH) consiste em um sistema estruturado, periódico e permanente para a avaliação de desempenho de hospitais, através da coleta e tratamento de um conjunto de indicadores hospitalares utilizados para fins de comparação de desempenho de gestão da qualidade assistencial e administrativa. Seu objetivo é contribuir com a GC em saúde através da geração de planos de melhorias no setor. O sistema existe desde o ano de 1998, iniciando com um grupo de hospitais do Estado do Rio Grande do Sul. Atualmente é composto por 170 hospitais, principalmente do Rio Grande do Sul e de outros Estados do Brasil (Santa Catarina, Paraná, São Paulo, Rio de Janeiro, Distrito Federal, Minas Gerais e Bahia). Dentre estes, 40 hospitais enviam os dados regularmente, de acordo com acesso à plataforma virtual nos anos de 2008 até 2010. É mantido pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS) juntamente com um grupo de hospitais (Comitê Co-Gestor) ²².

O SIPAGEH, atualmente está construído sobre uma base Web empregando as tecnologias PHP e MySQL. Tal tecnologia resulta em uma arquitetura que proporciona maior agilidade e disponibilidade para um número maior de instituições. Além disso, possui uma interface amigável e de fácil manejo para as instituições que enviam os dados. A estrutura de alimentação dos indicadores (Figura 21) consiste no envio dos dados coletados internamente em cada instituição usuária. Salienta-se que cada participante possui autonomia no ambiente Web para fazer a suas análises que servirão para fins comparativos. Cada usuário insere-se no sistema e concorda com algumas restrições que preservam informações sigilosas, ou seja, ele sabe que não será possível identificar dados de qualquer outro usuário, bem como garante para sua instituição o mesmo critério ético.

²² Ver mais em <http://projeto.unisinos.br/sipageh/>

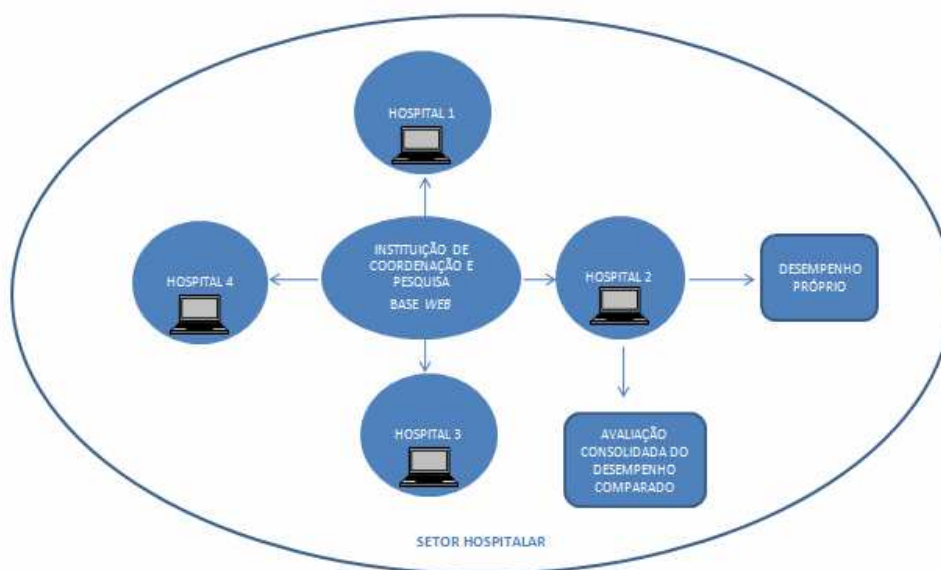


Figura 21: Infraestrutura do SIPAGEH
 Fonte: Elaborado pelo autor

O SIPAGEH disponibiliza aos participantes uma avaliação comparativa de desempenho e análise de cenários a partir de 17 indicadores oriundos essencialmente do Programa Nacional de Qualidade/Programa Gaúcho da Qualidade e Produtividade (PNQ/PGQP). O SIPAGEH é fruto da necessidade de hospitais gaúchos que participavam do Comitê Setorial da Saúde do PGQP, os quais acalentaram a idéia de construção de um sistema que compartilhasse os resultados entre as instituições. Contataram então a Universidade coordenadora para a estruturação virtual e operacional do projeto (denominado Grupo Co-Gestor, ainda atuante nas decisões do sistema). Foi gradualmente desenvolvido para atender às necessidades dos hospitais em adequarem-se às exigências governamentais que regulam a distribuição de recursos no setor e pelas necessidades de mercado para melhor atender aos clientes tanto públicos quanto de planos de saúde ou particulares. Os indicadores utilizados pelo SIPAGEH são:

- Relacionados aos clientes (qualidade percebida – foco no cliente e no mercado– PGQP/PNQ): índice de satisfação dos clientes particulares, de convênios (planos de saúde) e do SUS.
- Relacionados aos recursos humanos (desenvolvimento de gestão de pessoas, moral, segurança e custo – PNQ/PGQP: *turnover*, absenteísmo, frequência de acidentes de trabalho, horas de treinamento por funcionário.
- Relacionados à assistência (qualidade real – Gestão de processos, custo e qualidade intrínseca – PNQ/PGQP): tempo de permanência geral, na obstetrícia, na pediatria, mortalidade (geral, obstétrica e pediátrica), taxa de cesarianas, índice de infecção por uso de cateter no sistema venoso central e taxa de contaminação em cirurgias limpas.
- Relacionados ao uso da capacidade e desempenho financeiro (de custo/benefício – Gestão do produto e qualidade intrínseca PNQ/PGQP): taxa de ocupação de leitos e margem líquida. Todos os hospitais aderentes ao Sistema possuem uma pessoa responsável pelo envio que foi capacitada pela Universidade coordenadora através de curso específico de 24 horas/aula.

Quadro 25 Indicadores SIPAGEH

Fonte: <http://www.projeto.unisinos.br/sipageh>

Após a adesão ao Sistema e da assinatura do Termo de Compromisso, cada instituição recebe um *login* e uma senha para acesso ao Sistema. No sistema, a coleta é realizada até o último dia útil de cada mês os hospitais enviam para a UNISINOS, através de um formulário (Figura 22). Os dados enviados seguem o padrão das fórmulas, com a especificidade de lançar os valores dos numeradores e denominadores para cada indicador, referentes ao mês anterior, com exceção da Margem Líquida (informa o resultado final, pois o numerador e indicador deste indicador são dados sigilosos e as organizações apresentam certa resistência para a sua divulgação).

Apresentação

Objetivos

Referenciais

Dados

Indicadores

Participantes

Como participar

Bibliografia

Links

Entre em contato

Acesso ao sistema

Coleta de dados

PERÍODO: Setembro de 2009

Nº	Indicador	Numerador	÷	Denominador	OU	Valor
1	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES SUS	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
2	ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES PARTICULARES E DE CONVÊNIOS	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
3	TURNOVER	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
4	ABSENTEÍSMO	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
5	ÍNDICES DE FREQUÊNCIA DE ACIDENTES DE TRABALHO GERAL	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
6	TAXA DE OCUPAÇÃO DE LEITOS	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
7	TREINAMENTO	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
8	TAXA MENSAL DE CESARIANAS	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
9	TEMPO DE PERMANÊNCIA GERAL	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
10	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA OBSTETRÍCIA	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
11	TEMPO MÉDIO DE PERMANÊNCIA NA PEDIATRIA	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
12	TAXA DE MORTALIDADE GERAL	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
13	TAXA DE MORTALIDADE OBSTÉTRICA	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
14	TAXA DE MORTALIDADE PEDIÁTRICA	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
15	INFECÇÃO NA CORRENTE SANGÜÍNEA RELACIONADA A CATETER VENOSO CENTRAL	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
16	INFECÇÃO HOSPITALAR EM CIRURGIAS LIMPAS	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	
17	MARGEM LÍQUIDA	<input type="text"/>	÷	<input type="text"/>	=	<input type="text"/>

Figura 22: Interface de envio dos indicadores

Fonte: SIPAGEH

O sistema se encarrega de fazer os cálculos necessários para encontrar os resultados. Até o 15º dia útil do mês subsequente a UNISINOS tabula, analisa e divulga para cada um dos participantes os resultados da pesquisa. Os resultados são apresentados em forma de indicadores de desempenho hospitalar de acordo com as fórmulas descritas na Tabela 10:

INDICADORES	FÓRMULAS
Índice de satisfação de clientes particulares e de convênios / índice de satisfação de clientes do SUS	$\frac{\text{Nº de conceitos ótimos}}{\text{Total de respostas efetivas}} \times 100$
Taxa de Turnover	$\frac{\text{Admissões} + \text{Demissões}}{2} \times 100$ Nº médio de funcionários
Índice de Absenteísmo	$\frac{\text{Horas líquidas faltantes}}{\text{Horas líquidas disponíveis}} \times 100$
Índice de freqüência de acidentes de trabalho	$\frac{\text{Nº de acidentes com afastamento}}{\text{Total de horas trabalhadas}} \times 1.000.000$
Total de horas de treinamento por funcionário	$\frac{\text{Total de horas de treinamento}}{\text{Número médio de funcionários}}$
Tempo médio de permanência geral, na obstetria e na pediatria	$\frac{\text{Número de pacientes / dia}}{\text{Número de saídas}}$
Taxa de mortalidade geral, obstétrica e pediátrica	$\frac{\text{Número de óbitos}}{\text{Número de saídas}} \times 100$
Taxa de cesarianas	$\frac{\text{Número de cesarianas}}{\text{Número de partos}} \times 100$
Índice de infecção na corrente sanguínea relacionada a cateter no sistema venoso central	$\frac{\text{Infecções na corrente sanguínea em pacientes com cateter venoso central}}{\text{Dias de cateter venoso central}} \times 1000$
Índice de infecção hospitalar em cirurgias limpas	$\frac{\text{Pacientes com alta no período que tiveram infecção no sítio cirúrgico de cirurgia limpa}}{\text{Pacientes com alta no período que foram submetidos à cirurgia limpa}} \times 100$
Taxa de ocupação de leitos	$\frac{\text{Número de Pacientes / dia}}{\text{Leitos / dia disponíveis}} \times 100$
Percentual de Margem Líquida	$\frac{\text{Resultado Líquido}}{\text{Receita Líquida}} \times 100$

Tabela 10 – Fórmulas para os indicadores do SIPAGEH

Fonte: elaborada pelo autor

Para cada indicador são calculados a mediana e os percentis a 25% e 75%. Para cada hospital é informado o valor da mediana, os percentis e o melhor indicador (também chamado extremo) do grupo, sem identificação do hospital a que pertence. Somente recebem os dados aqueles participantes que mantêm a frequência do envio de pelo menos 80% dos indicadores para a tabulação e análise da UNISINOS. A Figura 23 exemplifica uma parte da consolidação de resultados mensal, tal como visto pelo usuário, a título de ilustração.

Período de análise:
Mês: janeiro/2010

Indicador	Instituição X	Mediana	P25	P75
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES SUS	90	69,5	61,42	80,8
ÍNDICE DE SATISFAÇÃO DOS CLIENTES PARTICULARES E DE CONVÊNIOS	95	83,44	69,61	92,18
TURNOVER	2,54	1,77	1,37	3,13

Figura 23: Consolidação de resultados
Fonte: SIPAGEH

O sistema é caracterizado essencialmente por sigilo, isenção, confiabilidade e impessoalidade com fins de comparação de desempenho e análise de cenários entre hospitais de mesmo porte. Como resultados esperados dentro de uma visão de futuro, o SIPAGEH busca ser um sistema auto-sustentável que agregue valor nas decisões gerenciais dos hospitais participantes e que promova a pesquisa e o desenvolvimento da gestão do setor da saúde.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
NÍVEL MESTRADO

AUTORIZAÇÃO

Eu Luciano Vignochi CPF 628644400-91 autorizo o Programa de Mestrado em Administração da UNISINOS, a disponibilizar a Dissertação de minha autoria sob o título GESTÃO DO CONHECIMENTO ORGANIZACIONAL BASEADA EM EVIDÊNCIAS: uma Análise do uso de Indicadores para Avaliação de Desempenho em Serviços Hospitalares, orientada pelo Professor Doutor Cláudio Reis Gonçalo, para:

Consulta Sim Não

Empréstimo Sim Não

Reprodução:

Parcial Sim Não

Total Sim Não

Divulgar e disponibilizar na Internet gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral da minha Dissertação citada acima, no *site* do Programa, para fins de leitura e/ou impressão pela Internet

Parcial Sim Não

Total Sim Não

Em caso afirmativo, especifique:

Sumário: Sim Não

Resumo: Sim Não

Capítulos: Sim Não

Quais: na íntegra.

Bibliografia: Sim Não

Anexos: Sim Não

São Leopoldo, ____/____/____

Assinatura do(a) Autor(a)

Visto do(a) Orientador(a)