

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO  
NÍVEL DOUTORADO**

**SÉRGIO ALMEIDA MIGOWSKI**

**IDENTIFICAÇÃO DOS IMPACTOS DA RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DA  
QUALIDADE E A INTEGRAÇÃO SOBRE A EFICIÊNCIA DE ORGANIZAÇÕES  
DE SAÚDE – UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS**

**SÃO LEOPOLDO**

**2017**

Sérgio Almeida Migowski

IDENTIFICAÇÃO DOS IMPACTOS DA RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DA  
QUALIDADE E A INTEGRAÇÃO SOBRE A EFICIÊNCIA DE ORGANIZAÇÕES DE  
SAÚDE – UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Tese de Doutorado apresentada como requisito para obtenção do título de Doutor em Administração, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Orientador: Prof. Dr. Iuri Gavronski

São Leopoldo  
2017

M634i

Migowski, Sérgio Almeida

Identificação dos impactos da relação entre a gestão da qualidade e a integração sobre a eficiência de organizações de saúde – um estudo de casos múltiplos / por Sérgio Almeida Migowski. – 2017.

176 f. : il. ; 30 cm.

Tese (Doutorado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-graduação em Administração, São Leopoldo, RS, 2017.

“Orientador: Dr. Iuri Gavronski.”

1. Integração. 2. Gestão da qualidade. 3. Eficiência. 4. Hospital.  
I. Título.

CDU: 658.56:64.024.8

Sérgio Almeida Migowski

IDENTIFICAÇÃO DOS IMPACTOS DA RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DA  
QUALIDADE E A INTEGRAÇÃO SOBRE A EFICIÊNCIA DE ORGANIZAÇÕES DE  
SAÚDE – UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS

Tese apresentada à Universidade do Vale do Rio  
dos Sinos – Unisinos, como requisito parcial  
para obtenção do título de Doutor em  
Administração.

Aprovado em 20 de junho de 2017

BANCA EXAMINADORA

---

Iuri Gavronski – UNISINOS

---

Kleber Fossati Figueiredo - COPPEAD/UFRJ

---

Miriam Borchardt – UNISINOS

---

Diego Antonio Bittencourt Marconatto – UNISINOS

---

Rafael Teixeira - UNISINOS

## AGRADECIMENTOS

Nesta viagem, cujo caminho trilhado é mais importante do que o ponto de chegada, não há como deixar de agradecer a tantas pessoas que tornaram a jornada mais saborosa e os percalços, mais fáceis de transpor. A Coordenadora do PPGA – Unisinos, Profa. Dra. Cláudia Bittencourt por seu apoio nos momentos difíceis. Aos professores do programa, porque nos abriram portas difíceis de serem abertas se estivéssemos sozinhos. Em especial, a duas queridas mestras que contam com toda a minha admiração: Profa. Dra. Janaína Ruffoni Trez que ampliou minha visão tão curta da economia; e a Profa. Dra. Amarolinda Zanela Klein que, além de ter-me estimulado a entrar no doutorado, acabou tornando-se uma grande amiga.

Às funcionárias da Secretaria Acadêmica do PPGA, por sua paciência e carinho ao lidar com tantos alunos estressados. Um agradecimento especial a Kamila de Matos e a Ana Zilles. Sempre prontas em nos dar as informações necessárias para lidar com toda a burocracia necessária. A Ana, patrimônio do PPGA, especificamente, pois foi graças a ela que consegui um bom emprego como professor.

À CAPES, cuja bolsa, tornou viável o doutorado.

Aos queridos colegas e amigos Alexandre Ramires de Castro, Jefferson Monticelli e Marcelo Curth por tornarem os estudos menos tensos com todo o bom humor que carregam em si. Minha sincera admiração!

Aos meus pais Walter e Amarilis que, lá do céu, não deixam de mandar boas energias. Sem a sua preocupação em me dar acesso a boas escolas, duvido que tivesse conseguido.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Iuri Gavronski que, de forma objetiva, ensinou-me a ver de novo, mas com novos olhos. Minhas certezas foram ao chão graças a suas muitas intervenções. Meu eterno agradecimento, também, por ter-me aceitado como seu orientando, quando tudo parecia desmoronar.

Finalmente, a minha família cujo apoio, amor e paciência foi fundamental nesta viagem. À D. Maria, minha sogra, pelo suporte e carinho com as minhas joias preciosas, Leonardo e Eduardo. A estes, tentei não causar prejuízos aos momentos que tínhamos juntos, mas muitos foram os filmes em que usei o tempo para colocar o sono em dia. Espero ter-lhes proporcionado mais alegrias do que tristezas. À minha querida esposa e amiga, Eliana, ela mesmo agora na sua jornada de doutorado que, não raro, carregou o piano sozinha. Perdão pelas muitas madrugadas que te abandonei na cama para estudar. Meu amor por você, não me canso de repetir, é incondicional. Todas as mudanças positivas nos últimos 14 anos só foram possíveis, porque você existe na minha vida.

## RESUMO

A eficiência, em organizações de saúde, consiste na habilidade de produzir um serviço com a menor quantidade possível de perdas, de custos e de esforços dos profissionais envolvidos, o que implica tanto na integração destes profissionais, quanto na sua participação na gestão da qualidade. Por meio de uma pesquisa de estudos de casos, foram aplicadas entrevistas semiestruturadas com 32 profissionais de três organizações de saúde de grande porte localizados no estado Rio Grande do Sul – Brasil. A análise dos dados indica que a integração ocorre a nível das lideranças formais apenas em uma das organizações e não envolve os profissionais médicos e operacionais. A gestão da qualidade parece não estar plenamente incorporada às rotinas assistenciais, o que pode ser evidenciado pela dificuldade em conseguir a adesão para a higienização de mãos, pela subnotificação de erros e pela taxa de infecções sempre superior à meta. Sugere-se que as barreiras existentes à integração e a dificuldade em incorporar as boas práticas da gestão da qualidade estejam relacionadas a perdas de eficiência, traduzidas pela taxa de média de permanência elevada, na má utilização das salas do bloco cirúrgico, na falta de separação de roupas por grau de sujidade, na incapacidade de gerenciar o tempo necessário para a higienização e liberação de leitos, na inexistência do planejamento de alta e na necessidade de criar cargos para supervisionar o trabalho executado pela higienização nos três hospitais. Diante disso, é proposto um *framework* como contribuição teórica, sugerindo que ao implantar a integração e a gestão da qualidade, desde que suportados pelos relacionamentos interpessoais confiança, comunicação e liderança, pode-se melhorar a eficiência. Ao final do trabalho, foram elaboradas algumas proposições para estudos futuros.

**Palavras-chave:** Integração, Gestão da qualidade, Eficiência, Hospital

## ABSTRACT

Efficiency in healthcare organizations consists in the ability to produce a specific output with the least amount or quantity of waste, expense, or unnecessary effort of the professionals involved, which implies the integration of these professionals and their participation in quality management. Through a multiple case studies research, semi-structured interviews were applied with 32 professionals of three large health organizations. Therefore, three large hospitals located in Rio Grande do Sul State, Southern Brazil. The data analysis shows that integration occurs at the formal leadership level only in one of the organizations and does not involve the medical and operational professionals. Quality management seems not to be fully incorporated into care routines, which can be evidenced by the difficulty in making the professionals adhere to hand hygiene, because of the underreporting of errors and the rate of infections being higher than the goal established. It is suggested that the existing barriers to integration and the difficulty in incorporating good quality management practices are related to efficiency losses, reflected by the high average stay rate, poor utilization of rooms in the surgical block, lack of separation of clothes according to the degree of dirtiness, inability to manage the time needed for hygiene and bed release, lack of a discharge planning, and the need to create jobs to supervise the work performed by the sanitation in the three hospitals. Therefore, a framework is proposed as a theoretical contribution, suggesting that by implementing integration and quality management, when supported by the following interpersonal relationships: trust, communication, and leadership, efficiency is improved. Finally, some premises for future research were designed.

**Keywords:** Integration, Quality Management, Efficiency, Hospital.

## LISTA DE QUADROS E FIGURAS

Quadro 1 – Estudos de gestão de operações de serviços sobre hospitais. ....	21
Quadro 2 – Autores que suportam os conceitos centrais .....	38
Figura 1 – Delineamento da pesquisa. ....	42
Quadro 3 – Conceitos centrais e dados qualitativos referente ao Hospital A. ....	64
Quadro 4 – Construtos, dimensões e dados qualitativos referente ao Hospital B. ....	83
Quadro 5 – Construtos, dimensões e dados qualitativos referente ao Hospital C. ....	101
Quadro 6 – Conceitos centrais, barreiras e pontos favoráveis comuns aos três hospitais, dimensões e dados qualitativos. ....	124
Figura 2 – <i>Framework</i> teórico – relacionamento entre os conceitos centrais. ....	135

## LISTA DE SIGLAS

ANAHP	Associação Nacional dos Hospitais Privados
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CVC	Cateter venoso central
FEHOSUL	Federação dos Hospitais e Estabelecimentos de Saúde do Rio Grande do Sul
IAM	Infarto agudo do miocárdio
IPCA	Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization
KPC	<i>Klebsiella Pneumoniae</i>
ONA	Organização Nacional de Acreditação
PA	Pronto Atendimento
PCRs	Paradas cardiorrespiratórias
POPS	Procedimentos Operacionais Padrão
SAC	Serviço de Atendimento ao Cliente
SCIH	Serviço de Controle de Infecção
SIG	Sistema de Informações Gerenciais
SUS	Sistema Único de Saúde
TRR	Time de Resposta Rápida
UCE	Unidade de Cuidados Especiais
UN	Unidades de negócios
UTIs	Unidades de Tratamento Intensivo
VCMH	Variação de Custos Médico-Hospitalares

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1 PROBLEMA DE PESQUISA .....	13
1.2 OBJETIVOS .....	15
1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA .....	15
1.4 ESTRUTURA DA TESE .....	17
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>	<b>18</b>
2.1 A GESTÃO DE OPERAÇÕES DE SERVIÇOS .....	18
2.1.1 <i>A Análise da Área de Operações sobre o Setor Hospitalar</i> .....	19
2.1.2 <i>Alguns estudos sobre o setor hospitalar pela ótica da Gestão de Operações de Serviços</i> .....	20
2.2 EFICIÊNCIA .....	22
2.3 INTEGRAÇÃO .....	25
2.4 GESTÃO DA QUALIDADE .....	27
2.5 RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS .....	32
2.5.1 <i>Comunicação</i> .....	32
2.5.2 <i>Liderança</i> .....	34
2.5.3 <i>Confiança</i> .....	36
2.6 QUADRO SÍNTESE .....	37
<b>3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>40</b>
3.1 DELIMITAÇÃO E <i>DESIGN</i> DA PESQUISA.....	41
3.1.1 <i>População e Amostra</i> .....	41
3.1.2 <i>Delineamento e Etapas da Pesquisa</i> .....	42
3.1.3 <i>Procedimentos de Coleta de Dados</i> .....	43
<i>Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados</i> .....	46
3.2 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NA CONDUÇÃO DA PESQUISA .....	47
<b>4 ANÁLISES .....</b>	<b>51</b>
4.1 HOSPITAL A .....	51
4.1.1 <i>Integração</i> .....	51
4.1.2 <i>Eficiência</i> .....	53
4.1.3 <i>Gestão da Qualidade</i> .....	57
4.1.4 <i>Dimensão Comunicação</i> .....	59

4.1.5 Dimensão Confiança .....	60
4.1.6 Dimensão Liderança .....	61
4.1.7 Análise .....	63
4.2 HOSPITAL B .....	68
4.2.1 Integração.....	68
4.2.2 Eficiência.....	70
4.2.3 Gestão da Qualidade.....	74
4.2.4 Dimensão Comunicação.....	77
4.2.5 Dimensão Confiança .....	78
4.2.6 Dimensão Liderança .....	79
4.2.7 Análise .....	81
4.3 HOSPITAL C .....	85
4.3.1 Integração.....	85
4.3.2 Eficiência.....	87
4.3.3 Gestão da Qualidade.....	93
4.3.4 Dimensão Comunicação.....	96
4.3.5 Dimensão Confiança .....	98
4.3.6 Dimensão Liderança .....	99
4.3.7 Análise .....	99
4.4 ANÁLISE CRUZADA DE CASOS .....	104
4.4.1 Integração.....	104
4.4.2 Gestão da Qualidade.....	108
4.4.3 Comunicação.....	113
4.4.4 Confiança .....	115
4.4.5 Liderança.....	117
4.4.6 Eficiência.....	118
4.4.7 Discussão .....	122
4.4.8 Elaboração do Framework.....	130
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>137</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>143</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>160</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As organizações de saúde enfrentam desafios diários em suas operações, pois têm de buscar permanentemente a redução de custos ao mesmo tempo em que têm de entregar uma assistência de alta qualidade (DRUPSTEEN *et al.*, 2013; SINGER *et al.*, 2011). Suas operações vêm sendo afetadas pelo aumento da complexidade dos tratamentos prestados e pelo conhecimento bastante variado dos diversos profissionais envolvidos na assistência, o que acaba levando à fragmentação dos serviços prestados. Essa fragmentação ocorre, porque cada setor ou profissional fica responsável por uma das atividades do processo assistencial (DRUPSTEEN *et al.*, 2016; OSMO, 2012). Todavia, este modelo de assistência tem-se mostrado ineficiente, caro e insustentável ao longo do tempo (SMITH *et al.*, 2013). Por isso, a eficiência, em organizações de saúde, é definida como a habilidade de produzir um serviço com a menor quantidade possível de perdas, de custos e de esforços dos profissionais envolvidos (ZHANG; FRY; KRISHNAN, 2015).

Como forma de minimizar as perdas de eficiência, a integração entre os setores e organizações vem sendo tratada em diversos estudos como um elemento essencial para a melhoria do desempenho das organizações de saúde (BAINBRIDGE *et al.*, 2016; LYNGSØ *et al.*, 2016; HALLEY, 2012; AHGREN; AXELSSON, 2005). Wiley e Matthews (2017) defenderam a integração entre os sistemas público e privado de saúde como forma de proporcionar uma melhor assistência com um custo mais baixo. Baker, Bundorf e Kessler (2014) realizaram um estudo longitudinal no setor hospitalar norte-americano e evidenciaram que a integração de médicos e hospitais através de contratos formais foi capaz de gerar uma verticalização dos serviços prestados, o que contribuiu para a melhoria da comunicação, evitando a solicitação de exames desnecessários ao tratamento.

Matysiewicz e Smyczek (2016) defenderam a integração de serviços hospitalares a nível internacional como forma de aumentar o compartilhamento do conhecimento, gerando ganhos de eficiência e qualidade. Fleury e Mercier (2002) concordaram que a integração entre organizações e serviços de saúde gera ganhos substanciais, mas, assim como outros autores (GILLIES; SHORTELL; YOUNG, 1997; LEATT; PINK; GUERRIERE, 2000), entendem que não há um modelo único de integração dos serviços, uma vez que há diferenças significativas de contexto, cultura e necessidades locais.

Para Lillrank (2012), a melhor forma de se verificar se há integração nos serviços de saúde ocorre durante o diagnóstico do paciente. O diagnóstico deve ser resultante de contribuições de setores diversos (imagem, laboratório e exame clínico) capazes de gerar um

plano assistencial de cada paciente. Nesse estudo, define-se integração como a combinação de contribuições e recursos especializados e diferenciados que resultam em um sistema composto por diversas partes (conforme LILLRANK, 2012).

Entretanto, apesar do reconhecimento dos benefícios obtidos pela integração organizacional, as organizações de saúde raramente têm sucesso na sua implementação. Dentre as barreiras, são apontadas as falhas na liderança e na comunicação (LYNGSØ; GODTFREDSSEN; FRØLICH, 2016; WANG *et al.*, 2016; BEN-ARYE *et al.*, 2016); a cultura organizacional e a falta de apoio da alta gestão (FLEURY *et al.*, 2017; CURRIE; HARVEY, 2000); o excesso de autonomia do médico que o afasta dos demais profissionais (PEARSON; GOULART-FISHER; LEE, 1995; RAFTER *et al.*, 2015); a política interna (VOS *et al.*, 2009); e a falta de cooperação entre os profissionais envolvidos (CONTANDRIOPOULOS *et al.*, 2015). Para Singer *et al.* (2011), o problema está na definição sobre para quem é de fato realizada a integração: se para benefício do paciente ou da organização de saúde.

Além disso, diante da complexidade dos serviços prestados em organizações de saúde, a integração que ocorre ao nível dos profissionais está diretamente relacionada com a importância do trabalho em equipe para a melhoria da gestão da qualidade (MUNECHIKA *et al.*, 2014). Ela evita a assimetria de informação e resultados inferiores que acabam por se refletir na perda de valor para os pacientes (CHAKRABORTY; DOBRZYKOWSKI, 2014). Por isso, a gestão da qualidade não pode ser resumida, nas organizações de saúde, a um conjunto de normas e regulamentos a serem seguidos e está diretamente relacionada com o conjunto de interações entre estes diversos profissionais durante a co-produção dos serviços assistenciais (FARR; CRESSEY, 2015).

Ela pode ser conceituada como um processo sistemático para identificar e realizar ações capazes de manter e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o que envolve a estrutura, processos e resultados (WAGNER *et al.*, 2014). Ou ainda como uma filosofia de gestão, buscando a melhoria contínua da qualidade de bens e serviços através da participação de todos os níveis e funções de uma organização (MELLAT-PARAST, 2013; DUBEY, GUNDSEKARAM, 2015).

A fim de que a gestão da qualidade seja praticada por todos os profissionais de uma organização de saúde, é preciso haver comprometimento por parte das lideranças, além da participação de todos os envolvidos nos processos assistenciais (BÄCKSTRÖM, 2009; LAGROSEN; BÄCKSTRÖM; WIKLUND, 2012; STEIBER; ALÄNGE, 2012). Tal envolvimento se reflete na qualidade da comunicação entre eles (TIBBS; MOSS, 2014), bem como na confiança necessária para delegar autoridade aos subordinados (YOON; KIM; SHIN,

2016), o que aumenta o seu comprometimento e produtividade, resultando em uma assistência de melhor qualidade e com mais eficiência (KÆRNESTED; BRAGADOTTIR, 2012; ANTHONY; VIDAL, 2010).

Nas organizações de saúde, enquanto a liderança é conceituada como a habilidade de inspirar a excelência individual e organizacional, criando uma visão compartilhada para o atingimento dos objetivos organizacionais (CLIFF, 2012), a comunicação vem sendo definida como um processo de compreensão compartilhada que, ao emergir, estabelece e mantém o relacionamento entre as partes (MANOJLOVICH *et al.*, 2015). A confiança é explicada como uma relação entre duas ou mais partes, na qual há a expectativa mútua de cumprir o que fora combinado, sem a presença do oportunismo (NOVELLI, 2004), o que significa, nas organizações de saúde, em uma delegação efetiva e capaz de aumentar a satisfação no trabalho, a produtividade e a cooperação entre os membros da equipe (YOON *et al.*, 2016). Nestas organizações, a confiança está intimamente ligada com a segurança do paciente, pois através dela, o profissional é estimulado a notificar seus erros, permitindo a identificação das causas e reduzindo os eventos adversos com os pacientes, o que evita o aumento dos custos (TUCKER, 2004; WRIGHT, 2013; PATTISON; KLINE, 2015).

Por isso, ainda que pareçam antagônicas, a eficiência e a gestão da qualidade são perseguidas nas organizações de saúde de forma concomitante, assim como em outras organizações, pois, apesar do permanente esforço da gestão para a redução dos custos, é a gestão da qualidade que mantém a vantagem competitiva destas organizações (NUTI *et al.*, 2011; GOK; SEZEN, 2013).

A relação entre as falhas na gestão da qualidade e a perda de eficiência pode ser observada em números. Baseado em dados de 1998, McFadden *et al.* (2014) relatam que falhas na gestão da qualidade são responsáveis por 98 mil mortes anuais em hospitais norte-americanos, sendo que 58% desse total poderia ter sido evitado. Os erros dos profissionais envolvidos na assistência geram uma perda anual de U\$ 17 bilhões, além de aumentar a média de permanência e o risco de o paciente adquirir infecções associadas (McFADDEN *et al.*, 2014).

Estudo mais recente sugere que entre 200.000 e 440.000 mortes ocorrem a cada ano nos Estados Unidos devido a falhas na segurança do paciente, gerando um incontável número de ações judiciais (TAYLOR, 2014). Por seu turno, a reinternação de paciente em 30 dias após a alta hospitalar é um dado utilizado para medir a eficiência, uma vez que ela pode gerar maiores custos para o hospital durante a nova internação, além de multas quando se trata de organizações de saúde norte-americanas (MERKOW *et al.*, 2015).

## 1.1 PROBLEMA DE PESQUISA

Os custos nas organizações de saúde têm aumentado substancialmente em diversos países aos redor do mundo e de forma mais intensa nas últimas décadas, o que vem determinando que ações sejam feitas para melhorar sua eficiência (NUTI *et al.*, 2011). Como indicadores de eficiência, alguns estudos tratam da relação entre o aumento de custos hospitalares e o aumento da média de permanência que, por vezes, está relacionada às infecções associadas (SCHMIDT; GEISLER; SPRECKELSEN, 2013; HAYFORD, 2012). Outros autores estudam as perdas de eficiência pela má utilização das salas cirúrgicas (TANAKA *et al.*, 2013) ou ainda, quando a reinternação ocorre em período anterior a 30 dias após a alta, o que demanda nova atenção dos profissionais a um mesmo paciente, além de novos exames diagnósticos (MERKOW *et al.*, 2015).

Contribuem também para as perdas de eficiência em organizações de saúde a alta variabilidade dos serviços prestados, o que pode fazer com que a implementação da padronização dos processos para a melhoria da eficiência não seja suficiente para a adequada prestação de serviços. Por outro lado, as falhas operacionais decorrentes das dificuldades em padronizar processos podem se constituir em um estímulo, para que os profissionais envolvidos busquem a melhoria dos processos (TUCKER, 2007). É nesse ponto que entra a integração entre os profissionais, foco deste estudo, pois ela estimula que os diversos interesses individuais sejam superados, dando lugar ao apoio das lideranças, para que os diversos profissionais interajam entre si em busca de ganhos coletivos (HAKONSSON *et al.*, 2016).

A gestão da qualidade vem auxiliar neste aspecto, porque, através dela, cada atividade dos diversos processos passa a contar com a melhoria contínua, gerando serviços melhores, redução de custos, aumento na satisfação de clientes e funcionários, além de contribuir para melhorar o desempenho organizacional (EASTON; JARREL, 1998; MEHMOOD *et al.*, 2014). Com a gestão da qualidade, passou-se a buscar, como base, não só indicadores de eficiência da utilização de recursos internos, mas também aqueles capazes de mostrar as necessidades e demandas dos pacientes (PONSIGNON *et al.*, 2015).

Em virtude da preocupação crescente com estes tópicos, a gestão da qualidade incorporou há alguns anos, nas organizações de saúde, a cultura da segurança do paciente como forma de melhorar o seu desempenho, a fim de evitar erros médicos e outros eventos adversos com os pacientes (GABA, 2000; NIEVA; SORRA, 2003; MORELLO *et al.*, 2013). A cultura da segurança do paciente pode ser definida como um conjunto de padrões comportamentais de

indivíduos e grupos que, baseados em seus valores e atitudes, determinam como vão exercer o seu trabalho. Essa cultura passa pela boa comunicação, pela liderança e pela confiança mútua em relação às medidas adotadas e praticadas por todos (NIEVA; SORRA, 2003; VINCENT, 2009).

Para tornar a cultura da segurança do paciente possível, é preciso criar as condições para que os profissionais estejam motivados e capazes para apresentar um serviço de qualidade superior sempre que estiverem interagindo com os pacientes (DOBRZYKOWSKI; McFADDEN; VONDEREMBSE., 2016; LIA, 2007; DRACH-ZAHAVY; SOMECH, 2013). Estas condições necessárias à cultura da segurança do paciente incluem o desenvolvimento de um estilo de liderança tanto da alta gestão, quanto dos gerentes intermediários (OAKLAND, 2011), pois a qualidade da interação entre as lideranças e os profissionais operacionais têm uma relação positiva com o engajamento destes profissionais (YEE *et al.*, 2015). Esse engajamento se dá através de uma comunicação efetiva, possibilitando que o liderado compreenda a importância de realizar cada tarefa solicitada, bem como a melhor forma de fazê-la (BISEL; MESSERSMITH; KELLEY, 2012).

Além disso, ao se estabelecer uma cultura voltada ao aprendizado com os erros cometidos (HAW *et al.*, 2014), cria-se um ambiente permeado pela confiança que estimula o profissional a notificar seus erros. Essa notificação torna possível identificar as causas, reduzindo tanto os eventos adversos com os pacientes, quanto as perdas financeiras nem sempre mensuráveis (TUCKER, 2004; WRIGHT, 2013) e de eficiência em virtude da ampliação do tempo de internação (QUAGLINI, 2010).

Em virtude da implementação da cultura da segurança do paciente, a gestão da qualidade em organizações de saúde parece ser suportada pelos relacionamentos interpessoais, através da liderança, da comunicação e da confiança. Enquanto o estilo de liderança possibilita conceder a autonomia necessária para a tomada de decisão nas interações com os pacientes, uma comunicação efetiva permite que estes profissionais compreendam que a gestão da qualidade é um compromisso de todos. A confiança mútua, por seu turno, possibilita que, mesmo na ausência dos líderes, todas as ações praticadas pelos diversos profissionais levem em consideração aquilo que for melhor para a segurança do paciente, o que inclui notificar os próprios erros, para que ações corretivas sejam tomadas em tempo hábil, o que se reflete diretamente na qualidade e eficiência dos serviços prestados.

Entretanto, apesar dos diversos estudos sobre a melhoria da eficiência em organizações de saúde, as falhas em obtê-la permanecem ocorrendo. Dessa forma, diante da importância da integração entre os profissionais envolvidos para a gestão da qualidade, das diversas barreiras que dificultam a integração entre os setores e organizações e da ausência de estudos que tenham

analisado a relação entre integração, gestão da qualidade e eficiência, este estudo se propõe a responder à seguinte pergunta de pesquisa: Como ocorre a relação entre a integração e a gestão da qualidade e quais são os impactos dessa relação na eficiência de organizações de saúde?

## 1.2 OBJETIVOS

O objetivo geral deste estudo é verificar a relação entre a integração e a gestão da qualidade e quais os impactos dessa relação na eficiência de organizações de saúde. A fim de operacionalizar esta pesquisa, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: verificar como estão estruturados os conceitos centrais integração, eficiência, gestão da qualidade e os relacionamentos interpessoais (liderança, confiança e comunicação); identificar possíveis barreiras à integração; e aprofundar o entendimento de como ocorre a relação entre a integração e a gestão da qualidade e as decorrências para a eficiência, no dia a dia, em diferentes contextos hospitalares.

## 1.3 JUSTIFICATIVA TEÓRICA E PRÁTICA

A melhoria do desempenho das organizações de saúde é um tema que vem ganhando grande atenção da área da gestão de operações (BOYER *et al.*, 2012; DOBRZYKOWSKI *et al.*, 2016). Entretanto, apesar de tanto bens quanto serviços serem produzidos por um sistema de operações, as peculiaridades envolvidas na produção do serviço, o que inclui, no caso das organizações de saúde, o próprio paciente no processo produtivo, demandam estudos específicos para essa área (NEDYALKOV, 2010).

A relação entre a eficiência e a gestão da qualidade já vem sendo estudada há algum tempo nas organizações de saúde. Haberfelde, Bececarre e Buffum (2005) evidenciaram que o aumento no número de enfermeiros está associado à redução no número de eventos adversos nos pacientes, o que acaba reduzindo os custos da internação. Por outro lado, McCloskey (1998), Blegen e Vaughan (1998) e McKay e Deily (2005) indicam que o aumento no número destes profissionais é eficiente até determinado ponto, a partir do qual aumentam-se os custos sem que se obtenha melhoria na gestão da qualidade. Além disso, as organizações de saúde vêm sendo constantemente pressionadas a reduzir seus custos, entregando resultados cada vez melhores para seus pacientes (KAPLAN *et al.*, 2014).

Diversos autores têm realizado estudos apresentando a integração a nível setorial ou organizacional como forma de alcançar a eficiência (WILEY; MATTHEWS, 2017; BAKER; BUNDORF; KESSLER, 2014; BROWN; KING, 2016; MATYSIEWICZ; SMYCZEK, 2016; FLEURY; MERCIER, 2002). A fim de identificar se havia estudos que analisassem a relação entre a integração e gestão da qualidade e os impactos oriundos desta relação sobre a eficiência, foram acessados periódicos nacionais e internacionais específicos da área do conhecimento, utilizando as plataformas EBSCOHost e o *Web of Science* para o período de janeiro de 1997 a abril de 2017.

O prazo de vinte anos foi escolhido por se acreditar que ele seja suficiente para abordar os diversos estudos publicados sobre organizações de saúde em busca da melhoria da eficiência. Para isso, foram utilizados, de forma conjunta, os seguintes grupos de termos e seus equivalentes em português tanto nos títulos dos artigos quanto em seus resumos: *efficiency and integration and quality management; efficiency and healthcare; efficiency and hospital; integration and healthcare; integration and hospital; quality management and healthcare; quality management and hospital; interaction and healthcare; interaction and hospital*.

Foram encontrados estudos que trataram da relação entre integração e gestão da qualidade ou integração e eficiência ou gestão da qualidade e eficiência, mas não foram encontrados estudos nos idiomas inglês, espanhol, português e francês, que tenham tratado da relação entre gestão da qualidade, integração e eficiência ao mesmo tempo. Por esta razão, este estudo busca contribuir com a literatura de gestão de operações de serviços ao propor que a melhoria da eficiência em organizações de saúde pode ser conseguida através da relação entre a integração entre os profissionais e a gestão da qualidade e que isto envolve os relacionamentos interpessoais representados pela comunicação, liderança e confiança. Com os resultados encontrados neste estudo, espera-se que haja uma melhor compreensão da relação destes conceitos centrais para a melhoria do desempenho destas organizações. Ao final, é proposto um *framework* teórico com o objetivo de auxiliar os estudos da área.

Enquanto contribuição empresarial, esse estudo espera oferecer aos gestores a compreensão de que a melhoria da eficiência passa pela participação de todos os profissionais operacionais que não devem ser alijados da elaboração dos diversos processos assistenciais, o que os torna apenas executores, sem que compreendam a importância do que estão fazendo. Para que isso aconteça, duas ações simultâneas devem ser levadas a cabo: as lideranças intermediárias têm de ser ouvidas, o que poderá estimulá-las a também ouvir os demais membros de sua equipe; e os profissionais devem sentir-se seguros em expor suas opiniões, o que só ocorrerá em uma organização que utiliza os erros como fontes de aprendizagem e não

para apontar culpados. Desta forma, consegue-se integrar os diversos profissionais , além de tornar a gestão da qualidade um compromisso coletivo, gerando a desejada melhoria de eficiência.

Como contribuição metodológica, para pesquisadores que pretendam analisar organizações de saúde, este estudo sugere que diante dos diferentes perfis epidemiológicos existentes, não é possível realizar uma comparação entre organizações de saúde baseado apenas em valores numéricos. Por outro lado, ao analisar qualitativamente, pode-se buscar pontos em comum que podem ser melhorados ou copiados uns para os outros, o que em uma análise puramente estatística talvez não seja percebido.

#### 1.4 ESTRUTURA DA TESE

Este trabalho foi estruturado da seguinte forma: o Capítulo 1 apresenta a introdução sobre o tema, a definição do problema, bem como a questão de pesquisa, a delimitação do tema, objetivos geral e específicos, e as justificativas para a elaboração deste estudo; o Capítulo 2 contém a revisão teórica referencial da pesquisa abordando temas como a gestão de operações, além de diversos estudos que abordam os conceitos centrais integração, eficiência, gestão da qualidade e relacionamentos interpessoais representados pela comunicação organizacional, liderança e confiança; o Capítulo 3 detalha a metodologia de pesquisa, apresentando os motivos que levaram a escolha do método, assim como elucidando a natureza da pesquisa, a técnica utilizada para análise e as fontes de coletas de dados; o Capítulo 4 traz tanto as análises, discussões e conclusões individualizadas de cada um dos hospitais, como também uma análise comparativa dos três hospitais; o Capítulo 5 a conclusão, sendo seguido pelas referências utilizadas neste estudo.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A fundamentação teórica que dá suporte a esta pesquisa apresenta os principais conceitos da gestão de operações e serviços, bem como alguns estudos que a utilizam como base para suas análises. São apresentados, ainda, os conceitos centrais integração, eficiência, gestão da qualidade e relacionamentos interpessoais (comunicação, liderança e confiança).

### 2.1 A GESTÃO DE OPERAÇÕES DE SERVIÇOS

Durante muito tempo, face às novas tecnologias aplicadas, a pesquisa em operações foi focada na melhoria da produtividade de organizações manufatureiras. Entretanto, desde a década de 1990', a economia mundial vem experimentando uma mudança estrutural através da qual o setor de serviços vem ampliando a sua participação na geração de capital (CHASE; APTE, 2007). Desde então, o rápido crescimento deste setor tem recebido atenção de estudiosos da área de operações como forma de melhorar a sua produtividade (HEINEKE; DAVIS, 2007).

A gestão de operações de serviços é necessária em função da alta variabilidade presente na produção dos serviços. Em geral, são prestados por diferentes indivíduos com a eventual participação do cliente na sua produção, o que os torna difíceis de serem padronizados, possibilitando a ocorrência de erros, percebidos ou não pelos clientes. É em razão destas falhas que reside a importância dos estudos sobre a gestão de operações de serviços para as organizações, pois podem contribuir para a melhoria do controle da qualidade requerida por seus clientes (ARMISTEAD, 1989; METTERS; MARUCHECK, 2007).

Além disso, apesar de algumas similaridades entre as operações de manufatura e operações de serviços, há algumas diferenças significativas entre elas. A intangibilidade, a simultaneidade, a perecibilidade e a variabilidade são fatores que dificultam a operação de serviços (XING *et al.*, 2013).

A intangibilidade se refere ao fato de que os serviços não envolvem materiais tangíveis, ainda que alguns deles contribuam para a sua prestação (por exemplo: seringas, medicamentos, curativos). A simultaneidade significa que ela é produzida por alguém e é consumida concomitantemente por outro indivíduo. A perecibilidade está relacionada com a simultaneidade, pois à medida que é produzido, o serviço é consumido, o que impede que seja armazenado. A variabilidade ocorre, porque os serviços são realizados por pessoas e para

pessoas que tendem a nunca ser exatamente as mesmas (BERRY; ZEITHAML; PARASURAMAN, 1985; XING *et al.*, 2013).

Dentre as operações de serviços que vêm ampliando a sua complexidade está a de operações das organizações de saúde (MAHDAV *et al.*, 2013). Neste setor, dois fatores têm sido determinantes para se buscar a melhoria da eficiência: o rápido crescimento dos custos; e o crescimento expressivo dos usuários por um serviço com qualidade (AHMADI-JAVID; JALALI; KLASSEN, 2017).

A qualidade dos processos experimentada pelos pacientes durante o a assistência recebida é um componente vital para o desempenho da organização (PONSIGNON *et al.*, 2015). Como os serviços são prestados por seres humanos para seres humanos, o suporte dado pela supervisão imediata e o estabelecimento de um ambiente de trabalho, no qual as falhas podem ser discutidas abertamente são preponderantes para a melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços prestados (TUCKER, 2007).

Um exemplo disto ocorre nas salas de emergência, durante o atendimento a um paciente. Se houver demora em uma das etapas do serviço (médico, enfermagem, exames laboratoriais ou de imagem, por exemplo), seu atendimento demorará mais do que o necessário, podendo causar danos irreversíveis a ele. Além disso, outros pacientes que estão à espera de serem chamados, poderão entediarse e evadir, sujeitando-se a consequências nocivas à sua saúde. Na perspectiva destes clientes, o valor do serviço recebido é inferior ao desejado. No caso da organização, as falhas representam custos desnecessários que se refletem na perda do desempenho (WARD *et al.*, 2015).

### *2.1.1 A Análise da Área de Operações sobre o Setor Hospitalar*

Dada a complexidade crescente envolvendo as organizações de saúde, devido ao progresso contínuo das ciências médicas e da própria tecnologia, além do aumento das expectativas da sociedade por um acesso a serviços com mais qualidade, os estudos da área de operações têm procurado contribuir para a sua melhoria (CORRIGAN, 2005; MAHDAV *et al.*, 2013).

Green (2012) aponta como fator que leva a perdas na eficiência a pouca ou nenhuma comunicação entre as coordenações dos diversos serviços envolvidos nos cuidados prestados ao paciente. Para Froehle (2012), a centralização na tomada de decisão organizacional pode elevar custos, já que reduz a flexibilidade da organização, a fim de planejar o melhor uso dos recursos disponíveis. É o caso, por exemplo, das salas cirúrgicas que podem ser planejadas para

um uso flexível tanto para pacientes oriundos dos serviços de emergência, quanto para os pacientes eletivos.

A complexidade destes processos envolve atores diversos que devem agir de forma colaborativa, a fim de gerar o valor esperado na entrega do serviço. Dessa forma, a integração dos profissionais envolvidos nos processos passa a ser o maior desafio organizacional, uma vez que ela evita assimetria de informação e resultados inferiores que se refletem na perda de valor para os pacientes (CHAKRABORTY; DOBRZYKOWSKI, 2014).

Para evitar essas perdas, é necessária uma coordenação eficiente, baseada na comunicação. Isto é, as competências de cada um dos setores devem ser combinadas coletivamente para facilitar a criação de valor. As competências, neste caso, se referem aos conhecimentos e habilidades individuais dos diversos atores que, combinados por uma coordenação integrada, resultam na criação de valor (DOBRZYKOWSKI, TARAFDAR, 2015).

### *2.1.2 Alguns estudos sobre o setor hospitalar pela ótica da Gestão de Operações de Serviços*

Além dos autores já mencionados na subseção anterior, diversos estudiosos da área de gestão de operações vêm realizando pesquisas bastante distintas nesse segmento. No Quadro 1, são mencionados apenas alguns deles cujos estudos abordam focos distintos. No primeiro estudo é abordada a importância do envolvimento das gestões intermediárias no processos decisório como forma de melhoria da própria estrutura organizacional. O estudo seguinte destaca o envolvimento dos diversos setores para a obtenção de êxito na implementação de estratégias.

No artigo seguinte, de Romero *et al.* (2013), o estudo apresenta os ganhos de produtividade obtidos pelas melhorias implantadas na gestão de processos, o que levou à obtenção de diagnósticos mais rápidos para pacientes com câncer, permitindo que o tratamento fosse iniciado em menos tempo, o que é crucial para esta patologia. Townsend, Lawrence e Wilkinson. (2013) evidenciaram que a integração dos setores levou à gestão conjunta de processos, impactando nos resultados das organizações estudadas.

Para Zigan (2013), as relações internas e externas trazem ganhos para o desempenho, enquanto para Gholami *et al.* (2015), são os investimentos em tecnologia que possibilitam ganhos tanto de eficiência quanto de qualidade. Tucker e Singer (2015), por outro lado, não conseguiram evidenciar benefícios entre a integração da alta gestão com os profissionais operacionais.

Quadro 1 – Estudos de gestão de operações de serviços sobre hospitais.

ESTUDO	AMOSTRA	RESULTADOS
Li, Benton e Leong (2002)	151 hospitais comunitários norte-americanos	Foco na melhoria dos processos decisórios intermediários levou a melhorias estruturais.
Kunkel, Rosenqvist e Westerling (2009)	386 departamentos de 92 hospitais suecos	A contribuição dos diversos setores internos tanto na elaboração, quanto na implementação de estratégias possibilitou melhoria no desempenho.
Romero <i>et al.</i> (2013)	1 unidade oncológica de um hospital holandês	A gestão de processos elevou a produtividade em 90%, inclusive na velocidade de diagnósticos.
Townsend, Lawrence e Wilkinson. (2013)	465 hospitais australianos	A gestão de processos interdependentes levou à melhoria nos resultados da qualidade praticada nos cuidados de pacientes e no desempenho financeiro.
Zigan (2013)	3 hospitais da Alemanha	Tanto as relações internas, quanto externas impactam no desempenho dos hospitais estudados.
Gholami <i>et al.</i> (2015)	187 hospitais norte-americanos	Investimentos em tecnologia da informação possibilitam tanto ganhos de eficiência, quanto na qualidade.
Tucker e Singer (2015)	92 hospitais norte-americanos	Programas que incentivam o contato dos principais gestores com os funcionários de linha de frente não trazem melhorias para as organizações.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Em comum, os estudos apresentados indicam a necessidade do trabalho colaborativo entre os diversos setores para a melhoria do desempenho organizacional. Na realidade, tanto os gestores, quanto médicos, enfermeiros e demais profissionais assistenciais, além de todos os profissionais alocados nos setores de apoio exercem um papel fundamental na gestão da eficiência das organizações de saúde (TANAKA *et al.*, 2013). Por outro lado, se a busca da eficiência é necessária para manter a sustentabilidade das organizações de saúde, a eficiência não pode ser desmembrada neste setor da gestão da qualidade. Nas organizações de saúde, a gestão da qualidade e a eficiência são complementares, pois, de outra forma, não se conseguem atender às expectativas de seus *stakeholders* (NAVARRO-ESPIGARES; TORRES, 2011).

## 2.2 EFICIÊNCIA

Basicamente, a eficiência pode ser definida como a habilidade em produzir um serviço com a menor quantidade possível de perdas, de custos e de esforços dos profissionais envolvidos (ZHANG; FRY; KRISHNAN, 2015). Outro conceito para a eficiência trata da importância de se maximizar os *outputs*, deixando fixos os *inputs*, ou ainda, minimizar os *inputs*, enquanto os *outputs* são fixos. Em ambos os casos, entretanto, a qualidade não pode ser reduzida nas organizações de saúde (BURGESS, 2012)

Um dos fatores que está relacionado tanto à perda de eficiência, quanto de qualidade é o volume de trabalho das equipes assistenciais. Se por um lado, utilizar toda a capacidade instalada pode levar à ideia de um uso eficiente de recursos, por outro, ela leva à sobrecarga de trabalho, o que acaba por se refletir na elevação da média de permanência. Isso ocorre, porque o maior número de pacientes acaba demandando maior atenção dos profissionais a atividades não diretamente ligadas ao paciente (documentação, coordenação dos cuidados do paciente, atenção aos familiares), prejudicando a eficiência e a gestão da qualidade dos serviços prestados (ELLIOTT *et al.*, 2014). Por isso, ainda que pareçam paradoxais, a eficiência e a gestão da qualidade devem andar juntas em organizações de saúde, para que a primeira não implique em perda na outra (NAVARRO-ESPIGARES; TORRES, 2011).

Além da carga de trabalho excessiva, fatores como a falta de visibilidade dos processos e a variabilidade/incerteza características deste segmento também se constituem em barreiras à integração e à redução da eficiência (PARNABY; TOWILL, 2008). A maior parte dessas variabilidades/incertezas possui causas internas (BÖHME *et al.*, 2014), o que gera a necessidade de serem criadas forças-tarefa para reduzi-las, devendo, para isso, contar com o apoio da alta gestão (PARNABY; TOWILL, 2008).

Uma forma de se reduzir a variabilidade/incerteza ocorre por meio do estabelecimento de protocolos clínicos, uma vez que eles auxiliam no processo de tomada de decisão durante a assistência (KALKAN; SANDBERG; GARPENBY, 2015). Usualmente, são elaborados por profissionais reconhecidos como especialistas em suas áreas, possibilitando a padronização e maior eficiência na prestação dos serviços (TAYLOR, 2014).

Por outro lado, ao contrário da manufatura, na qual partes intercambiáveis e de medidas exatas podem ser colocadas juntas, na prestação de serviços, vários elementos na área da saúde não podem ser padronizados (LILLRANK, 2012). Ainda que os protocolos existam e sejam úteis nas tomadas de decisão, a variabilidade existente em cada processo está ligada não só às peculiaridades de cada paciente (doenças crônicas, estilo de vida, herança genética), mas à

própria subjetividade de cada profissional envolvido no processo, o que acaba se refletindo na interpretação dos dados (TAYLOR, 2014).

Em relação aos indicadores de eficiência, diversas são as abordagens feitas. Estudos sobre a relação entre o aumento de custos hospitalares e o aumento da média de permanência em virtude das infecções associadas vêm sendo realizados há alguns anos (SCHMIDT; GEISLER; SPRECKELSEN, 2013; HAYFORD, 2012).

A taxa média de permanência possibilita verificar se há eficiência em todos os processos que envolvem o paciente. Ela está relacionada à qualidade da alimentação, o que pode evitar sua desnutrição (SOUZA; NAKASATO, 2011); aos aumentos dos custos (LIM *et al.*, 2006; TITLER *et al.*, 2008; SILVA *et al.*, 2014); à qualidade na gestão dos processos (ANDRITSOS; TANG, 2014); a erros causados durante a higienização do leito ou pela prestação dos serviços pelos profissionais assistenciais (AGARWAL; SANDS; SCHNEIDER, 2010); e à geração de receitas devido à melhoria do fluxo (NEW; McDOUGALL; SCROGGIE, 2016).

Lo *et al.* (2014) defendem que as infecções associadas ocorrem em pacientes hospitalizados por 48 horas ou mais. Plowman *et al.* (2001) atribuem a esta relação um aumento de 14 dias na internação de pacientes com infecções associadas, enquanto para Sheng *et al.* (2005), houve um aumento de 20 dias. Rahmqvist *et al.* (2016) evidenciaram que a média de permanência maior causada por infecções associadas é responsável por 11,4% dos custos totais dos hospitais. Esta é, na realidade, uma relação que gera um ciclo vicioso, pois internações superiores a 48h também ampliam a possibilidade de se contrair uma infecção associada (LO *et al.*, 2014).

Apesar destes estudos, Marinho (2001) defende o uso de três diferentes instrumentos metodológicos: a técnica de programação e de otimização matemáticas, denominada análise de envoltória de dados [*data envelopment analysis* (DEA)]; os indicadores tradicionais de avaliação da utilização de hospitais (o prazo médio de permanência; a taxa de rotatividade; e a taxa de ocupação); e os modelos de regressão em painel (*panel data model*) relacionando o escore de eficiência obtido com a DEA ao prazo médio de permanência dos hospitais. Este autor defende esta forma de análise, pois entende que diferenças nos prazos de permanência podem refletir diferenças de estilos de atuação ou diferenças de eficiência, o que poderia levar a resultados equivocados.

Leleu, Moises e Valdmanis (2012) trazem uma importante discussão sobre ganhos de eficiência para organizações de saúde. Para os autores, deveria haver uma preocupação maior com o número de leitos das UTIs, pois, apesar de serem responsáveis por 20% dos custos de um hospital norte-americano, detém menos de 10% do total de leitos, o que dificulta a obtenção

de ganhos de escala. Vale dizer que suas conclusões são bastante úteis para os hospitais que não atendem o convênio público SUS, uma vez que sua forma de remuneração prevê valores fixos de pagamento que não correspondem à realidade do que ocorre com estes pacientes em uma unidade deste porte.

Para fins de comparação, o presente estudo utilizará a taxa média de permanência, assim como outros estudos já apresentados anteriormente, porque, quando ela aumenta, os recursos utilizados no tratamento ampliam os custos variáveis (GRAVES, 2004) e os profissionais assistenciais têm uma queda de produtividade por se tratar de um tratamento clínico prolongado (GRAVES, 2004; BURCHARDI; SCHNEIDER, 2004). Todos, portanto, com reflexos negativos sobre a eficiência, já que há uma piora nos custos econômicos da operação.

Outro indicador utilizado para verificar a eficiência das organizações de saúde é a separação por sujidade das roupas. Quando não é realizada, reflete-se no aumento dos custos de lavanderia, pois além de tomar mais tempo daquele setor para realizar a separação por grau de sujidade, acaba provocando a contaminação do material que poderia ser lavado com uma menor utilização de produtos químicos, o que acaba repercutindo na vida útil dos tecidos (BRASIL, 2009; MEDEIROS; SOUZA; DE OLIVEIRA PAMPLONA, 2009), impactando no resultado econômico da organização hospitalar.

Além dos indicadores já mencionados, o planejamento de alta do paciente é um processo que pode ser investigado como indicador de eficiência. Diante da fragmentação da assistência prestada e da possibilidade de doenças iatrogênicas que uma permanência a maior pode causar no paciente, o planejamento de alta é o resultado da interação entre os diversos profissionais que o assistem e que, de forma colaborativa, interagem para propiciar uma assistência centrada no paciente (RODHES, 2013). Doenças ou eventos iatrogênicos são aqueles que abrangem danos materiais (por exemplo: uso de medicamentos, cirurgias desnecessárias, mutilações) e psicológicos (psicoiatrogenia – o comportamento, as atitudes, a palavra) causados ao paciente não só pelo médico como também pelos demais profissionais (por exemplo: enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas) (PARUCH; KO; BILIMORIA., 2014).

O planejamento de alta inicia com a admissão do paciente e termina com a assinatura do médico no prontuário que é seguida pelas demais orientações dos outros profissionais no momento em que o paciente já está autorizado para sair do hospital (LIN *et al.*, 2005). Ele auxilia na gestão dos leitos que é um recurso escasso e limitado (NEW *et al.* 2016); na mitigação de eventos que possam ser fontes de doenças iatrogênicas (ANDREWS *et al.*, 1997); além de

ser um indicador da qualidade da comunicação dentre os profissionais assistentes e entre estes e os familiares (EL-BANNA, 2013; NEW *et al.*, 2013).

Por isso, a integração dos profissionais envolvidos em cada um dos processos auxilia na obtenção de objetivos comuns. Isso ocorre, por exemplo, quando são analisados, em conjunto, exames laboratoriais e de imagem, além dos exames clínicos no paciente. A integração em torno de cada caso possibilita que se construa o melhor diagnóstico possível, o que gera o plano de tratamento mais adequado para cada caso (LILLRANK, 2012).

### 2.3 INTEGRAÇÃO

A integração é definida neste estudo como a combinação de contribuições e recursos especializados e diferenciados que resultam em um sistema composto por diversas partes (conforme LILLRANK, 2012). Cada uma dessas partes contribui para o resultado, mas também se submete às demandas do todo. A integração, para Lillrank (2012), significa abrir mão de alguns benefícios da especialização para o bem do sistema. Singer *et al.* (2011) definem integração como uma assistência contínua e coordenada de profissionais, instalações e sistemas de suporte adaptados para atender às necessidades e preferências dos pacientes.

Todavia, um dos grandes desafios enfrentados pelas organizações é possibilitar que a integração ocorra e que possa superar os diversos interesses individuais. Para isso, é preciso que as lideranças sejam capazes de persuadir os demais profissionais de que os objetivos só serão alcançados se houver a disposição para fazerem parte de grupos e de que estes devem interagir entre si. É preciso que compreendam que os benefícios de longo prazo serão superiores aos ganhos imediatos, a ponto de buscarem a manutenção das relações sociais (HAKONSSON *et al.*, 2016).

As organizações, em realidade, vivem sob um dualismo, já que são formadas por estruturas formais e informais de controle. Enquanto a organização formal é constituída de um conjunto de regras, processos e estruturas de coordenação e controle de atividades, a organização informal é resultante de comportamentos individuais e de diversas interações entre os indivíduos. Nela, há outras normas, valores e crenças que norteiam o comportamento e as interações. Objetivamente, não se pode dizer que exista uma configuração ótima de estrutura organizacional formal, mas sim uma série de necessidades organizacionais que, diante de fatores externos e internos, só podem ser atendidas se houver uma integração entre os sistemas formal e informal (McEVILY; SODA; TORTORIELLO, 2014) e entre os gestores de nível

estratégico e os de nível operacional (KIM; STING; LOCH, 2014). Isso significa que a integração pode ocorrer tanto no nível dos setores quanto pela participação dos profissionais que nela atuam (HALEY, 2012; WILLUMSEN *et al.*, 2012). Entretanto, a nível profissional, essa integração tem mais chance de ocorrer se os profissionais tiverem clareza dos seus objetivos individuais e compreenderem que, através do esforço coletivo, eles serão mais facilmente atingidos (HALEY, 2012).

Estudo recente realizado com 6 fábricas alemãs sugere que as organizações que conseguem melhorar a integração entre os níveis estratégico e operacional tendem a apresentar melhores resultados, gerando, inclusive, condições para a proliferação de iniciativas individuais e maior criatividade que geram melhorias nos processos (STING; LOCH, 2016). Esta falta de integração entre os dois níveis organizacionais pode estar relacionada com os problemas enfrentados pelas organizações de saúde. A enfermagem, por exemplo, tem sido tratada apenas como um centro de custos, sendo apontada como responsável por 25% dos custos operacionais totais (MAENHOUT; VANHOUCKE, 2013) e 44% dos custos diretos (WELTON *et al.*, 2006) de uma organização hospitalar, o que não considera o grau de atenção dispensado, levando à falta de sua visibilidade econômica (LASATER, 2013; DUFFIELD; KEARIN; LEONARD, 2007).

Kamdar e Van Dyne (2007) relataram uma alta correlação entre a qualidade e a integração entre 230 funcionários de uma multinacional e este quantitativo incluía subordinados e seus supervisores. Ryan e Deci (2000) trataram da relação diretamente proporcional entre as condições sociais nas quais estão inseridos os indivíduos e sua tendência a serem proativos e comprometidos.

Outro estudo comparou hospitais de desempenho ótimo com outros de baixo desempenho no que se refere às taxas de mortalidade após 30 dias, de pacientes vítimas de infarto agudo do miocárdio (IAM). Como fatores diferenciadores entre os dois tipos de hospitais foram destacados o comprometimento do corpo clínico, o apoio da alta gestão na busca da qualidade, o uso efetivo das informações e a forte comunicação e colaboração entre os grupos envolvidos (CURRY *et al.*, 2015).

Moreno, Salgado e Ortiz (2013) evidenciaram uma relação direta entre a inovação e a integração social ao estudar oito hospitais mexicanos. Concluíram que isso só ocorria quando os gestores atuavam como mediadores destas interações. Resultados semelhantes foram encontrados por Pierro *et al.* (2013) e por Vanaki e Vagharseyyedin (2009). Os dois estudos identificaram que a qualidade das relações entre os profissionais médicos e de enfermagem tinha uma relação direta com o seu grau de comprometimento e, por consequência, com a redução na sua intenção de saída da organização.

Todavia, no lugar de uma gestão colaborativa para a elaboração e implementação das estratégias, permanece a tentação de manter as decisões estratégicas apenas no alto escalão, o que não é eficaz, principalmente, em organizações de saúde que são altamente dependentes da especialização de diversos atores (MINTZBERG; AHLSTRAND; LAMPEL, 2004). Os processos em uma organização hospitalar são realizados por profissionais diversos (OSMO, 2012) que são ligados a setores distintos e que devem buscar, de forma integrada, uma maior eficiência nos processos e uma melhoria na gestão da qualidade. Essa integração evita a assimetria de informação que pode se refletir na perda de valor para os pacientes (CHAKRABORTY; DOBRZYKOWSKI, 2014), além de gerar maior confiança entre os membros da equipe, o que só realimenta a sua integração (LEE; SWINK; PANDEJPONG, 2011).

Alguns estudos defendem que a integração nas organizações de saúde ocorre em três diferentes dimensões que se complementam: no nível micro (integração dos profissionais envolvidos na prestação de assistência aos pacientes); no nível meso (a integração se dá entre estes profissionais e a organização); e no nível macro (a integração ocorre entre os setores) (KODNER, 2008; CURRY; HAM, 2010; LYNGSØ; GODTFREDSSEN; FRØLICH, 2016). Para outros autores, ela pode ocorrer de três formas: entre organizações, entre os setores de uma organização ou entre os diversos profissionais que prestam a assistência aos pacientes, o que inclui médicos, enfermeiras, as demais atividades assistenciais e todo o pessoal de apoio e administrativo (HALLEY, 2012; WILLUMSEN; AHGREN; ØDEGÅRD, 2012).

## 2.4 GESTÃO DA QUALIDADE

A gestão da qualidade em organizações de saúde é conceituada como um processo sistemático para identificar e realizar ações capazes de manter e melhorar a qualidade dos cuidados prestados, o que envolve a estrutura, processos e resultados (WAGNER *et al.*, 2014). Ela, entretanto, enfrenta barreiras diversas devido às peculiaridades do próprio setor.

Dentre estas barreiras, estão a estrutura organizacional composta por setores e unidades tão distintas que dificultam a sua integração; a limitada autoridade dos gestores administrativos face ao alto nível de autonomia dos profissionais assistenciais para as tomadas de decisão; e o alto nível de heterogeneidade na implementação da gestão da qualidade em setores e unidades tão diferentes (GREGORI *et al.*, 2007).

Para superar estas barreiras, as organizações de saúde vêm adotando a cultura da segurança do paciente como um instrumento que possibilita o estabelecimento de um conjunto de padrões comportamentais dos diversos profissionais envolvidos, determinando a forma como vão exercer suas atividades. Para implementar a cultura da segurança do paciente e consolidar a gestão da qualidade, as organizações de saúde precisam estimular a boa comunicação, a liderança e a confiança mútua, de forma que todas as medidas sejam adotadas e praticadas por todos (NIEVA; SORRA, 2003; VINCENT, 2009).

Dessa forma, o estilo de liderança adotado acaba exercendo um papel fundamental para o êxito na implementação da gestão da qualidade (POLLACK; KOCH, 2003), pois ele deve envolver os demais profissionais tanto nos processos de elaboração, quanto de implementação (PALO; PADHI, 2003). E quando se trata de liderança, não se pode deixar de lado o genuíno comprometimento da alta gestão como um fator determinante para esta implementação. Ela é responsável por determinar objetivos claros a serem perseguidos pelos demais profissionais, além de buscar satisfazer as expectativas de clientes, melhorando, ao mesmo tempo, o desempenho organizacional (AHIRE; GOLHAR; WALLER, 1996). A gestão da qualidade implica uma mudança na forma como as atividades são feitas e isso inclui necessariamente o envolvimento dos diversos profissionais que compõem a organização (HUQ; MARTIN, 2000).

Assim como a gestão da qualidade e, por consequência, a cultura da segurança do paciente depende do estilo de liderança, o sucesso de sua implementação passa pela comunicação, já que é através dela que os objetivos são compartilhados e um ambiente propício às mudanças que se farão necessárias é criado (ARNOLD, SILVA, 2011). O processo de comunicação deve incluir não só a alta gestão, mas também os gerentes intermediários que estão encarregados de compartilhar os objetivos com os demais profissionais de forma que sejam capazes de compreender o que lhes foi solicitado (OAKLAND, 2011), gerando um serviço com qualidade superior.

A gestão da qualidade, nas organizações de saúde, tem duas importantes dimensões: uma que atende aos requisitos profissionais e outra que atende às expectativas de pacientes e da sociedade. Atender aos requisitos profissionais significa que ela atende às especificações pré-estabelecidas, o que inclui indicadores como mortalidade e infecções associadas. Atender às expectativas dos pacientes está relacionado à obtenção de sua recuperação, que tenha a menor quantidade possível de efeitos adversos e que sua cicatrização seja rápida em caso de intervenção cirúrgica (MANJUNATH, 2008). Ambas as dimensões, quando efetivas, geram o resultado da gestão da qualidade que é a qualidade propriamente dita e que requer dedicação e atenção aos detalhes (KUEI; LU, 2013).

A dificuldade em definir objetivamente a qualidade em organizações de saúde está ligada às características dos serviços prestados. Ela é dependente não só dos processos assistenciais, mas também das características individuais do paciente e daqueles que prestam a assistência e isto inclui sua habilidade, conhecimento técnico e experiência (MOSADEGHRAD, 2013). Basicamente, a qualidade é o resultado da gestão da qualidade, o que requer dedicação e atenção aos detalhes (KUEI; LU, 2013).

A busca pela qualidade leva à mitigação dos erros causados durante os processos assistenciais sob pena de ocorrerem eventos iatrogênicos (BARBOSA *et al.*, 2014). Um dos erros mais comuns nas organizações de saúde envolve a administração de medicamentos, já que esta é uma atividade que ocupa 40% do tempo de trabalho dos profissionais de enfermagem (KAVANAGH, 2017).

A gestão da qualidade auxilia na redução e prevenção destes erros e, sobretudo, na possibilidade de reverter ou minimizar os efeitos adversos de uma medicação errada. É neste ponto que a cultura da segurança do paciente atua. Ao evitar buscar e punir culpados, estimula-se que o profissional notifique o erro com a maior brevidade para a tomada de ações corretivas, possibilitando que, posteriormente, sejam identificadas as causas para a ocorrência do erro (WRIGHT, 2013).

Dessa forma, práticas como punição e demissão devem ser evitadas (HAW *et al.*, 2014), já que, além de não estimularem as notificações espontâneas, punem duplamente aquele profissional que ao reconhecer o seu erro, passa a ser tomado por um sentimento de culpa que lhe gera forte impacto emocional (FRY; DACEY, 2007; TANG *et al.* 2007; DE WITT *et al.*, 2013; ULLSTRÖM *et al.*, 2014).

Se de parte do paciente, os erros humanos podem gerar intercorrências graves, do lado das organizações de saúde, eles geram não só perdas financeiras que são, em geral, difíceis de serem mensuradas (TUCKER, 2004), mas também perdas de eficiência em virtude da ampliação do tempo de internação (QUAGLINI, 2010).

Para fins de análise que possibilite uma comparação geográfica mais abrangente em estudos futuros, o Ministério da Saúde (BRASIL, 1998) exige, desde 1998, o controle por indicadores das infecções hospitalares por meio da Portaria nº 2616. As infecções associadas são aquelas que os pacientes adquirem durante internação hospitalar e são usualmente associadas à presença de dispositivos invasivos, procedimentos cirúrgicos e a infecções por microrganismos multirresistentes que representam uma ameaça significativa devido ao impasse terapêutico que originam (PEREIRA *et al.*, 2016).

As infecções associadas constituem-se em um dos problemas mais sérios enfrentados na assistência aos pacientes, notadamente naqueles internados em Unidades de Tratamento Intensivo (UTIs), em virtude da baixa imunidade característica nestes pacientes. Ao menos, 30% de todos os pacientes admitidos nesta unidade terão algum tipo de infecção associada (ALP; DAMANI, 2015). Estima-se que, aproximadamente, 1,7 milhão de infecções associadas ocorram anualmente nos Estados Unidos e que têm relação com 99 mil mortes anuais a um custo estimado de U\$ 9,8 bilhões (TAYLOR, 2015; PINA *et al.*, 2010).

A taxa de infecções associadas está ligada à gestão da qualidade dos processos, porque significa que quanto mais alta, maiores foram as falhas nos processos assistenciais. Quando há necessidade de um tratamento para combater a infecção adquirida pelo paciente durante sua internação, alguns itens têm seus custos elevados. Mas como a taxa de infecções associadas é bastante genérica, outras taxas vêm sendo monitoradas. As infecções do trato urinário associadas ao catéter ocorrem, anualmente, em 290 mil hospitais norte-americanos, a um custo estimado em U\$ 290 milhões (CALDERON; KAVANAGH; RICE, 2015) e são responsáveis por 17% de todas as infecções associadas (MITCHELL *et al.*, 2016). Como medidas para a redução deste tipo de infecção, além da lavagem de mãos, estão a eliminação ou redução do uso deste catéter (CALDERON; KAVANAGH; RICE, 2015).

Alguns fatores estão relacionados a valores tão elevados: a ausência de conhecimento sobre as taxas, a falta de comprometimento das lideranças (TAYLOR, 2015) e a falta de compreensão sobre a importância das técnicas corretas para a lavagem das mãos (TAYLOR, 2015; ALP *et al.*, 2014). Por isso, as principais medidas de prevenção e controle se dão, por um lado, no cumprimento das boas práticas: precauções básicas (como higiene das mãos, uso adequado de equipamentos de proteção individual, controle ambiental) e isolamento e, por outro, no uso racional de antimicrobianos (antibióticos) (PINA *et al.*, 2010).

Outro indicador utilizado é a taxa referente à incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central (CVC). O CVC é um procedimento frequente em qualquer UTI, pois esse cateter possibilita a monitorização hemodinâmica, a manutenção de uma via de infusão de soluções e medicações, a nutrição parenteral, a hemodiálise e a coleta de amostras sanguíneas (AKMAL; HASAN; MARIAM, 2007). De acordo com os dados epidemiológicos mais recentes, a CVC, no ano de 2014, foi de 5,1 infecções a cada 1.000 CVC/dia (BRASIL, 2015), enquanto para a ANAHP, ela é de 1,89 infecções a cada 1.000 CVC/dia (ANAHP, 2017).

Dentre as medidas já mencionadas, a higienização de mãos vem sendo considerada uma das formas mais eficientes para a redução das infecções associadas (KUBILAY *et al.*, 2014;

PRICE *et al.*, 2016), pois uma elevação de 10% nos indicadores de lavagem de mãos está relacionada a 6% de redução nas infecções associadas (SICKBER-BENNET *et al.*, 2016).

Por outro lado, é preciso destacar que o monitoramento da lavagem de mãos pelos profissionais envolvidos na assistência é quase impraticável, pois não há como observá-los 24 horas por dia. Por esta razão, uma das formas utilizadas para monitorar a lavagem é o indicador de densidade de incidência de consumo de solução alcoólica para a higiene das mãos como método válido e indireto de adesão por parte da equipe multiprofissional. A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2009) indica que o consumo diário mínimo de solução alcoólica para higiene é de 20 ml/paciente-dia.

Os esforços para um monitoramento mais confiável têm-se concentrado no desenvolvimento de tecnologias capazes de controlar a lavagem de mãos, o que envolve, por exemplo, a utilização de um equipamento eletrônico pelos profissionais e um dispositivo no dispensador de sabão ou sanitizante sempre que este profissional o acionar. Infelizmente, a relação custo/benefício destes equipamentos vem sendo um limitador na sua implementação (McGUCKIN; GOVEDNIK, 2015).

Como esforço adicional para a redução das infecções associadas, são incentivadas medidas de precaução como uso de aventais e higienização das mãos para a assistência de pacientes oriundos de outros hospitais, bem como é feito o *swab* retal (utensílio que tem a funcionalidade de coletar amostras clínicas, neste caso, no reto) para verificar a presença de KPC, um tipo de bactéria, modificada geneticamente no ambiente hospitalar e que é resistente aos antibióticos (ARNOLD *et al.*, 2011).

Também pode ser considerado um indicador da qualidade o número de paradas cardiorrespiratórias (PCR) que ocorrem em pacientes hospitalizados. Vários estudos já evidenciaram que sinais de alerta geralmente precedem em 6 a 8 horas a maior parte das PCRs em pacientes hospitalizados (SCHEIN *et al.*, 1990; TEE *et al.*, 2008). Por isso, se o quadro clínico do paciente internado piora a ponto de sofrer uma PCR, isso sugere que a atenção ao paciente está deficiente, podendo gerar o óbito como o resultado não desejado, o que está relacionado a falhas na gestão da qualidade. A existência de um Time de Resposta Rápida (TRR) serve para atuar nestes casos, buscando evitar não só o óbito, mas as sequelas decorrentes da falta de oxigenação no cérebro (AHA, 2015; JONES, DEVITA; BELLOMO, 2011), o que, invariavelmente, no caso de sobrevivência, leva a um aumento dos custos de internação e da taxa média de permanência, o que gera resultados negativos sobre diversos recursos: leitos, exames complementares, atenção dos profissionais envolvidos e, invariavelmente, em caso de reversão da parada, de um leito de UTI.

Como um paciente internado em uma UTI recebe a assistência de diversos profissionais, o reconhecimento e a utilização das melhores práticas podem reduzir a tensão, frustração e ressentimento dos envolvidos, o que demanda uma comunicação efetiva entre eles (CASTRO-SÁNCHEZ; HOLMES, 2015). Uma vez que a redução das infecções associadas está diretamente relacionada com o trabalho colaborativo de todos os envolvidos nos diversos processos operacionais (SU, 2016), tanto a integração entre os profissionais quanto a gestão da qualidade precisam que os relacionamentos interpessoais estejam consolidados, em função de sua estreita relação com ela. Trata-se da comunicação (CONWAY; MONKS, 2011); da liderança (SABELLA; KASHOU; OMRAN, 2014; ZELNIK *et al.*, 2012; PURCELL; HUTCHINSON, 2007); e da confiança (DOELEMEN; TEN HAVE; AHAUS, 2012).

## 2.5 RELACIONAMENTOS INTERPESSOAIS

As relações interpessoais são afetadas por frações de acertos e erros dentro das organizações. Nelas, existem variáveis que podem afetar as relações, tais como a competitividade entre colegas; a falta de sinceridade nas relações, o que pode levar a dificuldades na construção da confiança; o abuso do poder das lideranças formais; e às falhas na comunicação que podem levar a erros e ao desinteresse dos profissionais que fazem parte dela. Dessa forma, as relações interpessoais ganham tal complexidade que acabam levando a uma excessiva burocratização, o que se reflete a uma restrição nas tomadas de decisões (CARVALHO *et al.*, 2015).

Como a comunicação, a liderança e a confiança são necessárias tanto à integração entre os profissionais, possibilitando o estreitamento da relação entre os sistemas formal e informal de controle (McEVILY; SODA; TORTORIELLO, 2014; CHAKRABORTY; DOBRZYKOWSKI, 2014), quanto à gestão da qualidade, através da cultura da segurança do paciente (NIEVA; SORRA, 2003; VINCENT, 2009), as próximas subseções tratarão destes três conceitos.

### 2.5.1 Comunicação

Nas organizações de saúde, a comunicação é definida como um processo de compreensão compartilhada que, ao emergir, estabelece e mantém o relacionamento entre as

partes (MANOJLOVICH *et al.*, 2015). A comunicação é uma habilidade importante tanto para gestores, quanto para subordinados ou para qualquer organização que almeje melhorar o desempenho. Ela é essencial, pois é dela que deriva a imagem que todos os stakeholders terão desta organização (FLOREA, 2014). As organizações que reconhecem a importância da comunicação como forma de estimular o comprometimento dos seus membros, são capazes de obter desempenho superior (HYNES, 2012).

Para uma comunicação eficiente, é necessário que haja, ao menos, um emissor e um receptor. Em uma organização, ela pode ocorrer dos gestores para os empregados e vice-versa. Podem, ainda, ocorrer entre empregados e departamentos do mesmo nível hierárquico ou de forma diagonal, quando não há uma relação hierárquica direta entre o emissor e o receptor (SPAHO, 2013). Em uma organização hospitalar especificamente, a qualidade da comunicação está diretamente relacionada com o contato pessoal (VOSS; ROTH; CHASE, 2008).

A comunicação tem tamanha importância nas organizações de saúde que vem sendo apontada, juntamente com o trabalho em equipe, como a principal causa de erros humanos em centros cirúrgicos (TIBBS; MOSS, 2014) e por 70% dos danos causados em pacientes durante a internação (LEONARD; GRAHAM; BONACUM, 2004). A qualidade da comunicação entre os profissionais médicos e de enfermagem é responsável pela satisfação no trabalho e pelo grau de comprometimento destes profissionais (GALLETTA *et al.*, 2016).

É preciso lembrar, também, que o livre arbítrio é uma característica exclusiva do ser humano e que permite ao empregado não executar uma ordem dada por um superior, ainda que tenha dito que iria cumpri-la. Esta ordem é resultante de uma cadeia de comando formal existente nas organizações, mas que não oferece garantias de que os resultados esperados sejam alcançados. Por isso, quando um contrato psicológico entre as partes é estabelecido, possibilitando que tanto o líder quanto o liderado sintam-se livres para participar, a tendência é de que ocorra a execução das ordens dadas. Nestes casos, o liderado compreende a importância de realizar a tarefa solicitada, bem como a melhor forma de fazê-la (BISEL; MESSERSMITH; KELLEY, 2012).

Mas não se deve esperar que a comunicação em uma organização ocorra com fluidez e sem sobressaltos. Tanto as expectativas individuais, quanto a capacidade de compreensão do receptor podem determinar rupturas nos processos de comunicação. Até o tamanho da organização poderá influenciar na qualidade da comunicação, já que a pluralidade de lideranças poderá gerar informações conflitantes. Sendo assim, criar mecanismos para facilitar a fluidez das informações é essencial, para que os líderes sejam capazes de mobilizar seus liderados na busca de objetivos comuns. Para isso, é necessário que os liderados se sintam apoiados por seus

superiores, o que só ocorre quando é construída a confiança entre as partes (BLIDARU; BLIDARU, 2015).

### 2.5.2 Liderança

O conceito de liderança tem evoluído do antigo modelo paternalista *top-down*, no qual o líder tem o controle completo e gera as demandas para os seus subordinados, para uma abordagem mais colaborativa, no qual o líder procura auxiliar a sua equipe a desenvolver uma visão mais sistêmica, conferindo-lhe autonomia para perseguir os objetivos organizacionais (SONNINO, 2016). Nas organizações de saúde, a liderança é conceituada como a habilidade de inspirar a excelência individual e organizacional, criando uma visão compartilhada para o atingimento dos objetivos organizacionais (CLIFF, 2012). Para isso, deve ser capaz de envolver outros indivíduos através de uma negociação transparente sobre a importância do atingimento de tais objetivos, fazendo com que se sintam apoiados e motivados a colaborar (PORTER-O'GRADY, 2003).

Os gestores podem utilizar diferentes tipos de liderança: a autocrática, a liberal, a democrática e a situacional. Em verdade, não há um estilo universal, mas aquele que seja o mais adequado para a situação que se está vivenciando e é esta percepção que faz de um profissional um líder efetivo (MOSADEGHRAD; FERDOSI, 2013). O estilo de liderança se reflete no grau de autonomia que é baseado na construção da confiança entre os indivíduos. Nos profissionais de enfermagem, por exemplo, o grau de autonomia acaba por se refletir na sua capacidade de tomar decisões e em sua percepção de que os resultados obtidos na atividade assistencial têm relação direta com o grau de esforço que é despendido por eles (GALLETA *et al.*, 2016).

Nas organizações de saúde, a liderança ganha ainda outra dimensão, pois tem um papel substancial na restauração das condições de saúde dos pacientes, uma vez que a assistência é altamente dependente da coordenação da contribuição de indivíduos de diversas especialidades (WHEELER, STOLLER, 2011). Ela tem a difícil missão de administrar as diferentes expectativas, aumentando sua satisfação e comprometimento e reduzindo sua rotatividade (CENNAMO; GARDNER, 2008), além de solucionar os conflitos entre gerações e culturas distintas (CURRIE; HARVEY, 2000).

Tal desafio gerencial não pode ser deixado de lado, pois os diversos profissionais que a compõem são o seu mais importante recurso e é da sua satisfação e comprometimento em realizar as diversas atividades que resulta a sua sustentabilidade (MOSADEGHRAD; FERDOSI, 2013). Não por acaso, enquanto alguns estudos relacionam o comprometimento

individual com redução de custos, satisfação dos clientes e redução dos erros (KAYNAK, 2016; GOWEN III *et al.*, 2006), outros associam a existência de uma liderança considerada confiável e que dê suporte aos demais profissionais da equipe com a redução de quedas de pacientes, das úlceras de pressão e de infecções associadas (WONG, 2015; BLEGEN *et al.*, 2011; VOGUS; SUTCLIFFE, 2007).

Outro desafio envolvendo lideranças se dá em relação aos profissionais médicos. Usualmente, estes profissionais não são desenvolvidos, durante a sua formação acadêmica, para serem líderes ou para refletirem sobre o seu próprio comportamento. Por natureza da profissão, eles tendem a se focar mais nos resultados do que nos próprios processos que levam àqueles resultados (STOLLER, 2009).

Além disso, como a segurança do paciente resulta da combinação de pessoas e processos e ambos os elementos dependem da liderança, é dela que deve advir o estímulo para a criação de um ambiente permeado por ações voltadas a esta segurança. Para isso, deve ser estimulada uma cultura de não punição aos erros ou esquecimentos, pois só assim todos se sentirão estimulados a reportar as falhas cometidas, possibilitando um aumento da confiança entre as partes e, por consequência, a tomada de ações corretivas (JARRETT, 2017).

Como devem buscar a sustentabilidade, os líderes devem desenvolver habilidades que os permitam atuar como intérpretes de um ambiente complexo, agindo como mediadores dentro de uma organização (METCALF; BENN, 2013). Por isso, as organizações inseridas em ambientes de incerteza têm que se valer de procedimentos especializados e isto exige a flexibilização da obediência hierárquica, pois parte dessa especialização pode estar localizada nos níveis hierárquicos inferiores (DONALDSON, 1999).

O distanciamento entre os níveis estratégico e operacional vem sendo apontado como uma barreira para a integração (CURRIE; HARVEY, 2000; CURRY *et al.*, 2015) e como há a necessidade de se buscar permanentemente um desempenho superior, o compartilhamento de informações entre o líder e liderados passa a ser vital (LAM; HUANG, 2015). Através desse compartilhamento, a liderança pode ser exercida por membros diferentes e em diferentes níveis dentro das equipes, o que envolve gerir os limites entre: os papéis dos diferentes membros da constelação de liderança; a liderança daqueles que exercem atividades clínicas; os líderes formais e outros membros da equipe; das diferentes profissões e experiências de vida; e da vida pessoal e profissional (CHREIM *et al.*, 2013).

Não se trata, todavia, de propor a transformação dos gestores em líderes servidores como defendem alguns estudos recentes (BOEKHORST, 2015; GRISAFFE; VANMETER; CHONKO, 2016). Em realidade, não raro, os membros de uma organização são tratados como

recursos, ainda que os discursos da alta gestão deem a entender o contrário (AKTOUF, 2005). Nesses casos, a percepção de que o conceito de líder servidor possa ser apenas mais um modismo que não encontra respaldo na realidade em que vivem, fará os liderados não se comprometerem com a organização (PETRIGLIERI; PETRIGLIERI, 2015).

Por isso, a divisão de responsabilidades dentro de uma equipe amplia o comprometimento e melhora a confiança entre os seus membros. Isso, entretanto, só ocorre por meio da comunicação, da coordenação e da simplificação da estrutura gerencial sob o comando de um líder formal (HUESCH, 2013). Ele tem de se tornar um modelo a ser seguido, de forma a angariar a admiração, o respeito e a confiança dos liderados (BASS; RIGGIO, 2006).

O ambiente criado pelo estilo de liderança determina a forma como os membros de uma equipe interagem uns com os outros, podendo estimular a cooperação e a motivação genuína (JARAMILLO; BANDE; VARELA, 2015). Não se trata de algo simples de implantar, pois o líder deverá fornecer suporte individualizado, o que será percebido pelos liderados como respeito e preocupação com seus sentimentos e necessidades pessoais (PODSAKOFF *et al.*, 1990). E em organizações de saúde, a qualidade do ambiente de trabalho impacta substancialmente nos cuidados assistenciais, porque se reflete na qualidade da comunicação e na confiança entre os membros de uma equipe (PLASSE, 2017).

### 2.5.3 Confiança

A confiança pode ser conceituada como uma relação entre duas ou mais partes, na qual há a expectativa mútua de cumprir o que fora combinado, sem a presença do oportunismo (NOVELLI, 2004). Nas organizações de saúde, esse conceito envolve uma delegação efetiva e capaz de aumentar a satisfação no trabalho, a produtividade e a cooperação entre os membros da equipe (YOON *et al.*, 2016). Neste setor, a confiança está intimamente ligada à segurança do paciente, pois através dela, o profissional é estimulado a notificar seus erros, permitindo a identificação das causas e reduzindo os eventos adversos com os pacientes, o que evita o aumento dos custos (TUCKER, 2004; WRIGHT, 2013; PATTISON; KLINE, 2015).

A confiança nas organizações tem a tendência de fluir dos escalões superiores para os inferiores. Os indícios, sinais e símbolos apresentados pelos membros dos escalões superiores são disseminados por toda a organização e determinarão o desenvolvimento da confiança entre os envolvidos. Por outro lado, se for observado que tais princípios se baseiam em mera exploração do conhecimento alheio, o oposto ocorrerá (DAVENPORT; PRUSAK, 1998).

A confiança foi o tema de estudo de Holste e Fields (2010) que identificaram que a confiança baseada na afeição exerce maior influência no compartilhamento do conhecimento do que a confiança baseada na cognição. A confiança baseada na afeição permite que o indivíduo se preocupe e deseje bem ao outro, esperando a reciprocidade. E relacionamentos de qualidade tendem a gerar reflexos positivos no ambiente de trabalho, possibilitando o alcance dos resultados desejados (LEANA; BUREN III, 1999) que podem ser traduzidos em aumento de produtividade, na melhoria da qualidade e na diminuição das intenções de saída dos membros da organização (JONES *et al.*, 2009).

Em ambientes complexos, como é o caso das organizações de saúde, a confiança é um componente-chave, uma vez que a assistência é prestada por profissionais diversos, mas com funções interdependentes. É, também, pela confiança mútua que se delega autoridade, para que outros tomem decisões na ausência do líder (YOON; KIM; SHIN, 2016). Por outro lado, quando os diversos setores das organizações de saúde parecem trabalhar em forma de silos herméticos, eles se transformam em barreiras para a construção da confiança e da integração (WELLER; BOYD; CUMIN, 2014), fazendo cada um buscar apenas o que é bom para o seu setor.

Vogus e Sutcliffe (2007) evidenciaram que a confiança que os profissionais de enfermagem tinham em seus líderes elevava a segurança dos pacientes pela redução de erros de medicação. Os autores identificaram que em ambientes permeados pela confiança, os profissionais de enfermagem sentiam-se à vontade para discutir protocolos de segurança, bem como para propor rotinas que não julgassem seguras para fazer, o que se refletia na gestão da qualidade.

Além disso, quando a confiança está consolidada, a discussão sobre os erros cometidos gera aprendizado (HAW *et al.*, 2014), pois estimula o profissional a notificar seus erros, permitindo a identificação das causas e reduzindo os eventos adversos com os pacientes, (TUCKER, 2004; WRIGHT, 2013) A elevação do número de erros, representados por eventos adversos durante o processo de hospitalização, está diretamente relacionado com a elevação dos custos hospitalares em função do aumento da média de permanência (RAFTER *et al.*, 2015). Isso, por consequência, acaba por impactar na eficiência dos processos.

## 2.6 QUADRO SÍNTESE

De acordo com o exposto, a seguir, apresenta-se o Quadro 2 com as principais ideias desenvolvidas pelos autores acerca do tema. Nele, buscou-se a compreensão de quais seriam as dimensões que deveriam ser utilizadas como base para a elaboração das perguntas constantes da entrevista semiestruturada (Apêndice A). Além disso, os estudos realizados pelos diversos autores e apresentados sinteticamente aqui, serão utilizados para a análise dos dados encontrados, buscando verificar a relação entre a integração e a gestão da qualidade e os reflexos desta relação na eficiência.

Quadro 2 — Autores que suportam os conceitos centrais

AUTORES	CONCEITOS CENTRAIS	DIMENSÕES
Zhang; Fry; Krishnan, 2015; Elliott <i>et al.</i> , 2014; Parnaby; Towill, 2008; Schmidt; Geisler; Spreckelsen, 2013; Hayford, 2012; Lim <i>et al.</i> , 2006; Titler <i>et al.</i> , 2008; Silva <i>et al.</i> , 2014; New; Mcdougall; Scroggie, 2016; Rahmqvist <i>et al.</i> , 2016; Sheng <i>et al.</i> , 2005; Graves, 2004; Burchardi; Schneider, 2004; New <i>et al.</i> 2016.	Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução de Perdas</li> <li>• Redução de Esforços</li> <li>• Média de Permanência</li> <li>• Taxa de Infecções Associadas a CVC</li> <li>• Sobrecarga de Trabalho</li> <li>• Medição dos tempos de atendimento</li> <li>• Planejamento de Alta</li> </ul>
Lillrank, 2012; Mcevily; Soda; Tortoriello, 2014; Kim; Sting; Loch, 2014; Sting; Loch, 2016; Curry <i>et al.</i> , 2015; Pierro <i>et al.</i> , 2013; Vanaki; Vagharseyyedin, 2009; Chakraborty; Dobrzykowski, 2014; Kodner, 2008; Curry; Ham, 2010; Lyngsø, Godtfredsen; Frølich, 2016; Ben-Arye <i>et al.</i> , 2016; Rafter <i>et al.</i> , 2015; Contandriopoulos <i>et al.</i> , 2015.	Integração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganhos Coletivos;</li> <li>• Comunicação;</li> <li>• Relacionamento;</li> <li>• Cooperação;</li> <li>• Interação;</li> <li>• Compartilhamento do Conhecimento</li> </ul>
Ahire, Golhar, Waller, 1996; Gregori <i>et al.</i> , 2007; Pollack; Koch, 2003; Huq; Martin, 2000; Oakland, 2011; Manjunath, 2008; Mosadeghrad, 2013; Kuei; Lu, 2013; Wright, 2013; Haw <i>et al.</i> , 2014; Mitchell <i>et al.</i> , 2016; Sickber-Bennet <i>et al.</i> , 2016.	Gestão da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição;</li> <li>• Ambiente;</li> <li>• Relação Intersetorial;</li> <li>• Conhecimentos dos Indicadores;</li> <li>• Efetividade</li> </ul>
Relacionamentos Interpessoais		

<p>Hynes, 2012; Voss; Roth; Chase, 2008; Tibbs; Moss, 2014; Leonard; Graham; Bonacum, 2004; Galletta <i>et al.</i>, 2016; Bisel; Messersmith; Kelley, 2012; Blidaru; Blidaru, 2015.</p>	<p>Comunicação</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade da Comunicação;</li> <li>• Canais de Comunicação</li> <li>• Ruídos;</li> <li>• Estímulo à Discussão</li> </ul>
<p>Sonnino, 2016; Porter-O'Grady, 2003; Mosadeghrad; Ferdosi, 2013; Wheeler, Stoller, 2011; Cennamo; Gardner, 2008; Currie; Harvey, 2000; Kaynak, 2016; Gowen III <i>et al.</i>, 2006; Wong, 2015; Blegen <i>et al.</i>, 2011; Vogus; Sutcliffe, 2007; Stoller, 2009; Jarrett, 2017; Metcalf; Benn, 2013; Lam; Huang, 2015; Huesch, 2013; Bass; Riggio, 2006; Jaramillo; Bande; Varela, 2015; Podsakoff <i>et al.</i>, 1990; Plasse, 2017.</p>	<p>Liderança</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia;</li> <li>• Comunicação;</li> <li>• Disponibilidade;</li> <li>• Cooperação;</li> <li>• Interlocução;</li> <li>• Metas Definidas;</li> <li>• Inovação</li> </ul>
<p>Novelli, 2004; Yoon; Kim; Shin, 2016; Weller; Boyd; Cumin, 2014; Vogus; Sutcliffe, 2007; haw <i>et al.</i>, 2014; Tucker, 2004; Wright, 2013.</p>	<p>Confiança</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolerância aos Erros;</li> <li>• Tempo de Relacionamento;</li> <li>• Reputação;</li> <li>• Segurança nas Decisões;</li> <li>• Reciprocidade</li> </ul>

Fonte: Elaborado pelo autor.

### 3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O método de pesquisa é o de estudo de casos múltiplos, porque é a estratégia escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, mas quando não se pode manipular comportamentos relevantes (YIN, 2010). Outro diferenciador do estudo de caso é a sua capacidade de lidar com uma ampla variedade de evidências, neste caso, documentos, entrevistas e indicadores assistenciais e gerenciais. Uma terceira, porém, fundamental razão para a escolha de estudo de casos múltiplos, é que eles possibilitam a análise cruzada, o que auxilia a aprofundar a compreensão e a explicação do que se está investigando. Neste trabalho, os estudos de caso foram realizados para entender como ocorre a relação entre integração e a gestão da qualidade e quais as consequências no dia a dia em contextos hospitalares

A pesquisa qualitativa possui, dentre outras características, a qualidade de preservar o fluxo cronológico e de detectar, com precisão, quais eventos geraram consequências e disto, serem geradas explicações frutíferas. Além de tratar das relações causais, ela possibilita que o pesquisador vá além de suas concepções iniciais e possa, inclusive, revisar seus *frameworks* teóricos, pois ela é conduzida por meio de um intenso e/ou prolongado contato com o objeto de pesquisa (MILES; HUBERMAN, 1994).

Na pesquisa qualitativa, o pesquisador deve buscar capturar os dados sobre as percepções dos sujeitos entrevistados, por meio de um processo de profunda atenção, de compreensão, de empatia e de despir-se de qualquer conceito anterior sobre o tema discutido. Por isso, é papel do pesquisador a construção de uma visão holística sobre o contexto estudado, o que inclui sua lógica, seus arranjos e as regras explícitas e implícitas (MILES; HUBERMAN, 1994).

Em virtude do detalhamento que a pesquisa qualitativa propicia, ela cria condições para a replicação do estudo. Sua replicação por outros pesquisadores, aliás, desempenha função semelhante à da validade interna e externa dos estudos quantitativos. Outro critério de validação é o *feedback* dos informantes e que se refere à confrontação com as fontes e a obtenção da sua concordância (MILES; HUBERMAN, 1994).

Em relação ao tipo de corte que será utilizado nesta pesquisa, ela tem perspectiva transversal. No que se refere ao desenho de pesquisa, a escolha recaiu sobre o desenho rígido, pois é adequado a pesquisadores com pouca experiência em pesquisa qualitativa, além deste estudo utilizar conceitos centrais claramente definidos. O desenho mais rígido facilita, também, a decisão em relação a quais dados ou extratos são relevantes para a investigação (MILES; HUBERMAN, 1994).

### 3.1 DELIMITAÇÃO E *DESIGN* DA PESQUISA

Este tópico é dedicado à apresentação, em detalhes, do desenho da pesquisa, considerando a definição da população e amostra, etapas programadas para a pesquisa, delineamento do estudo, perspectiva temporal, nível e unidade de análise, procedimentos de coleta e análise dos dados.

#### 3.1.1 *População e Amostra*

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, a limitação do número de entrevistas se deveu ao critério de saturação teórica e não por cálculo amostral estatístico. Creswell (2010) sugeriu utilizar entre 20 e 30 entrevistas. Nesse trabalho, foram realizadas 32 entrevistas e, apesar da saturação teórica ter sido obtida na 30ª entrevista, as duas entrevistas finais já estavam agendadas e foram mantidas. Todavia, não acrescentaram novos dados.

Em face da importância que o setor hospitalar tem para a sociedade em geral, não só no aspecto que se refere à assistência, mas também nos reflexos que sua existência gera para o desenvolvimento regional, foram escolhidas três organizações de saúde de grande porte (acima de 300 leitos), todas filantrópicas, sendo duas da capital e uma do interior do estado.

O hospital, doravante denominado como Hospital A, está localizado na região serrana do Rio Grande do Sul, tem 91 anos de existência e do total de atendimentos realizados, 60% correspondem ao convênio Sistema Único de Saúde (SUS) na mesma estrutura física. Conta com um corpo clínico composto por mais de 240 médicos, de mais de 30 especialidades. Possui 1.640 funcionários, 337 leitos, distribuídos em 3 Unidades de Tratamentos Intensivo (UTI's Adulta, Pediátrica e Neonatal) e 10 Unidades de Internação. Apenas em 2015, realizou 17.628 procedimentos cirúrgicos e 14.786 internações. Conta, ainda, com os serviços de quimioterapia, radioterapia e hemodiálise. No ano de 2016, recebeu a Acreditação Nível 2, pela ONA.

Dos dois hospitais da capital gaúcha, apenas um realiza atendimentos pelo convênio público SUS na mesma estrutura física. Inaugurado em 1826, conta com um corpo clínico composto por 2.200 médicos e aproximadamente 1.600 funcionários. Possui 360 leitos e uma UTI Adulta com 46 leitos, tendo realizado, em 2015, 20.100 internações, 26.951 cirurgias e 3.539 procedimentos obstétricos. Esta organização passa a ser denominada Hospital B e faz parte de um complexo hospitalar que já passou por processo de acreditação hospitalar pela Joint

Commission on Accreditation of Health Care Organization (JCAHO). Em 2015, em virtude dos custos para a manutenção da acreditação e da grave crise econômica que gerou atrasos nos recursos públicos para os hospitais do complexo, a gestão administrativa optou pela sua descontinuidade.

O último hospital selecionado, denominado Hospital C, opera desde 1979 e conta com 2.100 funcionários e 4.392 médicos. Realizou, em 2015, aproximadamente 15.600 procedimentos cirúrgicos, 4.307 partos e 27.207 internações. Sua estrutura conta com 370 leitos e 65 leitos de UTI's (Adulta, Cuidado Intermediário de Adultos e Neonatal) e não atende ao convênio SUS nesta estrutura, apesar de também ser filantrópico como os demais. Possui tanto a Acreditação da ONA – Nível 3, quanto a acreditação pela JCAHO.

Além destas três organizações, foi entrevistado o Presidente da Federação das Santas Casas e Hospitais Benéficas, Religiosos e Filantrópicos do Rio Grande do Sul.

### *3.1.2 Delineamento e Etapas da Pesquisa*

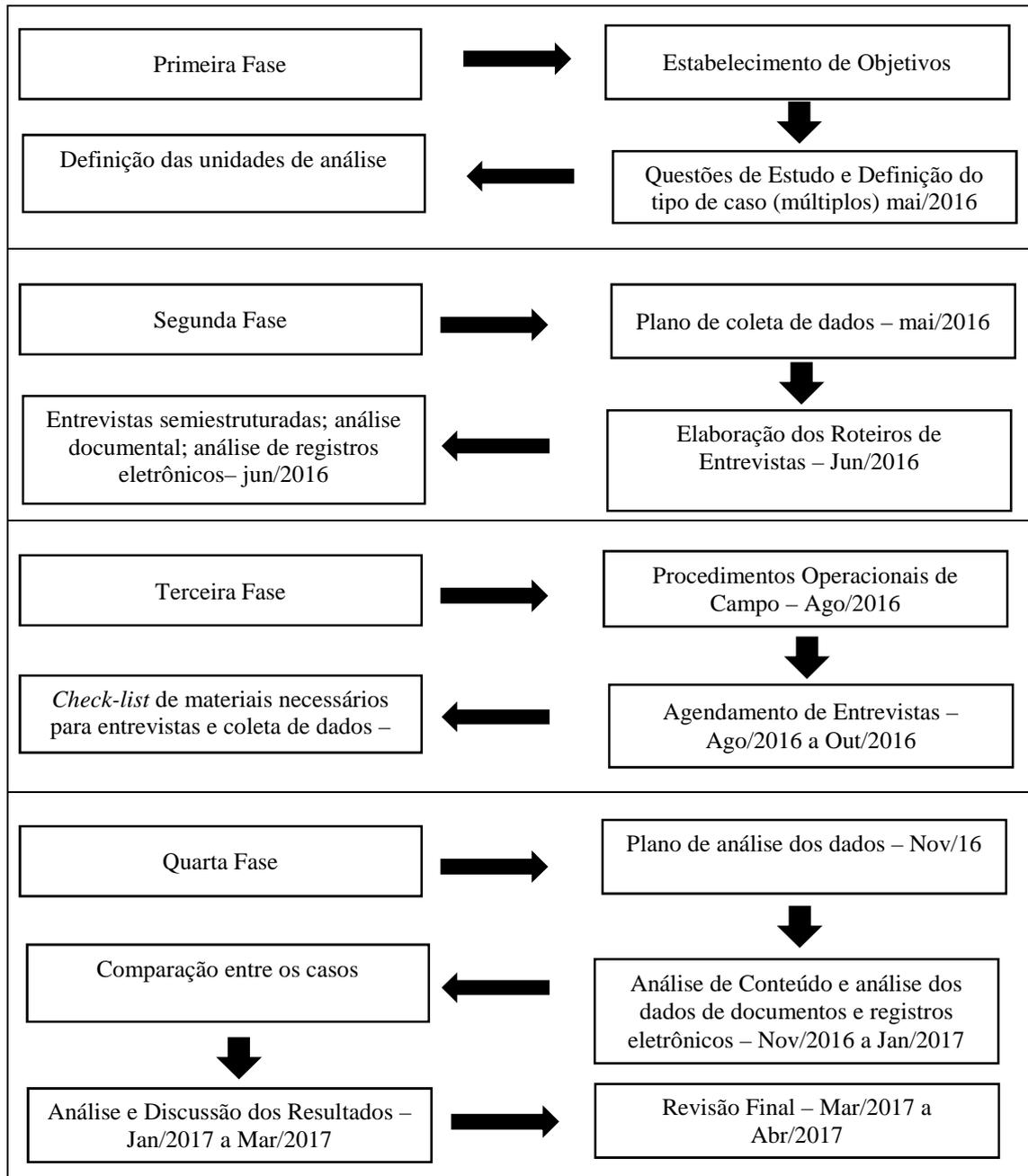
A entrevista semiestruturada para alguns tipos de pesquisa qualitativa, segundo Miles e Huberman (1994), é um dos principais meios disponíveis para que o pesquisador realize a coleta de dados. Para os autores, a entrevista semiestruturada possui duas importantes qualidades: valoriza a presença do investigador e oferece todas as perspectivas possíveis, para que o informante disponha da liberdade e espontaneidade necessárias, a fim de enriquecer a investigação.

Gil (2008) sugere que o entendimento do termo entrevista semiestruturada é aquele que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, possibilitando um amplo campo de novos questionamentos, uma vez que novas hipóteses podem surgir, à medida que se recebem as respostas dos sujeitos entrevistados. Não por acaso, o autor afirma que as perguntas de uma entrevista semiestruturada são resultantes não apenas da teoria que alimenta a ação do investigador, mas também de toda a informação já por ele recolhida sobre o fenômeno social investigado.

O Delineamento de Pesquisa é o plano no qual são esboçados os princípios metodológicos a serem seguidos a partir dos objetivos de pesquisa (Figura 1).

Figura 1 — Delineamento da pesquisa.

**REVISÃO BIBLIOGRÁFICA**



Fonte: Elaborada pelo autor.

### 3.1.3 Procedimentos de Coleta de Dados

Após a identificação da amostra, foi iniciado o trabalho de campo. O protocolo do estudo de caso que consta no Apêndice C, foi utilizado durante as entrevistas e a coleta de documentos. O protocolo serve como um *checklist* para o pesquisador, funcionando como um roteiro a ser seguido, a fim de levantar todos os aspectos propostos na pesquisa (VOSS; TSIKRIKTSIS; FROHLICH, 2002). O documento contemplou os principais aspectos da

estrutura da pesquisa, bem como as estratégias para coleta de dados para se aumentar a confiabilidade da pesquisa (YIN, 2010).

As entrevistas são consideradas importantes fontes de informação para um estudo de caso (YIN, 2010). Um estudo de casos múltiplos demanda a utilização de técnicas que facilitem a compreensão, a síntese e a sumarização dos resultados. Para isso, o instrumento de coleta foi o mesmo para todos os sujeitos entrevistados, possibilitando sua comparação. Os dados foram agrupados em categorias, a fim de conhecer as similaridades e diferenças tanto dentro das organizações, quanto dentre elas (MILES; HUBERMAN, 1994).

Como o objetivo geral deste estudo é verificar como ocorre a relação entre a integração e a gestão da qualidade e quais são os impactos dessa relação na eficiência de organizações de saúde, foram utilizadas como unidades de análise uma Unidade de Tratamento Intensivo Adulta (UTIA) e uma Unidade de Internação Cirúrgica de cada um dos hospitais selecionados. Entretanto, apesar do porte semelhante dos três hospitais, o perfil epidemiológico distinto de cada um dificulta a comparação entre os seus resultados econômicos, a fim de identificar sua eficiência. Por isso, decidiu-se que, apesar da obrigatoriedade da utilização da taxa de infecções associadas como indicador de qualidade (PEREIRA *et al.*, 2016), seriam analisadas a taxa referente à incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central (CVC) e do indicador de higienização das mãos. Como indicador de eficiência, foi utilizada a taxa de média de permanência.

Além dos indicadores, alguns processos foram selecionados para possibilitar a comparação. Diante da complexidade e volume de processos existentes na UTIA e nas unidades de internação, a análise ocorreu apenas em parte deles. Dentre os processos escolhidos, estão aqueles que ocorrem através da integração entre os profissionais assistenciais, de higienização e de exames e que estão relacionados com os resultados que podem ser obtidos pela utilização eficiente dos leitos. Os processos selecionados abrangem cinco diferentes situações: a higienização do leito após a internação; a solicitação de exames; a alta médica da unidade; o atendimento a paradas cardiorrespiratórias (PCR); e a separação de roupos por sujidade.

Os três primeiros processos estão relacionados com a eficiência por possibilitarem um melhor gerenciamento dos leitos, gerando maiores resultados econômicos. A velocidade de higienização do leito possibilita internar outro paciente, auxiliando na gestão dos leitos da emergência e da UTIA, enquanto a qualidade desta limpeza gera reflexos na possibilidade de infecções associadas. A velocidade com que são solicitados exames e a liberação de seus laudos também repercute no planejamento de alta do paciente que, por seu turno, se reflete na taxa média de permanência. Por isso, também foi incluído o questionamento se o médico realiza o

planejamento de alta. O atendimento a PCR relaciona-se tanto com a gestão da qualidade, quanto com a taxa média de permanência. Outro processo que também é um indicador indireto de eficiência é a separação por sujidade dos tecidos utilizados na assistência (lençóis, fronhas, compressas, etc.) nas unidades de internação.

Dada a alta demanda das unidades de internação nos três hospitais durante o período da pesquisa, as taxas de média de permanência, de infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central (CVC) e do indicador de higienização das mãos destas unidades foram descartados, porque internavam, simultaneamente, pacientes clínicos e cirúrgicos, o que poderia gerar variáveis distintas que influenciavam os indicadores. Foram mantidas, portanto, apenas as taxas referentes às UITAs.

Além de questionamentos feitos às lideranças das unidades assistenciais escolhidas e à coordenação de hotelaria e higienização sobre os processos assistenciais nas UTIA e nas unidades de internação (Apêndice B), foram realizadas entrevistas semiestruturadas (Apêndice A). As entrevistas auxiliaram na identificação das barreiras que não permitem a integração entre os profissionais, bem como de que forma estão estruturadas a liderança, confiança, comunicação e a gestão da qualidade.

Elas foram realizadas com os profissionais abaixo descritos de cada uma das três organizações de saúde, a fim de identificar suas percepções sobre a relação entre os conceitos centrais gestão da qualidade, integração e o impacto desta relação sobre a eficiência. As entrevistas foram realizadas entre agosto de 2016 e dezembro de 2016, com duração entre 30min e 40min com os ocupantes dos seguintes cargos: Gerente Administrativo; Gerente de Enfermagem; Diretor Clínico; Médico Intensivista, pertencente à UTI de cada hospital; Médico Cirurgião; Enfermeira líder da UTI Adulta; Enfermeira líder da Unidade de Internação Adulta; Coordenação do Controle de Infecção; Coordenação de Hotelaria Hospitalar ou seu equivalente; Supervisão do Setor de Higienização; Supervisão da Central de Leitos ou seu equivalente; Presidente da Federação das Santas Casas e dos Hospitais Beneficentes, Filantrópicos e Religiosos do Rio Grande do Sul.

Dos 32 entrevistados, para apenas 7 houve a solicitação de definição para os termos gestão da qualidade e eficiência, constantes no Apêndice A. O que se percebeu é que a maioria, além de não saber definir o seu significado (apenas dois dos sete foram capazes de fazê-lo), demonstravam muito desconforto com os questionamentos. A fim de não prejudicar as demais entrevistas, estas duas perguntas foram retiradas. Por outro lado, para todos os entrevistados, permaneceu a solicitação, para que dessem exemplos de ações desenvolvidas para a obtenção da eficiência e da gestão da qualidade. Além das questões elaboradas, foram acrescentadas

variáveis de identificação dos respondentes, limitando-se a conhecer se qual o cargo de liderança que ocupa, o tempo de casa, e o número de profissionais que coordena.

Diante dos dados obtidos, foi possível realizar sua triangulação através das entrevistas semiestruturadas, da análise documental e de registros eletrônicos (YIN, 2010), relacionando os dados com os depoimentos obtidos nas entrevistas, buscando quantificar a eficiência dos processos, relacionando-os com a integração entre os profissionais.

### *Procedimentos de Tratamento e Análise dos Dados*

Para o processo de análise de dados, Miles e Huberman (1994) destacam os seguintes subprocessos: a redução de dados que implica a seleção, a focalização, a abstração e a transformação da informação bruta para a formulação das hipóteses de trabalho ou conclusões; a exposição trata da apresentação organizada da informação, o que permite desenhar conclusões; e o delineamento e verificação de conclusões, o que possibilita a identificação de padrões possíveis, explicações e configurações. Esta etapa é seguida da verificação, determinando o retorno às anotações de campo e à literatura, ou ainda, replicando o achado em outro conjunto de dados. A verificação evita que se obtenha apenas histórias interessantes sobre o que aconteceu, sem, entretanto, conhecer a verdade ou sua utilidade.

A fim de atender aos subprocessos estabelecidos por Miles e Huberman (1994), as organizações de saúde foram analisadas individualmente para, posteriormente, ser realizada a análise cruzada dos casos. Os dados foram obtidos por meio de fontes primárias, sendo utilizada uma abordagem direta nas entrevistas.

Na etapa da análise dos dados, foram utilizadas as técnicas de análise para agrupar diferentes expressões encontradas nas falas dos entrevistados externos e interno que possuam significado semelhante (MILES; HUBERMAN, 1994). Para isso, houve a necessidade da decodificação do que está sendo comunicado e no presente estudo foi utilizado o software NVivo 11 que é um programa para análise de informação qualitativa. A fim de realizar a decodificação, todas as entrevistas foram lidas ao menos três vezes, possibilitando classificar suas respostas em um dos conceitos centrais estabelecidos neste estudo. Além disso, como durante a coleta das entrevistas, foi feito um diário de campo no qual constavam as impressões do pesquisador sobre a reação dos entrevistados a cada pergunta feita, ele também foi utilizado como fonte de dados, a fim de identificar possíveis incoerências entre aquilo que era dito e sua linguagem corporal.

As entrevistas também foram analisadas por outro pesquisador em dois momentos: enquanto as entrevistas eram feitas e durante a análise propriamente dita de cada uma delas. A primeira etapa foi útil, pois possibilitava identificar se as perguntas estavam sendo bem compreendidas pelos entrevistados ou se elas o estariam colocando em uma situação desconfortável ao responde-las, o que poderia comprometer os dados dos próximos entrevistados. Por essa razão, os entrevistados não foram mais solicitados a definir eficiência e gestão da qualidade, pois encontravam dificuldades em fazê-lo, ainda que sua função fosse exatamente esta. Quanto as análises propriamente ditas, o pesquisador externo mostrou-se bastante útil durante a codificação, pois foi possível discutir em qual conceito central cada um dos dados poderia ser classificado. Um segundo pesquisador, mais familiarizado com as ferramentas do software NVivo, auxiliou na construção dos nós e fez a releitura das análises de cada um dos três hospitais, a fim de confirmar a correção como eram realizadas.

Após inseridos em um dos conceitos centrais ou dimensões, os trechos selecionados foram novamente lidos já dentro do software NVivo para verificar se eles tinham compatibilidade em seu sentido, o que significaria que estavam alocados de maneira correta. Para a análise de cada uma das organizações, cada um dos conceitos centrais foi analisado individualmente. Para realizar a análise cruzada entre as três organizações, foi necessário refazer a leitura, uma vez que as entrevistas trouxeram dados que não eram objeto das perguntas formuladas, mas que enriqueceram a análise comparativa por trazer peculiaridades de cada uma das organizações.

Cada elemento central do estudo, quais sejam, integração, gestão da qualidade e relacionamentos interpessoais (liderança, comunicação e confiança) e eficiência foram analisados em separado, tendo como base os trechos das entrevistas que tinham relação com cada um desses conceitos. Ao final de cada um dos estudos de caso, tais conceitos foram analisados em conjunto e comparados com os indicadores obtidos na análise documental, a fim de evidenciar se havia coerência ou discrepância entre as entrevistas e entre estas e os dados documentais.

### 3.2 ASPECTOS ÉTICOS ENVOLVIDOS NA CONDUÇÃO DA PESQUISA

Foi entregue, antes da aplicação de cada entrevista, um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice B), a fim de assegurar aos respondentes todo o sigilo necessário às respostas dadas. Além disso, este projeto foi submetido à Plataforma Brasil para apreciação dos

Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) da Instituição de Ensino a qual está vinculado este pesquisador, bem como dos hospitais escolhidos como objetos de análise desta pesquisa.

Pela Instituição de Ensino, o parecer do CEP foi autorizado, conforme o CAAE nº 59471316.4.1001.5344. Pelo Hospital A, o parecer do CEP é o de nº 59471316.4.3001.5305. O CEP do Hospital B autorizou a pesquisa segundo o CAAE nº 58900916.4.1001.5335, enquanto o CEP do Hospital C autorizou pelo CAAE nº 59471316.4.3002.5328.

Este estudo só foi possível, porque realizou todas as etapas necessárias à submissão da Plataforma Brasil, bem como atendeu às exigências específicas de cada um dos três hospitais. Especificamente, a Plataforma Brasil possui diversos campos cujo preenchimento demanda experiência anterior. Por esta razão, este pesquisador buscou auxílio em tutorias disponíveis em sítios eletrônicos.

A fim de preservar as identidades dos respondentes, alguns cuidados foram tomados ao serem mencionados trechos de entrevistas: todos são citados como masculinos, em nenhum há a identificação do cargo que ocupa ou função que exerce e foram identificados pela ordem com que foram entrevistados. Sendo assim, os profissionais entrevistados no Hospital A estão identificados como AA, AB até AK; do Hospital B, como BA, BB até BI; e do Hospital C, como CA, CB até CL.

Essa decisão foi tomada após a realização das entrevistas, dado o temor de diversos entrevistados pela forma como seriam tratados os dados e como seriam compreendidas pelas direções de seus hospitais a algumas críticas feitas. Os relatos a seguir detalham as dificuldades para a realização das entrevistas, bem como de todo o processo para sua autorização.

No Hospital A, houve demora para iniciar o processo de autorização, porque há apenas uma funcionária que trata dos assuntos relativos à pesquisa realizada por agentes externos e que estava em gozo das férias. Após o seu retorno, o processo transcorreu com mais tranquilidade, pois solicitavam dois documentos específicos e que demandavam também a assinatura do orientador. Depois de atendidos os pré-requisitos, pude encaminhar a documentação solicitada pelo CEP da Universidade a qual este pesquisador está vinculado.

Em todos os CEPS, incluindo o da Universidade, ocorre apenas uma reunião por mês e os documentos têm uma data limite para a entrega, sob pena de ficarem para a reunião do mês subsequente. Somente após a aprovação deste CEP, os membros do Hospital A deram parecer positivo, o que permitiu iniciar o agendamento das entrevistas. Os contatos com os profissionais que seriam entrevistados, foi possível graças ao auxílio desta funcionária do CEP que os forneceu. As dificuldades na marcação se deram muito mais em função das agendas apertadas dos entrevistados, o que acabou prolongando o período de entrevistas. Não houve necessidade

de realizar ligações telefônicas, porque todos os profissionais retornaram rapidamente as mensagens eletrônicas enviadas. A maior dificuldade enfrentada se deu em torno do acesso aos indicadores solicitados. Três meses após o término das entrevistas, apesar do parecer do CEP, a direção solicitou que eu assinasse um termo de confidencialidade que foi elaborado por seu corpo jurídico, a fim de liberar acesso aos dados que eram mencionados pelos entrevistados, além daqueles necessários à análise.

No Hospital B, o processo solicitado ocorreu de maneira completamente diferente. É obrigatório submeter um novo projeto à Plataforma Brasil, indicando o vínculo do pesquisador a este hospital, ao contrário dos demais, no qual o vínculo é o da Universidade. Apesar disso, só foi possível encaminhar a documentação solicitada ao CEP deste hospital após a aprovação pelo CEP da Universidade. Importante destacar que tanto neste hospital, quanto no Hospital C, a documentação era bastante variada e projetada para pesquisas em pacientes e/ou prontuários.

O que se pode observar é que os hospitais não estão preparados para receber pesquisadores das áreas das ciências sociais, já que a maior parte destes documentos preenchidos e assinados não possuíam qualquer relação com o estudo que seria feito. Para o agendamento das entrevistas no Hospital B, após o recebimento dos contatos fornecidos pela funcionária do CEP, foi necessário enviar mensagem eletrônica e realizar ligações para alguns dos profissionais. Os profissionais de escalão mais alto responderam prontamente às solicitações eletrônicas. Os demais, entretanto, pareciam temerosos em agendar as entrevistas, pois não estavam habituados a isso, ainda que, para todos, tivesse sido enviada a aprovação do CEP. Para estes, entrevista era iniciada com a apresentação do currículo profissional do pesquisador por este possuir experiência profissional no setor hospitalar. Além disso, acrescentava que a esposa era enfermeira, o que parecia mitigar as últimas resistências.

No Hospital C, apesar de possuir um setor denominado Universidade Corporativa e dedicado à pesquisa e ao ensino, as dificuldades foram imensas. Exigiram, inicialmente, que todos os profissionais que iriam ser entrevistados assinassem uma autorização. Três dos onze entrevistados responderam à mensagem, informando-me hora e local para a coleta da assinatura. O restante não respondia às mensagens eletrônicas, nem às ligações. O pesquisador passou a ir para a recepção do hospital, a fim de fazer as ligações até que algum deles atendesse. Quando atendiam, o pesquisador apresentava-se, relembrava das mensagens eletrônicas enviadas e perguntava se poderia obter a assinatura para autorizar uma entrevista que seria realizada dentro de três ou quatro meses.

Assim que confirmavam sua disposição em assinar, era-lhes questionado onde poderiam ser encontrados naquele momento. Assim que respondiam, o pesquisador solicitava a permissão

para ir ao seu encontro, pois já estava na recepção. Apesar disso, houve dois entrevistados que preferiram agendar outra data para a coleta da assinatura. Quando chegou o dia combinado, mostraram-se bastante desconfiados e ligaram para os funcionários do CEP para saber se poderiam assinar o documento. Na primeira vez, até a funcionária do CEP parecia desconfiar da presença de um pesquisador ali e foi preciso recordar a ela todos os passos realizados e contatos feitos para conseguir coletar a assinatura. Desnecessário acrescentar que o agendamento das entrevistas também demandou bastante insistência com alguns destes profissionais.

## 4 ANÁLISES

Nesta seção, a fim de atender aos objetivos estabelecidos neste estudo, foram analisados individualmente cada um dos hospitais que são apresentados pela ordem com a qual foram designados: Hospital A, B e C. Nestas análises, foram utilizadas as relações dos hospitais com cada um dos conceitos centrais escolhidos. Em seguida a estas análises, é realizada a análise comparativa entre os três hospitais selecionados.

### 4.1 HOSPITAL A

Esta subseção é dedicada à apresentação da análise e discussão dos dados obtidos e das entrevistas realizadas no Hospital A.

#### 4.1.1 Integração

Dois profissionais entrevistados, AA e AC, comentaram sobre algumas antigas iniciativas institucionais de criar eventos não relacionados diretamente às atividades profissionais diárias, a fim de promover a integração entre os profissionais de setores diversos, criando um clima de camaradagem e confiança. Conforme AA:

“[...] O Show de Talentos, as apresentações, então os profissionais mostram, [...] é uma forma de integrar mais as pessoas, de conhecer os seus outros talentos lá fora. Tem médico que veio tocar violão e cantar, teve teatro, tem n situações, dança, cada um mostra o seu outro lado”.

Entretanto, estes mesmos profissionais entendem que esta aproximação, apesar de fazer parte da cultura organizacional, acaba não sendo levada para o ambiente de trabalho. Dois trechos das entrevistas ilustram a dificuldade em se criar a integração entre os profissionais: AC destaca que “conforme a liderança daquele setor, ela vai orientar o funcionário a ter bom relacionamento, a ter respeito com os colegas”... “se a liderança não estimula, não vai haver integração” e para AA, “a superintendência, por exemplo, passa e não cumprimenta os funcionários. Faz parecer que a gente é transparente”.

Essa parece ser também a percepção da alta gestão que assumiu recentemente o comando do hospital ao alterar o organograma e criar uma diretoria dedicada à integração dos processos. Para a entrevistada AH, “[...] a construção desta área de gerência de processos é

justamente dada a falta de integração que existia. Ela é motivada por este trabalho em ilhas que me parece ser uma característica bem comum na área da saúde. ”

Uma primeira ação desenvolvida buscando a integração são os rounds semanais interdisciplinares entre as lideranças formais como forma encontrar soluções conjuntas para processos com problemas, para controlar as altas hospitalares, além de elaborar medidas capazes de manter as infecções hospitalares sob controle. Segundo o entrevistado AH, “[...] a gente estava falando da integração, da aproximação, do olho no olho, no toque. Eu discutir por telefone é uma coisa, eu discutir olhando pro teu olho é outra”.

O êxito obtido nesses rounds semanais, entretanto, não é uma unanimidade. Para dois profissionais, AC e AG, seria fundamental envolver quem está na execução dos processos. De outra forma, destaca AC: “[...] São muitas reuniões, e às vezes não tantas soluções. Então, talvez tu que está mais presente dentro do processo avaliando a rotina e mexendo nisso, interfira melhor de uma maneira melhor, de um resultado mais positivo do que tu talvez ficar tanto tempo fora discutindo questão daqui de dentro”.

O entrevistado AB lembra que quando há uma boa relação entre os profissionais, o problema de um acaba se tornando prioridade para o outro: “[...] com a experiência, tu vai entendendo que quando tu melhora o teu relacionamento, mais fácil é de tu conseguir crescer profissionalmente e conseguir os objetivos do teu setor, do que a gente precisa fazer [...] quando temos um relacionamento com a pessoa, as coisas andam de forma mais rápida [...]”.

Para o profissional AI, a integração entre os profissionais é fundamental na assistência aos pacientes. Para a verificação das condições clínicas de cada paciente, segundo ele, “quanto mais pares de olhos enxergam o paciente, menor o risco de complicação”.

Apesar dos benefícios gerados pela integração, o profissional AC destaca algumas dificuldades para integrar os profissionais de alguns setores: a sobrecarga de trabalho; quando o próprio perfil do profissional não auxilia nesta integração, o que pode ser ocasionado, segundo ele, por baixo autoestima; e quando o restante da organização não valoriza o trabalho de determinadas categorias profissionais. Ao não perceberem o valor que agregam no trabalho desenvolvido, acabam não se envolvendo nos processos, o que reduz, inclusive, a eficiência dos serviços desenvolvidos.

Outro fator apontado pelos profissionais AA, AC e AF como barreira para construir a integração e, por consequência, a confiança, são as diferentes gerações trabalhando no hospital. Os entrevistados AA e AC apontam o baixo comprometimento das gerações mais novas, o que acaba resultando em alta rotatividade inclusive em funções administrativas. O profissional AF também apontou a diversidade de culturas, pois há funcionários de outras cidades e estados

trabalhando, o que acaba gerando barreiras importantes para a integração. O conflito de gerações também é apontado como uma barreira para a integração entre os profissionais médicos.

Com visão distinta, o entrevistado AD apontou a contratação de profissionais das novas gerações como um fator positivo, pois são menos resistentes às mudanças que estão sendo propostas pela alta gestão. Dessa forma, o grande desafio para a gestão será administrar as diferentes expectativas, aumentando sua satisfação e comprometimento e reduzindo sua rotatividade (CENNAMO; GARDNER, 2008).

Além disso, a integração dos médicos nos processos assistenciais também encontra dificuldades. Para este profissional, esta relação só se alterará, quando os profissionais médicos passarem a ter vínculo trabalhista com as organizações de saúde.

Alguns profissionais (entrevistados AA, AC e AF) atribuem ao seu tempo de casa como um elemento que auxilia na construção de relações com outros profissionais e que, não raro, quando encontram dificuldades para a resolução de problemas com o líder do setor, não hesitam em solicitar, informalmente, auxílio com o subordinado daquele setor com quem têm maior proximidade. Conforme o entrevistado AA, “[...] a gente tem em função do tempo de casa você acaba criando alguns vínculos e tu acaba conseguindo resolver algumas coisas mais diretamente com aquele teu vínculo do que talvez com um superior que seria para quem tu teria que se reportar”.

O profissional AE manifestou sua insatisfação com a resolução de problemas que envolvem outros setores, mesmo quando combinado em reuniões formais. Este profissional tem pouco tempo de casa e talvez suas dificuldades em integrar-se e conseguir construir a confiança com outros profissionais esteja relacionado com isso, o que encontra base no trabalho de Weller, Boyd e Cumin, (2014). Ainda que estejam sendo desenvolvidas ações para melhorar a integração entre os setores, alguns trechos de entrevistas diferentes sugerem que ainda há um longo caminho a ser percorrido.

#### *4.1.2 Eficiência*

Como forma de incentivar a busca pela eficiência, já há vários anos, todos os setores divulgam, em seus murais, conforme o entrevistado AC, as informações originadas do Sistema de Informações Gerenciais (SIG). Dessa forma, as metas para atingimento são do conhecimento de todos os profissionais que circulam pelo setor, além de permitirem que os seus gestores possam realizar ações corretivas para a busca de resultados superiores.

Uma estratégia implementada para melhorar a eficiência, conforme os entrevistados AA, AC e AH, é a utilização de médicos hospitalistas. Eles trabalham no sentido de evitar a piora no quadro clínico dos pacientes, com reflexos na média de permanência e mitigando a possibilidade, inclusive de evoluírem para uma parada cardiorrespiratória.

Ao implementar ações para reduzir a média de permanência, obtém-se uma melhor utilização dos recursos escassos, além de evitar um aumento dos custos de internação, o que em um hospital que atende o convênio público (SUS) é ainda mais relevante. Esse convênio paga valores pré-fixados, o que não inclui intercorrências geradas durante a internação. A contaminação por infecção associada, por exemplo, demanda um tratamento que é realizado através da aplicação de antibióticos não cobertos pelo convênio e pelo prolongamento da internação e realização de mais exames diagnósticos. Além disso, por possuírem vínculo trabalhista com os hospitais, são menos resistentes às iniciativas para a elaboração de protocolos clínicos de tratamento, o que também auxilia na redução de custos por solicitação de exames que não auxiliam no diagnóstico.

Outra estratégia implantada, segundo o entrevistado AH, foi o Time de Resposta Rápida (TRR), cujo objetivo é o de atender paradas cardiorrespiratórias (PCRs) nas unidades de internação. Apesar de o TRR estar ligado à gestão da qualidade, ele auxilia na redução de custos, pois evita sequelas que podem determinar o prolongamento da internação com os custos inerentes que isto implica. Neste hospital, ele é formado por profissionais lotados no Pronto Atendimento (PA) que, ao serem acionados, levam seus próprios carros de atendimento a PCRs, pois não têm segurança de que aqueles existentes nas unidades de internação foram verificados da forma correta, o que sugere que a gestão da qualidade não está realmente incorporada por todos os membros das organizações. Não são realizados treinamentos externos de PCR, mas os profissionais designados para o TRR recebem treinamentos internos com o Chefe Médico da Equipe de TRR, além de estarem alocados no setor de emergência que é o local onde as situações reais de PCRs mais ocorrem.

A própria quantidade de acionamentos para a realização de manobras para reversão de PCRs é considerado pelos entrevistados AB e AC um indicador importante tanto para a gestão da qualidade, quanto para a eficiência. De acordo com estes entrevistados, houve uma redução expressiva após a contratação dos hospitalistas, o que, mais uma vez, repercute na média de permanência e nos custos de internação.

Outros processos vêm sendo planejados ou estão em fase de conclusão para melhorar a eficiência. Um deles é a construção de uma Unidade de Cuidados Especiais (UCE) que objetiva receber pacientes que já não precisam do respirador disponibilizado em uma UTI, mas que em

função do monitoramento constante, não podem ser enviados para o leito de uma unidade de internação. Com essa ação, o entrevistado AJ espera uma redução da média de permanência na UTI, o que melhora a utilização de um recurso escasso tal qual é uma UTIA.

Outro processo é a criação de um apoio logístico para o transporte de materiais e medicamentos para as unidades de internação, evitando o deslocamento dos profissionais de enfermagem e a redução do seu grau de atenção aos pacientes, o que gera maior produtividade dos profissionais assistenciais. Segundo o entrevistado AF, como a estrutura física é muito antiga, os acréscimos de leitos ao longo do tempo tornaram os deslocamentos muito longos. A estrutura física atual também é apontada como um fator para perda de eficiência, pois os quartos antigos são muito grandes. De cada dois deles, seria possível fazer um terceiro, respeitando as normas em vigor. A centralização dos estoques de farmácia, exceto a farmácia satélite do setor de emergência devido às suas peculiaridades é tratada pela alta gestão como um ganho de controle, assim que a construção de um novo espaço tiver terminado.

A auditoria das contas hospitalares foi, para o entrevistado AF, uma das ações desenvolvidas com a intenção de reduzir o tempo de pagamento e o número de glosas dos convênios (negativas de pagamento). Para isso, foi implantado o prontuário eletrônico que possibilita à auditoria verificar a documentação do paciente sem o manuseio de papel, o que reduz o tempo de análise e a possibilidade de extravio dos papéis. Ao reduzir o tempo de análise, permite-se uma melhoria do fluxo de caixa, pois pode-se receber os valores devidos com maior brevidade.

A retirada dos lençóis sujos não atende a qualquer critério de eficiência. Segundo os entrevistados AE e AG, o material com secreções é misturado a material não contaminado, antes de ser encaminhado à lavanderia, obrigando a utilização de alta dosagem de produtos de limpeza para tecidos classificados como limpeza pesada. Esse processo, além de aumentar os custos da lavanderia com produtos de limpeza e de aumentar o tempo de separação pelo profissional de lavanderia alocado na área suja da lavanderia, reduz a vida útil dos tecidos devido às altas dosagens destes produtos sobre suas fibras (BRASIL, 2009; MEDEIROS; SOUZA; DE OLIVEIRA PAMPLONA, 2009). Um profissional reconhece essas perdas, mas depende do envolvimento das unidades, para que possa ser implementado o processo de separação.

Não há planejamento de alta para pacientes das unidades de internação, restringindo-se essa prática à UTI, segundo os entrevistados AC e AG. O profissional AH destacou a importância das pessoas para o êxito dos processos, indicando o seu nível de comprometimento como fator primordial. O entrevistado AI ressaltou que todos os processos de um hospital estão

interligados e que basta que um deles não funcione, para que todo o restante, denominado por ele como cadeia de eventos, tenha perdas de eficiência. Para ele, isso se deve ao empenho de todos os profissionais envolvidos e, quando não ocorre, o resultado pode ser o óbito do paciente.

O profissional AD exemplifica os ganhos de eficiência obtidos com as discussões sobre quais antibióticos podem ser administrados. A ideia que conduz as discussões é aliar resolutividade, custo mais baixo, além de evitar a proliferação de bactérias ainda mais resistentes.

A média de permanência na UTIA do Hospital A tinha, na época da pesquisa, uma média anual de 10 dias. A taxa de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada à cateter venoso central (CVC) é 4,02 infecções a cada 1.000 CVC/dia. Suas taxas são inferiores às da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) (5,1), mas superiores à ANAHP (1,89) e à própria meta (3,5).

O processo de limpeza terminal dos leitos não tem uma medição rigorosa, levando entre 30 min e 40 min, de acordo com os profissionais AA e AE. Os avisos para início e término da limpeza ainda não possuem mecanismos bem desenvolvidos e são dependentes do comprometimento dos envolvidos. Outra falha encontrada ocorre no número de lideranças intermediárias, o que sugere que o principal líder do setor circula menos pelos andares, o que o distancia dos profissionais operacionais.

Em relação à subutilização da sala cirúrgica, a burocracia foi apontada pelos profissionais entrevistados AB e AI como uma das causas. Um deles é o tempo gasto para o preenchimento de dados no sistema, quando o paciente já se encontra no Bloco Cirúrgico, o que significa que o profissional médico tem de preencher tudo novamente, repetindo o que já fora inserido por outros profissionais assistenciais. Outro é o tempo levado para a obtenção de autorização para procedimentos, próteses e materiais, inclusive para pacientes internados. O tempo para a realização de orçamentos para a aquisição das prótese e materiais é de até cinco dias. Além disso, a comunicação entre a Central de Materiais Esterilizados (CME) parece não funcionar, pois os materiais nem sempre estão disponíveis para o início do trabalho no bloco.

De acordo com a análise documental, outro fator é o mau aproveitamento das salas cirúrgicas devido ao número reduzido de profissionais operacionais naquele setor, enquanto o custo de uma hora de uma sala do bloco cirúrgico é de R\$ 1.098,00. Além disso, segundo o entrevistado AI, os profissionais médicos, quando desejam operar de forma contínua, utilizam-se da pressão sobre os profissionais de enfermagem, a fim de obter mais velocidade na troca de salas cirúrgicas.

O mau aproveitamento de leitos de internação foi apontado, também, como um fator que gera insatisfação nos médicos cirurgiões, segundo os entrevistados AB e AI. Especificamente, como o convênio SUS paga com valores bastante inferiores procedimentos que poderiam ser ambulatoriais, o hospital acaba liberando sua realização apenas se for realizada a internação, o que obriga o médico a comparecer no hospital no dia seguinte para providenciar a alta. Esse, entretanto, é um problema comum a todos os hospitais que atendem a este convênio.

#### *4.1.3 Gestão da Qualidade*

O Hospital A já foi acreditado com o nível 3 pela ONA, mas, em função de trocas de comando administrativo no hospital que durou alguns anos até que a transição fosse concluída, acabou abandonando o processo de certificação que é contínuo. Voltou a buscar a acreditação, sendo reconhecida com o Nível 2 em 2016. Este nível analisa o processo da assistência, buscando evidenciar a interação entre todos os processos envolvidos no cuidado. Em virtude da acreditação, voltou a ser implantado o comitê dos 5S, como forma de envolver todos os níveis nos diversos processos da gestão da qualidade.

Dois ações já mencionadas na subseção eficiência são os hospitalistas que evitam a piora do quadro clínico dos pacientes e a TRR. Antes de sua implantação, no final do primeiro semestre de 2016, os pacientes eram levados das unidades de internação para atendimento no Pronto Atendimento. Além das dificuldades causadas pela chegada de pacientes internos em um setor planejado para assistência de pacientes externos, o tempo de atendimento era maior, pois a velocidade de transporte de um paciente em uma maca é superior àquele que a equipe de TRR leva para chegar à unidade.

Outra melhoria percebida deveu-se a fatores externos. Com a instalação de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), segundo o entrevistado AB, os pacientes passaram a ser melhor diagnosticados, sendo encaminhados para o hospital aqueles que realmente necessitavam de suporte hospitalar.

Uma iniciativa interna para a melhoria da gestão da qualidade, para o entrevistado AK, foi a criação do Instituto de Pesquisas que se tornou responsável por fazer uma análise mais aprofundada dos dados epidemiológicos, a fim de se compreender quem de fato está sendo atendido no hospital. Esses dados auxiliam na gestão da média de permanência e na implementação de cursos específicos para atualização, com base em pesquisas acadêmicas, sobre temas ligados à gestão da qualidade.

Outras ações implementadas, segundo os entrevistados AC e AH são: o levantamento das notificações de erros mais recentes, o que possibilita a definição de capacitações para as equipes que passam a conhecer, inclusive, o peso financeiro destes erros; a busca ativa pelo SCIH (Serviço de Controle de Infecções Hospitalares) de pacientes que tiveram alta e foram submetidos a procedimentos cirúrgicos, a fim de investigar intercorrências durante o período de internação; e o acesso, via sistema informatizado, para que os profissionais assistenciais possam acompanhar o status dos exames solicitados. Uma ação ainda em fase de elaboração é a análise prévia de todos os procedimentos cirúrgicos eletivos, a fim de serem avaliados por uma equipe especializada sobre a real necessidade de sua realização.

Para incentivar a higienização das mãos, a estrutura física foi toda alterada, pela instalação de pias em todos os lugares e dispensadores de solução alcoólica. Além disso, o profissional AI declarou que vê os médicos lavando as mãos com muita frequência. A taxa de higienização das mãos na UTIA está em 85,2%. Apesar deste dado e da declaração do profissional AI, a higienização das mãos ainda não é considerada adequada pelos profissionais AB, AC, AG e AL.

Algumas barreiras foram apontadas para a gestão da qualidade pelos entrevistados AA, AB, AC e AI. Dentre elas, o longo tempo em que o corpo clínico ficou fechado à entrada de novos profissionais médicos, o que teria dificultado, inclusive, a renovação tecnológica do hospital; as diferentes culturas existentes no hospital, o que já foi descrito na seção integração; a sobrecarga de trabalho; o elevado número de atribuições das diversas lideranças; e a participação mais efetiva da alta gestão, para que todos percebam que a gestão da qualidade é um compromisso de todos. Para o entrevistado AC:

“[...] se a gestão não compreender esta necessidade ninguém que está abaixo desta gestão vai compreender esta necessidade e os processos vão continuar funcionando em ilhas [...]”.

Outra barreira apontada pelo entrevistado AA é a rotatividade de diversas categorias profissionais em virtude de o hospital estar localizado em uma região industrial, o que acaba gerando concorrência pelos mesmos profissionais, mas com duas vantagens: os salários são mais atrativos e não é preciso trabalhar aos domingos.

Em função da alta rotatividade dos profissionais de enfermagem neste hospital, foi criado um programa de treinamento para os ingressantes, conforme informa o entrevistado AC. Eles passam, durante um treinamento de até trinta dias na unidade de internação na qual será alocado, por um programa de “apadrinhamento”. Este novo profissional, independentemente da sua experiência anterior, não assume a escala inicialmente, tendo um profissional mais antigo

a acompanha-lo (padrinho). À medida que vai adquirindo confiança, assume um paciente por vez. Para o profissional que treina, não há acréscimo de salário; entretanto, além da percepção de valorização por parte de sua liderança, acaba trabalhando em dupla, o que reduz a carga do próprio trabalho.

Outro elemento que é considerado uma importante barreira para a gestão da qualidade para o entrevistado AK é a própria formação acadêmica que parece ser incapaz de formar profissionais com uma visão global da assistência. Os cursos de graduação, para os entrevistados AC e AK, não focam no comprometimento que estes profissionais deveriam ter com os pacientes ao ingressar no mercado de trabalho. Além disso, a pouca experiência profissional dos recém-formados é ressaltada pelo entrevistado AC quando comparados com técnicos em enfermagem mais antigos, o que sugere que os estágios durante o curso não estão agregando os conhecimentos necessários à sua formação.

Uma reclamação comum dos profissionais médicos entrevistados é que os pacientes são tratados da mesma maneira, não havendo qualquer diferenciação em relação à patologia que possuem, o que ocorre tanto no nível administrativo, quanto na enfermagem. Um paciente, cujo tratamento implique na retirada de um órgão como condição para a manutenção de sua vida, é tratado da mesma forma que outro realizando uma cirurgia estética, por exemplo.

Outra insatisfação dos profissionais médicos se dá com relação ao Bloco Cirúrgico. Como se trata de um ambiente fechado, sem luz natural e sob permanente tensão, algumas ações deveriam ser desenvolvidas para tornas mais confortáveis as horas que os profissionais passam lá dentro. Além disso, eles não têm acesso a indicadores como tempo cirúrgico, número de cirurgias por especialidade, intercorrências, dentre outros. Eles entendem que sua participação nos processos seria mais efetiva se pudessem fazer um acompanhamento mensal.

#### *4.1.4 Dimensão Comunicação*

Alguns canais formais de comunicação foram construídos, segundo os profissionais AC e AH. Dentre eles, os *rounds* semanais interdisciplinares para encontrar soluções conjuntas para processos comuns; os diversos comitês para melhorias de processos como o (Comitê de Satisfação do Clientes, Comitê de Hotelaria, etc.); e os 5 gerentes intermediários, denominados por um entrevistado como enzimas catalisadoras, ligados diretamente à direção geral. Sua missão é ir aos setores operacionais, a fim de verificar se as mensagens da direção foram compreendidas. Entretanto, uma falha importante é apontada nestes canais por um dos entrevistados: o conhecimento fica restrito àqueles que participam e isso é atribuído tanto ao

estilo de liderança, quanto à sobrecarga e ao excesso de atribuições. Alguns trechos ilustram estas falhas:

“[...] as pessoas não têm o tempo de ver tudo que é encaminhado acaba poluindo a comunicação, e os líderes de novo não passam a comunicação para todo mundo que tem que passar.” (AC)

“[...] a gente vê que funciona mais ou menos como telefone sem fio, eu acho também que vai muito do interesse dos profissionais em se entenderem e ter boa vontade para executar a tarefa [...]” (AH)

Como a alta gestão anterior era bastante centralizadora, segundo os entrevistados, há um esforço da gestão atual em alterar a cultura organizacional para auxiliar nas mudanças. Apesar disso, os entrevistados AA e AC acrescentaram que apesar de institucionalmente estimuladas tais discussões, muitos não aproveitavam o momento e que o êxito dependia do perfil de cada um dos membros das equipes. Para o entrevistado AA, “[...] tem pessoas que ainda demoram um pouco pra sentir livres pra falar [...]”

O profissional AH argumenta que apesar das diversas formas de comunicação disponibilizadas pela tecnologia (celular, *WhatsApp*, etc.), “[...] a relação humana precisa o olho no olho, o toque o abraço.”

Outro problema apontado pelo entrevistado AI como uma falha da comunicação é o desconhecimento pelos médicos de como são realizadas as diversas atividades de um processo cirúrgico. Por isso, de acordo com os entrevistados AB e AI, os atritos entre médicos e enfermagem acabam ocorrendo. O trecho a seguir exemplifica o desconhecimento das rotinas internas da organização hospitalar que acabam redundando em atritos entre os profissionais por falhas na comunicação. Segundo o entrevistado AI:

“[...] Eu nem sabia que passava pelo CME, por exemplo, materiais de balão, materiais de angioplastia eu imagino que sai do compras e vem direto para a rotina.”

#### 4.1.5 Dimensão Confiança

Além das diferentes gerações de profissionais que trabalham neste hospital, dificultando a construção da confiança, os acordos feitos em reuniões formais nem sempre são cumpridos. Segundo AE:

“[...] Eu até fiz uma combinação verbal com a gestora [...]. Só que não funciona.”

Outra característica que sugere a falta de um ambiente de confiança é que mesmo quando estimulados a compartilhar suas críticas, boa parte dos profissionais prefere não se

manifestar. O profissional AC explica as dificuldades em conceder autonomia, razão que pode estar levando os funcionários a preferirem não se manifestar:

“[...] Eu acho que a maior dificuldade é isso de ter pessoas que são realmente líderes, mas geralmente se coloca é porque é aquele que tinha ali no momento, mas não que é a pessoa que tem perfil de liderança, que quer se expor [...]”.

Os entrevistados AA e AC atribuem isso à falta de maturidade tanto de subordinados quanto de líderes que recebem as críticas profissionais como se fossem pessoais. O trecho do entrevistado AA, a seguir, ilustra este ponto:

“[...] Depende da maturidade também da pessoa, alguns, de novo isso, tu vai conversar, e tem quem fica até emburrado quando tu vai cobrar por um erro [...]”.

Todos os entrevistados apresentaram declarações bastante distintas em relação à tolerância ao erro, pois, em geral, além de se serem tratados como fonte de aprendizado, os profissionais entrevistados admitem que persiste uma cultura de punição. São aplicados atos disciplinares que vão desde a advertência verbal, a advertência por escrito até uma suspensão ou demissão. Todos afirmaram que, mesmo não havendo qualquer punição, a ocorrência é relatada, a fim de gerar registros capazes de proteger o hospital de problemas futuros. Os trechos a seguir auxiliam na compreensão das análises feitas:

“[...] eu estou te suspendendo porque o teu erro foi grave e tu precisa entender que tu precisa ter o dobro da atenção [...]” (AC)

“[...] nós temos aplicado atos disciplinares que vão desde uma advertência verbal, uma advertência por escrito ou uma suspensão ou até mesmo ato demissional [...]”. (AC)

Por outro lado, um dos entrevistados destaca o desconforto emocional que o erro acarretará ao profissional que o cometeu. Por isso, citou um caso em que o profissional foi tratado como a segunda vítima, diante do sofrimento que o seu erro causara ao paciente e a ele:

“[...] existe a nossa preocupação com a segunda vítima que a gente fala que é a pessoa que cometeu aquele erro, que quando ele não é um erro intencional, ele realmente traz um impacto psicológico muito grande para a pessoa que cometeu o erro [...]”. (AK)

#### *4.1.6 Dimensão Liderança*

O hospital experimentou mudanças significativas tanto nos gestores de nível estratégico, quanto no nível tático no último ano. Como assumiram suas funções há pouco tempo, talvez tenham sido capazes de perceber o impacto que o envolvimento e o comprometimento de cada um dos profissionais pode gerar nos processos internos, o que pode não ser possível para

aqueles que já estão há mais tempo. Para o entrevistado AA, se o líder deseja o envolvimento dos seus subordinados, deve respeitar as diferenças existentes entre eles:

“[...] como eu tenho uma pessoa de condição financeira boa, que fez pós-graduação, que fez mais de uma faculdade eu tenho pessoas que não terminaram o ensino médio, então eu não posso tratar todo mundo da mesma maneira, da mesma forma. Eles não vão receber a informação da mesma forma [...].”

A maior barreira para as mudanças desejadas se dá em função da resistência das lideranças mais antigas, segundo o entrevistado AC. Para ele, o funcionário só buscará um bom relacionamento com os demais se for estimulado por sua liderança, o que varia “de acordo com a liderança de cada setor”. Por outro lado, o entrevistado AF pondera que um novo estilo de liderança só será incorporado pelo sistema formal, se houver ações nítidas da alta gestão de que este é o perfil desejado.

Os profissionais AA, AC e AF mencionaram a dificuldade em conseguir apoio de outros setores ou profissionais em função de algumas lideranças que resistem em adotar uma visão sistêmica nas suas tomadas de decisão. Para eles, estes profissionais só se preocupam com os resultados dos seus próprios setores. Segundo o entrevistado AC:

“[...] tu teria que ter uma inter-relação meio que constante e isso é o que se busca, essa sensibilização no sentido de entendimento de qual é o papel de cada um nesse sentido, mas não é o que a gente tem, eu não vejo isso, eu acho que isso tá evoluindo a passos lentos [...].”

As falhas nos processos, levando a constantes retrabalhos, são apontadas pelo entrevistado AF como reflexos de um problema no gerenciamento, o que leva “os funcionários a ficar sem saber o que fazer”. Essas falhas podem estar relacionadas com a autonomia de algumas categorias profissionais que não vem sendo desenvolvida. Um exemplo disso é a forma encontrada para a obtenção de mais produtividade, segundo o entrevistado AE: novos cargos formais de liderança foram criados. Os entrevistados AC e AE ponderaram que a autonomia também está relacionada com o perfil do subordinado, porque alguns são claros em não a desejar.

Dadas as dificuldades causadas por algumas lideranças, os profissionais AA, AD e AE revelaram que, quando precisam de algo e não o conseguem via liderança formal, não hesitam em procurar auxílio daqueles que operacionalizam as atividades daquele setor. Segundo o entrevistado AA:

“[...] eu procuro as pessoas de referência para mim, muitas vezes nem sempre é o líder que me dá retorno, então muitas vezes eu procuro o líder que é aquela pessoa que eu entendo que vai solucionar o problema [...].”

#### 4.1.7 Análise

Esta organização passou por alterações significativas em suas lideranças de nível estratégico e tático; neste último, notadamente no ano de 2016. Apesar dessas mudanças e em que pese o fato de um processo de acreditação dificilmente ocorrer se não houver um apoio genuíno da alta gestão, obteve a certificação da Acreditação Hospitalar – Nível II. Isso pode sugerir que a cultura da qualidade já está incorporada na maioria dos funcionários do hospital.

Entretanto, características como rotatividade elevada (CENNAMO; GARDNER, 2008), conflitos entre gerações e culturas (CURRIE; HARVEY, 2000), baixo envolvimento dos médicos nos processos do hospital (PEARSON; GOULART-FISHER; LEE, 1995), além de novos profissionais contratados com pouca ou nenhuma experiência levam a atribuir a cultura da qualidade às lideranças mais antigas do hospital que já vivenciaram processos anteriores de acreditação (Nível III). Essa reflexão, por outro lado, é contrariada quando é justamente a eles que alguns profissionais entrevistados atribuem a resistência às mudanças propostas.

Essa diferença de percepções entre os entrevistados pode estar ocorrendo em função dos diversos problemas existentes já mencionados anteriormente, o que tem inviabilizado a integração. Há tanta dificuldade para integrar os diversos interesses que isso ocorre até entre gerações distintas de médicos que, por alguns anos, manteve-se fechada à entrada de novos profissionais. Ela também aparece nos relatos de que apesar do esforço institucional de criar eventos voltados à integração, o ambiente de camaradagem conseguido neles não é repassado para seu cotidiano profissional. Isso talvez seja explicado, porque, como lembra um dos entrevistados, nem alguns membros da alta gestão, quando passam pelos funcionários operacionais, são capazes de cumprimentá-los, o que acaba não lhes conferindo um sentimento de pertencimento.

A falta de integração também aparece nos relatos de que, diante das dificuldades em conseguir algo pelas lideranças formais, outros não hesitam em recorrer a outros profissionais do setor para solucionar problemas de processos comuns. Aparece, também, em trechos diversos das entrevistas realizadas. Por exemplo, acordos feitos em reuniões nem sempre são cumpridos; as reuniões formais acabam não auxiliando no compartilhamento de informações com quem se fez presente e também com aqueles que operacionalizam os processos. Outros trechos mencionam que alguns funcionários não são gentis com colegas de outros setores, porque não são estimulados a fazê-lo por suas lideranças imediatas, ou ainda, quando não é bom para o próprio setor, nada se faz, ainda que isto auxilie um outro.

Estudos anteriores tratam da relevância do líder nos processos de integração. Hakonsson *et al.* (2016) defendem uma forte atuação das lideranças, a fim de estimular seus profissionais a formar grupos que interajam entre si. Ao buscar a manutenção das relações sociais, deixam de perseguir ganhos de curto prazo, adotando ações de ganho coletivo. Ao passo que cada uma das partes contribui para o resultado, acaba por se submeter às demandas do todo (LILLRANK, 2012). Como resultado, possibilitam a integração entre os sistemas formal e informal de controle, atendendo às necessidades organizacionais (McEVILY; SODA; TORTORIELLO, 2014).

A integração dos profissionais envolvidos nos processos evita a assimetria de informação que pode se refletir na perda de valor para os pacientes (CHAKRABORTY; DOBRZYKOWSKI, 2014), além de gerar maior confiança entre os membros da equipe, o que só realimenta a sua integração (LEE; SWINK; PANDEJPONG, 2011). Em função da alta fragmentação na produção dos serviços de assistência à saúde, a integração acaba oferecendo soluções essenciais para a sustentabilidade e o funcionamento destas organizações (BAINBRIDGE *et al.*, 2016).

As principais barreiras para cada um dos conceitos centrais são apresentados no Quadro 3:

Quadro 3 – Conceitos centrais e dados qualitativos referente ao Hospital A.

CATEGORIA	DADOS REPRESENTATIVOS
<p><b>Integração – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura Organizacional</li> <li>• Autonomia do Médico</li> <li>• Sobrecarga</li> <li>• Rotatividade</li> <li>• Perfil da Liderança Formal</li> </ul>	<p>“[...] tem duas gerações aqui dentro, de faixa etária, [...] a impressão que eu tenho que essa nova geração trabalha em cooperação e os mais velhos não.” (AC)</p> <p>“[...] então essa geração que se tu der uma dobradinha a mais eles vão embora, eles não ficam não criam raízes [...].”(AA)</p> <p>“[...] é muito difícil a gente aceitar outras culturas, parece que tem um outro tempo.”</p> <p>“[...] conforme a liderança daquele setor ela vai orientar o funcionário a ter bom relacionamento, a ter respeito com os colegas.” (AF)</p> <p>“O médico não tem nenhuma relação corporativa com a instituição que ele está trabalhando [...] se eu não operar aqui eu irei para outro lugar.” (AI)</p> <p>“[...] a gente trabalha no limite, as pessoas faltam, o quadro está sempre com pessoas a menos.” (AG)</p> <p>“[...] Cada um cuida do seu, isso não é problema meu e acho que é isso que deve ser melhorado. ” (AH)</p> <p>“[...] essa sensibilização no sentido de entendimento de qual é o papel de cada um nesse sentido, mas não é o que a gente tem, eu não vejo isso [...]. ” (AC)</p>

(Continua) Quadro 3 — Conceitos centrais e dados qualitativos referente ao Hospital A.

CATEGORIA	DADOS REPRESENTATIVOS
<p><b>Gestão da Qualidade – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga de Trabalho</li> <li>• Autonomia do Médico</li> <li>• Rotatividade</li> <li>• Formação Profissional</li> <li>• Apoio da Alta Gestão</li> </ul>	<p>“[...] eu percebo que a gente às vezes nem levanta a cabeça quando chega uma pessoa, porque tu não <i>tem</i> tempo de dar atenção para ela [...].” (AA)</p> <p>“Nas unidades de internação, eu não vejo as pessoas lavando as mãos com a frequência que seria necessária.” (AC)</p> <p>“[...] o médico é um prestador de serviço, então o hospital tem de trata-lo bem.” (AI)</p> <p>“[...] a barreira dessa nova geração, as formações que não são mais tão adequadas.” (AC)</p> <p>“[...] se a gestão não compreender esta necessidade ninguém que está abaixo desta gestão vai compreender esta necessidade e os processos vão continuar funcionando em ilhas.” (AH)</p> <p>“[...] acho que nossa principal barreira para a gestão da qualidade é a rotatividade que é alta.” (AC)</p>
<p><b>Liderança – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação das lideranças informais</li> <li>• Autonomia</li> <li>• Perfil das lideranças formais</li> </ul>	<p>“[...] poucas pessoas querem ser líderes.” (AC)</p> <p>“[...] porque à noite a gente percebeu que era uma amiga da contravenção, então as pessoas trabalham menos, tem outro ritmo de trabalho [...]”. (AE)</p> <p>“[...] nós estamos num processo de desenvolver as lideranças, elas estão acostumadas a executar e o que se espera nessa nova gestão é que eles sejam gestores dos seus setores e não executores.” (AF)</p> <p>“[...] nós temos conflitos de interesses; isso me beneficia, então eu vou seguir aquele caminho [...]”. (AK)</p> <p>“[...] Cada um cuida do “seu”, isso não é problema meu [...]”. (AA)</p>
<p><b>Comunicação – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cultura Organizacional</li> <li>• Sobrecarga de Trabalho</li> </ul>	<p>“[...] tem pessoas que ainda demoram um pouco pra sentir livres pra falar [...]”. (AK)</p> <p>“[...] anos de gestão num modelo centralizador. Então a gente tem problemas a serem resolvidos e serem quebrados paradigmas até de compreensão da própria equipe multidisciplinar.” (AF)</p> <p>“[...] eu acho que a sobrecarga e o número de atribuições.” (AC)</p> <p>“[...] nós no hospital trabalhamos sob forte pressão[...]”. (AA)</p>
<p><b>Confiança– Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento do Erro</li> <li>• Autonomia</li> </ul>	<p>“[...] eu estou te suspendendo, porque o teu erro foi grave e tu precisa entender que tu precisa ter o dobro da atenção, mas ao mesmo tempo eu peguei ela no colo, sabe?” (AC)</p> <p>“[...] nós temos aplicado atos disciplinares que vão desde uma advertência verbal, uma advertência por escrito ou uma suspensão ou até mesmo ato demissional [...]”. (AK)</p>
<p><b>Eficiência – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia</li> <li>• Burocracia</li> <li>• Falhas de Processos</li> <li>• Planejamento de Alta</li> </ul>	<p>“[...] quanto mais atividade tu dá pro profissional, menos tempo ele tem parar e pensar e se dar conta de muitas situações.” (AH)</p> <p>“[...] a gente agora tem essas três lideranças para fazer o processo fluir melhor, ter mais produtividade.” (AH)</p> <p>“[...] não existe e o desenvolvimento deste processo para que o paciente chegue no hospital e seja atendido, realize seu</p>

(Conclusão) Quadro 3 – Conceitos centrais e dados qualitativos referente ao Hospital A.

CATEGORIA	DADOS REPRESENTATIVOS
<p><b>Eficiência – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia</li> <li>• Burocracia</li> <li>• Falhas de Processos</li> <li>• Planejamento de Alta</li> </ul>	<p>procedimento e vai embora, ele envolve diferentes setores [...] e isto tudo é bem complicado.” (AI)</p> <p>“[...] o setor de compras do hospital não tem o conhecimento técnico necessário para definir se o material é este ou aquele</p> <p>“hoje este processo é falho a gente não tem este nível de comunicação com agilidade, como o tratamento cirúrgico precisa [...].” (AI)</p> <p>“[...] O planejamento de alta eu não costumo preencher.” (AB)</p> <p>“[...] não tenho planejamento nem de agenda do bloco cirúrgico, então da alta do paciente [...].” (AI)</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados constantes no Quadro 3 e nos diversos trechos das entrevistas apresentados anteriormente sugerem que a eficiência é prejudicada pela falha na integração no nível operacional. Como os profissionais deste nível não são envolvidos na construção e elaboração dos processos, eles não os incorporam às suas rotinas, gerando perdas de eficiência e falhas na gestão da qualidade. Contribuem como barreiras para integrar os setores o perfil das lideranças formais, a forma como são tratados os erros, a sobrecarga de trabalho, a alta rotatividade, as diferentes gerações e os *rounds* que além de acontecerem apenas uma vez por semana, não incluem os profissionais que executam os serviços. Diante desse contexto, as dificuldades em conseguir integrar os médicos nos processos parece um problema menor e ganhos de eficiência como o planejamento de alta ainda parecem distantes. A alta gestão, quando passa pelos demais profissionais do hospital e não os cumprimenta, parece sinalizar ao coletivo de funcionários que eles não são importantes como tentam mostrar os gestores encarregados de “catalisar” os demais.

Como a integração entre os profissionais encontra tantas barreiras para ocorrer, as falhas na gestão da qualidade são traduzidas pela dificuldade em atingir as próprias metas de CVC ou até mesmo da média de permanência, cujo indicador também está relacionado com a qualidade da assistência prestada. Algumas iniciativas individuais como o prontuário eletrônico indicam um ganho de eficiência ao reduzir o tempo de pagamento das contas hospitalares.

Por outro lado, como a correção da conta ainda se dá depois da alta do paciente, isso indica que a integração dos profissionais e dos setores apresenta falhas, pois a correção fica sob responsabilidade do profissional enfermeiro encarregado da unidade, não incluindo os técnicos

em enfermagem que atenderam o paciente e deixaram de incluir os itens faltantes na conta. Isso acaba gerando outra ineficiência, pois como não há aprendizado com o erro cometido, ele tende a repetir-se.

O mesmo ocorre com os erros durante a assistência que, quando notificados por quem o cometeu, geram tanto a punição, quanto o aprendizado para quem o fez. A tendência é que os profissionais evitem notificar para evitar a punição, o que pode estar relacionado com o baixo índice de notificações. Mais uma vez a falta de integração gera falhas na gestão da qualidade, pois quando um erro não é notificado e corrigido a tempo, tende a aumentar o tempo e os custos de uma internação quando não leva o paciente a óbito.

Outros exemplos levam às mesmas considerações. O planejamento de alta não ocorre, porque os médicos do corpo clínico não têm vínculo contratual com o hospital e a média de permanência não é uma preocupação deles, pois ganham diárias enquanto o paciente permanecer internado. Já os médicos hospitalistas que possuem vínculo contratual se mostram mais aderentes aos protocolos e a busca por reduzir a média de permanência, o que pode ser sinalizado pelos trechos em que são responsabilizados pela redução das PCR's nos pacientes internados pelo convênio SUS. Além disso, quando as PCR's ocorrem, o TRR se desloca do PA levando o próprio carro de parada. Isso leva a obrigatoriedade do uso do elevador que aumenta o tempo de chegada e ocorre, porque não há confiança de que os carros de parada existentes em cada unidade tenham sido verificados de forma correta.

Some-se a isso a falta de separação de roupas, o desconhecimento de quanto tempo leva uma higienização de leito e subutilização das salas do bloco cirúrgico e chega-se à conclusão de que os setores trabalham de forma hermética, dificultando a integração. Os líderes não se comunicam com a frequência necessária; o pessoal operacional apenas executa, porque é mandado, o que significa que não compreende a importância de fazê-lo; e a falta de confiança representada pela baixa notificação de erros acabam interferindo na gestão da qualidade.

Dentre as evidências apontadas até aqui a que mais sinaliza a falta de integração e a não incorporação da gestão da qualidade à cultura de segurança do paciente foi a decisão de se ampliar o quadro de supervisores. Além de aumentarem os custos operacionais, sinalizam que a gestão só acredita que os profissionais realizam as atividades para a qual foram contratados se estiverem sob supervisão contínua. Sendo assim, as perdas observadas na eficiência são apenas reflexo das falhas na integração e na gestão da qualidade.

## 4.2 HOSPITAL B

Esta subseção é dedicada à apresentação da análise e discussão dos dados obtidos e das entrevistas realizadas no Hospital B.

### 4.2.1 Integração

No Hospital B, segundo o profissional BA, foi implementado o conceito de unidades de negócios (UN) há aproximadamente dois anos com o objetivo de melhorar a integração dos diversos setores. Uma UN pode ser definida como uma divisão, linha de produtos ou centro de lucros de uma empresa. Dentre suas características, estão: poder produzir e comercializar um conjunto de produtos ou serviços bem definidos; costuma servir a um conjunto definido de clientes em uma área geográfica bem delimitada; e compete com um conjunto específico de concorrentes. Trata-se, portanto, de uma unidade mais básica de negócios que, em conjunto com outras unidades, formam uma empresa (BUZZEL; GALE, 1991).

Assim como em outros segmentos, os setores de uma organização hospitalar estão inseridos em um ambiente próprio de relações por meio dos seus diversos processos, além de também darem a sua contribuição para a realização das estratégias organizacionais, o que se assemelha ao conceito de UN. Todas, internamente, são clientes e fornecedores uns dos outros.

Todavia, o profissional BA menciona a dificuldade de algumas lideranças em gerenciar o seu setor dentro deste modelo:

“[...] pessoas que são responsáveis por determinados setores, acabam não tendo essa visão geral, essa visão global.”

Mas como se trata de processo recente, este profissional aponta que a gestão de recursos humanos e o setor da gestão da qualidade vêm sensibilizando as diversas lideranças, para que haja a construção de uma visão compartilhada e que a resistência possa ter-se originado da velocidade com que as mudanças vêm sendo implementadas: “Faz a gente sair da zona de conforto e começa a pensar em enxergar diferente. ”

Apesar dos esforços, os profissionais BA, BF e BG apontam também os médicos como barreiras para a integração. Para um deles, os médicos são individualistas por natureza e é preciso um trabalho mais longo para integrá-los. Utilizando-se de bons médicos como exemplo, o profissional BF exemplifica a dificuldade da integração destes profissionais:

“[...] o cirurgião de bons princípios, o que ele pensa: eu quero o melhor para o meu paciente; conseqüentemente eu vou ter o melhor pra mim, cirurgião. O hospital fica em terceira posição [...].”

Além disso, apesar desta busca pela integração ter sido uma iniciativa da nova gestão, o profissional BA demonstra insatisfação em relação ao fato de que os gestores do nível estratégico são desconhecidos pelo pessoal do nível operacional. Para ele, esse distanciamento traz a ideia de que os profissionais operacionais não são importantes para a organização:

“[...] tem funcionários que sequer conhecem o diretor [...] ele sente um certo distanciamento [...]”.

O profissional BG destaca algumas razões para as pessoas não quererem se integrar mesmo em eventos informais: não querer conviver com as pessoas que lhes dão ordens todos os dias; ter mais de um emprego; e não poder levar a família para os eventos.

Quando questionados de que forma a integração era estimulada, os profissionais BA, BC e BG informaram que não existem, institucionalmente, ações para aumentar a integração por meio de eventos que não estejam relacionados diretamente ao trabalho. Outros profissionais (BE e BH) mencionam as reuniões formais que ocorrem entre as lideranças, normalmente convocadas por algum setor, como forma de melhorar os processos. O profissional BC, entretanto, afirma que não hesita em procurar as lideranças de outros setores, quando percebe que há um processo que não funcione adequadamente por falta de ação daquele setor. Dois outros profissionais, BA e BG, utilizam o tempo de casa que têm para buscar auxílio de funcionários mais antigos que estejam alocados em outros setores, a fim de buscar uma solução que não conseguiram através das lideranças formais. O entrevistado BG pontua a situação:

“[...] nós costumamos "cutucar" o colega ou melhor, se colocar à disposição para ver o que pode estar ajudando, o que pode estar auxiliando, para que daqui a pouco algum obstáculo possa ser ultrapassado ou alguma negociação tenha que ser feita. Mas sim, realiza o contato com as pessoas, obviamente, as pessoas que tem mais afinidades facilita, principalmente nesse histórico de hospital que eu tenho, de casa que eu tenho.”

As reuniões entre algumas lideranças formais para tratar do Sistema de Informações Gerenciais (SIG) foram mencionadas pelos profissionais BE e BH como uma forma de estreitar o relacionamento entre os componentes, o que auxilia na resolução de problemas comuns. A baixa rotatividade dos profissionais que ocupam cargos de liderança formal foi apontada por BA, BF e BH como um fator que auxilia na integração, mas admitem que a rotatividade é alta nos demais cargos operacionais.

Por outro lado, os profissionais BG e BI foram categóricos ao dizer que tudo o que está formalizado, deveria ser seguido conforme fora estabelecido, para que os processos funcionem com a eficiência planejada, independentemente de quem esteja neles. Apesar dessa observação, admitem que um relacionamento mais próximo acaba auxiliando na resolução de problemas e que um contato informal entre os profissionais agiliza a resolução de problemas comuns quando comparado aos canais formais como reuniões ou memorandos internos.

#### *4.2.2 Eficiência*

O Hospital B não possui hospitalistas (médicos com vínculo trabalhista e que atuam na assistência de pacientes de uma unidade de internação), pois conta com diversas residências médicas que atuam com o mesmo objetivo de evitar a piora no quadro clínico dos pacientes internados. Os entrevistados BF e BH apontaram que a nova geração de médicos que acaba a residência e passa a compor o corpo clínico do hospital, traz consigo uma noção mais forte sobre custos, pois “eles sabem que a galinha dos ovos de ouro tem de ser mantida” (BF).

Entretanto, devido a uma estratégia dos residentes em convocar mais pacientes para as cirurgias do que a capacidade instalada do bloco cirúrgico, houve a necessidade de reorganizar as escalas cirúrgicas, pois diversos procedimentos eram cancelados por terem sido agendados em duplicidade. Isso pode ser percebido no trecho da entrevista de BH: “vá que um não vem, vá que um está gripado, aí chamava todo mundo”.

Para o entrevistado BA, outra estratégia implantada foi o Time de Resposta Rápida (TRR), cujo objetivo é o de atender paradas cardiorrespiratórias (PCRs) nas unidades de internação. Ao evitar uma PCR, mitiga-se a possibilidade de sequelas oriundas do tempo em que o paciente fica sem oxigenação no cérebro (AHA, 2015; JONES; DEVITA; BELLOMO, 2011), o que pode levar à elevação no período de internação e à solicitação de mais exames diagnósticos. Como este hospital atende ao convênio público (SUS), qualquer ação para reduzir tanto a média de permanência quanto a solicitação de exames reduz os custos da internação, impactando no resultado da organização, além melhorar a produtividade dos recursos humanos, físicos e tecnológicos. Neste hospital, o TRR é formado por profissionais da UTIA que são acionados pelas unidades de internação.

Quanto a média de permanência nas UTIAs, o Hospital B tinha, na época da pesquisa, uma média anual de 11,2 dias e uma meta de 9 dias. Na análise desse dado, deve ser levado em consideração que este hospital recebe pacientes de diversas regiões do estado justamente por não contarem com estruturas de saúde com maior resolutividade em seus municípios. Dessa

forma, recebem pacientes com diversas comorbidades (outras patologias, além daquela que levou à internação em um mesmo paciente). Ele não conta com uma Unidade de Cuidados Especiais (UCE), mas já tem projeto para construí-la.

O entrevistado BI trata de forma muito objetiva a importância da gestão da média de permanência para o hospital, o que inclui o controle da infecção hospitalar:

“Se a gente reduz o tempo de permanência em 0.5 pra uma instituição como esta, significa criar oitenta leitos no fim do mês. A gente tem consciência disso. A gente reduz em 1% a taxa de infecção, a gente vai ter um incremento de receita, a gente vai gastar menos, muito maior. Fora toda a questão da imagem”.

O entrevistado BA destaca que uma das estratégias adotadas para reduzir a média de permanência é a coleta de exames laboratoriais em todo o hospital até às 6h da manhã. Dessa forma, o resultado está disponível às 8h, quando costumam chegar os médicos assistentes e residentes. Com o exame liberado mais cedo, as tomadas de decisão em relação ao tratamento podem ser antecipadas, o que acaba se refletindo no tempo de internação e no melhor giro dos leitos hospitalares.

Uma dificuldade apontada pelos entrevistados BA, BC, BD e BH para uma utilização mais eficiente dos leitos é o fato de 40% de seus pacientes serem originados de outras localidades e dependentes de transporte de suas prefeituras. Todavia, parte desse problema poderia ser solucionado se houvesse o planejamento das altas, permitindo combinações prévias com as prefeituras. O planejamento de altas só ocorre na UTIA. O entrevistado BF admite que os médicos não costumam se preocupar com a gestão da média de permanência e que essa pode ser a razão, para que ela ainda não tenha sido implementada, apesar das tentativas da gestão do hospital.

Outra perda de eficiência é mencionada nas reclamações do entrevistado BB sobre o tempo dispendido entre as cirurgias. Dependendo do profissional, duas salas são reservadas, de forma que ao término de uma, outra cirurgia possa ocorrer na sequência, possibilitando maior produção. No entanto, isso ocorre para um número reduzido de cirurgiões, já que o número de salas é limitado. Diante dos custos de uma sala cirúrgica (R\$ 500,00 por hora no Hospital B), o acréscimo de higienizadoras para a realização da desinfecção de cada sala aumentaria a produtividade de todos os cirurgiões e do próprio hospital.

*Grosso modo*, três horas de sala utilizada pagam o salário mensal de uma higienizadora. Isto é, o conhecimento especializado de cada cirurgião passa a ser otimizado. Esse acréscimo no número de higienizadoras, ao melhorar a produção do bloco cirúrgico, promove sua melhor utilização, evitando que investimentos em novas salas cirúrgicas possam ser postergados.

Apesar de ter ampliado o número de higienizadoras no turno da tarde segundo o entrevistado BC, os profissionais que realizam procedimentos cirúrgicos no turno da manhã continuam a permanecer ociosos em função da falta de salas limpas.

O entrevistado BF acrescenta que em todas as unidades de internação, não há separação dos tecidos utilizados por grau de sujeira, sendo dispensados no mesmo *hamper* (recipiente para a dispensação de material destinado à lavanderia). Isso se reflete em maiores custos operacionais da lavanderia causados pelo tempo de separação por sujeira e pela necessidade de utilização de maior quantidade de produtos para a lavagem dos tecidos. O desgaste precoce dos tecidos em razão da alta quantidade de produtos utilizados acaba gerando o custo de substituição prematura dos enxovais.

Apesar das tentativas de alta gestão, não é realizado planejamento de altas de pacientes, o que dificulta a gestão da taxa média de permanência e dos próprios leitos. O entrevistado BB relata o que pensam os médicos do corpo clínico:

“[...] não me preocupo e não acredito que os demais cirurgiões se preocupem com média de permanência. ”

Para o entrevistado BF, essa atitude acaba tendo relação com a dificuldade em integrar estes profissionais de forma a tornar os processos mais eficientes:

“[...] o médico vem ali e faz e não se envolve tanto com os outros em protocolos [...]”

Em relação à liberação de leitos para a higienização após a alta do paciente, ele ocorre, segundo os entrevistados BA e BC, via mudança de *status* no sistema após ser inserida pelo técnico em enfermagem. Entretanto, como há poucos computadores, a equipe de higienização não consegue acessar e o início da limpeza acaba sendo precipitado por uma comunicação informal entre a equipe de enfermagem e a de higienização. Não há conhecimento sobre o tempo para a realização de uma limpeza terminal que pode variar entre 40 min e 1 hora para um profissional limpando, mas esse dado varia de acordo com quem responde. Além disso, foi criada a função de camareira para vestir o leito após a higienização e que fica circulando pelo hospital para realizar esta função. Pontualmente, a própria higienizadora veste o leito, quando a camareira não está disponível. Essa função não agrega valor ao processo e seu custo geraria melhor benefício se houvesse mais higienizadoras para a limpeza dos leitos e da estrutura física, agregando à sua função vestir o leito.

Foi mencionado pelo entrevistado BC o desenvolvimento de um *software* que será acessado por um tablete acoplado nos carros usados para a higienização, o que possibilitará, segundo um entrevistado, não só o conhecimento de quais leitos devem ser higienizados, mas também o início e o fim da limpeza, de forma a poder conhecer o tempo médio. Esse sistema,

entretanto, continua dependente do comprometimento dos funcionários da enfermagem e da higienização que precisariam compreender a importância da rápida liberação dos leitos, a fim de evitar que outras unidades (sala de recuperação, UTI, emergência) tenham problemas na gestão dos seus fluxos, além dos impactos causados na geração de receitas. Os convênios privados praticam valores inferiores para pacientes alocados na emergência e o convênio SUS não paga pela utilização dos leitos nas emergências.

A busca pela redução de custos em um hospital que atende ao convênio SUS foi mencionado por diversos entrevistados (BA, BC, BD, BE, BF, BG, BH e BI). O entrevistado BD relata que uma ação permanente é a liberação pela farmácia de antibióticos solicitados pelo médico assistente apenas após a liberação do Serviço de Controle de Infecção (SCIH). Com essa ação, evita-se não só a utilização de medicamentos mais caros, por outros com a mesma capacidade de ação, como também se reduz a possibilidade de criar microrganismos ainda mais resistentes, o que tenderia a elevar os custos globais do hospital com medicamentos.

A auditoria das contas hospitalares, ainda durante a internação do paciente, foi uma iniciativa apontada por BG que passou a fazê-lo em seu setor desde que percebeu que tinha mais trabalho quando a conta saía da unidade e era auditada por terceiros. A maior vantagem apontada por este profissional é que a conta não precisa ficar indo e voltando do faturamento, podendo ser cobrada com mais rapidez do convênio.

BG acrescenta que outra iniciativa desse setor foi a liberação de medicamentos e materiais da farmácia satélite apenas após a prescrição médica ser inserida no sistema. Isso evitou que houvesse a discrepância observada, até então, entre os estoques virtual e físico. Outra ação adotada na passagem de plantão desse setor envolve itens como termômetros e medidores de HGT (nível de glicose) que passaram a ser entregues de uma equipe para a outra na passagem de plantão, a fim de evitar a perda ou extravios desses itens necessários às atividades rotineiras.

Não há qualquer ação relativa aos pacientes oriundos de consultórios com pedidos de internação e de exames de imagem para diagnóstico. Eles são enviados para a unidade de internação pelo pessoal de recepção. Isso significa que após a sua entrada na unidade, a enfermagem faz contato com o setor de exames por imagem para agendar o exame. Em caso de disponibilidade imediata, o paciente torna a descer para o andar da recepção, acompanhado por técnico em enfermagem, para a realização do seu exame. O profissional BH, ao ser entrevistado, mostrou grande surpresa, questionando se existia algum hospital que fazia isso.

Basicamente, a recepção, ao realizar a internação, contata o setor para verificar a disponibilidade de horário. Em caso positivo, a recepção leva o paciente para o setor que insere a solicitação de exame na conta do paciente. Após realizado o exame, o setor de imagem liga

para a recepção, para que esta conduza o paciente para a unidade de internação. Esse processo, além de evitar que o paciente fique se deslocando pelo hospital, evita que o técnico em enfermagem da unidade de internação interrompa sua atenção para com os demais pacientes sob sua responsabilidade.

#### 4.2.3 *Gestão da Qualidade*

O Time de Resposta Rápida, já descrito em seção anterior como uma ação que melhora a eficiência, é apontado por um profissional entrevistado como um fator que interfere na gestão da qualidade em seu setor. Para o entrevistado BG, o fato de uma parte dos profissionais ficar fora da unidade por 30 min a 60 min provoca o acúmulo de trabalho para aqueles que permanecem. O que ocorre na prática, segundo este profissional, é que alguns pacientes ficam descobertos, inclusive legalmente, pois no período que durar a PCR, o número de enfermeiros se reduz à metade do exigido. Além disso, quando retornam, algumas atividades acabam sendo deixadas de lado, para que as tarefas mais importantes possam ser executadas. Este profissional teme, inclusive, que uma das atividades menosprezadas nestes retornos seja a lavagem de mãos que está diretamente ligada às infecções cruzadas. Outro profissional da mesma unidade, BE, não vê problemas nos atendimentos de PCRs, uma vez que o grande número de residentes acaba auxiliando nas tarefas. Entretanto, essa visão se restringe aos profissionais médicos não envolvidos em diversos manejos dos pacientes.

Em relação ao controle de infecções, uma estratégia desenvolvida é o incentivo à higienização das mãos, pois uma elevação de 10% nos indicadores de lavagem de mãos está relacionada a 6% de redução nas infecções associadas (SICKBER-BENNET *et al.*, 2016). Como o indicador da lavagem de mãos é medido pelo consumo diário mínimo de solução alcoólica de 20 ml/paciente-dia (WHO, 2009), os profissionais declararam que estão dentro do consumo preconizado na UTI, pois se baseiam no consumo dos estoques do hospital. Não há, entretanto, indicador específico para esta finalidade na UTI e nas unidades de internação, segundo os entrevistados BA, BD e BG.

BG admite que, mesmo na UTI, há uma necessidade de manter treinamento permanente para a lavagem de mãos, porque, segundo ele, após observação sistemática, descobriu-se que os funcionários não o faziam. Por isso, instituíram um programa semanal de lavagem de mãos nos diversos turnos, como forma de incorporar esta cultura na equipe. Também não se pode desprezar a peculiaridade deste hospital que é a entrada e saída nas unidades de alunos de residências e estágios diversos. Como, em geral, ficam um mês em cada lugar, seu treinamento

para o uso das práticas específicas para cada unidade acaba não gerando os resultados desejados.

Diante do reconhecimento sobre as dificuldades em implantar a higiene das mãos como conduta de todos os profissionais, outras ações vêm sendo desenvolvidas, segundo BD e BI. O Hospital B vem desenvolvendo um sistema eletrônico que acusa, em um cartão preso na roupa de cada funcionário, que foi realizada higienização das mãos no dispensador de solução alcoólica. Um visor simples possibilitará que qualquer leigo (pacientes e acompanhantes) seja capaz de verificar a higienização, tornando-se fiscal do processo. Esse sistema deverá ser lançado no segundo semestre de 2017.

Apesar da obrigatoriedade da taxa de infecções associadas como indicador de qualidade (PEREIRA *et al.*, 2016), as entrevistas realizadas com BD, BG e BI possibilitaram compreender que ela é abrangente demais e não auxilia na comparação, uma vez que o perfil epidemiológico de cada hospital é um fator que deve ser considerado durante a análise. O entrevistado BI fez algumas importantes considerações a respeito do assunto:

“Há muitos anos, as pessoas envolvidas em controle de infecção, tentam encontrar indicadores de infecção que consigam comparar instituições ou determinadas unidades. Isso tem sido um grande desafio por vários motivos, mas o principal é a população que é atendida naquela determinada instituição. A gente sabe que infecção está muito associada à complexidade do paciente que chega. [...] Aqueles hospitais que têm infecções mais altas, muitas vezes são os que atendem pacientes mais complexos, e, portanto, são normalmente os melhores, mas são os que têm taxas mais altas de infecção”.

Diante disso, o indicador deste hospital foi comparado com a média nacional, divulgada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Sendo assim, de acordo com os dados epidemiológicos mais recentes, a incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), no ano de 2014, foi de 5,1 infecções a cada 1.000 CVC/dia (BRASIL, 2015), enquanto para a Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP), ela é de 1,89 infecções a cada 1.000 CVC/dia (ANAHP, 2017). Na UTI do Hospital B, a taxa é de 4,76 infecções a cada 1.000 CVC/dia. A taxa é inferior àquela da ANVISA, mas superior à ANAHP e à meta do próprio hospital que era de 3,74 infecções a cada 1.000 CVC/dia.

Diversos fatores são apontados como barreiras à gestão da qualidade. Um deles, apontado pela maioria dos entrevistados (BA, BC, BD, BF e BG), é a rotatividade, notadamente do pessoal operacional. Com não há um plano de carreira, conforme mencionado por BA, a tendência é que eles sejam um hospital “formador de mão de obra para os outros”. Para outro profissional, a rotatividade é positiva, mas ele parece ter uma opinião isolada, pois outros reiteraram que diante

de uma alta rotatividade dos profissionais operacionais, uma rotatividade baixa dos ocupantes dos cargos de liderança é bastante desejável, para que todos os processos não se percam. Uma característica deste hospital é que diversos profissionais entrevistados tinham de 15 a 20 anos de casa. O que tinha menos tempo de casa declarou trabalhar lá há 6 anos.

Outra barreira bastante mencionada por estes entrevistados é a grande circulação de pacientes oriundos de outros municípios e hospitais, o que inclui aqueles que vêm apenas para fazer um exame ou tratamento ambulatorial não disponibilizado pelo hospital onde está internado. Essa realidade acaba por provocar surtos eventuais de infecção, o que gerou protocolos específicos neste hospital, segundo os entrevistados BD e BI.

Um deles é o luminol, um produto específico para verificar a qualidade da limpeza terminal executada pela higienização. Outra medida tomada é isolar pacientes cuja internação anterior, nos últimos seis meses, tenha histórico de infecção. Além disso, são incentivadas medidas de precaução como uso de aventais e higienização das mãos para a assistência de pacientes oriundos de outros hospitais, bem como é feito o swab retal (utensílio que tem a funcionalidade de coletar amostras clínicas, neste caso, no reto) para verificar a presença de KPC, um tipo de bactéria, modificada geneticamente no ambiente hospitalar e que é resistente aos antibióticos (ARNOLD *et al.*, 2011).

Outro elemento que impacta na gestão da qualidade, segundo o entrevistado BI, é a estrutura física. Como atendem o convênio SUS, seus quartos têm de 4 a 7 leitos, o que amplia as possibilidades de infecção cruzada, caso as medidas de precaução não sejam rigorosas. Além disso, por ser um hospital escola, as várias residências médicas e os períodos de estágio obrigatório das diversas atividades assistenciais ampliam a circulação de indivíduos que, por ficarem de um a dois meses em cada setor, acabam não aderindo às medidas de precaução. Outro fator é ter um corpo clínico aberto que, se por um lado evita que a gestão se torne refém de um grupo reduzido de médicos, por outro torna mais difícil integrá-los aos diversos processos internos.

Essa dificuldade de integração também passa pela percepção da gestão da qualidade que os profissionais médicos têm do próprio hospital. Para o entrevistado BF, o processo anterior à realização da cirurgia é um “desafio diário” que passa por barreiras diversas (agendamento, autorização da cirurgia, autorização de órteses e próteses, a demora para a chegada do paciente), além da própria forma como se tratam os diversos profissionais que circulam pelo bloco e que, pela própria natureza (interesses distintos, ambiente sem janelas e com luz artificial) é “uma zona de muito atrito onde as personalidades afloram”.

Em relação à uniformização dos processos relacionados à gestão da qualidade, os entrevistados BA e BG mencionam uma ação adotada que foi a unificação dos profissionais para a elaboração de Procedimentos Operacionais Padrão (POPS). Entretanto, o tempo informado para sua elaboração, segundo BG, colocou em dúvida todo o processo: mais de um ano. Segundo este profissional, dificuldades de agendas e de pontos de vista têm levado atraso à sua finalização.

#### 4.2.4 Dimensão Comunicação

O Hospital B, segundo o entrevistado BF, passou a utilizar reuniões regulares para a discussão dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informações Gerenciais (SIG) como forma aproximar os diversos gestores. Dois outros profissionais deste hospital (BC e BG), entretanto, foram firmes ao descrever situações em que acordos foram firmados entre as lideranças, mas não foram cumpridos por uma das partes. Isso acabou gerando conflitos diversos e um clima de desconfiança com essas lideranças que não respeitaram o que fora combinado, conforme declarou o entrevistado BG:

“[...] tô vendo nas reuniões o cara fala uma coisa na reunião fala outra *noutra* [...].”

Além disso, o organograma institucional é apontado como uma barreira para a comunicação interna devido ao grande número de intermediários existentes entre o nível operacional e a alta gestão, segundo alguns dos profissionais. Relatos dos entrevistados BA, BC e BG trazem alguns exemplos de barreiras para um bom fluxo da comunicação. O entrevistado BA mencionou o fato de o pessoal da linha de frente não conhecer os ocupantes da alta gestão, o que só aumenta distância entre estes dois níveis:

“[...] tem funcionários que sequer conhecem o diretor, então isso eu acho que isso é um fator, talvez não tão cativante, eu não conheço o diretor da minha empresa, conhece o nome já ouviu falar, sabe que fica lá em cima, mas não sabe quem é, acho complicado. ”

O entrevistado BE admite que apesar do tempo de casa e do cargo que ocupa, desconhece o que está sendo feito em relação à gestão da qualidade no restante do hospital. BG menciona uma boa ideia (uma seringa azul utilizada na sonda para evitar que dietas sejam ministradas na via errada) implementada apenas em parte do hospital, porque alguns setores desconheciam a sua existência e não a solicitavam ao estoque:

“[...] compraram uma seringa azul que vai na sonda, e aí um belo dia eu descobri que tá todo mundo usando essa seringa e por que eu não estou usando? ”

O entrevistado BA destacou que quando divulga algum projeto do hospital, toma o cuidado de acrescentar que se trata de um projeto dependente de diversos fatores que podem se tornar barreiras para o seu êxito. Esse detalhe passou a ser utilizado por ele, quando observou que em ocasiões anteriores, a não concretização dos projetos anunciados acabava causando um clima de desconfiança entre os membros de sua equipe.

O entrevistado BC destaca a adoção da tecnologia como um facilitador da comunicação, mas BG ressalva que o uso intensivo dessa mesma tecnologia pode se tornar uma barreira para a comunicação. Não por acaso, diversos profissionais (BA, BD, BE e BG) apontaram os encontros pessoais com colegas de outros setores como facilitadores da comunicação. O depoimento de BA retrata o problema trazido pelo uso excessivo da tecnologia na comunicação: “[...] o e-mail é uma ferramenta traiçoeira, então, às vezes a tua intenção é uma e a pessoa que entendeu, está com um sentimento um pouco mais avesso neste dia e interpreta totalmente errado.”

A comunicação entre a enfermagem e a higienização mostrou-se deficiente, o que provoca atrasos não só no início da limpeza dos quartos, como também na sua liberação para a internação de um novo paciente. A percepção obtida do trecho da entrevista de BC a seguir, em conjunto com trechos de outros entrevistados sugere que a comunicação para a higienização do leito ocorre de maneira bastante rudimentar:

“[...] pela questão de estrutura, ela é feita no próprio posto de enfermagem da unidade de internação, onde o secretário do andar ou o próprio enfermeiro acaba dando a alta pro paciente no sistema, confirmando a alta. Nesse momento, o sistema de gestão já avisa, ele dispara uma mudança de status para aguardando higienização, é um nível que nós temos aqui, é um status que nós temos de aguardando higienização. Esse aguardando higienização fica disponível para os auxiliares de serviços gerais. Em caso de ter uma indisponibilidade de acessar um computador, como eles ficam muito de forma rotativa, essa é uma alternativa menos utilizada [...]”.

O entrevistado BA declarou que estão desenvolvendo projetos, com o auxílio da tecnologia, para a medição dos tempos de limpeza e para a liberação dos leitos para a nova internação, mas eles não resolverão a comunicação para o início da limpeza se não houver comprometimento dos envolvidos.

#### *4.2.5 Dimensão Confiança*

Alguns profissionais (BC, BD e BI) ligados às atividades de apoio afirmam que uma das formas de se construir a confiança com os demais profissionais é fazer-se presente nos diversos encontros formais e informais, ainda que o seu próprio setor tenha pouco a contribuir. Eles dizem

que a adoção desta postura possibilita que os demais os conheçam, o que os deixa mais à vontade para buscar auxílio quando necessitarem. Por outro lado, conforme já mencionado na seção comunicação, as combinações feitas nas reuniões formais, mas não respeitadas por uma das partes, acabam gerando uma forte desconfiança entre as lideranças formais.

Neste hospital, aparece nas entrevistas, um apoio institucional, para que os erros sejam tratados como fontes de aprendizado. Entretanto, os relatos de BA e BG indicam que algumas lideranças intermediárias não foram capazes de compreender esta forma de abordagem do erro. Diversos entrevistados (BA, BC, BD e BG) afirmaram que o perfil do líder é quem acaba determinando qual tratamento será dado ao erro, apesar dos esforços institucionais para alterar esta percepção. Para o entrevistado BA: “[...] ninguém acordou de manhã e veio *pra cá* pensando: hoje vou deixar o oxigênio para transporte acabar, ver o paciente ficar preto em cima da maca. Não, as pessoas não fazem isso! Então, vamos aprender [...]”.

O entrevistado BF informa que estimula a tomada de decisão autônoma e, por consequência, a adoção da confiança na relação com os seus subordinados, pois, em caso de dúvida, suas ações devem respeitar o que ele considera como uma máxima para si e para os demais membros de sua equipe: “[...] vamos ver o que é melhor para o paciente, *tu faz* o que é melhor para paciente e depois nós vamos discutir [...]”.

Por outro lado, ainda que institucionalmente não haja uma cultura da punição ao erro, BA relata que os próprios colegas, de forma velada, acabam gerando uma censura pública àquele profissional que errou. A consequência direta dessa “condenação pública é que os profissionais acabam se retraindo, evitando tomar decisões, o que influencia na agilidade da própria assistência”.

Uma forma de evitar que os erros sejam tratados como fonte de aprendizado é a implantação, no segundo semestre de 2016, de notificações via sistema que podem ser anônimas ou nominais, segundo BF. Todavia, os entrevistados BA, BD, BF e BI admitem que há ainda uma subnotificação dada as dimensões do hospital, da rotatividade e da inexperiência de novos funcionários que sequer sabem que erraram. Para BA, existe “[...] a cultura de buscar um culpado, e isso acho que incomoda muito, então as pessoas não se expõem as vezes, ficam com medo de ser acusada de um erro.”

#### 4.2.6 Dimensão Liderança

A busca pela baixa rotatividade dos profissionais que ocupam cargos de liderança é uma tônica deste hospital, uma vez que não conseguem elevar os salários do pessoal operacional

pelo volume de pacientes do convênio SUS que atendem. Essa preocupação tem como base, para BF, que “não precisa custo pra gente melhorar alguma coisa; a gente precisa é o engajamento, a gente precisa que as pessoas comprem a ideia. ”

Os entrevistados BA e BG ressaltaram que os processos não deveriam depender das lideranças, mas sim dos setores. Entretanto, estão conscientes de que nada será melhorado, se os líderes não forem “engajados e comprometidos”. Para o entrevistado BD, “[...] se nós queremos que uma coisa funcione em termos de processo dentro da instituição, convença o líder. Se o líder estiver convencido e assumir essa briga, a gente consegue resultados. ”

Para que esse líder seja capaz de mobilizar os membros da sua equipe, o entrevistado BA afirma que ele deve estar próximo a eles, de forma que se sintam apoiados. BA entende que é imprescindível que a liderança realize uma autocrítica, o que possibilita que ele possa reformular processos com o apoio de sua equipe:

“O meu serviço é perfeito, o resto é reclamação. O problema é de vocês”. Esse líder enterra o processo, líder assim, menos democrático, menos aberto às mudanças... A crítica que me decora e a autocrítica é o que faz a gente melhorar. Temos uns líderes meio difíceis assim, mas [...]”

Para ele, é preciso ter a compreensão de que a liderança é uma atitude e que apenas cursos não bastam para desenvolver um líder capaz de envolver os demais profissionais, o que não ocorre “se ele não tiver a atitude necessária”. Isso pode ser resumido pelo seguinte trecho: “Eu não sou coordenador, eu estou coordenador. ”

Esse comportamento pode ser exemplificado por uma ação individual de uma das lideranças intermediárias, segundo BG. A liberação de materiais e medicamentos da farmácia interna passou a acontecer apenas após a prescrição médica. Isso possibilitou um controle mais adequado de todos os itens, evitando a ocorrência de diferenças entre os estoques físico e virtual.

Outros entrevistados apontam a direção do hospital como fator primordial para o envolvimento das demais lideranças:

“[...] a gente tem um certo distanciamento em termos de organograma institucional, daí existem muitas vozes nesse meio pra chegar [...]” (BA)

“[...] Se a direção não se engaja [...] se ela não assumir a postura proativa de incorporar determinadas medidas ou ações que a gente acha que são importantes, que a gente acredita que são importantes, praticamente elas não funcionam. ” (BI)

Os entrevistados BC e BG apontaram a necessidade de os líderes envolverem os profissionais da “beira de leito” no processo de liderança como forma de alcançar o êxito nos processos. Todavia, o entrevistado BA reforça que a delegação da liderança não tem relação só

com o perfil do líder, mas também do liderado. Ele percebe que há profissionais que preferem não ter autonomia, pois isto significaria expor-se e ter maiores responsabilidades.

#### 4.2.7 Análise

A proposta de implantar o conceito de UN nos setores do hospital parece não ter sido incorporada pelos profissionais do hospital. Buscava-se, com essa proposta, modificar o sistema gerencial, disponibilizando maior autonomia para a tomada de decisão. Para isso, a alta gestão deveria estimular a criação de uma cultura de colaboração sob pena de ocorrer uma competição por resultados entre as UNs o que parece estar ocorrendo nesta organização.

Um dos profissionais entrevistados foi enfático ao dizer que tudo o que está formalizado deve ser seguido conforme fora estabelecido, para que os processos funcionem com a eficiência planejada. Para ele, os setores têm de funcionar plenamente, independentemente de quem esteja neles. Sua observação é apoiada por autores diversos (HAKONSSON *et al.*, 2016; LEE; SWINK; PANDEJPONG, 2011; DRUPSTEEN; VAN DER VAART; VAN DONK, 2016) que defendem a integração a nível de setores como forma de obter os melhores resultados para a organização. Entretanto, diante da baixa adesão à higienização das mãos, do desconhecimento de ações implementadas em outros setores, do tempo levado para elaborar processos comuns, do tratamento dado aos erros pelos próprios colegas, da falta de visão sistêmica e do distanciamento entre a alta gestão e os profissionais operacionais, a integração não ocorre sequer no nível das lideranças formais.

A falta de integração entre os níveis estratégico e operacional já foi apontada por Kim, Sting e Loch (2014) e por Sting e Loch (2016) como um fator que inibe iniciativas individuais para a melhoria de processos. Apesar disso, em função de os erros serem tratados institucionalmente como fontes de aprendizado (TUCKER, 2004), algumas melhorias de processos estão ocorrendo por iniciativa de algumas lideranças. A maior falha ocorre pela falta de divulgação para os demais daquilo que deu certo. Isso acaba se refletindo na criação de valor, pois as competências de cada setor são, em realidade, resultantes dos conhecimentos e habilidades individuais dos diversos atores, quando combinados por uma coordenação integrada (DOBRZYKOWSKI, TARAFDAR, 2015).

Percepção semelhante é encontrada nos estudos de Hakonsson *et al.* (2016). Os autores defendem uma forte atuação das lideranças, a fim de estimular seus profissionais a formar grupos que interajam entre si. Ao buscar a manutenção das relações sociais, deixam de perseguir ganhos de curto prazo, adotando ações de ganho coletivo. Ao passo que cada uma das partes

contribui para o resultado, acaba por se submeter às demandas do todo (LILLRANK, 2012). Como resultado, possibilitam a integração entre os sistemas formal e informal de controle, atendendo às necessidades organizacionais (McEVILY; SODA; TORTORIELLO, 2014).

Além disso, a integração dos profissionais envolvidos nos processos evita a assimetria de informação que se reflete na perda de valor para os pacientes (CHAKRABORTY; DOBRZYKOWSKI, 2014). Quando informações relevantes são compartilhadas, cria-se maior confiança entre os membros da equipe, o que só aumenta a sua integração (LEE *et al.*, 2011). Como o planejamento de alta não é realizado nas unidades de internação, pois os profissionais médicos não parecem ter interesse em se integrar nos processos assistenciais e gerenciais, nem as próprias lideranças formais costumam dialogar sobre processos implantados em seus setores, refletindo-se no compartilhamento de informações que ainda é insipiente neste hospital.

A subnotificação dos erros pode estar relacionada com um ambiente caracterizado pela baixa confiança, o que não causa surpresa diante de uma rotatividade alta. Com isso, deixa-se de aprimorar rotinas que sejam capazes de mitigar os erros (VOGUS; SUTCLIFFE, 2007), o que acaba levando à elevação dos custos hospitalares em função do aumento da média de permanência (RAFTER *et al.*, 2015). Em um processo multifragmentado como é o da assistência hospitalar, diversas barreiras precisam ser enfrentadas. Elas envolvem desde a tentativa de conciliar as atividades de uma equipe multidisciplinar com a autonomia do médico até os constantes problemas de comunicação (RAFTER *et al.*, 2015). Por isso, a confiança torna-se um fator preponderante, pois é por meio dela que se delega autoridade, para que outros tomem decisões na ausência do líder (YOON; KIM; SHIN, 2016).

A taxa média de permanência, na UTI, está em 11,2 dias, o que é superior à meta de 9 dias que fora estabelecida e está diretamente ligada ao aumento dos custos (LIM *et al.*, 2006; TITLER *et al.*, 2008; SILVA *et al.*, 2014), à qualidade na gestão dos processos (ANDRITSOS; TANG, 2014) e à geração de receitas devido à melhoria do fluxo (NEW *et al.*, 2016).

Como a média de permanência tem relação com infecções causadas pelo manejo do paciente, a taxa de 4,76 infecções a cada 1.000 CVC/dia é inferior àquela da ANVISA (5,1), mas superior à ANAHP (1,89) e à meta do próprio hospital que era de 3,74 infecções a cada 1.000 CVC/dia, o que pode estar relacionado à baixa adesão à lavagem de mãos, cujo processo é impactado quando há falta de comprometimento das lideranças (TAYLOR, 2015), a própria rotatividade (CALL *et al.*, 2015) e à falta de compreensão sobre a importância das técnicas corretas para a lavagem das mãos (TAYLOR, 2015; ALP *et al.*, 2014). Sobretudo, a falta de integração que parece estar gerando perda de eficiência, é influenciada pelo ambiente criado pelo estilo de liderança. Isso acaba determinando a forma como os membros de uma equipe

interagem uns com os outros, o que se reflete na cooperação e na motivação genuína (JARAMILLO; BANDE; VARELA, 2015).

As principais barreiras para cada um dos conceitos centrais são apresentados no Quadro 4:

Quadro 4 – Construtos, dimensões e dados qualitativos referente ao Hospital B.

CATEGORIA	DADOS REPRESENTATIVOS
<p><b>Integração – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia do Médico</li> <li>• Falta de Visão Sistêmica</li> <li>• Distanciamento da Alta Gestão</li> <li>• Ações Institucionais voltadas à Integração Insuficientes ou Pouco Efetivas</li> </ul>	<p>“Os médicos não se integram [...]” (BH)  “[...] se eu tiver que mudar o meu processo e o meu resultado piorar um pouquinho, eu não quero mexer, porque é o meu resultado.” (BA)  “[...] tem funcionários que sequer conhecem o diretor [...] ele sente um certo distanciamento [...]”. (BA)  “[...] se a direção não entrar junto, a coisa não vai funcionar [...]”. (BI)  “[...] até no evento de final de ano é difícil reunir.” (BG)  “[...] não temos uma prática com relação à integração; só no ingresso do novo funcionário.” (BC)  “[...] tem setores que tem pessoas que tem uma visão um pouco mais institucionalizada e outras um pouco mais setorializadas [...] se tem muito culturalmente essa coisa do resultado da minha unidade e não do todo e então se eu tiver que mudar o meu processo e o meu resultado piorar um pouquinho, eu não quero mexer, porque é o meu resultado.” (BA)</p>
<p><b>Gestão da Qualidade – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga de Trabalho</li> <li>• Autonomia do Médico</li> <li>• Corpo Clínico Aberto</li> <li>• Rotatividade de Funcionários Operacionais</li> <li>• Rotatividade de Residentes e Estagiários</li> <li>• Perfil dos Pacientes Recebidos</li> <li>• Estrutura Física</li> </ul>	<p>“[...] se eu tenho uma a menos, eu sobrecarrego quem já tem experiência, porque tem que fazer a sua tarefa e treinar o colega novo.” (BG)  “[...] uma das barreiras que acaba comprometendo, o nosso corpo clínico é aberto [...] tem uma rotatividade de pessoas e uma quantidade enorme de pessoas nos locais [...]” (BF)  “[...] a gente tem <i>turnover</i> relativamente alto, principalmente nas operacionais[...]”. (BH)  “[...] agora o bravo é quando a gente chega num nível de capacitação de uma equipe e daí começam a sair pra concurso público, e daí tu começa tudo de novo.” (BA)  “[...] a gente recebe pacientes com mais comorbidades.” (BD)  “[...] a gente tem um quarto para quatro, às vezes um quarto com sete leitos [...]”. (BI)</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uniformização e Formalização Lenta dos Processos</li> <li>• Higienização das Mãos</li> </ul>	<p>“[...] então esse é um protocolo que a gente está escrevendo, já tem mais de, quase um ano [...]”. (BG)  “[...] nas unidades de internação, eu não vejo as pessoas lavando as mãos com a frequência que seria necessária.” (BB)  “[...] porque os profissionais não estão lavando as mãos [...]”. (BG)  “[...] quando a gente chega num nível de capacitação de uma equipe [...] tem que começar quase do zero [...] às vezes um técnico na equipe faz uma diferença tremenda.” (AI) (BD)</p>
<p><b>Liderança – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil dos Líderes</li> <li>• Perfil dos Liderados</li> </ul>	<p>“[...] o pessoal da beira de leito precisa ser envolvido pelas lideranças”. (BA)  “[...] porque liderança, embora não seja nata, as pessoas têm que se propor a isso.” (BH)“[...] não adianta eu fazer curso para querer aprender a liderar se eu não quero fazer isso, então não adianta.” (BG)</p>

(Conclusão) Quadro 4 — Construtos, dimensões e dados qualitativos referente ao Hospital B.

<p><b>Comunicação – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hierarquia</li> <li>• Divulgação Deficiente de Processos entre Setores</li> </ul>	<p>“[...] a gente percebe quem está a níveis abaixo; o funcionário sente um certo distanciamento da direção [...].” (BA)</p> <p>“[...] e aí um belo dia eu descobri que tá todo mundo usando essa seringa e eu nem sabia dela.” (BG)</p> <p>“[...] eu não tenho uma visão geral de tudo o que está sendo feito em termos de qualidade no hospital [...].” (BF)</p>
<p><b>Confiança– Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de Cumprimento das Combinações</li> <li>• Tratamento do Erro</li> </ul>	<p>“[...] tem alguns em quem eu acredito cegamente, tem outros que eu já vou ver que assunto não era bem esse [...].” (BG)</p> <p>“[...] tu enxergas veladamente os comentários que as pessoas te condenam [...].” (BA)</p>
<p><b>Eficiência – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga de Trabalho</li> <li>• Perfil dos Pacientes</li> <li>• Utilização do Bloco</li> <li>• Separação de Roupas por Sujidade</li> <li>• Falhas de Comunicação Entre Enfermagem e Higienização</li> <li>• Uso de Camareiras</li> <li>• Autonomia do Médico</li> <li>• Planejamento de Alta</li> </ul>	<p>“[...] há uma grande rotatividade, quer dizer, o pessoal fica bom e aí ele sai [...]” (BA)</p> <p>“[...] essas transferências, não só de outras cidades, mas pacientes que estão fazendo tratamentos em outros hospitais vêm fazer radioterapia aqui no nosso hospital e voltam lá para a Instituição. Isso é um caos pra nós [...].” (BI)</p> <p>“O tempo de troca de sala é muito alto. Leva, no mínimo 1 hora e enquanto isso eu fico parado [...].” (BB)</p> <p>“[...] a alta é feita no próprio posto de enfermagem, onde o secretário do andar ou o próprio enfermeiro acaba dando a alta pro paciente no sistema [...].” (BA)</p> <p>“Depende muito. Nós temos ali uma média de limpeza de um horário mínimo de 40 minutos a 1 hora.” (BC)</p> <p>“[...] O conhecimento que eu tenho, não cheguei a acompanhar, ou não tratamos com essa diferenciação. Não vou te cravar, mas muito provavelmente as roupas vão para o mesmo destino.” (BC)</p> <p>“[...] médico vem ali e faz e não se envolve tanto com os outros em protocolos [...].” (BH)</p> <p>“[...] não me preocupo e não acredito que os demais cirurgiões se preocupem com média de permanência.” (BB)</p> <p>“[...] na unidade de internação, o planejamento de alta ainda é muito insipiente.” (BF)</p>

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados constantes no Quadro 4 sugerem que há falta de integração entre os setores, o que gera reflexos na eficiência do hospital. Não são realizadas ações específicas para a integração e, apesar da implementação do conceito de unidades de negócios no hospital, os setores continuam sustentando uma visão de ganho individual e sem a preocupação de que estes ganhos podem trazer perdas significativas para outros. Diante desse contexto, não causa surpresa a iniciativa de alguns profissionais em buscar auxílio em canais informais, tendo como base o tempo de relacionamento que possuem.

A integração, na realidade, parece não ocorrer sequer entre as lideranças dos setores, já que melhorias criadas por alguns não são conhecidas pelos demais. Falha na integração também pode ser evidenciada em relação à saída do TRR da UTIA. Enquanto um dos líderes teme pelas

atividades não realizadas enquanto os técnicos em enfermagem estão ausentes da unidade, outro líder não percebe o problema, já que por ser um hospital de ensino, conta com vários alunos e professores tutores para cobrir possíveis deficiências da parte médica.

Outras evidências de falhas na integração apareceram durante as análises dos dados. A falta de eventos fora do contexto de trabalho que por se resumir a um encontro anual, acaba não estimulando o comparecimento dos profissionais. Os erros, apesar de institucionalmente estabelecidos apenas como fontes de aprendizado, são utilizados pelos demais profissionais para recriminar quem errou. Como a rotatividade é alta em função do nível salarial oferecido, a tentativa de manter ao menos os líderes nos cargos, não se tem mostrado suficiente, para que os processos caminhem de forma integrada. Elaborar uma norma para regular um processo (POP) não pode levar doze meses ou mais para ser feita. Isso pode indicar que ela não é necessária ou, caso seja, que os processos podem não estar sendo realizados corretamente. Essa falta de integração também aparece quando o TRR é acionado e tem de levar o próprio carro de parada por não confiar nos processos alheios.

Tais evidências de falhas na integração se refletem nas falhas da gestão da qualidade. Além da taxa de CVC não ter atingido a meta, a percepção de que a higienização das mãos ainda não é uma prática incorporada à cultura de segurança do paciente preocupa, pois ela pode se refletir em eventos adversos nos pacientes que tendem a elevar a média de permanência e os custos da internação. O mesmo ocorre em relação à falta de interesse dos médicos em realizar o planejamento de alta, ao desconhecimento sobre o tempo necessário para realizar a limpeza do leito, o que interfere na própria gestão destes leitos. Como a integração não ocorre, a gestão da qualidade não é incorporada pelos profissionais operacionais, gerando perdas de eficiência. A subutilização das salas do centro cirúrgico, deixando ociosos os diversos profissionais detentores de conhecimento especializado; a falta de separação de roupas por sujidade e a dificuldade em atingir a meta para a média de permanência sinalizam tais perdas.

### 4.3 HOSPITAL C

Esta subseção é dedicada à apresentação da análise e discussão dos dados obtidos e das entrevistas realizadas no Hospital C.

#### *4.3.1 Integração*

A partir do ano de 2016, o Hospital C implantou o “*round* de recursos” como uma alternativa encontrada para melhorar a integração entre os setores. Trata-se de uma discussão interdisciplinar entre os líderes formais de diversos setores que ocorre duas vezes ao dia, de forma que cada categoria profissional possa contribuir com o que tem de melhor para o planejamento da assistência ao paciente. Para três dos profissionais entrevistados (CB, CI e CJ), esses encontros pessoais são relevantes, pois, apesar da facilidade de comunicação criada pela tecnologia (celular, *WhatsApp*), acabam criando vínculos, o que facilita o auxílio mútuo. Nesses encontros, as equipes passam a conhecer os processos uns dos outros, o que tem possibilitado um melhor desenho dos processos, uma vez que passam a ser compreendidos por todos direta e indiretamente envolvidos.

Para o entrevistado CG, entretanto, o round de recursos parece estar restrito às lideranças formais dos setores. Para ele, o conhecimento compartilhado nas reuniões parece não “chegar lá aonde importa que é na beira do leito”. Como admitem diversos profissionais, a integração plena parece não existir. Quatro dos profissionais (CA, CC, CE e CJ) apontaram os profissionais médicos como uma categoria distante de todos os processos. Para o entrevistado CK essa autonomia acaba se traduzindo em um relacionamento fraco e de comunicação pobre com os profissionais de enfermagem, com a administração e até com os pacientes. E isso se reflete no planejamento de alta que ocorre apenas na UTIA, pois, para CG, eles não se preocupam com a média de permanência.

A cultura organizacional é apontada por três dos entrevistados (CA, CC e CF) como uma barreira para a integração, pois, apesar de todos os avanços tecnológicos incorporados na assistência, a “setorização ainda está muito presente”, como relata CA. Apesar disso, a palavra mais ouvida nas entrevistas deste hospital foi horizontalização de processos, de forma que um paciente não seja capaz de perceber a fragmentação da assistência, diante da preocupação permanente e integral que todos os setores deveriam ter com ele. Como lembra o entrevistado CA, “quando a cultura de uma organização não integra, ela desintegra com muita rapidez.”

Diante desse cenário, o entrevistado CD defende que a alta gestão deve se aproximar mais dos profissionais médicos, criando estratégias de parcerias, o que, segundo o entrevistado CC, está em fase de elaboração. Para aquele entrevistado, ações simples poderiam auxiliar na integração dos médicos que vão desde a alocar os pacientes de uma mesma especialidade em uma única unidade de internação a agilizar os processos burocráticos que são uma constante fonte de atritos com estes profissionais.

Um dos profissionais médicos entrevistados (CK) ressalta que a falta de integração ocorre, porque não são desenvolvidas ações que possibilitem o compartilhamento das

obrigações que cada um dos profissionais tem. Basicamente, para ele, na visão dos médicos, é a enfermagem que trabalha em separado. Para este profissional, tanto os médicos não sabem exatamente quais são as obrigações da enfermagem, como o inverso também é verdadeiro. Outro profissional, CA, destaca a peculiaridade de se trabalhar com tantos perfis diferentes de profissionais, o que acaba gerando o corporativismo entre elas:

“[...] como a área hospitalar se dispõe a trabalhar com equipe multidisciplinares, esse viés técnico destas áreas tendem a ser corporativas [...]”

Essa característica pode estar ligada à própria cultura organizacional que também pode atuar como barreira à integração, conforme CA:

“[...] quando a cultura de uma organização não integra, ela desintegra com muita rapidez”.

A falta de integração não parece ser exclusiva entre estas categorias. Como forma de melhorar o controle de infecção e multiplicar os novos processos, são utilizados, segundo o entrevistado CH, alguns técnicos em enfermagem como multiplicadores. Por atuarem como lideranças informais e por conhecerem a realidade onde estão inseridos os demais colegas, acabam enfrentando menos resistência em suas abordagens, como evidencia o trecho abaixo:

“[...] para eles não se sentirem constrangidos, como eles são técnicos, a gente tentou não misturar enfermeiros junto. ”

Outra estratégia utilizada por alguns dos profissionais com cargos de liderança (CA, CF e CH) é evitar ficar em suas salas. Ao circularem pelas dependências do hospital, procuram cumprimentar a todos, além de mostrar que estão à disposição dos demais colegas para qualquer auxílio eventual e “não em suas salas com ar condicionado”, conforme relata CH.

#### 4.3.2 Eficiência

Diversos foram os profissionais que deram exemplos de ações recentes para melhorar a eficiência nos processos, notadamente nos últimos dois anos. Uma delas, conforme descreve o entrevistado CG, foi a redução de material disponível nas unidades de internação (*kit* de punção e de oxigenoterapia, por exemplo), o que acabou resultando em redução de custos, sem se refletir em perdas na assistência desenvolvida. Outra ação, segundo o entrevistado CJ, ainda em fase de implementação, é a intenção de adiantar o horário das altas dos pacientes, mas que tem duas importantes barreiras a transpor: a colaboração dos médicos e envolvimento dos familiares. Para que isto funcione, é preciso que os médicos passem a fazer o planejamento da alta nos prontuários, a fim de que os demais profissionais possam fazer a sua parte, como por

exemplo, abordando os familiares, para que se envolvam, possibilitando a saída do paciente com a maior brevidade possível após a alta.

A fim de monitorar o tempo de permanência dos pacientes, as unidades de internação informam à Central de Leitos sobre pacientes, cuja permanência tenha excedido 20 dias. Neste momento, são identificadas as causas da permanência e, quando necessário, um profissional médico, com vínculo trabalhista com o hospital, entra em contato com o médico assistente oferecendo auxílio. O entrevistado CJ explicou que, por vezes, o médico assistente não dá alta, pois se sente pressionado pela família em função das dificuldades em prestar os cuidados necessários em casa. Apesar desses esforços, a falta de planejamento de alta por parte dos médicos acaba aumentando a média de permanência dos pacientes, pois os demais profissionais ficam incapazes de planejar suas próprias tarefas que auxiliariam na liberação mais rápida dos pacientes. O entrevistado CK descreve a situação da seguinte forma:

“[...] eu vejo que 99% dos médicos não vão acabar fazendo o planejamento de alta [...] eles simplesmente colocam o que eles estão fazendo aquele dia.”

Após a saída do paciente, segundo os entrevistados CG e CI, o técnico em enfermagem verifica o prontuário e o material utilizado, a fim de encerrar a conta do paciente, dando alta no sistema. Esse processo leva aproximadamente 30 minutos. Após essa alta, um auxiliar administrativo informa o líder da higienização que aciona uma equipe específica para limpezas terminais (após a alta do paciente). Essa equipe trabalha de segunda à sexta-feira, em regime diário de 8h e 20min. A limpeza concorrente (aquela que ocorre enquanto o paciente está no leito) é feita por um profissional alocado em cada unidade e que pode ser deslocado para apoio da equipe que realiza as limpezas terminais sempre que necessário.

A utilização de uma equipe específica para a limpeza terminal tem pontos positivos e negativos. Como ponto positivo, a especialização em uma função possibilita ganhos de produtividade. Por outro lado, como a limpeza terminal exige um esforço maior dos profissionais envolvidos, isso pode resultar em um maior número de atestados médicos, já que este profissional não alterna, durante o turno de trabalho, limpezas pesadas e concorrentes. Neste hospital, esta função possibilita um ganho expressivo de qualidade de vida no trabalho, pois ao não trabalharem em finais de semana, característica deste segmento, acabam se beneficiando por pertencer à equipe de limpeza terminal. Todavia, as faltas ao trabalho e a rotatividade continuam ocorrendo, segundo os profissionais entrevistados. Outro elemento que chama a atenção é que mesmo havendo um time especializado em fazer terminais, outros profissionais revisam o trabalho realizado com um *checklist*, o que sugere que não há confiança no trabalho executado.

Não há medição do tempo de limpeza terminal, o que se reflete nas informações prestadas pelos profissionais entrevistados (CB, CG, CI e CJ). Elas variam de 20 min a 60 min, dependendo de quem responde. Conscientes da necessidade de se conhecer os tempos corretos de limpeza, a fim de estabelecer um padrão de produtividade da equipe, iniciaram os testes para utilização de tecnologia, o que, para eles, possibilitará que a higienização indique início e fim da limpeza.

Segundo o entrevistado CJ, a prioridade de limpezas terminais é definida pelo round diário com base no conhecimento das demandas diárias dos demais setores (emergência, UTI e sala de recuperação). O maior volume de altas ocorre nas sextas-feiras e o processo de higienização, não raro, é prejudicado por um maior índice de faltas na equipe de higienização, segundo relato de um dos profissionais entrevistados.

Além do desconhecimento do tempo para uma limpeza terminal, o que impossibilita conhecer não só a produtividade da equipe, mas também se as técnicas adequadas estão sendo utilizadas ou se os produtos para sua realização auxiliam na produtividade, outros fatores indicam a deficiência no processo de liberação de leitos após a alta. O tempo que leva o técnico em enfermagem, estimado em 30 minutos, é excessivo, pois esse profissional está deixando de prestar assistência a outros pacientes internados. E, ainda que todo esse tempo seja realmente necessário, o sistema de aviso via sistema pós alta acaba atrasando o início da limpeza terminal que poderia ocorrer de forma concomitante.

Para reduzir o tempo de início da limpeza, é preciso que as equipes compreendam o impacto que um leito não ocupado causa nos demais setores e no próprio hospital. Um leito disponibilizado na unidade pode auxiliar no fluxo da emergência, UTI e recuperação, possibilitando que novos pacientes sejam atendidos por essas unidades. Pode, ainda, reduzir a sobrecarga sobre os colegas destas unidades, além de melhorar a receita, já que os convênios remuneram mais quando o paciente sai da emergência e é alocado em um leito de internação.

O desenvolvimento de tecnologia específica para a determinação do tempo de limpeza terminal, assim como a proposição de sensibilização dos profissionais feita por este estudo, depende do comprometimento dos profissionais envolvidos, pois ele será acionado no início e no fim por um deles. Dessa forma, sem a compreensão das equipes, o sistema poderá contabilizar um tempo de limpeza distante da realidade.

Por isso, é importante repensar o perfil desejado para o cargo de higienizador. Usualmente, os hospitais variam na exigência de educação formal. Alguns determinam que apenas candidatos com ensino médio podem candidatar-se à vaga, enquanto outros aceitam apenas o ensino básico. A razão alegada por dois dos entrevistados é que candidatos

alfabetizados podem ser melhor capacitados para o exercício de suas atividades. Admitem, entretanto, que há alta rotatividade no setor e que as faltas justificadas são inúmeras. Por isso, a contratação de candidatos sem ensino formal pode ser uma solução para a rotatividade, já que esses indivíduos têm menores chances de colocação no mercado do trabalho, o que pode aumentar a sua intenção de manter-se na organização.

Outro problema ocorre em relação ao envio de roupas sujas para a lavanderia que, neste hospital, é terceirizada, segundo relata o entrevistado CI. A retirada dos lençóis sujos não atende a qualquer critério de eficiência, pois o material com secreções é misturado a material não contaminado, antes de ser encaminhado à lavanderia, obrigando a utilização de alta dosagem de produtos de limpeza para tecidos classificados como limpeza pesada. Esse processo, além de aumentar os custos da lavanderia com produtos de limpeza e de aumentar o tempo de separação pelo profissional de lavanderia alocado na área suja da lavanderia, reduz a vida útil dos tecidos devido ao impacto causado nas fibras pelas altas dosagens destes produtos (BRASIL, 2009; MEDEIROS; SOUZA; DE OLIVEIRA PAMPLONA, 2009).

Um ganho expressivo de eficiência, para o entrevistado CF, foi obtido em relação às contas hospitalares. Após a revisão dos processos, como o erro passou a ser detectado durante a internação, ele acabou adquirindo um caráter educativo e integrativo no hospital. Essa ação referenda o estudo de Santos e Rosa (2013) que evidenciou que 75% das glosas podem ser evitadas por ações internas. Essa melhoria acabou levando a outra que demandou a integração com o setor de informática. Em função dessa construção conjunta, foram elaboradas justificativas padrão que, ao aparecerem no sistema durante o ato da prescrição, possibilitam sua escolha e evitam o esquecimento pelo profissional.

Outra ação implantada, conforme relata o entrevistado CG, foi o Time de Resposta Rápida (TRR), cujo objetivo é o de atender paradas cardiorrespiratórias (PCRs) nas unidades de internação, a fim de evitar sequelas no paciente que repercutem no aumento do tempo de internação e na elevação dos custos com exames extras, além de reduzir a produtividade das equipes envolvidas. O TRR é formado por profissionais da UTIA que são acionados pelas unidades de internação.

A verificação dos carros de parada utilizados pelo TRR ocorria em cada troca de turno, o que impactava no tempo gasto pelos técnicos de enfermagem e que não era direcionado diretamente à sua atividade-fim que é o paciente. Segundo o entrevistado CG, o Hospital C experimentou alterações significativas neste processo, após possibilitar que os profissionais que participavam dos processos pudessem expor suas opiniões. Com a proposta, ao invés de verificações dos carros em todos os turnos, passou-se a verificar uma vez ao dia e, caso não

fosse aberto, uma vez por semana. Essa alteração possibilitou um ganho superior a doze horas diárias de assistência na beira do leito.

Quanto a média de permanência da UTIA, o Hospital C tem 7,6 dias para uma meta de 6 dias. Todavia, comparar estas taxas com outros hospitais, a fim de verificar qual é o mais eficiente pode levar a conclusões equivocadas. Este hospital, por exemplo, conta com uma Unidade de Cuidados Especiais (UCE). Ela recebe pacientes da UTIA que não necessitam do volume de cuidados desta unidade, mas precisam ser observados em tempo integral, o que não seria possível em um quarto. Isso, entretanto, altera a taxa de permanência da UTI.

Outro fator que pode gerar reflexos sobre a média de permanência é a própria política de gestão de leitos. Os entrevistados CD e CJ relataram que, em caso de baixa demanda por leitos de UTI, o leito de uma unidade de internação acaba sendo destinado a pacientes da emergência ou da sala de recuperação, já que os valores das diárias de UTI são mais altos. Neste hospital, parte expressiva da receita (30%) vem da ocupação e esta política de fazer a gestão de leitos de acordo com as demandas diárias possibilitou a geração de 9 mil diárias a mais do que no anterior, de acordo com dois profissionais, sem que fosse ampliada a estrutura física.

A preocupação com a incidência de infecções foi manifestada por diversos entrevistados (CB, CD, CF e CH). Uma das ações desenvolvidas, segundo CD, é o uso do cateter revestido com antibiótico, o que auxilia a evitar as infecções originadas na sua manipulação.

Como a lavagem de mãos está relacionada às infecções associadas, o Serviço de Controle de Infecções monitora a taxa de adesão à lavagem de mãos. Na UTIA, tem média anual de 79,2% dos profissionais, o que é superior à meta planejada de 75%. O entrevistado CD explica que essa taxa deveria ser medida em dois momentos: antes e depois da manipulação de catéter. Segundo ele, a higiene das mãos antes da manipulação está entre 50 e 60% que ele admite como baixa, enquanto após a manipulação, ela estaria próximo a 90%.

Na UTIA, a taxa é de 3,8 infecções a cada 1.000 CVC/dia que é inferior àquela da ANVISA, mas superior à ANAHP (1,89). A meta, para 2016, era de 2,2 infecções a cada 1.000 CVC/dia. Outras ações vêm sendo desenvolvidas para reduzir as infecções e os custos. O entrevistado CF menciona a implantação de um sachê de álcool para fazer a desinfecção das conexões dos cateteres substituiu o uso da gaze e de um frasco de álcool. Quando aberto o pacote de gaze, tudo o que sobrava, era descartado, pois, para este processo, eram utilizadas, no máximo, duas gazes. Esse processo foi alterado por sugestão dos multiplicadores. O uso de avental como barreira às infecções vem sendo incentivado, pois apesar de aumentar os custos com o consumo deste material, evita o uso de antibióticos mais caros, além de contribuir na redução da média de permanência.

A fim de reduzir os custos e otimizar a gestão dos leitos, foi interrompida, segundo o entrevistado CH, a pesquisa de vigilância para KPC. A KPC significa *Klebsiella Pneumoniae*, produtora de Carbapenemase. É um tipo de bactéria, modificada geneticamente no ambiente hospitalar e que é resistente aos antibióticos. Ela é capaz de produzir a enzima carbapenemase que age contra diversos antibióticos (ARNOLD *et al.*, 2011). Ao invés de pesquisar semanalmente todos os pacientes de UTIA com *swab* retal (utensílio que tem a funcionalidade de coletar amostras clínicas, neste caso, no reto) para verificar a presença de KPC e, em caso positivo, colocar o paciente em precaução de contato, passou-se a estimular as equipes assistenciais para o uso ostensivo de aventais e higiene das mãos na UTIA.

Dessa forma, evitou-se que o paciente permanecesse além do necessário na UTIA, pois, segundo o profissional entrevistado, a transmissão se dá pelas fezes que podem contaminar as roupas da equipe assistencial que, por seu turno, poderiam contaminar os demais. Com o uso de um avental por paciente e a constante higienização, essa transmissão deixa de acontecer. O monitoramento da presença de KPC permanece de forma ocasional apenas para certificar que os cuidados vêm sendo respeitados.

Outra iniciativa para reduzir custos, segundo o entrevistado CF, foi tomada por um profissional alocado no Bloco Cirúrgico. Ele propôs a substituição de um tecido descartável por outro que poderia ser esterilizado, gerando uma economia de, aproximadamente, R\$ 10.000 anuais para o seu setor. O tecido foi testado e validado pelo SCIH após três meses de teste.

Em relação aos exames por imagem para pacientes internados, foram acordados horários com a equipe de enfermagem e anestesistas (necessários para alguns dos exames), o que resultou, segundo o entrevistado CA, em um ganho de 15% na produtividade do setor de exames por imagem. Esse ganho, entretanto, parece ser só deste setor, pois, segundo o entrevistado CK, há espera de até 48h para a realização de ressonância magnética para pacientes internados, o que repercute na elevação da média de permanência.

Como forma de aumentar as receitas utilizando a mesma estrutura física, a alta gestão está implantando, conforme o entrevistado CC, um projeto de parceria com cinco especialidades médicas que são de interesse do hospital. Esse projeto prevê remuneração diferenciada que será calculada de acordo com o desempenho de cada médico.

Outra estratégia mencionada pelo entrevistado CD para aumentar a eficiência é a alocação de pacientes com patologia similar em uma mesma unidade. Segundo os profissionais CD e CG, os ganhos são diversos. A equipe de enfermagem passa a conhecer melhor as peculiaridades de cada médico e de cada patologia, o que melhora o relacionamento e a assistência; e o médico residente que dá apoio aos médicos assistenciais tem seu trabalho

facilitado, podendo dar maior atenção aos pacientes ao invés de ficar deslocando-se entre as unidades de internação.

Por outro lado, algumas barreiras importantes para a obtenção de eficiência foram mencionadas pelos entrevistados CB e CD: a estrutura física que vem sendo ampliada ao longo dos anos, o que obriga deslocamentos de profissionais e pacientes; a resistência de algumas lideranças às mudanças; as políticas internas; e os valores da organização.

Como os “profissionais de beira de leito” não participam dos rounds diários, uma observação feita pelo entrevistado CA indica a falta de autonomia, o que acaba gerando perdas de recursos:

“[...] eu preciso de uma decisão mais rápida e o processo decisório é lento, bem pensado, bem analisado, perfeito, mas isto atrapalha, perde prazos, perde possibilidade, oportunidade [...]”.

A burocracia no bloco cirúrgico foi apontada como uma barreira pelos cirurgiões face o tempo perdido em sua execução. O entrevistado CK relata:

“[...] a gente tem uma demanda gigante hoje de preenchimentos de documentação [...] só que tem coisas que, por exemplo, que já deveriam vir provavelmente preenchidas pela captação do sistema [...] eles fazem a gente preencher novamente tudo aquilo que já estava preenchido antes”.

Outra barreira importante ocorre em função do tempo perdido entre as cirurgias. Com um custo de R\$ 800,00/hora, as salas são subutilizadas em função dos processos de higienização e de *set up* dos materiais que serão utilizados em cada cirurgia. Essa economia de pessoal, segundo dois profissionais entrevistados, significa que algumas cirurgias são realizadas mais rapidamente do que a liberação de uma sala cirúrgica, o que causa perda de produtividade dos profissionais médicos envolvidos e do próprio hospital.

Para os entrevistados CE e CK, a relação entre os salários que deixam de ser pagos ao pessoal operacional e as receitas que são geradas em cada sala estão invertidos, a ponto de não haver a gestão do tempo que as salas levam para ficar disponíveis, o que daria a exata dimensão do prejuízo causados. Basicamente, três horas de custo fixo bastam para pagar o salário de um profissional operacional (higienização ou técnico em enfermagem).

#### 4.3.3 Gestão da Qualidade

Uma estratégia implementada, segundo o entrevistado CJ, é a utilização de médicos hospitalistas em todas as unidades de internação. Eles trabalham no sentido de evitar a piora no quadro clínico dos pacientes, mitigando a possibilidade, inclusive de evoluírem para uma parada cardiorrespiratória, o que também auxilia na redução da média de permanência. Além disso, por possuírem vínculo trabalhista com os hospitais, são menos resistentes às iniciativas para a elaboração de protocolos clínicos de tratamento.

Já mencionada na seção sobre a eficiência, a criação do Time de Resposta Rápida (TRR) para atender paradas cardiorrespiratórias (PCRs) nas unidades de internação foi um ganho substancial para a gestão da qualidade, pois amplia as possibilidades de reversão da PCR, mitigando a possibilidade de sequelas decorrentes por falta de oxigenação no cérebro. Todavia, ao serem acionados, levam seus próprios carros de atendimento às PCRs, pois não têm segurança de que aqueles existentes nas unidades de internação foram verificados da forma correta, o que sugere que a gestão da qualidade não está realmente incorporada por todos os membros das organizações.

Outro elemento indicativo disso foi a surpresa de um profissional entrevistado (CH) ao ser questionado sobre a possibilidade de infecção cruzada causada pelo TRR. Isso poderia ocorrer durante o atendimento de um paciente contaminado e que estivesse sofrendo uma PCR. Como é usual um grande volume de secreções sendo expelida pelo paciente neste momento, as roupas dos profissionais do TRR podem ser contaminadas durante as manobras de recuperação, o que acabaria por contaminar o paciente da UTIA. Apesar do grande número de profissionais envolvidos neste time, ninguém havia pensado nesta possibilidade de contaminação, o que pode sugerir sobrecarga de trabalho ou a não incorporação da gestão da qualidade por estes profissionais.

Por outro lado, o estímulo ao uso do avental dentro da UTIA parece ter sido um processo bem construído e com boa adesão dos profissionais que lá trabalham, segundo os entrevistados CG e CH. Ao perceberem que o manejo do paciente poderia contaminar suas próprias roupas, passaram a usar espontaneamente os aventais, o que acabou levando à criação de um dispensador de aventais.

A quantidade de acionamentos para a realização de manobras para reversão de PCRs também parece ser um indicador importante para a gestão da qualidade. Quando questionados se a saída dos profissionais envolvidos no TRR não se refletia em queda de qualidade na assistência da UTIA, os profissionais CD e CG responderam que o número de acionamentos deve ser baixo, pois, caso contrário, isso indica um problema assistencial na unidade de internação.

Nas unidades de internação desse hospital, segundo o profissional CH, o monitoramento da higiene das mãos se dá pelos estagiários do SCIH que também fazem a promoção da lavagem de mãos de forma rotineira. Apesar desses esforços, outro profissional (CG) alocado em uma unidade de internação confessa não observar a higienização de mãos da sua equipe e que deixa essa tarefa aos estagiários já mencionados. Isso sugere que uma preocupação que deveria ser de todos, notadamente das lideranças, está sendo terceirizada.

Algumas barreiras significativas para a gestão da qualidade foram apontadas pelos entrevistados CF, CG e CH. Dentre elas, a sobrecarga de trabalho que pode ser causada por fatores diversos como pessoal subdimensionado, taxa de ocupação muito alta e rotatividade. A rotatividade, além de sobrecarregar os que ficam, obriga a uma capacitação permanente sobre os mesmos assuntos, pois não se consegue evoluir nos tipos de capacitação, quando os profissionais não ficam tempo suficiente em seus cargos. Segundo o entrevistado CF:

“[...] é um *turnover* bem alto. Em torno de 7%, mas a nossa meta institucional é 2.5%.”

Também apontada como barreira, a autonomia do médico está relacionada a sua baixa adesão aos processos internos, inclusive aqueles simples como a higienização das mãos. O entrevistado CC explica o que pensa ser a razão para essa baixa adesão:

“[...] o médico pela sua formação é o sujeito autônomo, isolado e que tem dificuldade de trabalhar em equipe, e que muitas vezes não reconhece a importância do trabalho em equipe.”

A fim de buscar maior parceria do corpo clínico, segundo o entrevistado CC, todos os indicadores importantes, inclusive aqueles relacionados às taxas de infecção que normalmente são liberados apenas para poucas pessoas, são amplamente divulgados nas unidades de internação e nas salas de conforto/descanso do corpo clínico. Seu objetivo é iniciar uma cultura de transparência, pois acreditam que somente conhecendo a situação, é possível solicitar o empenho de todos para a realização de mudanças.

Como a assistência é prestada por seres humanos e eles são falíveis, os erros são inevitáveis (RAFTER *et al.*, 2015). Por isso, dois profissionais apontam os processos mal desenhados como causas para a geração dos erros humanos e explicam que qualquer funcionário pode gerar uma notificação de erro, de forma anônima. Uma comissão denominada de Sistema de Gestão de Riscos (SIGER) analisa a notificação e faz a sugestão para a alteração dos processos.

Em relação aos médicos, a alta gestão vem buscando, ao longo dos anos, a aproximação com estes profissionais. No modelo em implementação, conforme relata o profissional CC, há um monitoramento de quem mais interna, prescreve dentro do horário e que faz os registros dentro do prontuário, além de auxiliar na redução da média de permanência. Dependendo da

pontuação obtida, estes profissionais poderão contar com benefícios como um lugar reservado no estacionamento e subsídios para participar de congressos e de cursos, inclusive no exterior. Outra facilidade criada é o acesso direto do médico com a Central de Leitos, o que lhe permite saber, durante a consulta realizada em seu consultório, sobre a disponibilidade de leitos no hospital, inclusive na emergência.

Apesar dessas estratégias, algumas falhas importantes ainda acontecem em função da realização de processos estanques em cada um dos setores envolvidos. O entrevistado BK relata:

“[...] As peculiaridades dos pacientes não são respeitadas e não são visualizadas e estão separados por patologias ou por doenças. São jogados tudo no mesmo local [...]”.

Outro problema apontado pelo entrevistado BK ocorre na gestão do bloco cirúrgico, em função das falhas na comunicação, “normalmente aos gritos”, o que pode se refletir na própria gestão da qualidade daquele setor.

#### *4.3.4 Dimensão Comunicação*

Uma preocupação comum dos profissionais entrevistados foi a qualidade da comunicação, pois sem o compartilhamento das informações, a gestão da qualidade não acontece. Para o entrevistado CF:

“[...] a comunicação e a forma como a gente se comunica, são extremamente importantes. A gente pode conquistar o colega ou criar uma barreira. Ou a gente constrói uma ponte ou um muro”.

Algumas formas para melhorar a comunicação estão sendo desenvolvidas. Uma delas, segundo o entrevistado CF, é denominada de reunião científica que ocorre na UTI e tem por finalidade rever a literatura, para que os envolvidos possam repensar e discutir os processos existentes com base naquilo que é realizado em outros hospitais. A comunicação efetiva é considerada como parte da segurança do paciente pelos profissionais assistenciais, determinando que cada profissional que tenha contato com um determinado paciente, faça as mesmas perguntas, a fim de evitar erros e processos inadequados.

Outro recurso apontado pelos entrevistados CI e CL é a tecnologia, a fim de compartilhar as mesmas informações com todos. Para isso, não só os correios eletrônicos são utilizados, mas pastas com informações diversas e atualizadas são compartilhadas na área de trabalho do computador de cada usuário. Se, por um lado a adoção da tecnologia como um facilitador da comunicação é elogiada, os entrevistados CF e CH mencionam o uso intensivo dessa mesma tecnologia como uma barreira para a comunicação. Não por acaso, diversos

profissionais (CA, CB, CF, CG e CH) apontaram os encontros pessoais com colegas de outros setores como facilitadores da comunicação.

A divulgação dos diversos indicadores em todas as unidades de internação também possibilita um acesso geral por todos os profissionais envolvidos. A utilização de multiplicadores, na figura dos técnicos em enfermagem, para disseminar e atualizar as práticas do controle de infecção e já mencionada na seção sobre gestão da qualidade, é outra estratégia que parece funcionar bem. Os rounds diários, para os entrevistados CB, CF, CH, CI e CJ, encurtaram bastante o processo de informação e clareou o papel de cada setor. Dois profissionais, CF e CJ, destacaram o tempo de casa como um elemento facilitador para a comunicação, ao tornar determinado profissional mais conhecido do que outros.

O entrevistado CG destaca a falta de conhecimento sobre as peculiaridades do trabalho dos demais profissionais como um elemento que dificulta a comunicação entre os diversos grupos do hospital. A falha na comunicação é apontada por CL como o principal fator para não obter o comprometimento dos membros de uma equipe. Isso se reflete, por exemplo, nos diferentes turnos, notadamente nos funcionários da noite, cujo acesso às informações é reduzido.

A comunicação entre a enfermagem e a higienização mostrou-se deficiente ao gerar atrasos não só no início da limpeza dos quartos, como também na sua liberação para a internação de um novo paciente. Tudo é feito via sistema e é dependente de que alguém gere a alteração de status do quarto (ocupado/em limpeza/limpo), o que não será alterado, independentemente do sistema que se venha instalar, pois dependerá sempre do comprometimento de quem o utiliza. O resultado é uma má utilização dos recursos físicos e uma entrada menor de receitas. Além disso, como uma das unidades que demanda leitos é a emergência, o atraso na disponibilização do leito pela unidade de internação leva não só na sobrecarga daquele setor, como em uma entrada menor de receitas, pois os convênios privados pagam valores inferiores para pacientes alocados na emergência.

Outros fatores são apontados como barreiras para a comunicação. Apesar dos diversos momentos criados para que os profissionais, independentemente do seu nível hierárquico, possam expor suas críticas e sugestões, quatro entrevistados (CA, CF, CG e CH) apontam causas diversas para o baixo volume de participação. Inibição, falta de iniciativa, as diversas comissões que muitos deles participam e a própria cultura da organização são apontados como barreiras. Os trechos seguintes evidenciam estas análises:

“[...] os outros técnicos de enfermagem aceitam melhor quando vem dos pares, diferente se vem do enfermeiro, porque eles acham que o enfermeiro não conhece muito bem a realidade deles, não está ali na pele deles.” (CH)

“[...] o pessoal entende isso, mas não é tão aberto assim como a gente gostaria e acho que nem a instituição é tão aberta assim quanto a gente imagina que seja.” (CA)

Outro problema apontado pelo entrevistado CK está na pouca informação acrescentada pelo médico no prontuário do paciente, o que dificulta o compartilhamento das informações entre todos os profissionais que estão prestando assistência ao paciente. O próprio prontuário eletrônico que foi projetado para ter muitas abas para acesso às informações colocadas pelos demais profissionais é considerado uma barreira para a comunicação. Para dois dos profissionais entrevistados, no formato que está, ele serve mais para análise de faturamento do que propriamente um prontuário.

#### *4.3.5 Dimensão Confiança*

Alguns profissionais ligados a atividades de apoio (CH e CJ) afirmam que uma das formas de se construir a confiança dos demais profissionais é fazer-se presente nos diversos encontros formais e informais, ainda que o seu setor tenha pouco a contribuir. Eles dizem que a adoção desta postura possibilita que os demais os conheçam, o que os deixa mais à vontade para buscar auxílio quando necessitarem.

Quando o pesquisador informou a alguns dos profissionais entrevistados que algumas informações erradas haviam sido dadas pela portaria, a primeira reação de CL foi perguntar quem havia sido. Como não era o objetivo do pesquisador fazer esse tipo de apontamento, foi questionado sobre a forma como era tratado o erro. Os profissionais CA, CB e CF apontaram que ele serve como fonte de aprendizado, mas dois outros entrevistados, CA e CC, relataram que a organização está passando por mudanças culturais e que o tratamento do erro ainda está muito ligado ao perfil do líder. Alguns o tratam como punição, outros como fonte de aprendizado, ou ainda as duas coisas:

“ [...] se é um erro que acarretou uma gravidade ou um dano ao paciente, aí eu preciso da punição e do processo educativo também. ” (CB)

“[...] então a gente aprende com o erro, mas tem também a punição. Uma coisa não exclui a outra. ” (CG)

Dois ações diferentes exemplificam o que parece ser o estágio atual da confiança neste hospital. Uma é o grupo de multiplicadores formado por técnicos em enfermagem e em cujas reuniões não entram enfermeiras “para eles não se sentirem constrangidos”. Outro exemplo é um projeto de geração de soluções que permite a utilização de formulários para o

encaminhamento de sugestões de melhoria, mas que tem tido “uma baixa adesão”. Para o entrevistado CA:

“[...] caso o indivíduo não esteja à vontade pra expor os erros, [...] fica tudo escondido.”

Tanto a segregação das enfermeiras quanto a baixa contribuição de sugestões podem ser indicadores de um baixo nível de confiança nas lideranças formais. A delegação de autonomia também parece ser um indicador de que a confiança é uma dimensão que precisa ser melhor trabalhada nesta organização. O entrevistado CA destaca:

“[...] às vezes eu não consigo dar tanta autonomia, porque ele não se sente preparado de repente, precisa ter mais confiança para desenvolver aquele trabalho.”

#### 4.3.6 Dimensão Liderança

Alguns profissionais (CA, CF e CH) destacaram a importância de considerar o profissional diretamente envolvido no processo como o líder e que isto deve ser independente de sua posição hierárquica na organização. O entrevistado CF relata:

“[...] às vezes, ficamos no campo da execução ou da elaboração e isso não chega lá aonde importa, que é na beira do leito.”

A autonomia que vem sendo construída possibilitou uma iniciativa de membros da equipe da UTI em desenvolver e implantar uma única vistoria diária nos carros de parada. Entretanto, a autonomia concedida depende não só do líder, mas também do perfil do técnico. O entrevistado CA resume os ganhos da descentralização:

“E aí é que tu descobre que existiam talentos que até então estavam submersos [...], de repente emergiu, surgiu e hoje, com uma autonomia e delegação maior, mostra-se bem forte.”

As diferenças nos estilos de liderança podem ser reflexo de uma mudança recente na alta gestão que vem reforçando a necessidade de delegar maior autonomia. Uma de suas primeiras ações foi a extinção de várias funções intermediárias, aproximando mais a alta gestão do nível operacional. Para o entrevistado CA, isso possibilitou a descoberta de talentos “que antes pareciam estar submersos.”

#### 4.3.7 Análise

O processo de integração das lideranças formais parece ter evoluído durante o ano de 2016 em função da criação dos dois *rounds* diários, possibilitando que os processos de um setor passassem a ser de conhecimento coletivo das demais lideranças. Entretanto, no formato atual, no qual apenas as lideranças formais participam, esse conhecimento acaba não sendo

compartilhado com os profissionais operacionais e suas lideranças informais. Quando informações relevantes são compartilhadas, cria-se maior confiança entre os membros da equipe, o que só aumenta a sua integração (LEE *et al.*, 2011).

Esse fator pode estar gerando as dificuldades no atendimento das prioridades estabelecidas no *round* da manhã, porque os profissionais que estão “na beira do leito” podem não estar compreendendo os reflexos que a não realização causa em outros setores. Quando cada uma das partes contribui não só para o resultado, mas também se submete às demandas do todo, a integração se consolida, pois se abre mão de alguns benefícios da especialização para o bem do sistema (LILLRANK, 2012).

Os depoimentos colhidos indicam que há uma real tentativa da alta gestão deste hospital em descentralizar o nível decisório, fazendo as gerências intermediárias tenham autonomia e flexibilidade para melhor planejar o uso dos recursos (FROEHLE, 2012). A falta de integração entre os níveis estratégico e operacional já foi apontada por Kim *et al.* (2014) e por Sting e Loch (2016) como um fator que inibe iniciativas individuais para a melhoria de processos, o que sugere o acerto da estratégia de extinguir algumas gerências intermediárias nos dois últimos anos. Apesar de parecer contraditória, alguns entrevistados destacaram que a nova estrutura possibilitou que algumas lideranças informais que não se sentiam à vontade para contribuir proativamente, emergissem, ampliando sua atuação nas tomadas de decisão.

A autonomia do médico, fator apontado por Pearson, Goulart-Fisher e Lee (1995) e Rafter *et al.* (2015) como uma barreira à integração, também aparece fortemente nesta organização. Além de dificultar sua adesão ao planejamento de alta e à gestão da média de permanência, gera perdas na qualidade da comunicação entre os profissionais médicos e de enfermagem, o que se reflete na sua satisfação no trabalho e pelo seu grau de comprometimento (GALLETTA *et al.*, 2016). Quando a confiança não é construída de forma sólida e apoiada pela alta gestão por meio de ações concretas e não apenas discursos, torna-se difícil obter maior comprometimento de todos os envolvidos (AKTOUF, 2005; PETRIGLIERI; PETRIGLIERI, 2015).

A dificuldade na consolidação da confiança também pode ser percebida em diversos momentos nesta organização. Ela aparece quando as reuniões dos multiplicadores do controle de infecção incluem apenas os técnicos em enfermagem, para que não se sintam constrangidos ao expor suas angústias e críticas na frente de suas lideranças. Também pode ser percebida na baixa adesão dos profissionais ao projeto de sugestões para a melhoria de processos, bem como quando a liderança concede a autonomia ao subordinado, mas este prefere não a desenvolver, temeroso talvez pelos erros que possa gerar durante o processo decisório. A própria forma como algumas lideranças tratam os erros é um fator que inibe a construção da confiança, pois, ao

invés de serem discutidos abertamente como forma de aprendizado, são, para algumas lideranças, fontes de punição.

Estes erros, geralmente resultantes de eventos adversos durante o processo de hospitalização, estão diretamente relacionados com a elevação dos custos hospitalares em função do aumento da média de permanência. E, como a assistência é prestada por seres humanos e eles são falíveis, os erros são inevitáveis (RAFTER *et al.*, 2015). Isso sugere que ainda não está consolidado um ambiente permeado pela confiança, o que deixaria os profissionais de enfermagem à vontade para discutir protocolos de segurança, bem como para aprimorar rotinas que sejam capazes de mitigar os erros (VOGUS; SUTCLIFFE, 2007).

As principais barreiras para cada um dos conceitos centrais são apresentados no Quadro 5:

Quadro 5 – Construtos, dimensões e dados qualitativos referente ao Hospital C.

CATEGORIA	DADOS REPRESENTATIVOS
<p><b>Integração – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia do Médico</li> <li>• Perfil da Liderança Formal</li> <li>• Perfil da Liderança Informal</li> <li>• Cultura Organizacional</li> <li>• Corporativismo</li> </ul>	<p>“[...] a enfermagem trabalha em separado, às vezes não conhece muito o que eu estou fazendo com aquele paciente; então eles não têm ideia do conhecimento daquilo que é envolvido para fazer um procedimento daqueles ou de uma cirurgia e eu também não conheço exatamente todos os processos que elas têm que fazer.” (CK)</p> <p>“[...] para eles não se sentirem constrangidos, como eles são técnicos, a gente tentou não misturar enfermeiros junto.” (CH)</p> <p>“[...] quando você dá autonomia para o processo de decisão, ele desestabiliza. O perfil do líder e do liderado influenciam nisso.” (CF)</p> <p>“[...] quando a cultura de uma organização não integra, ela desintegra com muita rapidez”. (CA)</p> <p>“[...] o viés técnico das áreas faz com que elas tendam a ser corporativas (CA)</p>
<p><b>Gestão da Qualidade – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga de Trabalho</li> <li>• Autonomia do Médico</li> <li>• Rotatividade</li> <li>• Setorização</li> </ul>	<p>“[...] tu não consegues manter a qualidade com uma ocupação tão alta, porque a equipe trabalha o tempo todo, sob muita pressão [...] eles aderem menos aos processos, mesmo com um maior número de folgas, eles ficam mais cansados e a gente consegue notar isso visivelmente na equipe [...] quando tu tens acima de 90, 95% de ocupação da tua unidade, tu percebe uma queda gigante nos teus indicadores assistenciais.” (CH)</p> <p>“[...] quem prescreve, quem dá as ordens, quem lidera essa equipe é o médico esse médico, ele não tem vinculação com o hospital, ele é autônomo [...] o médico pela sua formação é o sujeito autônomo, isolado e que tem dificuldade de trabalhar em equipe, e que muitas vezes não reconhece a importância do trabalho em equipe” (CK)</p> <p>“[...] é um <i>turnover</i> bem alto. Em torno de 7%, mas a nossa meta institucional é 2.5%.” (CF)</p>

(Continua) Quadro 5 – Construtos, dimensões e dados qualitativos referente ao Hospital C.

	<p>“[...] nesse último ano aí de crise, de muitas demissões em que sim, a gente teve sobrecarga de trabalho, e isso impacta diretamente nos indicadores assistenciais.” (CH)</p> <p>“[...] As peculiaridades dos pacientes não são respeitadas e não são visualizadas e estão separados por patologias ou por doenças. São jogados tudo no mesmo local [...]”. (CK)</p>
<p><b>Liderança – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação das lideranças informais</li> <li>• Comprometimento das lideranças formais</li> </ul>	<p>“[...] às vezes, ficamos no campo da execução ou da elaboração e isso não chega lá aonde importa, que é na beira do leito.” (CF)</p> <p>“[...] a gente precisa que elas comprem a ideia, e que elas apoiem, porque se a liderança não apoia nada vai para a frente [...]”. (CH)</p> <p>“E aí e que tu descobre que existiam talentos que até então estavam submersos [...], de repente emergiu, surgiu e hoje, com uma autonomia e delegação maior, mostra-se bem forte.” (CA)</p>
<p><b>Comunicação – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Personalização da Comunicação</li> <li>• Hierarquia</li> <li>• Cultura Organizacional</li> </ul>	<p>“[...] a comunicação e a forma como a gente se comunica, são extremamente importantes. A gente pode conquistar o colega ou criar uma barreira. Ou a gente constrói uma ponte ou um muro”. (CF)</p> <p>“[...] tem alguns enfermeiros que estão mais resistentes de passar [...]”. (CF)</p> <p>“[...] os outros técnicos de enfermagem aceitam melhor quando vem dos pares, diferente se vem do enfermeiro, porque eles acham que o enfermeiro não conhece muito bem a realidade deles, não está ali na pele deles.” (CH)</p> <p>“[...] o pessoal entende isso, mas não é tão aberto assim como a gente gostaria e acho que nem a instituição é tão aberta assim quanto a gente imagina que seja.” (CA)</p> <p>“[...] tem um sistema de limpeza de sala cirúrgica que é uma comunicação através de gritos dentro de um bloco cirúrgico, ou seja, quem grita mais, solicita que os funcionários da limpeza venham.” (CK)</p>
<p><b>Confiança – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento do Erro</li> <li>• Autonomia</li> </ul>	<p>“[...] então a gente aprende com o erro, mas tem também a punição. Uma coisa não exclui a outra.” (CG)</p> <p>“[...] se é um erro que acarretou uma gravidade ou um dano ao paciente, aí eu preciso da punição e do processo educativo também.” (CB)</p> <p>“[...] caso o indivíduo não esteja à vontade pra expor os erros, [...] fica tudo escondido.” (CA)</p> <p>“[...] às vezes eu não consigo dar tanta autonomia, porque ele não se sente preparado de repente, precisa ter mais confiança para desenvolver aquele trabalho.” (CF)</p>
<p><b>Eficiência – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia</li> <li>• Burocracia</li> <li>• Falhas de Processos</li> <li>• Planejamento de Alta</li> </ul>	<p>“[...] eu preciso de uma decisão mais rápida e o processo decisório é lento, bem pensado, bem analisado, perfeito, mas isto atrapalha, perde prazos, perde possibilidade, oportunidade [...]”. (CA)</p> <p>“[...] todo o leito em que é feito a terminal, tem uma pessoa, que é o assistente, que faz o <i>checklist</i> de todas as terminais, ou quase todas [...]”. (CI)</p> <p>“[...] a gente tem uma demanda gigante hoje de preenchimentos de documentação [...] só que tem coisas que, por exemplo, que já deveriam vir provavelmente preenchidas pela captação do sistema (...) eles fazem a gente preencher novamente tudo aquilo que já estava preenchido antes”. (CK)</p>

(Conclusão) Quadro 5 — Construtos, dimensões e dados qualitativos referente ao Hospital C.

	<p>“[...] fiscalização de tempo de entrada e de saída não é feito, e a gente perde 1 hora, 1 hora e 10, 1 hora e 20, 1 hora e meia, a gente chega a perder intervalo de uma cirurgia e esta ala fica parada, aquele tempo não fica utilizado [...]”. (CK)</p> <p>“[...] eu vejo que 99% dos médicos não vão acabar fazendo o planejamento de alta [...] eles simplesmente colocam o que eles estão fazendo aquele dia.” (CK)</p>
--	--

Fonte: Elaborado pelo autor.

Os dados constantes no Quadro 5 sugerem que a eficiência é prejudicada pela falha na integração no nível operacional. Ações recentes como os rounds diários auxiliam na aproximação das lideranças de nível intermediário, mas deixam alheios ao processo de elaboração e planejamento das prioridades, todo o pessoal operacional que se torna mero executor de tarefas. Isso indica que a autonomia buscada pela alta gestão está restrita apenas às gerências intermediárias que restaram após a reformulação do organograma. Uma evidência disso ocorre na forma como são tratados os erros por parte das lideranças intermediárias. Como, de forma geral, qualquer erro vai gerar reflexos de graus diferentes no paciente, a tendência é de que todos levem a punições.

Essa conduta, por outro lado, tende a fazer com que se tente encobrir os erros, o que pode não só impedir a melhoria de processos, mas principalmente levar a danos mais graves aos pacientes e a custos econômicos e de imagem junto aos *stakeholders*. Essa forma de tratamento dos erros leva à dificuldade de construção gradual da confiança, o que por seu turno, prejudica a consolidação da liderança e a fluidez da comunicação.

Apesar dos *rounds* diários representarem ganhos substanciais na integração das lideranças intermediárias, fica evidente que a integração destes líderes com os demais profissionais não ocorre. As reuniões entre o Controle de Infecção e os técnicos em enfermagem convidados para atuarem como multiplicadores são separadas daquelas que ocorrem com os enfermeiros, a fim de que se sintam à vontade para discutir as diferentes situações que vivenciam em suas unidades. Isso sugere que as lideranças não foram capazes de construir um ambiente, no qual a discussão para a melhoria de processos de bem-vinda e se soma à declaração de um dos profissionais entrevistados de que, não raro, os profissionais subordinados preferem não ter autonomia sob pena de serem repreendidos em caso de falhas.

As falhas na integração repercutem na gestão da qualidade. A higienização das mãos não está incorporada à cultura de segurança do paciente e como bem destaca um dos profissionais, não basta realizar a higienização das mãos apenas após os procedimentos em um paciente. Ele deve ser feito também antes, pois sinaliza de que há preocupação não só com a

segurança do profissional, mas também do paciente. Outra falha pode ser evidenciada pelo TRR que tem de levar o carro de parada por não confiar naquele existente na unidade.

Além disso, na saída do TRR para o atendimento de uma PCR, apesar de serem sempre os mesmos profissionais que o compõem em cada turno, ninguém conversou sobre como o processo é feito. Como vítimas de PCR tendem a expelir secreções, o uso de avental para o atendimento é crucial para evitar que este profissional possa contaminar os pacientes internados na UTI. Apesar disso, ninguém havia sinalizado para os demais a importância disso. A falta de integração também pode ser evidenciada na baixa notificação de erros. Como temem a punição, preferem omitir-se, por não se sentirem em um ambiente permeado pela confiança. O resultado é que os erros se repetem, pois não geram ações corretivas e o aprendizado necessário para evitá-los.

Diante das falhas na integração, notadamente dos profissionais operacionais, e dos reflexos disso na gestão da qualidade, não surpreende que haja perdas na eficiência que podem ser traduzidas pelo não atingimento das metas para média de permanência, pelo desconhecimento do tempo necessário para a higienização dos leitos, pela falta de planejamento de alta e pela má utilização das salas cirúrgicas.

#### 4.4 ANÁLISE CRUZADA DE CASOS

Esta subseção é dedicada à apresentação da análise e discussão dos dados obtidos e das entrevistas realizadas nos três hospitais utilizados como objetos de estudo.

##### *4.4.1 Integração*

A integração vem sendo implantada nos três hospitais como forma de melhorar a gestão da qualidade. Os entrevistados AC e AH, do Hospital A, destacaram os rounds semanais interdisciplinares como forma de encontrar soluções conjuntas para processos com problemas e para controlar as altas hospitalares, além de elaborar medidas capazes de manter as infecções hospitalares sob controle. O entrevistado BG, do Hospital B, destaca a importância da integração entre os diversos setores como forma de realizar os próprios processos, já que não só a estrutura física e equipamentos do seu setor necessitam de manutenção, mas também depende da agilidade na realização de exames para as suas tomadas de decisão.

Os profissionais CB, CF, CH, CI e CJ, do Hospital C, destacaram os rounds diários implantados no início do ano de 2016 como um ganho substancial para integrar os setores.

Realizados no início de cada manhã e no final da tarde, eles reúnem todos os líderes dos setores com contato direto com o paciente. Dessa forma, controlam a demanda e determinam, diante dos recursos existentes, quais são as prioridades de cada setor naquele dia. O round no final do dia serve para verificar o que foi executado e, quando não o foi, quais as razões que impossibilitaram sua execução.

Apesar destes relatos indicarem a integração dos setores como forma de se fazer a gestão da qualidade e obter maior eficiência, diversos profissionais dos três hospitais (AA, AC, BA, BC, BD, CA, CF e CH) destacaram o relacionamento pessoal como forma de construção conjunta de soluções. Como a rotatividade dos profissionais é comum nas organizações de saúde brasileiras, o entrevistado BA relata a importância de se estabelecer relações com o novo profissional, a fim de integrá-lo aos processos. O entrevistado AC enfatiza a importância de a gestão da qualidade estar incorporada por cada uma das pessoas, sem o que ele acredita que não será possível obtê-la. O entrevistado AA lembra que quando há uma boa relação entre os profissionais, o problema de um acaba se tornando prioridade para o outro.

Por outro lado, o profissional AE destaca as dificuldades em integrar os profissionais de alguns setores em função de dois fatores: quando o próprio perfil do profissional não auxilia nesta integração, o que pode ser ocasionado, segundo ele, por baixa autoestima; e quando o restante da organização não valoriza o trabalho daqueles profissionais. Uma das categorias profissionais mencionadas como caracterizadas pela alta rotatividade nos três hospitais pesquisados é a higienização. Ao não perceberem o valor que agregam no trabalho desenvolvido, acabam não se envolvendo nos processos, o que reduz, inclusive, a eficiência dos serviços desenvolvidos.

Além disso, o profissional AI enfatiza a importância da integração entre os profissionais para a verificação das condições clínicas de cada paciente. Segundo ele, “quanto mais pares de olhos enxergam o paciente, menor o risco de complicação”. Essa observação vai ao encontro dos estudos que indicam que as alterações no quadro clínico dos pacientes precedem em 6 a 8 horas a maior parte das paradas cardiorrespiratórias em pacientes hospitalizados (SCHEIN *et al.*, 1990; TEE *et al.*, 2008). Esse acompanhamento coletivo acaba impactando na redução de sequelas que repercutem no tempo de internação, na média de permanência e nos demais custos fixos e variáveis envolvidos no tratamento.

Coincidentemente, todos os três hospitais experimentaram mudanças significativas nos gestores de nível estratégico nos últimos dois anos. No nível tático, apenas o Hospital A apresentou alterações significativas nos gestores. Nos três hospitais, diversos entrevistados destacaram o distanciamento da alta gestão dos profissionais operacionais, o que gerando

dificuldades em sua integração aos processos. O comprometimento individual já foi evidenciado como tendo uma alta relação com redução de custos, satisfação dos clientes e redução dos erros (KAYNAK, 2016; GOWEN III *et al.*, 2006)

Como os recursos do Hospital A são mais escassos do que no Hospital C por atenderem ao convênio SUS, a sobrecarga de trabalho foi evidenciada em entrevistas de diversos gestores (AA, AC, AE, AG). Isso obriga alguns profissionais a exercerem mais de uma função como é o caso, por exemplo, da coordenação de Recepção do Hospital A que é responsável por todas as recepções existentes, incluindo a da emergência, pelo Serviço de Atendimento ao Cliente (SAC) e pela Central de Leitos. Para efeito de comparação, no Hospital C, há três profissionais coordenando essas diferentes funções. Apesar disso ou talvez por isso, ao acumularem funções, reduzem-se os tempos para as tomadas de decisão e como apontaram a sobrecarga de trabalho como um dos fatores que dificultam a obtenção da eficiência, acabam buscando auxílio nos demais profissionais, o que acaba aumentando a sua integração. Todavia, esta análise contraria o estudo de Parnaby e Towill (2008) que apontaram a sobrecarga de trabalho como uma barreira à integração.

No Hospital A, dois profissionais entrevistados (AA e AC) comentaram sobre algumas iniciativas institucionais de criar eventos não relacionados diretamente às atividades profissionais diárias, a fim de promover a integração entre os profissionais de setores diversos, o que possibilitaria uma maior interação, criando um clima de camaradagem e confiança. Entretanto, estes mesmos profissionais entendem que esta aproximação acaba não sendo levada para o ambiente de trabalho, através do desenvolvimento de mais interações informais, conforme relata o entrevistado AC:

“[...] a gente via que tinha ali um problema de interação de relacionamento, às vezes, porque duas áreas fechadas, bloco e UTI e às vezes, as pessoas não se conheciam, falando por telefone, não sei quem é, então fica fácil de emperrar o trabalho do outro.”

Outro fator apontado por alguns profissionais do Hospital A (AA, AC, AG e AJ) como barreira para construir a integração e, por consequência, a confiança, são as diferentes gerações trabalhando no hospital. Dois profissionais entrevistados (AA e AG) apontam o baixo comprometimento das gerações mais novas, o que acaba resultando em alta rotatividade inclusive em funções administrativas. O entrevistado AA também apontou a diversidade de culturas, pois há funcionários de outras cidades e estados trabalhando. Com visão oposta, um gestor entrevistado apontou a contratação de profissionais das novas gerações como um fator positivo, pois são menos resistentes às mudanças que estão sendo propostas pela alta gestão.

Um profissional do Hospital B (BG) destaca algumas razões para as pessoas não quererem se integrar mesmo em eventos informais: não desejar conviver com as pessoas que lhes dão ordens todos os dias; ter mais de um emprego; e não poder levar a família para os eventos. Outro profissional do Hospital B (BA) demonstra insatisfação em relação ao fato de que os gestores do nível estratégico são desconhecidos pelo pessoal do nível operacional, o que dificulta na sua percepção de que são importantes para a organização.

No Hospital C, os profissionais entrevistados CA, CB, CF CG informaram não ser uma prática institucional a realização de eventos como festas de confraternização. Em todos eles, existem os comitês formais ligados a assuntos profissionais diversos, além da integração formal do novo funcionário. Em todos estes comitês, são alocados apenas os líderes dos setores, de forma que não criadas as condições para a interação informal.

Apesar disso, um líder de setor do Hospital B (BA) e um do Hospital C (CF) afirmaram que estes encontros presenciais acabam auxiliando na construção de uma relação formal com outros líderes de setores, o que auxilia na resolução de problemas das atividades operacionais. Os profissionais CB, CF, CH, CI e CJ destacaram a importância dos dois rounds diários, onde cada setor acaba conhecendo quais são as suas prioridades, o que facilita os processos diários.

Tanto um profissional do Hospital A, quanto dois do Hospital B reconhecem que o seu tempo de casa auxilia na construção de relações com outros profissionais. Por isso, não raro, quando encontram dificuldades para a resolução de problemas com o líder do setor, não hesitam em solicitar, informalmente, auxílio com o subordinado daquele setor com quem têm maior proximidade.

À exceção do entrevistado CD, nenhum dos demais entrevistados do Hospital C informou utilizar outra forma de resolução de problemas que não através dos líderes formais de cada setor. Esse profissional informou fazê-lo com frequência, pois sabia das barreiras internas existentes em função dos fluxos estabelecidos e adotou esta estratégia como forma de ganhar a confiança dos profissionais médicos, de quem depende para conseguir êxito em diversos processos dos setores que coordena.

Os profissionais médicos foram apontados nos três hospitais como barreiras significativas para a consolidação da integração. O entrevistado AI exemplifica bem este posicionamento:

“[...] O médico não tem nenhuma relação corporativa com a instituição que ele está trabalhando [...] se eu não operar aqui eu irei para outro lugar.”

Nos três hospitais analisados, as entrevistas apontaram a liderança como um fator preponderante para o êxito na integração dos processos. O entrevistado CF aponta, inclusive, a

necessidade de que os líderes concedam autonomia a seus funcionários de linha de frente, pois muitas vezes a comunicação e a tomada de decisão ocorre na beira do leito. Ele destaca a necessidade de que “não seja só o chefe a falar sobre o setor”. Esse estilo de liderança, para o profissional AH, só é incorporada pelo sistema formal, se houver ações nítidas da alta gestão de que este é o perfil desejado. Neste hospital, 5 gerentes intermediários ligados diretamente à direção geral têm a missão de “ir para a ponta e treinar e testar esta interlocução e perceber se o que foi colocado o recado compreendido.” O profissional BA diz ter clareza de que “o pessoal da beira de leito precisa ser envolvido pelas lideranças”.

A maior resistência na consolidação da integração se dá em função da resistência das lideranças, segundo o entrevistado AA, para quem o funcionário só buscará um bom relacionamento com os demais se for estimulado por sua liderança, o que varia “de acordo com a liderança de cada setor”. As falhas nos processos, levando a constantes retrabalhos, são apontadas pelo entrevistado AH como reflexo de um problema no gerenciamento, o que leva “os funcionários que ficam sem saber o que fazer”.

O perfil das lideranças formais e informais que pode se tornar uma barreira à integração, aparece nos três hospitais analisados, o que pode ser atribuído à cultura de cada uma das organizações:

“[...] não adianta eu fazer curso para querer aprender a liderar se eu não quero fazer isso, então não adianta.” (BG)

“[...] conforme a liderança daquele setor, ela vai orientar o funcionário a ter bom relacionamento, a ter respeito com os colegas [...].” (AA)

“[...] quando a cultura de uma organização não integra, ela desintegra com muita rapidez”. (CA)

Baseado nesta análise, este estudo faz a seguinte proposição:

P1: A integração formal dos profissionais, quando acompanhada da integração informal, pode resultar em melhorias de eficiência nas organizações de saúde.

#### *4.4.2 Gestão da Qualidade*

Uma estratégia implementada pelos Hospitais A e C é a contratação de médicos hospitalistas que trabalham no sentido de evitar a piora no quadro clínico dos pacientes, mitigando a possibilidade, inclusive de evoluírem para uma parada cardiorrespiratória. No Hospital A, eles existem apenas para os pacientes internados pelo convênio SUS, enquanto no Hospital C que não atende este convênio, eles estão em todas as unidades de internação. Ao

evitar a piora no quadro clínico, auxiliam na redução da média de permanência, o que, além de contribuir para a gestão da qualidade, auxilia na redução dos custos operacionais e na melhor utilização dos leitos. Além disso, por possuírem vínculo trabalhista com os hospitais, são menos resistentes às iniciativas para a elaboração de protocolos clínicos de tratamento, o que também contribui para a redução dos custos gerados pelo excesso de solicitações de exames diagnósticos.

O Hospital B não possui hospitalistas, pois possui diversas residências médicas que atuam com o mesmo objetivo de evitar a piora no quadro clínico dos pacientes. Entretanto, segundo dois entrevistados, ter médicos residentes reflete-se não só em ganho, ao evitar custos maiores com hospitalistas, mas em perdas de eficiência. Como estão em fase de aprendizado, pedem mais exames do que os usualmente solicitados, o que aumenta os custos de uma internação. Tem a tendência também, de aceitar pacientes cujos tratamentos exploratórios acabam ampliando os custos gerais do hospital. Especificamente, no Hospital B, houve a necessidade de reorganizar as escalas cirúrgicas, pois diversas cirurgias eram canceladas por terem sido propositalmente agendadas em duplicidade. Isso pode ser percebido na fala de um do profissional BH: “vá que um não vem, vá que um está gripado, aí chamava todo mundo”.

Outra estratégia implantada nos três hospitais foi o Time de Resposta Rápida (TRR), cujo objetivo é o de atender paradas cardiorrespiratórias (PCRs) nas unidades de internação. Tanto no Hospital B, quanto no Hospital C, o TRR é formado por profissionais da UTIA que são acionados pelas unidades de internação. No Hospital A, ele é formado por profissionais lotados no Pronto Atendimento (PA). Em todos, ao serem acionados, os TRRs levam seus próprios carros de atendimento a PCRs, pois não têm segurança de que aqueles existentes nas unidades de internação foram verificados da forma correta, o que sugere que a gestão da qualidade não está realmente incorporada por todos os membros das organizações.

Apesar de no Hospital C, a sobrecarga de trabalho ter sido apontada apenas uma vez como uma barreira para a gestão da qualidade, ela aparece fortemente nos demais hospitais:

“[...] quando tu tens acima de 90, 95% de ocupação da tua unidade, *tu percebe* uma queda gigante nos teus indicadores assistenciais. ” (CH)

“[...] tu não consegues manter a qualidade com uma ocupação tão alta, porque a equipe trabalha o tempo todo, sob muita pressão [...]”. (AC)

“[...] há uma grande rotatividade, quer dizer, o pessoal fica bom e aí ele sai [...]”. (BA)

Os treinamentos externos de PCR são concentrados em alguns poucos profissionais, notadamente naqueles lotados em unidades onde as PCRs ocorrem com mais frequência (PA e UTI). Com isso, reduzem-se os custos, pois as entidades certificadoras que ministram estes

treinamentos não o fazem gratuitamente. Com essa estratégia, especializa-se o profissional designado para o TRR, ampliando as possibilidades de reversão da PCR, o que contribui diretamente para a gestão da qualidade e indiretamente para a eficiência pela redução de sequelas e dos custos originados pelo tratamento e pela elevação da média de permanência.

A própria quantidade de acionamentos para a realização de manobras para reversão de PCRs parece ser um indicador importante tanto para a gestão da qualidade, quanto para a eficiência. Quando questionados se a saída dos profissionais envolvidos no TRR não se refletia em queda de qualidade na assistência das UTIs e PA, os profissionais dos três hospitais (AB, AC, BG e CF) responderam que o número de acionamentos deve ser baixo, pois, caso contrário, isso indica um problema na unidade solicitante.

Como forma de possibilitar que a maior parte do tempo das equipes de enfermagem seja dedicada aos pacientes, o processo de vestir o leito para o recebimento de novos pacientes é executado pela equipe ligada à hotelaria nos três hospitais. Essa estratégia, apesar de possibilitar maior produtividade dos profissionais especializados, não é comum em todos os hospitais.

A fim de reduzir a possibilidade de infecções associadas, diversas estratégias são adotadas para mitigar as possibilidades de infecção. Uma destas estratégias é a higienização das mãos que, segundo os profissionais dos três hospitais (AD, BD e CH), estão, nas UTIAs, dentro do consumo preconizado.

Especificamente, o profissional CH informou que a taxa de higienização de mãos tem média anual de 79,2% dos profissionais daquela unidade. O Hospital B, segundo os entrevistados BD e BG, não possui um indicador institucional, além da análise do consumo de solução alcoólica. No Hospital A, a taxa está em 85,2% e o profissional AI informou que a estrutura física foi toda alterada para incentivar a lavagem de mãos, por meio da instalação de pias em todos os lugares e dispensadores de solução alcoólica. Além disso, ele declarou que vê seus colegas lavando as mãos com muita frequência. Apesar deste dado e da declaração dada, diversos entrevistados dos três hospitais declararam que ainda não percebem a higienização de mãos como uma prática de todos:

“[...] eu não vejo as pessoas lavando as mãos tanto quanto seria necessário.” (AE)

“[...] nas unidades de internação, eu não vejo as pessoas lavando as mãos com a frequência que seria necessária.” (BB)

“[...] a gente sabe que área médica é a que é menos lava as mãos de todas as áreas”. (CK)

O profissional BG admite que, mesmo na UTI, há uma necessidade de manter treinamento permanente para a lavagem de mãos, porque, segundo ele, após observação sistemática, descobriu-se que os funcionários não lavam a mão. Por isso, instituíram um

programa semanal de lavagem de mãos nos diversos turnos, como forma de incorporar esta cultura na equipe. Também não se pode desprezar uma característica deste hospital que é a entrada e saída nas unidades de alunos de residências e estágios diversos. Como, em geral, ficam um mês em cada lugar, seu treinamento para o uso das práticas específicas para cada unidade acaba não gerando os resultados desejados.

No Hospital C, segundo o profissional CH, a atenção está voltada para o uso do avental, na UTI, como medida de precaução para evitar as infecções cruzadas, já que sua meta de 75% de adesão da higienização das mãos está atendida. Por outro lado, o profissional CD explica que essa taxa deveria ser medida em dois momentos: antes e depois da manipulação de catéter. Segundo ele, a higiene das mãos antes da manipulação está entre 50 e 60% que ele admite como baixa, enquanto após a manipulação, ela estaria próximo a 90%.

Segundo o profissional CH, nas unidades de internação do Hospital C, o monitoramento da higiene das mãos se dá pelos estagiários do SCIH que também fazem a promoção da lavagem de mãos de forma rotineira. Outro recurso utilizado no Hospital C são os multiplicadores. Além das lideranças que tenham maior afinidade com o controle de infecção em virtude de suas trajetórias profissionais, são utilizados técnicos de enfermagem. Eles têm reuniões periódicas com o controle de infecção e fazem a multiplicação das atividades de controle dos processos no dia a dia, como também disseminam novos processos.

Apesar desses esforços, alguns dos profissionais dos três hospitais (AC, AG, BA, BG, CF e CH) reconhecem as dificuldades em implantar a higiene das mãos como conduta de todos os profissionais e um dos motivos para isso parece ser a própria rotatividade e a falta de compreensão sobre a importância das técnicas corretas para a lavagem das mãos. Por outro lado, a declaração do profissional CD sobre a necessidade de medição da higienização de mãos antes e depois da manipulação de catéter abre uma valiosa discussão sobre o indicador utilizado pelas organizações de saúde. Se esta higienização só ocorre após o manejo dos pacientes, ela sugere que há uma preocupação do profissional apenas com a sua própria saúde e não com a do paciente, a fim de evitar infecções associadas. Desta forma, a medição do consumo de solução alcoólica parece não traduzir a qualidade do processo de higienização das mãos.

Apesar de não terem sido mencionadas relações com esta falha, outras ações vêm sendo desenvolvidas nos três hospitais. O Hospital A, segundo o entrevistado AD, procura enfatizar, por meio da abordagem pessoal, as práticas de higienização de mãos. O Hospital B, consciente das dificuldades para controlar a higiene das mãos, conforme o entrevistado BI, vem desenvolvendo um sistema eletrônico que acusa em um cartão pendurado em cada funcionário, a higienização das mãos no dispensador de solução alcoólica. Um visor simples possibilitará

que qualquer leigo (pacientes e acompanhantes) seja capaz de verificar a higienização, tornando-se fiscal do processo. Esse sistema deverá ser lançado no segundo semestre de 2017. O Hospital C, conforme o profissional CD, vem adotando um cateter revestido com antibiótico como forma de reduzir as infecções associadas nos pacientes internados na UTI.

Diante disso, a comparação entre os indicadores deve ser analisada com cuidado para evitar equívocos. Por isso, as taxas fornecidas pelos hospitais são comparadas com a média nacional, divulgada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária e pela ANAHP (Associação Nacional dos Hospitais Privados). Além disso, este estudo pretendia, antes de iniciar a coleta de dados, comparar as taxas tanto para as UTIs dos três hospitais, quanto para suas unidades de internação cirúrgica.

Entretanto, durante a visita de campo, foi constatado que, em virtude da demanda, não há em qualquer um deles, uma unidade dedicada apenas a pacientes cirúrgicos, o que pode trazer distorções na interpretação das taxas. A taxa escolhida para a comparação foi a incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC). Sendo assim, de acordo com os dados epidemiológicos mais recentes, a incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), no ano de 2014, foi de 5,1 infecções a cada 1.000 CVC/dia (BRASIL, 2015), enquanto para a ANAHP, ela é de 1,89 infecções a cada 1.000 CVC/dia (ANAHP, 2017).

Na UTI do Hospital A, ela está em 4,02 infecções a cada 1.000 CVC/dia. No Hospital B, a taxa é de 4,76 infecções a cada 1.000 CVC/dia, enquanto no Hospital C, a taxa é de 3,8 infecções a cada 1.000 CVC/dia. Todos os três hospitais estão com taxas inferiores àquelas da ANVISA, mas superiores à ANAHP. As taxas dos três hospitais indicam que as medidas de segurança do paciente vêm sendo implantadas e suas metas sugerem os esforços neste sentido. A meta do Hospital A para o ano de 2016 foi de 3,5 infecções a cada 1.000 CVC/dia. No Hospital B, a meta estabelecida é de 3,74, enquanto no Hospital C, a meta era de 2,2 infecções a cada 1.000 CVC/dia.

Quanto ao acolhimento dos pacientes, uma reclamação comum dos profissionais médicos entrevistados dos três hospitais é que os pacientes são tratados da mesma maneira, não havendo qualquer diferenciação em relação à patologia que possuem:

“[...] as peculiaridades dos pacientes não são respeitadas e não são visualizadas e estão separados por patologias ou por doenças. São jogados tudo no mesmo local [...]”. (CK)

Para os demais profissionais dos três hospitais, a falta de integração dos profissionais médicos também interfere na gestão da qualidade:

“[...] eles não se fazem parte de um processo ainda de cura deste paciente, eles se colocam à parte e vão fazendo o todo. Na verdade, faz parte de um processo grande que eles têm que liderar [...]”. (BA)

Baseado nesta análise, este estudo faz a seguinte proposição:

P2: A gestão da qualidade, quando genuinamente incorporada por todos, pode resultar em melhorias de eficiência nas organizações de saúde.

#### 4.4.3 Comunicação

Diversos profissionais entrevistados nos três hospitais analisados apontaram a comunicação como preponderante para a obtenção de êxito nas estratégias implementadas. Os profissionais AH, BA, CB, CI e CJ argumentam que apesar das diversas formas de comunicação disponibilizadas pela tecnologia (celular, *WhatsApp*, etc.), nada substituiu o encontro pessoal ou “olho no olho, o toque, o abraço” como referido pelo entrevistado AH.

Tanto o Hospital A, quanto o Hospital C construíram suas formas de verificar se a comunicação está sendo compreendida pelo pessoal operacional. Apenas o profissional BA manifestou sua preocupação pelo fato de o pessoal da linha de frente não conhecer os ocupantes da alta gestão. Para ele, há uma grande distância entre estes dois níveis:

“[...] a superintendência, por exemplo, passa e não cumprimenta os funcionários. Faz parecer que a gente é transparente [...].”

O distanciamento entre enfermeiros e técnicos em enfermagem também foi observado no Hospital C através do depoimento do profissional CH:

“[...] os outros técnicos de enfermagem aceitam melhor quando vem dos pares, diferente se vem do enfermeiro, porque eles acham que o enfermeiro não conhece muito bem a realidade deles, não está ali na pele deles.”

Esse parece ser um problema cultural e também aparece no Hospital B dada a falta de compartilhamento das inovações de processos. Conforme o entrevistado BG:

“[...] aí um belo dia eu descobri que tá todo mundo usando essa seringa e eu nem sabia dela.”

O Hospital A implantou 5 multiplicadores (denominados por um dos entrevistados como enzimas catalizadoras) e que são líderes de seus setores. Eles devem estar em contato com o “pessoal de linha de frente”, verificando o que fora compreendido. Entretanto, o profissional AA aponta uma barreira importante na comunicação que é a tentativa de “tratar

todo mundo de forma igual”. Como as pessoas são diferentes, acabam tendo dificuldades em compreender o que lhes fora solicitado.

Segundo os profissionais BE e BH, o Hospital B passou a utilizar reuniões regulares para a discussão dos dados disponibilizados pelo Sistema de Informações Gerenciais (SIG) como forma aproximar os diversos gestores. Dois outros profissionais deste hospital (BA e BG), entretanto, foram firmes ao descrever situações em que acordos foram firmados entre as lideranças durante estas reuniões, mas não foram cumpridos por uma das partes. Isso acabou gerando conflitos diversos e um clima de desconfiança com essas lideranças que não respeitaram o que fora combinado.

No Hospital C, a comunicação tem sido realizada por meio de *rounds* diários com os líderes dos diversos setores. Entretanto, os profissionais CF e CG indicam que a comunicação ainda precisa ser desenvolvida. O profissional CG destacou que os médicos não costumam participar do planejamento de alta com os demais profissionais. Também não foi capaz de dizer se havia alguma ação institucional para a redução da média de permanência, o que foi citado por diversos líderes.

O entrevistado CK manifesta sua preocupação sobre as falhas da comunicação, porque os médicos não conhecem exatamente quais são as obrigações da enfermagem ou daquilo que deveriam estar cumprindo, assim como a enfermagem desconhece quais serão as decisões do médico em relação ao tratamento de um paciente. Para este entrevistado, a maioria dos médicos, ao não realizar um planejamento de alta no prontuário, dificulta a comunicação com os demais profissionais, pois ele é o documento de referência para que todas as demais especialidades possam fazer suas contribuições.

O Hospital C se destaca em relação à comunicação com todas as categorias. Todos os indicadores importantes, inclusive aqueles relacionados às taxas de infecção que normalmente são liberados apenas para poucos, são amplamente divulgados nas unidades de internação e nas salas de conforto/descanso do corpo clínico. Seu objetivo é iniciar uma cultura de transparência, pois acreditam que somente por meio do conhecimento da situação, é possível solicitar o empenho de todos para a realização de mudanças.

Por outro lado, nos três hospitais, a comunicação entre a enfermagem e a higienização mostrou-se deficiente, o que provoca atrasos não só no início da limpeza dos quartos, como também na sua liberação para a internação de um novo paciente. Dois dos hospitais (B e C) manifestaram estar desenvolvendo projetos com o auxílio da tecnologia para a medição dos tempos de limpeza e para a liberação dos leitos para a nova internação. Todavia, eles não resolverão a comunicação para o início da limpeza se não houver comprometimento dos

envolvidos no processo, já que o sistema continua sendo alimentado de informações pelos profissionais envolvidos.

No hospital B, o entrevistado BA destacou que um dos cuidados que passou a ter é em dar informações sobre os projetos do hospital, acrescentando que se trata de um projeto dependente de diversos fatores que podem se tornar barreiras para o seu êxito. Esse cuidado passou a ser tomado, pois observou que em ocasiões anteriores, a não concretização dos projetos anunciados acabava causando um clima de desconfiança entre os membros de sua equipe.

Uma barreira para a comunicação mencionada pelos entrevistados AC e AA é a sobrecarga de trabalho. O profissional CK destaca a falta de conhecimento sobre as peculiaridades do trabalho dos demais profissionais como um elemento que dificulta a comunicação entre os diversos grupos do hospital. As falhas na comunicação são apontadas por um profissional de cada um dos três hospitais (AH, BA e CF) como o principal fator para não obter o comprometimento dos membros de uma equipe.

Os profissionais CF e CJ destacam o tempo de casa como um elemento facilitador para a comunicação, ao tornar determinado profissional mais conhecido do que outros. Duas estratégias utilizadas para melhorar a comunicação no Hospital C e já mencionadas são os *rounds* diários para a definição das prioridades de cada setor e a utilização de técnicos de enfermagem como multiplicadores das boas práticas. Apesar dessas iniciativas, uma das entrevistas deste hospital (CK) sugere que há problemas na gestão do bloco cirúrgico, em função das falhas na comunicação, o que pode se refletir na própria gestão da qualidade daquele setor, pois o que ocorre “[...] é uma comunicação através de gritos dentro de um bloco cirúrgico [...]”.

Baseado nesta análise, este estudo faz a seguinte proposição:

P3: A melhoria da comunicação entre os sistemas de controle formal e informal pode resultar em melhorias de eficiência nas organizações de saúde.

#### 4.4.4 Confiança

O profissional CA percebe que alguns funcionários preferem não se manifestar a respeito de assuntos que os incomodam, ainda que estimulados para isso:

“[...] caso o indivíduo não esteja à vontade *pra* expor os erros, [...] fica tudo escondido.”

Tanto no Hospital B, quanto no C, alguns profissionais ligados a atividades de apoio (BD, BH, CH e CJ) afirmam que uma das formas de se construir a confiança dos demais profissionais é fazer-se presente nos diversos encontros formais e informais, ainda que o seu

setor tenha pouco a contribuir. Eles dizem que a adoção desta postura possibilita que os demais os conheçam, o que os deixa mais à vontade para buscar auxílio quando necessitarem

Nos três hospitais, diversos profissionais (AC, AE, AH, BA, BG e BI) afirmaram haver um ambiente propício para as discussões incentivando a autonomia de cada um dos profissionais, independentemente de sua posição hierárquica. Dois profissionais entrevistados dos Hospitais A e B (AA e BA) acrescentaram que, apesar de institucionalmente estimuladas tais discussões, muitos não aproveitavam o momento e que o êxito dependia do perfil de cada um dos membros das equipes.

Isso pode estar ocorrendo, porque os erros parecem estar sendo tratados ainda como fontes de punição. Dessa forma, ao levar algum assunto para discussão, o profissional acaba se expondo, gerando a possibilidade de uma punição por parte da liderança imediata ou ainda, como destaca o profissional BA, uma acusação velada pelos pares.

Especificamente, no Hospital B, aparece nas entrevistas, um apoio institucional, para que os erros sejam tratados como fontes de aprendizado. Para o entrevistado BA:

“[...] institucionalmente não existe punição, mas assim tu enxergas veladamente os comentários, as pessoas te condenam [...].”

Entretanto, diversos entrevistados (BA, BC, BD e BG) afirmaram que o perfil do líder é quem acaba determinando qual tratamento será dado ao erro, apesar dos esforços institucionais para alterar esta percepção. No Hospital A, as falas se alternam bastante em relação à tolerância ao erro, mas, em geral, além de se serem tratados como fonte de aprendizado, os profissionais entrevistados admitem que persiste uma cultura de punição. Os profissionais CB e CG relatam que a organização está passando por mudanças culturais e que o tratamento do erro ainda está muito ligado ao perfil do líder, conforme o trecho da entrevista do profissional CB:

“[...] se é um erro que acarretou uma gravidade ou um dano ao paciente, aí eu preciso da punição e do processo educativo também.”

Um profissional do Hospital A (AC) relatou um caso em que isto ocorreu, mas não deixou de reiterar a importância de relatar a ocorrência, bem como de gerar a punição como forma de registros capazes de proteger o hospital de problemas futuros. Essa percepção é bastante distinta daquela encontrada nas entrevistas com os profissionais do Hospital B, onde a cultura do aprendizado parece ser institucional, ainda que algumas lideranças intermediárias não tenham compreendido a mudança.

Nos Hospitais A e B, a sobrecarga e o acúmulo de atividades foram apontados por diversos profissionais como fontes de erros. Por outro lado, no Hospital B, a cultura da

tolerância ao erro não intencional e sua utilização como fonte de aprendizado são fatores geradores de um bom ambiente no trabalho. Apesar dessa cultura ser institucional, os profissionais BA e BG destacaram o julgamento dos pares em relação aos erros cometidos e o tratamento deste assunto de forma diferenciada por algumas lideranças como aspectos a serem melhorados. No Hospital C, a sobrecarga não foi destacada como causa relevante, mas o tratamento do erro não intencional varia bastante e é sempre dependente do estilo de liderança.

Baseado nesta análise, este estudo faz a seguinte proposição:

P4: A consolidação da confiança, obtida através da utilização dos erros apenas como fonte de aprendizagem, pode resultar em melhorias de eficiência nas organizações de saúde.

#### *4.4.5 Liderança*

O profissional AA pondera que as pessoas não são iguais e se o líder deseja o seu envolvimento, deve respeitar estas diferenças. Nos Hospitais B e C, os profissionais BG e CF destacaram a importância de considerar o profissional diretamente envolvido no processo como o líder e que isto deve ser independente de sua posição hierárquica na organização. Conforme o entrevistado CF:

“[...] às vezes, ficamos no campo da execução ou da elaboração e isso não chega lá aonde importa, que é na beira do leito.”

Entretanto, o profissional BH reforça que a delegação da liderança não tem relação só com o perfil do líder, mas também do liderado. Ele percebe que há profissionais que preferem não ter autonomia, pois isto significaria expor-se e ter maiores responsabilidades:

“[...] porque liderança, embora não seja nata, as pessoas têm que se propor a isso.

No Hospital A, a autonomia de algumas categorias profissionais não parece estar sendo bem desenvolvida. Como forma de se obter mais produtividade em algumas atividades, novos cargos formais de liderança foram criados, segundo os entrevistados AD e AH, a fim de efetuar um controle diário dos profissionais operacionais. Nos Hospitais B e C, essas lideranças destinadas ao controle já existem há alguns anos.

No Hospital A, em função da alta rotatividade dos profissionais de enfermagem, os profissionais ingressantes passam, segundo o profissional AC, por um treinamento de até 30 dias na unidade de internação na qual será alocado, por um programa de “apadrinhamento”. Este novo profissional, independentemente da sua experiência anterior, não assume a escala inicialmente, tendo um profissional mais antigo a acompanhá-lo (padrinho). À medida que vai adquirindo confiança, assume um paciente por vez. Para o profissional que treina, não há

acréscimo de salário; entretanto, além da percepção de valorização por parte de sua liderança, acaba trabalhando em dupla, o que reduz a carga do próprio trabalho.

Tanto no Hospital B quanto no C, algumas ações resultantes da autonomia e do estilo de liderança resultaram em ganhos de eficiência. Segundo o entrevistado BG, por iniciativa da liderança do setor, a liberação de materiais e medicamentos da farmácia interna passou a ocorrer apenas após a prescrição médica. Isso possibilitou um controle mais adequado de todos os itens, evitando a ocorrência de diferenças entre os estoques físico e virtual. O profissional AF destaca a iniciativa de membros da equipe em desenvolver e implantar uma única vistoria diária nos carros de parada, além daquela realizada quando ele foi utilizado, como forma de reduzir custos, possibilitando que profissionais especializados pudessem dedicar um maior grau de atenção aos pacientes.

Baseado nesta análise, este estudo faz a seguinte proposição:

P5: O perfil de liderança capaz de estimular a autonomia e o envolvimento dos demais membros de sua equipe pode resultar em melhorias de eficiência nas organizações de saúde.

#### *4.4.6 Eficiência*

Dois pontos comuns unem os três hospitais em relação à eficiência: a utilização de antibióticos; e a subutilização das salas cirúrgicas. Todos os três hospitais destacam a necessidade do equilíbrio entre custos e resultados na utilização de antibióticos sob pena de aumentarem o número de bactérias multirresistentes em suas UTIs, o que repercutiria na elevação imediata de custos em medicamentos e exames diagnósticos.

Em relação à subutilização da sala cirúrgica, diversos fatores são mencionados pelos profissionais entrevistados. Um deles, para os profissionais AF, BB, CE e CK, é o tempo dispendido no preenchimento de dados no sistema, quando o paciente já se encontra no Bloco Cirúrgico. Todos entendem que alguns desses passos são necessários em função da segurança do paciente, mas não compreendem por que uma ficha eletrônica com todos os sinais vitais e o histórico do paciente já não são disponibilizados no sistema, uma vez que ele já foi atendido por outros profissionais, desde o momento em que ele chegou ao hospital. Aos profissionais médicos, caberia a confirmação desses dados por meio da assinatura, economizando tempo, ao invés de nova digitação dos mesmos dados. O trecho da entrevista com CK, a seguir, relata a reclamação que é comum aos três hospitais:

“[...] a gente tem uma demanda gigante hoje de preenchimentos de documentação [...] só que tem coisas que, por exemplo, que já deveriam vir provavelmente preenchidas pela

captação do sistema [...] eles fazem a gente preencher novamente tudo aquilo que já estava preenchido antes”.

Outra reclamação usual se dá em função do tempo dispendido entre as cirurgias e é representada em um trecho do entrevistado CK:

“[...] fiscalização de tempo de entrada e de saída não é feito, e a gente perde uma hora, uma hora e dez, uma hora e vinte, uma hora e meia, a gente chega a perder intervalo de uma cirurgia e esta ala fica parada, aquele tempo não fica utilizado [...]”.

Dependendo do profissional, duas salas são reservadas, de forma que ao término de uma, outra cirurgia possa ocorrer na sequência, possibilitando maior produção. No entanto, isso ocorre para um número reduzido de cirurgias, já que o número de salas é limitado. O Hospital B, segundo o entrevistado BC, ampliou o número de higienizadoras no turno da tarde para melhorar o fluxo das salas, mas os profissionais que realizam procedimentos cirúrgicos no turno da manhã continuam a permanecer ociosos em função da falta de salas.

A auditoria das contas hospitalares foi um exemplo de eficiência mencionado por diversos profissionais dos três hospitais (AF, BG e CF), ainda que não houvesse qualquer questionamento sobre o assunto por parte do pesquisador. Nos Hospitais A e C, os entrevistados AF e CF manifestaram a necessidade de se fazer a auditoria da conta hospitalar ainda durante a internação do paciente. Esse processo foi iniciativa de ambos os profissionais e ocorreu, porque perceberam que tinham mais trabalho quando a conta saía da unidade e era auditada por terceiros. Quando eram descobertas falhas, a conta voltava para a unidade, o que demandava mais tempo de investigação para verificar o que ocorrera de fato durante a assistência para possibilitar o ajuste na conta. Como o erro passou a ser detectado durante a internação, ele acabou adquirindo um caráter educativo e integrativo nos dois hospitais, além de dar celeridade à cobrança da conta.

Especificamente, no Hospital C, essa melhoria acabou levando a outra, o que demandou a integração com o setor de informática. Em função dessa construção conjunta, segundo o profissional CF, foram elaboradas justificativas padrão que, ao aparecerem no sistema durante o ato da prescrição, possibilitam sua escolha e evitam o esquecimento pelo profissional.

No Hospital A, conforme o profissional AF, foi ampliado o número de auditoras e o prontuário eletrônico recebeu um forte investimento, possibilitando que ele passasse a ser certificado digitalmente. Para um entrevistado, apesar do alto investimento, a certificação digital evita uma enorme circulação de papéis e seu possível extravio, além de agilizar o processo de verificação e a redução significativa de glosas (quando o convênio nega o pagamento).

Apesar da importância do planejamento de alta, nos três hospitais analisados, só as UTIAs o realizam, conforme o trecho do entrevistado CK:

“[...] eu vejo que 99% dos médicos não vão acabar fazendo o planejamento de alta [...] eles simplesmente colocam o que eles estão fazendo aquele dia.”

No Hospital C, o profissional CD afirmou que ele já está implantado em uma unidade de internação, após articulação com os médicos, mas essa informação não foi confirmada pelos demais entrevistados (CC, CG e CK) que reconheceram a relevância do assunto, mas admitiram que o planejamento é ainda incipiente. Os profissionais médicos entrevistados dos três hospitais afirmaram que não realizam o planejamento de alta no prontuário e dois entrevistados (AF e CK) não acreditam que seus colegas o façam. Além disso, só buscam auxílio de profissionais com outras formações (enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas e farmacêuticos) quando absolutamente necessário. Para o profissional AF, esta relação só se alterará, quando os profissionais médicos passarem a ter vínculo trabalhista com as organizações de saúde.

Quanto a média de permanência nas UTIAs, o Hospital A tinha, na época da pesquisa, uma média anual de 10 dias para uma meta de 6 dias. O Hospital B tinha 11,2 dias para uma meta 9 dias e o Hospital C, 7,6 dias para uma meta de 6 dias. Nas unidades de internação do Hospital C, a média de permanência oscila entre 11 e 12 dias, enquanto no Hospital B, especificamente para os pacientes do convênio SUS, ela está em 6,8 dias e no Hospital A, 6,3 dias. À primeira vista, na média global de permanência, os Hospitais A e B seriam muito mais eficientes do que o Hospital C que não atende o convênio público SUS. Todavia, ele atende diversos pacientes de convênios privados com mais de 300 dias de internação. São pacientes cujo tratamento não pode ser realizado fora do ambiente hospitalar, mas que impactam diretamente nas taxas de média de permanência.

Apesar dessa análise, nenhum dos hospitais foi capaz de atingir a própria meta estabelecida para suas UTIAs, o que pode estar relacionado a falhas de processos diversos que vão desde a higienização de mãos, o que pode provocar infecções associadas até a falta de integração entre os profissionais que assistem o paciente e que, ao não atuarem de forma integrada, acabam não percebendo alterações no seu quadro clínico. O resultado é um aumento de custos, notadamente nos Hospitais A e B que atendem ao convênio público. Para este convênio, a remuneração é feita por valores pré-estabelecidos que não levam em conta intercorrências nestes pacientes.

No Hospital C, ocorre uma divergência de opiniões entre os gestores. Enquanto o entrevistado CD declara fazer a gestão dos leitos de UTIA e tem, ao contrário dos demais hospitais, uma Unidade de Cuidados Especiais (UCE) para auxiliar no gerenciamento dos leitos,

o profissional CC argumenta que a internação em uma unidade deve levar em consideração apenas os aspectos clínicos e não econômicos. Os trechos a seguir foram extraídos da entrevista com este profissional:

“[...] Um hospital ele é bom quando tu precisas, se tu não precisa ele é o pior lugar do mundo! Ele é o pior lugar do mundo! O hospital só é necessário para quem precisa! No momento que tu *está* em condições de ir pra casa tu tem que ir pra casa! ”

“[...] O princípio fundamental é a assistência do paciente e acho que no ponto de vista de negócio, também não *tá* correto! Porque isso vai implicar em queda de qualidade [...]. ”

O profissional BI trata de forma muito objetiva a importância da gestão da média de permanência para o hospital, o que inclui o controle da infecção hospitalar:

“Se a gente reduz o tempo de permanência em 0.5 pra uma instituição como esta, significa criar oitenta leitos no fim do mês. A gente tem consciência disso. A gente reduz em 1% a taxa de infecção, a gente vai ter um incremento de receita, a gente vai gastar menos, muito maior. Fora toda a questão de imagem. ”

Um ganho de eficiência obtido no Hospital C deu-se devido à autonomia delegada pela liderança do setor, o que não é uma prática de todas as lideranças formais deste hospital. Enquanto nos demais hospitais a verificação dos carros de parada ocorre em cada troca de turno, no Hospital C, após possibilitar que os profissionais que participavam dos processos pudessem expor suas opiniões, o processo foi alterado, gerando uma maior produtividade dos técnicos em enfermagem. Segundo o entrevistado CF:

“[...] tínhamos uma conferência de um carrinho de urgência, que abria o carro de urgência uma vez por turno, então, três vezes por dia. É um carro extenso com muito material, com muito medicamento e os profissionais perdiam por carro em torno de 30 a 40 minutos para verificar e nós temos dentro da UTI 4 carros. Dois enfermeiros relativamente novos na UTI chegaram e olharam aquilo e disseram isso não está trazendo eficiência no trabalho, foram lá e mensuraram. Por turno, eu teria que ter 02 profissionais só para verificar carro de parada; fizemos avaliação de custos, quanto se perdia em termos de salário em hora perdida e eles fizeram uma proposta de trabalho que era verificar uma vez ao dia, e se não fosse aberto, uma vez por semana [...]. Ganhamos mais de doze horas de assistência na beira do leito em um único processo”.

Em todos os três hospitais, ocorre uma elevação dos custos de lavanderia em função da segregação inadequada do vestuário utilizado na assistência. Ao colocar o material usado no recipiente de roupas sujas (*hamper*), os profissionais envolvidos nos processos deveriam separar aqueles que apresentam maior sujidade ou possibilidade de contaminação dos demais

tecidos, acondicionando-os em saco plástico apropriado de forma a não contaminar os demais. Isto se reflete no tempo em que o funcionário da lavanderia leva para fazer a separação do material por sujidade, além de reduzir o custo com produtos sanitizantes e os danos nos tecidos que costumam ocorrer quando são submetidos a uma carga grande de produtos de limpeza. E esta ação pode ser precipitada por uma conversa informal entre os profissionais destes setores, sem que seja necessária a intervenção direta de seus líderes.

Outra barreira à eficiência semelhante aos três hospitais é a necessidade de contratação de profissionais que atuam apenas para supervisionar o trabalho realizado pela higienização. Como estes profissionais não realizam a higienização e tão somente fiscalizam o trabalho alheio, não agregam valor, tornando-se parte dos custos fixos, provavelmente pela incapacidade desta organização em selecionar, recrutar e capacitar o perfil adequado para o exercício desta função:

“[...] a gente colocou mais duas líderes de área de higienização. Então eu tenho uma na parte da manhã, uma na parte da tarde e uma na parte da noite. Porque a noite a gente percebeu que era uma amiga da contravenção [...].” (AE)

“[...] todo o leito em que é feito a terminal, tem uma pessoa, que é o assistente, que faz o checklist de todas as terminais, ou quase todas [...].” (CI)

Baseado nesta análise, este estudo faz a seguinte proposição:

P6: A melhoria da eficiência está positivamente relacionada com a melhoria da integração dos profissionais e com o seu envolvimento com a gestão da qualidade.

#### 4.4.7 Discussão

As organizações de saúde, a fim de obter uma certificação de qualidade, constituem setores encarregados de melhorar os processos e de fazer a gestão da qualidade, por meio do monitoramento e da regulação dos diversos sistemas internos responsáveis pela coprodução da assistência (FARR; CRESSEY, 2015). Por isso, a integração vem sendo tratada como um elemento essencial para a sustentabilidade e o funcionamento das organizações de saúde em função da alta fragmentação na produção dos seus serviços (BAINBRIDGE *et al.*, 2016).

Apesar da importância da integração, ela não parece acontecer entre os setores nos hospitais A e B. No hospital C, a integração aparece mais forte, mas se dá apenas no nível das lideranças formais por meio de dois *rounds* diários. Eles possibilitam não só a definição comum das prioridades, mas também a cobrança daquilo que fora planejado. Entretanto, nos três hospitais, o nível operacional ou como preferem diversos entrevistados, o profissional de “beira

de leito” fica excluído da elaboração dos processos, de forma que muito do que é planejado acaba não sendo executado.

Outro ponto destacado nos três hospitais é o distanciamento entre os membros da alta gestão e os profissionais operacionais. Por circularem ou se reunirem pouco com os profissionais operacionais, acabam gerando um distanciamento e um sentimento de falta de pertencimento e da importância do trabalho que realizam. O distanciamento entre os níveis estratégico e operacional já foi apontado como uma barreira para a integração por Currie e Harvey (2000) e por Curry *et al.* (2015).

Diante dos relatos, o que se percebe é que a integração ocorre apenas formalmente nos três hospitais, o que não parece ser garantia de êxito para as diversas demandas existentes. Como a confiança não é construída de forma sólida e apoiada pela alta gestão por meio de ações concretas e não apenas discursos, será difícil obter maior comprometimento de todos os envolvidos (AKTOUF, 2005; PETRIGLIERI; PETRIGLIERI, 2015).

Por isso, é preciso que a alta gestão participe ativamente e seja percebida pelos profissionais de nível operacional (PARNABY; TOWILL, 2008). Essa observação contraria o estudo de Tucker e Singer (2015) com 92 hospitais americanos, pois não evidenciaram melhorias nas organizações, quando esse contato era ampliado. Uma causa para isso pode ser que aquele estudo contempla apenas hospitais norte-americanos, influenciados, portanto, pela cultura local.

Sobretudo, os diversos setores dos três hospitais analisados parecem trabalhar em forma de silos herméticos que se transformam em barreiras para a construção da confiança e da integração (WELLER; BOYD; CUMIN, 2014), fazendo cada um buscar apenas o que é bom para o seu setor. Dessa forma, o termo horizontalização bastante utilizado nas entrevistas fica apenas no campo das boas intenções.

A principal barreira para a construção da integração parece, então, ser originada do perfil de parte dos líderes formais das três organizações que não compreendem a importância de uma visão sistêmica. Isto significa que toda a ação desenvolvida em um setor deve ser examinada com base também nos reflexos causados em outros setores antes de ser levada adiante. Essa percepção é corroborada por Hakonsson *et al.* (2016). Os autores defendem uma forte atuação das lideranças, a fim de estimular seus profissionais a formar grupos que interajam entre si. Ao buscar a manutenção das relações sociais, deixam de perseguir ganhos de curto prazo, adotando ações de ganho coletivo. Ao passo que cada uma das partes contribui para o resultado, acaba por se submeter às demandas do todo (LILLRANK, 2012).

Como resultado, possibilitam a integração entre os sistemas formal e informal de controle, atendendo às necessidades organizacionais (McEVILY; SODA; TORTORIELLO, 2014), evitando a assimetria de informação (CHAKRABORTY; DOBRZYKOWSKI, 2014), além de aumentar a confiança entre os membros da equipe (LEE; SWINK; PANDEJPONG, 2011). Diante das dificuldades de integração encontradas nos três hospitais analisados, não surpreende, portanto, que algumas ações desenvolvidas nos hospitais (revisão do carro de parada, auditoria concorrente de prontuário, liberação de medicamentos após a inserção da prescrição) estejam mais ligadas à iniciativa de alguns líderes e liderados, do que a uma prática institucional.

O Quadro 6, a seguir, apresenta as barreiras e os pontos favoráveis em comum encontrados nos três hospitais:

Quadro 6 – Conceitos centrais, barreiras e pontos favoráveis comuns aos três hospitais, dimensões e dados qualitativos.

<b>BARREIRAS</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>DADOS REPRESENTATIVOS</b>
<p><b>Integração – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausência de Interação Informal</li> <li>• Autonomia do Médico</li> <li>• Compartilhamento das Informações</li> <li>• Cultura Organizacional</li> <li>• Perfil da Liderança Formal</li> <li>• Perfil da Liderança Informal</li> </ul>	<p>“[...] a gente via que tinha ali um problema de interação de relacionamento, às vezes, porque duas áreas fechadas, bloco e UTI e às vezes, as pessoas não se conheciam, falando por telefone, não sei quem é, então fica fácil de emperrar o trabalho do outro.” (AC)</p> <p>“[...] O médico não tem nenhuma relação corporativa com a instituição que ele está trabalhando [...] se eu não operar aqui eu irei para outro lugar”. (AI)</p> <p>“[...] ficamos no campo da execução ou da elaboração e isso não chega lá aonde importa, que é na beira do leito [...].” (CF)</p> <p>“[...] quando a cultura de uma organização não integra, ela desintegra com muita rapidez”. (CA)</p> <p>“[...] para eles não se sentirem constrangidos, como eles são técnicos, a gente tentou não misturar enfermeiros junto.” (CH)</p> <p>“[...] conforme a liderança daquele setor, ela vai orientar o funcionário a ter bom relacionamento, a ter respeito com os colegas [...].” (AA)</p> <p>“[...] quando você dá autonomia para o processo de decisão, ele desestabiliza. O perfil do líder e do liderado influenciam nisso.” (CF)</p>

(Continua) Quadro 6 – Conceitos centrais, barreiras e pontos favoráveis comuns aos três hospitais, dimensões e dados qualitativos.

<p><b>Gestão da Qualidade – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga de Trabalho</li> <li>• Autonomia do Médico</li> <li>• Fragmentação da assistência</li> </ul>	<p>“[...] eles aderem menos aos processos, mesmo com um maior número de folgas, eles ficam mais cansados e a gente consegue notar isso visivelmente na equipe [...] quando tu tens acima de 90, 95% de ocupação da tua unidade, tu percebe uma queda gigante nos teus indicadores assistenciais.” (AC)</p>
--	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rotatividade</li> <li>• Ausência de Customização dos Serviços</li> </ul> <p>Higienização das Mãos</p>	<p>“[...] o médico pela sua formação é o sujeito autônomo, isolado e que tem dificuldade de trabalhar em equipe, e que muitas vezes não reconhece a importância do trabalho em equipe” (CC)</p> <p>“[...] eles não se fazem parte de um processo ainda de cura deste paciente, eles se colocam à parte e vão fazendo o todo. Na verdade, faz parte de um processo grande que eles têm que liderar [...]”. (BA)</p> <p>“[...] é um <i>turnover</i> bem alto. Em torno de 7%, mas a nossa meta institucional é 2.5%”. (CF)</p> <p>“[...] as peculiaridades dos pacientes não são respeitadas e não são visualizadas e estão separados por patologias ou por doenças. São jogados tudo no mesmo local [...]”. (CK)</p> <p>“[...] nas unidades de internação, eu não vejo as pessoas lavando as mãos com a frequência que seria necessária.” (CK)</p>
<p><b>Comunicação – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Perfil das Lideranças Formais</li> <li>• Distanciamento entre os Níveis Hierárquicos</li> <li>• Cultura Organizacional</li> <li>• Compartilhamento Frágil</li> </ul> <p>Desenvolvimento das Lideranças</p>	<p>“[...] tem alguns enfermeiros que estão mais resistentes de passar [...]”. (CF)</p> <p>“[...] a gente percebe quem está a níveis abaixo; o funcionário sente um certo distanciamento da direção [...]”. (BA)</p> <p>“[...] a superintendência, por exemplo, passa e não cumprimenta os funcionários. Faz parecer que a gente é transparente [...]”. (AA)</p> <p>“[...] os outros técnicos de enfermagem aceitam melhor quando vem dos pares, diferente se vem do enfermeiro, porque eles acham que o enfermeiro não conhece muito bem a realidade deles, não está ali na pele deles.” (CH)</p> <p>“[...] o pessoal entende isso, mas não é tão aberto assim como a gente gostaria e acho que nem a instituição é tão aberta assim quanto a gente imagina que seja.” (CA)</p> <p>“[...] e aí um belo dia eu descobri que tá todo mundo usando essa seringa e eu nem sabia dela.” (BG)</p> <p>“[...] tem um sistema de limpeza de sala cirúrgica que é uma comunicação através de gritos dentro de um bloco cirúrgico, ou seja, quem grita mais, solicita que os funcionários da limpeza venham.” (CK)</p>
<p><b>Confiança– Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento do Erro</li> <li>• Autonomia</li> </ul>	<p>“[...] então a gente aprende com o erro, mas tem também a punição. Uma coisa não exclui a outra.” (CG)</p> <p>“[...] se é um erro que acarretou uma gravidade ou um dano ao paciente, aí eu preciso da punição e do processo educativo também.” (CB)</p> <p>“[...] institucionalmente não existe punição, mas assim tu enxergas veladamente os comentários, as pessoas te condenam [...]”. (BA)</p> <p>“[...] caso o indivíduo não esteja à vontade pra expor os erros, [...] fica tudo escondido.” (CA)</p> <p>“[...] às vezes eu não consigo dar tanta autonomia, porque ele não se sente preparado de repente, precisa ter mais confiança para desenvolver aquele trabalho.” (CF)</p>

(Continua) Quadro 6 – Conceitos centrais, barreiras e pontos favoráveis comuns aos três hospitais, dimensões e dados qualitativos.

<p><b>Eficiência – Barreiras</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia</li> <li>• Burocracia</li> <li>• Falhas de Processos</li> </ul>	<p>“[...] eu preciso de uma decisão mais rápida e o processo decisório é lento, bem pensado, bem analisado, perfeito, mas isto atrapalha, perde prazos, perde possibilidade, oportunidade [...]”. (CA)</p>
---	--

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planejamento de Alta</li> <li>• Média de Permanência</li> <li>• Gestão de Utilização das Salas do Bloco</li> <li>• Supervisão</li> </ul>	<p>“[...] a gente tem uma demanda gigante hoje de preenchimentos de documentação [...] só que tem coisas que, por exemplo, que já deveriam vir provavelmente preenchidas pela captação do sistema [...] eles fazem a gente preencher novamente tudo aquilo que já estava preenchido antes”. (CK)</p> <p>“[...] todo o leito em que é feito a terminal, tem uma pessoa, que é o assistente, que faz o <i>checklist</i> de todas as terminais, ou quase todas [...].” (CI)</p> <p>“[...] tudo vai para o hamper, alta sujidade, não fazemos esse tipo de separação [...].” (BC)</p> <p>“[...] eu vejo que 99% dos médicos não vão acabar fazendo o planejamento de alta [...] eles simplesmente colocam o que eles estão fazendo aquele dia.” (CK)</p> <p>“[...] não me preocupo e não acredito que os demais cirurgiões se preocupem com média de permanência”. (CK)</p> <p>“[...] não tenho planejamento nem de agenda do bloco cirúrgico, então da alta do paciente [...].” (AK)</p> <p>“[...] fiscalização de tempo de entrada e de saída não é feito, e a gente perde uma hora, uma hora e dez, uma hora e vinte, uma hora e meia, a gente chega a perder intervalo de uma cirurgia e esta ala fica parada, aquele tempo não fica utilizado [...]”. (CK)</p> <p>“[...] a gente colocou mais duas líderes de área de higienização. Então eu tenho uma na parte da manhã, uma na parte da tarde e uma na parte da noite. Porque a noite a gente percebeu que era uma amiga da contravenção [...]”. (AE)</p>
<b>PONTOS FAVORÁVEIS</b>	
<b>CATEGORIA</b>	<b>DADOS REPRESENTATIVOS</b>
<p><b>Integração</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontros Pessoais entre as Lideranças Formais – Hospital C</li> </ul>	<p>“[...] todos os dias, das 8h30min até as 8h45min tem o round do fluxo [...] às 17h, eles reavaliam as metas; vão ver onde é que parou [...]” (CJ)</p>
<p><b>Gestão da Qualidade</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilização de Hospitalistas e Residentes para atenção permanente (todos os hospitais)</li> <li>• Time de Resposta Rápida (todos os hospitais)</li> <li>• Prontuário com Certificação Digital – Hospital A</li> <li>• Capacitação dos Profissionais de Enfermagem Ingressantes – Hospital A</li> </ul>	<p>“[...] com o hospitalista [...] a gente não permite que o paciente piore, porque ele está sendo melhor visto [...].”</p> <p>“[...] o time de resposta rápida melhorou muito os índices de mortalidade [...].” (AB)</p> <p>“[...] uma certificação digital faz com que o médico lá na unidade acesse o prontuário e as minhas enfermeiras, as administrativas acessem o prontuário aqui ao mesmo tempo; não tem papel.” (AF)</p> <p>“[...] ele passa por 30 dias dentro da unidade para treinamento, aonde ele não assume a escala inicialmente, e ele vai ter um profissional do seu lado acompanhando [...].” (AC)</p>

(Conclusão) Quadro 6 – Conceitos centrais, barreiras e pontos favoráveis comuns aos três hospitais, dimensões e dados qualitativos.

<b>Liderança</b>	Sem qualquer menção pelos entrevistados.
------------------	--

<b>Comunicação</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Transparência dos Dados – Hospital C</li> </ul>	“[...] nos andares a gente coloca o indicador do hospital e o indicador daquela unidade, para que o profissional daquela unidade veja a sua unidade como é que está [...].” (CC)
<b>Confiança</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratamento do Erro (Hospital B – visão institucional)</li> </ul>	“[...] ninguém acordou de manhã e veio <i>pra</i> cá pensando: hoje vou deixar o oxigênio para transporte acabar, ver o paciente ficar preto em cima da maca. Não, as pessoas não fazem isso! Então, vamos aprender [...]”. (CF)
<b>Eficiência</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição de Antibióticos (todos os hospitais)</li> </ul>	“[...] ser criterioso na escolha dos antibióticos, obedecendo às indicações dos <i>guidelines</i> , mas com uma visão crítica, este paciente precisa de tal antibiótico neste tempo [...].” (BI)

Fonte: Elaborado pelo autor.

É preciso que as lideranças formais compreendam que as competências de cada setor são, em realidade, resultantes dos conhecimentos e habilidades individuais dos diversos atores, desde que combinados por uma coordenação integrada (DOBRZYKOWSKI, TARAFDAR, 2015). Por isso, a comunicação entre as coordenações dos diversos serviços envolvidos nos cuidados prestados ao paciente, em virtude da alta fragmentação da assistência prestada (CASTRO-SÁNCHEZ; HOLMES, 2015), ganha tal importância. Ela sozinha, entretanto, não é suficiente, como mostram os indicadores do Hospital C que não atingiram as metas planejadas, apesar dos *rounds* diários.

Como a comunicação é deficiente e os profissionais de beira de leito não participam do planejamento dos processos, acabam não compreendendo a importância de realizar a tarefa solicitada, bem como a melhor forma de fazê-la (BISEL; MESSERSMITH; KELLEY, 2012). A comunicação é apontada, juntamente com o trabalho em equipe, como a principal causa de erros humanos em centros cirúrgicos (TIBBS; MOSS, 2014) e como responsável pela satisfação no trabalho e pelo grau de comprometimento dos profissionais de enfermagem (GALLETTA *et al.*, 2016).

O estilo de liderança adotado se reflete, ainda, no grau de autonomia que é baseado na construção da confiança entre os indivíduos. Nos profissionais de enfermagem, o grau de autonomia acaba por se refletir na sua capacidade de tomar decisões e em sua percepção de que os resultados obtidos na atividade assistencial têm relação direta com o grau de esforço que é despendido por eles (GALLETTA *et al.*, 2016). Para isso, é necessário que os liderados se sintam apoiados por seus superiores, o que só ocorre quando é construída a confiança entre as partes (BLIDARU; BLIDARU, 2015). Ela é influenciada pelo ambiente criado pelo estilo de liderança, o que acaba determinando a forma como os membros de uma equipe interagem uns

com os outros, podendo estimular a cooperação e a motivação genuína (JARAMILLO; BANDE; VARELA, 2015).

O ambiente encontrado nos três hospitais não parece ser o de cooperação e tampouco de confiança. Os líderes formais parecem agir muito mais por sentirem-se pressionados, pois sabem que serão cobrados, do que propriamente por sentirem-se motivados a cooperar. Isso pode ser evidenciado em diversos relatos.

Diversos profissionais dos três hospitais mencionaram o desconhecimento de inovações de processos implantadas em outros setores que acabaram gerando ganhos de eficiência. A falta de compartilhamento sugere que essas melhorias de processo são tratadas como um segredo de determinado setor como forma de obter ganhos superiores aos demais. Basicamente, é como se houvesse uma competição por resultados. Outros líderes admitem que quando encontram barreiras nas lideranças formais para a resolução de problemas, não hesitam em recorrer a outros profissionais daquele setor com quem têm uma relação mais próxima. Outro relato aponta a necessidade de promover encontros exclusivos para técnicos em enfermagem quando se deseja multiplicar melhorias ou inovações de processos.

Essa estratégia é utilizada, para que se sintam à vontade para expor os seus pontos de vista sem temer críticas de seus superiores. Além disso, ao serem utilizados como multiplicadores, acabam conseguindo convencer os seus pares das necessidades de incorporar as melhorias, o que talvez não obtenha o mesmo êxito se o compartilhamento for feito por enfermeiros que desconhecem a realidade de trabalho destes profissionais. Isso sugere um distanciamento entre duas categorias profissionais que deveriam trabalhar de forma integrada. Em ambientes permeados pela confiança, os profissionais de enfermagem sentem-se à vontade para discutir protocolos de segurança, bem como para aprimorar rotinas que sejam capazes de mitigar os erros (VOGUS; SUTCLIFFE, 2007).

Esse contexto acaba se refletindo na maneira como são tratados os erros, notadamente nos Hospitais A e C. Os relatos evidenciam que eles são tratados tanto como fontes de aprendizado, quanto de punição e que essa é uma prática institucional. No Hospital B, há o incentivo institucional de que o erro seja tratado apenas como fonte de aprendizado, mas admite-se que os próprios colegas acabam punindo de forma velada o profissional que cometeu o erro. É verdade que os erros estão diretamente relacionados com a elevação dos custos hospitalares em função do aumento da média de permanência. Porém, é também verdade que como a assistência é prestada por seres humanos e eles são falíveis, os erros são inevitáveis (RAFTER *et al.*, 2015). Por isso, como os erros são tratados com punição (institucionalmente

nos Hospitais A e C e de forma velada pelos pares no Hospital B), o resultado é uma subnotificação dos erros cometidos, conforme admitido pelos profissionais entrevistados.

Se a integração não ocorre sequer entre os profissionais de enfermagem, é possível esperar que ele também não aconteça com os profissionais médicos. A autonomia do médico foi um fator apontado por diversos profissionais entrevistados, inclusive pelos próprios médicos, como um fator que dificulta o trabalho dos demais profissionais. Não por acaso, apenas nas UTIs, o planejamento de alta esteja funcionando, inclusive porque há uma relação contratual entre esta categoria e o hospital.

A autonomia do médico, apontada por Pearson, Goulart-Fisher e Lee (1995) e por Rafter *et al.* (2015) como uma barreira à integração, também tem uma relação direta entre a qualidade das relações entre estes profissionais médicos e a enfermagem. Ela influencia o grau de comprometimento e a redução na intenção de saída dos profissionais de enfermagem da organização (PIERRO *et al.*, 2013; VANAKI; VAGHARSEYYEDIN, 2009). A rotatividade, aliás, foi apontada como alta pelos Hospitais A e B e é uma das causas da sobrecarga de trabalho que aparece nas entrevistas dos três hospitais. Tanto a sobrecarga, quanto a rotatividade, por seu turno, têm relação com a gestão da qualidade e com a eficiência dos serviços prestados (ELLIOT *et al.*, 2014).

Apesar das diversas barreiras apresentadas após as análises dos diversos dados e que interferem nos conceitos centrais, alguns pontos positivos obtidos ora pelos três hospitais, ora por apenas um deles são destacados no Quadro 6. A implementação dos dois rounds diários no Hospital C é um avanço importante na integração, a fim de definir quais as prioridades merecem atenção, além de possibilitar uma gestão de fluxo dos leitos mais eficiente. Ela, entretanto, pode ser melhorada se passar a envolver as lideranças informais, pois a tendência é que, ao compreender os motivos pelos quais as prioridades foram escolhidas, os profissionais operacionais se comprometerão em executá-las.

A utilização tanto dos hospitalistas, quanto do Time de Resposta Rápida (TRR) sinalizam uma preocupação institucional não só com a cultura de segurança dos pacientes, como também uma forma de atuar nas suas taxas médias de permanência. A escolha de quem deve integrar o TRR deve, por outro lado, ser objeto de estudo específico, já que há diferenças entre os hospitais sobre qual a melhor alternativa.

Especificamente, o Hospital A apresenta duas iniciativas que podem ser replicadas em outras organizações. A certificação digital, apesar dos vultosos investimentos necessários, reduz o tempo de apresentação das contas para cobrança, o que melhora o fluxo de caixa dos hospitais, além de evitar o extravio de documentos. Como este é um hospital que atende o

convênio SUS, apesar do alto valor, parece ser uma ação possível de ser replicada em outros hospitais. Outra ação é o programa de integração de novos profissionais de enfermagem ingressantes que possibilita um nivelamento dos conhecimentos em ambientes caracterizados pela alta rotatividade, além de facilitar a inserção deste novo profissional no setor onde será alocado. A tendência é a redução de erros e uma melhor avaliação das competências deste novo profissional antes dele ser efetivado e poder causar danos aos pacientes.

No Hospital C, a iniciativa de divulgar de forma ampla todos os indicadores do hospital e de cada setor possibilita que todos sejam capazes de auxiliar na melhoria e no atingimento das metas. O Hospital B, por seu turno, merece ser destacado por tratar os erros como fonte de aprendizado. Nesse aspecto, entretanto, precisa melhorar a forma como eles são percebidos pelos demais colegas do profissional que errou sob pena de não conseguir ampliar o número de notificações.

Outro ponto positivo implantado por todos é a ampla discussão sobre o uso de antibióticos. Além de as discussões multidisciplinares serem capazes de orientar para o uso de medições que trarão o mesmo benefício para o paciente, porém com um custo menor, evitam a criação de bactérias com um nível de resistência, o que só tenderia a elevar os custos de aquisição de medicamentos e a própria média de permanência dos hospitais.

Por outro lado, não foram encontradas ações nos três hospitais que sejam capazes de estimular o desenvolvimento da visão sistêmica das lideranças formais, deixando o termo horizontalização relegado apenas à condição de um modismo. Também, não foram evidenciadas ações específicas para o desenvolvimento das lideranças informais que, além de não serem envolvidas na melhoria e elaboração de processos, parecem optar por não ter autonomia sob pena de errarem e serem punidos.

#### *4.4.8 Elaboração do Framework*

Durante as entrevistas realizadas nos três hospitais, foi possível perceber que as estratégias são de pleno conhecimento das principais lideranças, mas são desconhecidas ou conhecidas apenas parcialmente por aqueles que “atuam na beira do leito”. Outros sinais indicam falhas nos relacionamentos interpessoais (liderança, confiança e comunicação) nas organizações estudadas. No Hospital C, o temor em conceder entrevistas por parte de alguns profissionais, ainda que autorizados pelo CEP, indicou que o conhecimento sobre a importância da pesquisa para a organização não é uma prática disseminada pela organização, ainda que se tenha criado uma estrutura específica para isso.

No Hospital B, dois setores diferentes cuidam da pesquisa, mas um não sabe o que o outro está fazendo. Além disso, um profissional entrevistado no Hospital B destaca que a gestão da qualidade em seu setor é prejudicada por que está envolvido no time de resposta rápida, apesar de não ter pessoal suficiente para isso. No Hospital A, alguns profissionais entrevistados mencionaram a dificuldade em conseguir apoio de outros setores ou de profissionais que resistem em adotar uma visão sistêmica nas suas tomadas de decisão.

Os depoimentos colhidos indicam que há uma real tentativa da alta gestão destes três hospitais em descentralizar o nível decisório, conferindo às gerências intermediárias maior autonomia e flexibilidade para planejar o uso dos recursos, como aponta Froehle (2012). Isso é especialmente evidenciado no Hospital C. Por outro lado, o desconhecimento destas ações pelo pessoal que atua na linha de frente em todos os três hospitais sugere que a centralização acabou apenas migrando de nível, uma vez que o pessoal que está na “beira do leito” é quem efetivamente toma as decisões diárias que se refletem na assistência. Ao não auxiliarem na construção dos processos, acabam não os incorporando às suas rotinas diárias, o que só reduz a eficiência desejada.

Todos os hospitais estão envolvidos em melhorias de processos para aumentar sua eficiência operacional, mas diversos profissionais dos três hospitais, inclusive aqueles ligados ao nível estratégico, indicaram que há muito o que fazer para se alcançar a eficiência desejada. Provavelmente, o caminho a ser trilhado seja justamente a integração entre os profissionais, de forma a evitar retrabalhos e a conseguir otimizar a gestão de recursos pela maior integração dos profissionais envolvidos na operacionalização dos processos, alcançando o que alguns entrevistados denominam como horizontalização dos processos.

Talvez pela falta de integração entre os profissionais envolvidos, uma importante divergência foi observada no Hospital B, o que indica uma visão ainda setorizada. Essa divergência envolve a saída dos profissionais alocados no TRR. Para um dos profissionais, o fato de ficarem fora da unidade por 30 min a 60 min, provoca o acúmulo de trabalho, para aqueles que permanecem. O que ocorre na prática, segundo este profissional, é que alguns pacientes ficam desassistidos, inclusive legalmente, pois no período que durar a PCR, o número de enfermeiros se reduz à metade do exigido. Além disso, quando retornam, algumas atividades acabam sendo deixadas de lado, para que as tarefas mais importantes possam ser executadas. Este profissional teme, inclusive, que uma das atividades menosprezadas nestes retornos seja a lavagem de mãos que está diretamente ligada às infecções cruzadas.

Por outro lado, outro profissional da mesma unidade não vê problemas nos atendimentos de PCRs, uma vez que o grande número de residentes acaba auxiliando nas tarefas. Essa

declaração, contudo, não leva em consideração os profissionais de enfermagem que ficam sobrecarregados, o que mais uma vez remete à visão de setorização, desta vez entre categorias profissionais de uma mesma unidade.

Essa falta de integração entre profissionais distintos repercute em falhas de processos que podem aumentar a possibilidade de infecções cruzadas. No Hospital C, por exemplo, um profissional ficou muito surpreso quando questionado sobre a possibilidade de infecção cruzada causada pelos profissionais que fizeram parte do TRR.

Isso poderia ocorrer durante o atendimento de um paciente contaminado e que estivesse sofrendo uma PCR. Como é usual um grande volume de secreções sendo expelida pelo paciente neste momento, as roupas dos profissionais do TRR poderiam ser contaminadas durante as manobras de recuperação, o que acabaria por contaminar o paciente da UTI, quando do seu retorno à unidade. Apesar de tantos profissionais envolvidos, ninguém parou para conversar e refletir sobre como se desenvolve o processo, o que permitiria identificar as falhas.

Outros processos mais simples também não têm sido objeto de avaliação, o que deve ocorrer também por falta de integração entre os profissionais. A retirada dos lençóis sujos, por exemplo, não atende a qualquer critério de eficiência, pois nos três hospitais, todo o material com secreções é misturado a material não contaminado, antes de ser encaminhado à lavanderia. Isso obriga a utilização de alta dosagem de produtos de limpeza para tecidos classificados como limpeza pesada. Esse processo, além de aumentar os custos da lavanderia com produtos de limpeza e de aumentar o tempo de separação pelo profissional de lavanderia alocado na área suja da lavanderia, reduz a vida útil dos tecidos devido às altas dosagens destes produtos sobre suas fibras (BRASIL, 2009; MEDEIROS *et al.*, 2009). Apenas o Hospital A indicou reconhecer as perdas em função da falta de integração entre os setores, tendo iniciado as conversas para a separação por sujidade nas unidades de internação, mas admite sua dificuldade diante da necessidade de adesão dos demais setores ao novo processo. Os demais hospitais mostraram-se surpresos com o questionamento, pois sequer pensaram no assunto.

A gestão de leitos é outro processo simples que não vem merecendo uma análise integrada dos diversos profissionais envolvidos. A liberação para a higienização do leito é feita pela enfermagem que gera, no sistema, um aviso para as equipes responsáveis. Entretanto, dada a sobrecarga de trabalho admitida por todos, a tendência é que se demore a dar a alta física do leito, porque é uma forma de evitar uma nova internação. Os profissionais da higienização, por sua vez, ganharão a mesma coisa se limparem 1 leito ou 10 leitos, de forma que só limpam quando avisados ou ordenados para tal. Enquanto todos estes profissionais não compreenderem os impactos que um leito não disponibilizado causa em outros setores (sobrecarga na

emergência, sala de recuperação e UTIs) e na entrada de receitas do hospital, o único caminho encontrado parece ser aquele utilizado pelos três hospitais: a contratação de mais e mais líderes para fiscalizar os profissionais operacionais, o que só aumenta os custos que provavelmente diluem qualquer ganho de produtividade advinda de um maior controle.

Essa mesma falta de visão sistêmica é observada nos três hospitais quando são analisados o bloco cirúrgico e o acolhimento de pacientes. O processo de liberação de salas cirúrgicas que gera insatisfação para médicos cirurgiões e perdas de receita para o hospital, carrega consigo uma importante discussão a ser feita pela alta gestão dos hospitais: falta a definição de quem é de fato o cliente do hospital. Ainda que para um dos profissionais entrevistados no Hospital C, da mesma forma que o profissional médico traz pacientes para o hospital, o setor de emergência também traz pacientes para estes profissionais, não há, nos três hospitais, um vínculo contratual que os obrigue a só trazer pacientes para um único hospital. Por isso, repensar o relacionamento com estes profissionais, fazendo-os perceber que há uma parceria com ganhos comuns, passa a ser uma estratégia importante para as organizações de saúde.

Não basta, entretanto, criar benefícios para quem mais interna ou opera, pois, apesar de trazerem mais recursos, continuarão atuando de forma fragmentada e distantes das demais categorias profissionais. É preciso criar mecanismos capazes de fazê-los entender que quando há um aumento de interação, todos ganham, inclusive o paciente que deixa de perceber que as partes não se falam.

Além disso, diante dos custos de uma sala cirúrgica (R\$ 1.098,00 por hora no Hospital A, R\$ 500,00 por hora no Hospital B e R\$ 800,00 por hora no Hospital C), o acréscimo de higienizadoras ou técnicos em enfermagem para a liberação de cada sala aumentaria a produtividade de todos os cirurgiões e do próprio hospital. *Grosso modo*, 3 horas de sala utilizada pagam o salário mensal de uma higienizadora ou técnica em enfermagem, ou seja, o conhecimento especializado de cada cirurgião passaria a ser otimizado. Esse acréscimo no número de profissionais operacionais, ao melhorar a produção do bloco cirúrgico, promove sua melhor utilização, permitindo que investimentos em novas salas cirúrgicas possam ser postergados.

O acolhimento dos pacientes, por sua vez, é provavelmente o processo que melhor representa a falta de integração dos hospitais. A individualidade de cada paciente parece não ser respeitada, pois os pacientes têm diferentes expectativas sobre a forma como serão assistidos. Não há como padronizar as relações paciente/hospital, tal qual em uma linha de montagem fabril, quando alguns vão ao hospital para extrair um órgão buscando um prolongamento de sua vida, enquanto outro veio buscando a recuperação por um menisco ou ligamento ferido durante uma partida de futebol.

E, apesar dos esforços históricos destas três organizações de saúde em constituir comitês de qualidade visando sua gestão, os resultados apresentados ao longo deste estudo sugerem barreiras à integração que levam a perdas na gestão da qualidade e, por consequência, na eficiência. Este cenário os torna reféns de mudanças ambientais externas. Estas mudanças alteram sua entrada de recursos que pode ocorrer tanto por uma redução de demanda, quanto pela falta de repasses pelos serviços realizados em caso de crises econômicas.

Na gestão da qualidade, as perdas dos três hospitais são evidenciadas pela dificuldade em conseguir a adesão para a higienização de mãos, na subnotificação de erros e pela taxa de infecções sempre superior à meta. Na eficiência, as perdas são traduzidas pela taxa de média de permanência elevada, na má utilização das salas do bloco cirúrgico, na falta de separação de roupas por grau de sujidade, na incapacidade de gerenciar o tempo necessário para a higienização e liberação de leitos, na inexistência do planejamento de alta e na necessidade de criar cargos para supervisionar o trabalho executado pela higienização nos três hospitais.

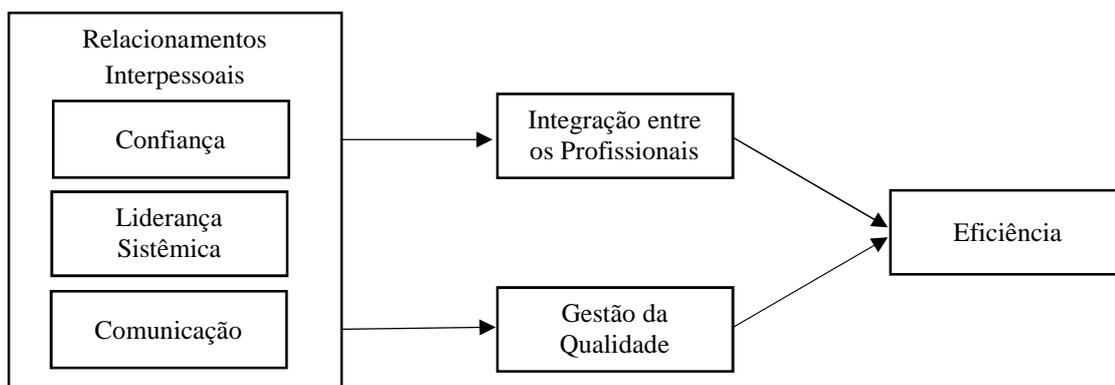
Além disso, é preciso reforçar a interligação entre os três conceitos centrais. Se a integração entre os profissionais não ocorre, o que se traduz pela falta de cooperação entre eles, podem acontecer erros na administração de medicamentos (gestão da qualidade), na desatenção ao quadro clínico (gestão da qualidade), na alimentação inadequada (gestão da qualidade), ou ainda, na higienização de mãos que não é realizada antes e depois de cada processo (gestão da qualidade), ampliando-se as possibilidades de aumento na taxa de infecções (gestão da qualidade). Como consequência, não há planejamento de alta (eficiência), a média de permanência se eleva (eficiência), os custos com o tratamento aumentam em função da utilização de antibióticos (eficiência) e há aproveitamento inferior da capacidade instalada (eficiência) devido à elevação da média de permanência dos pacientes.

Quando a integração se dá em nível micro, o que significa a nível dos profissionais que executam os processos, tanto o sistema formal quanto o sistema informal de controle comprometem-se com o resultado planejado através da melhoria do relacionamento interpessoal, proporcionando uma maior flexibilidade da organização, o que torna a gestão da qualidade um compromisso de todos e a busca por eficiência um objetivo permanente e não apenas em épocas de crise. Para que isso ocorra, é necessário reduzir a distância entre a alta gestão e o nível operacional, o que demanda que os conceitos comunicação, liderança e confiança passem a ser consideradas estratégicas pela organização também para a integração.

Dessa forma e como principal contribuição teórica deste estudo, foi elaborado o *framework* teórico (Figura 2), a fim de atender à lacuna teórica de que a integração entre os profissionais que executam os processos possibilita a incorporação da gestão da qualidade como

um compromisso coletivo. Como resultado, obtém-se a eficiência, pois todos compreendem a importância da tarefa que realizam e passam a reconhecer que falhas em seus processos repercutirão nas atividades dos demais profissionais:

Figura 2 — *Framework* teórico – relacionamento entre os conceitos centrais.



Fonte: Elaborada pelo autor.

Para tornar-se um compromisso de todos, os profissionais que efetivamente tomam as decisões diárias e operacionalizam a assistência devem ser integrados na construção e melhoria dos processos. Como a maior resistência a esse modelo deve emergir das lideranças formais, é preciso desenvolvê-los, para que compreendam que as decisões tomadas em seu setor geram reflexos sistêmicos, inclusive nos profissionais que compõem o seu setor. Como passam a comunicar-se com todos os setores e profissionais, percebem que o compartilhamento de informações e a concessão de autonomia reduz a sua sobrecarga de trabalho, permitindo-lhe mais tempo para a coordenação dos diversos recursos.

Este novo perfil de liderança acaba promovendo a instituição de um ambiente permeado pela confiança, no qual os erros são tratados como fontes de aprendizagem e levados a discussões, para que não mais se repitam. Além disso, como os erros passam a ser notificados, é possível adotar ações corretivas em tempo de reverter eventuais danos causados ao paciente. Dessa forma, face à integração entre os diversos profissionais, estará sendo incorporada a cultura de segurança do paciente.

Outro possível ganho da integração entre os profissionais poderá ocorrer quando da tomada de decisão. Sentindo-se apoiados pelos demais, reconhecerão que a tomada de decisão não precisará mais ocorrer de forma solitária e o farão sempre que um evento adverso ocorrer.

Nada disso, entretanto, ocorrerá se o que for praticado pela alta gestão não corresponder aos discursos feitos. Sem um compromisso genuíno da alta gestão e uma mudança de comportamento destes gestores, não haverá a integração desejada, na qual a setorização e a

assistência fragmentada darão lugar a processos elaborados e sustentados coletivamente. Eles precisam circular pelas diversas unidades, mostrando-se interessados nas observações feitas pelos diversos profissionais operacionais.

Dessa maneira, quando a integração puder ser percebida por todos, os profissionais médicos se sentirão estimulados a contribuir, pois compreenderão que os demais profissionais deixaram de agir reativamente, adotando uma postura proativa. De outra forma, os médicos continuarão contribuindo apenas quando for interessante para eles.

Com a integração entre os profissionais sendo estimulada pela alta gestão e pelos demais líderes formais, a gestão da qualidade pode ser implementada, pois passa a ser um compromisso de todos que compreendem a sua importância e atuam, para que a cultura da segurança do paciente norteie todos os processos realizados. Como consequência da integração entre os profissionais e da gestão da qualidade, os ganhos de eficiência passam a se tornar um desafio de todos e não apenas de ações isoladas ou desconectadas. A maturidade desses conceitos centrais ocorre quando um líder aceita ter perda de eficiência em seu próprio setor em benefício de outros, cujos ganhos superiores trarão benefícios para a organização como um todo.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo, além do *framework* proposto, traz algumas discussões que podem auxiliar estudos futuros. Quando se deseja comparar médias de permanência ou taxas de infecções para verificar qual é o hospital mais eficiente, os dados podem levar a conclusões não confiáveis.

Os três hospitais, apesar de serem todos de grande porte e de dois deles (A e B) atenderem o convênio SUS, possuem perfis epidemiológicos completamente distintos. O Hospital A, por exemplo, localiza-se na região serrana do Rio Grande do Sul que é economicamente, a região mais próspera do estado, onde as pessoas têm acesso à alimentação adequada e a uma estrutura de saúde pública que consegue atender a sua demanda. O Hospital B, por outro lado, recebe pacientes de diversas regiões do estado justamente por não contarem com estruturas de saúde com maior resolutividade em seus municípios, de forma que podem internar com diversas comorbidades (outras patologias, além daquela que levou à internação em um mesmo paciente). O Hospital C atende a convênios privados e particulares, cujo acesso à saúde e a melhores condições de alimentação dos pacientes tendem a ser superiores aos dos outros dois.

Essas diferenças de perfil epidemiológico de cada hospital implicam também na comparação entre as taxas de infecções. A tendência é que os hospitais com taxas de infecção mais altas, são, muitas vezes, aqueles que atendem os pacientes mais complexos, e, portanto, são normalmente os melhores. Por outro lado, paradoxalmente, são os que têm as taxas mais altas.

Além disso, alguns hospitais como o Hospital C, possuem uma Unidade de Cuidados Especiais (UCE). Ela recebe pacientes da UTIA que não necessitam do volume de cuidados desta unidade, mas precisam ser observados em tempo integral, o que não seria possível em um quarto. Essa estratégia também acaba alterando a média de permanência, o que fortalece o trabalho de Marinho (2001). Essa, aliás, é a estratégia que vem sendo planejada pelo Hospital A e construída pelo Hospital B que, após o término de sua UCE, buscará reduzir sua média de permanência na UTIA para 6 dias.

A média de permanência também pode sofrer influências da própria política de gestão de leitos do hospital. Se há apenas um leito disponível em uma unidade de internação e dois pacientes diferentes, sendo um da emergência e outro da UTIA, invariavelmente, quando não há pacientes esperando leito de UTIA, será dado preferência àquele da emergência. A diária paga por qualquer convênio é superior na UTIA e esta escolha acaba repercutindo na receita do hospital. No Hospital C, por exemplo, as diárias hospitalares respondem por 30% da receita.

Desta forma, ao final de um ano, uma gestão de leitos eficiente pode levar a um resultado bastante satisfatório de utilização da estrutura. No Hospital C, a introdução dos dois rounds diários possibilitou o aumento de 9 mil diárias hospitalares em relação ao ano anterior sem que nenhum novo leito tivesse sido construído.

Outro ponto a ser destacado é o profissional médico que vem sendo apontado por estudos diversos como uma das principais barreiras para a integração. Na realidade, ele parece ser vítima das características de sua profissão que o obriga a constantes tomadas de decisão individuais. Como não confia nos processos que o cercam, opta pela autonomia por uma questão de sobrevivência e manutenção de seu registro médico. Não se pode apontar um único culpado, mas o baixo compromisso da alta gestão para a consolidação dos relacionamentos interpessoais (comunicação, confiança e liderança) parece contribuir decisivamente para a falta de integração entre setores e profissionais.

Os sistemas de controle formal e informal são pouco efetivos, porque estão inseridos em um contexto sujeito a erros, mas que não os tolera. Como preferem seguir ordens para não serem punidos, ao invés de tomar decisões, fazem os processos terem rupturas constantes, gerando as falhas apontadas no estudo. Essas rupturas acontecem, porque as intercorrências se sucedem em um serviço realizado por humanos para humanos. Como os médicos temem que seu trabalho sofra prejuízos por essa falta de integração das demais partes envolvidas nos processos assistenciais, preferem isolar-se, de forma a não sofrerem danos colaterais de eventuais ações judiciais. Dessa forma, independentemente dos benefícios que lhes forem propostos, só se integrarão quando sentirem-se seguros de que os processos ocorrem de forma integrada.

Como principal contribuição deste estudo, o *framework* teórico proposto na análise cruzada dos três casos onde são apresentadas as relações entre os conceitos centrais. A integração parece estar relacionada à gestão da qualidade e quando ela ocorre, o resultado se traduz em ganhos de eficiência. Ao propor a implementação simultânea dos conceitos centrais gestão da qualidade e integração ao nível dos profissionais envolvidos (nível micro), defende-se que ambos os conceitos sejam suportados pelos relacionamentos interpessoais (comunicação, confiança e liderança). Isso possibilita que, independentemente do grau de especialização dos serviços oferecidos, das características específicas da localização geográfica, ou ainda, das diferenças entre os diversos convênios públicos de saúde de cada país, as organizações de saúde sejam capazes de melhorar a eficiência, através do envolvimento consciente de todos os profissionais.

Em um serviço com tais peculiaridades, no qual a variabilidade na produção é influenciada tanto por quem produz, quanto por quem recebe o serviço, há a necessidade constante de tomadas de decisão face às possibilidades de alteração do quadro clínico de um paciente e da própria demanda que oscila tanto por fatores econômicos quanto sazonais. Essas alterações podem ocorrer inclusive entre pacientes cuja internação tenha se originado de uma mesma patologia, mas cujas especificidades (genética, histórico familiar, hábitos de vida, contexto onde vive e trabalha) o transformam em um ser único.

Não há como padronizar, tal qual uma organização industrial, todos os serviços realizados. Os protocolos clínicos ajudam na avaliação, mas não podem ser usados como a única fonte de dados para uma tomada de decisão. É nesse ponto que a integração entra. A tomada de decisão deixa de ser um processo solitário, passando a ser um consenso de especialistas que compartilham suas experiências anteriores, apoiando-se mutuamente na consolidação da gestão da qualidade. Sugere-se que é desta relação que melhorias na eficiência podem ser obtidas.

Diante dessas considerações, o objetivo geral que consistia em verificar a relação entre a integração e a gestão da qualidade e quais os impactos dessa relação na eficiência de organizações de saúde foi atingido. Diversos foram os trechos das entrevistas dos três hospitais que, após analisados, indicaram haver relação entre a integração e a gestão da qualidade. Sugere-se que das falhas desta relação, estão algumas das causas para as falhas de eficiência encontradas nas três organizações de saúde.

Quanto aos objetivos específicos, o primeiro consistia em verificar como estão estruturados os conceitos centrais integração, eficiência, gestão da qualidade e os relacionamentos interpessoais, tendo sido atendido na sua integralidade. Nos três hospitais, a integração encontrava barreiras diversas e apenas no Hospital C foi evidenciada a integração entre as lideranças formais. A gestão da qualidade apresentava diversas falhas por não ter sido incorporada por todos. Isso fazia com que não fosse criado um ambiente permeado pela confiança, de forma que os erros foram tratados em dois deles como fontes de punição e aprendizado e em um, como fonte de aprendizado, ainda que os demais profissionais de mesmo nível hierárquico recriminassem veladamente quem errou. Os indicadores de gestão da qualidade não atingiram as suas metas. As lideranças não concediam a autonomia necessária para que os demais profissionais pudessem tomar decisões e quando o faziam, estes profissionais preferiam não a ter sob pena da punição em caso de erro cometido. A comunicação se restringia às lideranças formais e muito do que era planejado, não era executado, pois os

profissionais não compreendiam a importância de fazê-lo. Como resultado, diversas falhas nos processos resultavam em perdas de eficiência significativas.

O segundo objetivo específico, também atendido, tratava da identificação de possíveis barreiras à integração. Na análise cruzada, foram identificados a ausência de interação informal; o excesso de autonomia do médico; a falta de compartilhamento das informações; a rigidez da cultura organizacional; e os perfis das lideranças formal (centralizadora) e informal (preferir ficar alheia por temer a punição em caso de erro).

O terceiro objetivo específico buscava aprofundar o entendimento de como ocorre a relação entre a integração e a gestão da qualidade e as decorrências para a eficiência, no dia a dia, em diferentes contextos hospitalares, tendo sido atendido. Nas três organizações de saúde analisadas, as falhas na integração são aparentes, gerando dificuldades na gestão da qualidade que não se tem mostrado capaz de atingir as metas estabelecidas. Como consequência das falhas da relação entre a integração e a gestão da qualidade, perdas de eficiência foram observadas nas três organizações apesar dos perfis epidemiológicos distintos.

Enquanto limitações deste estudo, além da falta de dados econômicos que não puderam ser acessados para auxiliar na comparação da eficiência das três organizações de saúde, a realização da pesquisa com objetos de estudo localizados em um único estado da federação. Como o Brasil possui dimensões continentais, seria interessante a replicação deste estudo em outras unidades da Federação, o que leva a outra limitação. Seria interessante sua realização em outros países, possibilitando verificar a validade da contribuição teórica deste estudo.

Além das limitações já mencionadas, é preciso destacar aquelas ligadas ao paradigma qualitativo escolhido para este estudo. Como não se trata de um trabalho estatístico, não permite sua generalização. Por outro lado, ao escolher três hospitais de grande porte, o que se buscava era aprofundar o entendimento do fenômeno em ambientes reais, o que neste estudo envolveu a relação entre gestão da qualidade e integração e os impactos desta relação na eficiência.

Há ainda o próprio viés deste pesquisador que por ter trabalhado na área, pode ter realizado as análises de acordo com o seu olhar pessoal. Apesar disso, neste estudo, a subjetividade do pesquisador parece não ter interferido sobremaneira nas discussões, já que alguns dos resultados encontrados não eram esperados pelo autor. Dentre eles, o testemunho dos médicos de que um contrato formal entre eles e as organizações de saúde poderiam melhorar a sua integração aos diversos processos internos. Além disso, a diferença dos perfis epidemiológicos que exerce uma forte para a comparação entre as organizações de saúde. Aliado a isso, várias citações foram transcritas, para que o leitor pudesse, por conta própria, realizar suas próprias análises.

Finalmente, este estudo compreende que o trabalho não se encerra aqui e, por isso, faz algumas propostas para estudos futuros. O presente trabalho buscou verificar a relação entre a integração e a gestão da qualidade e quais os impactos dessa relação na eficiência em três organizações de saúde de grande porte. Em todos eles, o profissional médico foi apontado como um indivíduo que atua de forma autônoma, dificultando a melhoria dos processos, o que é consistente com os estudos de Pearson, Goulart-Fisher e Lee (1995) e de Rafter *et al.* (2015). Por suas próprias características profissionais, tendem a se focar mais nos resultados do que nos próprios processos que levam àqueles resultados (STOLLER, 2009).

Nas três organizações de saúde estudadas, os próprios profissionais médicos defendem a importância de um vínculo contratual entre eles e as organizações como forma de melhorar a sua adesão aos processos assistenciais. No Hospital A, o vínculo contratual dos médicos hospitalistas foi apontado como um fator que os estimula a aderir aos protocolos estabelecidos. Por outro lado, este estudo identificou que mesmo possuindo vínculo empregatício com o hospital, diversos profissionais não realizavam uma simples higienização das mãos com a frequência desejada e que diversos processos ainda ocorriam de forma bastante fragmentada como, por exemplo, no uso de salas cirúrgicas, na liberação e higienização de leitos e na separação de roupas por sujidade. Isso pode significar que a existência de um vínculo não garante necessariamente a adesão aos protocolos e a realização de uma assistência integrada. Em virtude disso, esse estudo sugere como tema para um futuro estudo:

1) Nas organizações de saúde, a autonomia dos médicos tem relação com a sua percepção sobre a falta de integração dos demais profissionais envolvidos nos processos assistenciais.

Nas organizações de saúde, vem sendo implantada a cultura da segurança do paciente como forma de melhorar o seu desempenho, a fim de evitar erros médicos e outros eventos adversos com os pacientes (GABA, 2000; NIEVA; SORRA, 2003; MORELLO *et al.*, 2013). Relacionada à gestão da qualidade, a cultura da segurança do paciente vem sendo apontada como uma das soluções para o expressivo aumento de custos que os erros profissionais geram, além de aumentar a média de permanência e o risco de o paciente adquirir infecções associadas (McFADDEN *et al.*, 2014). Rahmqvist *et al.* (2016), por sua vez, evidenciaram que a média de permanência maior causada por infecções associadas é responsável por 11,4% dos custos totais dos hospitais. Diante desse contexto, todo o esforço feito na melhoria da segurança do paciente parece se refletir diretamente na redução de perdas das organizações de saúde, o que leva a segunda sugestão de estudo futuro:

2) Uma organização de saúde que deseja melhorar sua eficiência, deve focar seus recursos na consolidação da cultura da segurança do paciente.

As médias de permanência estão relacionadas com as infecções associadas, já que uma permanência maior do que 48 horas amplia a possibilidade de infecção (LO *et al.*, 2014; SCHMIDT; GEISLER; SPRECKELSEN, 2013; HAYFORD, 2012), além de refletir no aumento dos custos variáveis (GRAVES, 2004). Nas três organizações de saúde estudadas, havia metas para médias de permanência e para infecções associadas ao cateter venoso central (CVC) e, apesar da sua importância, em nenhuma delas, as metas foram atingidas. Todas as três organizações são de grande porte e, a despeito de possuírem perfis epidemiológicos bastante distintos, apresentaram igualmente falhas na integração entre os diversos profissionais operacionais, notadamente naqueles que atuam “na beira do leito”, bem como na dificuldade em implementar práticas simples como a higienização de mãos. Além disso, as lideranças formais não concediam autonomia suficiente para a tomada de decisões, a comunicação com os profissionais operacionais apresentava falhas que levavam a perdas de eficiência, como na higienização e liberação de leitos por exemplo e os erros eram tratados como fontes de punição, ainda que, institucionalmente, não fosse essa a conduta desejada em uma delas. Provavelmente por isso, a notificação dos erros estava abaixo do esperado em todas as três organizações. Sendo assim, este estudo sugere como tema para estudo futuro:

3) Hospitais de perfis epidemiológicos diferentes têm causas iguais para as perdas de eficiência.

Com estas sugestões, este trabalho espera oferecer novas perspectivas para abordagens distintas em estudos futuros. Além disso, espera que os gestores possam repensar suas políticas de investimento, buscando melhorar sua eficiência através da integração dos diversos profissionais de diferentes níveis hierárquicos, bem como consolidar a cultura da segurança do paciente enquanto instrumento da gestão da qualidade.

## REFERÊNCIAS

- AGARWAL, R.; SANDS, D. Z.; SCHNEIDER, J. D. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. Hospitals. **Journal of Healthcare Management**, Chicago, v. 55, n. 4, p. 265-281, 2010.
- AHA (AMERICAN HEART ASSOCIATION). **Destaques das diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE**, 2015. Disponível em: <<https://eccguidelines.heart.org/wp-content/uploads/2015/10/2015-AHA-Guidelines-HighlightsPortuguese.pdf>>. Acesso em: 10/11/2016.
- AHGREN, B.; AXELSSON, R. Evaluating integrated health care: A model for measurement. **International Journal of Integrated Care**, v. 5, n. 31, ago. 2005.
- AHIRE, S.L.; GOLHAR, D.Y.; WALLER, M.A. Development and validation of TQM implementation constructs. **Decision sciences**, v. 27, n. 1, p. 23-56, 1996.
- AHMADI-JAVID, A.; JALALI, Z.; KLASSEN, K.J. Outpatient appointment systems in healthcare: A review of optimization studies. **European Journal of Operational Research**, v. 258, n. 1, p. 3-34, 2017.
- AKMAL, A.H.; HASAN, M.; MARIAM, A. The incidence of complications of central venous catheters at an intensive care unit. **Annals of Thoracic Medicine**, v. 2, n. 2, p. 61-63, 2007.
- AKTOUF, O. Management, Éthique et reconnaissance de la “Ressource Humaine”. **Revista de Administração da FEAD-Minas**, v. 2, n. 2, p. 9-32, 2005.
- ALP, E.; DAMANI, N. Healthcare-associated infections in intensive care units: epidemiology and infection control in low-to-middle income countries. **The Journal of Infection in Developing Countries**, v. 9, n. 10, p. 1040-1045, 2015.
- ALP, E. *et al.* Evaluation of the effectiveness of an infection control program in adult intensive care units: A report from a middleincome country. **American Journal of Infection Control**, v. 42, p. 1056-1061, 2014.
- ANAHP (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS). 2017. Disponível em: <<http://anahp.com.br/produtos-anahp/observatorio/observatorio-2017>>. Acesso em: 21 jun. 2017.
- ANDREWS, L.B.; STOCKING, C.; KRIZEK, L; GOTTLIEB, L.; KRIZEK, C.; VARGISH, T.; *et al.* An alternative strategy for studying adverse events in medical care. **The Lancet**, v. 349, n. 9048, p. 309-313, 1997.
- ANDRITSOS, D.A.; TANG, C.S. Linking process quality and resource usage: an empirical analysis. **Production and Operations Management**, v. 23, n. 12, p. 2163–2177, dez. 2014.

ANTHONY, M.K.; VIDAL, K. Mindful communication: a novel approach to improving delegation and increasing patient safety. **Online Journal of Issues in Nursing**, v. 15, n. 2, 2010.

ARMISTEAD, C. G. Customer service and operations management in service businesses. **The service industries journal**, v. 9, n. 2, p. 247-260, 1989.

ARNOLD, E.; SILVA, N. Perceptions of organizational communication processes in quality management. **Revista de Psicologia**, v. 29, n. 1, 2011.

ARNOLD, R.S. *et al.* Emergence of Klebsiella pneumoniae Carbapenemase (KPC) -producing bacteria. **Southern Medical Journal**, v. 104, n. 1, p. 40-45, 2011.

BÄCKSTRÖM, I. On the relationship between sustainable health and quality management: Leadership and organizational behaviours from Swedish organizations. Doctoral thesis, Department of Engineering and Sustainable Development, Mid Sweden University, Östersund, 2009.

BAINBRIDGE, D. *et al.* Measuring healthcare integration: operationalization of a framework for a systems evaluation of paliative care structures, process, and outcomes. **Paliative Medicine**, v. 30, n. 6, p. 567-579, 2016.

BAKER, L.C.; BUNDORF, M.K.; KESSLER, D.P. Vertical Integration: Hospital Ownership Of Physician Practices Is Associated With Higher Prices And Spending. **Health Affairs**, v. 33, n.5, p. 756-763, 2014.

BAKER, S.E.; EDWARDS, R.; DOIDGE, M. How many qualitative interviews is enough?: Expert voices and early career reflections on sampling and cases in qualitative research. 2012. Disponível em: <[http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how\\_many\\_interviews.pdf](http://eprints.ncrm.ac.uk/2273/4/how_many_interviews.pdf)>. Acesso em: 05 maio 2017

BARBOSA, T.P.; OLIVEIRA, G.A.A.; LOPES, M.N.A.; *et al.* Práticas assistenciais para segurança do paciente em unidade de terapia intensiva. **Órgão Oficial de Divulgação Científica da Escola Paulista de Enfermagem da Universidade Federal de São Paulo**, v. 27, n. 3, p. 243-248, 2014.

BASS, B.M.; RIGGIO, R.E. **Transformational leadership**. Psychology Press, 2006.

BEN-ARYE, E.; POPPER-GIVEON, A.; SAMUELS, N.; *et al.* Communication and integration: a qualitative analysis of perspectives among Middle Eastern oncology healthcare professionals on the integration of complementary medicine in supportive cancer care. **Journal of cancer research and clinical oncology**, v. 142, n. 5, p. 1117-1126, 2016.

BERRY, L. L.; ZEITHAML, V.; PARASURAMAN, A. Quality counts in services, too. **Business Horizons**, v. 28, n. 3, p. 44-52, 1985.

BISEL, R.S.; MESSERSMITH, A.S.; KELLEY, K.M. Supervisor-subordinate communication: hierarchical mum effect meets organizational learning. **Journal of Business Communication**, v. 49, n. 2, p. 128-147, 2012.

BITTAR, O.J.N.V. Gestão de processos e certificação para a qualidade. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 1, p. 70-76, 2000.

BLEGEN, M.; VAUGHAN, T. A multi-site study of nurse staffing and patient occurrences. **Nurse Economics**, v. 16, n. 4, p. 196-203, 1998.

BLEGEN M.A.; GOODE C.J.; SPETZ J.; *et al.* Nurse staffing effects on patient outcomes: safety-net and non-safety-net hospitals. **Medical Care**, v. 49, n. 4, p. 406–414, 2011.

BLIDARU, D.M.A.; BLIDARU, G.R.A. Organizational communication forms and causes of disruption of organizational communication and their improvement. **Valahian Journal of Economic Studies**, v. 6, n. 1, p. 37-44, 2015.

BOEKHORST, J.A. The role of authentic leadership in fostering workplace inclusion: a social information processing perspective. **Human Resource Management**, v. 54, n. 2, p. 241-264, 2015.

BÖHME, T. *et al.* Squaring the circle of healthcare supplies. **Journal of Health Organization and Management**, v. 28, n. 2, p. 247-265, 2014.

BONACIM, C.A.G.; ARAUJO, A.M.P. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, sup. 1, p. 1055-1068, 2011.

BOYER, K.K.; GARDNER, J.W.; SCHWEIKHART, S. Process quality improvement: an examination of general vs. outcome-specific climate and practices in hospitals. **Journal of Operations Management**, Vol. 3 No. 4, pp. 325-339, 2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Boletim Informativo: Segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde nº 11, Ano VI. Avaliação dos indicadores nacionais de infecção relacionada à assistência ano de 2014 e relatório de progresso, 2015.** Disponível em: <<http://www20.anvisa.gov.br/segurancadopaciente/index.php/publicacoes/item/11-boletim-informativo-seguranca-do-paciente-e-qualidade-em-servicos-de-saude>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2616, de 12 de maio de 1998.** 1998. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616\\_12\\_05\\_1998.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1998/prt2616_12_05_1998.html)>. Acesso em: 10 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 312, de 02 de maio de 2002.** 2002. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao\\_censo.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/padronizacao_censo.pdf)>. Acesso em: 10 jul. 2016.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Processamento de roupas em serviços de saúde: prevenção e controle de riscos.** Brasília: Anvisa, 2009. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/processamento\\_roupas.pdf](http://www.anvisa.gov.br/servicosade/manuais/processamento_roupas.pdf)>. Acesso em: 27 dez. 2016.

BROWN, E.; KING, J. *The Double-Edged Sword of Health Care Integration: Consolidation and Cost Control.* **Indiana Law Journal**, v. 92, n. 1, p. 55-112, 2016.

BURCHARDI, H.; SCHNEIDER H. Economic Aspects of Severe Sepsis A Review of Intensive Care Unit Costs, Cost of Illness and Cost Effectiveness of Therapy **Pharmacoeconomics**, v. 22, n. 12, p. 793-813, 2004.

BURGESS JR., J. F. Innovation and efficiency in health care: does anyone really know what they mean?. **Health Systems**, v. 1, n. 1, p. 7-12, 2012.

BUZZEL, R.D.; GALE, B.T. **PIMS – o impacto das estratégias de mercado no resultado das empresas**. São Paulo: Livraria Editora Pioneira, 1991.

CALDERON, L.E.; KAVANAGH, K.T.; RICE, M.K. Questionable validity of the catheter-associated urinary tract infection metric used for value-based purchasing. **American Journal of Infection Control**, v. 43, n. 10, p. 1050-2, 2015.

CALL, M.L. *et al.* The dynamic nature of collective turnover and unit performance: the impact of time, quality, and replacements. **Academy of Management Journal**, v. 58, n. 4, p. 1208-1232, 2015.

CARVALHO, M. B.; MAGGIONI, A. F.; AMARAL, D. G.; SANTOS, M. M. O imaginário organizacional das relações interpessoais. **Caderno de Graduação-Ciências Humanas e Sociais-UNIT**, 2(3), 139-150, 2015.

CENNAMO, L.; GARDNER, D. Generational differences in work values, outcomes and person-organisation values fit. **Journal of Managerial Psychology**, v. 23, n. 8, p.891 – 906, 2008.

CHAKRABORTY, S.; DOBRZYKOWSKI, D.D. Examining value co-creation in healthcare purchasing: a supply chain view. **Business: Theory and Practice**, v. 15, n. 2, p. 179-190, 2014.

CHASE, Richard B.; APTE, Uday M. A history of research in service operations: What's the big idea? **Journal of Operations Management**, v. 25, n. 2, p. 375-386, 2007.

CHREIM, S.; LANGLEY, A.; COMEAU-VALLÉE, M.; *et al.* Leadership as boundary work in healthcare teams. **Leadership**, v. 9, n. 2, p. 201-228, 2013.

CONTANDRIOPOULOS, D.; BROUSSELLE, A.; DUBOIS, C.A.; *et al.* A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. **BMC health services research**, v. 15, n. 1, p. 78, 2015.

CONWAY, E.; MONKS, K. Change from below: the role of middle manager in mediating paradoxical change. **Human Resource Management Journal**, v. 21, n. 2, p. 190-203, 2011.

CORRIGAN, J. M. Crossing the quality chasm. In: **FANJIANG, G.; GROSSMAN, J. H.; COMPTON, W. D.; REID, P. P.** (Eds.). Building a better delivery system: a new engineering/health care partnership. National Academies Press, 2005.

CRESWELL, J.W.W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

CURRIE, V.L.; HARVEY, G. The use of care pathways as tools to support the implementation of evidence-based practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 14, n. 4, p. 311-324, 2000.

CURRY, L.A. *et al.* Organizational culture change in U.S. Hospitals: a mixed methods longitudinal intervention study. **Implementation Science**, v. 10, p. 29, 2015.

CURRY, N.; HAM, C. **Clinical and service integration**. The route to improve outcomes. London: The Kings Fund, 2010.

DAVENPORT, T.H.; PRUSAK, L. **Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual**. 7. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

DAVIS, P. *et al.* Efficiency, Effectiveness, Equity (E3). Evaluating Hospital Performance on Three Dimensions. **Health Policy**, v. 112, n. 1-2, p. 19-27, 2013.

DE WIT, M.E.; MARKS, C.M.; NATTERMAN, J.P.; *et al.* Supporting second victims of patient safety events: shouldn't these communications be covered by legal privilege? **The Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 41, n. 4, p. 852-858, 2013.

DOBRYKOWSKI, D.D.; McFADDEN, K.L.; VONDEREMBSE, M.A. Examining pathways to safety and financial performance in hospitals: a study of lean in professional service operations. **Journal of Operations Management**, v. 42, n. 39-51, p. 39-51, 2016.

DOBRYKOWSKI, D.D.; TARAFDAR, O.T.M. Understanding information exchange in healthcare operations: evidence from hospital and patients. **Journal of Operations Management**, v. 36, p. 2014-214, maio 2015.

DOELEMAN, H.J.; TEN HAVE, S.; AHAUS, K. The moderating role of leadership in the relation between management control and business excellence. **Total Quality Management**, v. 23, n. 5, 591-611, junho 2012.

DONALDSON, L. Teoria da contingência estrutural. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. **Handbook de Estudos Organizacionais: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais**. São Paulo: Atlas, v. 1, p. 106, 1999.

DRACH-ZAHAVY, A.; SOMECH, A. Linking task and goal interdependence to quality service: the role of the service climate. **Journal of Service Management**, v. 24, n. 2, p. 151-169, 2013.

DUFFIELD, C.; KEARIN, M.; LEONARD, J. The impact of hospital structure and restructuring on the nursing workforce. **Australian Journal of advanced Nursing**, v. 24, n. 3, p. 42-46, 2007.

DRUPSTEEN, J.; VAN DER VAART, T.; VAN DONK, D.P. Operational antecedents of integrated patient planning in hospitals. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 36, n. 8, p. 879-900, 2016b.

DUBEY, R.; GUNASEKARAN, A. Exploring soft TQM dimensions and their impact on firm performance: some exploratory empirical results. **International Journal of Production Research**, v. 53, n. 2, p. 371-382, 2015.

EASTON, G. S.; JARRELL, S. L. The effects of total quality management on corporate performance: an empirical investigation. **The Journal of Business**, v. 71, n. 2, p. 253-307, 1998.

EL-BANNA, M. Patient Discharge Time Improvement by Using the Six Sigma Approach: A Case Study. **Quality Engineering**, v. 25, n. 4, p. 401-417, out. 2013.

ELLIOTT, D.J.; YOUNG, R.S.; BRICE, J.; *et al.* Effect of hospitalist workload on the quality and efficiency of care. **JAMA Internal Medicine**, v. 174, n. 5, maio 2014.

FARR, M; CRESSEY, P. Understanding staff perspectives of quality in practice in healthcare. **BMC Health Service Research**, v. 15, n. 123, 2015.

FLOREA, N.V. Implementing a model of strategic communication to obtain organizational performance. **Revista Academiei Fortelor Terestre**, n. 3, p. 256-266, 2014.

FLEURY, M-J.; GRENIER, G.; VALLÉE, C.; *et al.* Implementation of Integrated Service Networks under the Quebec Mental Health Reform: Facilitators and Barriers associated with Different Territorial Profiles. **International Journal of Integrated Care**, v. 17, n. 1, p. 3, 2017.

FLEURY, M-J.; MERCIER, C. Integrated local networks as a model for organizing mental health services. **Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research**, v. 30, n. 1, p. 55-73, 2002.

FROEHLE, C.M. Commentaries to “The Vital Role of Operations Analysis in Improving Healthcare Delivery”. **Manufacturing & Service Operations Management**, v. 14, n. 4, p. 495-511, 2012.

FRY, M.M.; DACEY, C. Factors contributing to incidents in medication administration. Part 1. **British journal of nursing**, v. 16, n. 9, p. 556-559, 2007

GABA, D.M. Structural and organizational issues in safety: a comparison of health care to other high-hazard industries. **California Management Review**, v. 43, n. 1, p. 83-102, 2000.

GALLETTA, M. *et al.* Nurses well-being in intensive care units: study of factors promoting team commitment. **British Association of Critical Care Nurses**, v. 21, n. 3, 2014.

GILLIES, R.R.; SHORTELL, S.M.; YOUNG, G.J. Best practices in managing organized delivery systems. **Hospital & Health Administration**, v. 42, n. 3, p. 299–321, 1997.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOK, M. S.; SEZEN, B. Analyzing the ambiguous relationship between efficiency, quality and patient satisfaction in healthcare services: the case of public hospitals in Turkey. **Health policy**, v. 111, n. 3, p. 290-300, 2013.

GOWEN III, C.R. *et al.* Exploring the efficacy of healthcare quality practices, employee commitment, and employee control. **Journal of Operations Management**, v. 24, n. 6, p. 765-778, dez. 2006.

GRAVES, N. Economics and preventing hospital-acquired infection. **Emerging infectious diseases**, v. 10, n. 4, 2004.

GREGORI, D.; NAPOLITANO, G.; SCARINZI, C.; *et al.* Knowledge, practice and faith on Total Quality Management principles among workers in the Health Care System: evidence from an Italian investigation. **Journal of evaluation in clinical practice**, v. 15, n. 1, p. 69-75, 2009.

GRISAFFE, D.B.; VANMETER, R.; CHONKO, L.B. Serving firms for the benefit of others: preliminary evidence for a hierarchical conceptualization of servant leadership. **Personal Selling & Sales Management**, v. 36, n. 1, p. 40-58, 2016.

GREEN, L.V. The vital role of operations analysis in improving healthcare delivery. **Manufacturing & Service Operations Management**, v. 14, n. 4, p. 488-494, 2012.

HABERFELDE, M.; BECECARRE, D.; BUFFUM, M. Nurse-sensitive patient outcomes: an annotated bibliography. **Journal of Nursing Administration**, v. 35, n. 6, p. 293-299, 2005.

HAKONSSON, D.D. *et al.* On cooperative behavior in distributed teams: the influence of organizational design media, richness, social interaction, and interaction adaptation. **Frontiers in Psychology**, v. 7, art. 692, p. 1-11, 2016.

HALLEY, M.D. Integration from structural to functional. **Healthcare Financial Management**, v. 66, n. 6, p. 74-78, 2012.

HAW, C.; STUBBS, J.; DICKENS, G. L. Barriers to the reporting of medication administration errors and near misses: an interview study of nurses at a psychiatric hospital. **Journal of psychiatric and mental health nursing**, v. 21, n. 9, p. 797-805, 2014.

HAYFORD, T.B. The impact of hospital mergers on treatment intensity and health outcomes. **Health Services Research**, v. 47, n. 3, p. 1008-1029, 2012.

HEINEKE, J.; DAVIS, M. M. The emergence of service operations management as an academic discipline. **Journal of Operations Management**, v. 25, n. 2, p. 364-374, 2007.

HOLSTE, J.S.; FIELDS, D. Trust and tacit knowledge sharing and use. **Journal of Knowledge Management**, v. 14, n. 1, p. 128-140, 2010.

HUESCH, M.C. Are there always synergies between productive resources and resource deployment capabilities? **Strategic Management Journal**, v. 34, p. 1288-1313, 2013.

HUQ, Z.; MARTIN, T. N. Workforce cultural factors in TQM/CQI implementation in hospitals. **Health care management review**, v. 25, n. 3, p. 80-93, 2000.

HYNES, G.E. Improving employees' interpersonal communication competencies: a qualitative study. **Business Communication Quarterly**, v. 75, n. 4, p. 466-475, 2012.

JARAMILLO, F.; BANDE, B.; VARELA, I. Servant leadership and ethics: a dyadic examination of supervisor behaviors and salesperson perception. **Journal of Personal Selling & Sales Management**, v. 35, n. 2, p. 108-124, 2015.

JARRETT, M.P. Patient Safety and Leadership: Do You Walk the Walk? **Journal of Healthcare Management**, v. 62, n. 2, p. 88-92, 2017.

JONES, D.A.; DEVITA, M.A.; BELLOMO, R. Rapid-response teams. **New England Journal of Medicine**; v. 365, n. 2, p. 139-46, 2011.

JONES, M.K.; JONES, R.J; LATREILLE, P.L.; *et al.* Training, job satisfaction, and workplace performance in Britain: evidence from WERS 2004. **Labour: Review of Labour Economics & Industrial Relations**, v. 23, sup. 1, p. 139-175, 2009.

JUNG, M.; HONG, M.S. Positioning patient-perceived medical services to develop a marketing strategy. **Health Care Manager**, v. 31, n. 1, p. 52-61, jan. 2012.

KÆRNSTED, B.; BRAGADOTTIR, H. Delegation of registered nurses revisited: attitudes towards delegation and preparedness to delegate effectively. **Nordic Journal of Nursing Research & Clinical Studies**, v. 32, n. 1, p. 10–15, 2012.

KALKAN, A.; SANDBERG, J.; GARPENBY, P. Management by knowledge in practice – implementation of national healthcare guidelines in sweden. **Social Policy & Administration**, v. 49, n. 7, p. 911-927, dez. 2015.

KAMDAR, D.; VAN DYNE, L. The joint effects of personality and worplace social exchange relationships in predicting task performance and citizenship performance. **Journal of Applied Psychology**, v. 92, n. 5, p. 1286-1298, 2007.

KAPLAN, R.S. *et al.* Using time-driven activity-based costing to identify value improvement opportunities in healthcare. **Journal of Healthcare Mangement**, v. 59, n. 6, p. 399-412, nov./dez. 2014.

KAVANAGH, C. Medication governance: preventing errors and promoting patient safety. **British Journal of Nursing**, v. 26, n. 3, 2017.

KAYNAK, H. Linking Hospital Leadership, Healthcare Team Effectiveness and Patient Care Quality. In **Academy of Management Proceedings**, v. 2016, n. 1, p. 11165. Academy of Management, jan. 2016.

KIM, Y.H.; STING, F.J.; LOCH, C.H. Top-down, bottom-up, or both? Toward an integrative perspective on operations strategy formation. **Journal of Operations Management**, v. 32, p. 462-474, 2014.

KODNER, D.L. All together now: a conceptual exploration of integrated care. **Healthcare Quarterly** (Toronto, Ont.), v. 13, p. 6-15, 2008.

KUBILAY, Z. *et al.* Impact of hand hygiene to reduce transmission and/or infections by multi-drug resistant organisms in healthcare: a systematic review. In: **54th Interscience Conference**

on **Antimicrobial Agents and Chemotherapy (ICAAC) Congress**, 5th–9th September. Washington, DC. USA. Poster n. K-1680, 2014.

KUEI, C.; LU, M. H. Integrating quality management principles into sustainability management. **Total Quality Management & Business Excellence**, v. 24, n. 1-2, p. 62-78, 2013.

KUNKEL, S.; ROSENQVIST, U.; WESTERLING, R. Implementation strategies influence the structure, process and outcome of quality systems: an empirical study of hospital departments in Sweden. **Quality and Safety in Health Care**, v. 18, n. 1, p. 49-54, 2009.

LAGROSEN, Y.; BÄCKSTRÖM, I.; WIKLUND, H. A proposed approach for measuring health related quality management. **The TQM Journal**, v. 24, n. 1, p. 59–71, 2012.

LAM, C.K.; HUANG, X. The threshold effect of participative leadership and the role of leader information sharing. **Academy of Management Journal**, v. 58, n. 3, p. 836-855, 2015.

LASATER, K.B. Invisible economics of nursing: analysis of a hospital bill **through** a foucauldian perspective. **Nursing Philosophy**, v. 15, n. 3, p. 221-224, 2013.

LEANA, C.R.; BUREN III, H.J.V. Organizational social capital and employment practices. **Academy of Management Review**, v. 24, n. 3, p. 538-555, 1999.

LEATT, P.; PINK, G.H.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **Healthcare Papers**, v. 1, n. 2, p. 13–37, 2000.

LEE, J.Y.; SWINK, M.; PANDEJPONG, T. The roles of worker expertise, information sharing quality, and psychological safety in manufacturing process innovation: an intellectual capital perspective. **Production and Operations Management**, v. 20, n. 4, p. 556-570, jul./ago. 2011.

LELEU, H.; MOISES, J.; VALDMANIS, V. Optimal productive size of hospital's intensive care units. **International Journal of production economics**, v. 136, n. 2, p. 297-305, 2012.

LEONARD, M.; GRAHAM, S.; BONACUM, D. The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. **Quality & safety in health care**, v. 13, sup. 1, p. i85–i90, 2004.

LI, L.X.; BENTON, W.C.; LEONG, G. Keong. The impact of strategic operations management decisions on community hospital performance. **Journal of Operations Management**, v. 20, n. 4, p. 389-408, 2002.

LIA, H. Do it right this time: the role of employee service recovery performance in customer-perceived justice and customer loyalty after service failures. **Journal of Applied Psychology**, v. 92, n. 2, p. 475-489, 2007.

LILLRANK, P. Integration and coordination in healthcare: an operations management review. **Journal of Integrated Care**, v. 20, n. 1, p. 6-12, 2012.

LIM, S.C. *et al.* Factors causing delay in discharge of elderly patients in a acute care hospital. **ANNALS Academy of Medicine Singapore**, v. 35, n. 1, p. 27-32, 2006.

LIN, P. C.; WANG, J. L.; CHANG, S. Y.; YANG, F. M. Effectiveness of a discharge-planning pilot program for orthopedic patients in Taiwan. **International journal of nursing studies**, v. 42, n. 7, p. 723-731, 2005.

LO, Y.S. *et al.* Improving The Work Efficiency Of Healthcare-Associated Infection Surveillance Using Electronic Medical Records. **Comput Methods Programs Biomed**, v. 117, n. 2, p. 351-359, 2014.

LYNGSØ, A.M.; GODTFREDSSEN, N.S.; FRØLICH, A. Interorganisational Integration: Healthcare Professionals' Perspectives on Barriers and Facilitators within the Danish Healthcare System. **International Journal of Integrated Care**, v. 16, n. 1, 2016.

MAENHOUT, B.; VANHOUCKE, M. Analysing the nursing organizational structure and process from a scheduling perspective. **Health Care Management Science**, v. 16, n. 3, p. 177-196, 2013.

MAHDAVI, M.; MALMSTRÖM, T.; VAN DE KLUNDERT, J.; ELKHUIZEN, S.; VISSERS, J. Generic operational models in health service operations management: A systematic review. **Socio-Economic Planning Sciences**, 47(4), 271-280, 2013.

MANJUNATH, U. Core Issues in Defining Healthcare Quality. **Journal of Services Marketing**, v. 6, n. 4, p. 72-78, dez. 2008.

MARINHO, A. Hospitais universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência. Texto para Discussão. **IPEA**, 2001.

MATYSIEWICZ, J.; SMYCZEK, S. Knowledge transfer in the networks of international healthcare. **Review of Business**, v. 37, n. 1, p. 20, 2016.

McCLOSKEY, J. Nurse staffing and patient outcomes. **Nursing Outlook**, v. 46, p. 199-200, 1998.

McGUCKIN, M.; GOVEDNIK, J. A review of electronic hand hygiene monitoring. Considerations for hospital management in data collection, healthcare worker supervision, and patient perception. **Journal of Healthcare Management**, v. 60, n. 5, set./out. 2015.

McEVILY, B.; SODA, G.; TORTORIELLO, M. More formally: rediscovering the missing link between formal organizational and informal social structure. **The Academy of Management Annals**, v. 18, n.1, p. 299-345, 2014.

McFADDEN, K.L.; LEE, J.Y.; GOWEN III, C.R.; *et al.* Linking quality improvement practices to knowledge management capabilities. **The Quality Management Journal**, v. 21, n. 1, p. 42-58, 2014.

McKAY, N.; DEILY, M. Comparing high-and-low-performing hospitals under risk-adjusted excess mortality and cost inefficiency. **Health Care Management Review**, v. 30, n. 4, p. 347-60, 2005.

MEDEIROS, A.L.; SOUZA, A.C.F.; DE OLIVEIRA PAMPLONA, E. Mapeamento de processos: auxílio à melhoria de serviços na área de saúde. In: Seminário Empreende-Dorismo, Inovação E Engenharia Da Produção: Transformando Idéias Em Novos Negócios. **Anais**, Viçosa, MG, abr./maio 2009.

MEHMOOD, S; QADEER, F; AHMAD, A. Relationship between TQM Dimensions and Organizational Performance. **Pakistan Journal of Commerce & Social Sciences**, v. 8, n. 3, p. 662-679, dez. 2014.

MELLAT-PARAST, M. Supply Chain Quality Management: An Inter-organizational Learning Perspective. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 30, n. 5, p. 511-529, 2013.

MERKOW, R.P.; JU, M.H.; CHUNG, J.W.; *et al.* Underlying reasons associated with hospital readmission following surgery in the United States. **Journal of the American Medical Association**, v. 313, n. 5, p. 483-495, 2015.

METCALF, L.; BENN, S. Leadership for sustainability: an evolution of leadership ability. **Journal of Business Ethics**, v. 112, p. 369-384, 2013.

METTERS, R; MARUCHECK, A. Service management—academic issues and scholarly reflections from operations management researchers. **Decision Sciences**, v. 38, n. 2, p. 195-214, 2007.

MILES, M.B.; HUBERMAN, A.M. **Qualitative Data Analysis**. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

MITCHELL, B.G. *et al.* Length of stay and mortality associated with healthcare-associated urinary tract infections: a multi-state model. **Journal of Hospital Infection**, v. 93, p. 92-99, 2016.

MORELLO, R.T.; LOWTHIAN, J.A.; BARKER, A.L.; *et al.* Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review. **BMJ Quality & Safety**, v. 22, n. 1, p. 11-18, 2013.

MORENO, E.F.; SALGADO, P.M.; ORTIZ, D.A.C. The effect of knowledge-centered culture and social interaction on organization innovation: the mediating effect of knowledge management. **ESIC Marketing Economics and Business Journal**, v. 44, n. 2, p. 67-86, 2013.

MOSADEGHRAD, A.M. Healthcare service quality: Towards a broad definition. **International journal of health care quality assurance**, v. 26, n. 3, p. 203-219, 2013.

MOSADEGHRAD, A.M.; FERDOSI, M. Leadership, job satisfaction and organizational commitment in healthcare sector: Proposing and testing a model. **Materia socio-medica**, v. 25, n. 2, p. 121, 2013.

MUNECHIKA, M. *et al.* Quality management system for healthcare and its effectiveness. **Total Quality Management**, v. 25, n. 8, p. 889-896, 2014.

NAVARRO-ESPIGARES, J.L.; TORRES, E.H. Efficiency and quality in health services: a crucial link. **The Service Industries Journal**, v. 31, n. 3, p. 385-403, fev. 2011.

NEDYALKOV, A. Aspects of Operations Management of Services. In: **Annals of „Eftimie Murgu” University Resita, Economic Studies Fascicle**, p. 270-279, 2010.

NEW, P.W.; CAMERON, P.A.; OLVER, J.H; *et al.* Defining barriers to discharge from inpatient rehabilitation, classifying their causes, and proposed performance indicators for rehabilitation patient flow. **Archives of Physical Medicine and Rehabilitation**, v. 94, p. 201-8, 2013.

NEW, P.W.; McDOUGALL, K.E.; SCROGGIE, C.P.R. Improving discharge planning communication between hospitals and patients. **Internal Medicine Journal**, v. 46, n. 1, p. 57-62, jan. 2016.

NIEVA, V.F.; SORRA, J. Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. **Quality and Safety in Health Care**, v. 12, n. 2, p. 17-23, 2003.

NOVELLI, J.G.N. **Confiança interpessoal na sociedade de consumo: a perspectiva gerencial**. Tese (Doutorado em Administração). Universidade de São Paulo, USP, 2004.

NUTI, S.; DARAIIO, C.; SPERONI, C.; *et al.* Relationships between technical efficiency and the quality and costs of health care in Italy. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 23, n. 3, mar. 2011.

OAKLAND, J. Leadership and policy deployment: the backbone of TQM. **Total Quality Management & Business Excellence**, v. 22, n. 5, p. 517-534, 2011.

OSMO, A.A. Processo gerencial. In: GONZALO, V.N.; MALIK, A. M. (Eds). **Gestão em Saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

PALO, S.; PADHI, N. Measuring effectiveness of TQM training: an Indian study. **International Journal of Training and Development**, v. 7, n. 3, p. 203-216, 2003.

PARNABY, J.; TOWILL, D.R. Enabling innovation in healthcare delivery. **Health services management research**, v. 21, n. 3, p. 141-154, 2008.

PARUCH, J.L.; KO, C.Y.; BILIMORIA, K.Y. A case for improving measurement of intraoperative iatrogenic injuries. **Journal of the American Medical Association surgery**, v. 149, n. 9, p. 887-888, 2014.

PEARSON, S.D.; GOULART-FISHER, D.; LEE, T.H. Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. **Annals of Internal Medicine**, v. 123, n. 12, p. 941-948, 1995.

PEREIRA, F.G.F. *et al.* Caracterização das infecções relacionadas à assistência à saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva. **Vigilância sanitária em debate: sociedade, ciência & tecnologia**, v. 4, n. 1, p. 70-77, 2016.

PETRIGLIERI, G.; PETRIGLIERI, J.L. Can business schools humanize leadership? **Academy of Management Learning & Education**, v. 14, n. 4, p. 625-647, 2015.

PIERRO, A. *et al.* Bases of social power, leadership style, and organizational commitment. **International Journal of Psychology**, v. 48, n. 6, p. 1122-1134, 2013.

PINA, E. *et al.* Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 27-39, 2010.

PLASSE, M.J. Authentic Leadership Impact on Psychological Safety and Relationship Quality in the Acute Care Healthcare Setting. In: **Creating Healthy Work Environments 2017** (17-20 March). STTI, 2017.

PLOWMAN, R. *et al.* The rate and cost of hospital-acquired infections occurring in patients admitted to selected specialties of a district general hospital in England and the national burden imposed. **Journal Hospital Infection**, v. 47, p. 198-209, 2001.

PODSAKOFF, P.M. *et al.* Transformational leader behaviors and their effects on follower` trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behavior. **Leadership Quarterly**, v. 1, p. 107-142, 1990.

POLLACK, M.M.; KOCH, M.A. Association of outcomes with organizational characteristics of neonatal intensive care units. **Critical Care Medicine**, v. 31, n. 6, p. 1620-1629, 2003.

PONSIGNON, F.; SMART, A.; WILLIAMS, M.; *et al.* Healthcare experience quality: an empirical exploration using content analysis techniques. **Journal of Service Management**, v. 26, n. 3, p. 460-485, 2015.

PORTER-O'GRADY, T. A different age for leadership, part 1. **Journal of Nursing Administration**, v. 33, n. 10, p.105-110, 2003.

PRICE, L. *et al.* Toward improving the World Health Organization fifth moment for hand hygiene in the prevention of cross-infection. **American Journal of Infection Control**, v. 44, n. 6, p. 631-635, 2016.

PURCELL, J.; HUTCHINSONS, S. Front-line managers as agents in the high-performance causal chain: theory analysis and evidence. **Human Resource Management Journal**, v. 17, n. 1, p. 3-20, 2007.

QUAGLINI, S. Information and communication technology for process management in healthcare: a contribution to change the culture of blame. **Journal of Software Maintenance and Evolution: Research and Practice**, v. 22, n. 6-7, p. 435-448, 2010.

RAHMQVIST, M. *et al.* Direct health care costs and length of hospital stay related to health care-acquired infections in adult patients based on point prevalence measurements. **American Journal of Infection Control**, v. 44, n. 5, p. 500- 506, 2016.

RAFTER, N. *et al.* Adverse events in healthcare: learning from mistakes. **Quality Journal of Medicine**, v. 108, p. 273–277, 2015.

ROMERO, H.L. *et al.* Admission and capacity planning for the implementation of one-stop-shop in skin cancer treatment using simulation-based optimization. **Health Care Management Science**, v. 16, n. 1, p. 75-86, 2013.

RYAN, R.M.; DECI, E.L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. **The American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 68-78, 2000.  
SABELLA, A.; KASHOU, R.; OMRAN, O. Quality management practices and their relationship to organizational performance. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 34, n. 12, p. 1487-1505, 2014.

SANTOS, M.P.; ROSA, C.D.P. Auditoria de contas hospitalares: análise dos principais motivos de glosas em uma instituição privada. **Revista da Faculdade de Ciências Médicas de Sorocaba**, v. 15, n. 4, p. 125-132, 2013.

SCHMIDT, R.; GEISLER, S.; SPRECKELSEN, C. Decision support for hospital bed management using adaptable individual length of stay estimations and shared resources. **BMC Medical Informatics and Decision Making**, v. 13, n. 3, 2013.

SCHEIN, R.M. *et al.* Clinical antecedents to in-hospital cardiopulmonary arrest. **Chest**, v. 98, n. 6, p. 1388-1392, 1990.

SHENG, W.H. *et al.* Comparative impact of hospital-acquired infections on medical costs, length of hospital stay and outcome between community hospitals and medical centres. **Journal of Hospital Infection**, v. 59, p. 205-214, 2005.

SILVA, S.A. *et al.* Fatores de atraso na alta hospitalar em hospitais de ensino. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 314-321, 2014.

SINGER, S.J.; BURGERS, J.; FRIEDBERG, M.; ROSENTHAL, M. B.; LEAPE, L.; SCHNEIDER, E. Defining and measuring integrated patient care: promoting the next frontier in health care delivery. **Medical Care Research and Review**, v. 68, n. 1, p. 112-127, 2011.

SMITH, C. D.; SPACKMAN, T.; BROMMER, K.; STEWART, M. W.; VIZZINI, M., FRYE, J.; RUPP, W. C. Re-engineering the operating room using variability methodology to improve health care value. **Journal of the American College of Surgeons**, 216(4), 559-568, 2013.

SONNINO, R.E. Healthcare Leadership Development and Training: Progress and Pitfalls. **JMCN**, p. 17, 2016.

SOUZA, M.D.; NAKASATO M.A. Gastronomia hospitalar auxiliando na redução dos índices de desnutrição entre pacientes hospitalizados. **Mundo Saúde**, v. 35, n. 2, p. 208-14, 2011.

SPAHO, K. Organizational communication and conflict management. **Management**, v. 18, n. 1, p. 103-118, 2013.

STEIBER, A.; ALÄNGE, S. Do TQM principles need to change? Learning for a comparison to Google Inc. **Total Quality Management & Business Excellence**, v. 24, n. 1, p. 48–61, 2012.

STING, F.J.; LOCH, C.H. Implementing operations strategy: how vertical and horizontal coordination interact. **Production and Operations Management**, v. 25, n. 7, p. 1177-1193, jul. 2016.

STOLLER, J.K. Developing physician-leaders: a call to action. **Journal of General Internal Medicine**, v. 24, n. 7, p. 876-878, 2009.

SU, G.A. Collaborative approach to reduce healthcare-associated infections. **British Journal of Nursing**, v. 25, n. 11, 2016.

TANAKA, M.; LEE, J.; IKAI, H.; IMANAKA, Y. Development of efficiency indicators of operating room management for multi-institutional comparisons. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, 19(2), 335-341, 2013.

TANG, F.I.; SHEU, S.J.; YU, S.; *et al.* Nurses relate the contributing factors involved in medication errors. **Journal of Clinical Nursing**, v. 16, n. 3, p. 447-57, 2007.

TAYLOR, C. The use of clinical practice guidelines in determining standard of care. **Journal of Legal Medicine**, v. 35, p. 273-290, 2014.

TAYLOR, R.C. The role of message strategy in improving hand hygiene-compliance rates. **American Journal of Infection Control**, v. 43, p. 1166-1170, 2015.

TIBBS, S.M.; MOSS, J. Promoting teamwork and surgical optimization: combining teamsteps with a specialty team protocol. **Association of Operating Room Nurse Journal**, v. 100, n. 5, p. 477-88, 2014.

TEE, A. *et al.* Bench-to-bedside review: The MET syndrome--the challenges of researching and adopting medical emergency teams. **Critical Care**, v. 12, n. 1, p. 205, 2008.

TITLER, M.G.; *et al.* Cost of hospital care for older adults with heart failure: Medical, pharmaceutical, and nursing costs. **Health Services Research Journal**, v. 43, n. 2, p. 635-655, 2008.

TOWSEND, K.; LAWRENCE, S.A.; WILKINSON, A. The role of hospitals hr in shaping clinical performance: a holistic approach. **The International Journal of Human Resource Management**, v. 24, n. 16, p. 3062-3085, 2013.

TUCKER, A.L. An Empirical Study of System Improvement by Frontline Employees in Hospital Units. **Manufacturing & Service Operations Management**, v. 9, n. 4, 492-505, 2007.

TUCKER, A.L. The impact of operational failures on hospital nurses and their patients. **Journal of Operations Management**, v. 22, n. 2, p. 151–169, 2004.

TUCKER, A.L.; SINGER, S.J. The effectiveness of management-by-walking-around: a randomized field study. **Production and Operations Management**, v. 24, n. 2, p. 253-271, fev. 2015.

ULLSTRÖM, S.; SACHS, M. A.; HANSSON, J.; *et al.* Suffering in silence: a qualitative study of second victims of adverse events. **BMJ Quality & Safety**, v. 23, n. 4, p. 325-331, 2014.

VANAKI, Z., VAGHARSEYYEDIN, S.A. Organizational Commitment, Work Environment Conditions, and Life Satisfaction Among Iranian Nurses. **Nursing & Health Sciences**, v. 11, n. 4, p. 404-409, dez. 2009.

VINCENT, C. **Segurança do paciente: orientações para evitar eventos adversos**. São Caetano do Sul: Yendis Editora, 2009.

VOGUS T.J.; SUTCLIFFE K.M. The impact of safety organizing, trusted leadership, and care pathways on reported medication errors in hospital nursing units. **Medical Care**, 45, n. 10, p. 997-1002, 2007.

VOSS, C.; ROTH, A.V.; CHASE, R.B. Experience, service, operations strategy, and services as destinations: foundations and exploratory investigation. **Production and Operations Management**, v. 17, n. 3, p. 247-266, maio/jun. 2008.

VOSS, C.; TSIKRIKTSIS, N.; FROHLICH, M. Case research in operations management. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 195-219, 2002.

WAGNER, C.; GROENE, O.; THOMPSON, C. A.; *et al.* DUQuE quality management measures: associations between quality management at hospital and pathway levels. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, sup. 1, p. 66-73, 2014.

WANG, X.; MENG, Q.; BIRCH, S; *et al.* Coordination of care in the Chinese health systems: A gap analysis of service delivery from a provider perspective. **International Journal of Integrated Care**, v. 16, n. 6, 2016.

WARD, M.J. *et al.* The nature and necessity of operational flexibility in the emergency department. **Annals of Emergency Medicine**, v. 65, n. 2, p. 156-161, 2015.

WELLER, J.; BOYD, M.; CUMIN, D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. **Postgrad Medical Journal**, v. 90, p. 149-154, 2014.

WELTON, J. M. *et al.* Hospital nursing costs, billing, and reimbursement. **Nursing Economic**, v. 24, n. 5, p. 239-245, 2006.

WILEY, LF; MATTHEWS, GW. Health Care System Transformation and Integration: A Call to Action for Public Health. **Journal of Law, Medicine & Ethics**, v. 45, p. 94-97, 2017.

WILLUMSEN, E.; AHGREN, B.; ØDEGÅRD, A. A conceptual framework for assessing interorganizational integration and interprofessional collaboration. **Journal of Interprofessional Care**, v. 26, n. 3, p. 198-204, 2012.

WHEELER, D., STOLLER, J.K. Teamwork, Teambuilding, and Leadership in Respiratory and Healthcare. **Canadian Journal of Respiratory Therapy**, v. 47, p. 1, 2011.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **WHO guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge**. Clean care is safer care. Geneva: World Health Organization, 2009. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44102/1/9789241597906_eng.pdf)>. Acesso em: 05 nov. 2016.

WONG, C. A. Connecting nursing leadership and patient outcomes: state of the science. **Journal of nursing management**, v. 23, n. 3, p. 275-278, 2015.

WRIGHT, K. The role of nurses in medicine administration errors. **Nursing Standard**, v. 27, n. 44, p. 35-40, 2013.

XING, Y.; LI, L.; BI, Z.; *et al.* Operations research (OR) in service industries: a comprehensive review. **Systems Research and Behavioral Science**, v. 30, n. 3, p. 300-353, 2013.

YEE, R.; WY; G.; YUJUAN; Y.; *et al.* Being close or being happy? The relative impact of work relationship and job satisfaction on service quality. **International Journal of Production Economics**, v. 169, p. 391-400, 2015.

YIN, R.K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

YOON, J., KIM, M., SHIN, J. Confidence in delegation and leadership of registered nurses in long-term-care hospitals. **Journal of Nursing Management**, v. 24, p. 676-685, 2016.

ZHANG, R., FRY, M.J.; KRISHNAN, H. Efficiency and Equity in Healthcare: An Analysis of Resource Allocation Decisions in a Long-Term Home Care Setting. **INFOR: Information Systems And Operational Research**, v. 53, n. 3, 2015.

ZELNIK, M. *et al.* Quality management systems as a link between management and employees. **Total Quality Management**, v. 23, n. 1, p. 45-62, jan. 2012.

ZIGAN, K.A. Contingency approach to the strategic management of intangible resources. **Journal of General Management**, v. 38, n. 2, p. 79-99, 2013.

## **APÊNDICES**

## **APÊNDICE A – Entrevista com os gestores hospitalares, médicos e profissionais de enfermagem**

### **PERFIL DO GESTOR**

Área de Atuação –

Cargo –

Tempo de Trabalho na Empresa –

Idade –

Nº de funcionários sob sua coordenação –

### **Integração**

- De que forma os setores desta organização interagem uns com os outros para construir processos comuns?
- Você poderia descrever alguma situação na qual a relação entre profissionais diferentes foi mais efetiva para a melhoria de processos do que a relação formal entre os setores?
- Poderia mencionar situações vividas por você em que o bom relacionamento com outros profissionais facilitou a melhoria de processos?
- Pode me fornecer exemplos de alguma ação especial da organização para estimular a cooperação e integração dos profissionais?
- Quais são as principais barreiras para ocorrer a integração?

### **Eficiência**

- Poderia descrever o que entende por eficiência?
- Quais ações são realizadas para reduzir o número de atividades nos processos existentes?
- Você pode descrever ações que possibilitaram a redução de custos?
- Você pode descrever ações que preveniram gastos desnecessários?
- Qual é o grau de autonomia que os profissionais envolvidos diretamente nos processos possuem? Poderia descrever-me situações em que isto ocorreu?
- Quais são, na sua experiência, as principais barreiras para a obtenção de eficiência?
- (apenas para enfermeiras do setor e para o gestor administrativo). Qual é a média de permanência dos pacientes internados?
- Por favor, você pode descrever ações desenvolvidas para reduzir a média de permanência?
- (caso a resposta anterior contenha ações). Quantas destas ações ocorreram de forma integrada?
- (apenas para o Diretor Médico, as enfermeiras dos setores e do controle de infecção). Qual é a taxa média de infecções associadas?
- Por favor, você pode descrever ações desenvolvidas para reduzir o número de infecções associadas?
- (caso a resposta seja positiva). Quantas destas ações ocorreram de forma integrada?

### **Gestão da Qualidade**

- Poderia descrever o que entende por qualidade?
- Pode dar algum exemplo de atividade na qual se envolveu e que a busca pela gestão da qualidade era um objetivo importante?
- Qual integração você considera que seja mais efetiva na gestão da qualidade: a que ocorre

entre os setores ou aquela que ocorre diretamente entre os profissionais envolvidos? Pode me dar motivos que justifiquem a sua resposta?

- Quais são as principais barreiras na obtenção da gestão da qualidade?
- Você considera que gestão da qualidade e custo são dimensões excludentes?

## **Relacionamentos Interpessoais**

### **Comunicação Organizacional**

- De que forma a comunicação interfere na gestão da qualidade?
- Você poderia descrever situações nas quais os profissionais sentiram-se à vontade para discutir e opinar sobre os processos internos?
- Na comunicação, é normal haver ruídos que dificultem a compreensão. Normalmente, quais são fontes de ruídos que mais atrapalham o processo de comunicação?
- A discussão é estimulada como forma de se chegar a um consenso? Poderia mencionar eventos onde isto ocorreu e foram colhidas propostas capazes de melhorar processos?
- E quando algum processo se apresenta inadequado ou ultrapassado, você poderia descrever situações em que a discussão ocorreu naturalmente buscando sua melhoria?
- Você pode descrever situações nas quais os problemas de comunicação acabaram gerando reflexos negativos nos processos realizados?
- Poderia descrever situações nas quais a alta gestão deseja se comunicar com diversos profissionais e para isso envolve os gerentes intermediários (enfermeiras, nutricionistas, coordenadores) para facilitar a comunicação?

### **Liderança**

- De que forma a liderança interfere na gestão da qualidade?
- De que forma os líderes estimulam a integração entre os diversos profissionais do seu setor?
- Quando o Planejamento Estratégico é elaborado, os gestores intermediários são envolvidos na sua discussão? Caso ocorra, de que forma se dá essa participação?
- Ao receberem as metas estabelecidas no Planejamento Estratégico, de que forma os gestores intermediários as explicam aos demais membros de sua equipe?
- De que forma os líderes estimulam suas equipes a repensar processos e a gerar inovação?
- Poderia descrever situações em que o interesse individual de um dos profissionais envolvidos se sobrepôs ao interesse coletivo? Por exemplo, o profissional utilizou a sua posição hierárquica para alterar processos já estabelecidos?

### **Confiança**

- De que forma a confiança interfere na gestão da qualidade?
- De que forma o tempo de relacionamento influencia na construção da confiança?
- Para você, as ações anteriores de um indivíduo podem definir a sua reputação?
- Os erros são tratados como fonte de aprendizagem, como indicador para punição ou ambos?
- Poderia descrever situações em que a equipe se sentiu segura para fazer críticas aos processos e protocolos existentes?

Entrevista com o presidente da Federação das Santas Casas  
e dos hospitais beneficentes, filantrópicos e religiosos do Rio Grande do Sul

PERFIL DO GESTOR

Área de Atuação além da Federação –

Tempo de Trabalho na Organização –

- Os dados indicam que desde 2007, as despesas hospitalares só vêm aumentando, enquanto a receita por paciente vem diminuindo. Quais são os fatores que podem estar gerando isto?
- Os hospitais vivem um constante dilema em relação a custos e à gestão qualidade. É possível ter as duas coisas?
- De que forma os processos internos de uma organização hospitalar influenciam na sua eficiência?
- Dada a sua experiência tanto como gestor hospitalar quanto como Presidente da Federação, qual a forma de integração é capaz de gerar mais benefícios para a eficiência dos processos? É a integração setorial ou a integração entre os profissionais diretamente envolvidos nos processos? Por quê?
- Quais são, em sua opinião, os melhores indicadores para medir a eficiência em um hospital?
- Quais são as ações que podem auxiliar na melhoria destes indicadores que medem eficiência?
- Quais são os fatores que podem auxiliar na gestão da qualidade?
- A Federação desenvolve alguma ação que seja capaz de auxiliar os hospitais associados na melhoria da eficiência e na gestão da qualidade?

**APÊNDICE B – questionamentos sobre os processos assistenciais  
da UTI adulta e da unidade de internação cirúrgica.**

Processos assistenciais da UTI adulta e da unidade de internação cirúrgica.

<b>Higienização (Questionamentos ao gestor da Hotelaria)</b>
- Após a alta, quanto tempo a higienização leva para ser comunicada da necessidade de limpeza?
- Após comunicada, quanto tempo leva para iniciar a limpeza?
- Após iniciada, quanto leva para finalizá-la?
- Quem veste o leito após a limpeza terminal?
- Após finalizada, quanto tempo a higienização leva para comunicar à enfermagem e à central de leitos?
- Após finalizada, em caso de já haver demanda, quanto tempo leva para receber novo paciente?
<b>Equipes Assistenciais (Questionamentos ao Diretor Médico, Médicos UTI Cirurgião e Enfermeiras)</b>
- Existe um planejamento da Alta do Paciente?
- Há interação entre Médicos, Enfermagem, Nutricionistas e Fisioterapeutas para gerar ações que reduzam a média de permanência de cada paciente?
- Quanto tempo após a alta, o paciente leva para liberar o leito?
- Em caso de erros de medicação, médico e enfermeira são avisados para tomar as medidas corretivas?
- Em caso PCR, a enfermagem é capaz de iniciar as intervenções sem a presença do médico?
- Existe indicador de cancelamento de cirurgias por erro assistencial (alimentação fornecida ou medicação ministrada)? O pesquisador deve solicitar evidências.
- A enfermagem coloca os tecidos com secreção em saco próprio antes de colocar no <i>hamper</i> ?
<b>Exames – (Questionamento para Gestor da Recepção e Enfermeiras)</b>
- Quando o paciente vem à recepção para internar, trazendo solicitações de exames por imagem, ele é levado diretamente ao leito ou a recepção faz contato com o setor de imagens para realizá-lo imediatamente?
- Quanto tempo leva entre a solicitação do exame de pacientes internados e sua efetiva realização?
- Alguém fica responsável por verificar a agilidade na entrega dos resultados dos exames?
- Após a liberação dos resultados, quanto tempo leva a enfermagem para a comunicação ao médico?

- Quanto tempo o médico leva para tomar uma decisão quanto aos resultados do exame?
- No caso dos exames de diagnóstico por imagem, o horário agendado para pacientes internados é respeitado?

Fonte: Elaborado pelo autor.

## APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**Identificação do sujeito de pesquisa: (apenas as iniciais do sujeito entrevistado) \_\_\_\_\_**

**Identificação do local da pesquisa:** Hospital XXXXX – setores (higienização, hotelaria, central de leitos, CTIA, Unidade de Internação Traumatológica, Controle de Infecção, Diretoria Clínica)

Você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa “IDENTIFICAÇÃO DOS IMPACTOS DA RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DA QUALIDADE E A INTEGRAÇÃO SOBRE A EFICIÊNCIA DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE – UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS ”, sob responsabilidade do pesquisador Sérgio Almeida Migowski, do curso de Doutorado em Administração da UNISINOS.

Por favor, leia este documento com bastante atenção antes de assiná-lo. Peça orientação quantas vezes for necessário para esclarecer todas as suas dúvidas. A proposta deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) é explicar tudo sobre o estudo e solicitar a sua permissão para participar do mesmo.

### **Qual é o motivo e qual o objetivo deste estudo?**

Você está sendo convidado (a) a participar deste estudo porque possui um cargo de liderança e participa ativamente dos processos de seu setor.

O objetivo deste estudo é verificar a relação entre a integração e a gestão da qualidade e os impactos que esta relação causam na eficiência em um estudo multi-casos.

### **Descrição dos procedimentos do estudo:**

Aproximadamente mais 10 pessoas como você participarão do estudo.

Se você concordar em participar deste estudo, ele se constitui de uma entrevista semiestruturada, composta por perguntas acerca da integração entre os diferentes profissionais envolvidos e da importância da liderança, da confiança, da comunicação e da gestão da qualidade na melhoria da eficiência dos processos internos. Ela será gravada, analisada e comparada com as demais e você terá acesso a todo este material a qualquer tempo, sempre preservando a identidade de todos os que dela participaram. A duração do estudo é estimada em um encontro de duas horas.

**Quais são os possíveis efeitos colaterais, riscos e desconfortos que podem decorrer da participação no estudo?**

**Os participantes desta pesquisa poderão expor-se a riscos mínimos como: cansaço, desconforto pelo tempo gasto na resposta às perguntas, além de relembrar algumas sensações em função de situações desgastantes.**

**Quais são os possíveis benefícios de participar?**

Não há previsão de benefício imediato decorrente de sua participação neste estudo.

Entretanto há previsão que os resultados do estudo ajudem na compreensão de como funciona a integração organizacional, o que poderá permitir ganhos de eficiência e melhoria na qualidade de vida do trabalhador no futuro.

**Quais são os custos da participação no estudo?**

Você não terá despesas pessoais em qualquer fase deste estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

**Em caso de danos relacionados à pesquisa**

Em virtude de se tratar apenas de uma entrevista, não há possibilidade de causar quaisquer danos ao entrevistado. Além disto, está garantido o anonimato de todos os respondentes.

**E se eu desistir do estudo?**

Sua participação neste estudo é totalmente voluntária, ou seja, você somente participa se quiser. Você pode desistir da participação em qualquer momento, sem que isto acarrete em multa nem outra penalidade qualquer.

**Situações para encerramento precoce do estudo**

Se for verificada a necessidade de suspender, interromper ou cancelar o estudo antes do previsto por questões técnicas, os motivos para a descontinuação serão informados ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e o encerramento se dará apenas após autorização do CEP. Você será imediatamente informado em caso de descontinuação.

### **Novas Informações**

Quaisquer novas informações que possa afetar a sua segurança ou influenciar na sua decisão de continuar a participar do estudo serão fornecidas a você por escrito. Se você decidir continuar neste estudo, terá que assinar um novo (revisado) termo de consentimento informado para documentar seu conhecimento sobre novas informações.

### **Como meus dados pessoais serão utilizados?**

Todas as informações colhidas e/ou resultados serão analisados em caráter estritamente científico, mantendo-se a confidencialidade (segredo) de sua identidade a todo o momento, ou seja, em nenhum momento os dados que o identifique serão divulgados.

Seus dados serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão armazenados por cinco anos com o pesquisador, sendo eliminados ao final deste período.

Os resultados desta pesquisa serão disponibilizados para publicação, sendo seus resultados favoráveis ou não, contudo, sua identidade não será revelada nessas apresentações.

### **A quem eu devo procurar se precisar de mais informações ou de alguma ajuda?**

Em qualquer etapa do estudo você terá acesso aos profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. O responsável pelo estudo nesta instituição é o **Investigador Principal** – para casos de eventos adversos (telefone 24h) ou dúvidas: Sérgio Almeida Migowski que poderá ser encontrado pelo endereço eletrônico [sergiomigowski@gmail.com](mailto:sergiomigowski@gmail.com) ou pelo telefone (51) 9342 3382, podendo ligar a cobrar a qualquer hora do dia.

Em caso de dúvidas ou preocupações quanto aos seus direitos como participante deste estudo, o (a) senhor (a) pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) deste hospital, através do telefone (51) 3230-6087 em horário comercial ou pelo e-mail [cep@xxxxxx.com.br](mailto:cep@xxxxxx.com.br) do **Comitê de Ética em Pesquisa do XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX** – sob coordenação do XXXXXXXX, telefone XXXXXXXX – para questões sobre a pesquisa e sobre os direitos dos pacientes envolvidos ou sobre problemas decorrentes da pesquisa.

### **Declaração de consentimento**

Concordo em participar do estudo intitulado “IDENTIFICAÇÃO DOS IMPACTOS DA RELAÇÃO ENTRE A GESTÃO DA QUALIDADE E A INTEGRAÇÃO SOBRE A EFICIÊNCIA DE ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE – UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS ”

Ao assinar abaixo, você confirma que leu as afirmações contidas neste termo de consentimento, que foram explicados os procedimentos do estudo, que teve a oportunidade de fazer perguntas, que está satisfeito com as explicações fornecidas e que decidiu participar voluntariamente deste estudo.

Uma via será entregue a você e outra será arquivada pelo investigador principal.

\_\_\_\_\_  
Nome do Sujeito de Pesquisa (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Sujeito de Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Nome do Representante Legal (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Nome do Pesquisador (letra de forma)

\_\_\_\_\_  
Data

\_\_\_\_\_  
Assinatura e Carimbo do Pesquisador

## APÊNDICE D – Protocolo para o estudo de casos múltiplos

### 1. Introdução ao estudo de caso e finalidade do protocolo

Ao focar como unidade de estudo a relação entre a integração e a gestão da qualidade e nos impactos que esta relação causa na eficiência, o presente estudo espera contribuir para a melhoria da eficiência das organizações de saúde. Para tal, este estudo busca responder à pergunta de pesquisa: Como ocorre a relação entre a integração e a gestão da qualidade e quais são os impactos dessa relação na eficiência de organizações de saúde?

Diante disso, o objetivo geral deste estudo visa analisar a integração, gestão da qualidade e eficiência. A fim de operacionalizar esta pesquisa, foram estabelecidos os seguintes objetivos específicos: verificar como estão estruturados a integração, a eficiência, a gestão da qualidade e os relacionamentos interpessoais (liderança, confiança e comunicação); identificar possíveis barreiras à integração; e aprofundar o entendimento de como ocorre a relação entre a integração e a gestão da qualidade e as decorrências para a eficiência, no dia a dia, em diferentes contextos hospitalares.

As bases teóricas utilizadas para fundamentar os conceitos centrais que deram origem às questões elaboradas nas entrevistas, estão relacionadas no quadro abaixo:

AUTORES	CONCEITOS CENTRAIS	DIMENSÕES
Zhang; Fry; Krishnan, 2015; Elliott <i>et al.</i> , 2014; Parnaby; Towill, 2008; Schmidt; Geisler; Spreckelsen, 2013; Hayford, 2012; Lim <i>et al.</i> , 2006; Titler <i>et al.</i> , 2008; Silva <i>et al.</i> , 2014; New; Mcdougall; Scroggie, 2016; Rahmqvist <i>et al.</i> , 2016; Sheng <i>et al.</i> , 2005; Graves, 2004; Burchardi; Schneider, 2004; New <i>et al.</i> 2016	Eficiência	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Redução de Perdas</li> <li>• Redução de Esforços</li> <li>• Média de Permanência</li> <li>• Taxa de Infecções Associadas a CVC</li> <li>• Sobrecarga de Trabalho</li> <li>• Medição dos tempos de atendimento</li> <li>• Planejamento de Alta</li> </ul>
Lillrank, 2012; McEvily; Soda; Tortoriello, 2014; Kim; Sting; Loch, 2014; Sting; Loch, 2016; Curry <i>et al.</i> , 2015; Pierro <i>et al.</i> , 2013; Vanaki; Vagharseyyedin, 2009; Chakraborty; Dobrzykowski, 2014; Kodner, 2008; Curry; Ham, 2010; Lyngsø, Godtfredsen; Frølich, 2016; Ben-Arye <i>et al.</i> , 2016; Rafter <i>et al.</i> , 2015; Contandriopoulos <i>et al.</i> , 2015.	Integração	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ganhos Coletivos;</li> <li>• Comunicação;</li> <li>• Relacionamento;</li> <li>• Cooperação;</li> <li>• Interação;</li> <li>• Compartilhamento do Conhecimento</li> </ul>

Ahire, Golhar, Waller, 1996; Gregori <i>et al.</i> , 2007; Pollack; Koch, 2003; Huq; Martin, 2000; Oakland, 2011; Manjunath, 2008; Mosadeghrad, 2013; Kuei; Lu, 2013; Wright, 2013; Haw <i>et al.</i> , 2014; Mitchell <i>et al.</i> , 2016; Sickber-Bennet <i>et al.</i> , 2016;	Gestão da Qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definição;</li> <li>• Ambiente;</li> <li>• Relação Intersetorial;</li> <li>• Conhecimentos dos Indicadores;</li> <li>• Efetividade</li> </ul>
Relacionamentos Interpessoais,		
Hynes, 2012; Voss; Roth; Chase, 2008; Tibbs; Moss, 2014; Leonard; Graham; Bonacum, 2004; Galletta <i>et al.</i> , 2016; Bisel; Messersmith; Kelley, 2012; Blidaru; Blidaru, 2015	Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualidade da Comunicação;</li> <li>• Canais de Comunicação</li> <li>• Ruídos;</li> <li>• Estímulo à Discussão</li> </ul>
Sonnino, 2016; Porter-O'Grady, 2003; Mosadeghrad; Ferdosi, 2013; Wheeler, Stoller, 2011; Cennamo; Gardner, 2008; Currie; Harvey, 2000; Kaynak, 2016; Gowen III <i>et al.</i> , 2006; Wong, 2015; Blegen <i>et al.</i> , 2011; Vogus; Sutcliffe, 2007; Stoller, 2009; Jarrett, 2017; Metcalf; Benn, 2013; Lam; Huang, 2015; Huesch, 2013; Bass; Riggio, 2006; Jaramillo; Bande; Varela, 2015; Podsakoff <i>et al.</i> , 1990; Plasse, 2017	Liderança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Autonomia;</li> <li>• Comunicação;</li> <li>• Disponibilidade;</li> <li>• Cooperação;</li> <li>• Interlocação;</li> <li>• Metas Definidas;</li> <li>• Inovação</li> </ul>
Novelli, 2004; Yoon; Kim; Shin, 2016; Weller; Boyd; Cumin, 2014; Vogus; Sutcliffe, 2007; haw <i>et al.</i> , 2014; Tucker, 2004; Wright, 2013	Confiança	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tolerância aos Erros;</li> <li>• Tempo de Relacionamento;</li> <li>• Reputação;</li> <li>• Segurança nas Decisões;</li> <li>• Reciprocidade</li> </ul>

## 2. Procedimentos de coleta de dados

Serão visitadas 03 (três) organizações de saúde. Como critérios de inclusão, a obrigatoriedade de serem filantrópicas, de grande porte, já terem passado por processos de acreditação hospitalar e estarem localizadas no mesmo estado. Como as relações entre as organizações de saúde e o Ente Público variam de estado para estado, é importante observar este último critério. A filantropia significa que 60% de seus atendimentos são realizados pelo convênio SUS (Sistema Único de Saúde) e o porte aproxima as vantagens (ganhos de escala, poder de barganha) e desvantagens (custos fixos altos, dificuldades de controle) que o tamanho impõe a estas organizações. A acreditação hospitalar, por seu turno, implica na existência de relatórios analíticos elaborados por agentes externos que detalham conformidades e não

conformidades de cada uma das organizações, possibilitando o acesso a análises imparciais dos processos existentes em cada uma delas.

Além disso, como este estudo pretende oferecer contribuições empresariais, foram escolhidas duas organizações que atendem convênios público, privados e particulares na mesma estrutura física e uma organização que atende o convênio público em estruturas distintas aos demais convênios. Com isto, evita-se que a replicação dos resultados deste estudo limite-se a um só tipo de estrutura.

Em cada instituição, serão realizadas entrevistas semiestruturadas, a fim de se buscar as explicações para as relações entre a integração e a gestão da qualidade e os impactos desta relação sobre a eficiência. Desta forma, os seguintes profissionais serão contatados para a realização das entrevistas:

- O Gerente Administrativo;
- O Gerente de Enfermagem;
- O Diretor Clínico;
- Um Médico Intensivista, pertencente à UTI daquele hospital analisado;
- Um Médico Cirurgião;
- Enfermeira líder da UTI Adulta;
- Enfermeira líder da Unidade de Internação Adulta;
- A Coordenação do Controle de Infecção;
- A Coordenação de Hotelaria Hospitalar ou seu equivalente;
- A Supervisão do Setor de Higienização;
- A Supervisão da Central de Leitos ou seu equivalente.

Além destes profissionais, será entrevistado o Presidente da Federação das Santas Casas e dos Hospitais Benéficos, Filantrópicos e Religiosos do Rio Grande do Sul, a fim de buscar suas percepções e conhecimento sobre o assunto, uma vez que possui uma interação com diversas organizações de saúde. As entrevistas serão conduzidas da seguinte maneira:

	<b>Contato Inicial</b>	<b>Perguntas</b>	<b>Cuidados e Explicações Finais</b>
<b>Início da Entrevista</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apresentação do Pesquisador;</li> <li>- Explicação do Estudo;</li> <li>- Caracterização do contexto e sua finalidade;</li> <li>- Solicitação para uso do gravador;</li> <li>- Apresentação, explicação e justificativa do TCLE;</li> <li>- Coleta da assinatura no TCLE;</li> <li>- PERFIL DO GESTOR Área de Atuação – Cargo – Tempo de Trabalho na Empresa – Idade – Nº de funcionários sob sua coordenação –</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Constantes no Apêndice A, respeitando os conceitos centrais estabelecidos e os relacionamentos interpessoais (liderança, confiança, comunicação) e gestão da qualidade, consagrados no referencial teórico descrito no quadro anterior;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir o respeito pelos princípios éticos inerentes à investigação;</li> <li>- Observar reações emocionais, assim como a comunicação verbal e não verbal;</li> <li>- Criar condições, para que o respondente possa fornecer esclarecimentos adicionais;</li> <li>- Conceder ao entrevistado a oportunidade de fazer alguma referência, se assim o desejar, a algum assunto em particular;</li> <li>- Confirmar que o trabalho, após concluído, será entregue à organização hospitalar;</li> <li>- Agradecer a entrevista e o tempo cedido;</li> <li>- Concluir a entrevista.</li> </ul>

Durante as entrevistas, alguns processos serão questionados diretamente aos gestores responsáveis, a fim de coletar dados que auxiliem na análise da eficiência:

<b>Higienização (Questionamentos ao gestor da Hotelaria)</b>
- Após a alta, quanto tempo a higienização leva para ser comunicada da necessidade de limpeza?
- Após comunicada, quanto tempo leva para iniciar a limpeza?
- Após iniciada, quanto leva para finalizá-la?
- Quem veste o leito após a limpeza terminal?
- Após finalizada, quanto tempo a higienização leva para comunicar à enfermagem e à central de leitos?
- Após finalizada, em caso de já haver demanda, quanto tempo leva para receber novo paciente?
<b>Equipes Assistenciais (Questionamentos ao Diretor Médico, Médicos UTI Cirurgião e Enfermeiras)</b>
- Existe um planejamento da Alta do Paciente?
- Há interação entre Médicos, Enfermagem, Nutricionistas e Fisioterapeutas para gerar ações que reduzam a média de permanência de cada paciente?
- Quanto tempo após a alta, o paciente leva para liberar o leito?
- Em caso de erros de medicação, médico e enfermeira são avisados para tomar as medidas corretivas?

- Em caso PCR, a enfermagem é capaz de iniciar as intervenções sem a presença do médico?
- Existe indicador de cancelamento de cirurgias por erro assistencial (alimentação fornecida ou medicação ministrada)? O pesquisador deve solicitar evidências.
- A enfermagem coloca os tecidos com secreção em saco próprio antes de colocar no hamper?
<b>Exames – (Questionamento para Gestor da Recepção e Enfermeiras)</b>
- Quando o paciente vem à recepção para internar, trazendo solicitações de exames por imagem, ele é levado diretamente ao leito ou a recepção faz contato com o setor de imagens para realizá-lo imediatamente?
- Quanto tempo leva entre a solicitação do exame de pacientes internados e sua efetiva realização?
- Alguém fica responsável por verificar a agilidade na entrega dos resultados dos exames?
- Após a liberação dos resultados, quanto tempo leva a enfermagem para a comunicação ao médico?
- Quanto tempo o médico leva para tomar uma decisão quanto aos resultados do exame?
- No caso dos exames de diagnóstico por imagem, o horário agendado para pacientes internados é respeitado?

Após esta primeira etapa, serão coletados os dados referentes aos seguintes indicadores: a taxa de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), a taxa média de permanência e o indicador de higienização das mãos, se há planejamento de alta e se ocorre a separação por sujidade das roupas.

As infecções associadas ocorrem em pacientes hospitalizados por 48 horas ou mais (LO *et al.*, 2014), de forma que é influenciada pela taxa média de permanência (SCHMIDT; GEISLER; SPRECKELSEN, 2013; HAYFORD, 2012). Por outro lado, a taxa de incidência de infecção primária de corrente sanguínea associada a cateter venoso central (CVC), além de estar associada à média de permanência, também possibilita verificar se há eficiência nos processos que envolvem as práticas de manejo do paciente, o que inclui a higienização das mãos pela equipe assistencial (WHO, 2009). A incidência de CVC é um procedimento frequente em qualquer UTI. Ela possibilita a monitorização hemodinâmica, a manutenção de uma via de infusão de soluções e medicações, a nutrição parenteral, a hemodiálise e a coleta de amostras sanguíneas (AKMAL; HASAN; MARIAM, 2007).

A média de permanência abrange desde a qualidade da alimentação, o que pode evitar sua desnutrição (SOUZA; NAKASATO, 2011) até erros causados durante a higienização do leito ou pela prestação dos serviços pelos profissionais assistenciais (AGARWAL; SANDS; SCHNEIDER, 2010). O indicador da higienização de mãos é medido pelo consumo diário mínimo de solução alcoólica de 20 ml/paciente-dia (WHO, 2009).

Como se trata de uma pesquisa qualitativa, a limitação do número de entrevistas se deveu ao critério de saturação teórica e não por cálculo amostral estatístico. Neste estudo, será utilizada amostra de 20 a 30, conforme sugere Creswell (2010). Na técnica de saturação de dados, o pesquisador encerra as entrevistas quando novos sujeitos passam a fornecer informações semelhantes às já colhidas, com novas falas oferecendo acréscimos pouco significativos, tendo em vista os objetivos da pesquisa (BAKER, EDWARDS, DOIDGE, 2012).

### **3. Análise**

A abordagem qualitativa pode ser definida como um meio para explorar e entender o significado que os indivíduos ou grupos atribuem a um problema social ou humano. Os principais procedimentos qualitativos focam em amostragem intencional, coleta de dados abertos, análise de textos ou de imagens e interpretação pessoal dos achados, com o auxílio das anotações de campo após cada entrevista realizada pelo próprio pesquisador. A partir disso, o pesquisador poderá extrair a significação de suas pesquisas qualitativas, possibilitando a determinação do sentido das expressões linguísticas e o entendimento amplo dos resultados de sua pesquisa (CRESWELL, 2010).

Para tal, Creswell (2010) destaca que a análise de dados pode ser estruturada, seguindo um padrão de desenvolvimento de categorias abertas, a fim de selecionar uma categoria para ser o foco da teoria, sem que isto signifique que categorias adicionais deixem de ser exploradas. Após a identificação dos códigos, deverão ser anotados os padrões e os temas, contando-se as frequências dos códigos, observando-se a relação entre as variáveis, para que seja montada uma cadeia lógica de evidências. Ao final, serão realizados os contrastes e as comparações (MILES; HUBERMAN, 1994).

Diante disso, as entrevistas semiestruturadas deste estudo serão transcritas e, para possibilitar a criação de categorias, será utilizado o software NVivo versão 11, uma vez que programas de computador ajudam o pesquisador a localizar passagens ou segmentos comuns que se encaixem em um rótulo de código. Os softwares disponíveis para este tipo de análise proporcionam um meio de organizar hierarquicamente os códigos, de modo que unidades menores, como os códigos, possam ser incluídas em unidades maiores, como os temas. No NVivo, especificamente, o conceito dos códigos para filhos e pais ilustra dois níveis de abstração, auxiliando o pesquisador a construir níveis de análise e a ver a relação entre os dados brutos e os temas mais amplos (CRESWELL, 2010).

## APÊNDICE B – Ata apresentação banca



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS  
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação  
PPG em Administração

ATA DrAdm 05/2017

Aos vinte dias do mês de junho do ano de 2017, às 16h, na sala H07 302, no prédio da Escola de Gestão e Negócios, reuniu-se a Banca Examinadora composta pelos professores doutores Iuri Gavronski, Orientador e Presidente; Kleber Fossati Figueiredo, da COOPEAD; Miriam Borchardt, Rafael Teixeira e Diego Antônio Bittencourt Marconatto, da UNISINOS, com o objetivo de avaliar a Tese de Doutorado intitulada "IMPLEMENTAÇÃO CONJUNTA DA GESTÃO DA QUALIDADE E DO DESENVOLVIMENTO INTEGRADO DE PROCESSOS (DIP) PARA A MELHORIA DA EFICIÊNCIA DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES – UM ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS", apresentada pelo aluno Sergio Almeida Migowski, candidato ao título de Doutor em Administração. Salientado que o resultado da banca é de consenso entre os avaliadores. Porém, a Ata de Defesa é assinada pelos membros que participaram da sessão de forma presencial.

Após a arguição e defesa, a dissertação foi:

Aprovada                      ( ) Reprovada

Ocorreu alteração do título?  Não ( ) Sim. Qual? \_\_\_\_\_

As alterações sugeridas pela Banca Examinadora são as seguintes:

COMENTÁRIOS PROFERIDOS VERBALMENTE DURANTE A BANCA.

O aluno deverá apresentar a versão final do trabalho com as modificações propostas pela Banca Examinadora da Tese, no prazo máximo de 60 dias, mediante supervisão do Orientador. A emissão do diploma está condicionada a entrega da Versão Final da Tese.

São Leopoldo, 20 de junho de 2017.

Doutorando: Sergio Almeida Migowski

Orientador: Prof. Dr. Iuri Gavronski

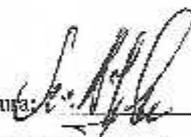
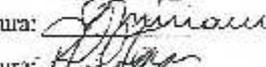
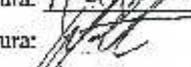
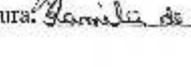
Membro: Prof. Dr. Kleber Fossati Figueiredo

Membro: Profa. Dra. Miriam Borchardt

Membro: Prof. Dr. Rafael Teixeira

Membro: Prof. Dr. Diego Antônio Bittencourt Marconatto

Secretária: Kamila de Matos

Assinatura:   
Assinatura:   
Assinatura:   
Assinatura:   
Assinatura:   
Assinatura: Kamila de Matos