

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Enfoques teóricos

KALINE THAÍS FERNANDES BARROS
ELÓI MARTINS SENHORAS
(organizadores)

EDITORA

2022

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Enfoques Teóricos

ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

Enfoques Teóricos

Kaline Thaís Fernandes Barros
Elói Martins Senhoras
(organizadores)

BOA VISTA/RR
2022

Editora IOLE

Todos os direitos reservados.
A reprodução não autorizada desta publicação, no todo ou em parte, constitui violação dos direitos autorais (Lei n. 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.



EXPEDIENTE

Revisão
Elói Martins Senhoras
Maria Sharlyany Marques Ramos

Capa
Alokike Gael Chloe Hounkonnou
Elói Martins Senhoras

Projeto Gráfico e Diagramação
Elói Martins Senhoras
Rita de Cássia de Oliveira Ferreira

Conselho Editorial
Abigail Pascoal dos Santos
Charles Pennaforte
Claudete de Castro Silva Vitte
Elói Martins Senhoras
Fabiano de Araújo Moreira
Julio Burdman
Marcos Antônio Fávaro Martins
Rozane Pereira Ignácio
Patrícia Nasser de Carvalho
Simone Rodrigues Batista Mendes
Vitor Stuart Gabriel de Pieri

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO-NA-PUBLICAÇÃO (CIP)

Ba4 BARROS, Kaline Thaís Fernandes; SENHORAS, Elói Martins (organizadores).

Administração Hospitalar: Enfoques Teóricos. Boa Vista: Editora IOLE, 2022, 191 p.

Série: Saúde. Editor: Elói Martins Senhoras.

ISBN: 978-65-998355-2-0
https://doi.org/10.5281/zenodo.7004341

1 - Administração Hospitalar. 2 - Gestão. 3 - Hospital. 4 - Teoria.
I - Título. II - Senhoras, Elói Martins. III - Saúde. IV - Série

CDD–650

A exatidão das informações, conceitos e opiniões é de exclusiva responsabilidade dos autores.



EDITORIAL

A editora IOLE tem o objetivo de divulgar a produção de trabalhos intelectuais que tenham qualidade e relevância social, científica ou didática em distintas áreas do conhecimento e direcionadas para um amplo público de leitores com diferentes interesses.

As publicações da editora IOLE têm o intuito de trazerem contribuições para o avanço da reflexão e da *práxis* em diferentes áreas do pensamento e para a consolidação de uma comunidade de autores comprometida com a pluralidade do pensamento e com uma crescente institucionalização dos debates.

O conteúdo produzido e divulgado neste livro é de inteira responsabilidade dos autores em termos de forma, correção e confiabilidade, não representando discurso oficial da editora IOLE, a qual é responsável exclusivamente pela editoração, publicação e divulgação da obra.

Concebido para ser um material com alta capilarização para seu potencial público leitor, o presente livro da editora IOLE é publicado nos formatos impresso e eletrônico a fim de propiciar a democratização do conhecimento por meio do livre acesso e divulgação das obras.

Prof. Dr. Elói Martins Senhoras

(Editor Chefe)

Copyright © Editora IOLE
2022

A era do empirismo na gestão hospitalar está com seus dias contados. As ferramentas administrativas e financeiras são cada vez mais necessárias.

R. R. Baumgartner

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO | 13

CAPÍTULO 1 |
Liderança e suas características: uma investigação na área hospitalar 15

CAPÍTULO 2 |
A cultura na administração hospitalar 55

CAPÍTULO 3 |
Análise sobre auditoria como ferramenta nos serviços de saúde 89

CAPÍTULO 4 |
Dificuldade na gestão de farmácia hospitalar 115

CAPÍTULO 5 |
Práticas de enfermagem para promover
a segurança do paciente em ambiente hospitalar 137

CAPÍTULO 6 |
Ferramentas de gestão de boas práticas de
Governança Corporativa no processo de faturamento hospitalar 159

SOBRE OS AUTORES | 183

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Em uma realidade permeada por crescentes complexidades e graves desafios próprios que caracterizam a rotina diária da Administração Hospitalar, lançar um livro de estudos nesta temática torna-se oportuno em língua portuguesa, justamente por preencher uma grave lacuna na literatura científica, e por corroborar para formação de uma agenda de reflexão e intervenção para planejamento e melhorias.

Neste sentido, o objetivo deste livro, intitulado "Administração Hospitalar: Enfoques Teóricos" foi reunir um conjunto diversificado de profissionais para discutirem de modo livre marcos teórico-conceituais e temas relevantes sobre a práxis da gestão hospitalar no Brasil, tendo como referência que a construção científica pode ser pautada por distintos paradigmas científicos e portanto na capacidade de promoção de diálogo e de extroversão de criticidade e pluralidade no pensamento .

Estruturado em seis capítulos, o presente livro apresenta uma instigante agenda de estudos sobre a Administração Hospitalar que foi construída de modo colaborativo entre os nove autores envolvidos na obra, a partir de três grandes eixos de aglutinação ou convergência temática das discussões, versando, respectivamente assuntos sobre Gestão de Processos; Gestão de Pessoas; bem como, Gestão Contábil e Financeira.

O livro contou com a colaboração de seis pesquisadoras e três pesquisadores oriundos de diferentes estados brasileiros e de instituições públicas e privadas, os quais compartilharam de suas experiências e *expertises* nas grandes áreas das Ciências da Saúde, Ciências Humanas e Ciências Sociais Aplicadas, propiciando assim um diálogo multidisciplinar sobre o campo de estudos da Administração Hospitalar.

A proposta implícita nesta obra tem no paradigma eclético o fundamento para a valorização da pluralidade teórica e metodológica, sendo este livro construído por meio de um trabalho coletivo de profissionais brasileiros, o que repercutiu em uma ímpar oportunidade para avançar o debate multidisciplinar e explorar as fronteiras do conhecimento sobre Administração Hospitalar.

A natureza exploratória, descritiva e explicativa dos estudos do presente livro combina distintas abordagens qualitativas, recortes teóricos e procedimentos metodológicos de levantamento e análise de dados, corroborando assim para a apresentação de uma genuína agenda eclética de estudos sobre a Administração Hospitalar que se pauta pelo rigor científico e por uma linguagem amplamente acessível a diferentes perfis de leitores.

Recomendada para um extenso número de leitores, a construção epistemológica apresentada neste trabalho coletivo traz relevantes reflexões sobre a Administração Hospitalar, as quais vão, potencialmente ao encontro do interesse, de tanto um público leigo não afeito a tecnicismos, quanto um público especializado de acadêmicos, profissionais da área de saúde e gestão, bem como de *policymakers* na temática.

Ótima leitura!

Dra. Kaline Thaís Fernandes Barros

Dr. Elói Martins Senhoras

(organizador)

CAPÍTULO 1

Liderança e suas Características:
Uma Investigação na Área Hospitalar

LIDERANÇA E SUAS CARACTERÍSTICAS: UMA INVESTIGAÇÃO NA ÁREA HOSPITALAR

Jorge Cunha

Mikael Firmo Pereira

Durante décadas, o termo liderança referiu-se às pessoas que ocupavam posições de gerenciamento no topo das organizações. No âmbito hospitalar, a questão da liderança é bastante complexa, pois as relações de identificação entre colaboradores, gestores e a organização são produzidas em vários contextos (VENDEMIATTI *et al*. 2007).

Este processo torna-se ainda mais interessante, quando se trata diretamente de líderes de instituições de saúde, pela múltipla quantidade de profissionais com as mais variadas especialidades e atribuições. E nesta área, quando se aborda a liderança, faz-se presente a administração na saúde, atividade de suma importância para toda e qualquer organização.

A administração hospitalar, segundo Fontinele Júnior (2008, p. 27):

> É o conjunto normativo dos princípios e funções que visam ao controle, a ordenação e a avaliação dos fatores de expressão de qualidade e excelência no processo e dos resultados do desempenho do pessoal do hospital, alicerçado pela ordenação dos fatores de produção e/ou de prestação de serviço.

O referido autor, ainda afirma, que a instituição de assistência à saúde, por conter vários setores e diversos serviços, sua administração se torna especialmente peculiar em relação às demais.

Conforme Roquete *et al.* (2015, p. 2), a área da saúde, possui tal complexidade, por ser composta por diversos profissionais com diferentes especialidades, logo exige líderes capazes de se comunicar com todos, compreender os objetivos institucionais e adaptar cada situação à estratégia organizacional. A liderança, por envolver diversos setores e departamentos, como foi dito anteriormente, está relacionada às mais variadas áreas e atividades da organização, compreendendo uma série de fatores que serão explanados mais adiante.

De fato, a liderança está ligada à qualidade, independente do processo, ela é essencial para a propulsão de resultados. Este fundamento, tal como a capacidade de entender as relações humanas em ambientes institucionais, possuem caráter primordial para o exercício das funções, as quais requerem tomadas de decisões constantes.

Armand Feigenbaum, foi um dos precursores do termo de controle da qualidade total, pois ele observou que níveis de qualidade melhores só eram possíveis com o trabalho em conjunto de todos os membros da organização, pois a responsabilidade concerne a sua totalidade (WOOD JUNIOR; URDAN, 1994).

O conhecimento é outro fator interessante e indispensável para todo líder hospitalar, que basicamente tem a função de proporcionar mudanças, alterações de paradigmas e crenças. Diante de todas estas percepções, os líderes ou coordenadores devem organizar a equipe ao qual conduzem, com o objetivo de trabalhar como um "complexo cooperativo", utilizando habilidades técnicas e motivacionais para fomentar o engajamento de todos. Sendo assim,

torna-se evidente a importância destes fatores para a integralização dos processos organizacionais, em conformidade com a liderança.

A liderança é um dos temas mais discutidos da atualidade, sendo foco de uma infinidade de pesquisas provenientes de diferentes áreas do conhecimento. Vários pesquisadores, como será discutido durante a pesquisa, empenharam-se em estudos para demonstrar uma compreensão definitiva acerca do tema. Porém, o que é consentido, dentre os autores, é a afirmação de que a liderança ganha cada vez mais espaço em estudos relacionados ao contexto organizacional (OLIVEIRA; DELFINO, 2013).

O processo de liderar, por ser um exercício dinâmico e orgânico, pelo fato de circundar pessoas, suas relações e interações, necessita de constantes mudanças e aperfeiçoamentos. Tendo isso em vista, todo líder hospitalar, que entende o seu papel no direcionamento das atividades, deve conhecer e se apropriar das características de liderança.

Nesta perspectiva, o líder disciplinado e organizado pode formular novas técnicas e estilos de gerenciamento, novas formas de comunicação com os liderados, bem como levar os mesmos a motivação e atingimento de objetivos. De fato, é de suma importância que o líder hospitalar saiba identificar as competências essenciais à preparação e/ou atualização profissional, com o objetivo de melhorar, não somente o seu desempenho, mas também de todos os indivíduos envolvidos na organização.

Segundo Malagón-Londoño *et al*. (2010, p. 432), para os sujeitos que desejam ingressar no universo da administração hospitalar, é aconselhável que tenham o conhecimento das características do perfil profissional contemporâneo, sendo que o próprio autor considera tais atributos "convenientes" para os que pretendem se aventurar nesta área, a fim de torná-los mais competentes.

A partir das concepções e dos princípios empregados, estes profissionais poderão promover mudanças construtivas para o seu grupo e praticar a boa liderança, que levará a diversos benefícios, como aumento do conhecimento técnico, maior qualidade dos serviços prestados, desenvolvimento mais rico da comunicação, aumento da confiança, entre outros.

Diante deste contexto, apresenta-se como questão a ser pesquisada - quais os principais conceitos e características da liderança em ambientes hospitalares, retratadas na literatura no período de 2016-2020? E como objetivos procura-se descrever as principais características da liderança em ambientes hospitalares, apresentando uma análise bibliográfica descritiva da literatura de liderança, identificando os principais conceitos de liderança, evidenciados nas publicações e pontando as principais características de liderança.

LÍDER E ADMINISTRADOR HOSPITALAR

No universo hospitalar não poderia faltar a figura do administrador hospitalar, aliás, estas funções tendem a estar ligadas e até mesmo integradas a um único profissional. Logo é importante compreender a definição de administração, para perceber a figura do administrador hospitalar, juntamente com a do líder.

A administração hospitalar propõe geralmente “coordenar e normatizar seu meio laboral e institucional” (FONTINELE JÚNIOR, 2008, p. 27). Porém, a saúde, mais especificamente as instituições hospitalares, contam com diversos setores e profissionais que de certa forma prestam diferentes serviços e, estas características delimitam a diferença em relação às demais áreas da administração.

"A liderança é necessária em todos os tipos de organização humana (...) ela é essencial em todas as funções da administração: o administrador precisa conhecer a natureza humana e saber conduzir as pessoas, isto é liderar" (CHIAVENATTO, 2003, p. 122).

As organizações do setor de saúde podem ser compreendidas como instituições com uma estrutura complexa e que exigem muita competência dos gestores, pelo fato de haver características específicas que as diferem de outras organizações, sendo apontada como uma das estruturas organizacionais mais complicadas para se administrar (DRUCKER, 1999, *apud* MACÊDO, 2016, p. 39).

Para compreender as distinções, Fontinele Júnior, (2008, p. 27), contribui afirmando que a administração hospitalar, durante um longo período, foi considerada "como uma qualquer que pudesse ser executada por qualquer administrador sem conhecimentos específicos de sua natureza". Em contrapartida, as organizações começaram a corrigir esta ponderação, quando perceberam que:

> não deve existir preferência por esta ou aquela profissão para o exercício da administração hospitalar;
>
> deve-se buscar um administrador com perfil realizador e não sonhador;
>
> deve-se, preferencialmente, optar por um profissional com várias formações ou com uma formação e várias pós-graduações em áreas afins com a instituição;
>
> deve-se buscar um profissional aberto às mudanças e crente na valorização profissional enquanto alavanca da excelência e qualidade nos serviços. (FONTINELE JÚNIOR, 2008, p. 27).

Não obstante, Costa (2018, p. 17) reconhece a responsabilidade deste profissional, relacionando-a com o líder.

> o desafio principal do Administrador Hospitalar é propiciar uma liderança capaz de promover as ideais e mudanças necessárias para se chegar aos objetivos desejados. Deverá ser um motivador e conselheiro de sua equipe no ambiente da estrutura hospitalar.

Grohmann *et al.* (2012, p. 211), destaca a importância e necessidade deste e de outros profissionais no sistema de saúde. Salienta que, são responsáveis pela produtividade e pelos resultados obtidos, utilizando-se de suas capacidades e conhecimentos para desempenhar eficientemente as atividades. Em muitos casos, atuam como incentivadores para com a equipe profissional, desempenhando papéis que variam desde a parte operacional propriamente dita, como a administrativa, até a do cuidado com o paciente, precedendo e sucedendo os serviços assistenciais.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A presente pesquisa é baseada na abordagem qualitativa, devido a análise realizada dos materiais presentes nos estudos referenciados, voltada para os estilos e características da liderança. Segundo TRIVINOS (1987, p. 119), “muitas pesquisas de natureza qualitativa não precisam apoiar-se na informação estatística. Isto não significa que sejam especulativas. Elas têm um tipo de objetividade e de validade conceitual”.

Em relação aos procedimentos, concerne a uma revisão bibliográfica, sendo delimitada às produções científicas do ano de

2016 a 2020, com o intuito de identificar e reunir os principais conceitos e características acerca do tema.

A operacionalização da pesquisa se deu pela busca das principais características e conceitos da liderança no contexto hospitalar, por meio da literatura disponibilizada na base de dados *Web of Science (WoS)*, seguindo os filtros necessários para recortes cronológicos, áreas de estudos, tipos de publicações e outras restrições necessárias a coleta de dados.

Foram utilizados como critérios de inclusão os artigos publicados na plataforma *Web of Science (WoS)*, no intervalo de tempo de 2016-2020. Que tenha no título, no resumo ou nas palavras-chave, os descritores: ***Leader**** and ***Hospital**** and ***Health****. Classificados, dentro das categorias: *management* (gestão) e *business* (negócios). O tipo de publicação corresponde somente artigos, sendo de acesso aberto.

Inicialmente foi realizada a leitura dos resumos dos artigos e os que apresentaram relação direta com o tema desta pesquisa foram separados para leitura da versão completa. Os que não apresentaram relação direta com o tema foram excluídos. Os dados são apresentados por meio de quadros que descrevem as propriedades mencionadas acima, a fim de visualizar o contexto geral das pesquisas analisadas.

ANÁLISE E RESULTADOS

Neste tópico, serão apresentadas todas as etapas percorridas desde a coleta na base de dados, análise e reflexão, até a apresentação destas informações por meio de figura e quadros. Será discriminada a forma com que se realizou a pesquisa, a importância da base de

dados utilizada, bem como os resultados obtidos das pesquisas científicas.

Coleta na base de dados

A base de dados utilizada foi a *Web of Science (WoS)*, base de abrangência internacional, apropriada pela oportunidade de enriquecimento da pesquisa com a visão de diversos autores de diferentes países, por conseguinte, diversas culturas e contextos. Os descritores escolhidos determinaram a abrangência da pesquisa bem como seu aporte teórico. Os artigos elencados foram publicados entre 2016 e 2020, classificados nas categorias: *management* (gestão) e *business* (negócios).

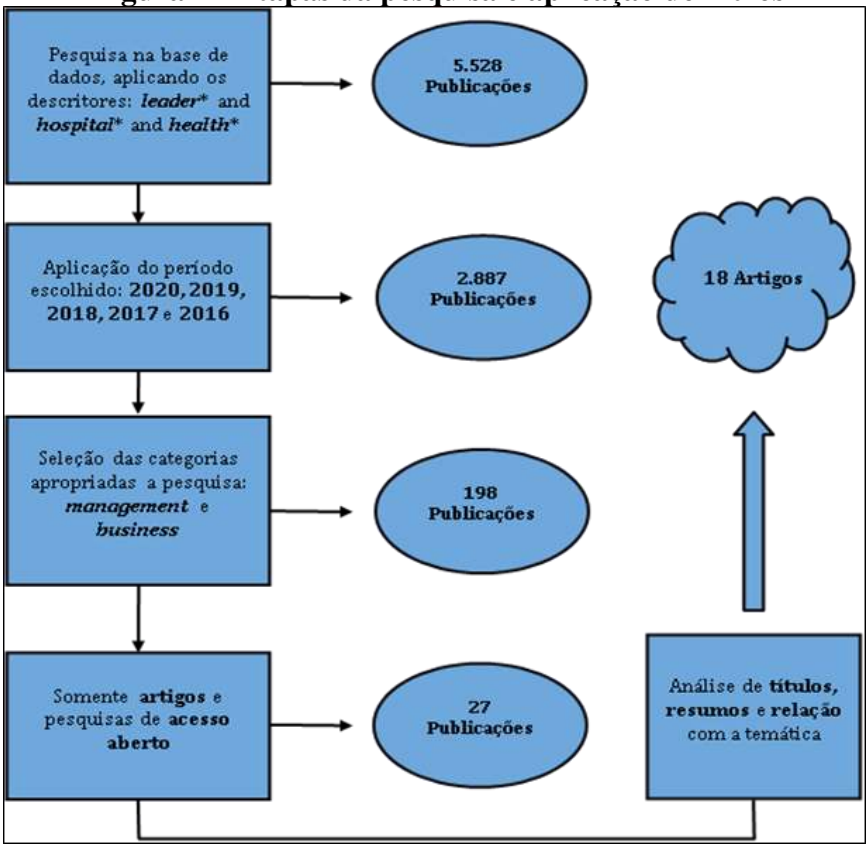
No fluxograma a seguir (figura 1) é possível observar a quantidade de pesquisas levantadas na base de dados, bem como a quantidade de pesquisas publicadas, em relação ao período. Também há a aplicação dos descritores e filtros de pesquisa, que levantaram os artigos relevantes para a elaboração deste trabalho. Aliás, foi apropriado dois tipos de operadores, os booleanos ou lógicos e os de truncagem. O Primeiro, consiste em "combinar ou excluir termos, como palavras-chave, levando a resultados mais precisos em buscas" (INPI, 2017, p. 2017).

Então, contempla os seguintes termos, todos com interseção do operador AND: ***Leader**** AND ***Hospital**** AND ***Health****. O segundo, foi apropriado os operadores de truncagem, aplicando-o à direita dos descritores escolhidos, o que "permite ampliar a busca para termos além da raiz da palavra" (INPI, 2017, p. 2017).

Os descritores utilizados para filtrar a pesquisa foram:

- ***Leader**** = *leader* (líder); *leadership* (liderança); *leaders* (líderes);
- ***Hospital**** = *hospital* (hospital); *hospitalization* (hospitalização); *hospitality* (hospitalidade); *hospitalized* (hospitalizado);
- ***Health**** = *health* (saúde), *healthy* (saudável), *healthcare* (cuidados de saúde).

Figura 1 - Etapas da pesquisa e aplicação de filtros



Fonte: Elaboração própria.

Conforme apresentado na figura 1, a pesquisa iniciou com um conjunto de 5.528 publicações na primeira busca. A partir da utilização de filtros por período, categorias (áreas), somente artigos com acesso aberto para leitura, a busca reduziu para 27 publicações. Com a leitura destes artigos foram eleitos para compor o portfólio final 18 artigos.

O quadro 1, a seguir, apresenta o elenco completo dos artigos elegíveis para análise. São dispostos e apresentados em ordem de artigos mais citados.

Os resumos dos artigos, declaram de forma objetiva a sua abordagem. De forma geral, todos estão voltados para o estudo da liderança, ou seja, abordam suas características e a figura do líder dentro de determinados ambientes de saúde. Cada pesquisa propõe ambientes, situações e atores específicos, mas reúnem de certa forma concepções e conhecimentos comuns a respeito da liderança.

A partir dos dezoito artigos obtidos, pode-se visualizar a quantidade que cada artigo foi citado em outras pesquisas e artigos científicos, ou seja, o número de vezes que foram referenciados por outros autores. Tendo isso em vista, é possível identificar a relevância e a importância que cada estudo possui em relação à temática.

Quadro 1 – Síntese dos artigos

Nº	Autores	Título	Nº Cit.	Ano Pub.	Periódico	País dos Autores	Universidade dos Autores	Resumo
1	Shipton, H; Sanders, K; Atkinson, C; Frenkel, S	Sense-giving in health care: the relationship between the HR roles of line managers and employee commitment	21	2016	Human Resource Management Journal	Reino Unido, Austrália	Nottingham Trent University; Australian School of Business, MMU Business School	Examinam a priorização dos papéis de RH dos gerentes de linha e as consequências para o comprometimento dos funcionários em um ambiente de saúde.
2	Al-Yami, M; Galdas, P; Watson, R	Leadership style and organisational commitment among nursing staff in Saudi Arabia	6	2018	Journal of Nursing Management	Reino Unido	University of York, University of Hull; Ministry of Health, Riyadh	Analisam a relação entre estilos de liderança dos gerentes de enfermagem e o compromisso organizacional. Abordam a liderança Transformacional e fatores como influência e gerenciamento de equipe.
3	Mousa, M; Massoud, HK; Ayoubi, RM	Gender, diversity management perceptions, workplace happiness and organisational citizenship behaviour	5	2020	Employee Relations	Marrocos, Síria	WSB University, Coventry University, Cardiff Metropolitan University	Analisam as percepções das mulheres acerca da gestão, da diversidade e da felicidade no ambiente de trabalho, comparando às perspectivas dos homens.
4	Baloh, J; Zhu, X; Ward, MM	Implementing team huddles in small rural hospitals: How does the Kotter model of change apply?	5	2018	Journal of Nursing Management	Estados Unidos	University of Iowa	Analisam o modelo de kotler de mudança e sua contribuição na incorporação de reuniões de equipe. Aplicam este modelo para gerentes e líderes de hospitais para melhores resultados.

5	Soban, LM; Kim, L; Yuan, AH; Miltner, RS	Organisational strategies to implement hospital pressure ulcer prevention programmes: findings from a national survey	5	2017	Journal of Nursing Management	Estados Unidos	University of California; University of Alabama	Analisam a operacionalização de estratégias organizacionais para apoiar a implementação de programas de prevenção de úlceras de pressão em hospitais.
6	Kurd, P; Medeni, T; Medeni, T; Sagsan, M	Effects of occupational commitment on corporate reputation: An empirical test for a hospital case in North Cyprus	3	2017	International Journal of Organizational Leadership	Turquia, Chipre	Near East University; Yıldırım Beyazıt University	Analisam o comprometimento e reputação corporativa da equipe de saúde. Examinam os efeitos no ambiente social e nos negócios, no desempenho do produto e na visão de liderança.
7	Chae, D; Park, Y	Organisational cultural competence needed to care for foreign patients: A focus on nursing management	2	2018	Journal of Nursing Management	Coreia do Sul	University Gwangju; Wonkwang University	Analisam o nível organizacional para atendimento a pacientes estrangeiros. Verificam o gerenciamento de enfermagem, a presença da liderança e o ambiente de trabalho.
8	Skinner, N; Van Dijk, P; Stothard, C; Fein, EC	It breaks your soul: An in-depth exploration of workplace injustice in nursing	2	2018	Journal of Nursing Management	Austrália	University of South Australia; University of Southern Queensland	Analisam os impactos da injustiça no bem estar de enfermeiros. Apontam para um envolvimento dos gerentes em conversas regulares com os funcionários e desenvolvimento da liderança.
9	Martin, G; Bushfield, S; Siebert, S; Howieson, B	Changing Logics in Healthcare and Their Effects on the Identity Motives and Identity Work of Doctors	1	2020	Organization Studies	Reino Unido	University of Dundee; Edinburgh Napier University; University of Glasgow	Analisam a mudança de lógicas institucionais em relação a alteração da identidade dos médicos e a visualização da presença de profissionais tradicionalistas, junto à liderança.

10	Rajesh, JI; Prikshat, V; Shum, P; Suganthi, L	Follower emotional intelligence A mediator between transformational leadership and follower outcomes	1	2019	Personnel Review	Austrália, Reino Unido, Índia	University of South Australia; Cardiff Metropolitan University; Western Sydney University; Anna University	Analisam os impactos da liderança transformacional sobre a inteligência emocional do seguidor, além de sua relação com a satisfação, crescimento e desenvolvimento.
11	Sarto, F; Veronesi, G; Kirkpatrick, I	Organizing professionals and their impact on performance: the case of public health doctors in the Italian SSN	1	2018	Public Management Review	Reino Unido, Itália;	University of Naples; University of Bristol; Warwick Business School	Analisam o impacto que os gerentes generalistas e híbridos proporcionam no desempenho das organizações públicas de saúde.
12	Kvist, T; Voutilainen, A; Eneh, V; Mantynen, R; Vehvilainen-Julkunen, K	The self-organizing map clustered registered nurses' evaluations of their nurse leaders	1	2019	Journal of Nursing Management	Finlândia	University of Eastern Finland; Kuopio University Hospital	Analisam as percepções de enfermeiros em relação às qualidades da liderança transformacional dos líderes. Identificam pontos positivos e negativos.
13	Gottlieb, T; Gotzsche-Astrup, O	The predictive validity of charge nurse personality on objective and subjective performance of subordinates	1	2019	Journal of Nursing Management	Dinamarca	Roskilde University; Frederiksberg Hospitaler; Aarhus University	Analisam as personalidades presentes nas enfermeiras para a aplicação de uma liderança eficaz. Examinam testes de personalidade para recrutar melhores líderes.

14	Baesso, MF; Lopes, GSC; Morais, DP; Rodrigues, A	The charismatic leadership in health organizations in the south of Santa Catarina	1	2017	Navus-revista de gestão e tecnologia	Brasil	Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC); Universidade do Vale do Itajai (UNIVALI)	Analisam o nível de liderança carismática em profissionais que ocupam cargos de gestão em organizações de saúde do sul de Santa Catarina.
15	Ahmad, MS; Iqbal, F; Siddique, R; Abbas, S; Fakhr, Z	Responsible leadership and workplace deviant behaviour: modelling trust and turnover intention as mediator	0	2020	Leadership & Organization Development Journal	Reino Unido, Paquistão	London Metropolitan University; COMSATS University Islamabad	Analisam o papel mediador da confiança e da intenção de rotatividade entre a relação de liderança responsável e o comportamento desviante no trabalho.
16	Wardani, E; Ryan, T	Barriers to nurse leadership in an Indonesian hospital setting	0	2018	Journal of Nursing Management	Indonésia, Reino Unido	Syiah Kuala University; University of Sheffield	Analisam a liderança como fator predominante e importante para a equipe de enfermagem, bem como o desenvolvimento e prática da liderança gerencial.
17	Allen, JA; Reiter-Palmon, R; Kennel, V; Jones, KJ	Group and Organizational Safety Norms Set the Stage for Good Post-Fall Huddles	0	2018	Journal of Leadership & Organizational Studies	Estados Unidos	University of Nebraska at Omaha	Analisam a relação entre normas de segurança organizacional e o comportamento do líder, diante de determinadas situações e reuniões de equipe.
18	Basyah, H; Lubis, AR; Yunus, M; Darsono, N	The role of leadership style of head of ward, electronic documenting, and nurses' performance in service innovation in meuraxa hospital	0	2018	South East Asian Journal of Management	Indonésia	Universitas Syiah Kuala	Analisam a influência do estilo de liderança do chefe de enfermaria, da documentação eletrônica e do desempenho do enfermeiro na inovação do serviço no Hospital.

Fonte: Elaboração própria.

Estilos e conceitos de liderança

No quadro 2 são descritos os principais conceitos de liderança identificados nos artigos, sendo os mesmos utilizados para nortear a pesquisa e demonstrar esta atividade nos diferentes ambientes de saúde.

Quadro 2 - Principais estilos e conceitos de liderança

Estilo de Liderança	Definição / Conceito	Autores
Liderança Carismática	"Líderes carismáticos defendem a motivação intrínseca como uma estratégia para influenciar os liderados a perceberem suas potencialidades, talentos e sentimentos de valorização pelo que fazem. Na medida em que o liderado percebe o valor do seu ofício, o líder carismático estimula-o para atitudes mais positivas em prol do sistema social que está inserido, ao prover um sentimento de identidade coletiva". "A liderança carismática envolve os liderados a se motivarem para resolver situações complexas de forma visionária e inspiradora, ao passo que os seguidores observam no líder a figura de alguém que está disposto a resolver qualquer situação conflitante, que consiga manter o foco e direcionar os liderados".	Baesso, MF; Lopes, GSC; Morais, DP; Rodrigues, A
Liderança Híbrida	"Nos últimos anos, a noção de hibridismo tem sido amplamente utilizada na literatura de gestão pública para descrever a mudança em múltiplos níveis de análise: individual, organizacional e institucional [...] Nesse sentido, as funções de gerente profissional híbrido são essencialmente sobre a indefinição das lógicas e modos de trabalho em níveis individuais, dentro de contextos organizacionais como hospitais públicos, universidades e empresas de serviços profissionais". "O desenvolvimento de capacidades e habilidades de organização levará a uma maior consciência e engajamento com prioridades financeiras [...] esses profissionais são mais propensos a serem híbridos dispostos, com um compromisso mais forte com interesses organizacionais além dos de uma especialidade ou profissão particular".	Sarto, F; Veronesi, G; Kirkpatrick, I
Liderança Responsável	"Liderança responsável RL refere-se a um fenômeno ético e relacional que acontece no processo de interação social com pessoas que são afetadas e afetam a liderança e têm um propósito e participação na visão de liderança de relacionamento". "A habilidade e arte envolvidas no cultivo, construção e manutenção de relações confiáveis com várias partes interessadas, dentro e fora da organização, e organização de responsabilidade para atingir um propósito, objetivos de negócios compartilhados e visão". "A capacidade de atender e abordar efetivamente as demandas do ambiente das partes interessadas globalmente".	Ahmad, MS; Iqbal, F; Siddique, R; Abbas, S; Fakhr, Z
Liderança Transformadora	"Líderes transformadores, através de sua capacidade de identificar, expressar e entender as emoções dos outros, estão em uma melhor posição para compreender seguidores e necessidades e interagir em conformidade, ganhando assim a confiança e respeito dos seguidores". "Líderes transformadores em uma relação de intercâmbio se envolvem em envolvimento emocional com seus seguidores, a fim de construir níveis mais elevados de identificação, compromisso e confiança neles e em sua missão". "O líder transformador pode ser entendido como aquele que procura potenciais motivos nos seguidores, busca satisfazer necessidades maiores nos seguidores, e engaja a pessoa completa dos seguidores".	Rajesh, JI; Prikshat, V; Shum, P; Suganthi, L

Fonte: Elaboração própria.

Estilos e características de liderança

Diante dos estilos de liderança presentes, no quadro 3 são descritas as principais características de liderança identificadas nos artigos acadêmicos, sendo as mesmas empregadas para nortear e elucidar a pesquisa.

Quadro 3 - Principais estilos e características de liderança representados

Estilo de Liderança	Características Semelhantes	Características Específicas	Autores
Liderança Carismática	Compromisso; Confiança; Influência; Visão Estratégica; Educação; Orientação; Idealização; Capacitação; Auxílio; Comunicação; Direção; Articulação; Objetividade; Observação; Dedicação; Argumentação; Programação; Proatividade; Oportunismo; Responsabilidade; Respeito; Estratégia.	Persuasão; Simpatia; Entusiasmo; Empatia; Autoconfiança; Consciência de valores organizacionais; Visão estratégica; Flexibilidade a necessidades internas e externas; Sensibilidade ao ambiente, a pessoas e as necessidades; Estabilidade emocional.	Baesso, MF; Lopes, GSC; Morais, DP; Rodrigues, A
Liderança Híbrida		Essencialmente estratégica; Organização; Positivismo; Foco nos objetivos; Preocupação financeiramente organizacional; Flexibilidade; multidisciplinar; automotivação; Senso de coletivo; Acessorista.	Sarto, F; Veronesi, G; Kirkpatrick, I
Liderança Responsável		Compromisso organizacional; Interação social e individual; Interesse nas necessidades dos colaboradores; Consideração para com todos os envolvidos; Senso de coletivo; Honestidade; Senso de Justiça.	Ahmad, MS; Iqbal, F; Siddique, R; Abbas, S; Fakhr, Z
Liderança Transformadora		Coragem; Carisma ou influência idealizada; Motivação e comunicação inspiradora; Estimulação intelectual; Consideração individualizada; Retenção de funcionários ou colaboradores; Inteligência emocional; Instauração de novas atividades; Direção e tomada de decisões; Planejamento estratégico.	Rajesh, JI; Prikshat, V; Shum, P; Suganthi, L

Fonte: Elaboração própria.

DEFINIÇÕES, CARACTERÍSTICAS E CONTRIBUIÇÕES SOBRE A LIDERANÇA

Para compreender e inter-relacionar os conceitos até aqui apresentados, com as características de cada tipo de liderança, é importante conferir as definições, os argumentos, bem como as perspectivas dos autores referenciados acerca dos diferentes estilos de liderança.

Liderança Carismática

Ao longo do tempo, a liderança foi investigada considerando diferentes perfis a partir do contexto social que as pessoas estavam inseridas (BAESSO, 2017, p. 20). No entendimento do autor, Max Weber, antes de tudo, foi o precursor e revelador da liderança carismática, definindo-a como um dos três exemplos de autoridade praticados em uma sociedade, sendo a tradicional, a racional-legal e carismática. Para Weber a liderança carismática era visível nos líderes religiosos e políticos que detinham o poder para curar, aconselhar e profetizar sobre as pessoas que o seguiam (CONGER, *et al*., 1997).

Num período de cerca de 10 anos, entre 1970 e 1980, houve um crescimento significativo no estudo da liderança carismática, sendo que foi ampliada por vários estudiosos para outros segmentos, além da religião e da política (Baesso, 2017). Adentrando na conceituação, "Esta corrente teórica defende que o líder carismático detém de personalidade distinta que atrai um contingente significativo de seguidores pelos ideais que defendem" (CONGER, 2011 *apud* BAESSO, 2017, p. 20).

Para Gomes e Cruz (2007), a partir da valorização do liderado, o líder pode estimular determinados comportamentos, conforme o ambiente e política no qual está inserido, a fim de promover o sentimento de identidade organizacional. Logo, esta forma de conduzir os liderados, têm a finalidade de alcançar os propósitos estabelecidos, bem como a otimização de resultados.

> A liderança carismática apresenta uma maior percepção das necessidades dos seus seguidores e, se sensibiliza com oportunidades e possíveis conflitos ambientais que estes possam vir a ter. São líderes que atuam diretamente em processos de melhorias no ambiente de trabalho, de forma que promova maior qualidade de vida nas organizações e melhores relacionamentos (CONGER *et al*., 1997).

Nesta linha de pensamento, os autores referenciados perceberam que existe uma enorme responsabilidade concedida a estes líderes, que devem estabelecer objetivos e metas que visem o andamento da organização. Além disso, o seguimento do exercício da liderança carismática, exige certas atribuições e obrigações, sendo uma delas o reconhecimento de oportunidades, em ambos os ambientes, seja interno ou externo, a fim de tomar decisões mais apropriadas à realidade e ao cenário presente.

Complementando, o mesmo autor em períodos distintos apropria- se da função do líder carismático, sustentando que:

> Os líderes carismáticos geralmente fazem uso de meios não convencionais para alinhar o compromisso da missão com seus seguidores e capacitá-los. Utilizam meios expressivos de ação, tanto verbal quanto não verbal, manifestam suas convicções,

> autoconfiança e dedicação para realizar o que eles programaram. Baseados em suas atitudes diferenciadas, com alta energia e persistência, desenvolvem uma alta motivação e entusiasmo (CONGER, 2011 *apud* BAESSO, 2017, p. 23).

Então, esses líderes apresentam maior facilidade em transmitir sua visão organizacional, pelo fato de conquistar as pessoas as quais se relacionam, anunciar seus objetivos, bem como chamar a atenção por atingir a admiração dos liderados. São profissionais cativantes, que se apropriam de estratégias e comportamentos, com o interesse de afiliar e aumentar o número de seguidores. "A liderança carismática reflete em uma visão de futuro compartilhada, idealizada e com articulação eficaz" (CONGER *et al*, 1997).

O autor faz referência a uma característica dos líderes carismáticos, que proporciona certo avanço para a organização de uma forma geral.

> Neste sentido, a visão estratégica é um componente evidente no comportamento do líder carismático, pois consegue perceber o ambiente interno e externo com mais facilidade. Essa característica é essencial para as organizações que objetivam sustentar uma vantagem competitiva no mercado (CONGER *et al*., 1997).

Por fim, Randeniya, Baggaley e Rahim (1995), anunciam que é possível pela qualificação e preparo, o fornecimento dos meios e ferramentas necessárias às equipes, para o aprimoramento de diversos aspectos e nos mais variados sentidos, investimento dos líderes. Para a garantia da eficiência organizacional, a melhoria dos processos torna- se indispensável, pois promove mudanças e

desenvolvimento mais seguro das atividades, da mesma forma leva ao atingimento de metas e objetivos.

Liderança Híbrida

Outro estilo de liderança relevante para toda organização, é a híbrida, principalmente na área da saúde, pela múltipla quantidade de profissionais com as mais variadas especialidades e atribuições.

Na visão de alguns estudiosos, a reforma de serviços públicos, em muitos países, proporcionou o surgimento de profissionais complexos, tendo em vista a necessidade do envolvimento dos mesmos em atividades distintas (DENT *et al*. 2016). Segundo O'Reilly e REED (2010), os médicos, enfermeiros e, certamente, docentes e educadores em gestão, foram os mais atingidos pela reforma, pois houve o surgimento de novas funções de gerência profissional, todas intercaladas às funções já existentes, como a de diretores clínicos. Logo, houve uma tendência de maiores investimentos em treinamentos de liderança, gestão e educação para estes profissionais.

Em outras palavras, no decorrer dos últimos anos, "a noção de hibridismo tem sido amplamente utilizada na literatura de gestão pública para descrever a mudança em múltiplos níveis de análise: individual, organizacional e institucional" (DENIS; FERLIE; VAN GESTEL, 2015). Não somente na esfera pública, mas também na privada houve este movimento de novas atribuições, funções e atividades profissionais.

> Nesse sentido, as funções de gerente profissional híbrido são essencialmente sobre a indefinição das lógicas e modos de trabalho em níveis individuais,

> dentro de contextos organizacionais como hospitais públicos, universidades e empresas de serviços profissionais (EMPSON *et al*. 2013 *apud* SARTO; VERONESI; KIRKPATRICK, 2018, p. 2)

Schott, Van Kleef e Noordegraaf (2016), colaboram para o entendimento funcional da liderança híbrida, apontando benefícios para as organizações ao implementarem este estilo de liderança. Há a sugestão, do aumento da atenção e consideração primacial de questões relacionadas a parte financeira, bem como melhor aprimoramento de capacidades e habilidades de organização.

Ainda, Mcgivern *et al*. (2015), argumentam a aptidão dos profissionais híbridos para com alguns comportamentos e características comuns a outros estilos de liderança, mas que se diferenciam em sua intensidade. Possuem um compromisso fora do padrão, ou seja, estão mais fortemente ligados aos interesses organizacionais, bem como as suas funções e atribuições, considerando- as essenciais para o desenvolvimento profissional. Por isso, tendem a ser especialistas no que fazem.

Portanto, este estilo deve ser mais bem explorado pelas organizações, tendo em vista as vantagens e benefícios que proporciona, no quesito de entrega de resultados, de melhor desempenho das atividades e integridade organizacional. Apesar da importância do líder híbrido, vários autores reconhecem a importância de todos os estilos de liderança, pois as organizações são compostas por ambientes, contextos e circunstâncias distintas, requerendo certos comportamentos e iniciativas próprias de cada tipo de líder.

> Embora possamos especular sobre a capacidade e motivação dos gestores profissionais híbridos para influenciar decisões estratégicas, pesquisas

> adicionais investigando como os atores decretam diferentes estilos de liderança seriam vantajosas. (SARTO; VERONESI; KIRKPATRICK, 2018, p. 11).

Dando continuidade, e dissertando a respeito de outros estilos de liderança, é importante compreender a perspectiva de cada autor sobre o significado de ser líder e suas descrições sobre os tipos de liderança abordados.

Liderança Responsável

Mousa, Massoud e Ayoubi (2020), entendem que a liderança responsável possui relação direta com o compromisso, mencionando que em muitos casos há a presença de insolência, entre os colaboradores, está relativa ao engajamento e identificação para com os objetivos organizacionais. Esta colocação será melhor entendida, verificando o significado e o conceito de responsabilidade, bem como a liderança responsável.

A palavra ou termo "responsabilidade", segundo Ahmad *et al*. (2020), pode ser compreendido de forma simples e objetiva, seguindo a lógica da afirmação "capacidade de habilidades e obrigações que devem acontecer corretamente". Por sua vez, liderança responsável já envolve uma gama maior de fatores, podendo ser definida como:

> a habilidade e arte envolvidas no cultivo, construção e manutenção de relações confiáveis com várias partes interessadas, dentro e fora da organização, e organização de responsabilidade para atingir um

> propósito, objetivos de negócios compartilhados e visão (MAKE, 2007 *apud* AHMAD *et al*., 2020).

Outra definição, segue um sentido semelhante, podendo a liderança responsável referir- se a "um fenômeno ético e relacional que acontece no processo de interação social com pessoas que são afetadas e afetam a liderança e têm um propósito e participação na visão de liderança de relacionamento" (MAAK; PLESS, 2006 *apud* AHMAD *et al*., 2020).

Miska, Stahl e Mendenhall (2013 p. 554), vem a complementar com outra definição, afirmando ser "a capacidade de atender e abordar efetivamente as demandas do ambiente das partes interessadas globalmente".

Então, o comportamento responsável é relativo de organização para organização. HUSELID (1995), afirma que, no setor da saúde, os líderes geralmente exteriorizam comportamentos menos prejudiciais para todos os envolvidos e mais responsáveis. Por ser uma área de grande importância para todos, sejam profissionais ou pacientes, gera comportamentos influenciados pelo interesse comum que estas pessoas possuem. Isto tudo, reflete na produtividade e desempenho da organização, sempre havendo a presença desta conveniência, a chamada cultura organizacional.

Dentre os benefícios de se exercer a liderança responsável, é possível destacar alguns, sendo que este estilo influencia os comportamentos dos funcionários, bem como gera resultados positivos.

Brown e Trevino (2006), levam a este entendimento de resultado, confirmando que este estilo de liderança, na verdade a “liderança orientada a princípios foca mais na ética do trabalho e incentiva a equidade, honestidade e cuidado entre seus trabalhadores”.

Apesar disso, há outras vantagens, provenientes e frutos do exercício de uma liderança responsável, tanto para os líderes, quanto para os seguidores, ou seja, para a organização como um todo.

> Do ponto de vista baseado em relacionamentos, os seguidores sempre dão essas considerações a esses líderes, sob a supervisão do qual se sentem mais seguros e confortáveis, pois assumem que seus líderes os respeitam e dão as devidas considerações ao seu problema (GAINES-ROSS, 2008 *apud* AHMAD *et al*., 2020).

Levando em consideração a importância e as características singulares, bem como estas definições sobre líderes e estilos de liderança, valorando características, comportamentos e até mesmo habilidades específicas em cada caso, existe uma variedade gigantesca de tipos e formas de liderança, as quais uma ainda será apresentada.

Liderança Transformadora

Rajesh *et al*. (2019), se baseiam consideravelmente em um autor, no estudo sobre a liderança transformadora, utilizando como argumento que o líder transformador é entendido como "aquele que procura potenciais motivos nos seguidores, busca satisfazer necessidades maiores nos seguidores, e engaja a pessoa completa dos seguidores" (BURNS, 1978 *apud* RAJESH *et al*., 2019).

Diversos autores argumentam que a liderança ou o líder transformador estão relacionados a alguns elementos, sendo que são comuns as descrições, sendo influência idealizada, ou carisma,

motivação inspiradora, consideração individual e estimulação cerebral. Echevarria, Patterson e Krouse (2017), deixam bem claro que, a liderança transformadora inclui todos estes elementos citados: carisma ou influência idealizada, motivação inspiradora, estimulação intelectual e consideração individualizada. Para eles, o conjunto destas características, está associado à inteligência emocional do líder.

Segundo Bass e Riggio (2006 *apud* AL-YAMI; GALDAS; WATSON, 2018), "A influência idealizada caracteriza líderes que são modelos ideais para seguidores". Esta característica ou comportamento está direcionado para a ausência de liderança, havendo a menção do modelo laissez-faire, que na visão dos autores, pode ser entendida pela falta da participação dos líderes, de forma ativa nos processos ou na função de liderança, sendo considerado o estilo menos eficaz.

Casida e Parker (2011), destacam a liderança transformadora como instrumento de efetivação da retenção da equipe, refletindo no nível de comprometimento dos colaboradores, logo possui relação direta no atendimento final aos pacientes, bem como nos resultados da organização. É possível compreender melhor esta narrativa, verificando a abordagem, a seguir de Rajesh *et al*. (2019) que trata o líder transformador e seu potencial de se comunicar com os liderados.

> líderes transformadores em uma relação de intercâmbio se envolvem em envolvimento emocional com seus seguidores, a fim de construir níveis mais elevados de identificação, compromisso e confiança neles e em sua missão (BASS, 1978 *apud* RAJESH *et al*., 2019).

Tendo em vista tais argumentos, é possível perceber a complexidade da liderança transformadora, restando mais algumas

definições proveitosas para a assimilação, inclusive adentrando rapidamente na atividade de enfermagem, rica em conhecimentos sobre liderança.

Fischer (2016 *apud* KVIST *et al*., 2019), traz consigo uma definição simples de liderança transformadora na enfermagem "como um estilo de liderança e um conjunto de competências de liderança que podem ser alcançadas através da formação e desenvolvimento profissional". Além disso, Kvist *et al*. (2019), baseando- se em várias pesquisas, contribui, afirmando que, a influência, o planejamento estratégico, a advocacia, a visibilidade, a comunicação e a acessibilidade, são constituintes da liderança transformadora, para gestores de enfermagem.

É importante salientar mais algumas habilidades e características do líder transformador:

> Líderes transformadores, através de sua capacidade de identificar, expressar e entender as emoções dos outros, estão em uma melhor posição para compreender seguidores e necessidades e interagir em conformidade, ganhando assim a confiança e respeito dos seguidores (GARDNER; STOUGH, 2002).

Ainda, pesquisas de Pirola-Merlo *et al*. (2002), destacam a capacidade de ajudar os seguidores a lidar com eventos emocionais negativos, como uma das principais habilidades de um líder transformador. Segundo Lauraine *et al*. (2016), a inteligência emocional se relaciona com qualidades pessoais como empatia e assertividade, que parecem ser típicas ou até essenciais para líderes transformadores.

Outros Estilos de Liderança

Outro tipo mencionado nas pesquisas foi o líder de mudança, sendo que o processo é dado, segundo Baloh; Zhu; Ward (2018), seguindo algumas etapas, os "oito passos que os líderes de mudança devem seguir para implementar e institucionalizar mudanças".

> Os líderes de mudança devem: (1) estabelecer um senso de urgência para a mudança, (2) criar uma coalizão orientadora, (3) desenvolver uma visão e estratégia, (4) comunicar a visão de mudança, (5) capacitar a ação de base ampla, (6) gerar vitórias de curto prazo, (7) consolidar ganhos e produzir mais mudanças, e (8) ancorar as novas abordagens na cultura (KOTTER, 1996 *apud* BALOH; ZHU; WARD, 2018).

Portanto, os líderes necessitam primeiramente, mapear e identificar a imposição de mudanças, para num determinado momento criar um senso de exigência, melhor dizendo de implementação das mudanças o mais breve possível, para de fato serem concretizadas.

Não obstante, outros tipos e maneiras existentes de liderar, demonstradas em algumas pesquisas, são as dos médicos tradicionalistas, mais focados na identidade e, os consultores incorporados, semelhantes aos líderes de mudanças, sendo flexíveis e abertos a mudanças.

Na pesquisa de Martin *et al*. (2020), é possível identificar que os líderes tradicionalistas são mais centrados em suas atividades fins, ou seja, na garantia do atendimento de alta qualidade ao paciente, pelas qualidades e características presentes nestes profissionais.

Algumas como a expertise médica, status e reputação profissional, bem como autonomia para a tomada de decisões voltadas para o paciente, ou melhor, deliberações assistenciais. Então, o médico ou líder tradicionalista, baseia- se essencialmente em identidades médicas tradicionais passadas, em conhecimentos técnicos e científicos.

Fazendo esta reflexão, sobre os diferentes tipos de profissionais, líderes médicos, enfermeiros, gestores, entre outras terminologias, é proveitoso destacar algumas definições e perspectivas a respeito do termo característica, para complementar e enriquecer ainda mais, a percepção geral da figura do líder e dos estilos de lideranças.

Para Gottlieb e Gøtzsche-Astrup (2019), grande parte dos psicólogos de características adotam a análise de Goldberg (1990), "na qual os adjetivos de traços são representados no modelo de cinco fatores da personalidade". Logo, os fatores podem ser delimitados a alguns termos específicos, sendo que:

> Embora os rótulos variem um pouco, os cinco fatores dimensionais geralmente são denotados como extraversão / introversão, simpatia / hostilidade, consciência, estabilidade emocional/neuroticismo e abertura para novas experiências (DIGMAN, 1990).

Gottlieb e Gøtzsche-Astrup (2019), destacam algumas características que promovem ou que estão relacionadas ao desempenho da liderança, as mesmas identificadas através de estudos de

Hogan e Holland (2003). Os autores contribuem de várias formas, afirmando a relação de diferentes aspectos para com a atuação do líder. Segundo Hogan e Holland (2003), a estabilidade

emocional, a sensibilidade interpessoal, a extroversão, a ambição, a prudência, a consistência, a inquisição ou ato de averiguação e a busca contínua por melhores resultados, tem sido constantemente relatada em diversas pesquisas científicas, para prever o desempenho da liderança.

SKINNER *et al.* (2018), descrevem seu ponto de vista em relação às implicações do relacionamento entre subordinados e líderes, não leva em consideração o estilo de liderança, mas o nível de desempenho para a gestão. De forma geral, o diálogo, as "conversas exigem certas habilidades interpessoais dos gestores (como escuta eficaz, sensoriamento e fornecimento de recursos como apoio social e informação) para conduzir gestão de desempenho".

Por fim, o autor afirma que líderes e gestores, independente do setor ou área de atuação, devem ser selecionados por meio de suas habilidades, características e aptidões, principalmente a capacidades voltadas para a impessoalidade. Tais como nível de liderança e comunicação, tendo em vista a adequação dos mesmos aos critérios e necessidades organizacionais.

CONCLUSÃO

No decorrer da pesquisa, foi apresentado a dimensão conceitual a respeito do termo "liderança", a complexidade das organizações hospitalares, além de fatores importantes na interação dos integrantes de um grupo, como a comunicação, o gerenciamento, a cultura organizacional, o comprometimento e o desempenho da equipe. Por meio deste estudo pode-se observar diferentes tipos de liderança e suas características.

A área da saúde é muito complexa, logo para cada ambiente, situação e contexto, haverá a necessidade de determinado líder no gerenciamento das pessoas e atividades. Esta área possui certas especificidades, nas quais estão presentes diversos profissionais, atuantes nas mais variadas áreas de trabalho, contando com uma capilaridade de conhecimentos e experiências que tiveram ao longo dos anos, nas organizações das quais percorreram.

A liderança carismática está voltada mais para a motivação essencial ao sistema social, aplicada com a finalidade de influenciar os liderados. Ainda, faz os envolvidos perceberem suas capacidades e, a partir deste momento, terem atitudes positivas para com o coletivo. Logo, há a tendência para a resolutividade de situações complexas e, com inspiração, o líder está disposto a solucionar situações conflitantes, com o objetivo de manter a equipe unida e focada.

Já a liderança híbrida possui uma relação diferente das outras lideranças. Algumas prioridades estão voltadas mais para a organização e para a situação administrativa e financeira. Há o estímulo do desenvolvimento de capacidades e habilidades de equipe que promovam a organização, atuando a nível individual e coletivo. Geralmente, os líderes híbridos possuem uma especialidade particular, mas atuam fortemente com disposição para mudanças que levem a benefício da organização, com muito compromisso e dedicação.

O tipo da liderança responsável caminha na orientação das pessoas, ou seja, na interação social do coletivo que está diretamente ligado à liderança, a participação e envolvimento com o propósito organizacional. Há a conscientização dos envolvidos em relação a manutenção do relacionamento e o direcionamento para o atingimento das metas e objetivos, sempre compartilhados. O líder responsável possui a capacidade de identificar, abordar e atender efetivamente às demandas das pessoas e interesses do negócio.

A liderança transformacional é direcionada pela identificação de seus liderados, entendimento e compreensão de suas emoções, mapeamento das necessidades e conquista da confiança. O líder tem a finalidade de desenvolver o compromisso da equipe, confiar e se envolver emocionalmente na determinação dos colaboradores. A partir da satisfação das necessidades dos seguidores, o líder transformador age pelo engajamento dos liderados na missão da organização.

Apesar da diversidade de estilos, das características, bem como da figura dos líderes, deve- se atentar para alguns pontos importantes para toda organização. A liderança é fundamental, sendo aplicável em todos os espaços e ambientes organizacionais, desde que seja alinhada aos preceitos e princípios da instituição. A partir dela, é possível capacitar os profissionais, proporcionar um trabalho de equipe eficiente e condizente com os objetivos, construir uma identidade organizacional e contribuir para as atividades de uma forma geral.

Ser líder não é tarefa fácil, tendo em vista que é um exercício dinâmico, pelo fato de circundar pessoas, suas relações e interações, necessitando assim de constantes mudanças e aperfeiçoamentos. Todo líder hospitalar, que entende o seu papel no direcionamento das atividades, deve conhecer e se apropriar das características da liderança. Este profissional, a partir do conhecimento da sua função, dos diferentes tipos de liderança, bem como dos comportamentos adequados a determinadas pessoas e organizações, poderá promover mudanças construtivas para o seu grupo, que levará a diversos benefícios, como aumento do conhecimento técnico, maior qualidade dos serviços prestados, desenvolvimento mais rico da comunicação, aumento da confiança, entre outros.

Nesta perspectiva, pode formular novas técnicas e estilos de gerenciamento, novas formas de comunicação com os liderados, bem como levá-los a motivação e atingimento de objetivos. Não

obstante, é de relevância que o líder hospitalar saiba identificar as competências essenciais à preparação e/ou atualização profissional, com o objetivo de melhorar o seu desempenho e de todos os envolvidos na organização.

A partir das reflexões do ser humano na sociedade e do entendimento mais amplo do contexto social, suas realidades, dificuldades e adversidades, é possível compreender a figura do líder nos diversos ambientes, o seu papel e responsabilidade para com a sociedade, bem como sua função como profissional da saúde.

REFERÊNCIAS

AHMAD, M. S. *et al*. "Responsible leadership and workplace deviant behaviour: modelling trust and turnover intention as mediator". **Leadership and Organization Development Journal**, vol. 41, n. 7, 2020.

AL-YAMI, M. *et al*. "Leadership style and organisational commitment among nursing staff in Saudi Arabia". **Journal of Nursing Management**, vol. 26, n. 5, July, 2018.

BAESSO, M. F. *et al*. "The charismatic leadership in health organizations in the south of Santa Catarina". **Navus - Revista de Gestao e Tecnologia**, vol. 7, n. 3, 2017.

BALOH, J. *et al*. "Implementing team huddles in small rural hospitals: How does the Kotter model of change apply?". **Journal of Nursing Management**, vol. 26, n. 5, 2018.

BROWN, M. E; TREVINÕ, L. K. "Ethical leadership: A review and future directions". **The Leadership Quarterly**, vol. 17, n. 6, 2006.

CASIDA, J.; PARKER, J. "Staff nurse perceptions of nurse manager leadership styles and outcomes". **Journal of Nursing Management**, vol. 19, n. 4, 2011.

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

CONGER, J. A. *et al*. "Measuring Charisma: Dimensionality and Validity of the Conger-Kanungo Scale of Charismatic Leadership". **Canadian Journal of Administrative Sciences**, vol. 14, n. 3, 1997.

COSTA, C. V. G. **A Importância e o Diferencial de um Profissional da Área de Administração como Responsável pela Organização Hospitalar** (Trabalho de Conclusão de Curso de Especialização em Gestão Pública Municipal). Redenção: UNILAB, 2018.

DENIS, J. *et al*. "Understanding hybridity in public organizations". **Public Administration**, vol. 93, n. 2, 2015.

DENT, M. *et al*. **The Routledge Companion on Professions and Professionalism**. London: Routledge, 2016.

DIGMAN, J. M. "Personality structure: emergence of the five-factor model". **Annual Review of Psychology**, vol. 41, n. 1, 1990.

ECHEVARRIA, I. M. *et al*. "Predictors of transformational leadership of nurse managers." **Journal of Nursing Management**, vol. 25, n. 3, 2017.

FONTINELE JÚNIOR, K. **Administração Hospitalar**. Goiania: AB Editora, 2008.

GARDNER, L.; STOUGH, C. “Examining the relationship between leadership and emotional intelligence in senior level managers”. **Leadership and Organization Development Journal**, vol. 23, n. 2, 2002.

GOMES, A. R.; CRUZ, J. “Abordagem carismática e transformacional: modelos conceptuais e contributos para o exercício da liderança”. **Psicologia USP**, vol. 18, n. 3, 2007.

GOTTLIEB, T.; ASTRUP, O. G. “The predictive validity of charge nurse personality on objective and subjective performance of subordinates”. **Journal of Nursing Management**, vol. 27, n. 2, 2019.

GROHMANN, M. Z. *et al*. “Competências do gestor hospitalar: estudo em um hospital público brasileiro”. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, n. 26, abril, 2012.

HOGAN, J.; HOLLAND, B. “Using theory to evaluate personality and job-performance relations: a socioanalytic perspective”. **Journal of Applied Psychology**, vol. 88, n. 1, 2003.

HUSELID, M. A. “The impact of human-resource management-practices on turnover, productivity, and corporate financial performance”. **Academy of Management Journal**, vol. 38, n. 3, 1995.

INPI – Instituto Nacional Propriedade Industrial. “Introdução a operadores lógicos e seu uso em buscas de patentes”. **INSPER** [2017]. Disponível em: <https://www.insper.edu.br>. Acesso em: 27/06/2021.

KVIST, T. *et al*. "The self-organizing map clustered registered nurses' evaluations of their nurse leaders". **Journal of Nursing Management**, vol. 27, n. 5, 2019.

LAURAINE, S. *et al*. "Emotional intelligence and transformational leadership in nurse managers". **The Journal of Nursing Administration**, vol. 46, n. 2, 2016.

MACÊDO, D. "A importância do administrador na gestão hospitalar: percepção de médicos, enfermeiros e administradores de um hospital universitário". **Revista Foco**, vol. 8, n. 2, 2016.

MALAGÓN-LONDOÑO *et al*. **Administração Hospitalar**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

MARTIN, G. *et al*. "Changing Logics in Healthcare and Their Effects on the Identity Motives and Identity Work of Doctors". **Organization Studies**, vol. 42, n. 9, 2020.

MCGIVERN, G. *et al*. "´Hybrid Manager–Professionals' Identity Work: The Maintenance and Hybridization of Medical Professionalism in Managerial Contexts". **Public Administration**, vol. 93, n. 2, 2015.

MISKA, C. "Intercultural competencies as antecedents of responsible global leadership. European Journal of International Management". **European Journal of International Management**, vol. 7, n. 5, 2013.

MOUSA, M. *et al*. "Gender, diversity management perceptions, workplace happiness and organisational citizenship behaviour". **Employee Relations,** vol. 42, n. 6, 2020.

OLIVEIRA, F. P; DELFINO, I. A. L. "Produção Científica sobre o Processo de Liderança". **Revista de Administração, Contabilidade e Sustentabilidade**, vol. 3, n. 4, 2013.

O'REILLY, D.; REED, M. "'Leaderism': an Evolution of Managerialism in UK Public Service Reform". **Public Administration**, vol. 88, n. 4, 2010.

PIROLA-MERLO, A. *et al*. "How Leaders Influence the Impact of Affective Events on Team Climate and Performance in R&D Teams". **The Leadership Quarterly**, vol. 13, n.5, 2002.

RAJESH, J. I. *et al*. "Follower emotional intelligence a mediator between transformational leadership and follower outcomes". **Personnel Review**, vol. 48, n. 5, 2019.

RANDENIYA, R. *et al*. "Total quality management: The need to uncouple empowerment". **Total Quality Management**, vol. 6, n. 3, 1995.

ROQUETE, F. F. *et al*. "Liderança em saúde: uma revisão integrativa da literatura". **Anais do XII Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. Resende: AEDB, 2015.

SARTO, F. *et al*. "Organizing professionals and their impact on performance: the case of public health doctors in the Italian". **Public Management Review**, vol. 21, n. 7, 2019.

SCHOTT, C. *et al*. "Confused Professionals?: Capacities to cope with pressures on professional work". **Public Management Review**, vol. 18, n. 8, 2015.

SKINNER, N. *et al*. "It breaks your soul: An in-depth exploration of workplace injustice in nursing". **Journal of Nursing Management**, vol. 26, n. 2, 2018.

TRIVINOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 1987.

VENDEMIATTI, M. *et al*. "Conflito na gestão hospitalar: o papel da liderança". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 15, n. 1, 2010.

WOOD JR., T.*;* URDAN, F. T. "Gerenciamento da qualidade total: uma revisão crítica*"*. **Revista de Administração de Empresas**, vol. 34, n. 6, 1994.

CAPÍTULO 2

A Cultura na Administração Hospitalar

A CULTURA NA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR[1]

Elói Martins Senhoras

O exame da realidade de um hospital revela uma das estruturas mais complexas dentre as que participam da sociedade moderna. Esse argumento é recorrente na área de saúde, levando à percepção de que há especificidades incontornáveis do setor. A razão desse fato é que o hospital, ao longo da história, foi conduzido ao desempenho de diferentes funções, cada vez mais complexas: recuperar, manter e incrementar os padrões de saúde de seres humanos.

Estas funções demandam um conjunto altamente divergente e complexo de atividades tais como a realização de atendimentos, exames, diagnósticos e tratamentos, o planejamento e execução de internações, intervenções cirúrgicas e outros procedimentos.

Para responder às suas diferentes funções, um hospital estrutura-se, por um lado, através de políticas direcionadas, com sentido de cima para baixo, de formação de setores encarregados de atividades bem caracterizadas, e por outro lado, pelo desenvolvimento relacional de uma cultura própria.

A resultante é a constituição de uma estrutura de marcante complexidade e conflitos, que tem por objetivos o trabalho integrado de seu corpo organizacional na prestação dos serviços de saúde, mas

[1] Uma versão prévia deste trabalho foi premiada no "V Concurso Nacional de Administração Hospitalar da Academia Brasileira de Administração Hospitalar" e também publicada em: SENHORAS, E. M. "Culture in Hospital Organizations and Cultural Policies for Coordinating Communication and Learning". *RECIIS - Electronic Journal of Communication Information and Innovation in Health*, vol. 1, n. 1, 2007.

é marcada por uma cultura relacionada à pulverização do poder e à disputa de espaços.

Como alguns dos setores desenvolvem tarefas tão características, que fora do hospital têm frequentemente vida autônoma, a organização hospitalar torna-se a somatória de um hotel, uma lavanderia, uma farmácia, uma escola, um centro comunitário, ao lado do centro de atendimento curativo e preventivo.

Diante da dialética organizacional entre a ideal integração para a prestação dos serviços de saúde e a real fragmentação hierarquizada do poder, os hospitais são clássicos exemplos do que MINTZBERG (1994, p. 405) denomina como sendo organizações profissionais, cuja análise demanda motivações, incentivos e cuidados especiais, mecanismos estes de orientação e coordenação que subsidiam as estratégias de decisões gerenciais e administrativas e se mostram como espaços culturais consideráveis de ajustamentos mútuos de motivações e de compatibilização de interesses.

A caracterização funcional de uma organização hospitalar faz com que ela seja considerada como um sistema social aberto, onde estão atuando outros subsistemas técnicos representados pelas especializações dos conhecimentos e habilidades de profissionais como médicos, enfermeiros, psicólogos, nutricionistas entre outros. Em consequência, nenhuma pessoa ou grupo é responsável completamente pelo sucesso ou pela qualidade da experiência completa do paciente, uma vez que os profissionais são responsáveis por parte do processo, não havendo uma prestação de contas de todo o ciclo.

Conforme Marinho (2001), os hospitais são organizações profissionais, nas quais para tudo funcionar depende da capacitação e do conhecimento de seus executores, assim, os seus resultados não podem ser facilmente medidos ou padronizados, uma vez que dependem fortemente da relação profissional/usuário.

Os hospitais são típicas organizações prestadoras de serviços, de grande utilidade e importância para a comunidade em geral. Além de algumas pessoas terem como trabalho o cotidiano hospitalar, é lá que muitas pessoas buscam ajuda nos momentos fundamentais – e também os mais difíceis – de suas vidas.

Nessas organizações, o trabalho é marcadamente complexo, compreendendo grupos profissionais de diferente capacitação e de formação diversa, mas que predominantemente está organizado em torno de uma base hierárquica composta de especialidades e por especialistas em setores de operação médica, técnica e administrativa.

O trabalho nos hospitais constitui uma prática concreta na qual as mais variadas relações se estabelecem sob diferentes ângulos, por um lado através das relações médico-paciente que focam o tratamento, a prevenção e o atendimento à saúde, e por outro lado, através das relações de trabalho que permeiam as hierarquias e os *ethos* de trabalho, sob a ótica humanista, e os modos de organização da produção e consumo da saúde dentro do hospital, sob a ótica gerencial.

As estruturas hospitalares tradicionais geralmente se caracterizam como sendo pró-cíclicas, pois funcionam muito bem quando as variações do ambiente externo não produzem impacto significante sobre as rotinas organizacionais, embora, em um ambiente mutável e que geralmente exige constantes adaptações, este estilo de estrutura não se mostre eficiente, já que centraliza ações e não estimula a cooperação e o aprendizado (ABDALA *et al*., 2006).

Questões técnicas e práticas de gerência administrativa têm sido um dos pontos mais criticados nas organizações hospitalares devido ao fato de serem consideradas organizações complexas, que envolvem uma série de processos e atividades paralelas à atividade-

fim do hospital, que é o cuidado ao paciente (LIMA-GONÇALVES, 2002).

As diferenças entre as organizações hospitalares e os outros tipos de organizações são também um ponto importante para a compreensão destas organizações e dos fenômenos que nelas ocorrem. Os fatores que mais distinguem as organizações hospitalares de outros ramos de negócio são: a) a dificuldade de definir e mensurar o produto hospitalar; b) a frequente existência de dupla autoridade gerando conflitos; c) a preocupação dos médicos com a profissão e não com a organização, d) a alta variabilidade e complexidade do trabalho, extremamente especializado e dependente de diferentes grupos profissionais; e) dado o acentuado dinamismo tecnológico, o setor é essencialmente de trabalho intensivo; e) muitas das inovações tecnológicas implicam não mudanças no método de prestação de um dado serviço, mas a introdução de um novo serviço que se soma aos anteriores e exige pessoal adicional para sua prestação; g) a produtividade do trabalho depende sobretudo de uma combinação adequada entre os vários tipos de profissionais; h) ao pessoal de nível superior e, principalmente, aos médicos são atribuídas as funções mais complexas, envolvendo a gerência administrativa e o comando técnico do trabalho dos auxiliares, além de sua normalização e supervisão; i) as funções mais simples ficam com o pessoal auxiliar, que as executam em cumprimento das normas de trabalho; j) em algumas áreas, as forças produtivas da ciência e da tecnologia atuam no sentido de elevar a produtividade do processo de trabalho, mas limitados a uns poucos procedimentos terapêuticos e diagnósticos (RODRIGUES FILHO, 1990).

Somente as organizações de saúde possuem todas estas características ao mesmo tempo, derivando deste fato o desafio de integrar o todo organizacional diante da divisão e especialização do trabalho que produz vasta segmentação interna.

A CULTURA INSERIDA NO NOVO PARADIGMA DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR

A noção de cultura organizacional trata-se de um importante conceito a ser usado na administração hospitalar, pois permite à organização de saúde encontrar a sua identidade coletiva, possibilitando a criação de mecanismos eficientes de comunicação para fornecer a seus membros as significações que eles precisam para contribuir com a performance organizacional.

A discussão sobre a cultura hospitalar pode ajudar as instituições de saúde como elemento estratégico para pensar sobre a sua administração, pois a preocupação com a cultura nasce associada às necessidades de aperfeiçoar o desenvolvimento dos processos em um hospital, quanto das relações de poder e o confronto de interesses dentro dessa organização.

A formação cultura é uma preocupação contemporânea, bem viva nos tempos atuais, pois busca entender os muitos caminhos que conduzem os grupos humanos às suas relações presentes no desenvolvimento das organizações, que estão marcadas por *contratos* e *conflitos* entre os modos diferentes de organizar a vida social, de se apropriar dos recursos e como transformá-los.

> O processo de formação da cultura organizacional é idêntico à formação de grupos, que compartilham das crenças, pensamentos, sentimentos e valores, que resultam de experiências e do aprendizado coletivo. Isto significa que, sem a formação de grupos, não haverá cultura e que estes grupos, para justificarem suas existências, tornam-se focos de formação de subculturas (MACEDO, 1996, p. 06).

Qualquer agrupamento humano, submetido a um certo grau de isolamento e sob ação de determinadas influências, desenvolve,

ao longo do tempo, algumas características comportamentais, em termos de hierarquização de valores e modos de expressão que o diferenciarão de outros grupos, estabelecendo-se assim uma espécie de identidade coletiva, que é chamada de *cultura*.

Quadro 1 - Origens da Formação da Cultura Organizacional

Única e via Consenso	A cultura é resultado dos atributos e de ações de consenso e de harmonia entre os indivíduos. Nem todos os membros participam da formação, pois a cultura pode ser legitimada pela imposição e aceitação.
Múltipla e via Conflitos	Todos os membros de uma organização participam da criação da sua cultura e ela é o resultado da sedimentação de uma história de conflitos e de uma variedade de subculturas.

Fonte: Elaboração própria.

A emergência de uma nova cultura em um ambiente hospitalar pode ser entendida duplamente como produto e processo que se difunde por meio de uma institucionalização formal e informal.

A temática da cultura toma importância nas organizações de saúde quando mudanças e novas *capabilities* de comunicação são exigidas na estrutura e no conjunto de funcionários devido à identificação de padrões culturais deletérios à eficiência organizacional.

Verifica-se que muitas vezes na prática hospitalar, entretanto, as mudanças culturais e as novas capacitações de comunicação e aprendizagem não necessariamente são pontos de consenso ou aceitação, pois representam uma ameaça aos valores e práticas profissionais dos funcionários e aos próprios padrões culturais estabelecidos no trabalho. Para se protegerem desta ameaça, em muitos casos, os médicos e enfermeiros desenvolvem resistências às mudanças em razão do medo do que é desconhecido, preferindo

assim, continuar com seus próprios canais de comunicação e padrões de conduta, a fim de realizarem suas atividades como sempre fizeram (MAGALHÃES *et al*., 2006).

> "As mudanças geram incertezas, transformam as relações de poder, mudam a estrutura das forças que sustentam o *status quo* e obrigam a procurar novas formas para a resolução dos conflitos que advém com a nova era. Há de se perguntar se realmente a alta administração está disposta a enfrentar a mudança indo à raiz dos problemas, pois isso implica, muitas vezes, em perda de poder ou em redistribuição do mesmo" (MACHADO; KURCGANT, 2004, p. 287).

No intuito de incrementar a eficiência das organizações hospitalares, os gestores devem lançar mão de estratégias e mecanismos que permitam a identificação de subculturas existentes, e, através de mecanismos de comunicação, incentivar a participação e integração dos atores na busca de uma nova cultura e de um novo aprendizado.

Quadro 2 - Óticas de Análise das Culturas nas Organizações

Linha de Trabalho	*Conceito de Cultura*
Cultura Corporativa	A cultura funciona como um mecanismo regulatório adaptativo. Ela permite a articulação dos indivíduos na organização.
Cognição Organizacional	A cultura é um sistema de cognições partilhadas. A mente humana gera a cultura através de um número limitado de regras.
Simbolismo Organizacional	A cultura é um sistema de símbolos e significados partilhados. A ação simbólica necessita ser interpretada, lida ou decifrada a fim de ser entendida.
Processos Inconscientes e Organização	A cultura é uma projeção da infraestrutura universal e inconsciente da mente, tendo desdobramentos sociais de fora para dentro nos indivíduos.

Fonte: Elaboração própria. Baseada em Paiva e Sampaio (2003).

Cada realidade cultural tem sua lógica interna, a qual se deve procurar conhecer para que façam sentido as suas práticas, costumes, concepções e as transformações pelas quais estas passam. Ë preciso relacionar a variedade de procedimentos culturais com os contextos em que são produzidos e os impactos que eles causam.

Nota-se, porém, que o convite a que se considere cada cultura em particular não pode ser dissociado da necessidade de se considerar as relações entre as culturas. Na verdade, se a compreensão da cultura exige que se pense na diversidade de funcionários do hospital, é porque eles estão em interação.

Mais importante ainda é observar que o destino de cada agrupamento é marcado pelas maneiras de organizar e transformar a vida em sociedade e de superar os conflitos de interesse e as tensões geradas na vida social.

É importante considerar a diversidade cultural interna à sociedade hospitalar; isso é de fato essencial para compreendermos melhor a instituição, mesmo porque essa diversidade não é feita só de ideias; ela está também relacionada com as maneiras de atuar na vida social e o impacto financeiro causado por determinadas alocações.

Apesar dessa variabilidade nas formas de organização social, são notórias algumas tendências dominantes em um hospital, como a formação de poderosos núcleos com instituições políticas centralizadas.

A formação desses núcleos duros ou *core-sets* tem origem enraizada nos processos de sedimentação de políticas administrativas *direcionadas* desde a fundação da organização de saúde, o que tende a conferir uma especificidade na construção do *policymaking* administrativo em um hospital por meio de uma "burocracia" hierarquizada de *experts*, que se institucionaliza ao longo do tempo por caminhos culturais relacionais que reafirmam e

legitimam a própria assimetria de poder na estrutura diária de trabalho.

Os esforços para colocar todas as culturas de uma instituição de saúde num único e rígido esquema de etapas não são, entretanto, eficientes, embora se manifeste presente uma hierarquia nítida de interesses, por onde prevalece o direcionamento da formação das culturas.

Nesse sentido, os critérios culturais existentes no interior da organização hospitalar acabam por justificar o entendimento de que os hospitais são organizações profissionais estratificadas por relações de dominação, onde o exercício tradicional do poder se manifesta pela posição técnica de cada funcionário.

A investigação sobre as características e traços das culturas em um hospital revelam que estas não são algo acabado, fechado, ou estagnado, mas antes, são dinâmicas e moldadas pelas relações de poder. De fato, a principal vantagem de estudá-las é por contribuírem para o entendimento do *policymaking* administrativo e dos processos de comunicação e aprendizagem por que passam um hospital.

A CORRELAÇÃO ENTRE CULTURA ORGANIZACIONAL HOSPITALAR E O SEU DESEMPENHO

Entre os fatores que explicam o baixo desempenho das organizações de saúde são tradicionalmente identificados duas ordens de problemas, primeiramente em *nível institucional* encontram-se presentes os problemas de financiamento, de desenho institucional e o sistema de prestação de contas dos profissionais de saúde, e secundariamente em *nível sistêmico* encontra-se presentes os argumentos de crise dos modelos assistenciais em saúde no mundo.

A hipótese sugerida pelo artigo é que as variáveis culturais institucionalizadas têm peso significativo na determinação da baixa eficiência hospitalar, não desprezadas as influências anteriores de ordem institucional e sistêmica, que contribuem na definição relacional da cultura organizacional.

Tradicionalmente, a estrutura física e tecnológica e a estrutura econômico-política de financiamento têm sido os componentes considerados mais importantes para a performance das organizações hospitalares, entretanto, os processos simbólicos ligados à prática institucional dentro de um hospital, ou seja, a *cultura organizacional*, podem ter um papel significante.

Diz Barley (1986) que a estrutura cultural de uma organização influencia o desempenho dos profissionais e estes influenciam também a estrutura. Dentro deste enfoque, sabe-se que é necessário resgatar o saber dos profissionais que desempenham suas funções no setor de serviços de saúde e proporcionar para que tenham disponibilidade de uma estrutura de trabalho adequada, flexível, para atender as suas necessidades.

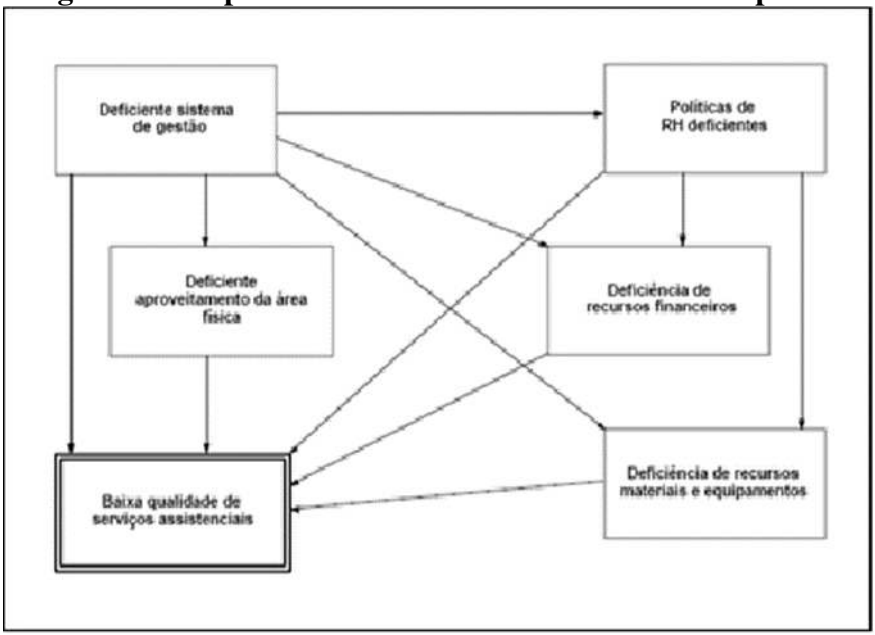
Existe, ainda, a necessidade de encontrar as *causas das falhas* dos processos de produção hospitalares, buscando mecanismos de comunicação para prevenção das mesmas e para melhorar a alocação de recursos para esses serviços e consequentemente reduzindo custos.

Segundo Lanzer *et al.* (1995), os processos organizacionais são afetados por vários fatores e cada fator é ainda influenciado por outros tantos. O mesmo acontece no ambiente interno da organização, há influência de uma multiplicidade de fatores sobre os processos produtivos, o que torna os processos variáveis.

Essa variabilidade merece monitoração e a identificação de pontos de controle ou gargalos, uma vez que existe uma eminente possibilidade de fatores culturais estarem atuando. No setor saúde

esse aspecto merece uma atenção especial, pois como sugere Santos (1995), talvez em nenhuma outra área da atividade humana a conceituação da qualidade e sua aplicação seja tão importante, uma vez que a falha de procedimentos traz consequências sérias, expondo ao risco o usuário.

Figura 1 – Mapa de Problemas em um Ambiente Hospitalar



Fonte: Lima-Gonçalves (2002).

O primeiro problema cultural a ser discutido são as barreiras de comunicação nas organizações de saúde, que têm tornado difícil aos recursos humanos se debruçarem sobre seus resultados para avaliá-los e posteriormente discuti-los, pois partem da premissa de que sempre fazem o melhor que pode ser feito. Este problema cultural tem a ver com algum grau de autoritarismo e com aspectos

de corporativismo, pois assume a assimetria na relação equipe/paciente, ou mais frequentemente, médico/paciente (CARAPINHEIRO, 1993).

A expressão "máfia de branco" não é nova e esconde falhas, onde se espera dos profissionais que se protejam ou pelo menos não denunciem; e por outro lado, justifica que se tomem decisões em nome dos pacientes, que se privilegiem algumas categorias profissionais em detrimento de outras e que se assuma os hospitais (pelos menos alguns deles) como organizações médicas, em detrimento do conceito mais amplo, de organizações de saúde.

Isto de alguma maneira explica que há hospitais em que se consegue modificar a cultura de todas as áreas com maior ou menor facilidade, por vezes sendo necessário um refluxo das iniciativas (PICCHIAI, 1998).

Esta mesma cultura do corporativismo faz com que se justifiquem algumas dificuldades presentes na gestão em saúde, uma vez que a autonomia na liderança do grupo profissional nuclear e a presença ativa dos profissionais de base operacional, em uma situação de problemas de comunicação, podem criar uma série de atritos que dificultam as ações de coordenação.

De fato, observa-se que pelo menos duas áreas dos hospitais usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não se curvando aos ditames da organização (a enfermagem e o corpo médico), o que consequentemente causa ineficiências na alocação de recursos, ampliando um gap financeiro ou de custos entre planejado e efetivo.

As instâncias superiores da hierarquia representam estruturas administrativas, nas quais os profissionais influenciam, por força da organização descentralizada e motivados pelo interesse de adquirir controle coletivo sobre decisões administrativas que os afetam. Ademais, existem nessas organizações recursos comuns

significativos, incluindo atividades de apoio, que justificam o movimento da base para o topo da hierarquia, razão por que a organização profissional hospitalar já teria sido denominada pirâmide invertida.

A cultura da verticalização nas relações profissionais manifesta-se pela existência de diferenças na valorização social oferecida aos trabalhadores e pela centralização das decisões que interferem no processo organizativo, representação de práxis autoritária.

A falta de metodologias de avaliação hospitalar dificulta o desenvolvimento do perfil de cada hospital, principalmente a visualização de todas as suas deficiências e os danos que decorrem destas aos pacientes e profissionais. O problema está, na verdade, na ineficiência do próprio processo de avaliação hospitalar, pela falta de instrumentos e normas e na cultura que se sedimenta na organização, permitindo comportamentos que tradicionalmente são conhecidos na literatura econômica como oportunistas e conspiram contra a eficiência do sistema.

Todos esses problemas culturais impactam de uma maneira ou de outra segundo uma correlação com o desempenho institucional e financeiro das instituições de saúde seja devido à má alocação de recursos ou ineficiências oriundas da assimetria de informações ou de comportamentos oportunistas, que dificultam as ações de coordenação, correspondendo a maiores gastos.

A identificação dos incentivos culturais de modelagem das organizações hospitalares e do comportamento dos profissionais é um insumo chave para a formulação de políticas internas de mudança cultural e promoção de novas instituições que se ponham em prática. Isso é importante aos funcionários diretamente ligados à administração hospitalar e aos diretores de hospital, não só porque existe uma percepção generalizada de que determinadas

configurações de cultura organizacional estão afetando sensivelmente o desempenho hospitalário, senão porque ademais se relacionam de maneira sinérgica com outras variáveis institucionais e financeiras.

POLÍTICAS CULTURAIS DE GESTÃO E PLANEJAMENTO

As organizações de saúde, identificadas na tipologia de Mintzberg (1982), como organizações profissionais, ainda são em grande número gerenciadas por profissionais da área da saúde, com pouco ou nenhum conhecimento administrativo. Este fato tem acarretado grandes dificuldades à sobrevivência destas instituições.

No dia a dia, a imprensa tem divulgado as condições dos hospitais públicos e privados nas diferentes regiões brasileiras: falta de leitos, superlotação, desperdício, sucateamento dos equipamentos, falta de recursos humanos qualificados, descontentamento da clientela interna e externa, entre tantos outros.

Para que uma organização hospitalar cumpra com efetividade sua missão, é imprescindível que suas ações decorram de um planejamento organizado e permanente, baseado nas políticas e diretrizes às quais a organização se vincula, no conhecimento das expectativas dos funcionários, e levando em conta as condições e os meios de que dispõe.

É preciso abandonar a cultura do planejamento ocasional, para adotar o planejamento como um exercício permanente e sistemático. Os exercícios de planejamento de ocasião podem até produzir bons resultados, mas, inexistindo uma consciência sobre a importância de se estabelecerem rumos precisos para a instituição, os projetos acabam por definhar, sem nunca resultarem em ações de melhoria, em relação ao futuro desejado para a organização.

Um planejamento que confira consistência à atuação da instituição deve se iniciar com as definições culturais da organização hospitalar o e fechar o seu ciclo com a definição de metas claras e específicas, que traduzam o conjunto cultural de aspirações institucionais em ações práticas, que lhe permitirão caminhar, de fato, na direção desejada. A partir de um primeiro ciclo de definições de valores, crenças, ritos, tabus, mitos, normas, sistemas de comunicação formal e informal e produtos ou artefatos visíveis, é preciso rever periodicamente o ambiente, as ameaças e as oportunidades que se apresentam, de forma a poder prever situações que possam vir a interferir no que foi planejado, o que possibilitará a revisão, tanto de estratégias, quanto de ações.

As organizações hospitalares e seus gerentes sofrem o impacto das transformações. A gerência desloca-se da prática de simples técnicas administrativas de controle para a incorporação de novas habilidades e atitudes na participação descentralizada. Estratégia, capacidade criativa e de inovação, habilidade de comunicação, de relacionamento e de negociação passam a ser atributos desses profissionais (CHERUBIN, 1997).

No contexto de uma análise estática e exclusivamente endógena, a importância dessa alta direção na definição do funcionamento, da missão e dos objetivos em um hospital continua a fazer parte inerente dos processos de gestão e planejamento organizacional, o que descaracteriza um possível ponto de paradoxo entre a definição estratégica vertical de políticas administrativas e o compartilhamento horizontal de informações e de espaços de participação, uma vez que o gerenciamento e o planejamento hospitalar têm que incorporar simultaneamente as horizontalidades e verticalidades relacionais do dia-a-dia do trabalho, e portanto a administração de relações de cultura, poder e participação.

Tabela 3 - Elementos de Composição da Cultura em Organizações Hospitalares

Valores	Correspondem a tudo aquilo que a organização considera importante para preservar, realizar e manter a imagem e o nível do sucesso desejado, como por exemplo, a importância da satisfação dos pacientes.
Crenças	Podem ser sentidas através do comportamento das pessoas e estão ligadas à busca de eficiência. Os ritos são as formas como são praticadas e perseguidas as crenças e metas planejadas no dia-a-dia.
Tabus	Referem-se às proibições impostas aos membros da organização e às orientações e fatos tidos como inquestionáveis. O fato de que os médicos devem receber salário superior ao dos subordinados constitui um exemplo.
Mitos Organizacionais	São gerados pela cultura existente e correspondem a expressões conscientes da mesma. Guardam relações com as crenças e valores professados, pois são cristalizações dos mesmos ao longo do tempo.
Normas	São regras escritas ou não que direcionam a forma como as pessoas devem proceder para que a organização alcance os seus objetivos, sendo aceitas ou não, dependendo da coerência em relação às expectativas e aspirações.
Comunicação formal	É a comunicação sistemática entre a organização e o ambiente externo e interno, feita através de comunicados, entrevistas, memorandos, ofícios, textos, etc.
Comunicação informal	É a comunicação assistemática que não está sujeita a normas ou controles, ocorrendo por meio de relações interpessoais de forma subjetiva e sem controles externos.
Produtos ou artefatos visíveis	Referem-se ao ambiente construído da organização hospitalar, os comportamentos e resultados visíveis do *staff* de trabalho, documentos públicos, que embora sejam visíveis são de difícil interpretação

Fonte: Elaboração própria. Baseada em Tavares (1996).

Para Todescati (1996), a capacidade inerente da organização de aprender continuamente sobre seu próprio ambiente, a fim de produzir reações apropriadas e mobilizar recursos para competir,

acenam a necessidade de se administrar uma cultura organizacional global. Isto é, uma visão multidimensional, que implica mudanças na participação e na comunicação, pois organizações flexíveis e pessoas abertas são fatores primordiais para o sucesso da implantação dessas mudanças. Entende-se, então, que as instituições que buscam aperfeiçoamento, não devem estar restritas ao processo/produto e à satisfação do cliente externo, mas contemplar também a qualidade da gerência, a qualidade de vida da sua força de trabalho, na comunidade onde se instala, sem perder de vista os ideais do bem comum.

Para que as ações resultantes de um planejamento se realizem, concretizando a implementação de uma "gestão cultural", é imprescindível que cada servidor tenha plena consciência da missão institucional e pleno conhecimento dos resultados globais desejados, de forma a poder identificar qual é o espaço de sua contribuição individual para que esses resultados sejam alcançados.

Em simultâneo à comunicação e ao planejamento interno, existe um processo de conscientização, diálogo e negociações que se faz necessário com os canais de poder ou influência que estão propriamente fora dos hospitais, os Conselhos Profissionais, pois estes impactam diretamente sobre as ações diárias em uma organização de saúde por meio dos interesses de classe e dos padrões profissionais de conduta individuais a cada profissão, o que pode acabar pulverizando em várias partes uma possível missão coletiva de um hospital devido aos diferentes objetivos que atravessam a missão da organização, por vezes a não considerá-la como algo do coletivo.

Dois fatores críticos para garantir o sucesso e a continuidade de uma efetivação cultural em uma instituição de saúde são a valorização dos funcionários e a comunicação, que devem ser garantidas, não só pela remuneração, mas sobretudo, pelo compartilhamento das informações, por investimento permanente

em capacitação e pela disponibilidade de um espaço de participação, integrando-os ao processo de planejamento, no que diz respeito à elaboração de metas, definição de indicadores e concepção dos planos operacionais.

A centralidade da alta administração se faz não mais pela exclusividade na definição de variáveis para o funcionamento de um hospital, mas antes se faz pela sua capacidade de coordenar a aprendizagem cultural da organização por meio de espaços de participação e comunicação dos funcionários de base, uma vez que a liderança nessas áreas promove um aproveitamento mais eficiente do gerenciamento no contexto hospitalar.

Em primeiro lugar, um indivíduo compromete-se com aquilo que conhece e o comprometimento será tão intenso quanto maior for sua participação na definição e no planejamento do que se pretende atingir. Assim, uma vez definidas pela alta administração da instituição as questões estratégicas, como missão, visão de futuro e objetivos de desempenho financeiro, por meio de seu aprendizado horizontal junto aos funcionários, é sua responsabilidade compartilhar essas informações com funcionários, para que todos tenham plena consciência do rumo a ser seguido e o seu papel nessa definição estratégica. Ademais, os objetivos institucionais precisam ser traduzidos em metas para cada unidade administrativa da organização hospitalar, de forma a que toda a instituição participe da construção dos resultados desejados.

Em segundo lugar, ao ser evidenciado que o sucesso das organizações hospitalares depende em grande parte dos recursos humanos, torna-se necessário uma política de construção de um ambiente com fácil comunicação, que encoraje e torne possível às pessoas se comportarem de maneira a contribuir para um eficiente desempenho individual e também da organização, uma vez que a fragilidade dos sistemas de informação (médico e administrativo) é muito mais um problema cultural institucionalizado que uma

especificidade qualquer nos hospitais, pois é típico de constatação que os produtores dos fatos de onde se retiram os dados que se tornam informações estão muito distantes, na estrutura organizacional, física e hierárquica, daqueles que trabalham os dados e os transformam em informações.

Nesses dois contextos, a demanda por soluções eficazes a custos aceitáveis exige das organizações cada vez mais criatividade, manipulação e integração de conhecimentos multidisciplinares. Senge (1992) afirma que o aumento da complexidade e da dinâmica dos trabalhos induz a necessidade de associar o trabalho à aprendizagem. Em outras palavras, a adoção da aprendizagem nas organizações apresenta condições de adaptá-las a um ambiente complexo, turbulento e competitivo.

É primordial ressaltar que o sucesso da organização de aprendizagem é dependente da integração sistêmica das pessoas por meio da criação de canais confiáveis de comunicação. Possivelmente, tal empreendimento pode se basear em uma cultura organizacional adaptativa e norteada pela busca de ajuste ao ambiente.

Segundo Kotter e Heskett (1994), culturas adaptativas tem como um de seus valores essenciais a profunda consideração pelos clientes e empregados, o que possibilita que tendências sejam apreendidas e iniciativas sejam tomadas na promoção de mudanças necessárias, ainda que implicando em assumir algum risco.

> A literatura trata separadamente as dimensões cultura e aprendizagem, ao contrário do que ocorre na organização. Estas componentes presentes no ambiente organizacional têm a propriedade de permear e compartilhar o mesmo espaço, oferecendo entre si informações que podem modificar as práticas em uso na organização, assim, a cultura organizacional

> referência a construção de um conjunto de valores, crenças, símbolo e fatos sociais, consoantes na evolução histórica da organização. A aprendizagem organizacional por sua vez se apresenta como uma clara referência à disseminação de conhecimentos na organização (PIVETA, 2004, p. 54-55).

É fundamental lembrar a importância de ações concretas para a criação de um clima organizacional favorável à cultura adaptativa por meio de canais de comunicação para a aprendizagem, uma vez que esta permite o desenvolvimento de aprendizagem organizacional permeada pelo trabalho em equipes, sendo compatível com as necessidades da organização hospitalar para enfrentar um ambiente mais dinâmico.

OS 3 CS - CULTURA, COMUNICAÇÃO E COORDENAÇÃO

Quando se fala em cultura, se fala em premissas, em crenças existentes a nível consciente e inconsciente que direcionam a atitude das pessoas, pois, como a organização é um sistema de atividades ou forças em coordenação consciente, de duas ou mais pessoas, a cultura em uma organização é o conjunto de valores e premissas segundo as quais seus membros tendem a pensar, agir e se relacionar.

Na medida em que as decisões organizacionais práticas e sensatas forem provenientes de um conjunto de ideais coerentes e integradas às culturas hospitalares, elas têm maior probabilidade de obter êxito a longo prazo, pois há consistência no compartilhamento de comunicação e de valores.

A cultura bem planejada dá mais liberdade ao indivíduo, uma vez que não é preciso dizer a ele o que é importante e o que não é,

haja vista que o funcionário leva como bagagem intrínseca o conjunto de valores aprendidos que deve nortear sua ação.

A comunicação, portanto, é uma pilastra de aprendizagem para a coordenação cultural, de onde decorre a funcionalidade maior ou menor para a diminuição de custos de transação dentro de da organização hospitalar.

Quanto mais eficientes os canais de comunicação em um hospital, maior a capacidade de aprendizagem das culturas internas e, portanto, maior é o potencial de amplitude de controle e coordenação sob a organização, com mais subordinados por chefe e consequentemente, um número menor de níveis hierárquicos.

Um elemento crítico em um hospital é o modelo de comunicação adotado, pois as escolhas que o núcleo duro administrativo toma desempenham um papel importante ou não para a integração interfuncional das atividades realizadas pelos funcionários de base.

O empoderamento dos canais de comunicação representa uma importante experiência de abertura de espaços para o diálogo e para o maior comprometimento dos funcionários com as necessidades do paciente e da própria organização hospitalar, pois consiste em uma estratégia de aprendizagem contínua, fundamental para implementar as mudanças necessárias na administração hospitalar.

> Sabendo que a ausência de comunicação ou de troca de informações não gera comprometimento, a comunicação assume, nesse contexto, um importante papel. Ao proporcionar a reunião das partes distintas da organização, ela se faz presente na constituição de relações de responsabilidade, confiança e credibilidade e, principalmente, no planejamento de ações que vislumbram o alinhamento do pensamento do

> empregado ao do empregador (SOUZA; FOSSA, 2006, p. 02).

Como muitas vezes a administração tradicional dos hospitais não tem canais bilaterais de comunicação entre o núcleo duro da gestão e planejamento e os funcionários de base, é recorrente o entendimento de que esta forma de gerenciar contribui para o não atendimento das necessidades reais do paciente, por estar muito focado nas necessidades financeiras da organização, gerando conflitos e insatisfações nas equipes médicas e de enfermagem, e em muitas poucas vezes gerando reais situações de redução de custos.

Segundo Trevizan *et al*. (1998), no âmago da nova liderança gerencial está a capacidade de comunicar, o que torna a comunicação fundamental para o exercício da aprendizagem, para a coordenação das atividades grupais e, portanto, para a própria efetivação do processo de gestão e planejamento nos hospitais.

Por um lado, a comunicação é um recurso que permite à liderança do *core-set* administrativo aproximar-se dos funcionários de base com o intuito de compreender as atividades de cada um, compartilhar ideias e visões, apreender as variáveis que funcionam bem e as que não funcionam, bem como criar interdependências para o corte das ineficiências, para a gestão de melhorias contínuas e para o desenvolvimento do trabalho através de equipes.

Por outro lado, o aumento da comunicação no "chão do hospital" tem importância para o aumento da eficiência operacional diante das situações de aprendizagem na relação profissional-paciente, quando há um processo de troca de informações entre os pacientes e os médicos e enfermeiros. O aprendizado a partir da comunicação seria muito mais uma habilidade instrumental adquirida no processo diário dos profissionais de saúde, do que

propriamente uma proposta explícita na maioria dos cursos de formação vivenciados por eles (ROSSI; BATISTA, 2006).

Partindo-se do entendimento de que a comunicação é uma habilidade que tem espaço de ampliação no processo de gestão hospitalar, torna-se importante na formação profissional haver propostas mais explícitas de aprendizagem de comunicação em nível horizontal (relações entre profissionais de base e pacientes) e em nível vertical (relações entre profissionais de base e gerência).

A comunicação em um ambiente integrado por determinada cultura fica extremamente facilitada diante de interlocutores que compartilham valores, ideias e até um jargão particular, tribal. Também na comunicação com o exterior da estrutura deverá ser percebida certa coerência entre as atitudes de diferentes membros da mesma organização.

Em um estudo sobre as formas hierárquicas, as redes de comunicação e as percepções da cultura organizacional, Nelson (2003) identificou que nos hospitais as redes de comunicação têm um impacto mais eficiente no aproveitamento das subculturas à políticas hierárquicas unidirecionais de comando, pois estas últimas, muitas vezes, limitam o impacto da aprendizagem das redes de comunicação e portanto a própria transformação cultural em um hospital.

As realidades organizacionais contemporâneas têm procurado cada vez mais liberar a criatividade comunicacional e a inovação através da adoção de medidas que visam ao desenvolvimento do potencial e da capacidade das pessoas, ou seja, de seu capital humano. Neste sentido a cultura da organização hospitalar é capaz de exprimir uma visão que inspire e fortaleça todos na instituição.

É preciso mudar culturas que impactam negativamente no desempenho institucional e financeiro e, para isto, é necessário

administrar recursos humanos de forma ampla, com um planejamento adequado ao longo de todo o tempo em que o funcionário fizer parte da organização. É preciso considerar, sobretudo, que estes recursos tão importantes das instituições de saúde sejam não apenas o pessoal que nelas trabalha, mas sim a própria organização.

> A estratégia de mudança cultural exige dos agentes mobilizadores deste processo, em especial dos gestores, que atentem para a rapidez do processo, a duração e a extensão das mudanças. Há necessidade de pessoas que saibam como conduzir em situações de crises e de conflitos, saibam se comunicar e que tenham conhecimento técnico. Deve ser lembrado que no processo de implantação da reforma, deve-se gerir os paradoxos: a estabilidade e a mudança (MACEDO, 1996, p. 09).

Diante da constatação de que pouco se pode fazer ou influenciar sobre questões como a limitação de recursos, volume de atividades manuais, pouca previsibilidade e alta taxa de mudança dos procedimentos médicos, a questão da cooperação e por consequência da coordenação tomam importância crescente para o aumento da produtividade através dos recursos existentes.

Atuar sobre a cultura significa atuar sobre o componente humano da organização - o principal fator no esforço da melhoria da qualidade dos processos. A constância de propósito na coordenação de um esforço contínuo de melhoria só é possível se a preocupação com qualidade for um dado cultural da organização. Uma cultura moderna, menos hierárquica, mais horizontal, permite a propagação da "voz do cliente" interno (funcionários) e externo (pacientes), isto é, de suas necessidades e aspirações, de maneira mais adequada.

Borba e Rodrigues (1998) apontam que os sistemas hospitalares possuem duas alternativas para se adaptarem aos anseios de seus clientes: aumentar a capacidade disponível ou aumentar a produtividade do sistema existente.

Mas quais são os mecanismos e ferramentas para atuar na cultura organizacional? É um ponto extremamente controverso. Atuar sobre valores e crenças das pessoas é difícil e pode dar resultados opostos aos esperados. Não obstante, é questão de competência gerencial direcionar o perfil cultural no sentido de municiá-lo de características que levem ao alcance dos mais altos objetivos do sistema.

À GUISA DE ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Existem características culturais favoráveis à sobrevivência e ao desenvolvimento das instituições de saúde e características desfavoráveis, independendo do caso, o desenvolvimento espontâneo de uma cultura própria afeta o comportamento dos indivíduos e, portanto, o resultado alcançado pelo sistema.

A importância da comunicação em uma organização de saúde reside na sua capacidade direcionar o aprendizado organizacional dentro do sistema hospitalar, ao corroborar para a mudança de forma na cultura, uma vez que todo grupo humano submetido a influências específicas e a certo grau de isolamento tende a desenvolver uma série de características comportamentais e de hierarquização de valores que o caracterizará.

A mudança de cultura organizacional é um processo difícil e lento, mas as modificações radicais, como as decorrentes do processo de reforma, facilitam o nascimento de uma nova cultura. [...] Assim, a cultura pode ser modificada através a avaliação de

normas, de comportamentos, nos momentos de crise e de conflitos e o gestor, pelo seu poder dentro da organização, é um agente que pode influenciar o surgimento de uma nova cultura. A cultura organizacional pode então ser gerenciada e modificada através do aprendizado da organização, dependendo, no entanto, a sua velocidade e cristalização, das circunstancias e momentos e, principalmente, da definição clara da vontade da organização em definir sua filosofia, sem que isto signifique mecanismo de dominação" (MACEDO, 1996, p. 08).

Diante da escassez de mecanismos que permitam às organizações hospitalares sistematizar e praticar suas ações de gerencialmente cultural é sugerida a instrumentalização de critérios simples de análise e prática no caminho de desvendamento das culturas de uma organização.

Dentro dessas premissas, um instrumento adequado às exigências de facilidade é a proposta de Fleury (1996), que é baseada em 5 fases de encadeamento lógico e está totalmente centrada na em critérios de entendimento da cultura que se articulam sob uma base sistêmica e contínua.

Após o mapeamento cultural da organização, a implantação de um plano de gerenciamento ou de mudança da cultura organizacional de um hospital precisa ser entendida como o resultado da soma de vários esforços coletivos, apesar de engendrado por uma gerência, o que reafirma a necessidade de comunicação, para que haja a busca pelo aprendizado e aprimoramento contínuo, na prática de novos padrões de conduta.

Os esforços de ajustar a cultura organizacional aos objetivos de um melhor desempenho na organização faz-se mister nas organizações hospitalares, porém deve-se ter claro que nem todas políticas que tenham esse fim melhorarão a eficiência do ambiente. As práticas culturais institucionalizadas nas condutas dos agentes

podem ser a maneira em que os profissionais se ajustam em presença de distorções introduzidas por restrições institucionais, cuja modificação pode estar fora do alcance dos gerentes e diretores de hospitais. Algumas destas distorções podem encontrar-se no desenho do sistema, nas normas relacionadas ao manejo dos recursos humanos e no grau de centralização das decisões.

Tabela 4 - Metodologia Propositiva de Estudo da Cultura Hospitalar

Histórico das Organizações	Recuperar o momento de criação da organização e sua inserção no contexto político e econômico: identificar o papel do fundador, presidente ou diretores que imprimiram a sua visão à organização; e investigar os incidentes críticos pelos quais passou a organização. Tais investigações permitem o levantamento das condições do ambiente em que a organização está inserida.
Processo de socialização dos novos membros	O momento de socialização é crucial para a reprodução do universo simbólico, pois os valores e comportamentos vão sendo transmitidos e incorporados pelos novos membros através de treinamentos e integração do indivíduo à organização.
Políticas de Recursos Humanos	As políticas de captação e desenvolvimento de recursos humanos, em seus processos de recrutamento, seleção, treinamento e desenvolvimento, bem como as políticas de remuneração e carreira desempenham um papel fundamental no sentido de decifrar os padrões culturais da organização.
Processos de comunicação e de decisão	É preciso identificar tanto os meios formais orais e escritos como os meios informais. Tal exercício permite desvendar as relações entre categorias, grupos e áreas da organização.
Organização do processo de trabalho	É necessário investigar, no plano concreto de trabalho, como se efetivam as relações entre os agentes, não bastando uma análise superficial do organograma hierárquico. A análise de como se organiza o processo de trabalho permite a identificação das categorias presentes na relação de trabalho, subsidiando ainda o mapeamento das relações de poder existentes na organização.

Fonte: Elaboração própria. Baseada em: Fleury (1996).

É importante não perder de vista os efeitos sobre a eficiência, eficácia e equidade na hora de desenhar as políticas de gerenciamento e ajustamento da cultura organizacional, pois eliminar "desvios culturais" não é um fim em si mesmo, senão um meio através do qual se busca incrementar a produtividade e a qualidade dos serviços oferecidos pelas instituições de saúde, de forma que se possa alcançar melhores impactos no desempenho financeiro.

REFERÊNCIAS

ABDALA, E. C.; SOUZA, D. A.; CASTRO, J. S.; SOARES, M. L. S. P.; SILVA, F. "A Gestão Orientada por Processos: Um Estudo de Caso em uma Organização Hospitalar Brasileira". **Anais do III Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. Resende: AEDB, 2006.

BARLEY, S. R. "Tecnology as an Occasion for Structuring: evidence from observations of CT scanners and the social order of Radiology Departments". **Administrative Science Quaterly**, vol. 31, 1986.

BITTAR, O J. N. V. "Indicadores de qualidade e quantidade em saúde". **Revista de Administração em Saúde**, vol. 3, n. 12, 2001.

BORBA, G. S.; RODRIGUES, L. H. "Pesquisa do conhecimento e Viabilidade da utilização de simulação computacional nos hospitais da região metropolitana de Porto Alegre". **Revista Eletrônica de Administração – REAd**, 1998.

CARAPINHEIRO, G. **Saberes e poderes no hospital**: uma sociologia dos serviços hospitalares. Porto: Edições Afrontamento, 1993.

CASAS, A. L. L. **Qualidade Total em Serviços**: conceitos, exercícios, casos práticos. São Paulo: Atlas, 1994.

CASTELAR, R. M; MORDELET, P.; GERABOIS, V. (coords.) **Gestão hospitalar**: um desafio para o hospital brasileiro. Rennes: Editions ENPS, 1995.

CHERUBIN, A. U. "Administração Hospitalar rumo ao 3º milênio". Revista O mundo da Saúde, vol. 21, n. 3, 1997.

FLEURY, M. T. "O desvendar da cultura de uma organização: uma discussão metodológica". *In*: FLEURY, M. T.; FISCHER, R. M. (orgs.). **Cultura e poder nas organizações**. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

KATZENBACH, J. R.; SMITH, D. K. **A força e o poder das equipes**. São Paulo: Editora Makron Books, 1994.

KOTTER, J. P.; HESKETT, J. L. **A cultura corporativa e o desempenho empresarial**. São Paulo: Editora Makron Books, 1994.

LANZER, E. A.; PEREIRA, M. F.; SILVEIRA, J. T. "Dimensionamento de Eficiência Produtiva de Unidades Hospitalares Utilizando Análise de Envelopamento de Dados (DEA)". **Revista Brasileira de Administração Contemporânea**, vol. 1, n. 7, 1995.

LIMA-GONÇALVES, E. “Condicionantes internos e externos da atividade do hospital-empresa”. **Revista de Administração de Empresas - RAE Eletrônica**, vol. 1, n. 2, 2002.

MACEDO, J. N. “Cultura Organizacional e Gestão Descentralizada do SUS”. **REAd – Revista Eletrônica de Administração**, vol. 2 n. 3, 1996.

MACHADO, V. B.; KURCGANT, P. “O processo de formação de cultura organizacional em um hospital filantrópico”. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, vol. 38, n. 3, 2004.

MAGALHÃES, E.; GOMES, L.; MAGALHÃES, E. “Uma Análise do Processo de Formulação e Implementação de Mudança Organizacional: O caso de um instituto de previdência complementar e plano de saúde”. **Anais do III Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia**. Resende: AEDB, 2006.

MARINHO, A. “Estudo de eficiência em alguns hospitais públicos e privados com a geração de rankings”. **Textos para Discussão – IPEA**, n. 794, 2001.

MARTIN, J. **Cultures in organizations** – three perspectives. Oxford: Oxford University Press, 1992.

MINTZBER, H. **The rise and fall of strategic planning**. New York: Prentice-Hall, 1994.

MINTZBER, H. **Structure et dinamigue des organizations**. Paris: Les Éditions d’organization, 1982.

MORGAN, G. **Imagens da organização**. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

NELSON, R. E. "On the Nonhierarchical Nature of Managerial Hierarchies: Formal Structure, Verbal Networks, and Culture in Four Hospitals". **Proceedings of the Iberoamerican Academy of Management**. São Paulo: FGV, 2003.

PAIVA, W. P.; SAMPAIO, J. R. "Cultura organizacional no setor de higiene e beleza: Um estudo de caso". **REAd – Revista Eletrônica de Administração**, vol. 9, n. 5, 2003.

PICCHIAI, D. "Mudança em instituições hospitalares: análise do processo e estudo da ação do administrador hospitalar". **Relatório NPP EAESP/FGV**, n. 4, 1998.

PIVETA, J. R. **Cultura e aprendizagem organizacionais**: Um estudo de caso no segmento administrativo do hospital regional de Taguatinga-DF (Dissertação de Mestrado). Florianópolis: UFSC, 2004.

QUINN, J. B. **Empresas Muito Mais Inteligentes**. São Paulo: Makron Books, 1996.

RIGOBELLO, L. M. M.; FORTUNA, C. M.; RIGOBELLO, L. X.; PEREIRA, M. J. B.; DINIZ, S. A. "Processo de comunicação em grupos de aprendizagem: uma experiência multiprofissional". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 6, n. 4, 1998.

RODRIGUES FILHO, J. "Método de pagamento hospitalar no Brasil". **Revista de Administração Pública**, n. 24, agosto/outubro, 1990.

ROSSI, P. S.; BATISTA, N. A. "O ensino da comunicação na graduação em Medicina - Uma abordagem". **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, vol. 10, n. 19, 2006.

SANTOS, E. G. "Qualidade Hospitalar e Segurança para o Paciente". **Revista CQ-Qualidade**, n. 36, maio, 1995.

SENGE, P. M. **A Quinta Disciplina** - Arte, teoria e prática da organização de aprendizagem. São Paulo: Editora Best Seller, 1992.

SOUZA, L. E. M.; FOSSA, M. I. T. "Comunicando com Relações Públicas – uma proposta de comunicação estratégica para o fortalecimento do comprometimento organizacional". **UNIrevista**, vol. 1, n. 3, 2006.

TAVARES, F. P. "A cultura organizacional como instrumento de poder". **Caderno de Pesquisas em Administração**, vol. 1, n. 3, 1996.

TODESCATI, E. R. **Mudanças nas Organizações**. Florianópolis: UFSC, 1996.

TREVIZAN, M. A.; MENDES, I. A. C.; FÁVERO, N.; MELO, M. R. A. C. "Liderança e comunicação no cenário da gestão em enfermagem". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 6, n. 5, 1998.

VASSALO, C. "Por que os preços cobrados pelos hospitais brasileiros são tão altos?" **Revista Exame**, n. 19, maio 1997.

CAPÍTULO 3

Análise sobre Auditoria como Ferramenta nos Serviços de Saúde

ANÁLISE SOBRE AUDITORIA COMO FERRAMENTA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Lorena Varoni Pereira Ribeiro

Para compreender a contextualização dos temas discutidos, Segundo Veroni (2016), vale ressaltar que o processo histórico da saúde brasileira está ligado à própria história do país, não havendo planos de implantação da colonização portuguesa, mas sim de exploração. Como resultado, todos os serviços básicos foram abandonados para criar uma nova comunidade no país.

Durante os tempos coloniais, o tratamento de doenças por terapeutas ou centros de saúde associados à igreja ou aos militares era limitado às classes altas da sociedade. Com a chegada da Corte real ao Brasil, a discussão da medicina começa com a criação da primeira escola.

No entanto, tornou-se realidade quando as preocupações com a saúde começaram a afetar os negócios da classe alta do país. Dessa forma, foram criadas as unidades médicas que passaram a acompanhar o desenvolvimento das casas de misericórdia, hospitais e campanhas de imunização, especialmente Fiocruz e Oswaldo Cruz, considerados marcos para todos os cuidados de saúde no Brasil. A compreensão da sociedade sobre essa prevenção não acontece de forma amigável e exige uma intervenção militarista no que se convencionou chamar de “revolta das vacinas”. No entanto, apesar da campanha de prevenção da doença, a política de saúde da cidade era profundamente falha, limitando-se a uma solução de "limpeza" da sociedade, concentrando os pobres nos morros e aldeias fora da cidade (PIRILLO, 2008; LAZZARIS, 2009).

No século XX, com o advento da era Vargas, a discussão do direito à saúde emergiu de forma coletiva entre grandes segmentos da sociedade, cujos trabalhadores firmavam contratos formais com base em contribuições sindicais para obter saúde por meio de institutos de pesquisa. Aposentadoria e Pensão dos Marinheiros (IAPM), junho de 1933, Trabalhadores Comerciais (IAPC), maio de 1934, Bancários (IAPB), julho de 1934, Trabalhadores Industriais (IAPI), dezembro de 1936 categoria Anos Seguintes. Em fevereiro de 1938, foi criado o Instituto Nacional de Previdência e Assistência ao Serviço Público (IPASE). A presidência destes órgãos é exercida por pessoa livremente designada pelo Presidente da República (PONTE; REIS; FONSECA, 2010).

A partir de 1945, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP) ampliaram seu campo de atuação e passaram a incluir serviços nas áreas de alimentação, habitação e saúde. Essa expansão de funções não foi acompanhada das reformas necessárias em sua gestão financeira, o que posteriormente causou sérios problemas. A falta de planejamento central também é a razão das graves disparidades na qualidade do atendimento prestado às diferentes categorias de especialidades profissionais.

Em novembro de 1966, todas as instituições que atendiam aos trabalhadores do setor privado foram incorporadas ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Mas desde 1988, pela constituição federal, todos têm acesso gratuito à saúde por meio de hospitais públicos. Nessa época, também teve início a proposta do Ministério da Saúde para a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (2016).

> O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado mundialmente como um dos maiores sistemas públicos de saúde. Ele abrange desde o simples atendimento ambulatorial até o transplante de órgãos,

> garantindo acesso integral, universal e gratuito para toda a população do País. Amparado por um conceito ampliado de saúde, o SUS foi criado em 1988 pela Constituição Federal Brasileira, para ser o sistema de saúde dos mais de 180 milhões de brasileiros.

No entanto, apesar das iniciativas políticas do programa, o acesso público à saúde não existe em muitos países, o sistema de atendimento no Brasil em algumas regiões são sobrecarregados e escasso, no qual parte significativa da sociedade fica sem assistência da agência.

Partindo desse princípio, o estudo tem como objetivo analisar a importância da auditoria médica como ferramenta nos serviços. Do ponto de vista da abordagem sistêmica e da análise de conteúdo, os métodos utilizados são descritivos e exploratórios, começando pela revisão bibliográfica.

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

Para refletir sobre a análise da gestão dos serviços de saúde no brasil, quanto a qualidade e avanço da saúde do país, é fundamental pontuar alguns aspectos essenciais da construção história do sistema público de saúde no Brasil.

No Brasil, o artigo 196 da Constituição Federal de 1988 enfatiza que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, por meio de políticas sociais e subsidiárias que visem à redução do risco de adoecimento e outras exacerbações e acesso a ações universais e serviços, para promover, fornecer e restaurar".

Nessa perspectiva, Gasparetto Júnior (2012) cita que a Organização Mundial da Saúde define saúde pública como o ato de prevenir doenças, prolongar a vida, promover a saúde e a eficiência física e mental por meio de esforços comunitários organizados. Compete ao Estado promover uma série de medidas adequadas ao desenvolvimento de estruturas sociais capazes de proporcionar as condições de saúde necessárias a todos os indivíduos da sociedade (BRASIL, 2010).

Com relação a história da saúde no Brasil, Costa Júnior e Costa (2014) comentam que estimulado pelo advento da corte real no século XVI, que o Brasil começou a implementar políticas públicas de saúde. No entanto, os serviços e tratamentos prestados por tais implantes são alvo de preconceito e medo por parte de um segmento da população que prefere ser atendido pelos curandeiros da região.

Em consonância com a pesquisa, Lopes (2011) cita que de fato o desenvolvimento da saúde pública e da enfermagem no Brasil tem suas origens no surgimento da Corte Real de Portugal, que remonta a 1808, quando as duas primeiras escolas médicas do país (Colégio Médico-Cirúrgico do Real Hospital Militar de Salvador e Rio de Cirurgia de Janeiro), principalmente pela saúde e bem-estar da nobreza (SANTOS, 2005).

A saúde pública brasileira em seu contexto histórico começa com a desconfiança popular, que é vista como muito limitada e ineficaz. De fato, tanto a saúde pública quanto a enfermagem têm esse aspecto porque as sociedades sempre foram culturalmente autocuradas. Os avanços no desenvolvimento da saúde ganharam novo contexto a partir das pesquisas de Emílio Ribas em São Paulo e Oswaldo Cruz no Rio de Janeiro, que desenvolveram medidas assistenciais e de enfermagem, como o isolamento de pacientes, dentro das escolas Pasteur, saneamento, destruição de portadores biológicos e proteção de portadores de saúde. Essas medidas dão

uma dimensão coletiva à atenção à saúde no Brasil (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Reforçando Gasparetto Júnior (2012) destaca que Oswaldo Cruz e Carlos Chagas contribuíram significativamente para a saúde pública no Brasil, ressaltando que além desses cientistas é importante destacar o papel do Instituto Vital Brasil, Butantã ou Adolfo Lutz, pois essas entidades fazem parte do setor de saúde pública brasileiro como exemplos concretos de ações capazes e meritórias priorizando o combate e o tratamento de doenças.

Portanto, pode-se dizer que as contribuições de Osvaldo Cruz, Carlos Chagas e Adolfo Lutz para a saúde pública brasileira são extremamente importantes por suas muitas descobertas e conquistas que beneficiam a saúde pública brasileira. Outra contribuição fundamental para a saúde criando em meados do século XIX, foi o Instituto Butantã, pioneiro no combate à eclosão da Peste Negra, fato que deu origem ao Instituto Manguinhos (atual Fundação Instituto Oswaldo Cruz) ou Fiocruz), e as ações desses órgãos ainda levam a índices de acidentes com animais peçonhentos como cobras (BORGES, 2005).

Nesse contexto histórico, não se pode deixar de destacar o envolvimento de entidades filantrópicas de cunho religioso, como as Santas Casas de Misericórdia, que cuidam da saúde dos brasileiros, principalmente dos mais pobres (SANTIAGO, 2010). A filantropia tem incentivado os países a realizarem ações relacionadas à saúde de suas populações, lançando algumas ações de saúde diante de epidemias, como vacinação e ações básicas de saúde. Uma das primeiras ações do país ocorreu no final do século 19 e início do século 20 com uma campanha de vacinação em massa contra a varíola lançada pelo agente de saúde e saúde pública do Rio de Janeiro Oswaldo Cruz (CARVALHO, 2013).

Conforme Santiago (2010) por volta da década de 1940, o contexto histórico da saúde brasileira muda com as primeiras iniciativas de saúde pública que passar ser caráter emergencial, mediadas pelo governo central e organizadas pela Direção Nacional de Saúde Pública (DNSP). Essas medidas fazem parte da operação de vigilância do controle ambiental, que formou a estrutura de saúde pública com o surgimento dos Serviços Especiais de Saúde Pública (SESP), Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu) e a Superintendência de Campanhas (SUCAM).

No entanto, a saúde pública foi apenas uma medida coletiva que tornou o saneamento no Brasil responsabilidade do governo após a proclamação da República em 1889, a implantação de um modelo de saneamento voltado para a erradicação de epidemias urbanas e a criação de um novo código de saúde pública (CORREIA, 2014).

Essas medidas, no entanto, não vão além do escopo do artigo e, na verdade, resumem a saúde pública às ações dos ativistas em todo o país. Essas ações facilitam a atuação vertical permanente da Aliança Sanitária, viabilizam a construção de serviços de saúde previdenciários e abrem mais um setor socialmente significativo na ação em saúde (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Em uma ordem cronológica a política de saúde pública do Brasil foi definida com a chegada da família real em 1808 e mudou ao longo dos anos. O primeiro passo foi impor normas sanitárias ao porto para combater a entrada de doenças infecciosas que pudessem ameaçar a saúde da família real (CORREIA, 2014).

Com o advento da independência brasileira em 1822, novas medidas foram decretadas, atribuindo controle às províncias, portos, e quaisquer decisões sobre tais assuntos e saúde. Em 1923, o governo brasileiro promulgou a Lei Elói Chaves, que estabeleceu direitos garantidos para empresas e trabalhadores de acesso a cuidados de

saúde, medicamentos, aposentadorias e pensões por meio da criação de fundos de aposentadoria e pensão (CAP's) (CORREIA, 2014).

Conforme Correia (2014), no decorrer dos anos, as CAP's, passaram a corresponder aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP), estendendo os serviços ao maior número de trabalhadores.

Em 1967, o Instituto Nacional do Seguro Social (INPS) implantou, extinguiu o IAP e ampliou os serviços aos trabalhadores rurais, garantidos pelo Fundo de Amparo ao Trabalhador Rural (FUNRURAL). Ressalta-se que os trabalhadores com carteira assinada são atendidos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Por outro lado, o governo através da Constituição Federal de 1988 criou o Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS), que posteriormente se tornou o Sistema Único de Saúde (SUS), responsável pela organização dos Serviços de Saúde em nível distrital, o SUS é uma conquista da sociedade brasileira (COSTA JÚNIOR; COSTA, 2014).

A década de 1990 viu uma grande mudança na saúde brasileira, a intervenção do poder público tornou-se mais relevante, a realização de campanhas de vacinação, e assim as primeiras ações de promoção da saúde coletiva da população. Essas ações proporcionaram a unificação do setor saúde, resultando na Fundação Nacional de Saneamento (FUNASA), que construiu e integrou o Sistema Único de Saúde (SUS), respondendo às necessidades e demandas do novo Brasil (SANTIAGO, 2010).

Desde o advento do SUS, a saúde pública no Brasil foi construída sobre um tripé de descentralização, integralidade, ajuda e engajamento comunitário para oferecer serviços de qualidade à população. No entanto, o sistema único de saúde tem sido alvo de algumas críticas devido à falta de serviços prestados, escassez de mão de obra qualificada, incapacidade de atender às necessidades de

uma grande população e incapacidade de resolver problemas devido ao excesso de burocracia. Essas críticas a um sistema unificado de saúde criaram uma grande necessidade de que os planos de saúde sejam procurados hoje para serviços de qualidade, e auditorias como gestores para examinar a qualidade dos produtos e serviços do setor (BRASIL, 2010).

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A evolução do sistema único de saúde no Brasil, somente pode ser compreendido a partir do entendimento que a prática da saúde faz parte das ações organizadas pela sociedade em diversos contextos econômicos, sociais e políticos. Dessa forma, o SUS se desenvolve de acordo com as necessidades sociais. Por essa razão trata-se de um sistema que nasceu completo, mas que em função de sua demanda permanece em construção contínua. (BRASIL, 2010).

Somente a partir da década de 1980 é que a saúde pública se tornou mais abrangente e menos exclusiva, abrangendo o atendimento hospitalar a toda a população. Segundo Lopes (2011), o Sistema Único de Saúde foi criado em 1990, impulsionado pelo Congresso e movimentos sociais que reivindicavam a reforma sanitária do governo brasileiro, buscando garantir um sistema de saúde unificado para toda a população. O Sistema Único de Saúde (SUS), que visa estender o direito à saúde à população, prestando serviços médicos, hospitalares e de assistência social de forma descentralizada e regional.

Com base nessa visão, pode-se dizer que o SUS foi criado para atender a todos os cidadãos, custeado por recursos como contribuições sociais e arrecadações públicas, complementados por recursos das três esferas do governo.

A legalidade do SUS é estabelecida pela Constituição Federal de 1988 e regulamentada pela Lei nº 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde) e Lei nº 8.142/1990, que visa alterar as desigualdades na atenção à saúde da população, obrigando serviços públicos a qualquer cidadão, sendo vedada a cobrança pelos serviços prestados por este sistema.

Segundo Brasil (2000), o SUS é um serviço de saúde prestado nas três esferas nacionais sem custo adicional para a população, complementado pelo setor privado. Dessa forma, o SUS por abranger complemento do setor privado, atua com serviços prestados por entidades filantrópicas e sem fins lucrativos e por contratos ou convênios públicos junto as entidades privadas (BRASIL, 2000).

Historicamente, o SUS foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e teve origem nas lutas do movimento de revolução higiênica instigado pela academia na década de 1970 para dar valor na área da saúde. Atualmente, no entanto, considera-se que o sistema não funciona de acordo com seus princípios, proporcionando saúde para todos como um direito (DINIZ, 2014).

Por outro lado, a saúde pública no Brasil vem enfrentando grandes problemas, principalmente relacionados à falta de recursos representados pela gestão e gastos excessivos, de modo que o sistema ainda não produziu um efeito significativo, uma vez que a doença não está relacionada apenas à relação entre pessoas e o ambiente natural, mas também as pessoas entre o ambiente social (SINGER, 1988).

Sendo assim, Costa Júnior e Costa (2014) ressaltam que organização e gestão dos serviços do SUS enfrentam enormes dificuldades, principalmente pelo fato dos municípios brasileiros não terem autonomia de reunir os recursos necessários para que o sistema de saúde funcione perfeitamente.

Nessa consonância, Polignano (2013, p. 24) apresenta o seguinte cenário do Sistema Único de Saúde na esfera nacional, afirmando que:

> Apesar das dificuldades, pode-se dizer que no nível de atenção primária, o SUS tem alcançado resultados notáveis no setor público, mas enfrenta sérios problemas no setor privado, que tem a maior parte da complexidade e níveis de referência de atendimento nos níveis secundário e terciário.

Vale destacar que, apesar de suas diversas falhas, o SUS se baseia nos mais modernos princípios da medicina pública, pautados na universalidade da atenção à saúde do povo brasileiro, por falta de investimento público, baixa qualidade da mão de obra, corrupção e até falta de informações sobre usuários, princípios e objetivos de justiça e integridade, aclamados mundialmente pelas principais agências internacionais de saúde (LOPES, 2011).

No entanto, elogios não são suficientes para melhorar sua funcionalidade. Como mencionado anteriormente, a visão de um sistema único de saúde no Brasil é precária e há necessidade de reavaliar a gestão dos recursos destinados aos programas de saúde pública. Analisando os serviços prestados, percebe-se que há carência de médicos em áreas remotas, grande concentração de grandes cidades, estrutura hospitalar pública imperfeita, alta incidência de infecções hospitalares e dificuldade em procurar um médico. Alguns dos problemas do Plano de Saúde da Família (PSF) são apenas alguns dos inúmeros problemas que atingem os brasileiros que tentam usar a saúde pública todos os dias.

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

O Programa Saúde da Família (PSF) teve origem no final de 1993 e ficou conhecido como Estratégia de Saúde da Família (ESF) em 2006 como parte da política de saúde do governo Fernando Henrique Cardoso como estratégia de atendimento ao núcleo familiar enfrentando a questão da implantação no Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a implantação do PSF visa desarticular os serviços de saúde, buscando atender as reais necessidades da população (SANTOS, 2005).

Nesse sentido, o PSF apresenta-se como uma ferramenta de estrutura dinâmica e descentralizadora do sistema de saúde, visando a aproximação da comunidade com os diversos níveis de assistência médica. Essa perspectiva tem o compromisso de oferecer assistência integral à população tanto na unidade de saúde, quanto no domicílio, respeitando a patologia do paciente. O PSF nasce dessa forma para humanizar o SUS por meio do estreitamento das relações entre os profissionais e a comunidade, humanizando as práticas de saúde, satisfazendo os usuários e oferecendo sempre a saúde como direito de cidadania (SOUSA, 2000).

Para a implantação do Programa, o Ministério da Saúde propõe inicialmente que o PSF comporte no máximo uma clientela de 4.500 pessoas e que cada equipe de serviço disponibilize no mínimo, dos seguintes profissionais (médico, enfermeiro, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) para que possa atender com ações preventivas, curativas e de reabilitação as famílias, oferecendo retorno aos seus clientes (OLIVEIRA; SPIRI, 2006).

O PSF surge como um modelo de atenção básica de saúde, tendo a família como centro de atenção e não somente o indivíduo doente. Esse novo modelo se estabelece mudando a concepção

antiga da medicina curativa, passando a atuar de forma integral na assistência básica, tratando o paciente numa dimensão global, levando em consideração todo seu contexto socioeconômico e cultural (ROSA; LABATE, 2005).

Em consonância com o Ministério da Saúde e os princípios do SUS, o PSF tem o intuito de reorganizar a prática assistencial, centrada no hospital, passando a enfocar a família em seu ambiente físico e social, promovendo ação de prevenção, proteção e recuperação da saúde, reconhecendo que a saúde é um direito da cidadania e por isso a saúde tem que ser ofertada de forma humanizada (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Compreende-se assim, segundo o Ministério da Saúde, que após seus 22 anos de implantação, o PSF tem contribuído de forma eficaz para o fortalecimento da atenção básica de saúde e para a consolidação do SUS, através da estratégia de reorientação do modelo assistencial, que foca a família e não somente o paciente de forma isolada, prestando atendimento de forma integral, resolutiva e intersetorial, uma vez que as equipes de PSF, quando atuam adequadamente, são capazes de resolver até 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, pois age de forma preventiva, direto na causa do problema.

AUDITORIA: BREVE HISTÓRICO

A palavra auditoria, do latim *audire*, significa “de ouvir”. De acordo com Dyniewicz, Kalinows e Souza (2010), foi traduzida para o inglês como *auditing*, designando termos técnicos para a revisão de termos contábeis. Segundo Braga e Ferreira (2009), esta prática teve seu maior desenvolvimento na Revolução Industrial.

Dessa forma, o termo se relaciona com os aparatos técnicos de informações financeiras de uma entidade. Como ressalta Attie (1998, p. 25), que define a auditoria como "uma especialização contábil voltada a testar a eficiência e eficácia do controle patrimonial implantado, com o objetivo de expressar uma opinião sobre determinado dado".

Por outro lado, Franco e Marra (2000) mencionam que:

> A auditoria como a técnica contábil que através de procedimentos específicos que lhe são peculiares, aplicados no exame de registros e documentos, inspeções, e na obtenção de informações e confirmações, relacionadas com o controle de uma entidade. Objetiva obter elementos de convicção que permitam julgar se os registros contábeis foram efetuados de acordo com os princípios fundamentais e normas da contabilidade, e se as demonstrações contábeis deles decorrentes, refletem adequadamente a situação econômico-financeira do patrimônio, os resultados do período administrativo examinado e as demais situações nelas demonstradas (FRANCO; MARRA, 2000, p. 26).

Todavia, quando se trata da auditoria no âmbito da saúde, é possível evidenciar que o primeiro relato ocorreu em 1918 nos Estados Unidos, através da revisão nos prontuários de pacientes com o objetivo de identificar a qualidade da assistência prestada. Porém, essa atividade assumiu definitivamente seu papel nas instituições de saúde a partir da década de 1980, associada aos avanços tecnológicos, à expansão da globalização de mercados, à informatização, à concorrência entre os prestadores de serviços e o aumento das exigências dos clientes (KURCGANT, 2006).

No cenário brasileiro, a evolução da auditoria está relacionada com a instalação de empresas estrangeiras de auditoria independente, por causa de seus investidores com o intuito de que fossem feitas auditorias em seus processos financeiros, mas somente depois de ser adaptada ao nosso País, foi possível iniciar as primeiras auditorias na área da saúde (ATTIE, 2006).

Nesse contexto, somente a partir de 1990, fica evidente no Brasil, que o exercício da auditoria em saúde assume seu importante papel através da Lei Orgânica da Saúde, nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que estabeleceu a necessidade de criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), em 1993. O SNA teve como objetivo a fiscalização geral dos serviços de saúde do Brasil, em virtude da necessidade de descentralização da gestão instituída pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (FONSECA *et al*., 2005).

É válido destacar que a auditoria não foca em encontrar culpados para os problemas e sim, propor ações de aperfeiçoamento ou modificação do serviço prestado para que o problema seja eliminado.

AUDITORIA MÉDICA EM SERVIÇOS DE SAÚDE

A auditoria no âmbito da saúde se desenvolveu em um hospital na cidade de Nova York em 1918, pelo médico norte-americano George Gray Ward, no Women's, que visava avaliar a prática da medicina por meio dos registros de assistência médica. O empenho de George Gray foi fundamental para que essas atividades de auditorias desde então, se tornassem frequentes em todos os hospitais dos Estados Unidos (KURCGANT, 1976).

Conforme Melo e Vaitsman (2008), a auditoria na área de saúde surgiu, inicialmente, como uma forma de avaliar a qualidade

desses serviços através da observação de registros e do histórico clínico do usuário.

Para Kurcgant (1976), a auditoria em saúde visa a melhoria da qualidade dos serviços prestados à saúde do paciente, por isso se configura como uma ferramenta que controla a qualidade do trabalho desenvolvido na medicina hospitalar. Sendo assim, a auditoria é um instrumento de gestão que permeia todos os produtos e serviços, contemplando a atuação dos chefes de unidades, supervisores e chefes de serviços de saúde.

Entretanto, é importante mencionar que impulsionado pelas revoluções industriais, todos os setores da sociedade, inclusive da saúde, tiveram que se adequar aos novos padrões estabelecidos para o mercado de trabalho.

Nesse contexto, por volta do século XX, aproximadamente na década de 70, surgiu um novo modelo produtivo, baseado na flexibilização do mercado de trabalho, novos produtos e padrões de consumo. Isso trouxe a necessidade de um novo profissional, ou seja, visando um profissional que atendesse as exigências do mercado de trabalho, cooperando com versatilidade, flexibilidade, capacidade de se relacionar com o próximo e realizar assim um excelente atendimento frente ao cliente (DECKMAN *et al*., 2013).

Nessa perspectiva, Deckman *et al*., (2013) salientam que na área da saúde não foi diferente, visto que as instituições podem ter necessidades diversas de habilidades e competências, de acordo com o sistema. Essas habilidades podem ser de forma técnica, comportamental, gerencial e outras que podem vir a fazer parte das estratégias da instituição.

Nesse sentido, Kurcgant (1991) afirma que o objetivo da auditoria médica é uma maneira de identificar áreas de deficiência do serviço, fornecer dados para melhoria dos programas e da

qualidade do cuidado no serviço de saúde e obter dados para programação de atualização dos profissionais que atuam nesse setor.

Contribuindo com essa reflexão, Guimarães e Espírito Santo (2014) frisam que a auditoria em enfermagem é um processo em que as atividades em saúde são avaliadas, sendo que o enfermeiro auditor possui a função de analisar tanto o contexto quantitativo (auditoria de custos) como o contexto qualitativo (auditoria assistencial), para verificar se há gastos indevidos e notificá-los à diretoria, com o objetivo de aperfeiçoar, tanto os serviços prestados, quanto os custos dessa prestação de serviços, no que tange por exemplo, os planos de saúde.

Em outras palavras, auditoria médica consiste na avaliação da qualidade da assistência dos serviços de saúde prestada ao cliente baseada na análise dos prontuários, verificação da compatibilidade entre o procedimento realizado e os itens que compõem a conta hospitalar (MOTTA, 2004).

Sendo assim, Dorne e Hungare (2013) ressalta que a auditoria médica faz uso de alguns instrumentos que envolvem desde tabela de preços de diárias e taxas hospitalares, acordadas entre convênio e prestador de serviços, prontuários médicos, prontuários contábeis, tabela da Associação Médica Brasileira (AMB). Na tabela da Brasíndice, tem as descrições de preços e dos materiais de saúde; contas hospitalares; protocolos; até os impressos como demonstrativo de glosas; relatórios ou estatística; levantamento de dados e outros. Dessa forma, a auditoria em saúde é um instrumento de um processo educativo que propõe ferramentas para sua implantação e gerenciamento do setor (RIBEIRO; SILVA, 2016).

A auditoria, como método de aferir a qualidade, permite associar o diagnóstico de problemas à respectiva correção. A qualidade assegurada com a detecção das falhas e a sua correção permanente, proporcionam aos administradores um meio de aplicar

o processo de controle para determinar a qualidade dos serviços prestados. Para o controle da qualidade dos serviços de saúde, as auditorias mais utilizadas são as que verificam resultado, processo e estrutura (CHERMONT, 2001).

Conforme Marquis e Huston (2005), a auditoria de resultados tem o seguinte objetivo: determinar quais os resultados que ocorreram como consequência de intervenções específicas na área de Enfermagem em relação ao paciente. Esse tipo de auditoria demonstra a qualidade da assistência dada ao paciente. Os padrões de resultados são definidos em termos de que o paciente saberá, fará, manifestará ou vivenciará e refletem as metas de enfermagem no que se refere ao bem-estar fisiológico, emocional e mental.

Sendo assim, as mensurações dos resultados mais claramente influenciados pela área de enfermagem, incluem o estado funcional e mental, os níveis de estresse, a satisfação com os cuidados, a carga de cuidados sobre a família e os custos dos cuidados (MARQUIS; HUSTON, 2005).

Quanto à auditoria do processo, essa ferramenta é utilizada para mensurar o processo de cuidado ou a maneira como o cuidado foi prestado. Esse tipo de auditoria é voltado à tarefa e focam se os padrões da prática foram satisfeitos ou não. Os padrões do processo podem ser documentados no plano de cuidados do paciente, nos manuais de procedimento ou nos protocolos (SANTANA, 2009).

No que tange a auditoria de estrutura, a mesma serve para monitorar a estrutura ou local onde se presta cuidado ao paciente, a situação financeira, o serviço de enfermagem, os registros médicos e o ambiente. Essas auditorias acreditam que existe uma relação entre cuidado qualificado e estrutura adequada (DIAS, 2011).

Os padrões estruturais, estabelecidos por autoridades que preveem o licenciamento e a autorização de funcionamento,

garantem um ambiente seguro e eficaz, mas não no verdadeiro cuidado oferecido (MARQUIS; HUSTON, 2005).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise das literaturas e análise de conteúdo, percebe-se que a aplicação da auditoria médica prévia como uma ferramenta de gestão, contempla as exigências pertinentes ao processo administrativo e burocrático dos planos de saúde no que visa planejar, monitorar, avaliar as ações e serviços de saúde, intensificando a capacitação e treinamento permanente de todos os atores envolvidos nesse processo.

A auditoria é uma ferramenta que pode ser utilizada para otimizar a qualidade em saúde, porém, a auditoria em enfermagem ainda tem seu foco principal na visão contábil e financeira, sendo utilizada principalmente em instituições hospitalares e também tem função controladora, como por exemplo, identificação de pagamentos indevidos referentes à conta hospitalar.

Ao responder o objetivo geral, a pesquisa evidencia que a auditoria é de fato uma ferramenta fundamental ao setor administrativo e nos últimos anos sua presença é cada vez mais pertinente no âmbito dos serviços de saúde, contribuindo principalmente para otimizar os custos, evitar desperdícios e garantir que todos os procedimentos sejam realizados de forma adequada e com qualidade tanto nos produtos, quanto nos serviços prestados aos clientes.

Em relação à função de avaliação da qualidade da assistência, existe a auditoria interna e externa. A auditoria interna contempla as etapas de coleta de dados e análise de contas hospitalares a fim de impor glosas ou diminuí-las, utilizando dados coletados dos

prontuários dos pacientes, registros e manuais de enfermagem. A auditoria externa contempla a análise da estrutura, processo e resultado, considerando visão integrada e ampliada, a definição de objetivos e a coleta de dados acerca dos processos da assistência de enfermagem com elaboração de relatório técnico.

Porém, ainda tem que ser revista e aprimorada a principal intenção da auditoria, que é a qualidade em saúde em primeiro lugar, apontando inadequações da assistência de enfermagem, reformulando suas práticas, indicando processos de educação em serviço e delineando ações corretivas. Pois só através da renovação dos conhecimentos, buscando novas ciências, teorias, vivências, cultivando a busca incessante da atualização, colocando o amor como base do seu envolvimento com o paciente, o enfermeiro e todos os profissionais de saúde ultrapassarão todos os obstáculos e imprevistos contidos nos diversos cenários presentes em todo o Brasil.

É possível mencionar ainda que a auditoria médica auxilia no aprimoramento da qualidade da assistência dos serviços de saúde prestada nas instituições privadas, como acontece com a oferta dos planos de saúde que garante a qualidade do serviço prestado, gerando parcialmente a fidelidade e credibilidade de seus usuários.

A pesquisa mostra ainda que a auditoria permite praticidade para as instituições de saúde, funcionando como suporte de subsídio para avaliação, controle e verificação de inconformidades em seus serviços, sendo possível ainda atuar como um plano de ação para correções em caráter educativo, pois encaminha em suas ações a capacitação de seus profissionais.

Dessa forma, pode-se considerar a auditoria médica prévia como instrumento de controle de qualidade dos serviços prestados no âmbito hospitalar. Na qual apresenta benefícios tanto para a instituição, quanto para o paciente, pois visa uma maior qualidade

da assistência prestada, no que tange os custos para a instituição e a satisfação do paciente/cliente.

REFERÊNCIAS

ATTIE, W. **Auditoria**: conceitos e aplicações. São Paulo: Editora Atlas, 1998.

BORGES, C. C.; JAPUR, M. "Promover e recuperar saúde: sentidos produzidos em grupos comunitários no contexto do Programa de Saúde da Família". **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, vol. 9, 2005.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado**: Presidência da República. Brasília: Planalto, 1995. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 03/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O impacto da regulamentação no setor de saúde suplementar**. Brasília: Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2001. Disponível em: <https://www.gov.br/saude>. Acesso em: 03/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria 648, de 28 de março de 2006**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.ministerio.saude.bvs.br>. Acesso em: 03/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Princípios e conquistas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: <http://www.ministerio.saude.bvs.br>. Acesso em: 03/07/2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://www.ministerio.saude.bvs.br>. Acesso em: 03/07/2018.

CARVALHO, G. "A saúde pública no Brasil". **Saúde Pública Estudos Avançados**, vol. 27, n. 78, 2013.

CHERMONT, G. S. **A qualidade na gestão de projetos de sistemas de informação** (Tese de Doutorado em Engenharia de Produção). Rio de Janeiro: UFRJ, 2001.

CORREIA, B. S. "A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil". **Portal Eletrônico Educação** [2014]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br>. Acesso em: 03/07/2018.

COSTA JÚNIOR, A. G.; COSTA, C. E. M. "Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil". **Portal Eletrônico História e História** [2014]. Disponível em: <http://www.historiaehistoria.com.br>. Acesso em: 03/07/2018.

DIAS, T. C. L. *et al*. "Nursing audit: systematic review of the literature". **Revista brasileira de enfermagem**, vol. 64, n. 5, 2011.

DINIZ, J. "Os desafios da saúde pública no Brasil". **Portal Eletrônico Joaquim Nabuco** [2014]. Disponível em: <http://www.joaquimnabuco.edu.br>. Acesso em: 03/07/2018.

DORNE, J. D.; HUNGARE, J. V. "Conhecimentos teóricos de auditoria em enfermagem". **Uningá Review**, vol. 15, n. 1, 2013.

FONSECA, A. S. *et al*. "Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão

assistencial na atividade hospitalar". **Mundo Da Saúde - São Paulo, Centro Universitário São Camilo**, vol. 29, n. 2, 2005.

FRANCO, H.; MARRA, E. **Auditoria Contábil**. São Paulo: Editora Futura, 2000.

GASPARETTO JÚNIOR, A. "Saúde Pública". **Portal Eletrônico Joaquim Nabuco** [2012]. Disponível em: <http://www.infoescola.com>. Acesso em: 03/07/2018.

GUIMARÃES, M. R.; ESPÍRITO SANTO, E. "Análise das contribuições da auditoria em enfermagem". **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, vol. 12, n. 2, 2014.

KURCGANT, P. "Auditoria em enfermagem". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 29, n. 3, 1976.

KURCGANT, P. **Administração em Enfermagem**. São Paulo: Editora EPU, 2006.

LAZZARIS, M. C. **As políticas de saúde e as intervenções no espaço urbano**: Florianópolis, 1930-1945 (Dissertação de Mestrado em Urbanismo, História e Arquitetura). Florianópolis: UFSC, 2009.

LEVCOVITZ, E.; GARRIDO, N. G. "Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado". **Saúde e Sociedade – Cadernos de Saúde da Família**, vol. 1, 1996.

LOPES, P. J. "A Evolução da Saúde Pública no Brasil". **Portal Eletrônico da Pastoral FP** [2011]. Disponível em: <http://www.pastoralfp.com>. Acesso em: 03/07/2018.

MARQUIS, B. L., HUSTON, C. J. **Administração e Liderança em Enfermagem**: teoria e prática. Porto Alegre: Editora Artmed, 2005.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Caderno de Saúde Pública**, vol. 9, n. 2, 1993.

MOTTA, A. L. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. São Paulo: Editora Iátria, 2004.

OLIVEIRA, E. M.; SPIRI, W. C. "Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional". **Revista Saúde Pública**, vol. 40, n. 4, 2006.

POLIGNANO, M. V. "História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão, Minas Gerais". **Portal Eletrônico Medicina da UFMG** [2013]. Disponível em: <www.medicina.ufmg.br>. Acesso em: 03/07/2018.

PONTE, C. F.; REIS, J. R. F.; FONSECA, C. M. O. **Saúde pública e medicina previdenciária**: complementares ou excludentes. Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC, 2010.

RIBEIRO, B. S.; SILVA, M. C. "Auditoria de enfermagem e sua importância no ambiente hospitalar: uma revisão de literatura". **Revista de Enfermagem da FACIPLAC**, vol. 2, n. 2, 2016.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. "Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência". **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, vol. 13, n. 6, 2005.

SANTANA, R. M.; SILVA, V. G. **Auditoria em Enfermagem**: uma proposta metodológica. Ilhéus: Editora Editus, 2009.

SANTOS, J. “Assistência à saúde da mulher no Brasil”. **Anais da II Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luís: UFMA, 2005.

SINGER, P. **Prevenir e Curar**: o controle social através dos serviços de saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1988.

SOUSA, M. F. “A enfermagem reconstruindo sua prática: uma conquista no PSF”. **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 53, número especial, 2000.

VERONI, W. “Saúde e Literatura: livro faz recorte histórico da saúde dos escravos no Brasil”. **Blog Saúde** [2016]. Disponível em: <http://blog.saude.mg.gov.br>. Acesso em: 03/07/2018.

CAPÍTULO 4

Dificuldade na Gestão de Farmácia Hospitalar

DIFICULDADE NA GESTÃO DE FARMÁCIA HOSPITALAR

Eliane Ferreira Carrijo

A atenção à saúde e aos serviços que tornam a assistência a cada paciente possível em hospitais e clínicas é um assunto que envolve diferentes frentes de atuação. A farmácia hospitalar destaca-se na história por ser o departamento criado para dar suporte aos hospitais, garantindo que sejam desenvolvidas atividades ligadas à produção, guarda, controle de estoque e distribuição de medicamentos e demais correlatos às unidades hospitalares. Visto isso, entende-se que esta unidade é essencial para o bom funcionamento dos processos relacionados ao suporte do ciclo da assistência farmacêutica e distribuição de medicamentos, bem como desempenha um papel fundamental para a gestão geral dos hospitais.

Dessa forma, a farmácia hospitalar é uma unidade técnico-administrativa responsável pelo armazenamento e dispensação de materiais médicos e medicamentos essenciais no processo de recuperação da saúde. Apesar de sua importância, a farmácia necessita de total atenção do setor administrativo e da equipe da saúde, possibilitando assim, uma interdisciplinaridade profissional. Sabe-se que nesse setor ocorre a concentração de boa parte dos recursos financeiros da instituição hospitalar, fazendo-se necessária uma gestão de excelência, prevenindo, portanto, compras e perdas de medicamentos e materiais de forma equivocada, com a finalidade de evitar que ocorram excessos ou falta destes. Este trabalho se reveste de importância por relatar as dificuldades encontradas na gestão da farmácia hospitalar bem como a relevância desta no hospital.

Destarte, sob o contexto das farmácias hospitalares, esta pesquisa apresenta como objetivo geral relatar de forma clara e concisa as dificuldades encontradas na gestão da farmácia hospitalar, e como objetivos específicos: descrever os impasses relacionados aos recursos humanos; expor as privações enfrentadas com recursos financeiros limitados e ou escassos; mencionar as adversidades vivenciadas na comunicação multiprofissional (médicos / enfermagem / administração geral).

Definiu-se a revisão bibliográfica como a metodologia de pesquisa, com o uso de fichamento e resumo dos textos reunidos na etapa de pesquisa. Para a análise dos trabalhos, optou-se pelo método qualitativo.

Visto isso, o artigo foi organizado em quatro tópicos principais: introdução, contendo a delimitação do tema, problemática, justificativa, objetivo geral e objetivos específicos. A revisão de literatura tem como propósito a abordagem teórica sobre o tema e foi utilizada como referencial investigativo para a construção desse trabalho. O tópico de resultados e discussões, destinado à abordagem prática da pesquisa, discorrerá sobre os princípios norteadores do estudo junto às observações feitas durante os processos de coleta e análise da literatura utilizadas na construção dessa obra. E, por último, as considerações finais terão como finalidade trazer um compilado dos aprendizados adquiridos durante a consulta em conjunto com sugestões para buscas futuras.

REVISÃO DE LITERATURA

Dentro das organizações hospitalares, existem serviços considerados essenciais para assistência ao usuário e que são

executados com qualidade, bem como o suporte que deve ser dado aos demais profissionais, destacando-se aqui a Farmácia Hospitalar.

A Farmácia Hospitalar (FH) é um serviço de saúde que compreende todas as atividades inerentes à seleção, aquisição, preparação, armazenamento, manipulação e distribuição de medicamentos e produtos de saúde (ORDEM DOS FARMACÊUTICOS, 2018).

O Ministério da Saúde define FH como a unidade clínico-assistencial, técnica e administrativa, onde se processam as atividades relacionadas à assistência farmacêutica, devendo ser dirigida exclusivamente por farmacêutico, fazendo parte da estrutura organizacional do hospital (BRASIL, 2010).

Dentro de um centro de saúde a farmácia hospitalar é de extrema relevância para o cuidado do paciente, pois através dela são dispensados os medicamentos que serão utilizados no tratamento do doente, além de orientações sobre o uso correto e seguro da medicação, tanto para o paciente, quanto para os demais profissionais da equipe de saúde.

A assistência farmacêutica hospitalar constitui ‑ se como um sistema complexo e relevante no âmbito da gestão de sistemas e serviços de saúde, por contemplar insumos básicos para cuidados aos enfermos e pelos altos custos envolvidos (DANTAS, 2011).

Fagá e Schimiguel (2020) afirmam que a FH distribui medicamentos e produtos de saúde segundo a necessidade do hospital, sendo que todas as suas ações devem ser orientadas para a segurança do paciente, devendo além de distribuir medicamentos, acompanhar seu uso correto e seus efeitos.

Assim, para que seja prestado um atendimento de qualidade na farmácia hospitalar, é necessário que profissionais farmacêuticos

capacitados estejam à frente desta, seguindo os objetivos propostos para o desenvolvimento adequado do trabalho.

De acordo com a Ordem dos Farmacêuticos (2018), os farmacêuticos hospitalares disponibilizam serviços direcionados aos profissionais de saúde e aos usuários na sociedade e nos hospitais, abrangendo as seguintes missões: compor a gestão dos medicamentos e produtos de saúde nos nosocômios, buscando como resultado que o uso destes alcancem os desfechos almejados; aumentar a segurança e qualidade dos processos relacionados ao medicamento e produtos para a saúde; garantir os sete certos na administração correta de medicamentos (paciente certo, medicamento certo, dose certa, via de administração certa, tempo de administração certo, informação certa e documentação certa).

A Portaria nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010, descreve como principais objetivos da gestão da farmácia hospitalar garantir o abastecimento, dispensação, acesso, controle, rastreabilidade e uso racional de medicamentos e de outras tecnologias em saúde, além de assegurar o desenvolvimento de práticas clínicas que possibilitem a monitorização da utilização dos medicamentos. A gestão deve visar a otimização da relação entre custo, benefício e risco das tecnologias assistenciais, desenvolvendo ações de assistência farmacêutica, alinhadas às diretrizes institucionais, participando ativamente do aperfeiçoamento da equipe de saúde (BRASIL 2010).

No processo de gerenciamento é necessário administrar de maneira efetiva os processos organizacionais e implantar programas de qualidade voltados para a produtividade, pois qualidade e eficácia são fatores chave para alcançar resultados satisfatórios (BARBOSA, 2015). A administração tem o compromisso de executar assistência farmacêutica, devendo possuir uma estrutura organizacional em que se tenham estabelecidas a missão, visão e valores de futuros, sendo imprescindível que a Farmácia esteja inserida no organograma institucional (DANTAS, 2011).

A coordenação de uma farmácia hospitalar é diferenciada por se tratar de uma área de apoio, uma vez que dá suporte ao funcionamento do hospital. É onde se armazena e distribui os insumos mais onerosos (medicamentos e materiais médico-hospitalares). Destaca-se como papel do farmacêutico dentro do contexto hospitalar, acompanhamento do tratamento e do quadro clínico do paciente durante sua internação, a promoção de suporte técnico junto à equipe de saúde e à análise de prescrição médica (DANTAS, 2011).

Santos (2012) afirma que o processo administrativo deve ser baseado em quatro pilares (pessoas, procedimentos, equipamentos e recursos), afirmando ainda que o administrador deve sempre ser um multiplicador, detendo a capacidade de conseguir transformar o grupo em uma equipe concisa.

Espera-se que o profissional farmacêutico que atue na farmácia hospitalar consiga desenvolver as diversas atividades inerentes ao seu cargo (farmácia clínica e gestão), procurando sempre se alinhar com as características do hospital e os serviços por ele prestados, buscando manter uma linha lógica e clara entre todas as atividades realizadas e em consonância com a complexidade do nosocômio (TORRES *et al*., 2007).

Desta forma, torna-se necessário uma gestão de qualidade na farmácia hospitalar, promovendo o uso racional do medicamento por parte do paciente, evitando erros de medicação para os usuários e também gastos desnecessários de recursos financeiros, voltados para a assistência proposta.

Trevizan (2015) aponta que a falta de controle gerencial das farmácias causa ineficiência dos serviços de saúde, tanto no setor público quanto no privado, sendo necessário verificar maneiras de racionalizar os gastos com medicamentos, através de melhorias que beneficiem a gestão da farmácia hospitalar.

Considera-se como bases necessárias o gerenciamento da informação, infraestrutura física e tecnológica, para o desenvolvimento das atividades da farmácia e da assistência farmacêutica, devendo, portanto, ser compatível com as funções e atender às normas vigentes (FAGÁ; SCHIMIGUEL, 2020).

Logo, o diretor técnico de uma farmácia hospitalar poderá encontrar muitas dificuldades que poderão impossibilitar a execução do serviço proposto. Estes entraves podem estar relacionados aos recursos humanos, financeiros, de relacionamento com a equipe multiprofissional ou com a administração hospitalar.

Recursos Humanos

Em qualquer área de atuação a gestão dos recursos humanos é necessária para conseguir alcançar a eficiência dentro da farmácia hospitalar, pois profissionais precisam estar bem engajados e comprometidos com o trabalho.

As instituições devem direcionar esforços para o fortalecimento dos funcionários da farmácia hospitalar, com adoção de práticas seguras, bem como propiciar a realização de ações de educação permanente para farmacêuticos e auxiliares (BRASIL, 2010).

Para atuar na área de coordenação, os profissionais farmacêuticos precisam estar bem esclarecidos e atualizados, além de terem boa comunicação, facilidade para trabalhar em equipe e um aguçado poder de negociação (SFORSIN *et al.*, 2012).

De acordo com Cavallini e Bisson (2010), a administração de recursos humanos dentro da farmácia hospitalar deve seguir os mesmos quesitos das outras áreas de prestação de serviços, sendo que, sabendo utilizar-se corretamente de seu conhecimento, o

farmacêutico terá um melhor desenvolvimento de seu perfil administrativo, culminando com ações mais eficientes e coordenadas por sua equipe.

Nesse caso, o farmacêutico responsável pela gerência da FH precisa ser multifacetado, para obter êxito na condução dos recursos humanos sob sua coordenação, conseguindo com que os colaboradores se tornem comprometidos e executem com excelência o que foi proposto.

Além disso, faz-se necessário que o farmacêutico proporcione aos seus auxiliares, educação continuada em saúde, garantindo assim a qualificação profissional e atualização de conhecimentos relacionadas à sua área de atuação.

A farmácia deverá promover, participar e apoiar ações de treinamento permanente, ensino e pesquisa em suas diversas atividades administrativas, técnicas e clínicas, com a participação de farmacêuticos, demais profissionais e estudantes (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE, 2017).

Afinal, o investimento em qualificação representa ganhos tanto para o profissional, que passa a ter suas habilidades desenvolvidas quanto para a instituição, que ganha ao inserir em seu quadro funcional, colaboradores competentes para a realização do trabalho.

Recursos Financeiros

As compras de medicamentos e insumos de saúde consistem em uma das principais atividades das farmácias hospitalares. Os colaboradores envolvidos desempenham papel fundamental na

prestação da assistência ao paciente, mesmo que indireta (FAGÁ; SCHIMIGUEL, 2020).

Assim, os recursos financeiros no ambiente da FH são extremamente importantes para adquirir os produtos necessários para posterior utilização no desenvolvimento de cuidados em saúde, direcionados ao acompanhamento dos pacientes hospitalizados.

Em relação ao capital monetário, a gestão de compras vem ganhando espaço e evidência no contexto das organizações, já que não basta apenas comprar, é preciso fazê-lo bem e com qualidade (SFORSIN *et al*., 2012).

Além disso, despesas com a área financeira das farmácias precisam ser controladas, para que não faltem medicamentos e não ocorra perda do que foi adquirido, sendo fundamental manter estoque adequado de determinados produtos.

Assevera-nos Cavallini e Bisson (2010) que na farmácia hospitalar, os estoques são caracterizados por ciclos (demandas e ressuprimentos) que podem flutuar com certo grau de incerteza. Conclui-se então que estes são fatores críticos diante da extrema necessidade de manutenção dos estoques disponíveis em iguais proporções referentes à utilização, o que pode ocasionar armazenamentos com alto custo.

Infere-se que tanto medicamentos quanto materiais são itens que representam, economicamente, cerca de 75% do orçamento financeiro de um hospital, revestindo de fundamental importância o gerenciamento eficaz dos recursos financeiros sob a responsabilidade do farmacêutico.

Relacionamento Multiprofissional

É responsabilidade da farmácia fornecer à equipe de saúde, estudantes, pacientes, familiares, cuidadores e sociedade informações técnico-científicas adequadas sobre segurança, qualidade, eficácia e custos dos medicamentos e produtos para saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE, 2017).

Além disso, a FH é uma área do hospital que, integrada, possui grande relevância para o adequado atendimento do paciente, sendo primordial que o farmacêutico seja apto para lidar e dialogar com os diversos colaboradores da equipe multiprofissional. Assim, a comunicação entre trabalhadores da farmácia e corpo de saúde é necessária para o êxito do resultado a ser alcançado, como o restabelecimento da saúde do paciente e a prevenção de erros de medicação (FAGÁ; SCHIMIGUEL, 2020).

Sabemos que a farmácia hospitalar se inter-relaciona com vários outros setores (enfermagem, administração, setor de compras, corpo médico) dentro da instituição, para a realização de suas atividades de forma contínua, eficiente e com ótimo convívio interpessoal, sendo imprescindível a habilidade do farmacêutico e sua equipe (SANTOS, 2012).

Outrossim, o farmacêutico gestor pode desenvolver junto à equipe multidisciplinar, ações que visem desenvolver atenção integral à saúde, por meio da implantação dos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas, em consonância com a equipe de saúde. Importante destacar a magnitude da participação do farmacêutico no suporte de informações às comissões multiprofissionais institucionais, utilizando preferencialmente informações baseadas em evidências (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE, 2017).

Por outro lado, o contato entre vários profissionais, visto sob o olhar da atuação do farmacêutico hospitalar, gera resultados em diversos setores da instituição, a exemplo da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), a qual Fernandes (2019) relata ser diretamente atingida pela atuação desse trabalhador em união com a equipe multidisciplinar:

> Ao profissional farmacêutico representa uma grande oportunidade de identificar, corrigir e reduzir possíveis erros associados à terapia medicamentosa realizando a intervenção farmacêutica. Através da intervenção, os benefícios são nitidamente notados, o número de efeitos adversos é reduzido, aumenta a qualidade da assistência ao paciente e diminui significativamente os custos hospitalares (FERNANDES, 2019).

É possível então afirmar que a atuação do farmacêutico hospitalar vai além das dependências da farmácia, conforme visto na citação acima, uma vez que esse profissional pode mover-se em diferentes setores dos hospitais, utilizando seus conhecimentos para auxiliar na prescrição de medicamentos e no socorro direto ao paciente, em casos de reações adversas aos medicamentos, exercendo assim a farmacovigilância.

Por conseguinte, percebe-se que a atuação do farmacêutico é de crucial valor para o desenvolvimento da atividade multiprofissional, juntamente com os outros trabalhadores que colaboram para o bom desempenho das atribuições relacionadas direta ou indiretamente à farmácia hospitalar, citando aqui enfermeiros, corpo médico e administração do hospital.

Enfermagem

A equipe de enfermagem compõe o recurso humano mais numeroso dentro de uma instituição hospitalar e são os principais responsáveis pela administração de medicamentos e uso dos produtos de saúde, voltados para assistência ao paciente. Logo, o farmacêutico precisa ter um bom relacionamento interpessoal com essa equipe no processo de gestão da FH.

O corpo de enfermagem forma um elo entre o médico, paciente e ele próprio. Existem diversas situações de conflitos entre trabalhadores deste corpo e colaboradores da farmácia referentes, principalmente, às prescrições médicas, acarretando atrasos importantes no suprimento das necessidades dos pacientes, o qual deveria ser colocado em primeiro lugar (SANTOS, 2012).

Assim, o farmacêutico deve estar sempre acessível e exercitar a empatia junto a enfermeiros e técnicos de enfermagem, além de oferecer atividades de educação continuada, com o intuito de esclarecer dúvidas que possam existir relacionadas à administração correta de medicamentos.

Dentro da visão da integralidade do cuidado, além das atividades logísticas tradicionais, deve-se desenvolver ações assistenciais e técnico-científicas, contribuindo para a qualidade e racionalidade do processo de utilização dos medicamentos (BRASIL, 2010).

Conclui-se, portanto, que o papel do enfermeiro vai além do cuidado ao paciente, representando um apoio fundamental para que os enfermos tenham a assistência adequada e o corpo médico exerça seu ofício de forma satisfatória.

Corpo médico

De maneira geral, quem dá origem ao processo assistencial ao paciente são os profissionais médicos, por meio de prescrições médicas, e os farmacêuticos, através da execução da assistência farmacêutica: programação, aquisição, armazenamento, distribuição e dispensação dos medicamentos e produtos de saúde (BARBOSA, 2015). O corpo médico é responsável por realizar as prescrições medicamentosas e de alguns insumos de saúde, solicitação de exames laboratoriais e de diagnóstico. Nesse aspecto, é essencial que haja um diálogo entre os farmacêuticos e os médicos, para a excelência no atendimento ao paciente.

De acordo com Santos (2012), o farmacêutico necessita deter um conhecimento técnico extraordinário, utilizando como material de apoio bibliografias de referências atuais e referentes à farmácia hospitalar (Farmacopeia Brasileira, livros de farmacologia clínica e interações medicamentosas, etc), além de priorizar a qualidade e clareza no seu atendimento.

Conclui-se que o profissional farmacêutico deve se manter atualizado para superar as dificuldades frente ao relacionamento com a equipe médica, pautando suas ações em diretrizes assistenciais claras e idôneas, respeitando as competências de cada profissão.

Administração

Quando se trata de qualidade em serviços de saúde, a gestão hospitalar é fator fundamental para o desempenho da organização. O gerenciamento dos custos das organizações de saúde tem papel estratégico, já que nesse setor os recursos financeiros tornam-se escassos e onerosos (BARBOSA, 2015).

Um hospital que conta com um serviço de farmácia bem estruturado, técnica e administrativamente, tem assegurada sua qualidade, economia e autonomia no que se refere aos medicamentos e produtos para saúde. Para que isso ocorra, o farmacêutico gestor precisa estar em consonância com a administração hospitalar (DANTAS, 2011).

A execução das atividades do farmacêutico responsável técnico pela FH se relaciona com a direção do hospital, por meio da utilização eficiente de recursos e promoção do uso racional destes, além do atendimento ao paciente/cliente. (FAGÁ; SCHIMIGUEL, 2020). Para um bom relacionamento com a administração, o farmacêutico deve ter conhecimento de todos os pormenores do que seja o organograma funcional da instituição hospitalar onde atua, conhecendo seus objetivos, valores e missão. Faz-se necessário também deter outros tipos de conhecimentos (administrativos e econômicos), como por exemplo: custos hospitalares, situação econômica, taxa de ocupação e demais indicadores, entre outras questões (SANTOS, 2012).

A gestão da farmácia hospitalar é de vital valor dentro do hospital, e o farmacêutico tem, portanto, importantes funções clínicas, administrativas e consultivas, e a assistência farmacêutica deve ser desenvolvida em um setor interligado intrinsecamente aos demais (SOCIEDADE BRASILEIRA DE FARMÁCIA HOSPITALAR E SERVIÇOS DE SAÚDE, 2017).

À vista disso, para compreender amplamente o papel da farmácia hospitalar, é preciso primeiramente assimilar seu desempenho frente aos outros profissionais que compõem o quadro de colaboradores do hospital e de que maneira essa atuação reflete na assistência aos pacientes. O tópico seguinte analisa a prática das farmácias hospitalares encontradas na literatura científica recente.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Observado o contexto da farmácia hospitalar junto aos profissionais que nela atuam, discorrer-se-á sobre os estudos reunidos sobre esse assunto, cujo foco são as dificuldades encontradas com os recursos humanos e financeiros, juntamente com os entraves relacionados à comunicação multiprofissional.

Iniciando o processo de apresentação e análise dos artigos, é possível observar no texto de Grave (2016) que, ao considerar a atuação do farmacêutico hospitalar frente a um programa de assistência domiciliar, este colabora de forma significativa para que seja possível uma assistência apropriada aos pacientes oncológicos e suas famílias. Segundo o estudo, a atuação do farmacêutico vai além do acompanhamento medicamentoso, trata-se de uma extensão do hospital, onde a visita deste é fundamental para que sejam acionados outros profissionais na assistência ao paciente.

Observa-se unanimidade entre os autores que o farmacêutico desempenha função imprescindível para o auxílio aos pacientes e suporte aos demais setores dos hospitais. Ademais, no universo da farmácia existem outros trabalhadores além do farmacêutico hospitalar, sendo relevante e necessário desenvolver estratégias de gestão que beneficiem todos os colaboradores do setor.

A respeito da valorização profissional, Barbosa (2015) defende que para o aproveitamento total e satisfatório das habilidades de cada assistente, a implantação de programas de qualidade que favoreçam a produtividade, com metas a serem cumpridas e alcançadas, com bonificações concedidas como forma de incentivo, tendem a ser um mecanismo valioso, para evitar que o sentimento de desvalorização do trabalho desenvolvido culmine em insatisfação pessoal e, consequentemente, queda no desempenho laboral.

Trabalhos como o desenvolvido por Meine (2015) reforçam o uso de ferramentas de gestão e aperfeiçoamento da qualidade do serviço ofertado, com o propósito de analisar os reais benefícios trazidos às farmácias hospitalares.

Pesquisadores avaliaram a utilização das ferramentas citadas acima, no âmbito de uma farmácia de um hospital que compõe a Rede de Atenção à Saúde no Distrito Federal, sendo constatado que, apesar de algumas dificuldades, é possível evoluir os processos internos da farmácia hospitalar, tornando-a um ambiente mais produtivo e eficaz.

Verifica-se ainda que o fator financeiro impacta de forma direta as farmácias hospitalares, o qual se assemelha às observações feitas sobre a importância do farmacêutico hospitalar, revelando ser um dos maiores obstáculos para o desenvolvimento satisfatório das farmácias nos textos analisados.

Acerca disso, na opinião de Bouças (2018), a explicação para que o fator financeiro ocupe lugar de destaque e exponha uma imagem equivocada a respeito da importância dos farmacêuticos hospitalares, resulta do longo período de estagnação da profissão, limitado à logística, dispensação de medicamentos e gerenciamento de custos, além da falta de apoio da esfera administrativa.

Observa-se, portanto, que o aspecto financeiro tende a surgir como obstáculo ao desenvolvimento satisfatório das atividades ligadas às farmácias hospitalares, tanto quanto no apoio ao desenvolvimento profissional como parte da política de recursos humanos.

Em se tratando de comunicação profissional, pôde-se observar que esta não depende apenas dos colaboradores pertencentes à farmácia, e sim de todos os setores e respectivos trabalhadores que compõem o organograma da entidade hospitalar.

Oliveira *et al.* (2017), destacam ser de fundamental importância a interlocução entre equipe da farmácia e corpo de enfermagem para evitar complicações, possíveis sequelas e até mesmo o óbito de pacientes no âmbito hospitalar.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A farmácia hospitalar é um setor imprescindível para o bom funcionamento da assistência ao enfermo internado, sendo essencial a adoção de medidas que auxiliem sua gestão e seu desenvolvimento. Nesse sentido, estudos como os citados no decorrer desse trabalho tem indispensável magnitude no tocante à discussão de fatores que culminem em impedimentos para o perfeito funcionamento das farmácias.

Verificou-se que o conceito de farmácia hospitalar vai além de um setor de guarda de medicamentos. É um departamento que agrega valor a outros âmbitos hospitalares, tornando factível a adequada assistência aos pacientes. Assim, o trabalho teve como foco a atribuição do farmacêutico hospitalar como profissional fundamental no processo de gestão das farmácias hospitalares.

Em outra ocasião, dificuldades relacionadas a recursos humanos, financeiros e comunicação profissional foram discutidas no texto em meio a análise de estudos realizados anteriormente, comprovando que estas representam um percentual significativo de obstáculos para um gerenciamento de qualidade nas farmácias.

Conclui-se que este estudo atingiu os objetivos propostos e evidenciou fatores que afetam o desempenho adequado das farmácias hospitalares, seja no relacionamento interpessoal entre diversos colaboradores da instituição ou pertinentes à relação equipe de saúde/paciente.

Em suma, entende-se que, apesar das interações ocorridas entre os diferentes pontos de vista encontrados nos artigos, muito há ainda a ser pesquisado, estudado e falado no universo acadêmico sobre esse tema. Diante do exposto, sugere-se novos estudos sobre o desenvolvimento de um trabalho de acompanhamento farmacêutico domiciliar coordenado por farmacêuticos hospitalares, ofertando a assistência e atenção farmacêutica plena aos pacientes após a alta hospitalar.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, K. S. S. "Gerenciamento de farmácia hospitalar: otimização da qualidade, produtividade e recursos financeiros". **Revista Saúde e Desenvolvimento**, vol. 7, n. 4, 2015.

BOUÇAS, E. *et al*. "Acreditação no âmbito da assistência farmacêutica hospitalar: uma abordagem qualitativa de seus impactos". **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, vol. 28, n. 3, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.283, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: MS, 2010. Disponível em: <https://www.gov.br>. Acesso em: 12/04/2020.

CAVALLINI, E. M.; BISSON, M. P. **Farmácia hospitalar - um enfoque em sistemas de saúde**. São Paulo: Manole, 2010.

DANTAS, S. C. C. "Farmácia e Controle das Infecções Hospitalares". **Pharmacia Brasileira**, n. 80, fevereiro / março, 2011.

FAGÁ, A. C. F.; SCHIMIGUEL, D. M. P. **Dia a dia na farmácia**

hospitalar: Ações práticas e processos. São Paulo: Editora Senac, 2020.

FERNANDES, L. L. "A importância do farmacêutico hospitalar juntamente com a equipe multidisciplinar na Unidade de Terapia Intensiva (UTI)". **Revista FAROL**, vol. 8, n. 8, 2019.

GRAVE, N. *et al*. "Atuação do farmacêutico na equipe multiprofissional: assistência ao paciente oncológico". **Anais do II Congresso Brasileiro Interdisciplinar na Promoção da Saúde**. Santa Cruz do Sul: UNISC, 2016.

MEINE, M. M. M. A. *et al*. "Mapeamento de processos em uma farmácia hospitalar: ferramenta para gestão e melhoria da qualidade". **Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde**, vol. 6, n. 3, 2015.

OLIVEIRA, P. R. *et al*. "A comunicação entre a farmácia e a enfermagem na administração segura de medicamentos". **ID ON LINE - Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, vol. 11, n. 35, 2017.

ORDEM DOS FARMACÊUTICOS. **Manual de Boas Práticas de Farmácia Hospitalar**. Lisboa: Ordem dos Farmacêuticos, 2018. Disponível em: <https://www.ordemfarmaceuticos.pt>. Acesso em: 12/04/2020.

SANTOS, G. A. A. **Gestão de farmácia hospitalar**. São Paulo: Senac, 2012.

SBRAFH - Sociedade Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde. **Padrões Mínimos para Farmácia Hospitalar**. São Paulo: SBRAFH, 2017. Disponível em: <http://www.sbrafh.org.br>. Acesso em: 10/04/2021.

SFORSIN, A.C. P. *et al*. "Gestão de Compras em Farmácia Hospitalar". **Pharmacia Brasileira**, n. 85, março / abril / maio, 2012.

SILVA, K. S. "Gerenciamento de farmácia hospitalar: otimização da qualidade, produtividade e recursos financeiros". **Revista Saúde e Desenvolvimento**, vol. 7, n. 4, 2016.

TORRES, R. M. *et. al*. "Atividades da farmácia hospitalar brasileira para com pacientes hospitalizados: uma revisão da literatura". **Ciência e Saúde Coletiva**, vol. 12, n. 4, 2007.

TREVIZAN, H. **Dificuldades na gestão da política de assistência farmacêutica**: uma revisão bibliográfica (Trabalho de Conclusão de Curso de Gestão da Organização Pública em Saúde). Picada Café: UFSM, 2015.

CAPÍTULO 5

Práticas de Enfermagem para Promover a Segurança do Paciente em Ambiente Hospitalar

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM PARA PROMOVER A SEGURANÇA DO PACIENTE EM AMBIENTE HOSPITALAR

Dayse Teixeira de Castro

Francisleile Lima Nascimento

Para compreender as práticas de enfermagem que promovem a qualidade da segurança hospitalar do paciente, torna-se fundamental considerar o processo histórico de desenvolvimento da enfermagem, que no decorrer da sua evolução histórica, responde às mudanças tecnológicas e às forças sociais. As responsabilidades administrativas têm evoluído em resposta às necessidades institucionais, mercadológicas e assistenciais, tornando decisivo o papel do enfermeiro para o cuidado efetivo e com qualidade do atendimento ao paciente (MARQUIS; HUSTON, 2005).

A qualidade do serviço na enfermagem inclui não apenas a assistência prestada pela equipe, mas também o resultado final da intervenção, avaliado pela qualidade dos registros de na mesma. Nesse sentido, Fonseca *et al*. (2005) afirmam que, a partir desses registros, além de implementar ações voltadas à melhoria dos resultados operacionais, podem ser construídas melhores práticas de enfermagem.

Diante desse cenário, este artigo questiona sobre: Quais práticas de enfermagem podem ser desenvolvidas para promover a segurança do paciente no ambiente hospitalar, além das práticas de assepsias? Buscando responder a esse questionamento, foi traçado o seguinte objetivo: analisar a auditoria de enfermagem como prática, que contribui para a promoção da segurança do paciente no ambiente hospitalar.

Nessa perspectiva, este estudo é orientado a objetivos e busca descrever a auditoria de enfermagem em estabelecimentos de saúde como um componente do controle de qualidade de enfermagem; promover e servir como prática de enfermagem em ambientes hospitalares para a segurança do paciente; e enumerar diferentes práticas vistas como uma ferramenta de controle de qualidade para serviços prestados em ambiente hospitalar.

Considerando que são diversos os atores envolvidos na prestação de serviço de saúde, no intuito de elucidar medidas que possam promover a segurança do paciente no ambiente hospitalar, além das práticas de assepsias, este artigo se justifica por esclarecer uma temática bastante polêmica no cenário da saúde, que envolve as auditorias, que têm mostrado diversos problemas com relação à segurança dos usuários.

Dessa forma, o artigo torna-se relevante no sentido de apresentar, ao meio acadêmico e científico, aportes bibliográficos a respeito da temática levantada, tendo em vista a necessidade de discutir sobre questões recentes relacionadas com o cuidado da saúde do paciente interno.

Contudo, apesar de não ser inédito, este estudo se justifica por contribuir para a disseminação do exercício fundamental e aumento do conhecimento diante deste importante contexto, e assim colaborar para a linha de pesquisa da área atuante e da qualidade na assistência prestada aos serviços de saúde.

CONTEXTUALIZAÇÃO HISTÓRICA DA ENFERMAGEM

Conforme a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEN) (ABEN, 2013), a história da enfermagem se desenvolve mediante o processo evolutivo da humanidade como forma de preservação da

vida. Dessa forma, o conhecimento sobre o desenvolvimento de sua cultura, política e história, proporciona a visão de como hoje essa ciência se tornou fundamental para a saúde pública.

A enfermagem assim designada por Pilarte e Sánches (2014), como a ciência do cuidar, existe desde que a humanidade necessitou de cuidados com doentes, sofrendo alterações com as circunstâncias socioculturais, crenças e até mesmo as doenças de cada momento histórico.

Diante disto, é importante mencionar que a enfermagem era utilizada inicialmente por sacerdotes e feiticeiras, para combater as doenças ditas como castigo das divindades. Sendo assim, esses acumulavam por meio da enfermagem, as funções de médicos e enfermeiros que aplicavam seus conhecimentos através de banhos, massagens, purgantes e uso de plantas medicinais (ABEN, 2013).

Segundo Cavalcanti *et al*. (2013), a compreensão da história da enfermagem se dá à medida que entende o seu significado e sua importância quanto à sociedade. Nesse contexto, ressalta-se que a enfermagem era desenvolvida somente no círculo familiar como uma atribuição das mulheres no cuidar de seus filhos, e não existia a enfermagem como profissão.

A enfermagem se originou assim, atrelada ao conceito do cuidar, no qual a humanidade desenvolveu mecanismo para tratar e erradicar doenças. Algumas medidas aplicadas antigamente era o isolamento para preservar a saúde coletiva e tratar individualmente a saúde do paciente (CAVALCANTI *et al*., 2013).

Por essa razão, a enfermagem não é descrita diretamente como ciência nos tempos antigos, no entanto, assuntos médicos, sociais e religiosos a envolvem. No período da difusão do cristianismo em Roma era considerado um ato feminino, praticado até por muitas damas distintas instigadas pela igreja a se dedicarem aos pobres e enfermos (PAIXÃO, 1979).

Essa abordagem cristã segundo Pilarte e Sánches (2014), foi aproveitada pela Igreja Católica, que pregava o cuidado aos necessitados como caminho para a salvação eterna, fazendo com que na idade média, época em que surgem os caminhos de peregrinações à Terra Santa e epidemias na Europa, a Igreja investisse na construção de hospitais para atender aos caminhantes doentes. Nesse período, essas mulheres não tinham a oportunidade de ampliar seus conhecimentos, e era considerado um serviço doméstico.

A mudança na profissão aconteceu gradativamente com eventos como a publicação do "Boletim de Praticantes", em 1915, a Federação de Colégios de Praticantes Vasco-Navarra, em 1917, a "A enfermeira oficial", em 1927, a obrigatoriedade de inscrição em um Colégio (ordem de enfermeiros), em 1929, pequenos cursos realizados em meio a carente estrutura médico-sanitária em 1936, que auxiliaram na formação de 5.506 Damas Auxiliares de Saúde Militar até o fim da Guerra Civil Espanhola (PILARTE; SANCHEZ, 2014).

No Brasil, a institucionalização da enfermagem iniciou em 1890 com a criação de uma escola de formação de profissionais dentro do Hospício Nacional de Alienados do Rio de Janeiro, organizado pelas irmãs de caridade francesas (OLIVEIRA, 1979).

Entretanto, Cavalcanti *et al*. (2013) destaca que:

> No Brasil, a organização da enfermagem começou no período colonial estendendo-se até o século XIX. Os cuidados aos doentes eram exercidos na maioria dos casos por escravos, que auxiliavam os jesuítas, que também exerciam as funções de médicos e enfermeiros. As ervas medicinais eram à base do tratamento terapêutico. A primeira casa de misericórdia foi inaugurada, dentro dos padrões de Portugal, em 1543. Somente no século XIX, o Brasil instaurou medidas de proteção referente à

> maternidade, criando a sala de partos. Em 1832 foi organizada e criada a primeira Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, onde funcionava a escola de parteiras (CAVALCANTI *et al*., 2013, p. 5).

Nessa perspectiva, pode considerar que o desenvolvimento da enfermagem no Brasil ocorreu associado ao processo de criação e desenvolvimento da saúde pública brasileira, voltada primeiramente para a Família Real.

Com relação ao processo histórico evolutivo da saúde no Brasil, Costa Júnior e Costa (2014) comentam que somente a partir do século XVI, que as políticas públicas de saúde foram implantadas no Brasil, impulsionada pela chegada da Família Real. Todavia, os serviços e tratamentos oferecidos por essa implantação sofreram preconceito e medo por parte da população, que preferiam ser tratadas pelos curandeiros.

Em consonância com a pesquisa, Lopes (2011) cita que de fato a saúde pública brasileira bem como o desenvolvimento da enfermagem, são oriundas do advento da Corte real portuguesa, datada de 1808, com a criação das duas primeiras escolas de medicina em nosso País (Colégio Médico-Cirúrgico do Real Hospital Militar de Salvador e a Escola de Cirurgia do Rio de Janeiro), que visavam principalmente à saúde e o bem-estar da nobreza (SANTOS, 2008).

Entretanto, a história da Saúde Pública e o avanço da enfermagem brasileira iniciam-se cercadas de desconfiança por parte da população, entendida como muito limitada e pouco eficaz. De fato, a saúde pública assim como a enfermagem tinham esse aspecto, pois a sociedade culturalmente sempre se automedicou. Os avanços no desenvolvimento da saúde ganharam nova conjuntura a partir dos estudos de Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro, que no interior da escola pasteuriana, desenvolveram

medidas de enfermagem e cuidados, como o isolamento dos indivíduos doentes contagiantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios. Essas medidas deram aspectos de coletividade para os tratamentos de saúde no Brasil (MERHY; QUEIROZ, 1993).

Nesse contexto histórico do desenvolvimento da enfermagem, não podemos deixar de destacar a participação dos grupos filantrópicos de cunho religioso como as Santas Casas de Misericórdia, que cuidava da saúde dos brasileiros, principalmente a população mais carente (GONÇALVES; GOULART, 2016).

Todavia, a enfermagem só ganhou amplitude com a Proclamação da República em 1889, quando a saúde pública implementou um modelo sanitarista, visando erradicar epidemias urbanas e a criação de um novo Código de Saúde Pública, tornando a saúde brasileira uma medida coletiva sob a responsabilidade do governo, para garantir mediante políticas sociais e acessórias, a redução do risco de doenças e de outros agravos e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, prestação e recuperação (CORREIA, 2014).

A partir desses critérios, a enfermagem como uma ferramenta administrativa, buscou definir seus objetivos, bem como os padrões de desempenho aceitáveis, para que a partir destes, houvesse o controle da realização ou não destes serviços, sendo possível acompanhar a qualidade dos serviços prestados através da auditoria destes.

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DA AUDITORIA

A palavra auditoria, do latim *audire*, significa “de ouvir”. De acordo com Dyniewicz, Kalinows e Souza (2010), foi traduzida para

o inglês como auditing, designando termos técnicos para a revisão de termos contábeis. Segundo Braga e Ferreira (2009), esta prática teve seu maior desenvolvimento na Revolução Industrial.

Dessa forma, o termo se relaciona com os aparatos técnicos de informações financeiras de uma entidade. Como ressalta ATTIE (1998, p. 25), que define a auditoria como "uma especialização contábil voltada a testar a eficiência e eficácia do controle patrimonial implantado, com o objetivo de expressar uma opinião sobre determinado dado".

Por outro lado, Franco e Marra (2000) mencionam que:

> A auditoria como a técnica contábil que através de procedimentos específicos que lhe são peculiares, aplicados no exame de registros e documentos, inspeções, e na obtenção de informações e confirmações, relacionadas com o controle de uma entidade. Objetiva obter elementos de convicção que permitam julgar se os registros contábeis foram efetuados de acordo com os princípios fundamentais e normas da contabilidade, e se as demonstrações contábeis deles decorrentes, refletem adequadamente a situação econômico-financeira do patrimônio, os resultados do período administrativo examinado e as demais situações nelas demonstradas (FRANCO; MARRA, 2000, p. 26).

No entanto, quando se trata de auditoria na área da saúde, por meio da revisão de prontuários para determinar a qualidade da assistência prestada, é possível sugerir que o primeiro relato ocorreu nos Estados Unidos em 1918. No entanto, a partir da década de 1980, com os avanços tecnológicos, o aumento da globalização dos mercados, a informatização, a concorrência entre os prestadores de serviços e o aumento da demanda dos clientes, essa atividade acabou

assumindo um papel importante nas unidades de saúde (KURCGANT, 2006).

No caso do Brasil, a evolução da auditoria está relacionada à instalação de empresas estrangeiras de auditoria independente, como seus investidores, com o objetivo de auditar seus processos financeiros, mas somente depois de se acostumar com o nosso país é possível iniciar as primeiras auditorias na área da saúde (ATTIE, 1998).

Nesse contexto, somente a partir de 1990 a auditoria em saúde no Brasil tem desempenhado seu importante papel por meio da Lei nº 8.080 da Organização da Saúde, que estabeleceu em 1993 a necessidade da criação do Sistema Nacional de Auditoria (SNA). Devido à necessidade de descentralização da gestão estabelecida por um sistema único de saúde, a SNA visa realizar uma revisão abrangente dos serviços de saúde no Brasil (SUS) (FONSECA *et al*., 2005).

Vale ressaltar que o foco de uma auditoria não é encontrar o culpado do problema, mas sugerir medidas para melhorar ou modificar o serviço prestado, eliminando assim o problema.

O DESENVOLVIMENTO DA AUDITORIA EM ENFERMAGEM

As auditorias de enfermagem têm suas origens no trabalho de 1918 de George Gray Ward, um médico americano do Hospital da Mulher em Nova York, para avaliar a prática médica por meio de registros de saúde. Vale ressaltar que essas atividades de auditoria têm sido frequentes em todos os hospitais norte-americanos. (KURCGANT, 1976).

Conforme Melo e Vaitsman (2008), a auditoria na área da saúde era originalmente uma forma de avaliar a qualidade desses serviços por meio da observação dos registros e da história clínica do usuário.

Para Kurcgant (1976), a auditoria de enfermagem tem como objetivo melhorar a qualidade dos serviços prestados à saúde do paciente, por isso se configura como uma ferramenta de controle da qualidade do trabalho realizado. Portanto, a auditoria é uma ferramenta utilizada por chefes de unidade, supervisores e líderes de serviço de enfermagem.

No entanto, vale ressaltar que, impulsionados pela Revolução Industrial, todos os setores da sociedade, inclusive a saúde, tiveram que se adequar aos novos padrões estabelecidos para o mercado de trabalho.

Nesse contexto, por volta da década de 1970, surgiu um novo modelo de produção baseado na flexibilidade do mercado de trabalho, novos produtos e padrões de consumo. Isso criou a necessidade de novos profissionais, profissionais que possam atender às necessidades do mercado de trabalho, com versatilidade, flexibilidade e capacidade de se envolver com outros para prestar um atendimento diferenciado ao cliente (DECKMAN *et al*., 2013).

Nessa perspectiva, Deckman *et al*. (2013) salientam que no setor saúde também não é diferente, pois dependendo do sistema, os órgãos podem ter necessidades diferentes de habilidades e competências. Essas habilidades podem ser técnicas, comportamentais, gerenciais e outras habilidades que podem se tornar parte da estratégia de uma organização.

Nesse sentido, Kurcgant (1991) afirma objetivo das auditorias de enfermagem é identificar áreas de serviços mal atendidos, fornecer dados para melhorar os programas e a qualidade

da prestação de cuidados e capturar dados para cronogramas atualizados para a equipe de enfermagem.

Contribuindo com essa reflexão, Guimarães e Espírito Santo (2014) frisam que a auditoria de enfermagem é o processo de avaliação das atividades de enfermagem, a auditoria de enfermagem tem a função de análise quantitativa (auditoria de custos) e análise qualitativa (auditoria de enfermagem) para verificar a existência de gastos indevidos e notificá-los à diretoria com a finalidade de melhorar a Serviços prestados e o custo de fornecer tais serviços.

Em outras palavras, uma auditoria assistencial em enfermagem envolve a avaliação da qualidade da assistência prestada aos clientes com base na análise do prontuário, verificando a compatibilidade entre os procedimentos realizados e os itens que compõem a conta hospitalar (MOTTA, 2004).

Sendo assim, Dorne e Hungare (2013) ressalta que as auditorias de enfermagem utilizaram diversas ferramentas, incluindo tabelas de preços diários e honorários hospitalares, pactuados por convênios e prestadores de serviços, prontuários, registros contábeis da Associação Médica Brasileira (AMB). Na tabela da Brasíndice, tem as descrições com preços e materiais de saúde; protocolos, contas hospitalares; convênios; mesmo aqueles impressos como extratos brilhantes; relatórios ou estatísticas; coleta de dados e outros.

A AUDITORIA EM ENFERMAGEM COMO FERRAMENTA PARA PROMOVER A SEGURANÇA DO PACIENTE NO AMBIENTE HOSPITALAR

Nas auditorias de enfermagem, temos vários aspectos e mecanismos importantes para promover a qualidade dos serviços de

saúde, incluindo anotações de enfermagem e auditorias de enfermagem realizadas pelo enfermeiro auditor.

O registro de enfermagem é o registro de 24 horas de um cliente em ambiente hospitalar contendo dados sobre sua saúde geral e dados administrativos, destinado a comunicar informações sobre a assistência prestada aos clientes e equipes multidisciplinares, como ferramenta de auditoria (D`INNOCENZO *et al*., 2006).

Nas anotações, podem ser citados os prontuários médicos e de enfermagem do cliente. No que diz respeito ao prontuário do cliente, Rodrigues *et al*. (2004) ressaltam que ele está se tornando cada vez mais um documento legal e, portanto, é utilizado como uma importante ferramenta para avaliar a qualidade do atendimento prestado durante a internação, além de fornecer informações aos órgãos legais procedimentos, operadores do sistema de saúde, pesquisa científica, etc. para fornecer informações importantes.

De acordo com Motta (2003), é importante ressaltar que o registro de enfermagem é o principal instrumento de trabalho da auditoria.

> É por meio de auditorias de enfermagem, análise e avaliação dos procedimentos de enfermagem que se avalia a qualidade da assistência prestada ao cliente, por meio de análise criteriosa dos registros nos prontuários e comprovação da consistência entre os procedimentos e programas realizados no plano de saúde (MOTTA, 2003, p. 32).

Nesse sentido, Siqueira (2014 *apud* DANIEL, 1981) enfatiza a importância dos registros de enfermagem, afirmando que é uma das mais importantes formas de comunicação de enfermagem, e tem como finalidade:

> Estabelece comunicação efetiva entre a equipe de enfermagem e os demais profissionais envolvidos no cuidado; serve de base para o desenvolvimento de um plano de assistência ao paciente; constitui subsídio para a avaliação da assistência prestada; é utilizado para acompanhar a evolução do quadro do paciente; documentação legal de cuidados prestados; participar de auditorias de enfermagem; e colaborar no ensino e pesquisa de enfermagem (SIQUEIRA, 2014, p. 12).

No entanto, a prática de documentar as ações da equipe de enfermagem pode ser falha, pois Daniel (1981) aponta que há uma quase negligência na formalização escrita deste trabalho, e a falta de anotações no prontuário do paciente, o que pode afetam as instituições não apenas na área de auditoria, mas também nos aspectos judiciais, administrativos ou financeiros.

Toda ação é cobrada, e a documentação dos procedimentos realizados é o principal meio de garantir o recebimento dessa despesa, evitando acobertamentos e reclamações dos pacientes e familiares, que podem gerar desconforto e má impressão.

Com relação ao papel do enfermeiro auditor, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) em sua Resolução n. 266, de 5 de outubro de 2001, certifica as seguintes atribuições do enfermeiro auditor, incluindo organizar, dirigir, planejar, coordenar e avaliar, prestar consultoria, auditar e opinar sobre os serviços de auditoria de enfermagem.

Vale ressaltar, ainda, que o enfermeiro tanto pode controlar danos sistêmicos que podem ser causados aos pacientes durante o atendimento, quanto pode desempenhar um papel no planejamento das ações de saúde, com uma visão holística de várias instâncias sociais, incluindo grupos específicos (COFEN, 2001).

A forma como a enfermagem é exercida tem sido atrelada à qualidade, demonstrada pelas condutas de cuidado, comprometimento, conhecimento e ações prestadas aos clientes. Portanto, a busca constante pela qualidade da assistência é inerente e essencial à ética de trabalho da classe, evidenciada pelo rigoroso desempenho técnico processual para alcançar melhores resultados (ADAMI, 2000). Nesse sentido, Scarparo e Ferraz (2008) afirmam que os princípios de auditoria na área da saúde se concentram na avaliação da qualidade da assistência prestada aos pacientes, pois essa é a natureza da prática dos profissionais da área.

O sucesso de uma auditoria de enfermagem depende fundamentalmente da existência de padrões previamente estabelecidos, que podem ser subdivididos em padrões de atendimento e registro. O padrão de atendimento está relacionado ao direito do cliente de receber atendimento conforme a necessidade (SIQUEIRA, 2014).

É por isso que Horr (1989) menciona que, quando acamados, os clientes propensos a escaras têm direito a troca de fraldas; massagem, especialmente nas protuberâncias ósseas; movimentos dos membros, etc. Os padrões de registro referem-se a formulários de preenchimento de cuidados como: histórico médico, prescrição e evolução do cuidado, registros de sinais vitais, relatórios de insulina, balanço hídrico, instruções sobre cuidados prestados, sinais, sintomas, intervalos, etc. (HORR, 1989).

D'Innocenzo *et al*. (2006) categorizam as auditorias de enfermagem como auditorias de enfermagem, que medem a qualidade da assistência, verificada por meio de registros no prontuário do cliente e as próprias circunstâncias do cliente, e auditorias de custos, que examinam e controlam as informações enviadas ao cliente a respeito dos planos de Saúde. Faturamento, incluindo procedimentos realizados, consultas de rotina, cruzamento de informações recebidas com informações contidas em prontuários.

Os objetivos desse processo são o controle de custos, a qualidade do atendimento ao cliente, o pagamento justo das contas hospitalares e a transparência das negociações, com base no comportamento ético.

Segundo Tavares e Biazin (2011), os enfermeiros auditores são profissionais habilitados para avaliar os serviços de saúde em qualquer nível em que os profissionais de enfermagem estejam presentes, participando efetivamente da elaboração de manuais, normas, procedimentos, contratos de prestação de serviços, sua avaliação e reformulação. Tendo habilidades para examinar a necessidade de educação permanente e envolver-se nelas se for preciso.

O Enfermeiro Auditor tem a possibilidade de visitar a unidade de saúde bem como o paciente/cliente presencialmente com o objetivo de avaliar as instalações, equipamentos e até a qualidade dos cuidados prestados, analisando prontuários e registros de enfermagem durante e após os procedimentos. Bem como verificar a compatibilidade dos procedimentos realizados, assim como os encargos, para opinar, destinam-se a ser pagos de forma justa para que o serviço/agência garanta sua funcionalidade, tenha um bom ambiente de trabalho e uma assistência de qualidade.

Parafraseando Siqueira (2014 *apud* DORNE; HUNGARE, 2013), conforme citado pelos autores, os profissionais enfermeiros auditores exercem diversas atividades em protocolos e hospitais como:

> Convênios: Avaliar os cuidados prestados aos clientes por meio de prontuários; verificar a adesão aos procedimentos em relação aos padrões e protocolos estabelecidos; ajustar os custos por procedimento; preparar relatórios/planilhas que definam os perfis dos prestadores: custo por dia, custo

> por procedimento, comparações profissionais entre prestadores; participação em visitas hospitalares; avaliação, controle (publicação de pareceres) prestadores de serviços, fornecimento de dados para manutenção/continuidade do protocolo (assessoria a pessoas credenciadas); vínculos entre as partes (Parcerias). Hospital: Analisar prontuários para verificar sua completitude e correção em todas as áreas de atendimento e assistência médica; avaliar e analisar as contas hospitalares se condiz com os eventos realizados; fornecer subsídios e participar de treinamentos da equipe de enfermagem; analisar contas e anotações, pesquisar e recomendar a reorganização dos formulários utilizados ; fazer relatórios relevantes: negociação, termos aceitos ou não, ajuda prestada, dificuldades encontradas e propensas a falhas e sugestões; manter-se a par das técnicas, serviços e recursos de atendimento prestados pelo hospital, mantendo-se a par (incluindo) Preços, taxas e realizado custos; usar os dados coletados sempre que possível para otimizar os serviços de auditoria: saber apontar custos para cada departamento, onde os gastos podem ser reduzidos, perfis e estatísticas de profissionais relevantes (SIQUEIRA, 2014, p. 14).

Portanto, devido à alta competitividade do mercado, a qualidade de vida do usuário precisa ser considerada, o que depende diretamente da qualidade de vida. A assistência prestada e como ela é sistematizada, pois a Sistematização da Assistência (SAE) é atividade privativa do enfermeiro sob as resoluções do COFEN, subsidiando as auditorias de enfermagem e seu impacto (GUIMARÃES; ESPÍRITO SANTO, 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após uma análise da literatura e do conteúdo, o estudo buscou responder aos objetivos abrangentes, mostrando o que é percebido como o papel da enfermagem, da auditoria e do enfermeiro auditor na área ao analisar a auditoria de enfermagem como uma prática de enfermagem que auxilia na promoção da segurança do paciente em qual o cenário hospitalar está em expansão, o que é muito importante quando o objetivo é otimizar custos, evitar desperdícios e garantir que todos os procedimentos sejam realizados corretamente.

No que se refere à descrição dos objetivos das auditorias de enfermagem como um programa de qualidade assistencial que promove a segurança do paciente em ambiente hospitalar, pode-se validar a importância das auditorias na melhoria da qualidade da assistência prestada nas unidades de saúde, enfatizar o papel dos registros no atendimento médico de cada paciente buscando registrar e demonstrar a qualidade e confiabilidade do serviço.

Quanto à relevância da auditoria de enfermagem em estabelecimentos de saúde como prática por meio de publicações na área, atendendo à segurança do paciente em ambiente hospitalar, pode-se constatar o sucesso da auditoria de registros de enfermagem, pois pode servir como resposta à não conformidade nas ações para avaliação, controle e verificação de itens para implementação de planos de ações corretivas de natureza educacional.

Em resposta ao objetivo de enumerar diversas práticas de enfermagem, considerada uma ferramenta para o controle de qualidade dos serviços prestados em ambiente hospitalar, busca-se propor que as auditorias em saúde tragam benefícios às instituições e aos pacientes, pois visa proporcionar às instituições uma

assistência de maior qualidade, satisfação do Paciente/Cliente, honorários adequados e justos para instituição.

Dessa forma, a pesquisa também destaca o papel do enfermeiro auditor, enfatizando o papel fundamental que a profissão desempenha no bom desenvolvimento da auditoria e da prática de enfermagem. Vale destacar também que a tendência atual na auditoria da atuação do enfermeiro envolve não apenas noções burocráticas e gerenciais de custo do produto, mas também deve estar atrelada à qualidade do serviço, que é cuidar do paciente, do ser humano, e lembrar que o cuidado com ou sem auditoria é a ciência do cuidado.

REFERÊNCIAS

ABEN - Associação Brasileira de Enfermagem. "História da enfermagem: as práticas de saúde ao longo da história e o desenvolvimento das práticas de enfermagem". **Portal Eletrônico da Associação Brasileira de Enfermagem - ABEN/PE** [2013]. Disponível em: <http://www.abenpe.com.br>. Acesso em: 10/01/2018.

ADAMI, N. P. A melhoria da qualidade nos serviços de enfermagem. **Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 13, n. especial, 2000.

ATTIE, W. **Auditoria**: conceitos e aplicações. São Paulo: Editora Atlas, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Auditoria do SUS**: orientações básicas. Brasília: Departamento Nacional de Auditoria do SUS, 2011.

CAVALCANTI, M. C. S. *et al*. "A evolução da enfermagem: um recorte histórico, político e cultural". Maranhão: UFMA, 2013. **Portal Eletrônico Livrozilla** [2013]. Disponível em: <https://livrozilla.com>. Acesso em: 1/02/2018.

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução COFEN n. 266, de 05 de outubro de 2001**. Brasília: COFEN, 2001. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br>. Acesso em: 1/02/2018.

CORREIA, B. S. "A evolução histórica das políticas de saúde no Brasil". **Portal Eletrônico Educação** [2014]. Disponível em: <http://www.portaleducacao.com.br>. Acesso em: 10/01/2018.

COSTA JÚNIOR, A. G.; COSTA, C. E. M. "Breve Relato Histórico das Políticas Públicas de Saúde no Brasil". **Portal Eletrônico História e História** [2014]. Disponível em: <http://www.historiaehistoria.com.br>. Acesso em: 10/01/2018.

D`INNOCENZO, M. *et al*. **Indicadores, Auditorias, Certificações**: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. São Paulo: Editora Martinar, 2006.

DANIEL, L. F. **Enfermagem planejada**. São Paulo: Editora da EPU, 1981.

DORNE, J. D.; HUNGARE, J. V. Conhecimentos teóricos de auditoria em enfermagem. **Uningá Review**, vol. 15, n. 1, 2013.

FONSECA, A. S. *et al*. "Auditoria e o uso de indicadores assistenciais: uma relação mais que necessária para a gestão

assistencial na atividade hospitalar". **O Mundo da Saúde**, vol. 29, n. 2, 2005.

FRANCO, H.; MARRA, E. **Auditoria contábil**. São Paulo: Editora Futura, 2000.

GONÇALVES, A. M.; GOULART, M. S. B. "História das Santas Casas na Assistência à Saúde Mental mineira no século XIX". **Revista Tempos Gerais**, vol. 4, n. 2, 2016.

GUIMARÃES, M. R.; ESPÍRITO SANTO, E. "Análise das contribuições da auditoria em enfermagem". **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, vol. 12, n. 2, 2014.

HORR, L. "Auditoria em enfermagem". **Anais do 5º Ciclo Nacional de Administração em Enfermagem**. Maringá: ABEN, 1989.

KURCGANT, P. "Auditoria em enfermagem". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 29, n. 3, 1976.

KURCGANT, P. **Administração em enfermagem**. São Paulo: Editora da EPU, 2006.

LOPES, P. J. "A Evolução da Saúde Pública no Brasil". **Portal Eletrônico da Pastoral FP** [2011]. Disponível em: <http://www.pastoralfp.com>. Acesso em: 10/01/2018.

MARQUIS, B. L.; HUSTON, C. J. **Administração e liderança em enfermagem**: teoria e prática. Porto Alegre: Editora Artmed, 2005.

MERHY, E. E.; QUEIROZ, M. S. "Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro". **Caderno de Saúde Pública**, vol. 9, n. 2, 1993.

MOTTA, A. L. **Auditoria de enfermagem nos hospitais e operadoras de planos de saúde**. São Paulo: Editora Iátria, 2004.

OLIVEIRA, M. I. R. "Enfermagem e estrutura social". **Anais do Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Fortaleza: Associação Brasileira de Enfermagem, 1979.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. Rio de Janeiro: Júlio C. Reis, 1979.

PILARTE, J. R.; SÁNCHEZ, M. S. "História da enfermagem". **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, vol. 5, n. 3, 2014.

RODRIGUES, V. A.; PERROCA, M. G.; JERICÓ, M. C. "Glosas hospitalares: importância das anotações de enfermagem". **Arquivos de Ciências da Saúde**, vol. 11, n. 4, 2004.

SANTOS, B. R. L. "O PSF e a enfermagem". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 53, número especial, 2008.

SCARPARO, A. F.; FERRAZ, C. A. "Auditoria em Enfermagem: identificando sua concepção e métodos". **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol. 61, n. 3, 2008.

SIQUEIRA, P. L. de F. "Auditoria em saúde e atribuições do enfermeiro auditor". **Caderno Saúde e Desenvolvimento**, vol. 4, n. 3, 2014.

TAVARES, R.; BIAZIN, D. T. "Auditoria de Enfermagem e a Redução dos Custos Hospitalares: uma revisão sistemática". **Terra e Cultura**, n. 52, 2011.

CAPÍTULO 6

Ferramentas de gestão de boas práticas de Governança Corporativa no processo de faturamento hospitalar

FERRAMENTAS DE GESTÃO DE BOAS PRÁTICAS DE GOVERNANÇA CORPORATIVA NO PROCESSO DE FATURAMENTO HOSPITALAR

Michelle Costa Alves

Na atualidade, ter um modelo de gestão de excelência, alicerçado pelas diretrizes e princípios da governança corporativa propicia aos gestores hospitalares a minimização dos riscos, otimização de recursos, redução de desperdícios, equilíbrio entre a gestão clínica e gestão empresarial e controles internos, sendo item estratégico e de vantagem competitiva pelas instituições de serviços de saúde.

Dessa forma, os serviços de saúde adotam diretrizes e programas de governança e gestão dos riscos corporativos associados ao sistema de gestão pela qualidade, assumindo o compromisso de cumprir as legislações vigentes; boas práticas em gestão; a busca contínua do aperfeiçoamento das suas atividades; promoção da qualidade das relações, assumindo o compromisso em promover a cultura da qualidade e segurança dos serviços prestados, visando a melhoria contínua dos processos.

A adesão de boas práticas de governança corporativa, associadas as ferramentas de gestão, vêm sendo aplicadas como importante apoio e auxílio às instituições de saúde, contribuindo para atingir seus objetivos, seja de reduzir custos, aumentar receitas, melhorar a qualidade, inovar, reduzir riscos ou ainda, planejar ações futuras (ONA, 2018; FALCONI, 2013; CBA, 2010).

Diante da importância do tema, determinou-se como objeto de estudo o seguinte problema: ausência de modelo de gestão e

uniformidade de prática de governança no processo de faturamento hospitalar. O processo administrativo de faturamento hospitalar foi escolhido por ser considerado como um dos processos estratégicos de maior relevância na instituição hospitalar devido ao fato de além de transformar em moeda as atividades assistenciais prestadas e os materiais e medicamentos dispensados ao paciente, fornece conhecimento sobre a rentabilidade da instituição, possibilitando gerir custos, receitas e a qualidade oferecida. O estudo tem como objetivo principal levantar e analisar as principais ferramentas utilizadas como modelo de gestão adotadas por um grupo de hospitais selecionados e sua efetividade para promover a sustentabilidade e gestão do processo de faturamento hospitalar.

REFERENCIAL TEÓRICO

Esta seção apresenta a revisão de literatura referente aos pilares que associados caracterizam o modelo de gestão organizacional proposto referente as boas práticas de governança e sua relação com o segmento saúde, além de seus resultados aplicados nos hospitais, sustentando o tema envolvido neste estudo como: governança corporativa, estratégia empresarial, processos de negócio, gestão de pessoas, tecnologia e sistemas de informação e especificamente sobre a importância da gestão do ciclo de receitas do faturamento hospitalar.

Governança Corporativa

Tradicionalmente, instituições de saúde tendem a separar a gestão empresarial e a gestão assistencial, o que acaba gerando um conflito na gestão, impedindo o alcance dos resultados. É

exatamente neste contexto que a governança corporativa exerce seu papel. Ela surge como ferramenta de apoio nas resoluções de itens chave para o gestor hospitalar, proporcionando um direcionamento claro para a tomada de decisões (GORDILHO, 2018). A Governança Corporativa contribui para a modernização de recursos, cultura de serviços e prestação de contas mediante a implantação dos conceitos de controles internos, gestão de riscos, incentivo às boas práticas em todas as instâncias de controles através da atribuição dos princípios de: transparência, equidade, prestação de contas (*accountability*) e responsabilidade corporativa, que podemos entender mais a fundo suas definições conforme apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Princípios básicos da Governança Corporativa

Transparência	Consiste no desejo de disponibilizar para as partes interessadas as informações que sejam de seu interesse e não apenas aquelas impostas por disposições de leis ou regulamentos. Não deve restringir-se ao desempenho econômico-financeiro, contemplando também os demais fatores (inclusive intangíveis) que norteiam a ação gerencial e que condizem à preservação e à otimização do valor da organização.
Equidade	Caracteriza-se pelo tratamento justo e isonômico de todos os sócios e demais partes interessadas (stakeholders), levando em consideração seus direitos, deveres, necessidades, interesses e expectativas.
Prestação de contas (accountability)	Os agentes de governança devem prestar contas de sua atuação de modo claro, conciso, compreensível e tempestivo, assumindo integralmente as consequências de seus atos e omissões e atuando com diligência e responsabilidade no âmbito dos seus papeis.
Responsabilidade social corporativa	Os agentes de governança devem zelar pela viabilidade econômico-financeira das organizações, reduzir as externalidades negativas de seus negócios e suas operações e aumentar as positivas, levando em consideração, no seu modelo de negócios, os diversos capitais (financeiro, manufaturado, intelectual, humano, social, ambiental, reputacional, etc.) no curto, médio e longo prazos.

Fonte: IBGC (2015).

O avanço nos cuidados com a saúde, assim como os seus efeitos na cadeia de valor do segmento hospitalar, desafia os gestores hospitalares, levando-os a refletir sobre a importância da adesão as diretrizes e princípios da governança corporativa e sua melhor forma de implementação associados ao modelo de gestão organizacional.

Estratégia Empresarial

A obtenção de uma gestão de excelência possui como foco principal uma administração integrada. Alcançar a excelência em gestão hospitalar inicialmente requer um planejamento consistente, sólido e estruturado para o alcance de uma melhor performance, refletindo no caixa da instituição, otimizando recursos, reduzindo custos e desperdícios e aprendizado contínuo associado ao produto/serviço final, que resume no cuidado centrado ao paciente e sua segurança (GORDILHO, 2018). Para estabelecer a relação da excelência em gestão, integrando a estratégia a operação, faz-se necessário adotar um sistema gerencial que permite as instituições estabelecer vínculos entre a estratégia e operações, estruturação de reuniões de avaliação da estratégia, com definição de reuniões de avaliação das operações, que tende a resolver problemas de curto prazo e exerce o monitoramento e gestão dos processos e reuniões de avaliação e de melhoria da execução da estratégia. A gestão estratégica contribui para interligação da estratégia com a operação, sua execução, sua retroalimentação e aprendizado organizacional (KAPLAN; NORTON, 2008).

Processos de Negócio

A prática de gestão por processos pode ser entendida como fundamental para as instituições e sua aplicação é totalmente

pertinente no segmento saúde. A história nos mostra que as disciplinas de qualidade e processos transformaram e mudaram o destino do Japão nas décadas seguintes à Segunda Guerra Mundial, evidenciando a potência econômica que uma forte estrutura de gestão por processos pode prover. Gerenciamento de Processos de Negócio (*Business Process Management - BPM*) é entendido como uma expedição, não uma meta. Aderir ao BPM, fortalece a vantagem competitiva para as instituições que queiram se destacar no mercado. Instituições focadas em BPM se beneficiam de força no alinhamento entre a estratégia e a operação, fortalecimento da resiliência nas operações, conformidade com o sistema de qualidade e garantia de aumento de produtividade (ABPMP BRASIL, 2013).

Gestão de Pessoas

Na era do conhecimento, as instituições iniciam na busca de compreensão que o alcance dos resultados se dá por meio das pessoas. Para alcançar os resultados almejados, é de extrema importância a valorização do capital humano voltado para as práticas profissionais, cultura e clima organizacional e visão estratégica. Na última década, a gestão de pessoas passou a ser um paradigma da gestão moderna tendo como grande desafio a aplicação de conceitos importantes como o de atração, preparação, condução, orientação e multiplicação dos talentos, tendo como foco principal a importância da área de Gestão de Pessoas e do Time de Líderes na jornada rumo a excelência em gestão, atuando de forma estratégica (ROSSO, 2014). Instituições de saúde são conduzidas por gente que cuida de gente, nesse cenário, o papel da liderança é de extrema relevância, pois é a melhor forma de obter uma vantagem competitiva (ROSSO; BOEGER; SILVA; LOMELINO, 2014).

Tecnologia e Sistemas de Informação

Devido a mudança constante que o cenário saúde vem sofrendo nas últimas décadas, muitas delas fomentadas pela digitalização dos processos, as instituições demandam de uma tecnologia da informação técnica e com foco ainda maior em visão estratégica. É por meio da transformação digital que os gargalos podem ser identificados, gerando ciclos de melhoria, promovendo a eficiência não somente ligada a operação, mas em um sentido mais amplo promovendo a qualidade e segurança da informação, aplicando o conceito do eletrônico ponta a ponta no qual o paciente está no centro (GORDILHO, 2018). Para a conquista de um modelo de gestão de excelência, é fundamental que a TI seja estruturada com base em ações proativas, comunicação assertiva e constante com seus clientes, orientada pela busca de soluções e ciclos de melhoria contínua nos processos de negócio e em seu próprio catálogo de serviços. Deve ter um planejamento da área alinhado as estratégias da instituição, com metas e acompanhamento dos resultados orientados para a estratégia da unidade, na busca de otimizar custos, transformar processos e sistemas, fortalecendo a visão global da instituição (GORDILHO, 2018).

Ciclo de Receitas Hospitalares

O Ciclo de Receita Hospitalar é entendido como a jornada que os recebíveis percorrem até a entrada efetiva no caixa da instituição hospitalar. Este ciclo tem sido entendido como um desafio para as instituições hospitalares mediante a necessidade de integrar e gerenciar todas as etapas, que inicia desde a demanda do atendimento médico, considerando todos os trâmites administrativos

de um hospital, considerados como essenciais e necessários para a geração do prontuário e em paralelo a conta médica. Mediante a este cenário, faz-se necessário uma gestão integrada e com processos padronizados de forma a garantir que a receita hospitalar prevista no início da prestação do serviço possa ser realmente efetivada e registrada em caixa (ZG SOLUÇÕES, 2020). Para que seja possível garantir uma gestão eficiente do ciclo de receita em um hospital devemos dar atenção a pontos chaves deste macroprocesso que se integrados e executados por equipe alinhada e com comunicação assertiva, promoverá o sucesso de um modelo de gestão de governança e garantia de sustentabilidade financeira para a instituição (ZG SOLUÇÕES, 2020).

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DA PESQUISA

Trata-se de um estudo de caso, de pesquisa exploratória de natureza qualitativa. A coleta de dados ocorreu por meio da elaboração de um questionário padrão, baseado em uma proposta de modelo de gestão organizacional com direcionamento específico para análise do processo de faturamento hospitalar, sendo aplicado aos Diretores Administrativos das cinco unidades hospitalares de um grupo de hospitais filantrópicos e privados, seguido por entrevista dirigida e a análise de dados foi realizada por meio das respostas positivas e evidências apresentadas pelas unidades hospitalares deste grupo selecionado para o presente estudo. No período de quatro meses (agosto a novembro/2020), foi realizado o estudo de caso. Como instrumento de coleta de dados foi utilizado literatura referente aos temas entendidos como pilares para a implementação de um modelo de gestão de excelência sustentado pelas diretrizes e princípios da governança corporativa, que contempla: governança corporativa, estratégia empresarial, processos de negócio, gestão de

pessoas, tecnologia e sistemas de informação e especificamente a gestão do ciclo de receitas que é o objeto deste estudo aplicado ao processo de faturamento hospitalar. Foi elaborado um questionário padrão, estruturado com perguntas fechadas, composto por 38 questões, subdivididas nos temas do modelo de gestão proposto, aplicado aos Diretores Administrativos responsáveis pelas cinco unidades hospitalares selecionados para este estudo. O estudo teve início no mês de agosto onde ocorreu o levantamento dos temas de pesquisa pertinente a um sistema de gestão orientado para resultados e com base no levantamento de literatura foi elaborado um questionário composto por 38 questões que pode ser visualizado no Quadro 2.

Quadro 2 – Questionário Modelo de Gestão Organizacional

ÁREA 1 - Governança Corporativa		
1. A governança corporativa está definida na unidade?	Sim ( )	Não ( )
2. A governança corporativa está inserida na cultura organizacional da unidade, na busca de transparência e perenidade da unidade?	Sim ( )	Não ( )
3. A unidade possui sistemática para acompanhamento e monitoramento das principais diretrizes e políticas institucionais (código de ética e conduta, gestão da qualidade, gestão de riscos, comunicação institucional, gestão de pessoas, gestão de custos, gestão ambiental, gestão das informações, gestão de fornecedores, segurança do paciente, consentimento informado e esclarecido, responsabilidades e direitos dos pacientes/clientes e acompanhantes e governança clínica)?	Sim ( )	Não ( )
4. A Direção Administrativa e Direção Geral, realiza anualmente a aplicação de metodologia de revisão e fortalecimento da identidade organizacional (Missão, Visão e Valores) para definir a direção estratégica da unidade?	Sim ( )	Não ( )
5. A identidade organizacional (Missão, Visão e Valores) é comunicada e disseminada para todas as partes interessadas?	Sim ( )	Não ( )

ÁREA 2 – Estratégia Empresarial		
1. Possui sistemática e equipe responsável pela elaboração, acompanhamento e monitoramento do planejamento estratégico?	Sim ( )	Não ( )
2. A unidade realizada anualmente o estudo de cenário externo, interno e legislações vigentes para definição do plano estratégico?	Sim ( )	Não ( )
3. A unidade possui mapa estratégico com suas perspectivas e seleção de objetivos com base na Diretriz Estratégica e o dissemina e divulga para toda a unidade?	Sim ( )	Não ( )
4. A unidade possui planejamento estratégico e ele está desdobrado através dos objetivos, iniciativas e indicadores para toda estrutura de gestão?	Sim ( )	Não ( )
5. A unidade possui cultura de planejamento estratégico e sistemática de monitoramento da execução e desempenho para a gestão orçamentária em toda a estrutura de gestão?	Sim ( )	Não ( )
ÁREA 3 – Processos		
1. Há definição de macroprocessos da unidade (cadeia de valor) contendo os processos-chave do negócio, processos de apoio e processos de gestão?	Sim ( )	Não ( )
2. A unidade possui definida e formalizada a sistemática para mapeamento dos processos e suas interações?	Sim ( )	Não ( )
3. A unidade possui indicadores definidos e monitorados para os seus processos?	Sim ( )	Não ( )
4. Os processos são padronizados, monitorados, avaliados e com ciclo de melhoria contínua?	Sim ( )	Não ( )
5. A unidade possui alguma sistemática para identificação dos riscos nos processos organizacionais?	Sim ( )	Não ( )
ÁREA 4 – Capacitação e Gestão de Pessoas		
1. Realiza avaliação de desempenho das pessoas por meio de um instrumento objetivo, alinhado com as competências essenciais da unidade e específicas para a função exercida?	Sim ( )	Não ( )
2. Possui processo de recrutamento, seleção e desligamento de pessoas alinhado às competências essenciais e individuais do cargo exercido?	Sim ( )	Não ( )
3. Possui programa de preparação e acompanhamento de novas pessoas para o exercício de suas funções e integrando-as à cultura organizacional?	Sim ( )	Não ( )
4. Identifica e mapeia as necessidades de capacitação e desenvolvimento considerando as competências, a estratégia da unidade e as necessidades das pessoas para o exercício das funções atuais e futuras?	Sim ( )	Não ( )

5. A unidade possui cultura orientada para resultado, sustentabilidade e melhoria contínua?	Sim ( )	Não ( )
ÁREA 5 – Tecnologia da Informação e Sistemas		
1. A situação atual de infraestrutura tecnológica (equipamentos, software, sistemas etc.) tem contribuído para a realização dos processos da unidade?	Sim ( )	Não ( )
2. A unidade utiliza acima de 70% da infraestrutura tecnológica disponibilizada?	Sim ( )	Não ( )
3. A unidade possui práticas estruturadas e políticas relativas à segurança da informação, devidamente documentadas e disseminadas na unidade?	Sim ( )	Não ( )
4. A unidade possui sistema de gestão completo e integrado considerando os processos assistenciais e administrativos?	Sim ( )	Não ( )
5. A unidade utiliza o PEP (Prontuário Eletrônico do Paciente) de forma integrada e 100% digital (sem papel) associado aos processos que integram a prestação de serviço ao paciente?	Sim ( )	Não ( )
ÁREA 6 – Processos de Negócio: Faturamento Hospitalar (Parte I - Emissão de Fatura)		
1. A unidade possui formalizado e documentado o processo de gestão de tabelas comerciais contratualizadas para prestação do serviço (simpro, brasíndice, tabela interna e específica de operadoras)?	Sim ( )	Não ( )
2. A unidade possui formalizado e documentado o processo de gestão de autorizações de forma a garantir a elegibilidade e regulação do atendimento?	Sim ( )	Não ( )
3. A unidade possui formalizado e documentado o processo de gestão de prontuário de forma a garantir a consolidação de toda a documentação pertinente para a efetivação do faturamento hospitalar?	Sim ( )	Não ( )
4. A unidade possui formalizado e documentado o processo de gestão de registros efetivos e seguros no prontuário de forma a garantir a elegibilidade de toda a assistência e cuidados prestados ao paciente?	Sim ( )	Não ( )
5. A unidade possui formalizado e documentado o processo de gestão de pré-faturamento de forma a garantir a segurança e agilidade na composição da conta hospitalar?	Sim ( )	Não ( )
6. A unidade possui formalizado e documentado o processo de gestão de análise das contas hospitalares de forma a garantir a efetividade das cobranças de procedimentos, taxas e diárias de acordo com os contratos firmados com convênios e particular minimizando a ocorrência das glosas administrativas?	Sim ( )	Não ( )

7. A unidade possui formalizado e documentado o processo de gestão de auditoria técnica das contas hospitalares de forma a avaliar a sistemática da qualidade da assistência de enfermagem prestada, compatibilidade do procedimento realizado e identificação de oportunidade de melhoria da qualidade na assistência prestada minimizando a ocorrência das glosas técnicas?	Sim ( )	Não ( )
8. A unidade possui formalizado e documentado o processo de gestão de consolidação e efetivação do faturamento hospitalar de forma a garantir a efetividade das cobranças e geração de documento fiscal da prestação de serviço em tempo hábil conforme regra de Particular e calendário de entrega as operadoras?	Sim ( )	Não ( )
ÁREA 7 – Processo de Negócio: Faturamento Hospitalar (Parte II - Ciclo de Receita)		
1. A unidade possui mapeado, formalizado e monitorado o processo de gestão de conciliação financeira com base nos demonstrativos de pagamentos e regras de pagamento contratualizado com os convênios?	Sim ( )	Não ( )
2. A unidade possui mapeado, formalizado e monitorado o processo de gestão de análise de glosas após identificação de valor pendente a receber identificado na conciliação financeira?	Sim ( )	Não ( )
3. A unidade possui mapeado, formalizado e monitorado o processo de gestão de recursos de glosas de forma a garantir o envio de justificativas e evidências, e do monitoramento das análises e retorno em tempo hábil por parte dos convênios, para garantir o recebimento efetivo do serviço prestado?	Sim ( )	Não ( )
4. A unidade possui mapeado, formalizado e monitorado o processo de gestão de cobrança de recursos financeiros de forma a garantir o cumprimento de entrega dos recursos de glosas, o prazo de pagamento da fatura primária e do recebimento dos recursos de glosas enviados aos convênios?	Sim ( )	Não ( )
5. A unidade possui mapeado, formalizado e monitorado o processo de gestão de não-conformidades do processo de faturamento hospitalar através dos estudos dos tipos de glosas, glosas recorrentes e principais motivos, promovendo a melhoria contínua e foco na redução de perdas?	Sim ( )	Não ( )

Fonte: Elaboração própria.

A pesquisa foi aplicada por meio eletrônico e durante os meses de setembro e outubro, após consolidação dos resultados das pesquisas, a coleta de dados prosseguiu com a aplicação de uma entrevista dirigida, sendo guiada por uma agenda estruturada junto aos Diretores Administrativos de cada unidade hospitalar selecionada. Foi realizada entrevista pessoal, individual e em profundidade, aplicada por meio de vídeo conferência, tendo como base as respostas positivas de adesão aos temas do modelo proposto, com o objetivo de evidenciar as ferramentas de gestão utilizada na unidade hospitalar participante da pesquisa. A ferramenta de entrevista a distância foi necessária devido as diferentes localizações físicas das unidades como também o fator limitante ao cenário de pandemia ocasionado pela Doença do Coronavírus 2019 - COVID-19 (SENHORAS, 2021).

Para a fase de levantamento das ferramentas de gestão, foi utilizado os retornos positivos aos questionários conforme os temas explorados e com base neste cenário foi necessário utilizar da entrevista dirigida para evidenciar junto a Direção Administrativa de cada unidade hospitalar a adesão as ferramentas. Após as entrevistas foi solicitado aos Diretores Administrativos o envio das ferramentas utilizadas como forma de garantir a resposta positiva ao modelo proposto. Nesta fase tivemos casos em que com base nas entrevistas e evidências reportadas, a resposta anteriormente informada via questionário como positiva, em determinadas questões, passou a ser evidenciada como negativa em relação ao modelo de gestão proposto, o que gerou a necessidade de conciliação da tabulação do questionário após a fase de entrevista e evidência documental. Todas as entrevistas foram realizadas no período de setembro e outubro de 2020.

A fase final compreende a análise e conclusões sobre os dados coletados e evidenciados atendendo aos objetivos deste estudo. Para tratamento dos dados, cada unidade hospitalar recebeu

uma codificação seguindo a ordem de agendamento das entrevistas e foi realizado a segmentação dos resultados obtidos em: adesão geral ao modelo de gestão proposto, a adesão por tema e a adesão de cada unidade hospitalar, conforme os Quadros 3, 4 e 5.

Quadro 3 - Adesão Geral ao Modelo de Gestão Organizacional

ADESÃO GERAL AO MODELO		RESPOSTAS		
TEMAS	TOTAL QUESTÕES	TOTAL SIM	TOTAL NÃO	%ADESÃO AS BOAS PRÁTICAS (MODELO)
GOVERNANÇA CORPORATIVA	25	10	15	48,42%
ESTRATÉGIA EMPRESARIAL	25	16	9	
PROCESSOS DE NEGÓCIO	25	9	16	
GESTÃO DE PESSOAS	25	11	14	
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SISTEMAS	25	8	17	
FATURAMENTO PARTE I - EMISSÃO FATURA	40	21	19	
FATURAMENTO PARTE II - CICLO DE RECEITA	25	17	8	
	190	92	98	

Fonte: Elaboração própria. Tabulação: questionário e entrevista dirigida (2020).

Quadro 4 - Adesão ao Modelo de Gestão Organizacional por Tema

TEMAS	TOTAL QUESTÕES	TOTAL SIM	TOTAL NÃO	%ADESÃO POR TEMA
GOVERNANÇA CORPORATIVA	25	10	15	40,00%
ESTRATÉGIA EMPRESARIAL	25	16	9	64,00%
PROCESSOS DE NEGÓCIO	25	9	16	36,00%
GESTÃO DE PESSOAS	25	11	14	44,00%
TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO E SISTEMAS	25	8	17	32,00%
FATURAMENTO PARTE I - EMISSÃO FATURA	40	21	19	52,50%
FATURAMENTO PARTE II - CICLO DE RECEITA	25	17	8	68,00%
	190	92	98	

Fonte: Elaboração própria. Tabulação: questionário e entrevista dirigida (2020).

Quadro 5 – Adesão ao Modelo de Gestão Organizacional por Unidade Hospitalar

UNIDADES	% ADESÃO AS BOAS PRÁTICAS (MODELO)
HOSPITAL A	97,37%
HOSPITAL B	63,16%
HOSPITAL C	52,63%
HOSPITAL D	21,05%
HOSPITAL E	7,89%

Fonte: Elaboração própria. Tabulação: questionário e entrevista dirigida (2020).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

O objeto de estudo é caracterizado pelo levantamento e análise de ferramentas de gestão associado as diretrizes e princípios da governança corporativa aplicado no processo de faturamento hospitalar. Este levantamento foi realizado por meio de estudo de caso em cinco unidades hospitalares pertencentes a um grupo hospitalar no Estado de São Paulo, consideradas instituições privadas e filantrópicas. Para uma melhor compreensão e tratamento dos dados, cada unidade hospitalar foi nomeada com uma letra do alfabeto em ordem sequencial, iniciada pela letra A e seguindo a ordem das entrevistas realizadas após agendamento prévio. A aplicação do questionário seguido das entrevistas, foram realizadas com os Diretores Administrativos de cada unidade hospitalar, entendido como o representante legal da unidade. Seguindo a estrutura do questionário, será explanada a análise e resultados de adesão a cada dimensão, tanto no contexto de modelo de gestão organizacional, como também no contexto de cada unidade

hospitalar associada ao resultado alcançado após tabulação da pesquisa.

Na dimensão governança corporativa, a análise objetiva a verificação da inserção da mesma à cultura da unidade hospitalar. Neste tema observou-se que de forma geral, as unidades hospitalares tiveram uma adesão de 40%, o que caracteriza um nível de gestão no qual há iniciativas de práticas de governança corporativa. Podemos destacar os resultados extremos obtidos entre as unidades A e, no qual a unidade hospitalar A, apresentou adesão ao tema em 100%, o que caracteriza um nível de excelência em gestão, onde evidencia a governança corporativa inserida na cultura organizacional, já em relação a unidade E, ela apresentou a adesão ao tema em 0%, o que descaracteriza uma gestão voltada para excelência, onde as diretrizes e princípios da governança corporativa não está inserida na unidade, neste tema cabe ainda destacar que a unidade D também apresentou adesão de 0%. Em relação a unidade hospitalar C, ela reflete o resultado geral, atingindo 40% de adesão ao tema, para finalizar, temos a unidade B que apresentou 60% de adesão, o que evidencia a iniciação das práticas de governança corporativa na unidade, sendo formalizadas e rumo a uma gestão transparente.

Na dimensão estratégia empresarial, a análise objetiva a verificação da cultura de planejamento e monitoramento sistematizada na unidade hospitalar, assim como o orçamento devidamente elaborado e acompanhado em toda a estrutura de gestão. Neste tema observou-se que de forma geral, as unidades hospitalares tiveram uma adesão de 64%, o que caracteriza um nível de excelência em gestão onde a unidade hospitalar possui planejamento estratégico e sistematização de monitoramento e controle em toda a estrutura de gestão. Destacamos os resultados extremos obtidos entre as unidades A e E, no qual a unidade A, apresentou adesão ao tema em 100%, o que caracteriza um nível de excelência em gestão, onde o planejamento estratégico está inserido

na cultura organizacional, seguido do seu monitoramento, estando atrelada a gestão orçamentária que é gerenciada por toda estrutura de gestão da unidade hospitalar, já em relação a unidade E, ela apresentou a adesão de 20%, o que caracteriza iniciativa na busca de um nível de excelência em gestão, onde a estratégia não é formalizada, assim como o planejamento estratégico disseminado para todas as partes interessadas. Neste tema tivemos as unidades B e C, que atingiram a adesão de 80%, que reflete um nível gerenciado em relação a estratégia, de modo que a unidade hospitalar possui planejamento estratégico sistematizado para toda a estrutura de gestão. Em relação a unidade D, tivemos a adesão de 40%, o que evidencia que a unidade hospitalar possui planejamento estratégico, mas não possui sistemática de acompanhamento.

Na dimensão processos de negócio, a análise objetiva a verificação se os processos possuem sistemática de padronização, monitoramento, avaliação e ciclos de melhoria contínua. Neste tema observou-se que de forma geral, as unidades hospitalares tiveram a adesão de 36%, o que caracteriza um nível de excelência em gestão onde a unidade hospitalar identifica a existência de processos, eles são trabalhados por meio de ações pontuais, o que caracteriza uma visão da unidade de forma departamental. Houve resultados extremos entre as unidades A e D, no qual a unidade A apresentou adesão ao tema em 100%, o que caracteriza um nível de excelência de gestão em relação a gestão por processos de negócio, onde pode-se evidenciar que os processos possuem sistemática de padronização, monitoramento, avaliação e com ciclos de melhoria contínua, já em relação a unidade D, ela apresentou adesão de 0%, o que caracteriza a necessidade de iniciar a estruturação dos processos. Para este tema, tivemos as unidades C e E, que atingiram a adesão de 20%, que caracteriza um nível inicial de gerenciamento com ações pontuais, ainda refletindo uma visão da unidade de forma departamental. Já em relação a unidade B, ela atingiu a adesão de 40%, o que reflete o resultado geral das unidades, evidenciado um

nível de excelência em gestão neste tema ainda em evolução devido a processos parcialmente formalizados, atrelados a ações pontuais o que também caracteriza uma visão ainda departamental da unidade.

Na dimensão gestão de pessoas, a análise objetiva a verificação se toda a unidade hospitalar possui cultura orientada para resultado, sustentabilidade e melhoria contínua. Neste tema observou-se de forma geral que as unidades hospitalares tiveram uma adesão de 44%, o que caracteriza um nível de excelência em gestão no qual se evidencia ações iniciais de estruturação, padronização e formalização em relação as responsabilidades e atribuições. Podemos destacar os resultados extremos obtidos entre as unidades A, D e E, no qual a unidade hospitalar A apresentou adesão ao tema em 100%, de forma a evidenciar excelência de gestão em relação a unidade hospitalar possuir uma cultura organizacional orientada para resultado, sustentabilidade e melhoria contínua, já em relação as unidades D e E, ambas apresentaram adesão de 0% ao tema, o que caracteriza ausência de profissionalização em relação ao tema gestão de pessoas, evidenciado que não há sistemática para estruturação, padronização e formalização em relação as definições de responsabilidades e atribuições. Ainda neste tema, tivemos a unidade C que atingiu a adesão de 40%, o que reflete o resultado geral de adesão das unidades, evidenciado um nível de excelência de gestão neste tema ainda inicial, caracterizando um início de formalização das responsabilidades e atribuições. Já em relação a unidade B, ela atingiu a adesão de 80%, o que reflete um nível de excelência de gestão em relação a este tema como gerenciado, pois a avaliação de desempenho está estruturada visando o alcance dos resultados, sustentabilidade e melhoria contínua atrelado aos objetivos da unidade.

Na dimensão tecnologia da informação e sistemas, a análise objetiva a verificação de utilização do prontuário eletrônico do paciente (PEP) 100% digital, com total integração aos processos que

integram a prestação do serviço hospitalar e garantia de segurança dos dados e informações. Neste tema observou-se de forma geral que as unidades hospitalares tiveram a adesão de 32%, o que caracteriza um nível de excelência de gestão ainda em definição, pois a unidade hospitalar possui sistema de gestão de forma fragmentada, sem utilização da plena capacidade dos sistemas de gestão e sem sistematização que garanta a segurança dos dados e informações. Podemos destacar os resultados extremos obtidos entre as unidades A e E, no qual a unidade hospitalar A apresentou adesão ao tema em 80%, de forma a evidenciar uma excelência de gestão em relação a ter o prontuário eletrônico completo e integrado aos processos associados a prestação do serviço hospitalar, porém ainda não possui o sistema de prontuário de forma 100% digital (sem papel), já em relação a unidade E, a mesma apresentou adesão de 0%, o que caracteriza que a unidade hospitalar ainda não possui uma gestão de forma integrada no que se refere ao processo de prontuário eletrônico e segurança da informação. Ainda neste tema, podemos destacar as unidades C e D, onde ambas apresentaram o resultado de adesão de 20%, o que reflete um nível de excelência de gestão inicial em relação a integração do sistema de gestão hospitalar, pois reflete que a unidade está em fase inicial da integração e sistematização da gestão, assim como estruturação da segurança dos dados e informações. Já em relação a unidade B, ela atingiu a adesão de 40%, o que reflete um nível de excelência de gestão já definido em relação a sistematização e integração dos processos associados a prestação do serviço hospitalar, porém ainda não possui um sistema de gestão integrado, utilização em 100% do prontuário eletrônico e sistematização da segurança dos dados e informações.

Na dimensão faturamento hospitalar considerando as partes I e II, a proposta de análise objetiva a verificação de aplicação de ferramentas de gestão na jornada da conta hospitalar desde a demanda comercial e a efetividade de recebimento no caixa. Neste tema observou-se de forma geral que as unidades hospitalares

tiveram a adesão de 58%, o que caracteriza um nível de excelência de gestão ainda em desenvolvimento em relação ao processo de faturamento hospitalar, tendo como adesão a parte I do processo 52% e 68% em relação a parte II. Podemos destacar os resultados extremos obtidos entre as unidades A e E, no qual a unidade hospitalar A apresentou adesão ao tema considerando tanto a parte I como a parte II em 100% de forma a evidenciar a excelência de gestão em relação a aplicação de boas práticas de gestão comercial até a efetividade do recebimento do serviço prestado, o contrário ocorre em relação a unidade E o qual apresentou uma adesão de 7% considerando a parte I e parte II, o que caracteriza uma excelência de gestão ainda em estágio inicial e que compromete a sustentabilidade da unidade. Ainda neste tema, podemos entender que a unidade D, que atingiu uma adesão de 38%, também se encontra no estágio inicial de excelência de gestão o que também compromete a sustentabilidade da unidade. Já em relação a unidade C e B, ambas apresentaram uma adesão favorável ao tema, tendo a unidade C atingido uma adesão geral para o processo parte I e II de 77%, atingindo 87% de adesão no processo parte I e 60% na parte II, a unidade B segue o caminho da unidade C, tendo conquistado a adesão geral para o processo parte I e II de 69%, atingindo 80% de adesão no processo parte II e 62% na parte I.

CONCLUSÃO

O resultado de 48,42% de adesão geral ao modelo de gestão proposto, alcançado pelas unidades hospitalares, foi possível devido a disparidade de adesão aos temas que são entendidos como pilares de uma excelência de gestão. Podemos destacar duas unidades hospitalares ainda estarem em um estágio de excelência de gestão abaixo de 50% (D e E), o que representa 40% do resultado geral em

termos quantitativos das unidades avaliadas. Se avançarmos, podemos informar outras duas unidades que estão em um estágio de excelência de gestão entre 50 e 60% (C e B), o que também compromete a adesão geral ao modelo, representando outros 40%. Cabe destacar que apenas uma unidade hospitalar (A), que representa os 20% restante do quantitativo das unidades avaliadas, atingiu um percentual de adesão de 97% em relação ao modelo de gestão proposto. Entendemos que esta unidade hospitalar (A) utiliza de ferramentas consideradas como de boa prática na gestão de excelência e que estão alinhadas aos princípios de governança corporativa e orientadas para a sustentabilidade da unidade. Discorrendo por cada tema podemos elencar as principais ferramentas utilizadas por essa unidade (A) o que permitiu uma excelência de gestão e que atende aos princípios de governança corporativa e que são também aplicadas ao processo de faturamento hospitalar, tais como: governança corporativa - desdobramento das diretrizes corporativas para a unidade e inserção na cultura organizacional fortalecendo a busca pela transparência, sustentabilidade e continuidade do negócio; estratégia empresarial - plano estratégico sistematizado e monitorado na unidade, integração entre a estratégia e operação atrelado a gestão orçamentária; processos de negócio - cadeia de valor definida e desdobrada atuando com o modelo de gestão por processos e ciclos de melhoria contínua; gestão de pessoas - gestão por competências definida e gerenciada, unidade hospitalar focada em segurança, resultados e ciclos de melhoria contínua; tecnologia e sistema de informação - sistema de gestão integrado, prontuário eletrônico completo e integrado aos processos de prestação do serviço hospitalar, estrutura de segurança e da informação; faturamento hospitalar - processos padronizados, monitorados, avaliados e com ciclos de melhoria, foco na efetividade do recebimento da prestação do serviço em sua totalidade. Com relação às premissas de governança corporativa implementadas como pilares, a prestação de contas e

responsabilidade corporativa são os fatores de maior relevância e merecem os esforços e atenção voltada para a melhoria de performance das unidades hospitalares. Considerando a relevância do tema aplicado no segmento hospitalar, esta pesquisa contribui no âmbito de reflexão sobre a aplicação de boas práticas de governança corporativa na gestão hospitalar em especial em processos administrativos, na busca pelo crescimento, sustentabilidade e melhorias de desempenho das unidades hospitalares.

REFERÊNCIAS

ABPMP - Association of Business Process Management Professionals International Brasil. **BPM CBOK V3.0** – Guia para o Gerenciamento de Processos de Negócio. Brasília: ABPMP, 2013.

CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação. **Padrões de Acreditação da Joint Commission International para Hospitais**. Rio de Janeiro: CBA, 2010.

FALCONI, V. **O Verdadeiro Poder**. Belo Horizonte: Editora Falconi, 2013.

GORDILHO, R. **Maturidade de Gestão Hospitalar e Transformação Digital**. Os caminhos para o futuro da Saúde. São Paulo: Editora Ledriprint, 2018.

IBGC - Instituto Brasileiro de Governança Corporativa. **Código de melhores práticas do Instituto Brasileiro de Governança Corporativa.** São Paulo: IBGC, 2015.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **A execução premium**: a obtenção de vantagem competitiva através do vínculo da estratégia com as operações do negócio. Rio de Janeiro. Editora Elsevier, 2008.

LIRA C. A.; SILVA G.; LIMA C. R. M.; LIMA M. A. "Governança Corporativa em um Hospital Privado: Um estudo de caso sobre o impacto no desempenho hospitalar". **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde**, vol. 6, n. 3, 2017.

ONA - Organização Nacional de Acreditação. OPSS - Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. São Paulo: ONA, 2018.

ROSSO, F. **Gestão ou indigestão de pessoas?** – Manual de sobrevivência para RH na área da saúde. São Paulo. Editora Edições Loyola, 2014.

ROSSO, F.; BOEGER, M.; SILVA, M. J. P.; LOMELINO S. **Liderança em 5 atos**: ferramentas práticas para gestores em instituições de saúde. São Caetano do Sul: Editora Yendis, 2014.

SENHORAS, E. M. "O campo de poder das vacinas na pandemia da Covid-19". **Boletim de Conjuntura (BOCA)**, vol. 6, n. 18, 2021.

ZG SOLUÇÕES. "Do atendimento a conciliação". **Blog ZG Soluções** [14/08/2020]. Disponível em: <www.zgsolucoes.com.br>. Acesso em: 29/04/2020.

SOBRE OS AUTORES

SOBRE OS AUTORES

Dayse Teixeira de Castro é graduada em Enfermagem. Especialista pós-graduada em Assistência UTI Adulto e Idoso pela Centro Universitário Internacional (UNINTER). E-mail para contato: enfdaysetc@hotmail.com

Eliane Ferreira Carrijo é graduada em Farmácia pela Universidade de Uberaba (Uniube). Especialista pós-graduada nas áreas de Farmácia, Perícia Criminal, Saúde e Gestão. E-mail para contato: efcarrijo@yahoo.com.br

Elói Martins Senhoras é docente da Universidade Federal de Roraima (UFRR) e pesquisador do *think tank* IOLEs. Graduado em Economia, Política e em Geografia. Doutor em Ciências. E-mail para contato: eloisenhoras@gmail.com

Francisleile Lima Nascimento é docente do Ensino Básico e Superior. Graduada em Geografia e mestra em Desenvolvimento Regional da Amazônia pela Universidade Federal de Roraima (UFRR). E-mail para contato: leile_lima@hotmail.com

Jorge Cunha é docente do Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC). Graduado em Administração, bem como em Licenciatura para a Educação Profissional e Tecnológica. Mestre em Administração. E-mail para contato: jorge.cunha@ifsc.edu.br

SOBRE OS AUTORES

Kaline Thaís Fernandes Barros é pediatra especializada pelo Hospital Infantil Cândido Fontoura (HICF). Graduada em Medicina pela Universidade Nilton Lins (UNINILTON). E-mail para contato: kaline_thais@hotmail.com

Lorena Varoni Pereira Ribeiro é enfermeira e terapeuta sistêmica e energética. Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Especialista pós-graduada em Auditoria. E-mail para contato: loryvaroni@gmail.com

Michelle Costa Alves é mentora e facilitadora em Projetos Sistêmicos em Organizações de Serviços em Saúde. Graduada em Administração de Empresas. Especialista em Administração Hospitalar. E-mail para contato: mcalves.control@gmail.com

Mikael Firmo Pereira é graduado em Gestão Hospitalar pelo Instituto Federal de Santa Catarina (IFSC). Temas de interesse em pesquisa: Administração; Gestão Hospitalar; e, Saúde Pública. E-mail para contato: mikaelfirmo02@gmail.com

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

A editora IOLE recebe propostas de livros autorais ou de coletânea a serem publicados em fluxo contínuo em qualquer período do ano. O prazo de avaliação por pares dos manuscritos é de 7 dias. O prazo de publicação é de 60 dias após o envio do manuscrito.

O texto que for submetido para avaliação deverá ter uma extensão de no mínimo de 50 laudas. O texto deverá estar obrigatoriamente em espaçamento simples, letra Times New Roman e tamanho de fonte 12. Todo o texto deve seguir as normas da ABNT.

Os elementos pré-textuais como dedicatória e agradecimento não devem constar no livro. Os elementos pós-textuais como biografia do autor de até 10 linhas e referências bibliográficas são obrigatórios. As imagens e figuras deverão ser apresentadas dentro do corpo do texto.

A submissão do texto deverá ser realizada em um único arquivo por meio do envio online de arquivo documento em Word. O autor / organizador / autores /organizadores devem encaminhar o manuscrito diretamente pelo sistema da editora IOLE: http://ioles.com.br/editora

Copyright © Editora IOLE
2022

CONTATO

EDITORA IOLE

Caixa Postal 253. Praça do Centro Cívico

Boa Vista, RR - Brasil

CEP: 69.301-970

@ http://ioles.com.br/editora

+ 55 (95) 981235533

eloisenhoras@gmail.com

Copyright © Editora IOLE
2022