



GESTÃO POR PROCESSOS COMO FERRAMENTA PARA A MUDANÇA ORGANIZACIONAL EM BUSCA DA CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE EM UM PRESTADOR DE SERVIÇOS DE SAÚDE EM NEFROLOGIA A BEIRA LEITO EM HOSPITAIS DA ESFERA PÚBLICA E PRIVADA COM DIFERENTES MODELOS DE GESTÃO DA QUALIDADE

Área temática: Gestão da Qualidade

Mônica Nascimento de Souza Castro

mnscaastro3@gmail.com

(LATEC/UFF)

Resumo: *O presente artigo apresenta um estudo de caso de um prestador de serviços de saúde em nefrologia a beira leito, o qual atua em diversos hospitais do Rio de Janeiro da esfera pública e privada, com diferentes modelos de gestão de qualidade e certificações, o que significa um grande desafio para a gestão deste prestador em função dos mais variados níveis de exigências por parte destes hospitais em termos de documentação e qualidade dos serviços prestados, estimulando-o a buscar um modelo de gestão de qualidade que atenda a todas as exigências do mercado hospitalar, para tanto utilizou ferramentas aplicadas na gestão por processos, como mapeamento e redesenho, identificando os processos primários e secundários dentro de sua cadeia de valor, com foco nas dimensões da qualidade em saúde e pontos em comum aos padrões de certificação e acreditação presentes no mercado hospitalar no qual atua; resultando em reestruturação de suas áreas, processos técnicos e administrativos interligados, readequação do organograma com inserção da área de qualidade, mudança de cultura com vistas a uma futura certificação da qualidade com processos próprios e inovadores de gestão para a prestação de serviços nefrológicos à beira leito.*

Palavras-chaves: *gestão por processos, qualidade hospitalar, mudança organizacional (ou certificação)*

1. INTRODUÇÃO

Segundo CARDOSO et al., 2011 , percebe-se que a prática de terceirização é bastante difundida na área de saúde. Os hospitais que adotam essa prática têm expectativas de reduzir seus custos e melhorar a qualidade da prestação de seus serviços. Contudo, assim como as possíveis vantagens, muitas desvantagens potenciais são inerentes a tal prática, o que requer que as organizações interessadas na adoção da terceirização realizem um estudo prévio sobre suas especificidades e a proposta de terceirização de seus serviços.

Com o advento dos programas de qualidade na área de saúde a partir do final da década de 90 e fortalecendo-se de forma crescente nos anos 2000 até a atualidade, principalmente nos hospitais, que atualmente são os maiores terceirizadores de serviços dentre os demais estabelecimentos de saúde tanto da esfera pública quanto da esfera privada, a exigência por adequação e otimização de processos e prestação de serviços de acordo com os padrões de qualidade seguidos pelos hospitais possuidores de certificação da qualidade, ou por programas internos de melhoria contínua torna-se cada vez mais crescente. Um único prestador de serviços, pode atuar em diversos hospitais com os mais variados níveis de exigências em termos de processos e qualidade, e ainda precisar atender aos mais variados padrões presentes nos manuais e programas de certificação da qualidade e acreditação hospitalares.

O Programa de Monitoramento da Qualidade dos Prestadores de Serviços na Saúde Suplementar - QUALISS, da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) utiliza como premissa a conexão entre a divulgação pública dos resultados assistenciais e a indução da melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população (Lisboa,2015).

No Plano estadual de saúde do Rio de Janeiro (de 2012 à 2015), quanto aos seus objetivos está Aperfeiçoar e fortalecer a gestão descentralizada e regionalizada do SUS, através da Qualificação da gestão e dos serviços de saúde utilizando ferramentas da Qualidade, com certificação de órgãos acreditadores em saúde e cumprimento às metas internacionais de segurança do paciente em todas as instituições hospitalares do estado (SES, 2012).

Neste contexto, o presente artigo toma como base um estudo de caso de uma organização prestadora de serviços de saúde em nefrologia a beira leito, que frente as mais diferenciadas demandas provenientes dos hospitais clientes públicos e privados em termos de processos e padrões de qualidade, tanto administrativos como técnicos, foi impulsionada a rever seu modelo de gestão de modo que atendesse a todos os modelos de gestão da qualidade, praticados no mercado hospitalar do Rio de Janeiro. Para tal modelo, o prestador de serviços em questão utilizou a gestão por processos, convergindo para os pontos em comum, presentes nos padrões de qualidade praticados atualmente

pelos hospitais e exigidos pela ANS, em busca de uma certificação da qualidade de mercado em paralelo a um padrão próprio e inovador de gestão para a prestação de serviços nefrológicos aos hospitais e operadoras de planos de saúde com os mais variados perfis de atuação e gestão.

2. METODOLOGIA

Este artigo busca em caráter qualitativo, através de uma pesquisa descritiva do tipo estudo de caso, mostrar a importância da gestão por processos na mudança organizacional para desenho de um modelo de gestão focado na qualidade em saúde e padrões comuns aos modelos de qualidade presentes no mercado hospitalar para um prestador de serviços nefrológicos a beira leito em hospitais da esfera pública e privada, tais padrões são elucidados de forma resumida na pesquisa bibliográfica, de modo a correlacionar os aspectos teóricos à prática evidenciada.

3. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1. GESTÃO POR PROCESSOS

Processos é a forma que um conjunto de atividades cria, transforma insumos, entradas com a finalidade de produzir bens e serviços para serem entregues a clientes, saídas, sempre com agregação de valor. (NICOLUCI *et.al*,2012)

Todo processo é composto de elementos e objetivos, os elementos são: Insumos / Recursos/ Atividades/ Informações /Processo e tempo.

Os objetivos dos processos são metas e clientes, as metas são os objetivos mensuráveis e os clientes são os internos que estão dentro do processo e os externos são os que vão comprar e receber o processo. (CRUZ, 2010, abud, NICOLUCI *et.al*,2012)

As empresas organizadas por meio de processos de negócios passam a priorizar o cliente final, com destaque do trabalho em equipe e a colaboração, cooperação e a responsabilidade individual. A principal forma para o alinhamento das diferentes propostas de estrutura organizacional é a construção de uma nova cultura das pessoas que trabalham nas organizações e as que estão para ingressar. (SORDI, 2008 abud, NICOLUCI *et.al*,2012).

O prêmio Nacional da Qualidade e as Normas ISO 9001 e 9004 baseiam-se na gestão por processos como requisito para a gestão operacional para satisfação de clientes internos e externos. A Gestão por Processos é mais do que uma ferramenta de gestão que auxilia nas tomadas das decisões estratégicas e operacionais da empresa. Na verdade, trata-se de um novo conceito de gestão baseado na melhoria contínua dos processos críticos e com foco constante nas necessidades dos clientes (CANDIDO 2008, *et al*, abud Kipper ,*et.al* 2011).

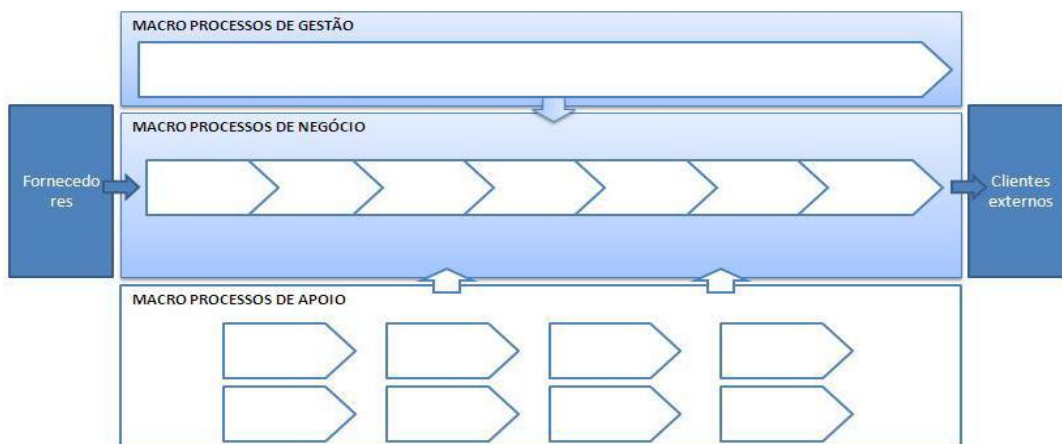
A identificação e mapeamento dos processos, principalmente daqueles considerados como processos essenciais para garantir a gestão de fatores críticos de sucesso da organização, podem ser orientados à atividade, definindo um processo de negócio como uma ordenação específica de atividades; orientada a objeto, descrevendo o trabalho por atividades; orientada à função ou a papel, referindo-se a um papel a ser desempenhado e uma responsabilidade em particular num conjunto de atividades. (FERREIRA, 2012).

Segundo Porter 1985, toda empresa é uma reunião de atividades que são executadas para projetar, produzir, comercializar, entregar e sustentar o produto. Todas estas atividades podem ser representadas, fazendo-se uso de uma cadeia de valores.

A Cadeia de Valor define, basicamente, a arquitetura dos macroprocessos conforme os objetivos estratégicos da empresa. Assim, ela pode ser dividida nos seguintes macroprocessos:

- Macroprocessos de Gestão: processos que envolvem a estratégia da empresa, como, por exemplo, o Planejamento Estratégico.
- Macroprocessos de Negócio: caracterizam a atuação da empresa e são suportados por outros internos, resultando no produto ou serviço que é recebido por um cliente externo.
- Macroprocessos de Apoio: processos que dão apoio aos processos de negócio e de gestão (Kipper *et al.*, 2011).

Figura 1 - Divisão da cadeia de Valor em macro processos



Ao formar a Cadeia de Valor encontram-se os Macroprocessos, divididos em processos, subprocessos e atividades, com os conceitos dispostos a seguir:

- Macroprocessos: Grandes conjuntos de atividades onde a empresa desempenha a sua missão, criando valor. Possui correlação com as funções da instituição que precisam estar alinhadas aos objetivos das suas unidades organizacionais.

- **Processos:** Cada macroprocesso abrange diversos processos, onde são viabilizados os resultados desejados pela empresa. Tais processos têm início e fim bem definidos, em uma sequência clara e lógica das ações interdependentes que produzem resultados.
- **Subprocessos:** Compõem-se em uma posição maior de detalhamento dos processos, que revela os fluxos de trabalho e atividades em série e interdependentes, indispensáveis e suficientes para a realização de cada processo da instituição.
- **Atividades:** Uma atividade inclui a reunião de uma sequência de tarefas, similares e/ou complementares, equivalente, a uma série de tarefas/ações, caracterizada pelo consumo de recursos e dirigida a um objetivo definido. As Atividades correspondem a “o quê” é produzido e “como” é produzido no decorrer do processo (ALBUQUERQUE, 2015).

Na metodologia gestão por processos existem oito etapas:

- **Planejamento estratégico:** Serve de estratégia organizacional para a obtenção de resultados coerentes e qualificados. Esta é, com certeza, a etapa fundamental para todo o andamento do projeto.
- **Entendimento do Negócio:** Objetiva entender o funcionamento da organização.
- **Identificação dos Processos Críticos:** São selecionados os processos que serão alvos do projeto de melhoria.
- **Clientes e Fornecedores do Processo:** São abordados todos os requisitos dos clientes e fornecedores relacionados com os processos da organização.
- **Análise do Processo Atual**
- **Redesenho**
- **Implantação**
- **Gerenciamento do Processo**

A implantação dos processos redesenhados é parte fundamental para o sucesso do trabalho realizado, para que se realize a implementação desses processos, a organização deve possuir uma eficiente tecnologia da informação e gestão, tentando reduzir os problemas e com funcionários capacitados e cientes de suas novas atividades (CARDOSO, 2011).

3.2. MUDANÇA ORGANIZACIONAL

A gestão de mudanças é um processo eficaz de alocação de recursos, de forma a transformar a organização, com o objetivo de melhorar a sua eficácia. Existem diversas condicionantes que influenciam o processo de mudança de uma organização, como o nível de recursos que a empresa

dispõe, o setor onde se insere a maior ou menor necessidade de mudança, a qualidade da gestão e a atual envolvente política, econômica, social, tecnológica, ambiental e legal. O conceito consiste em quatro ações importantes que devem ser realizadas:

- Mapear os impactos gerados pela mudança para uma atuação focada e eficaz;
- Alinhar a estrutura da empresa à nova rotina organizacional, com foco no aumento do nível de desempenho;
- Preparar a organização para que, no “vale do desespero”, ela venha a ter condições de reagir e interpretar a queda como parte do processo de mudança, sem perda do controle da situação e, assim, promover a redução do tempo de recuperação do desempenho em relação à situação anterior ao marco da mudança (SILVA, 2013).

Segundo Bertero (1976), mudança organizacional é o resultado da alteração da estrutura organizacional, tornando a estrutura adequada ao desempenho das tarefas, e da mudança comportamental ou atitudinal pela qual novos estilos administrativos são fixados e incorporados à organização.

3.3. SISTEMAS DE GESTÃO DA QUALIDADE NO MERCADO HOSPITALAR BRASILEIRO

Um hospital é uma organização que presta serviços especializados e que apresenta funções diferenciadas, caracterizando-se, portanto, como uma organização bastante complexa. Essas organizações devem atender as necessidades do paciente oferecendo ações e serviços Gestão da Qualidade nas Instituições Hospitalares qualificadas. O processo de qualidade é essencial para realização de qualquer serviço de saúde, visando o atendimento das necessidades, desejos e expectativa das pessoas, diretamente relacionada com a missão institucional. Unidades prestadoras de serviços de saúde como, as organizações hospitalares, podem ser avaliadas levando-se em consideração a satisfação dos clientes/usuários, familiares e do mercado comprador de serviços hospitalares em geral, e também das pessoas ou organizações que financiam o funcionamento do hospital e que tem interesse nos indicadores de resultados, direcionadores da gestão da qualidade (Vidal, 2013).

A temática ganhou importância pela primeira vez nos Estados Unidos, com a criação do Programa de Padronização Hospitalar (PPH) elaborado pelo Colégio Americano de Cirurgiões (CAC), em 1924, impulsionando o surgimento da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO), em 1987. No Brasil, as primeiras ações significativas em prol da qualidade dos serviços ocorreram em 1990, com a introdução de novos padrões para a avaliação hospitalar pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) (Novaes, 2007).

Em 1989 a Organização Mundial da Saúde iniciou trabalho com a área hospitalar na América Latina, adotando tema abrangente – a qualidade da assistência. A acreditação passou a ser vista como elemento estratégico para desencadear e apoiar iniciativas de qualidade nos serviços de saúde. Pretendia-se contribuir para progressiva mudança planejada de hábitos, por meio de estímulo aos profissionais dos diferentes serviços para avaliar aspectos pontos fortes e fracos de suas instituições. Esta análise poderia servir como subsídio para o estabelecimento de metas e para o aprimoramento da qualidade da assistência (SCHIESARI, 2003).

Recentemente, sob a influência da concorrência externa e da rígida regulamentação do setor privado de saúde, a adoção a sistemas de gestão da qualidade tem se tornado uma condição de existência. As organizações não irão suportar custos provenientes de serviços de má qualidade (Viana e col., 2011).

Em abril de 2013, foi aprovado pela Comissão de Assuntos Sociais (CAS) do senado, um projeto de lei que determina que os hospitais, públicos ou privados, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde, devem passar por avaliações periódicas. A adoção de alguma modalidade de avaliação externa e de processos de melhoria da qualidade da atenção à saúde - acreditação e certificação - passaria a ser, então, obrigatória (Perígolo, 2014). Em maio de 2013 este projeto de lei foi enviado para votação pela câmara dos deputados e ainda está em tramitação neste órgão (SENADO, 2016).

A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) estabeleceu os critérios para a composição do Fator de Qualidade para o setor de saúde suplementar, conforme definido na Resolução Normativa RN da ANS nº 364/2014.

A Instrução Normativa ANS nº 61/2015 propõe utilizar os programas de Acreditação já estabelecidos e reconhecidos no Brasil, bem como indicadores e os programas de indução e melhoria da qualidade desenvolvidos pela ANS como parâmetros para a aplicação do Fator de Qualidade.

A proposta é considerar hospital acreditado aquele que possui certificado de acreditação em nível máximo emitido por instituições que tenham obtido reconhecimento da competência para atuar como Instituições Acreditadoras no âmbito dos serviços de saúde pelo Instituto Nacional de Metrologia, Qualidade e Tecnologia – INMETRO ou pelo The International Society for Quality in Health Care – ISQUA.

Os critérios de qualidade descritos serão revisados anualmente, podendo-se excluir, alterar ou incluir demais parâmetros, considerando as políticas regulatórias do setor e análise de possíveis impactos ou dificuldades para implementação (ANS, 2016).

Acreditação é uma metodologia de avaliação externa, voltada para os serviços e sistemas de saúde, que utiliza padrões ótimos de desempenho voltados para os processos de cuidado ao paciente e

gestão de serviços. O principal objetivo da Acreditação é a introdução de uma metodologia, seus conceitos e princípios, através de um conjunto de padrões que contempla um conjunto de processos, capazes de dotar a instituição de saúde, de ferramentas e instrumentos que possibilitam promover a melhoria do desempenho de seus serviços (Bispo, 2015).

No Brasil, as organizações acreditadoras que mais certificam são a Organização Nacional de Acreditação (ONA) e a Joint Commission Internatinal (JCI). Ambas desenvolvem uma série de padrões orientados para processos (Ichinose e col., 2001).

Além dos processos de acreditação já mencionados acima, são encontrados outros sistemas de gestão da Qualidade nos hospitais Brasileiros, tais como as normas ISO, com maior popularidade para a ISO 9001 e os critérios adotados pelo PNQ (Premio Nacional da Qualidade) baseados na metodologia MEG (Metodologia de Excelência em Gestão) alicerçada em fundamentos e critérios de excelência, este modelo é certificado pela Federação Nacional da Qualidade – FNQ.

3.3.1. Organização Nacional de Acreditação

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) foi fundada em 1999, e é responsável pela principal metodologia de Acreditação Nacional.

Segundo a ONA (2014), a acreditação é um método de avaliação voluntário, periódico e reservado, que busca garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente definidos. Constitui essencialmente, um programa de educação continuada e, jamais uma forma de fiscalização.

O Sistema Brasileiro de Acreditação ONA é alicerçado nas dimensões da Qualidade em saúde, as quais orientam a avaliação do desempenho organizacional; entendendo que a organização de saúde é um sistema complexo, onde as estruturas, os processos e os resultados estão de tal forma interligados.

Os padrões são definidos em três níveis de complexidade crescente e com princípios específicos, são eles: Segurança; Gestão integrada e Excelência em gestão. Quando a organização de saúde cumpre integralmente com os requisitos do nível 1 é qualificada como acreditada, do nível 1 e 2 é acreditada plena e dos níveis 1, 2 e 3 é acreditada com Excelência.

O instrumento de avaliação é composto por cinco sessões agrupadas em processos: Gestão e Liderança, Atenção ao paciente/Cliente, Diagnóstico e Terapêutica, Apoio técnico e Abastecimento e Apoio Logístico.

A ONA considera as oito dimensões da qualidade abaixo, de acordo com a publicação de Donabedian sobre os sete pilares da qualidade em saúde (1990):

- Aceitabilidade: Depende da efetividade, eficiência e adequação, além da acessibilidade do cuidado, das características da relação médico-paciente e das amenidades do cuidado

- Adequação: Torna-se relevante a medida que os efeitos do cuidado da saúde não são avaliados de forma absoluta.
- Efetividade: É a relação entre o benefício real oferecido pela assistência à saúde e o resultado potencial, representado esquematicamente por uma fração em que os estudos epidemiológicos e clínicos oferecem informações e resultados para obter a resultante desta relação
- Eficácia: Capacidade de produção de melhorias na saúde e no bem-estar. Significa o melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis, dado o estado do paciente e mantidas as demais circunstâncias.
- Eficiência: Relação entre o benefício oferecido pela assistência a saúde e seu custo econômico.
- Equidade: Distribuição dos serviços de acordo com as necessidades de saúde objetivas e percebidas da população.
- Legitimidade: Possibilidade de adaptar satisfatoriamente um serviço às partes interessadas ou à sociedade como um todo, confirmando sua aceitação e credibilidade.

A dimensão abaixo, da lei federal do SUS 8080/90:

- Integralidade: Saberes, processo e ações preventivas e curativas, individuais e coletivas, exigidas para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

A figura abaixo correlaciona as dimensões da qualidade, segundo a ONA (2014).

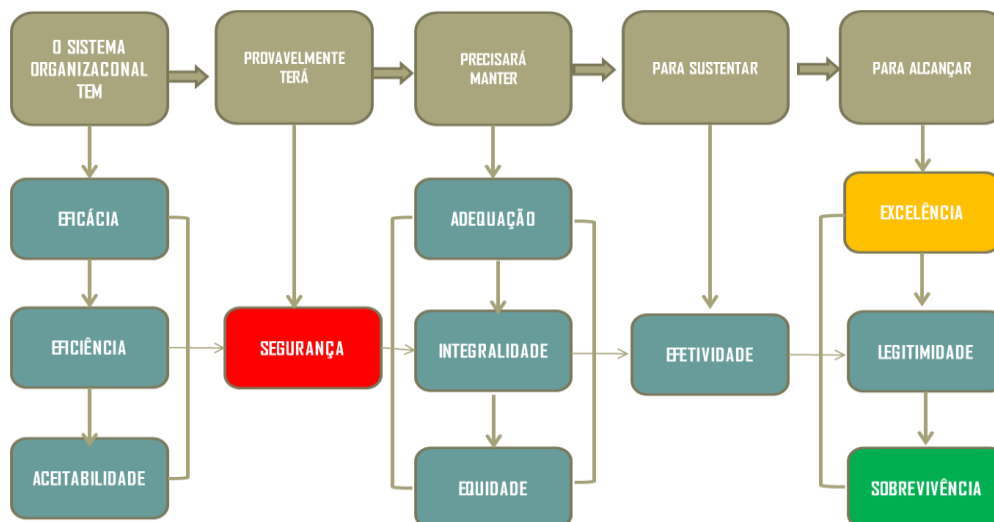


Figura 1. Relação entre as Dimensões da Qualidade (ONA, 2014)

3.3.2. Joint Comission Internacional

A Joint Commission International (JCI) foi criada em 1999, com o desdobramento da Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO), para melhorar a qualidade da assistência à saúde internacionalmente.

A acreditação JCI é a mais importante credencial internacional da qualidade e segurança do cuidado prestado em hospitais.

A Joint Comissão Internacional - JCI, é representada no Brasil pelo Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Tem como objetivo promover a melhoria contínua e sustentada da assistência nas instituições de saúde, por meio de padrões de consenso internacional, de metas internacionais de segurança do paciente e de assistência ao monitoramento com indicadores. Tendo em vista a complexidade e os custos incorridos pela acreditação internacional, provenientes de gastos com infraestrutura de equipamentos, capacitação, contratação de pessoas, entre outros, é factível supor que hospitais localizados no sudeste, de natureza privada, especializados e de pequeno porte (baixo número de leitos), sejam responsáveis pelo maior número de certificações concedidas pela JCI/CBA (MAIA, 2014).

Os padrões de acreditação para Hospitais são destinados a avaliar qualidade e segurança do paciente nos hospitais e são aplicáveis para os diversos tipos de hospitais públicos, privados e para centros médicos acadêmicos (CBA, 2016):

Padrões centrados no paciente	Padrões de Administração de Instituições de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Metas Internacionais de Segurança do Paciente ▪ Acesso a cuidados e continuidade dos cuidados ▪ Direitos dos pacientes e familiares ▪ Avaliação dos pacientes ▪ Cuidados dos pacientes ▪ Anestesia e cuidados cirúrgicos ▪ Gerenciamento e uso de medicamentos ▪ Educação de pacientes e familiares 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente ▪ Prevenção e Controle de Infecções ▪ Governo, Liderança e Direção ▪ Gerenciamento e Segurança das Instalações ▪ Educação e Qualificação de Profissionais ▪ Gerenciamento da Comunicação e Informação

O Instrumento avaliativo da JCI tem seus padrões agrupados por funções relacionadas à prestação do cuidado ao paciente, e os relacionados a proporcionar uma instituição segura, eficiente e

bem administrada, no qual a alta Direção é responsável pelo sistema de gestão da qualidade (JCI, 2014). Tem sua avaliação baseada na metodologia de tracer de processos e eficiência da gestão de riscos hospitalares.

3.3.3. ABNT NBR ISO 9001:2015

O ISO 9001 surgiu em Genebra, em 1941, e trata-se de uma Organização não governamental presente em cerca de 162 países. Sua finalidade é a adequação de instituições a um grupo de normas técnicas, visando estabelecer um modelo de gestão de qualidade e melhoria contínua. Esta norma foi desenvolvida para ser compatível com outras normas e especificações de sistema, ela está focada na eficácia da gestão de qualidade para assim poder atender ao seu cliente. A norma ISO 9001 pede que a organização estabeleça, documente, implemente e mantenha um sistema de gestão de qualidade e melhore continuamente sua eficácia de acordo com os requisitos da mesma:

- a) Identificar os processos necessários para o sistema de gestão e sua aplicação por toda a organização;
- b) Determinar a sequência e interação desses processos;
- c) Determinar critérios e métodos necessários para assegurar que a operação e controle desses processos sejam eficazes;
- d) Assegurar a disponibilidade de recursos e informações necessárias para apoiar a operação e monitoramento desses processos;
- e) Monitorar, medir e analisar esses processos;
- f) Implementar ações necessárias para atingir os resultados planejados e melhoria contínua desses processos (Fernandes, 2015).

Esta Norma emprega a abordagem de processo, que incorpora o ciclo Plan-Do-Check-Act (PDCA) e a mentalidade de risco.

A abordagem de processo habilita uma organização a planejar seus processos e suas interações.

O ciclo PDCA (figura 3) habilita uma organização a assegurar que seus processos tenham recursos suficientes e sejam gerenciados adequadamente, e que as oportunidades para melhoria sejam identificadas e as ações sejam tomadas.

A mentalidade de risco habilita uma organização a determinar os fatores que poderiam causar desvios nos seus processos e no seu sistema de gestão da qualidade em relação aos resultados planejados, a colocar em prática controles preventivos para minimizar efeitos negativos e a maximizar o aproveitamento das oportunidades que surjam. (NBR ISO9001, 2015)

A norma baseia-se nos princípios de Gestão da Qualidade abaixo:

- Foco no cliente;

- Liderança;
- Engajamento das pessoas;
- Abordagem de processo;
- Melhoria;
- Tomada de decisão baseada em evidência;
- Gestão de relacionamento.

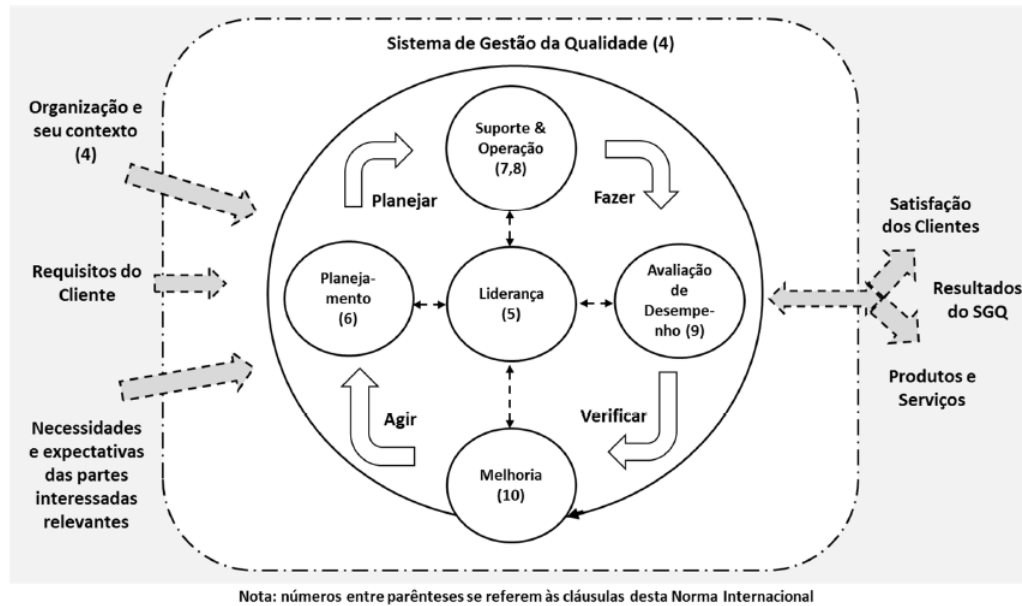


Figura 3 – Representação da Estrutura da Norma ISO 9001 no Ciclo PDCA (NBR ISO 9001:2015)

Todos os requisitos da Norma ISO 9001 são genéricos e destinados a serem aplicáveis a todas as organizações, independentemente de seu tipo, tamanho e do produto e serviço que provê (NBR ISO 9001:2015).

3.3.4 Modelo de Excelência de Gestão (MEG) da FNQ (Federação Nacional da Qualidade)

Os Critérios de Excelência adotados pelo PNQ (Prêmio Nacional da Qualidade) correspondem a um modelo referencial para implementação de um sistema de gestão voltado à conquista de resultados e conseqüentemente ao alcance da excelência do desempenho. Esse modelo adotado, assim com a norma ISO 9001 está baseado no ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Action), no qual os critérios Liderança, Sociedade, Clientes e Estratégias, se referem à etapa de planejamento do ciclo. Os critérios Pessoas e Processos correspondem à etapa de execução. Os resultados se referem à etapa de controle e as Informações e Conhecimento retornam a toda organização com o objetivo de executar as ações e buscar o aprendizado organizacional, complementando o ciclo com a etapa

referente à ação. (FNQ, 2008). Como fundamentos, podemos citar os oito critérios de excelência definindo-os a seguir:

1. Liderança;/2. Estratégia e planos;/ 3. Clientes;/ 4. Sociedade;/5. Informações e conhecimento;/6. Pessoas;/7. Processos;/8. Resultados.

O Modelo de Excelência da Gestão (MEG) é o carro-chefe da FNQ para a concretização da sua missão, que é a de estimular e apoiar as organizações brasileiras no desenvolvimento e na evolução de sua gestão para que se tornem sustentáveis, cooperativas e gerem valor para a sociedade e outras partes interessadas. Ele possibilita a avaliação do grau de maturidade da gestão, pontuando processos gerenciais e resultados organizacionais. E, ainda, proporciona a compreensão do mercado e do cenário. Tem como alicerce 13 Fundamentos de Excelência, e traduzem-se em processos gerenciais ou fatores de desempenho.

A mandala do MEG (que contém os Critérios) simboliza a organização, que é um sistema vivo integrante de um ecossistema complexo, com o qual interage e do qual depende, adaptável ao ambiente e sugere uma visão sistêmica da gestão organizacional (FNQ, 2016).

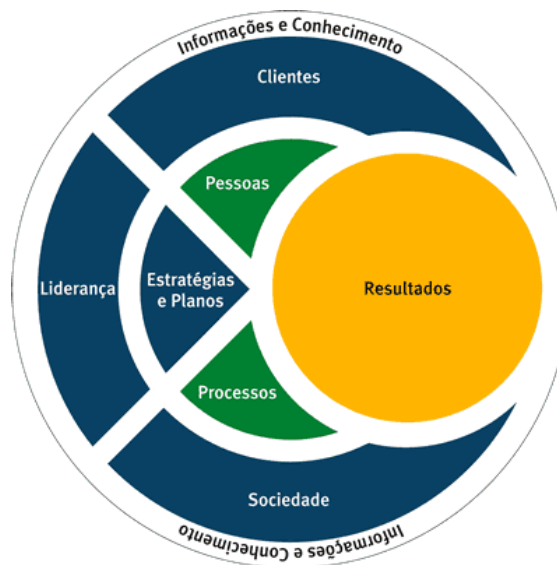


Figura 4. Mandala MEG (FNQ, 2016)

Os 13 Fundamentos da Excelência são:

1. Pensamento sistêmico; /2. Atuação em rede;/ 3. Aprendizado organizacional; /4. Inovação;/
5. Agilidade; /6. Liderança transformadora;/7. Olhar para o futuro;/8. Conhecimento sobre clientes e mercados;/ 9. Responsabilidade social; /10. Valorização das pessoas e da cultura;/
11. Decisões fundamentadas;/12. Orientação por processos;/ 13. Geração de valor.

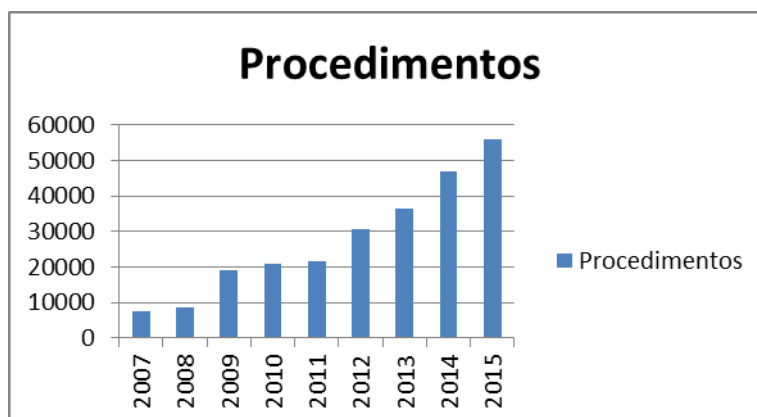
Antes de ser consolidado como MEG, a FNQ adotava outras metodologias internacionais. De 1992 a 1996, era utilizado o modelo americano da Fundação Baldrige da Gestão da Qualidade Total. Algumas mudanças foram feitas no modelo a partir de 1995, mas sempre acompanhando a estrutura

do Malcolm Baldrige National Quality Award, até 2000, quando foi lançada a primeira versão do MEG, o primeiro modelo completamente brasileiro de gestão (FNQ, 2016).

4. SITUAÇÃO PROBLEMA (ESTUDO DE CASO)

A empresa prestadora de serviços nefrológicos alvo deste estudo, teve sua trajetória iniciada em 1992 por médicos nefrologistas que observaram a demanda existente no mercado de saúde suplementar que se estabelecia no país. A empresa tem como foco principal procedimentos de diálise à beira-de-leito em unidades hospitalares, atendendo em especial aos pacientes criticamente enfermos que apresentam insuficiência renal crônica, aguda ou crônica agudizada. A empresa atua também de forma secundária na área de Nefrologia Clínica, na prevenção de Doenças Renais em seu consultório e na Diálise Crônica Ambulatorial em sua unidade clínica própria. O presente estudo tem seu foco nos processos relacionados a realização dos procedimentos de diálise a beira leito, para os quais a empresa é líder de mercado com um mix de atendimento na área de saúde suplementar (planos de saúde) e pública, possui ampla carteira de clientes, formada por Hospitais, Planos de Saúde, Seguradoras e Cooperativas, além de contratos licitados com a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro diretos e através de Organizações Sociais de Saúde; com hospitais federais e Hospitais municipais; totalizando 46 hospitais atendidos localizados no estado do rio de janeiro, sendo destes 15 da esfera pública e 31 da esfera privada, apesar do menor número a demanda de atendimento da esfera pública detém 70% do volume de atendimento; dentro do seu quadro de pessoal estão 30 médicos, 11 enfermeiros e 180 técnicos de Diálise, além de um corpo administrativo de 50 colaboradores. A empresa funciona 24 horas por dia; tendo como base uma central de distribuição que providencia o transporte de materiais, equipamentos e alocação de pessoal, conforme as demandas hospitalares por procedimentos dialíticos aos pacientes internados.

Nos últimos cinco anos a empresa teve um crescimento exponencial do número de procedimentos dialíticos realizados à beira-leito nos hospitais clientes, tal crescimento está demonstrado no quadro abaixo:



Os Sócios Diretores da empresa e colaboradores relataram que a cada soma de 1000 procedimentos ao mês, o cenário era de verdadeiro “caos”, em um esforço desordenado para atender à demanda crescente por procedimentos dialíticos hospitalares e somado ao nível de exigência cada vez maior por parte dos hospitais clientes pela qualidade dos serviços prestados. O período de crescimento da demanda coincidiu com a instauração de programas de acreditação e certificação de qualidade nos hospitais de maior porte e demanda de atendimento, principalmente a partir do ano de 2012, quando a secretaria de saúde estadual inseriu em seu plano de metas a certificação da qualidade nos hospitais de sua rede, como resultado, atualmente dos 15 hospitais públicos atendidos pela empresa de nefrologia em questão, responsáveis por cerca de 70% do faturamento da empresa, 5 conquistaram algum tipo de certificação da qualidade neste período, e os demais estão em processo de adequação para alcançar a excelência. Sendo assim a partir de 2012 além de atender a crescente demanda de atendimento dialítico teve que passar a atender exigências documentais e físicas que comprovassem a qualidade na prestação dos seus serviços aos hospitais em processo de certificação, tais exigências, muito diferenciadas entre os hospitais, dependendo de como os processos internos hospitalares se organizavam para as certificações e das diferenças entre as metodologias de avaliação dessas unidades, levou a empresa a adotar de forma emergencial processos e documentos diferentes para as mesmas atividades para atender aos vários setores da qualidade dos hospitais o que culminou na descaracterização do atendimento e grande dificuldade no controle e gerência de suas atividades. Então, a diretoria vislumbrou a emergente necessidade de obter uma certificação da qualidade com o propósito de criar um modelo de gestão que pudesse minimizar o “sofrimento” e “apaga-incêndio” constantes, tanto em termos operacionais, quanto administrativos.

A partir de 2014 teve início um trabalho de mapeamento de processos realizado pela autora a fim de alinhar os processos e setores para um futuro trabalho de certificação da qualidade. Após levantamento das metodologias de qualidade adotadas, pelos hospitais clientes, foram identificados os processos que poderiam atender de forma genérica a qualquer um dos métodos de certificação da qualidade. O resultado desta análise foi o direcionador do foco e seleção dos macroprocessos e processos críticos para início do mapeamento de processos. Foi criado um grupo de trabalho com as gerências, incluindo os sócios Diretores, a fim de que a equipe envolvida fosse engajada nas ações de mudanças; semanalmente o grupo passou a reunir-se para mapear os processos existentes, durante o mapeamento identificou-se, forte concentração de tomadas de decisão na diretoria sem envolvimento dos gerentes, fazendo com que os mesmos não se sentissem responsáveis das consequências das decisões e pelos processos propriamente ditos.

5.RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo das metodologias de certificação presentes no mercado hospitalar do prestador de serviços nefrológicos, alvo deste estudo, apresentaram como ponto em comum o foco na satisfação do cliente, neste caso os hospitais, seus colaboradores e pacientes, e tratando-se de prestação de serviços nefrológicos em unidades de saúde, os processos diretamente relacionados à segurança dos colaboradores e do paciente destacaram-se como ponto de atenção e prioridade no mapeamento, levando-se em consideração os sete pilares da qualidade de Donabedian, base da metodologia da vigilância em saúde praticada pelos órgãos de fiscalização sanitária e legislação vigente, pelos padrões de acreditação hospitalares. Todas as metodologias estudadas, apontaram para a obrigatoriedade do envolvimento da Direção e alta gestão nos projetos voltados para a melhoria contínua da qualidade institucional. Transferindo o foco principal do negócio para a cadeia de valor, foram identificadas as atividades primárias e secundárias da empresa e conseqüentemente foi possível propor um desenho do futuro modelo de gestão para a empresa com base na qualidade, estratégia e pessoas figura 5.

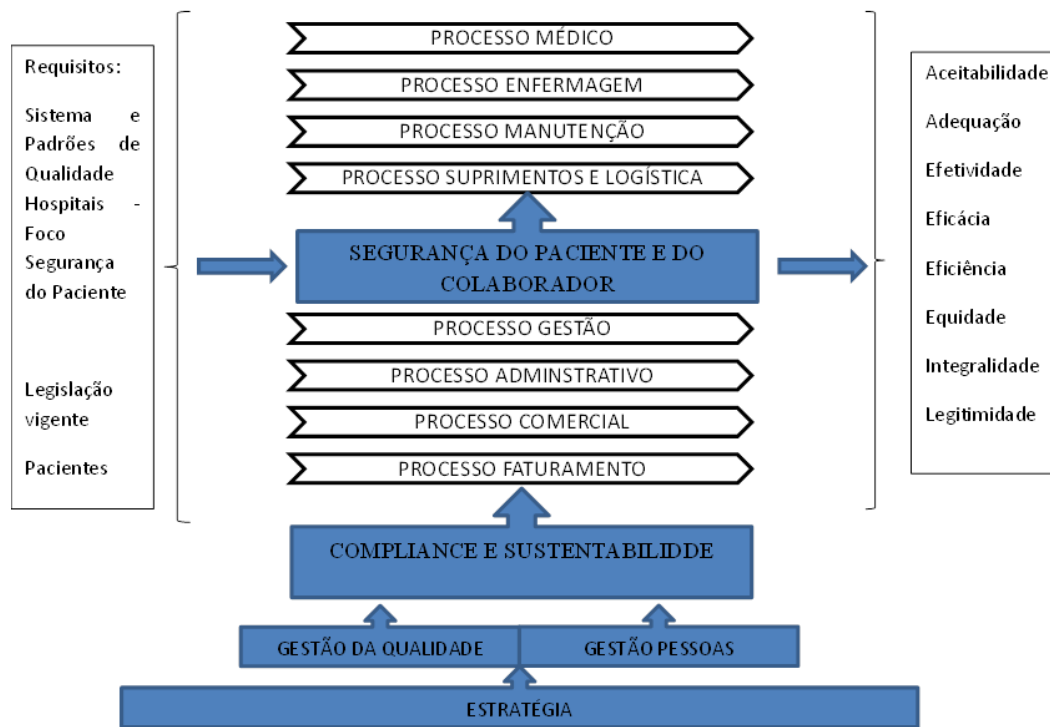


Figura 5 – Modelo de gestão da empresa alvo do estudo de caso (próprio autor).

A partir da cadeia de valor identificou-se claramente os setores que seriam ponto de atenção para o mapeamento dos processos, pois teriam impacto direto na segurança dos pacientes, ou seja qualquer falha nestes processos podem resultar em eventos adversos leves a graves ao estado de saúde dos pacientes durante o atendimento dialítico.

O mapeamento para alcance do modelo em questão, culminou no primeiro planejamento estratégico da empresa como marco para início da descentralização da Gestão e implementação dos processos mapeados, através de uma nova reestruturação do organograma para promoção prática da mudança e amadurecimento organizacional, e implementação de um programa de Compliance com profissional especialista.

Como continuidade dos benefícios alcançados com a reestruturação de processos, está a conquista do certificado de vigilância Sanitária para o ano de 2016, o reconhecimento da melhoria dos serviços por parte dos hospitais clientes principalmente dos hospitais certificados; estes fatores levaram a empresa em questão a iniciar preparação para uma futura certificação da qualidade.

6.CONCLUSÃO:

Através do estudo de caso em questão, foi possível constatar a importância da gestão por processos, no desenho de um modelo gerencial com foco nos pontos em comum dos padrões de certificação da qualidade utilizados na área de saúde, com resultados qualitativos positivos, além disso, o presente artigo mostra que o envolvimento da equipe alvo das mudanças é fundamental para que os processos ganhem adesão e engajamento, com melhor incorporação das responsabilidades e interlocução entre as partes. O estudo serve de exemplo para outros prestadores de serviços da área de saúde que vivenciam as mesmas questões relacionadas ao atendimento à diversos hospitais com diferentes modelos de gestão da qualidade.

7.REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BERTERO, C O. **Mudança organizacional e processo decisório**. Rev. adm. empres., São Paulo,v.16,n.2,p.29-40,Apr.1976. Scielo Brasil. (acessado em 30/05/2016).

BISPO, F C A **Implementação de Metodologias e Ferramentas da Qualidade para a Melhoria da Gestão da Saúde Pública no Estado do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro, 2015, Monografia (Especialização em Gestão Pública)- AVM Faculdade integrada.

CARDOSO, F G, et al. **Gestão Por Processos: Um Estudo de Caso em Uma Organização pública** Rev de Administração da UEG, Aparecida de Goiânia, v.2, n.1, jan./jun. 2011.

CBA Consórcio Brasileiro de Acreditação de sistemas e Serviços de Saúde **Padrões de Acreditação da Joint Comission International para Hospitais**, Rio de Janeiro. CBA 2014.

Donabedian, A. “**The Seven Pilars of Quality**”, in Arch. Pathol. Lab. Med., 114:1115-118,1990.

FERNANDES C T, et al **Importância da Qualidade nos Serviços Hospitalares** Revista Maiêutica, Indaial, v. 3, n. 1, p. 19-28, 2015 <<http://www.uniasselvi.com.br>>. (Acessado em 30/05/2016).

Governo estadual do rio de janeiro, secretaria estadual de saúde do estado do rio de janeiro **Plano Programação Anual de Saúde 2015**; <http://www.saude.rj.gov.br/estado/729-programacao-anual-de-saude-pas/26479-2015.html>. Acessado em 04/05/2015.

Governo estadual do rio de janeiro, secretaria estadual de saúde do estado do rio de janeiro **Plano Estadual de Saúde RJ - 2012/2015** <http://www.saude.rj.gov.br/estado/105-plano-estadual-de-saude1.html> . Acessado em 27/05/16.

<http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/qualidade-da-saude/3115-ans-estabelece-indicadores-do-fator-de-qualidade?highlight=WyJmYXRvcjJd#sthash.dk1UFd1x.dpuf> Acessado em 30/03/2016.

<http://www.cbacred.org.br/acreditacao/hospitais> .Acessado em 27/05/16

<http://www25.senado.leg.br/web/atividade/materias/-/materia/105330> Acessado em 27/05/2016.

KIPPER L M, et al **Gestão por Processos: Comparação e Análise entre Metodologias para Implantação da Gestão Orientada a Processos e Seus Principais Conceitos** Rev. Tecno-lógica, Santa Cruz do Sul, v. 15, n. 2, p. 89-99, jul./dez. 2011.

LARA, A A, et al **Uma Análise da Terceirização em Hospitais Localizados na Região Metropolitana de Belo Horizonte**. *Sociedade, Contabilidade e Gestão, Rio de Janeiro*, v. 6, n.1, jan/jun 2011.

LISBOA, R M **Regulação e Qualidade Assistencial: O programa QUALISS da ANS na perspectiva das operadoras de planos de saúde ENSP – FIOCRUZ**, anais QUALIHOSP 2015.

MAIA, T P, et al **Um Olhar sobre a Acreditação Hospitalar no Brasil: a Experiência da Joint Commission International (JCI)** XI Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia tema gestão do conhecimento para a sociedade 22,23 e 24 de outubro de 2014.

NICOLUCI, M V, et al **Gestão por Processos: Fluxo de Trabalho de Áreas Funcionais para Processos de Negócio da Organização RACRE** - Revista de Administração, Esp. Sto. do Pinhal - SP, v. 12, n. 16, jan./dez.2012.

NORMA BRASILEIRA ABNT NBR ISO 9001: 2015 **Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos**. Brasil 2015.

ONA **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília, 2014.

PORTER, M.E. **Vantagem competitiva: Criando e sustentando um desempenho superior**. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1985.

SCHIESAR L M C, et al **A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros RAS** Vol. 5,º 18 – Jan-Mar, 2003

SILVA, M A, et al. **Gestão de Processos de Negócios Alinhada à Gestão de Mudanças com Ênfase na Melhoria Contínua de Processos: Processo Folha de Pagamento** Rev de Sistemas e Computação, Salvador, v. 3, n. 1, p. 54-65, jan./jun. 2013.
<http://www.revistas.unifacs.br/index.php/rsc> (Acessado em 25/05/2016)

Sistema MEG de Gestão FNQ <http://www.fnq.org.br/acessado> em 27/05/2016

VIDAL, E C F, et al **Universalidade, Igualdade e Integralidade da Saúde: Um Projeto Possível Gestão da Qualidade nas Instituições Hospitalares** 42º congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde. belo horizonte 2013.