

INTRODUÇÃO À GESTÃO DE SAÚDE

SUMÁRIO

1-	SISTEMAS, POLÍTICAS E ECONOMIA DA SAÚDE	3
2-	GESTÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO E LOGÍSTICA EM SAÚDE	11
3-	GOVERNANÇA CORPORATIVA	28
4-	GESTÃO DE PESSOAS E COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE	33
5-	GESTÃO DA QUALIDADE, RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE	47
	REFERÊNCIAS	

1- SISTEMAS, POLÍTICAS E ECONOMIA DA SAÚDE

A área da Economia da Saúde (ECOS) é responsável por promover o uso racional e eficiente dos recursos públicos, a partir da construção de uma cultura do uso de informações econômicas para a tomada de decisão em saúde.

A área, multiprofissional e interdisciplinar, reúne profissionais da área de saúde (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, cirurgiões dentista, nutricionistas, farmacêuticos) e profissionais da área meio (administrador, economista, contador, estatístico). Tem por objetivo criar as condições para que as ações e serviços de saúde sejam prestados de forma eficiente, equitativa e com qualidade para melhor acesso da população, atendendo aos princípios da universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde, estabelecidos constitucionalmente para o Sistema Único de Saúde (SUS).

Economia da Saúde

O SUS tem ampliado o acesso da população brasileira às ações e serviços de saúde, porém é necessário avançar na garantia do acesso universal, na integralidade da atenção e na ampliação do financiamento público do sistema nacional de saúde. Dessa forma, além da busca por novas fontes de recursos para o financiamento do SUS, faz-se necessária a adoção de instrumentos que auxiliem gestores e técnicos a realizarem alocação mais eficiente dos recursos. Seja em um ou em outro aspecto, a Economia da Saúde tem amplo potencial de aplicação como campo de conhecimento, a fim de possibilitar decisões mais fundamentadas sobre as fontes e os destinos dos recursos da Saúde. A Economia da Saúde é área de conhecimento recente, nascida como fruto de reflexões sobre a saúde, especialmente no setor privado nos anos 1960 (ARROW, 1963). A partir das análises sobre as características especiais do mercado de serviços de saúde, chegou-se à conclusão de que:

- A demanda é irregular e imprevisível, com grande probabilidade de perda ou redução na capacidade dos indivíduos de auferir renda (a doença gera custos médicos e não médicos).
- O comportamento dos ofertantes de serviços difere dos pressupostos teóricos usuais, ou seja, não é possível confiar na ausência (ou caráter secundário) do autointeresse e há assimetria de informação com cessão da liberdade de escolha do paciente para o profissional de saúde.
- Ocorre incerteza quanto à qualidade do produto ofertado, sendo que o problema atinge o lado da demanda, com dificuldades para o usuário prever as consequências do consumo de um serviço, além de serem limitadas as oportunidades de aprendizado.
- E quanto às condições da oferta, não há livre entrada de ofertantes (há barreiras à entrada como, por exemplo, a exigência de licenças e custos elevados), o que consequentemente gera poder de monopólio e perda de bem-estar.

Assim, com constatação de que o mercado de serviços de saúde apresenta comportamento distinto em relação a outros mercados, havendo o que se convencionou chamar de falhas de mercado, medidas vêm sendo propostas com a finalidade de aumentar o bem-estar e conferir mais eficiência na alocação de recursos. Em todos os países da América Latina e do mundo, no geral, há preocupação sobre a utilização dos recursos com equidade, eficácia e eficiência, dada a evidência de que grande parte dos recursos alocados em saúde não são bem aproveitados devido a métodos deficientes de avaliação e gestão, além do emprego inapropriado de tecnologias e recursos humanos (ARREDONDO, 1999). Observou-se a partir daí a ampliação da aplicação do conhecimento em Economia ao setor Saúde, com o aprimoramento de ferramentas e do arcabouço teórico.

Del Nero (2002, p. 19) define **Economia da Saúde como o ramo do conhecimento que tem por objetivo a otimização das ações de saúde, ou seja, o estudo das condições ótimas de distribuição dos recursos disponíveis para assegurar à população a melhor assistência à saúde e o melhor estado de saúde possível, tendo em conta meios e recursos limitados.**

Atualmente, os sistemas de saúde, especialmente os de caráter universal, têm aplicado o conhecimento e as ferramentas de Economia da Saúde no processo rotineiro de tomada de decisão. Em um contexto mundial de crise financeira e recessão econômica, é fundamental aplicá-los para estabelecer prioridades na política de saúde, considerando seu potencial para oferecer oportunidade de alocar melhor os recursos escassos, reduzindo a morbidade e a hospitalização, além de potencializar o capital humano (KYRIOPOULOS; TSIANTOU, 2010).

O pressuposto basilar da Economia é que os recursos são limitados e, portanto, torna-se fundamental aplicá-lo de forma racional tendo em conta os objetivos almejados. Assim, considerando que o SUS deve se nortear pelos princípios constitucionais de universalidade, igualdade e integralidade da atenção à saúde, importante se faz a incorporação de conhecimentos e ferramentas que auxiliarão os gestores a entender o papel da Saúde na economia, a discutir o financiamento do sistema, a fazer alocação mais eficiente dos recursos disponíveis, a regular melhor o mercado de produtos e serviços e a selecionar as tecnologias mais custo-efetivas. Esse é o potencial da Economia da Saúde e sua verdadeira contribuição para o fortalecimento da gestão do SUS.

Sistemas de saúde

Um **sistema de saúde** é composto pela relação que o conjunto de instituições prestadoras de serviços de saúde mantém entre si. Enquanto sistema, tal como postulado pela teoria geral dos sistemas, refere-se a uma inter-relação entre seus elementos componentes onde o todo ou o sistema em si não pode ser reduzido a análise separada de seus componentes.^[1] Não há um consenso sobre o modelo ideal de organização ou mesmo sobre quais os seus componentes e responsabilidades quanto à saúde da população, essa diversidade de interpretações vem da própria dificuldade de definir saúde bem como das distintas proposições políticas e teóricas sobre a concepção de saúde pública também compreendida como saúde comunitária medicina preventiva e social. Observe-se ainda, na perspectiva da teoria de organização dos sistemas que um conjunto de instituições de saúde desarticuladas entre si não compõem um sistema de saúde ou

como ensinam os especialistas em planejamento de saúde coletiva tão possuem a eficiência e eficácia que poderiam ter ao realizar suas ações de saúde.

O texto da lei que criou o sistema nacional de saúde no Brasil,^[2] como resultado de um processo de luta debates político que data pelo menos ao início do século XX denominado reforma sanitária e simultaneamente a evolução das concepções de saúde pública no panorama internacional, define um sistema de saúde como...o complexo de serviços do setor público e do setor privado voltados para ações de interesse da saúde...abrangendo atividades que visem a promoção, proteção, e recuperação da saúde...Esse sistema particularmente evoluiu para criação do Sistema Único de Saúde SUS mas refere-se ao complexo de serviços e atividades que aqui analisamos como componente dos sistemas de saúde.

Elementos constituintes

Essencialmente pode-se se dizer que um sistema de saúde se constitui por estabelecimentos de saúde ou local onde são prestados os serviços de saúde que ao longo da história da medicina possuem várias denominações desde os templos e balneários da antiguidade ao hospital (manicônios Nosocômios etc.) Laboratórios, e serviços ambulatoriais dispensário, postos de saúde aonde se incluem os domicílios do paciente e do médico nas diversas modalidades ou modelos assistenciais bem como os profissionais ou trabalhadores que executam as ações de saúde e naturalmente as instituições que regulamentam sua formação e controlam suas atividades.

Contudo como observa Mario Testa^[3] os serviços de saúde são uma das formas de resposta da sociedade aos problemas apresentados pelo estado de saúde e situação epidemiológica isto é às causas e suas manifestações ou efeitos. Observe-se numa concepção mais ampla de saúde podemos incluir entre os fatores determinantes e condicionantes de saúde deve-se incluir a pior das violências (na concepção de Gandhi) que é a pobreza, os problemas decorrentes da fome, do abastecimento de água e da falta de saneamento básico que em última análise refletem a própria política e organização do estado e relações internacionais.

Avaliando Sistemas de Saúde

Na proposição de investigação dos serviços de saúde da OPAS Organização Panamericana de Saúde^[4] para fins de comparação e análise deve-se observar:

- Recursos para serviços de saúde — Recursos humanos, materiais, tecnológicos, financeiros e organizativos necessários para a prestação de serviços de saúde;
- Prestação de serviços de saúde — Demanda e oferta ou quantidade de serviços, acessibilidade, distribuição e qualidade dos serviços de saúde;
- Condições de saúde — Fatores determinantes e condicionantes das necessidades de saúde das populações e avaliação dos resultados dos serviços de saúde para indivíduos e populações.

Paradoxalmente os indicadores das condições de vida e saúde de um povo referem-se à ocorrência de doenças e taxas mortalidade das populações. Os maiores conflitos entre teóricos da área referem-se aos modelos assistenciais ou formas de organização e responsabilidades do estado quanto à oferta centrada na prevenção e promoção de saúde ou na recuperação e reabilitação da saúde individual a partir da prestação de serviços públicos ou privados. Na prática, além dos indicadores de saúde o que se dispõe para avaliação dos sistemas de saúde é a sua comparação a partir da descrição destes nos diversos países e/ou nas diversas regiões com características epidemiológicas ou ecológicas e sociais distintas.

Políticas

Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde

As políticas públicas, por definição, são conjuntos de programas, ações e decisões tomadas pelos governos nacional, estadual ou municipal que afetam a todos os cidadãos, de todas as escolaridades, independente de sexo, cor, religião ou classe social. A política pública deve ser construída a partir da participação direta ou indireta da sociedade civil, visando assegurar um direito a determinado serviço, ação ou programa. No Brasil, o direito à saúde é viabilizado por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que deverá ser universal, integral e gratuito.

Os modelos de atenção e gestão à saúde representam a forma de organização do sistema de saúde e suas práticas em resposta às necessidades da população. Os modelos são expressos em políticas, programas e serviços de saúde que estejam em harmonia com os princípios e diretrizes que estruturam o SUS.

Neste contexto, o programa de Políticas Públicas e Modelos de Atenção e Gestão à Saúde (PMA), desenvolvido pela Vice-Presidência de Pesquisa e Coleções Biológicas, tem como papel estratégico a indução do processo de aplicação dos resultados das pesquisas em soluções no campo das políticas públicas e modelos de atenção e gestão à saúde, buscando aperfeiçoar o desempenho do SUS e a melhoria das condições de vida e saúde da população.

Para a Fiocruz, a saúde é resultante das condições de habitação, alimentação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e do direito à terra, além do acesso aos serviços de saúde, como expresso pela Reforma Sanitária e ressaltado no Relatório Final da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986. Logo, um modelo de atenção à saúde deve considerar esta complexidade. O Sistema Único de Saúde (SUS), criado pela constituição de 1988, é um conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta ou indireta, que pode ser complementado pelos serviços de saúde ofertados pela iniciativa privada.

A partir desta ampla dimensão de saúde, o PMA busca fomentar pesquisas que abordem uma perspectiva múltipla, interdisciplinar, participativa, na qual a intervenção sobre o processo saúde-doença seja resultante da interação e troca de saberes entre os diversos atores sociais envolvidos na temática da pesquisa, tais como: profissionais de saúde, usuários do sistema de saúde, gestores, organizações civis e pesquisadores.

O programa Políticas Públicas, Modelos de Atenção e Gestão à Saúde - PMA, iniciado em 2015 é uma continuidade do Programa de Desenvolvimento Tecnológico e Inovação em Saúde Pública (PDTSP- 2002), que tem como missão apoiar a inovação e o desenvolvimento tecnológico em saúde pública.

Clique e conheça o folder de apresentação do PMA:



Compromissos do PMA

Envolver pesquisadores, sociedade civil, gestores, profissionais de saúde e os diversos agentes sociais a fim de que os benefícios da ciência produzida pela Fiocruz garantam a melhoria da qualidade de vida da população; Assegurar que os recursos públicos sejam aplicados em soluções de saúde de interesse da sociedade brasileira.

Atribuições do PMA

- Constituir Redes Temáticas de Pesquisa;
- Alinhar os projetos das redes de pesquisas com os propósitos da Fiocruz;
- Facilitar e fortalecer a articulação entre as unidades da Fiocruz com instituições externas;

- Captar financiamento interno e externo para as Redes Temáticas de Pesquisa;
- Desenvolver estratégias de articulação e integração entre as atividades e os produtos das pesquisas da Redes Temáticas;
- Articular com a gestão dos serviços e da administração pública nas esferas municipal, estadual e federal, para garantir a aplicabilidade dos resultados das pesquisas;
- Promover aportes técnicos e multidisciplinares para o desenvolvimento das pesquisas;
- Induzir ações e estratégias de divulgação dos resultados dos projetos em acesso aberto;
- Incentivar a transferência de conhecimento técnico-científico entre os participantes de cada rede temática para a comunidade científica e a sociedade civil;
- Potencializar a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, por meio de ações colaborativas de trabalho entre pesquisadores, tecnologistas, serviços de saúde e sociedade civil.
- Incentivar processos de tradução do conhecimento.

2- GESTÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO E LOGÍSTICA EM SAÚDE

A organização do abastecimento do hospital público a partir da cadeia produtiva: uma abordagem logística para a área de saúde

Materiais e logística são, juntamente com recursos humanos e administração financeira, fatores críticos para o desenvolvimento de atividades de atenção à saúde e para a excelência operacional da organização hospitalar¹. Entretanto, embora a irregularidade do abastecimento e a "falta de material" sejam problemas freqüentes em serviços públicos de saúde e tenham significativos impactos negativos sobre seus desempenhos e imagem junto aos profissionais e à população, a discussão sobre processo logístico, abastecimento e cadeia de suprimentos² está notadamente ausente da literatura nacional.

A tendência no setor público parece ser reduzir todos os problemas de abastecimento dos serviços de saúde à insuficiência de recursos orçamentários. É bem verdade que os efeitos deletérios dos períodos de desabastecimento provocados por disfunções da execução orçamentária não são desprezíveis. Entretanto, também são notórios os desperdícios e a má utilização de insumos e equipamentos, a escassa qualificação dos profissionais da área de abastecimento e a pouca atenção ao planejamento logístico nas organizações públicas de saúde.

Uma organização de saúde é um sistema produtivo de atenção à saúde, onde o setor de abastecimento integra-se como subsistema para atender as necessidades de insumos (materiais de consumo) e de equipamentos (materiais permanentes) daqueles que desenvolvem e disponibilizam os produtos, que são os profissionais de saúde.

As atividades de atenção à saúde são atividades complexas, assentadas sobre uma cadeia produtiva que incorpora seqüências de ações definidas para a geração de seus produtos (os chamados "procedimentos"). Cada procedimento demanda um *mix* específico de insumos (bens) e processos de trabalho (serviços), cuja composição pode variar entre diferentes organizações e até segundo os diferentes tipos de pacientes e profissionais de uma mesma organização.

Não só os produtos oferecidos em organizações de saúde são complexos e pressupõem elevada qualificação profissional, mas os insumos utilizados em sua produção são cada vez mais sofisticados e numerosos. Vecina & Reinhardt³ estimam que o sistema de materiais de um hospital comporte entre 3.000 a 6.000 itens regularmente adquiridos, na dependência do perfil das atividades desenvolvidas pela organização. Esses itens incluem os chamados materiais de consumo médico-hospitalares, medicamentos e reagentes para testes diagnósticos, além de materiais especiais, como órteses e próteses, e itens gerais de escritório, limpeza e alimentos.

Dados sobre a participação dos materiais hospitalares (inclusive medicamentos) no orçamento dos hospitais no Reino Unido indicam que ela pode corresponder de 13 a 17% dos custos hospitalares, não diferindo substancialmente das estimativas nacionais, de 15% a 25%^{3,4}. Inúmeros trabalhos apontam a economia potencial e os ganhos de qualidade na assistência advindos da racionalização do sistema de abastecimento, destacando a importância de incorporar os conceitos de logística e cadeia de suprimentos para organizar o sistema produtivo do hospital^{1,5,6,7}.

Na visão ampliada da cadeia de suprimentos, uma cadeia produtiva abrange desde o desenvolvimento de um produto (que, nas atividades de atenção à saúde, corresponderia à introdução de um novo processo de trabalho e seus insumos correspondentes), passando pelo fornecedor de insumos, até a efetiva oferta do produto ao mercado consumidor. O conceito de cadeia de suprimentos destaca a integração interna e externa dos participantes de todas as etapas "desenvolvedores" do produto, fornecedores de insumos, responsáveis pela logística de aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos e responsáveis pela fabricação e distribuição final do produto, incluindo o próprio cliente final².

O presente artigo descreve uma metodologia para a otimização do setor de abastecimento hospitalar público - aqui conceituado como o de gestão de materiais médico-hospitalares - desenvolvida no Núcleo de Logística e Tecnologia em Saúde (NUTEC) da Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), com base em técnicas de pesquisaação. São apresentados um histórico do desenvolvimento da metodologia, a descrição de suas principais etapas e uma discussão sobre o tema e alguns

conceitos de qualidade e gestão da cadeia de suprimentos à luz da literatura internacional recente.

Materiais e métodos

A otimização do abastecimento hospitalar a partir da visão da cadeia produtiva é uma metodologia em evolução, desenvolvida sob a égide dos princípios da melhoria contínua da qualidade e do modelo de pesquisa-ação. A pesquisa-ação é uma abordagem metodológica que implica um significativo afastamento do modelo tradicional da pesquisa acadêmica, sendo usada para estudar soluções para problemas originados na sociedade e nas organizações.

Na pesquisa-ação, programas de melhoria organizacional são encarados como situações de pesquisa e constituem bases para o avanço de teorias e o desenvolvimento de práticas. Os problemas escolhidos como objeto de pesquisa e as próprias pesquisas são desenvolvidos mais na perspectiva de busca de soluções, que compreendem prescrições e ações, do que com vistas à descrição e à análise, abordagem privilegiada pelo modelo acadêmico tradicional⁸. Em termos metodológicos, o pesquisador não atua como observador independente, mas torna-se um participante na busca por soluções, atuando como facilitador da ação e reflexão e elaborando um arcabouço teórico e de intervenções que evolui à medida que os dados vão sendo colhidos e as idéias desenvolvidas. A técnica de intervenção é adaptada à medida que vai sendo usada, e a cada aplicação aumenta a compreensão sobre seu escopo e suas limitações^{9,10}.

A presente pesquisa começou a ser esboçada no início da década de 90, a partir do interesse dos profissionais do NUTEC por questões cotidianas de operações em organizações de saúde em função de suas vivências anteriores como gestores, bem como da leitura dos manuais da série MEDEX, da Faculdade de Medicina da Universidade do Haváí¹¹. Esses manuais apresentavam uma abordagem para aperfeiçoar sistemas gerenciais (financeiro, recursos humanos, materiais, de transporte e informações) em organizações de saúde, que destacava a importância de integrar, em oficinas ou grupos de discussão, representantes do chamado

sistema produtivo (áreas fim) e dos sistemas gerenciais (áreas meio), além de responsáveis pela elaboração de políticas e pela sua implementação. Com isso, aumentariam a legitimidade e a efetividade das soluções para problemas comuns do gerenciamento de organizações de saúde.

Através da aplicação dessa premissa, foi desenvolvida uma abordagem do tipo pesquisa-ação ao estudo de sistemas gerenciais de vários hospitais e secretarias municipais do estado do Rio de Janeiro, que incluíram oficinas para reestruturação dos setores administrativos de dois hospitais federais especializados, entre 1991 e 1993, e projetos de implantação de Núcleos de Qualidade em Saúde em uma secretaria municipal de saúde e em um Hospital geral no Estado do Rio de Janeiro, em 1996.

A partir de 1998, o sistema de abastecimento foi sendo definido como o foco primordial de interesse do grupo. As sucessivas oficinas realizadas sobre o tema ao longo da década de 90 demonstravam que era difícil abastecer com racionalidade uma unidade de saúde na visão exclusiva das prateleiras dos almoxarifados, levando-se em conta somente alguns indicadores como estoque mínimo, estoque máximo ou estoque de risco. Era preciso desenhar uma abordagem que contemplasse as especificidades das organizações de saúde.

Técnicas de problematização e outras ferramentas da gestão da qualidade foram sendo aos poucos incorporadas às oficinas de trabalho^{12,13} e, com o tempo, foi sendo esboçada a visão da organização como uma cadeia de atividades, em que os sucessivos elos da cadeia comportam-se como clientes e fornecedores, respectivamente, dos elos precedentes e seguintes da cadeia. Assim, uma organização passava a ser concebida como uma cadeia de "clientes" e "fornecedores", que precisam estabelecer relacionamentos de longo prazo para atingir um objetivo comum.

Em 1998, foram realizados dois projetos (o primeiro em um hospital especializado e outro em um hospital geral) na área de organização de informações e desenvolvimento gerencial para a área de logística e abastecimento, que

contribuíram para dar corpo à metodologia aqui apresentada em seu formato original.

Em 1999, a metodologia para a organização do abastecimento hospitalar desenvolvida a partir desses trabalhos foi aplicada, pela primeira vez, em um hospital público federal no Rio de Janeiro. A lógica da metodologia já incorporava não apenas os princípios da qualidade, mas também, de modo incipiente, o conceito de cadeia produtiva.

Desde então, trabalhos de otimização do sistema de abastecimento já foram executados em outros três hospitais públicos de vários portes e especificidades, sendo um hospital geral de grande porte (2001-2), um especializado em doenças cardíacas (2002-3) e um hospital universitário (2005-6). A demanda pela aplicação da metodologia em geral parte da própria direção dos hospitais, que entra em contato com a mesma durante cursos realizados por seu corpo clínico e gerencial na ENSP.

Os resultados apresentados sintetizam as bases e a evolução da metodologia em seus diferentes locais de aplicação.

Resultados

As intervenções propostas para o setor de abastecimento hospitalar foram norteadas pela premissa de que grande parte dos problemas em unidades médico-assistenciais do Sistema Único de Saúde nessa área decorria do fato de setores clínicos e administrativos não se identificarem como uma cadeia produtiva integrada. Ou seja, o que o hospital produzia não era transparente para o sistema de abastecimento e vice-versa. Adicionalmente, não havia um sistema próprio de informações para o abastecimento que correlacionasse produtos e insumos, reconhecendo os processos de trabalho do sistema produtivo e valorizando as informações dos profissionais de saúde.

Na cadeia produtiva hospitalar, os produtos eram "desenvolvidos" e "aplicados" pelos profissionais de saúde e, portanto, precisavam ser racionalmente

customizados aos processos de trabalho dos mesmos. Modificações de procedimentos e processos de trabalho nas organizações de saúde, com a inclusão de novos profissionais, técnicas, equipamentos e insumos, bem como as alterações desencadeadas no plano logístico hospitalar por mudanças do meio externo ou do meio interno, tornavam obrigatória a participação dos médicos, enfermeiros e técnicos de saúde no planejamento do sistema de abastecimento, como fonte permanente de informações.

O sistema de abastecimento era concebido como composto por quatro subsistemas: planejamento, controle, guarda e distribuição e compras. O subsistema de planejamento estaria ligado às tarefas de seleção, especificação e incorporação de novos materiais e sobre ele incidiam as primeiras intervenções preconizadas na metodologia. O subsistema de controle era o responsável por acompanhar e valorar estoques. Ao subsistema de guarda e distribuição cabia receber, conferir, estocar de forma organizada e distribuir internamente os materiais, enquanto o subsistema de compras era o responsável pela aquisição de materiais. A equipe do subsistema de compras deveria ter um bom conhecimento do mercado de materiais, cabendo-lhe organizar o cadastro de fornecedores, elaborar editais e implantar as formas mais eficientes disponíveis de adquirir materiais.

Partindo-se dessa segmentação, a organização do sistema de abastecimento e da logística hospitalar a partir do sistema produtivo era desenvolvida em três etapas: (i) implantação ou redirecionamento do subsistema de planejamento, (ii) reorganização dos subsistemas de guarda e distribuição e de compras e (iii) estabelecimento da distribuição interna automática por entrepostagem.

Primeira etapa

A primeira etapa consistia em implantar ou redirecionar o subsistema de planejamento, cuja principal função passava a ser estabelecer uma ponte com o restante da cadeia produtiva, definindo uma linguagem comum. As pesquisas mostravam que, de um modo geral, esse subsistema atuava de modo burocrático, mantinha escassa interação com a área clínica e precisava ter sua dinâmica de funcionamento redirecionada para contemplar as especificidades da área de saúde.

O trabalho iniciava-se pela criação de círculos de qualidade ou grupos locais, estabelecendo-se um primeiro intercâmbio entre as equipes do abastecimento e dos setores clínicos. Como estratégia para definir as novas bases de relacionamento, eram utilizadas técnicas de problematização que, por se prestarem a promover uma aproximação e a troca de informações entre distintos segmentos da organização, são empregadas para implantar os princípios da qualidade em empresas¹⁴. Cada encontro entre os profissionais das distintas áreas pretendia ser um momento de esclarecimento e aprendizado, contribuindo para criar um clima de confiança mútua e de co-responsabilização.

Esses grupos locais constituiriam a base para a oportuna criação de Comissão Permanente de Padronização de Material Médico-Hospitalar, que, com a consolidação da reorganização do abastecimento, passaria a ser uma instância permanente de gerenciamento técnico do abastecimento na organização. Entre as suas atribuições formais estariam incluídos gerenciar as atualizações da grade de materiais, organizar pareceres técnicos sobre materiais e construir indicadores de qualidade e produtividade, estabelecendo uma troca permanente de informações entre o abastecimento e a clínica.

A primeira ferramenta utilizada para implementar o planejamento a partir da nova visão era a pesquisa de insumos médico-hospitalares, que objetivava o mapeamento de todos os procedimentos executados pelas várias equipes de profissionais de saúde em cada setor hospitalar, a especificação de todos os insumos necessários para a produção de cada procedimento, bem como a quantificação de sua produção mensal. A seleção dos insumos necessários ao funcionamento do hospital ia se constituindo a partir deste momento de identificação.

A pesquisa de insumos compreendia quatro fases: a fase do levantamento; a fase do *check-list* (organização da denominação dos procedimentos e insumos correspondentes por setor); a fase de sistematização (em que era feita a organização dos insumos para o conjunto do hospital, com vistas a padronizar as especificações para insumos comuns a vários setores); e a fase de validação (em que a nova listagem voltava a cada setor para ser confirmada).

As informações fornecidas pelos profissionais de saúde de cada setor permitiam a construção de "matrizes insumo-produto", que passavam a compor um banco de dados para organizar o abastecimento. As matrizes estabeleciam uma correlação significativa entre uso de insumos e procedimentos clínico-cirúrgicos efetuados por médicos, enfermagem e outros profissionais de saúde e uma padronização do tipo e das quantidades de insumo utilizados em cada procedimento. A informática era um auxiliar indispensável nessa etapa, pois permitia a criação dos bancos de dados de produtores, produtos e insumos, além da elaboração de programas e relatórios.

Integrava também esta etapa um levantamento de insumos existentes no almoxarifado do hospital, produzido pela área de guarda e distribuição. Esses dados permitiam comparar o que se guardava e distribuía no hospital antes da realização da pesquisa e o que se passava a guardar e distribuir internamente como resultado da pesquisa, configurando-se em uma "evidência" dos resultados do processo de reorganização. A credibilidade do processo, principalmente junto aos médicos - que costumam relutar em investir seu tempo nesse tipo iniciativa - dependia de uma argumentação baseada em evidências e na produção de informações sólidas^{7,15}.

Uma vez detectado e confirmado o que o hospital produzia (os procedimentos ou produtos), o quanto produzia e os insumos (materiais) necessários para produzir, estabeleciam-se padrões como o consumo médio mensal e as especificações para cada item.

A pesquisa de insumos também era ponto de partida para a criação de outros indicadores para acompanhar processos com relevância interdepartamental, como o nível de satisfação dos profissionais de saúde com a logística interna no dia-a-dia. Assim, era importante obter *feedback* dos profissionais sobre a correspondência entre produto solicitado e distribuído, por exemplo. Ficava a cargo da Comissão Permanente de Padronização de Material Médico-Hospitalar a elaboração e o acompanhamento desses indicadores.

O aumento crescente da oferta de novos materiais e tecnologias em um cenário de restrição orçamentária e de grande pressão de forças de mercado vem impondo grandes desafios ao abastecimento, tanto no âmbito interno das organizações de

saúde quanto no dos sistemas nacionais de saúde¹⁶. Materiais mais complexos, cuja aquisição nos Estados Unidos e no Brasil tende a ser gerenciada pelos próprios médicos, podem responder por até 40% dos gastos com materiais. Portanto, a incorporação de novos materiais e tecnologias precisava ser objeto de uma política clara de teste e validação pelo corpo clínico e gerencial, tornando importante propor, ao longo do tempo, a criação de protocolos para validar os materiais incorporados. Diferentes materiais podem exigir critérios, tempos e protocolos de incorporação distintos, que variam segundo as definições de prioridades de cada instituição.

Materiais novos poderiam, em um primeiro momento, ser fornecidos em caráter "experimental", precisando ser validados para justificar uma incorporação definitiva. Em alguns hospitais, acompanhar essas incorporações podia também ser atribuição da Comissão Permanente de Padronização de Material Médico-Hospitalar⁷. Já existem algumas publicações que sugerem critérios e parâmetros para nortear as incorporações tecnológicas tanto em nível de organizações quanto de sistemas de saúde:

Segunda etapa

A segunda etapa da reorganização do abastecimento compreendia um ordenamento dos processos de trabalho de guarda e distribuição de insumos médico-hospitalares, de modo a preparar esse subsistema para operar dentro do novo enfoque de gestão e logística a partir do sistema produtivo. Para efetuar esse reordenamento, eram aplicadas técnicas da qualidade para organizar o almoxarifado e a disposição dos estoques e estabeleciam-se protocolos para recebimento, conferência e classificação de materiais. O diferencial introduzido nesta etapa era a maior sensibilidade a questões clínicas da equipe da área de guarda e distribuição, propiciada pela participação nos grupos de problematização¹⁸.

Esta etapa podia, eventualmente, incluir também um redesenho do subsistema de compras, com a elaboração de cadastros qualificados de fornecedores, a capacitação da equipe para a elaboração de editais e a introdução de modalidades de aquisição de materiais que propiciassem maior agilidade nas relações com

fornecedores (registro de preços, pregão) ou economias de escala (compras conjuntas com outros hospitais).

Terceira etapa

A terceira etapa contemplava o redesenho de toda logística de distribuição interna de materiais a partir de processos automáticos de reposição, possibilitados pelo acompanhamento e avaliação do uso desses materiais em função da produção efetivamente realizada.

Idealmente, o redesenho da distribuição interna poderia estar apoiado em um sistema informatizado que permitisse a atualização *on line* dos estoques de materiais do almoxarifado, baseada em informações sobre procedimentos realizados lançados em prontuários eletrônicos dos pacientes. A pesquisa de insumos possibilitava a criação de um sistema de informações significativo para o cuidado do paciente (procedimentos), que poderia oportunamente ser acoplado a sistemas de informações sobre insumos. Informar a realização de um procedimento de punção venosa no paciente, por exemplo, é uma informação clinicamente relevante, cujo registro é bem mais compacto do que a descrição individual dos insumos utilizados no procedimento (um escalpe ou cateter intravenoso, uma compressa de gaze não estéril, uma bola de algodão, um equipo injetor lateral, uma luva de procedimentos, três centímetros de esparadrapo e dez mililitros de álcool iodado, por exemplo). Uma informação sobre procedimento realizado poderia - pelo estabelecimento das matrizes insumo-produto - ser traduzida em informação sobre materiais utilizados.

Na prática, hospitais de portes e sofisticação tecnológica distintos podem beneficiar-se de desenhos compatíveis com seu grau de informatização nesta etapa. Na média dos hospitais públicos, porém, a informatização ainda é bastante incipiente. Portanto, o desenho proposto para esse contexto foi o de distribuição automática por entrepostagem.

Essa estratégia visava desonerar a enfermagem envolvida nas atividades clínicas do controle direto dos seus subestoques e da necessidade de elaboração quase cotidiana de pedidos de reposição de materiais. Era criado um entreposto de

distribuição por andar ou setor, cujo responsável passava a ser um funcionário específico, de preferência originalmente ligado a atividades clínicas.

Identificar esse tipo de funcionário tendia a não ser difícil, haja vista que muitos auxiliares de enfermagem, por exemplo, são readaptados para exercerem novas atividades. As funções básicas desse funcionário eram repor estoques de cada insumo até os índices definidos como ideais na etapa de pesquisa de insumos, supervisionar a compatibilidade entre produção e consumo e monitorar a frequência e duração das discontinuidades de abastecimento por tipo de insumo. Eventuais desvios dos padrões esperados de relação entre procedimentos efetuados e consumo de materiais seriam explorados em reuniões da Comissão Permanente de Padronização de Material Médico-Hospitalar.

Outra função que também podia ser assumida pela entrepostagem seria a confecção de *kits* de procedimentos em invólucros com códigos de barra personalizados para os setores sob sua responsabilidade, o que agilizaria a seleção dos materiais empregados nos procedimentos pela equipe clínica e facilitaria o controle de uso dos materiais.

Discussão

O que a metodologia apresentada oferece como forma de contemplar as especificidades das organizações de saúde? Sua forma atual define um conjunto de propostas com escopo intra-organizacional, compatíveis com a governabilidade de atores que estejam atuando nesse plano. Alguns trabalhos referem significativos impactos dessas iniciativas internas de racionalização da cadeia de suprimentos, que podem reduzir os custos do abastecimento em até 15 %⁶.

Fundamentalmente, a interface situada entre os profissionais da clínica e o setor de abastecimento é eleita como interface intra-organizacional crítica para a organização do abastecimento. A seleção de materiais e a gestão de estoques, em que se definem os materiais utilizados no hospital e formas de acompanhar níveis de

consumo que permitem programar a aquisição e a distribuição dos mesmos, são eleitos processos críticos para a organização do sistema de abastecimento.

Gerenciar a interface crítica passa a ser uma preocupação central da função de planejamento e abre o caminho para a intervenção sobre os dois processos críticos. A literatura internacional já identifica esse gerenciamento como fundamental para implantar uma abordagem "estratégica" da gestão de materiais, em oposição à abordagem tradicional^{7,14}. No modelo tradicional de gestão de materiais, a liderança dos processos de abastecimento fica exclusivamente a cargo de funcionários administrativos.

Gestão da interface crítica

A primeira medida proposta - a constituição de grupos interdisciplinares de qualidade, com definição de responsáveis pela condução do processo de reorganização do abastecimento na unidade - visa transpor o *gap* de credibilidade entre o sistema de abastecimento e a área clínica¹⁴.

Esse *gap* de credibilidade tanto está ligado à imagem desfavorável que os setores ligados a compras têm adquirido no serviço público quanto às freqüentes irregularidades no abastecimento. Em função da dinâmica de execução orçamentária, é muito comum o sistema de abastecimento distribuir menos do que foi utilizado, o que leva o usuário a pedir mais do que precisa. Como o usuário pede a mais, o sistema distribui menos, criando-se um ciclo de desconfiança recíproca, denominado por Vecina & Reinhardt³ de ciclo acumulativo.

Adicionalmente, no modelo tradicional, o permanente *trade-off* entre o melhor produto e o menor custo costuma pender para o último, numa equação legitimada pelo princípio consagrado nas licitações públicas.

A constituição de grupos interdisciplinares de qualidade para a gestão de materiais (com sua posterior evolução para uma Comissão Permanente de Padronização de Material Médico-Hospitalar) pretende ser um primeiro passo para transpor o *gap* de credibilidade, incorporando sensibilidade a questões da clínica aos funcionários do abastecimento e conhecimento da dinâmica do abastecimento ao corpo clínico.

Seleção de materiais

Apesar de o número de materiais usados nas organizações de saúde não ser especialmente impressionante comparativamente a alguns segmentos industriais, a quantidade de produtos diferentes que podem ser gerados a partir desses materiais transforma essa cadeia de suprimentos em uma das mais complexas conhecidas. Um mesmo insumo pode ser empregado em uma enorme diversidade de produtos, cujas demandas oscilam no tempo. A dificuldade de planejar adequadamente o abastecimento é um reflexo dessa dinâmica.

A segunda preocupação central da metodologia, portanto, consiste em estabelecer uma lógica de seleção de materiais a partir de protocolos padronizados de insumos necessários para a realização de cada procedimento, que vincule os insumos aos procedimentos em que são empregados. O momento da seleção dos insumos é também o momento em que se definem os critérios de reposição de estoques, com base no registro do tipo de procedimentos em que os insumos são utilizados e no levantamento da quantidade de procedimentos de cada tipo realizada.

O estabelecimento de "protocolos" de materiais para cada tipo de procedimento não é uma prática estranha aos profissionais de saúde. Principalmente nas especialidades cirúrgicas, já está bem estabelecido o uso de um conjunto de materiais permanentes padronizados, contidos nas "bandejas de procedimentos". A indústria de materiais médico-hospitalares vem tentando implantar a mesma lógica de padronização para materiais de consumo por procedimento, organizando *kits* de materiais por procedimento, aparentemente sem muito sucesso. Isso se deve ao fato de os processos de trabalho e insumos utilizados na realização de um mesmo procedimento serem diferentes entre hospitais, entre distintos setores de um mesmo hospital e, até, entre profissionais de um mesmo setor. O tipo de paciente atendido, características pessoais dos profissionais e um treinamento realizado em instituições ou épocas diferentes podem determinar formas diversas de executar um mesmo procedimento.

O diferencial da metodologia proposta em relação à aquisição de *kits* de material disponibilizados pela indústria de materiais médicos é a customização

desses *kits* aos distintos setores do hospital, estabelecendo-se com o corpo de profissionais de saúde uma relação de fato de cliente, em que cliente é definido como alguém com direito de escolha¹⁹.

Diversos trabalhos destacam a importância da padronização de materiais, da consideração das preferências do profissional, da participação de profissionais de saúde na equipe de suprimentos e de valorização profissional da equipe ligada à gestão de materiais^{7,18,20}. O estágio atual de desenvolvimento da metodologia incorpora claramente esses conceitos, que são estratégicos nas atividades de saúde e contribuem para abrandar a grande dicotomia entre atividades clínicas e gerenciais nas organizações hospitalares²¹.

Gestão da programação de volume de aquisição e distribuição

Os procedimentos habituais de programação da distribuição nas organizações públicas incluem: a) distribuição automática baseada em cotas pré-definidas, pactuadas periodicamente com os serviços a partir da "experiência" de níveis de consumo; b) reposição automática com base em levantamento do histórico de consumo, que pode estar fortemente enviesado pela frequência de intervalos de desabastecimento; c) reposição a partir da solicitação da própria unidade produtora, baseada na "experiência" de consumo.

Na iniciativa privada, a contabilização dos gastos individuais dos pacientes com materiais é um dos componentes da elaboração das contas hospitalares e pode nortear a reposição dos estoques. Essa modalidade de gerenciamento dos estoques de materiais tem a desvantagem de induzir substanciais margens de erro. Os erros advêm do enorme trabalho de escrituração envolvido no rastreamento dos insumos individualmente utilizados em cada paciente e, principalmente, do fato de a informação sobre insumos ter pouca relevância para o cuidado do paciente, ao contrário do que se verifica quando a unidade de registro do consumo são os procedimentos clínicos e cirúrgicos realizados pelos profissionais de saúde.

A metodologia apresentada propõe-se a transformar a forma de programação dominante de aquisição e distribuição de insumos em hospitais públicos, baseada na "experiência", em distribuição baseada em "evidência", a partir do estabelecimento

de uma correlação entre insumos e produtos. A lógica assim estabelecida, que pode ser exportada para um sistema informatizado de gestão do abastecimento, acompanha as tendências da evolução dos sistemas de informação em organizações de saúde. Desde o início deste século, vem sendo observada na saúde uma tendência a aumentos de investimento em sistemas de informações clínicas e de redução na aquisição de sistemas informatizados do tipo ERP (*enterprise resource planning*), centrados no gerenciamento de recursos materiais organizacionais. As "matrizes insumos-produtos" para programação do abastecimento permitem uma "tradução" desta segunda lógica para a primeira²².

Outra possibilidade interessante é a de utilizar os procedimentos assim estruturados para desenhar um sistema de custos baseado em atividades, que poderia contribuir para a determinação de custos e facilitar o trabalho de auditorias de contas hospitalares.

Correlações com referenciais teóricos da área

A gestão de materiais em organizações de saúde é abordada na literatura segundo duas perspectivas: na perspectiva endógena do abastecimento ou segundo uma visão mais ampla, sugerida pela filosofia da qualidade e pela gestão da cadeia de suprimentos.

Na perspectiva mais endógena da função de gestão de materiais, parte-se de uma individualização relativamente estanque do abastecimento em setores que executariam as funções de seleção e padronização de insumos, guarda e distribuição de materiais, controle de estoques e compras. A prioridade nas iniciativas de organização do abastecimento recai sobre a organização dos processos internos de cada um dos setores^{3,5}.

As visões mais abrangentes encaram a função de gestão do abastecimento de materiais como uma das funções integrantes das cadeias de suprimentos e de valor da organização⁷. A literatura clássica que associa qualidade à gestão da cadeia de suprimentos aborda temas que tradicionalmente são separados por acadêmicos da engenharia de produção e pelos profissionais de serviços em duas áreas: (a) coordenação intra-organizacional (ou gerenciamento tradicional da qualidade), na

perspectiva interna da cadeia de suprimento; (b) integração inter-organizacional, que estuda a interface entre cadeia de suprimentos e metodologias de qualidade a partir de um foco externo da cadeia de suprimentos¹⁵.

Em termos conceituais, a metodologia apresentada nasce atrelada à filosofia da qualidade. Define os profissionais de saúde como "clientes" do sistema de abastecimento e endossa o respeito ao "foco no cliente" recomendado pela qualidade, tendo assim avançado para reconhecer a necessidade de envolver toda a organização no planejamento do abastecimento.

Na perspectiva de gerenciamento da cadeia de suprimentos como integração inter-organizacional, passa a ser relevante realizar uma análise integrada de toda a cadeia produtiva, desde o desenvolvimento do produto até as formas de aumentar a integração com fornecedores e consumidores. Os princípios da qualidade total, definidos por Juran e Deming²³ - abordagem sistêmica, agregação de valor para o cliente, decisões baseadas em fatos e melhoria contínua podem ser utilizados para desenhar e operar processos que garantem o bom desempenho da cadeia de suprimentos em extensões cada vez mais amplas²⁴.

Conclusões

A metodologia proposta apresenta um sistema de organização da programação de insumos que pode importar em avanços significativos para a organização do abastecimento hospitalar. É baseada em dados pertinentes para o cuidado do paciente (procedimentos em oposição a insumos) e sustentada pela criação de vínculos institucionais entre distintos departamentos da organização²². Em que pesem as ressalvas à aplicação de ferramentas da qualidade em organizações de saúde¹⁹, os princípios da qualidade parecem ter utilidade no contexto estudado.

As etapas já desenvolvidas da metodologia conformam ainda uma abordagem com um foco predominantemente intra-organizacional e centrado no produto. Entretanto, as formulações teóricas da gestão de cadeia de suprimentos absorvem premissas da gestão pela qualidade e avançam no sentido de considerar que a qualidade do

produto é apenas um dos aspectos de programas de melhoria contínua filiados à qualidade²⁴. A "satisfação do cliente final" só é possível se toda a cadeia de suprimentos estiver comprometida e integrada em práticas coerentes e eficazes.

Com isso, as tendências mais modernas das iniciativas da qualidade na cadeia de suprimentos deixam de ter um foco exclusivamente intra-organizacional para tentar promover a interação e sincronia ao longo de toda a rede de organizações, processos e pessoas que integram uma cadeia de suprimentos.

Nessa perspectiva, a metodologia apresentada caminha no sentido de se acompanhar de outros desenvolvimentos. Esses desenvolvimentos incluem tanto aprimorar processos que envolvam parceiros externos - na formação de grupos de compradores²⁵ e nas formas de relacionamento e contrato com fornecedores¹⁵ - quanto na persistência do compromisso com a melhoria contínua dos processos internos à organização⁵ e com uma crescente incorporação da perspectiva do paciente.

No contato com os serviços de saúde, o paciente não busca o consumo de produtos (procedimentos), busca o desfecho ou resultado advindo desse consumo²⁶. O desfecho esperado do consumo de um produto ou conjunto de produtos seria a melhora do estado de saúde do paciente. A seleção de produtos a ser oferecida ao paciente, no entanto, é definida pelo profissional de saúde. Comprometer o profissional com uma visão crítica e responsável sobre a necessidade e a melhor seleção dos produtos, na perspectiva do resultado sobre a saúde do paciente, é sempre um objetivo central de ações da qualidade em organizações de saúde.

3- GOVERNANÇA CORPORATIVA

Governança Corporativa: o que é, para que serve e quais os benefícios



Governança corporativa é o conjunto de processos, costumes e leis que norteiam a forma como uma organização é administrada.

Não é à toa que muitos profissionais fogem desse conceito: o assunto é complexo, mas essencial para o sucesso das organizações. Ao contrário do que muita gente pensa, não se trata apenas de criar, registrar e documentar normas e procedimentos.

Antes, vamos entender melhor o que é a governança corporativa:

O que é governança corporativa?

Podemos dizer que a governança mostra a direção que uma empresa deve seguir para alcançar os resultados esperados.

A governança corporativa tem suas bases fundamentadas na Teoria da Agência, que trata das questões associadas à relação entre **principais e agentes**.

Você deve estar se perguntando: *“Tá, mas quem são essas pessoas?”*

Atribui-se a posição de principais aos donos da empresa. Já os agentes são as pessoas contratadas pelos donos para administrar o negócio e representar seus interesses. Contudo, nem sempre é isso o que acontece.

Os administradores também possuem suas próprias demandas e podem acabar cometendo deslizes, por diversos motivos. Mas, você sabia que dá para evitar e contornar esses deslizes?

Para que serve a governança corporativa?

A governança corporativa assegura que os interesses dos administradores estejam alinhados aos interesses dos donos do negócio. Ela garante que os processos e as estratégias estão sendo corretamente seguidos, além de promover uma cultura de prestação de contas na empresa.

Afinal de contas, como as empresas dependem das pessoas para conduzir seus processos, é importante que haja um monitoramento para minimizar impactos em caso de deslizes. A regulação da relação entre administradores e donos é feita de três formas: através de regras, auditorias e restrições de autonomia.

1. Regras

Estabelecer regras significa estipular normas para estruturar a organização e limitar o comportamento indesejável dos administradores, conduzindo as suas decisões.

2. Auditorias

Fazer auditorias é fundamental para checar se as regras estabelecidas previamente estão sendo cumpridas ou não, além de monitorar as ações dos administradores.

3. Restrições de autonomia

Impor restrições de autonomia se trata de limitar a atuação dos administradores e determinar ações que eles estão autorizados a fazer.

Vale lembrar que, dependendo da intensidade de como esse controle é feito, pode-se obter diferentes efeitos, como veremos no próximo tópico.

Impactos da governança corporativa nas empresas

Você já parou para pensar o que acontece quando os donos do negócio impõem muitas regras e restrições? Ou pior, quando não estabelecem regras e restrições suficientes?

Em uma **governança muito forte**, o administrador não consegue fazer seu trabalho, pois não possui autonomia para isso. Ele está sempre “amarrado” à decisão de outras pessoas. Podemos observar esse tipo de governança na área pública e em grandes empresas.

Já em uma **governança muito fraca**, as chances do administrador usar de má-fé para buscar apenas seus próprios interesses aumentam significativamente. Ou, pode ser que ele não atue com a competência necessária. Esse tipo de governança pode ser observado em startups e em pequenas empresas.

Encontrar um **ponto de equilíbrio** é o grande dilema da governança corporativa ideal! Por isso, é preciso cuidar para que os instrumentos de controle não sejam mais caros que eventuais prejuízos dos administradores.

O conceito de governança também pode ser aplicado em outros campos de negócio, para além da esfera organizacional.

Gestão estratégica

Gestão estratégica é o conjunto de práticas e objetivos definidos pelos principais **gestores** de uma empresa, levando em consideração os ambientes interno e externo da companhia. Além de determinar os principais objetivos de uma organização em determinado período de tempo, os executivos também são

responsáveis por definir como esses objetivos serão alcançados e alocar recursos para que as **metas** se concretizem.

Grandes empresas já estão acostumadas com um trabalho de gestão estratégica (embora você ficaria surpreso em saber o número de empresas multimilionárias que negligenciam totalmente esse **processo**).

O que muitos não sabem é que pequenas empresas podem se beneficiar das melhores práticas de gestão estratégica para turbinar seu crescimento, e podem fazer isso sem grandes orçamentos para gastar em um planejamento estratégico.

Listamos abaixo 4 dicas que podem auxiliar sua companhia a entender melhor o que é gestão estratégica e implantar esses conceitos para crescer de maneira controlada e sustentável.

O que é gestão estratégica e como aplicar para ter grandes resultados

1) Grandes resultados demandam grandes projetos

“Insanidade é continuar fazendo sempre as mesmas coisas e esperar resultados diferentes”

Albert Einstein era um gênio. De nada adianta você criar grandes expectativas para o **crescimento do seu faturamento no ano**, se não criou projetos e ações que podem transformar essas expectativas em crescimento tangível.

Digamos que você tenha uma padaria e que há muitos anos o faturamento anual dela gire em torno de R\$ 240 mil. Nem em sonho você irá alcançar um faturamento de R\$ 400 mil sem modificar radicalmente sua operação. O que pode-se fazer, por exemplo, é investir em um projeto de pães e doces sem glúten, atraindo assim novos tipos de clientes.

Outra possível ação seria aumentar o **ticket médio** dos clientes atuais, criando uma nova seção na padaria com porções de comida caseira feitas no mesmo dia. Esse podcast fala mais da importância e de como aumentar o ticket médio:

Esses exemplos demonstram uma realidade: grandes projetos podem gerar grandes resultados. Isso nem sempre é verdade, porque existe o risco de projetos não darem certo. Porém, são riscos que você deve correr para alavancar um negócio através da gestão estratégica dele.

2) Grandes projetos demandam execução (e controle) de alto nível

Grandes projetos levam tempo para serem implementados e gerarem resultados. Por isso é interessante definir uma série de marcos para o projeto ao longo de sua implantação. Dessa forma, é possível verificar a probabilidade dele gerar o resultado esperado, ou em caso negativo, **cancelar o projeto** antes que mais recursos sejam consumidos.

O tamanho e periodicidade do ciclo de feedbacks varia de projeto para projeto. Para pequenas empresas, onde ações tendem a ser sentidas no curto prazo, uma periodicidade mensal de feedbacks sobre um novo projeto está de bom tamanho.

O importante é não deixar de avaliar se os recursos investidos em um novo projeto (ou menos em atividades da empresa já ativas) estão trazendo o resultado esperado.

3) Execução de alto nível é consequência de um planejamento estratégico eficiente

Onde queremos chegar? E quando queremos chegar lá? Com essas duas respostas em mãos já é possível traçar uma projeção de crescimento mês a mês, que irá permitir que você acompanhe o crescimento da sua empresa ou de um projeto específico.

Não se esqueça: projeções de crescimento devem ser construídas com base nos projetos e investimentos que serão feitos em um período de tempo. Não adianta esperar em crescimento de 200% em um ano caso você não faça nada de diferente para alcançar esse objetivo.

“É importante ter metas, mas também é fundamental planejar cuidadosamente cada passo para atingi-las.”

Bernardinho, um profissional que, com certeza, sabe o que é gestão estratégica.

4- GESTÃO DE PESSOAS E COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL EM INSTITUIÇÕES DE SAÚDE

Os serviços de saúde podem ser vistos pela mesma ótica que qualquer outra instituição. No entanto, partindo-se da premissa de que a área de conhecimento, onde as instituições são estudadas, tem alguma característica peculiar, a proposta para este artigo é uma análise organizacional em termos de sua "anatomia" (ou estrutura) e de sua "fisiologia" (ou função).

Disfunções e seu tratamento serão aqui apenas sugeridos. A hipótese primeira é de uma organização sã: o que é, como funciona, de que depende. A partir disso, obtêm-se as três grandes unidades de estudo, buscando compreender como se combinam pessoas e elementos dentro de uma organização qualquer. A primeira seria, então, a estrutura; a seguir, viriam os processos por meio dos quais a organização se desenvolve e, finalmente, o ambiente em que está inserida. Esta análise será, também centrada nas pessoas, posto que são elas o elemento mais fundamental da organização. Tanto a planta física quanto os fluxos são desenvolvidos tendo-se em vista o elemento humano; o processo depende do trabalho das pessoas. Por sua vez, este estará nitidamente presente nos resultados. Importante, novamente, é salientar que uma organização prestadora de serviços os presta para pessoas. Levando mais a extremos a adequação do idioma da área de saúde ao da área de administração, pode ser feito um esquema de "diagnóstico" aplicável em ambos os casos.

Em saúde, o paciente é submetido a uma rotina de "história" e de "exame físico" e/ou "exames complementares" para se tentar chegar a descobrir o que ele apresenta. Sobre esses "dados" é aplicada a "ciência médica", ou a "arte" de cada terapeuta, visando um "diagnóstico" da situação. Numa organização, um administrador também trabalha sobre "dados" coletados em relação a um problema expresso ou intuído, com vistas a um diagnóstico. Essas duas análises diferentes levam a uma decisão que pode chegar a uma prescrição mais ou menos radical ou até a uma opção pela "não-intervenção". Na área de saúde ou na área

organizacional deve haver um seguimento constante, uma avaliação da decisão tomada a ser corrigida sempre que necessário e/ou possível.

2. IDENTIFICAÇÃO - QUE ORGANIZAÇÃO?

Qualquer organização tem seus limites. As coisas e as pessoas são definidas enquanto pertencentes ou não a uma organização. Basicamente, a definição dos limites da organização deve passar por três perguntas:

a) *A quem pertence?* Hospitais, asilos, indústrias farmacêuticas, clínicas etc. têm sua existência, bem como sua vinculação, legalmente definidas. Muitas vezes, no entanto, os arranjos organizacionais informais internos fogem um pouco ao preestabelecido, embora a legitimação exista. Essa regra é válida para órgãos particulares e públicos, lucrativos ou não.

b) *Como se perpetua (ou não) a hegemonia?* Muitas vezes, existe a tendência à perpetuação de uma "dinastia", dentro das instituições de saúde, visando a manutenção da coalizão dominante. Há que se levar sempre em conta outros fatores do ambiente, rio entanto, independente da organização em pauta.

c) *Quem decide o papel da organização?* Novamente aqui é fácil observar que grupos diferentes podem ter diferentes influências sobre as decisões. É fundamental notar que estas influências podem se manifestar mais sobre um determinado tipo de decisão que sobre outro.

Em organizações de saúde deve ser levado em conta o papel dos profissionais que atuam diretamente sobre o paciente, a chamada equipe de saúde. Sobre as profissões mais antigas e mais claramente definidas, tais como as de médicos e enfermeiras, é possível dizer que, independentemente, das peculiaridades de cada organização, podem ser transplantadas de uma para outra sem problemas de adaptação de ordem técnica estrita. Já as profissões mais novas - como de terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, biomédico - podem ter problemas, dado que não estão institucionalizadas o suficiente para que esteja claro o seu lugar em

qualquer serviço. Uma das características básicas para a classificação dos serviços de saúde como organizações complexas é a multiplicidade de áreas profissionais que nelas confluem, com o objetivo teórico de fornecer assistência ao paciente.

É possível dizer que, devido à combinação de suas características, os serviços de saúde são peculiares como as organizações. No entanto, essas características são encontradas em qualquer instituição; por exemplo, retomando um tema já muito conhecido, hospitais se assemelham a universidades no sentido de caberem dentro do rótulo de "burocracia profissional" e de "instituições de inovação", porém, no caso do hospital, pode-se enfatizar uma maior necessidade de coordenação interna.

Fica claro, assim, o fato de as teorias de organização serem aplicáveis a organizações de saúde, enquanto modelos simplificados só podem ser aplicados levando-se em conta as combinações das características.

3. CONHECIMENTO - OBJETIVOS

Organizações formais têm objetivos definidos. Assim, podem ser considerados potenciais objetivos de instituições de saúde a promoção da saúde, a prevenção e o tratamento de doenças, o desenvolvimento do "saber médico" e a educação de profissionais. A ponderação desses objetivos varia com o tempo e de organização para organização.

Para trabalhar este conceito, é necessário especificar alguns itens.

a) *Objetivos de quem?* Mantenedores de uma instituição, seus funcionários, seus consumidores (clientes/pacientes) e a sociedade podem ter seus próprios objetivos com relação a ela. Estes podem, porém, ser similares ou conflitantes. A compreensão da confluência e da divergência desses objetivos é praticamente a compreensão do ambiente político da organização.

Não se pode esquecer que o conhecimento dos objetivos é fator fundamental para a avaliação do desempenho organizacional.

b) *Curto prazo ou longo prazo?* Grande parte das organizações da área de saúde poderia utilizar rapidamente seus recursos para fornecer o atendimento necessário. No entanto, isto poderia levar à constatação de que os recursos financeiros, materiais e, principalmente, os humanos se exauririam de súbito. Por isso, sempre deve haver uma previsão para a demanda futura. Outros investimentos só darão retorno a longo prazo; exemplo disso é o treinamento de profissionais.

O equilíbrio entre objetivos de curto prazo e os de longo prazo deve ser uma preocupação constante durante o processo, de planejamento. Os conceitos contábeis e econômicos são técnicas formais aí utilizadas com freqüência.

O problema de curto prazo *versus* longo prazo tem outras áreas de aplicação. Por exemplo, no campo político, pode-se prestar favores hoje na espera de retribuições futura. O administrador deve também decidir quanto tempo gastar na solução de problemas em curto prazo, frente a estratégias de longo prazo. Os esforços investidos em educação e treinamento visam serviços e atendimento no futuro.

c) *Tradução de metas gerais em objetivos específicos.* Pode-se considerar que um serviço de saúde é constituído para melhorar a saúde de uma comunidade. De que maneira? Quanto esforço é despendido em atendimento preventivo e quanto em curativo?

Desse modo, pode-se tentar verificar até que ponto metas genéricas estão realmente articuladas com objetivos específicos, levando-se em conta que a articulação correta pode diminuir o conflito. Concordância de objetivos, que se tenta obter por educação e treinamento, poderia permitir descentralização, com a certeza de que os indivíduos irão tentar atingir os mesmos objetivos que a organização, independente da unidade em que trabalharem. Obviamente, se a concordância de objetivos inexistir poderá haver a sabotagem dos membros da organização.

4. COORDENAÇÃO

As organizações são criadas, por definição, visando coordenar esforços interpessoais para se atingir um dado propósito. Se não houvesse necessidade deste tipo de coordenação, a organização seria supérflua.

Esse termo - coordenação - pode se referir desde a um horário estabelecido para reuniões de qualquer tipo de agrupamento social até às atividades extremamente relacionadas dentro de uma sofisticada equipe de cirurgia.

Não obstante, pode e deve existir também coordenação interorganizacional. O mercado pode, de algum modo, substituir a coordenação. Por exemplo, um hospital pode não ter seu próprio serviço de lavanderia, comprando serviços de outra organização. Esse tipo de decisão administrativa, "comprar ou fazer", é, inclusive, um bom indicador dos chamados "limites organizacionais".

Do exposto, conclui-se que a coordenação leva à divisão de tarefas. Essa divisão se dá muito em função dos diferentes grupos profissionais envolvidos na assistência à saúde. Claro está com esta diferenciação amplia tanto o campo de atuação quanto a perspectiva de análise. É papel da organização a integração entre estas diferentes funções; o papel do administrador, por sua vez, é manter o equilíbrio entre diferenciação e integração.

5. AÇÃO - PROCEDIMENTOS, REGRAS E REGULAMENTOS

Qualquer organização define regras de comportamento próprias para atingir objetivos por meio de atividades coordenadas.

a) *A organização formal.* O organograma define, visualmente, relações hierárquicas e departamentais. Nesse contexto, relações informais se desenvolvem. Este fato é um elemento poderoso para explicar comportamentos.

Em instituições de saúde é freqüente que os organogramas tenham pouco poder de explicar situações, devido às inúmeras categorias profissionais envolvidas no atendimento ao paciente. Como, realmente, nessas áreas há margem para uma

compreensão distorcida, aplica-se melhor o organograma para as áreas ditas de apoio, seja técnico, clínico ou administrativo, como nutrição e dietética, laboratório, lavanderia etc. Existem, também, diferentes formas de organização possíveis: mais ou menos centralizadas por produto, por função etc. Isto permite que grupos organizados sejam utilizados na coleta de informações, em negociações e em tarefas de coordenação.

Para se definir, formalmente, quais os profissionais que são parte da organização a folha de pagamentos pode ser um bom parâmetro, embora não seja universal. Em alguns hospitais de corpo clínico aberto, por exemplo, usualmente os médicos são pagos por serviço como autônomos; mesmo assim, os membros definidos como pertencentes a uma dada organização se submetem a regras ou adaptam seus comportamentos em troca de algum tipo de benefício. Os pacientes não costumam ser considerados membros da organização, embora sua influência na estrutura social informal seja importante (especialmente se forem levadas em conta as instituições para pacientes crônicos, asilos etc).

Manuais de procedimentos existem em algumas organizações e não refletem, realmente, os comportamentos, mas podem ser um bom indicador do papel que a organização desenvolve ou se propõe desenvolver. Há organizações onde esses manuais não existem, ou são desatualizados, ou ainda têm abrangência limitada. Mesmo assim, podem ter seu valor na racionalização do trabalho e/ou busca de um consenso entre funcionários. Por sua vez, as regras e os regulamentos têm diferentes modos de utilização possíveis. Às vezes, permitem aos membros da organização participarem da definição deles (regras e regulamentos); outras vezes, seu cumprimento é exigido em função da remuneração. Observa-se, claramente, que a concordância de objetivos é fundamental para o esquema participativo. Em instituições de assistência à saúde deveria ser mais fácil obter essa concordância, pois o compromisso de fornecer bons serviços parece compartilhável. Há que se lembrar que o papel do administrador, muito mais que de criar regras, é de reduzir dificuldades no cumprimento de tarefas.

b) A organização informal é, ao mesmo tempo, uma resposta d organização formal e uma expressão de comportamento além dos limites da preocupação da organização

formal. É, no mínimo, esperado que pessoas, trabalhando juntas, conversem sobre assuntos extra profissionais, desenvolvendo-se, assim, todo um sistema de simpatias e antipatias, padrões de comportamento e mesmo alguns "rituais" que podem auxiliar, se opor a ou ser totalmente irrelevantes frente aos objetivos organizacionais formalizados. Esses contatos podem se dar tanto no interior de um grupo que trabalhe junto, quanto extrapolar os limites desse grupo. Num hospital, onde a organização estrutural é menos importante que a organização funcional pode-se sentir, com alguma clareza, a influência desse modelo, ainda mais lembrando que o ambiente tende a gerar ansiedades e, conseqüentemente, a facilitar relações informais.

As redes de comunicação são fáceis de se observar e se descrever. Essas relações podem ser desenvolvidas, mas é uma hipótese facilmente comprovável o fato delas se desenvolverem freqüentemente seguindo a distribuição espacial dentro da instituição. A partir desses relacionamentos emergem lideranças com relativa freqüência, que podem, novamente, auxiliar, se opor a ou ser totalmente irrelevantes frente aos objetivos organizacionais formais.

c) *A distribuição de poder.* Poder, como conceito, é muito mais facilmente identificado - correta ou incorretamente - do que comprovado. Assim, quando um superior observa um subordinado executando uma tarefa de modo não-usual, porém eficaz, e recomenda que ele seja imitado - de quem é o poder? O poder é técnico ou hierárquico?

É comum perguntar-se "quem é poderoso?", ou "quem está, hoje, detendo o poder?" No entanto, a resposta pode ser enganosa, já que quando se supõe que alguém detém o poder, essa pessoa passa a ser acatada. Conceitos como hierarquia, centralização, descentralização, participação na tomada de decisões e resistência à mudança estão intimamente ligados à distribuição do poder.

Dentro da estrutura burocrática, existe a idéia de que poder e autoridade são definidos pela posição da pessoa dentro da organização. Assim, uma organização pode ser vista como um modo de distribuir poder por meio da delegação da autoridade. No entanto, se é válida a premissa de que em serviços de saúde a

estrutura organizacional não representa o funcionamento da instituição, é muito mais justificado se considerar como fonte de poder o acesso à informação, às relações, o tráfico de influência e o prestígio profissional, que por sua vez, são fortemente relacionados ao potencial catalisador de indivíduos ou até o seu carisma. Sabe-se, também, que as pessoas não são iguais, biológica, psicológica e culturalmente falando. Há casos, no entanto, em que funcionários de uma organização acabam por desempenhar papéis em função do ambiente interno.

6. RECURSOS FINANCEIROS

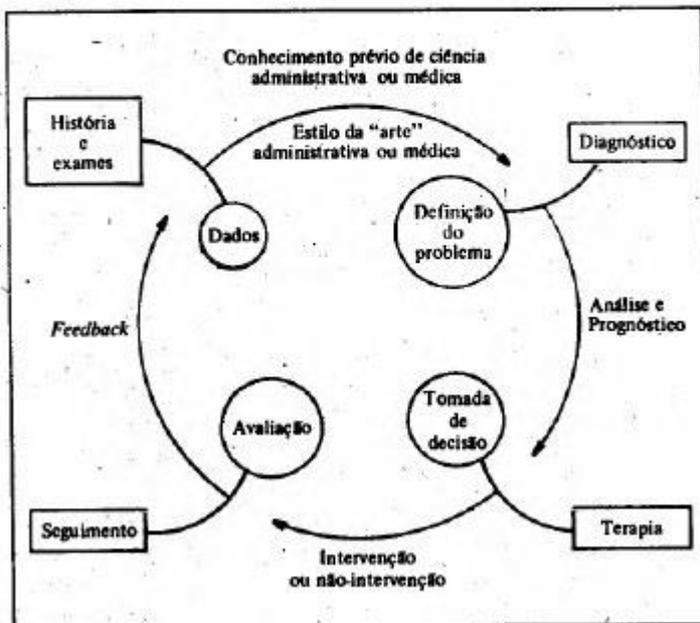
Importante para a compreensão até dos objetivos de um serviço de saúde é a detecção de suas fontes de recurso: fundos públicos, seguro saúde, previdência social, clientela particular. Os acordos e/ou os contratos, por vezes o planejamento inicial de uma instituição, permitem verificar "para onde" esta instituição se dirige e como provavelmente irá funcionar.

É claro que a compreensão da organização passa pela análise de suas condições financeiras. Retomando a nomenclatura de saúde, o conceito de homeostase, ou auto-regulação, pode ser aí aplicado. A sobrevivência da organização depende de um certo equilíbrio entre entradas e saídas de recursos financeiros» que irão servir para manter a estrutura física, manter ou desenvolver tecnologia e até pagar os recursos humanos envolvidos. Embora isto seja considerar ainda as necessidades básicas de segurança pessoal, muito da motivação dos funcionários está ainda em função da satisfação de necessidades de subsistência, ou seja, puramente salariais. Num segundo momento, a satisfação pessoal e/ou a atualização podem ser contempladas, a partir de tecnologia incorporada. A dependência dessas variáveis frente aos objetivos da organização e dos recursos financeiros disponíveis é clara. O papel do administrador, aí, é de tentar manter esse equilíbrio, ou seja, fazer com que a satisfação do funcionário em pertencer à instituição seja maior que o descontentamento, combinando todas as variáveis anteriores.

7. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO

Uma estrutura herárquica formal necessita também de sua auto-regulação ou seu *feedback*. Só assim o administrador poderá reconhecer os acertos e os erros de suas ações frente à consecução dos objetivos organizacionais, conforme mostra a [figura 1](#).

Figura 1
Abordagem de saúde e de organização



Existem, também nas organizações hospitalares, as mais distintas fontes de informação, desde a observação direta até um sistema formal de transporte e conversão de informações, passando por toda a rede informal. Estudos de produção de áreas, não diretamente relacionadas com a prestação de assistência, podem fornecer dados e/ou informações de fundamental complementaridade frente às atividades-fim de qualquer serviço de saúde.

A avaliação, baseada num sistema de informações, necessita de padrões quantificados facilmente conseguíveis para cada instituição. Nesse tipo de abordagem tem-se que o sistema orçamentário é um elemento-chave na avaliação, se for comparado o orçamento de cada unidade à sua produção. A estimativa do custo do paciente/dia pode ser facilmente melhorada, uma vez que as informações produzidas nos chamados Serviços de Arquivo Médico e Estatística (Same) sejam confrontadas com as "informações administrativas" e, finalmente, com o sistema de apropriação de custos.

Relatórios de atividade podem incluir desde o número de consultas e de pacientes/dia até a classificação sócio-econômica dos pacientes; desde o número de atividades geradas por consulta ou internação até o número e qualificação dos funcionários; desde a ausência de funcionários até a satisfação de pacientes. Deve-se ter em mente, no entanto, que algumas dessas informações têm que ser coletadas de maneira mais rotineira e sistematizada que outras. É, de qualquer forma difícil verificar até que ponto essas informações obtidas permitem avaliar quão perto se chegou dos objetivos da organização: o número de pacientes atendidos, realmente, não tem uma ligação direta com a melhora do estado de saúde de uma comunidade.

8. PROCESSO

a) Que tipo de produto ou de serviço é produzido pela organização? Qualquer organização pode ser vista como uma coordenação de trabalho e capital ou de pessoas e objetos para se chegar a algo.

b) Como o produto ou serviço é produzido?

O exemplo de uma cirurgia, considerada como uma variedade de tarefas inter-relacionadas e seqüenciais, pode ser citado para ilustrar os diferentes modos de se prestar um serviço.

Uma única afecção pode ser tratada pelos métodos *A*, *B* ou *C* ou pela combinação dos três. Pacientes semelhantes podem receber terapias distintas dependendo de seus médicos, da unidade do hospital onde vai ser tratado e do próprio hospital, e essas diferenças podem influenciar os custos e os resultados obtidos. Em assistência à saúde já há alguns padrões de avaliação definidos; sua universalidade é discutida, mas há critérios mínimas quanto a se o exame *x* permite diagnosticar a afecção *y*, se a terapêutica *A* é realmente eficaz para a afecção *B*. A não-universalidade dos padrões permite diferenciar a prestação de assistência -à saúde da preocupação administrativa, onde se trabalha mais com satisfação do consumidor ou com resultados financeiros. Muitas vezes, o processo é avaliado mais em termos de eficiência do que de eficácia, inclusive devido à dificuldade de medir esta última. Realmente, o custo do paciente/dia é muito mais fácil de ser dimensionado que o custo pela qualidade agregada a anos de vida salvos.

Como em qualquer sistema, o processo de produção pode ser dividido em *inputs*, processo e *outputs*. Em serviços de saúde é comum os *outputs* em função de internações, pacientes/dia; consultas, alunos graduados etc. Novamente, deve ser lembrado que esses indicadores são os de fácil mensuração; não devem ser confundidos com 06 *outputs* desejados, ou seja, os de melhorar a qualidade e quantidade de vida, alívio da dor e da ansiedade, conforto etc., que são, freqüentemente, muito difíceis de quantificar, contar e até definir. Uma razão importante para isto é que muitos fatores extra-saúde afetam a qualidade e a quantidade da vida. É por isto que se faz a distinção entre assistência médica (a equipe de saúde, hospitais, centros de saúde, medicamentos etc.) e assistência à saúde. Esta última inclui também nutrição, ambiente, educação, lazer etc., sendo inegável a influência desses fatores na saúde. Fica clara, então, a indefinição de limites entre os diferentes serviços ditos sociais e a assistência à saúde.

É comum fazer-se uma distinção entre o *output* (paciente/dia) e efeito (melhora na saúde) e entre eficiência (custo por paciente) e eficácia (anos de vida salvos), visando enfatizar a diferença entre o que se conta e o que se quer. Compreender o processo de produção de uma organização é a chave para a compreensão da mesma.

9. MARKETING

a) Quem são os pacientes/clientes/consumidores? Quais são suas características: de onde vêm, quais suas doenças, suas idades, seu sexo, sua renda, seu local de emprego etc.

b) Acesso: os serviços estão disponíveis para quem deles necessita? Inclusive os pacientes da área rural, sem cobertura previdenciária?

c) Necessidade e demanda: é claro que a demanda depende de fatores tais como distância, preços, aceitação de serviços e outros.

Muitas vezes, os serviços comprados ou buscados pelos pacientes não correspondem àqueles produzidos pela organização. Pacientes podem buscar segurança, alívio da dor, e o hospital pode oferecer cirurgia de bom nível. Não necessariamente as duas coisas representam o mesmo, e a compreensão dessas diferenças, caso existam pode ser importante na avaliação da satisfação do paciente, faltas a consultas, reclamações etc.

d) Preços: há organizações que cobram diretamente por serviços. Outros funcionam por pré-pagamento. De todo modo, algum tipo de esforço é requerido do paciente, somente para chegar ao médico, mesmo que seja apenas o medo da atmosfera do hospital.

e) Informação: como as pessoas tomam conhecimento dos fornecedores? Que tipos de informações estão disponíveis (localização, horário de funcionamento, tipo de serviço etc.)?

Pode ser que o paciente tenha uma teoria sobre terapias diferente da assistência tradicional; portanto, sua utilização dos serviços será muito pequena, senão nula. Assim, poder-se-iam utilizar programas de educação, propaganda e sistemas de referência entre serviços.

10. RECURSOS

Pode-se considerar como capital desde os equipamentos, o material, os edifícios, a planta física, o terreno, até reputação, prestígio e boa-vontade.

O pessoal da organização, ou seu recurso humano, é um dos indicadores para definir tamanho e complexidade organizacional. A administração de recursos humanos, então, deveria ser considerada como parte especializada da administração, incluindo entre suas atribuições sistemas de cargos e salário, recrutamento e seleção, educação e treinamento em serviço, controles e avaliação. Há casos em que relacionamentos com sindicatos e/ou associações de classe passam a ter grande importância na administração de recursos humanos, e esse aspecto não pode ser desconsiderado hoje após uma simples análise do ambiente da área de saúde no Brasil

11. AMBIENTE

As organizações, como parte de um supra-sistema ambiental, não podem ser analisados à parte do ambiente.

a) *Restrições*. A história pregressa da organização pode ser um bom preditor de suas tendências futuras. Por outro lado, as organizações são limitadas por diversos outros fatores: a tecnologia existente/utilizada (sendo que a maioria dos hospitais tem facilidade de incorporação de tecnologia mais recente), a legislação, o sistema de mercado, o sistema educacional, que define a força de trabalho disponível, a cultura e os valores (tanto da clientela quanto dos membros da organização) e, finalmente, os recursos da sociedade, que são investidos no setor saúde de modo diferente de país para país.

b) *Adaptação*. As características organizacionais podem ser vistas como uma adaptação ecológica ao ambiente. Considerando as alterações do ambiente, há organizações que têm mais facilidade que outras para mudar.

Entre as condições que podem levar a mudanças encontram-se lideranças emergentes, adaptação de tecnologia como uma técnica de previsão do futuro, levando em conta as possíveis adaptações potencialmente necessárias frente às variações ambientais previsíveis.

12. DINÂMICA DO SISTEMA

O papel do administrador requer a compreensão das interpelações entre todos os componentes descritos em separado. Cada componente, assim como cada parte do corpo humano, se inter-relaciona com os outros e depende destes a visão global da organização.

13. CONCLUSÃO

Feito um esquema básico de análise do comportamento organizacional em serviços de saúde, observa-se que não é difícil a compreensão das diferenças fundamentais entre estes e as outras empresas.

A vivência da área tenderá a mostrar que "cada caso é um caso", como sempre, seja em saúde, seja em administração. No entanto, este modelo - de grande componente empírico - se mostra de utilidade na compreensão do funcionamento das organizações de saúde.

Um componente que dificilmente poderá ser apreendido sem a vivência é justamente o grande divisor de águas entre a área de saúde e a área empresarial, privada ou pública: a grande quantidade de profissionais, e as diferentes relações que podem se estabelecer entre os membros da equipe de saúde, sem perder de vista as necessidades da clientela. E aí que, a partir do real conhecimento da área, será possível compreender as peculiaridades que fazem da administração de saúde uma "arte", para não dizer "ciência", distinta da administração propriamente dita.

5- GESTÃO DA QUALIDADE, RISCOS E SEGURANÇA DO PACIENTE

O Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) através da Portaria Nº 529 de 1º de abril de 2013. Este programa foi instituído para enfatizar a qualificação do cuidado em saúde nos estabelecimentos de saúde do país considerando as diversas atividades e diretrizes gerais da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), além da relevância e magnitude da incidência de eventos adversos em nosso país. Paralelamente no contexto internacional, o tema “Segurança do Paciente” tem sido prioridade na agenda política da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Em seguida foi publicada a RDC 36 de 25 de julho de 2013 que tem por objetivo instituir ações para a promoção da segurança do paciente e a melhoria da qualidade nos serviços de saúde. A partir desta resolução todo serviço de saúde pública, privado, filantrópico, civil ou militar deve constituir um Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) para executar as ações do Plano de Segurança do Paciente em Serviços de Saúde.

O Núcleo de Segurança do Paciente tem como atribuições:

- Implantar os Protocolos de Segurança do Paciente e realizar o monitoramento dos seus indicadores;
- Estabelecer barreiras para a prevenção de incidentes nos serviços de saúde;
- Desenvolver, implantar e acompanhar programas de capacitação em segurança do paciente e qualidade em serviços de saúde;
- Analisar e avaliar os dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Compartilhar e divulgar à direção e aos profissionais do serviço de saúde os resultados da análise e avaliação dos dados sobre incidentes e eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde;
- Notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária os eventos adversos decorrentes da prestação do serviço de saúde; dentre outros.

REFERÊNCIAS

<https://www.saude.gov.br/gestao-do-sus/economia-da-saude>>acesso em 18/05/2020

<https://saude.to.gov.br/planejamento-/economia-da-saude/>>acesso em 18/05/2020

https://pt.wikipedia.org/wiki/Sistema_de_sa%C3%BAde>acesso em 18/05/2020

<https://portal.fiocruz.br/politicas-publicas-e-modelos-de-atencao-saude>>acesso em 18/05/2020

<https://scielosp.org/article/csc/2007.v12n4/945-954/pt/>>acesso em 18/05/2020

<https://www.euax.com.br/2018/05/entenda-o-que-e-governanca-corporativa/>>acesso em 18/05/2020

<https://meetime.com.br/blog/gestao-empresarial/o-que-gestao-estrategica/>>acesso em 18/05/2020

https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75901983000100007>acesso em 18/05/2020

<http://www2.ebserh.gov.br/web/hc-ufmg/gestao-do-risco-e-seguranca-do-paciente>>acesso em 18/05/2020