



**UNIVERSIDADE SALVADOR - UNIFACS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO ESTRATÉGICA**

FABIOLA AZEVEDO GRIJÓ

**A APLICAÇÃO DA GESTÃO POR PROCESSOS EM UMA ORGANIZAÇÃO
HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL JORGE VALENTE,
SALVADOR-BA**

Salvador
2010

FABIOLA AZEVEDO GRIJÓ

**A APLICAÇÃO DA GESTÃO POR PROCESSOS EM UMA ORGANIZAÇÃO
HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL JORGE VALENTE,
SALVADOR-BA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração Estratégica da Universidade Salvador - UNIFACS, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em Administração Estratégica.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mônica Aguiar Mac-Allister da Silva.

Salvador
2010

Ficha catalográfica elaborada pelo Sistema de Bibliotecas da Universidade
Salvador — UNIFACS.

Grijó, Fabíola Azevedo

A aplicação da gestão por processos em uma organização hospitalar: um estudo de caso no Hospital Jorge valente, Salvador-BA/ Fabíola Azevedo Grijó.- Salvador 2010.

166 f. : il.

Orientador: Prof^a. Dr^a. Mônica Aguiar Mac-Allister da Silva.

Dissertação (Mestrado em Administração Estratégica) - Universidade Salvador – UNIFACS, 2010.

1. Gestão por processos. 2. Organização hospitalar. 3. Gestão da qualidade - Organização hospitalar. 4. Gestão por processos - Organização hospitalar. I. Silva, Mônica Aguiar Mac-Allister da, orient. II. Título.

CDD: 654.4

TERMO DE APROVAÇÃO

FABIOLA AZEVEDO GRIJÓ

A APLICAÇÃO DA GESTÃO POR PROCESSOS EM UMA ORGANIZAÇÃO
HOSPITALAR: UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL JORGE VALENTE,
SALVADOR-BA

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Desenvolvimento Regional e Urbano, Universidade Salvador — UNIFACS, Laureate International Universities, pela seguinte banca examinadora:

Mônica de Aguiar Mac-Allister da Silva – Orientadora _____
Doutora em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Augusto de Oliveira Monteiro _____
Doutor em Administração pela Universidade Federal da Bahia (UFBA)
Universidade Salvador UNIFACS

Ernani Marques dos Santos
Doutor em Administração pela Universidade de São Paulo (USP)
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Salvador, 22 de dezembro de 2010.

Dedico a realização desta dissertação a Deus, Jesus e a Nossa Senhora que são minha fonte de vida, inspiração e amor.

Aos meus pais Alberto (*in memoriam*) e Norma, aos quais tenho imenso amor e gratidão pela minha existência e pelos valores morais e éticos que me transmitiram para a minha formação.

Ao meu amado esposo Rogério, pelo seu amor, cumplicidade, paciência e compreensão nos momentos em que precisei estar ausente e por estar sempre ao meu lado apoiando-me e incentivando-me nos momentos mais importantes e difíceis de minha vida.

Aos meus queridos irmãos Fábio e Fernanda pela amizade e amor.

Aos meus sobrinhos e afilhados Maria Luisa, Beatriz e Alberto Neto por encherem a minha vida de amor e alegria.

Ao meu avô Nezinho (*in memoriam*) pelo incentivo ao estudo e saber.

À minha sogra e amiga Leila, pelo amor, orações e lealdade.

Aos amigos Jaime Gama e Jacqueline Canuto pelas valiosas orientações e sugestões que muito contribuíram na elaboração desse trabalho.

Às amigas Lorena Faro e Letícia Lisboa pelo apoio e incentivo.

AGRADECIMENTOS

À Universidade Salvador UNIFACS e a todos os professores do mestrado em Administração Estratégica em especial à Profa. Dra. Elvia Fadul - Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Administração.

À Profa. Dra. Mônica Mac-Allister, pelas excelentes e inspiradoras orientações e, também, pelo enorme incentivo em todos os momentos dessa jornada.

À Tereza Valente, Presidente do Grupo Promédica, pela atenção e por ter permitido a realização da pesquisa no Hospital Jorge Valente.

Ao Dr. Humberto Silveira Alves, Diretor do Hospital Jorge Valente, pelo grande apoio dispensado durante a realização da pesquisa.

Aos gestores do Hospital Jorge Valente, especialmente aos respondentes que cordialmente e prestativamente se dispuseram a participar da presente pesquisa.

Ando devagar
Porque já tive pressa
E levo esse sorriso
Porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte,
Mais feliz, quem sabe,
Só levo a certeza
De que muito pouco eu sei,
Ou nada sei
Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs
É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir
Penso que cumprir a vida
Seja simplesmente
Compreender a marcha
E ir tocando em frente
Como um velho boiadeiro
Levando a boiada
Eu vou tocando os dias
Pela longa estrada, eu vou
Estrada eu sou
Conhecer as manhas
E as manhãs
O sabor das massas
E das maçãs
É preciso amor
Pra poder pulsar
É preciso paz pra poder sorrir
É preciso a chuva para florir
Todo mundo ama um dia,
Todo mundo chora
Um dia a gente chega
E no outro vai embora
Cada um de nos compõe a sua historia
E cada ser em si
Carrega o dom de ser capaz
De ser feliz

Tocando em Frente
Almir Sater e Renato Teixeira

RESUMO

A gestão por processo utilizada em organizações de diversos ramos de atividade é um sistema ou modelo de gestão organizacional, orientado para gerir a organização com foco nos processos, possibilitando uma estrutura horizontal, sistêmica e integrada. Essa dissertação objetiva analisar a gestão por processos na organização hospitalar, e, mais especificamente compreender e caracterizar a gestão por processos aplicada em um hospital. A estratégia metodológica está dividida em duas etapas: abordagem teórica baseada em pesquisa bibliográfica; e estudo empírico, tendo como objeto o Hospital Jorge Valente, Salvador, Bahia, e como método o estudo de caso baseado em pesquisa documental e entrevista. Pode-se verificar que o processo de aplicação e utilização da gestão por processos envolveu não somente a alta direção do HJV, mas também as lideranças e profissionais de vários níveis hierárquicos. No caso estudado foi constatada a aplicação da gestão por processos no HJV por meio dos indicadores apresentados e validados pelos colaboradores. Foram destacados aspectos relevantes para a gestão, tais como: descentralização, avanços da liderança, quebra de hierarquia, gestão participativa e ganho para o paciente.

Palavras-chave: Gestão por processos. Organização hospitalar. Gestão da Qualidade em organização hospitalar. Gestão por processos em organização hospitalar.

ABSTRACT

Process Management, which is used in organizations from many different industries, is a system or organizational administration model designed for managing an organization focusing on processes, enabling an horizontal, systemic and integrated structure. This paper focus on analyzing the Process Management in a hospital organization and more specifically on understanding and featuring the application of Process Management in a hospital. The methodological strategy is divided in two steps: theoretical approach based on bibliographic research and an empiric study that has the Jorge Valente Hospital, in Salvador, Bahia, as subject; the methodology for studying this case is based on document research and personal interviews. It is possible to assess that applying and using Process Management involved not only Jorge Valente Hospital's senior executives, but also leaders and professionals from several hierarchical levels. In the case study it was observed the application of Process Management at Jorge Valente Hospital through indicators presented and validated by the staff. It was highlighted relevant aspects for the administration, e.g.: decentralization, advancements in leadership, hierarchy horizontalization, participative management and improvements for the patients.

Key words: Process Management. Hospital Organization. Quality Management in a Hospital. Process Management in a Hospital. Hospital Jorge Valente.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de um processo genérico	24
Figura 2 - Abordagem do processo	25
Figura 3 - Representação de um processo	26
Figura 4 - Macrofluxo do processo de negócio.....	31
Figura 5 - As Cinco Fases do APE.....	32
Figura 6 - Hierarquia dos Processos	33
Figura 7 - Modelo de um Sistema de Gestão da Qualidade.....	39
Figura 8 - A visão tradicional (vertical) das organizações	46
Figura 9 - As estruturas funcionais e o impacto das barreiras de comunicações.....	47
Figura 10 - Visão funcional versus visão por processos	48
Figura 11 - A visão sistêmica (horizontal) de uma organização	54
Figura 12 - Diagrama resumo da metodologia Rammler-Brache	58
Figura 13 - Diagrama da organização de Geary Rummler.....	61
Figura 14 - Representação do FEPSC.....	64
Figura 15 - Ciclo de BPM adotado por Baldam e outros	67
Figura 16 - Visão de um EPC usando a ferramenta ARIS Toolset.....	70
Figura 17 - Visão básica dos elementos do IDEF0	71
Figura 18 - Esquema de detalhamento de funções do IDEF0.....	72
Figura 19 - Interação entre meio ambiente e uma organização de saúde (modelo de Fleming)	92
Figura 20 - Modelo de Bittar	93
Figura 21 - Os diferentes mundos do hospital.....	94
Figura 22 - Estratégia Metodológica.....	114

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Conceitos de Processo	25
Quadro 2 - Visão dos processos como família	27
Quadro 3 - Classificação geral dos processos	29
Quadro 4 - Características essenciais ligadas à gestão por processos	50
Quadro 5 - Principais diferenças entre a gestão por processos e a gestão funcional	52
Quadro 6 - Orientação da gestão: funcional (vertical) e por processos (horizontal). 55	
Quadro 7 - Abordagens da Gestão por Processos elaborados por Hammer e Champy e Davenport	56
Quadro 8 - exigências para adoção do BPM.....	65
Quadro 9 - Técnicas Estatísticas, Ferramentas, Metodologia para Análise, Controle e Monitoramento de Processos.....	76
Quadro 10 - Fatores da Difusão do BPM	80
Quadro 11 - Classificação das organizações hospitalares.....	88
Quadro 12 - Total de Hospitais no Brasil.....	89
Quadro 13 - Total de Hospitais disponibilizados ao SUS	89
Quadro 14 - Total de Leitos de Hospitais no Brasil	90
Quadro 15 - Áreas e Subáreas de um serviço de saúde.....	107
Quadro 16 - Processos relativos ao produto hospitalar.....	109
Quadro 17 - Processos de apoio hospitalar	110
Quadro 18- Classificação do Hospital Jorge Valente	116
Quadro 19 - Formato do Modelo de Análise.....	117
Quadro 20 - Escala Likert.....	119
Quadro 21 - Indicadores de implantação da Gestão por Processos no HJV	130

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Implantação da GP no HJV houve a ocorrência de barreiras funcionais e regularidade no fluxo de informações através dos processos.....	131
Gráfico 2 - Apoio da alta direção do HJV na implantação da GP	132
Gráfico 3 - Alinhamento da implantação da GP à estratégia do HJV	132
Gráfico 4 - HJV implanta indicadores de desempenho para clientes internos e externos	132
Gráfico 5 - HJV realiza capacitação das pessoas envolvidas na implantação da GP	133
Gráfico 6 - O HJV tem a percepção que os processos não são estáticos e realiza adaptações de suas atividades adaptando-se às variações de mercado	133
Gráfico 7 - Implantação da GP no HJV houve o estabelecimento de consenso no direcionamento e prioridades dos processos	133
Gráfico 8 - HJV promove estratégias para tratar a gestão de mudanças na implantação da GP	134
Gráfico 9 - HJV utiliza procedimentos simplificados e burocracia reduzida	134
Gráfico 10 – Na implantação da GP no HJV verifica-se altos níveis de desempenho no fortalecimento de serviços que alimentam os processos	135
Gráfico 11 – Todos os processos (principais e apoio) do HJV estão documentados	136
Gráfico 12 – O HJV possui uma gestão integrada de seus processos essenciais e “colhe” os resultados dessa integração.....	136
Gráfico 13 - No HJV há existência de indicadores de desempenho com definição clara de metas quantificáveis	137
Gráfico 14 – O HJV realiza avaliações dos resultados das áreas estratégicas e operacionais com base em critérios de avaliação mensuráveis.....	137
Gráfico 15 – O HJV valoriza o trabalho em equipe e os colaboradores são alocados em times e as pessoas envolvidas têm diferentes perfis e habilidades.	138
Gráfico 16 - As lideranças do HJV delegam responsabilidade e autoridade aos colaboradores capacitados permitindo aos mesmos tomada de decisão	138
Gráfico 17 - O comando dos líderes do HJV é baseado na participação efetiva dos colaboradores.....	139
Gráfico 18 - A estrutura organizacional do HJV é fundamentada em equipes de processos e o modelo de gestão é baseado em processos.....	139
Gráfico 19 – O HJV está orientado a processos e não para tarefas nomeando responsáveis por processos ou “donos” de cada processo	140
Gráfico 20 – A organização do trabalho no HJV é feita por meio de processos multifuncionais de forma sistêmica e esses processos são executados simultaneamente	141

Gráfico 21 – Há evidências no HJV de participação dos setores em reuniões de análise de indicadores operacionais	141
Gráfico 22 – Existe a integração dos sistemas de informação do HJV com acompanhamento, monitoramento e gerenciamento dos processos	142
Gráfico 23 - Há comunicação e transparência no trabalho realizado pelas equipes do HJV gerando clima de colaboração mútua.....	143
Gráfico 24 - Os setores que integram o HJV conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho (saída) e sabem de onde vem as informações para identificação de suas atividades (entradas)	143
Gráfico 25 - O HJV tem um posicionamento objetivo para qualidade	144
Gráfico 26 - O HJV identifica os clientes internos e externos e suas respectivas necessidades	144
Gráfico 27 - HJV com foco no cliente	144
Gráfico 28 – HJV disponibiliza recursos para obter resultado com cliente.....	145
Gráfico 29 – O HJV agrega valor nos serviços oferecidos ao cliente.....	145
Gráfico 30 - Colaboradores do HJV desenvolvendo atividades com noção de clientes e fornecedores internos.....	145
Gráfico 31 - No HJV há existência de indicadores que medem a agregação de valor para o cliente.....	146
Gráfico 32 - HJV com uma definição clara da estratégia com divulgação para todos os funcionários da visão e missão do hospital	146
Gráfico 33 - Alta administração do HJV preocupada constantemente na motivação dos colaboradores.....	147
Gráfico 34 - Alta administração do HJV envolvida e apoiando a gestão por processos	147
Gráfico 35 – A melhoria continua é uma postura permanente dos colaboradores do HJV	147
Gráfico 36 - A avaliação de desempenho dos colaboradores do HJV é centrada nos resultados dos processos.....	148
Gráfico 37 - O HJV investe em treinamentos e capacitação das lideranças e dos colaboradores.....	148
Gráfico 38 – A capacitação dos líderes e colaboradores do HJV é dirigida a atender a múltiplas competências que a sua função requer	148
Gráfico 39 – O HJV faz uso intensivo de Tecnologia da Informação	149
Gráfico 40 – Os colaboradores do HJV são treinados e capacitados para uso do sistema de gerenciamento de processos	149

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Hospitais acreditados pela ONA no Brasil.....	101
Tabela 2 - Participação % de Hospitais Acreditados pela ONA em relação ao Total de Hospitais no Brasil.....	102
Tabela 3 - Participação % de Hospitais Acreditados pela ONA, Joint Commission/ CBA e CCHSA em relação ao Total de Hospitais no Brasil.	102

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABC	Activity Based Costing (custeio baseado em atividades)
BSC	Balanced Scorecard
BAM	Business Activity Monitoring
BI	Business Intelligence
BPM	Business Process Management
BPMI	Business Process Management Initiative
BPMN	Business Process Modeling Notation
BPR	Business Process Reengineering
BPMS	Business Process Management Systems
CEP	Controle Estatístico de Processo
CRM	Customer Relationship Management
ERP	Enterprise Resource Planning
EDMS	Engineering Document Management Systems
ECM	Enterprise Content Management
EPC	Event Driven Process Chain
FBH	Federação Brasileira de Hospitais
FAST	Fast Analysis Solution Technique
FNQ	Fundação Nacional da Qualidade
FEPSC	Fornecedores, Entradas, Processos, Saídas, Clientes
GPD	Gerenciamento pelas Diretrizes
GED	Gerenciamento Eletrônico de Documentos
HJV	Hospital Jorge Valente
<i>IDEF</i>	<i>Integrated Computer Aided Manufacturing Definition</i>
INMETRO	Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial
ISO	International Organization for Standardization
JAD	Joint Application Development
KPI	Key Performance Indicators
NBR	Normas Brasileiras
OMG	Object Management Group
ONA	Organização Nacional de Acreditação
ONS	Organismos de Normatização Setorial

PDCA	Plan, Do, Control, Act
PNQ	Prêmio Nacional da Qualidade
RPN	Reengenharia de Processos de Negócio
<i>SADT</i>	<i>Structured Analysis and Design Techniques</i>
<i>SADT</i>	Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento
SUS	Sistema Único de Saúde
SGQ	Sistemas de Gestão da Qualidade
SCM	Supply Chain Management (gerenciamento da cadeia de suprimentos)
SWOT	Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças)
SOX	Sarbanes-Oxley
TI	Tecnologia da Informação
TQC	Total Quality Control
TQM	Total Quality Management
UN	Unidades de Negócio

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	18
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEITUAL	23
2.1 GESTÃO POR PROCESSOS	23
2.1.1 Processo: conceito, tipos, classificação, fases	23
2.1.2 Evolução para organização orientada a processos	35
2.1.3 Gestão funcional versus gestão por processos.....	46
2.1.4 Gerenciamento de Processos de Negócio.....	57
2.1.5 Estágios das organizações orientadas a processos.....	81
2.2 GESTÃO POR PROCESSOS EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	83
2.2.1 Contexto organizacional do Hospital	83
2.2.2 Gestão da Qualidade em organização hospitalar.....	91
2.2.3 Organização hospitalar orientada a processos.....	103
3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	114
3.1 MÉTODO DE PESQUISA	115
3.2 CAMPO EMPÍRICO	115
3.3 ETAPAS DA PESQUISA.....	117
3.3.1 Investigação dos objetivos específicos	117
3.3.2 Desenvolvimento dos instrumentos de coleta de dados.....	118
3.3.3 Coleta de dados.....	119
3.3.4 Sujeitos da Pesquisa.....	120
3.3.5 Organização dos dados da pesquisa	120
4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	122
4.1 A GESTÃO POR PROCESSOS NO HJV.....	122
4.1.1 Implantação da gestão por processos no HJV.....	130
4.1.2 Caracterização da gestão por processos no HJV	135
REFERÊNCIAS	152
APÊNDICE A – Modelo de Análise do Objetivo Específico 1	159
APÊNDICE A – Modelo de Análise do Objetivo Específico 2 para Fundamento do Referencial Teórico 1	160
APÊNDICE A – Modelo de Análise do Objetivo Específico 2 para Fundamento do Referencial Teórico 2	161
APÊNDICE B – Roteiro 01	162
APÊNDICE C – Roteiro 02	165

1 INTRODUÇÃO

O tema gestão por processos tem gerado discussão desde a década de 1990 sob a ótica da Reengenharia e da Qualidade Total. Nesse cenário as organizações migram para a gestão por processos, repensando o trabalho executado pelas pessoas e a forma pela qual esse trabalho era executado. O desempenho da organização passa a ser avaliado a partir dos processos que estavam voltados para o cliente (processos de negócio), com a redução de níveis hierárquicos e o deslocamento de grande parte do processo decisório, que, antes estavam em mãos de superiores hierárquicos, para os “donos dos processos” e equipes integrantes dos processos.

Muitos foram os fatores que contribuíram para a migração das organizações para a gestão por processos, dentre eles estão a melhoria de desempenho, reavaliação de valores para os clientes e a estruturação organizacional de forma sistêmica e integrada.

Na década de 1990, Alvarenga Netto (1998) realizou uma pesquisa a respeito da organização por processos e trouxe à tona aspectos sobre a teoria e a prática da gestão por processos. Inicialmente identificou que existe uma variedade de propostas de reorganização das organizações por processos organizacionais sendo implementadas em diversificados ramos de atividade, privados ou governamentais, em todo o mundo. A abrangência destas intervenções é variada, havendo desde casos internos até grandes programas envolvendo articulações externas à organizações, junto a fornecedores e clientes. Quanto à ênfase destas propostas ela também é diversificada, havendo enfoques que privilegiam o uso da Tecnologia da Informação (TI), outros que privilegiam os conceitos da filosofia da Qualidade e ainda que se baseiam na potencialização das pessoas (*empowerment*) e trabalho em equipe. O referido autor aponta em seu estudo que pelo menos 31% das propostas de abordagem por processos nas organizações são associadas a aplicação da Tecnologia da Informação, enquanto o restante a associam à prática de Gestão pela Qualidade. Em termos práticos, significa que a gestão por processos

tanto é vista como uma implementação da Gestão pela Qualidade como um desenvolvimento da TI.

Segundo Alvarenga Netto (1998), há uma, grande diversidade de situações nas quais se poderia discutir a gestão por processos tais como: nas situações em que uma organização está inserida em mercados que o nível de competição é alto, em organizações que já tenham adotado previamente programas, técnicas ou ferramentas de melhoria da qualidade e/ou produtividade, na concentração das atividades nas quais são executadas as operações-fim de geração de produto ou serviço da organização ou nos ambientes em que o papel fundamental de formulação e implementação da gestão por processos deve ser desempenhado pelas pessoas.

Conforme afirma Bittar (1999), as organizações hospitalares estão situadas no nível econômico terciário e são dependentes de mão de obra altamente especializada e com isto aumenta ainda mais a complexidade dos seus processos.

No Brasil, os hospitais tentam sobreviver aos altos custos assistenciais e a falta de controle e de gestão, conforme afirma Borba (1991) “os hospitais brasileiros sofrem de um problema crônico: a administração”.

Para as organizações da área de saúde, de acordo com a Federação Brasileira de Hospitais (FBH¹), a profissionalização dos serviços de saúde através da implantação de um sistema de gestão, ainda é parca e condizente com a situação de crise que este setor passa no Brasil, afetando a eficiência e a operação dos serviços de saúde e a consequência direta desse cenário é o comprometimento da qualidade do serviço prestado ao usuário de saúde (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS, 2010a).

Diz Vilar (2007), “na saúde, como em qualquer outro setor, o que faz a diferença é a qualidade da gestão”.

¹ Federação Brasileira de Hospitais – FBH: É uma entidade associativa, sem fins lucrativos, que há 40 anos representa o setor hospitalar brasileiro.

No entanto, Mordelet e outros (1995) afirmam que muitas sugestões e estudos estão sendo desenvolvidos para proporcionar a renovação das práticas gerenciais e a melhoria no desempenho das organizações hospitalares, haja vista o desenvolvimento de pesquisas e cursos especializados em administração hospitalar, reforçando a idéia de que há intenção de instituir nos hospitais uma gestão profissionalizada.

É o que se pode verificar no o IV Congresso Nacional de Excelência em Gestão e Responsabilidade Socioambiental das Organizações Brasileiras, realizado na cidade de Niterói-RJ em agosto de 2008 que discutiu amplamente a situação dos setores de saúde no Brasil assim como os hospitais brasileiros, conforme cita Pontes e outros (2008):

Independente do tipo de gestão, as organizações hospitalares precisam obter resultados financeiros que garantam a sua sustentabilidade e a satisfação de seus usuários. Os altos custos do setor, a forte regulamentação, e principalmente a falta de uma gestão profissional levou o setor hospitalar a uma crise sem precedentes. Inúmeras organizações privadas encerraram suas atividades e o setor público não atende satisfatoriamente a população. A relação entre os hospitais e as operadoras de saúde vem sendo objeto de inúmeras discussões. Os primeiros alegam que a inflação do setor tem sido superior à média dos índices de inflação. Os demais afirmam que a agência reguladora somente autoriza cobranças abaixo da variação registrada nestes índices. O desafio do administrador hospitalar é gerenciar esta complexidade, reduzindo seus custos e tornando-a viáveis para os usuários, acionistas e fornecedores. (PONTES et al 2008, p. 10).

De acordo com Andreazzi (2000), observa-se uma transformação profunda na gestão dos hospitais. Novos conhecimentos médicos, diferentes abordagens terapêuticas, além da crescente agregação de ferramentas de informação e novas tecnologias vêm ampliando à prática médica e possibilitado a extensão do atendimento.

Tem existido um movimento, por parte de algumas organizações de saúde, de modernização dos mecanismos de gestão. Na área hospitalar este movimento ocorre para que os dirigentes possam conhecer os indicadores operacionais, econômicos e financeiros, de forma a otimizar o uso racional de todos os recursos disponíveis. Desta forma, várias técnicas e ferramentas de gestão têm sido divulgadas no mercado e apresentadas aos administradores de saúde. Dentre estas técnicas, podem ser mencionados o Planejamento Estratégico usando a

metodologia *Balanced Scorecard (BSC)* ou a metodologia Gerenciamento pelas Diretrizes (GPD), Programa de Qualidade Total, Acreditação Hospitalar², Sistema de Informação para Gestão Hospitalar e Gestão por Processos.

Diante deste cenário, essa pesquisa elegeu como campo empírico e objeto de estudo o Hospital Jorge Valente (HJV), de caráter geral, médio porte, localizado na Av. Garibaldi, 2135, Rio Vermelho, Salvador - BA. O HJV possui nível máximo no Sistema de Acreditação Hospitalar, voltado para a garantia da qualidade da atenção médica prestada aos pacientes/clientes e é a principal unidade da operadora de planos de saúde Proteção Médica a Empresas - Promédica.

Este trabalho investiga a aplicação da gestão por processos no HJV. Os principais fatores que motivou a escolha desse estudo foram: agregar conhecimento, uma vez que são poucas as publicações de gestão por processos na área hospitalar e contribuir para que os administradores interessados na modernização da gestão hospitalar ampliem seu leque de conhecimento acerca da gestão por processos.

Nesse contexto o que se questiona como pergunta norteadora desta pesquisa é: como se aplica a gestão por processos em uma organização hospitalar?

O objetivo geral desta pesquisa é analisar a gestão por processos em uma organização hospitalar. Esse objetivo geral é desdobrado nos seguintes objetivos específicos:

- a) compreender a gestão por processos;
- b) caracterizar a gestão por processos em uma organização hospitalar.

Pretende-se com este estudo contribuir para que as instituições hospitalares conheçam uma forma de gestão que pode vir a impactar na organização hospitalar e

²Acreditação Hospitalar - É um sistema de gestão pela qualidade, específico para o setor de saúde e, mais precisamente, para as organizações hospitalares. É o procedimento de avaliação dos recursos institucionais; voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência através de padrões previamente aceitos. Os padrões podem ser mínimos (definem o piso ou base) ou mais elaborados e exigentes, definindo diferentes níveis de satisfação (BITTAR, 1999).

conseqüentemente atender melhor o usuário de saúde. Espera-se também, que este estudo amplie o debate sobre a gestão por processos no segmento de saúde.

O estudo empreendido encontra-se distribuído em cinco seções: A *primeira seção* apresenta a introdução, contendo o tema, o problema, o objetivo geral, os objetivos específicos e a estratégia metodológica; na *segunda seção* desenvolve-se a abordagem teórica, a partir de uma pesquisa bibliográfica sobre a gestão por processos, organização hospitalar e gestão por processos em organização hospitalar; a terceira seção versa sobre a metodologia de pesquisa, isto é o método de pesquisa e as etapas e procedimentos para coleta, tratamento e análise dos dados. Na *quarta seção* são apresentados o Hospital Jorge Valente - HJV, a gestão por processos e os resultados da pesquisa de campo. Por fim na *quinta e última seção* é apresentada a conclusão, destacando os aspectos mais relevantes desta dissertação, as principais contribuições oferecidas, suas limitações e as sugestões de trabalhos futuros nos âmbitos acadêmico.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA E CONCEITUAL

Essa seção contém uma revisão das principais correntes teóricas que fundamentam este estudo. Primeiramente apresenta-se a conceituação de processo, mostrando seus elementos, tipos, classificação e fases, expõe-se a evolução das organizações funcionais para as organizações orientadas a processos, mostra as principais diferenças encontradas entre gestão funcional e gestão por processo, o entendimento de gerenciamento de processo de negócio até a apresentação dos estágios da organização orientada a processos. Ainda no desenvolvimento conceitual, a seção apresenta o contexto organizacional do hospital, a gestão da qualidade em organização hospitalar e por fim, apresenta-se a organização hospitalar orientada a processo, sob a ótica da qualidade e acreditação hospitalar.

2.1 GESTÃO POR PROCESSOS

2.1.1 Processo: conceito, tipos, classificação, fases

Para efeito de gestão de organizações, o termo “processo” possui várias definições. Segundo Davenport (1994), todo trabalho importante realizado nas organizações faz parte de algum processo. Não existe um produto ou serviço oferecido por uma organização sem um processo organizacional assim como não existe um processo empresarial que não ofereça um produto ou um serviço. Gonçalves (2000a) reforça quando afirma que “a empresa é uma coleção de processos, de fluxos de valores voltados à satisfação e expectativa dos clientes”; processos estes que são continuamente adequados às constantes mudanças do ambiente.

Para Johansson e outros (1995), existem processos em todos os lugares e os processos são as bases nas quais todas as entidades produtoras criam riquezas. Quando se adiciona um insumo, transforma-o através de uma série de atividades que adicionam valor e obtém-se um resultado gerou-se um processo.

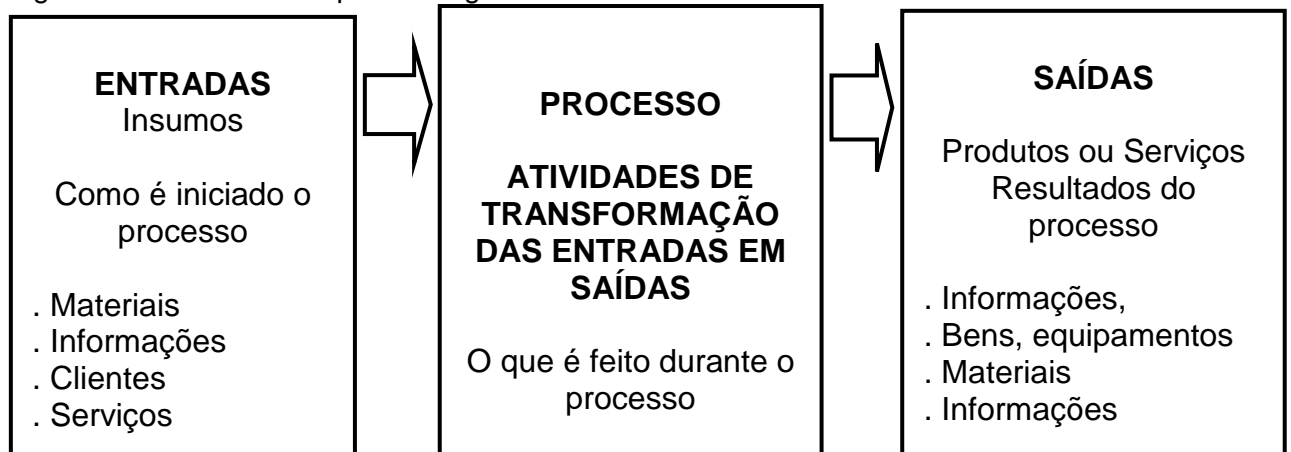
Segundo Maranhão e Macieira (2004), todos os diferentes tipos de processos têm a presença de três agentes fundamentais: entrada; matéria prima ou insumo -

aquilo que vai ser transformado em outra coisa, a transformação em si; resultado da transformação denominado produto ou de saída.

Para a norma ISO 9001:2008 (Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos), processo é “uma atividade ou conjunto de atividades que usa recursos e que é gerenciada de forma a possibilitar a transformação de entradas em saídas.” (ABNT, 2009).

A Figura 1 apresenta o modelo básico de um processo: conjunto de atividades ligadas que tomam um insumo *input* e o transformam para criar um resultado *output*.

Figura 1 - Modelo de um processo genérico



Fonte: Elaboração própria (2008).

Os diversos conceitos sobre processo estão apresentadas no Quadro 1:

Quadro 1 - Conceitos de Processo

Foco	Conceitos de Processo	Autores
Foco implícito no cliente	Uma série de ações direcionadas para a consecução de uma meta.	Juran (1993)
	Uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, e <i>inputs</i> e <i>outputs</i> claramente identificados: uma estrutura para ação.	Davenport (1994)
	Uma cadeia de agregação de valores, sendo que cada etapa de um processo deve acrescentar valor às etapas precedentes.	Rummler e Brache (1994)
	Segundo a definição da escola da gestão pela qualidade total, um processo como um conjunto de causas que produzem um determinado efeito.	Campos (1994)
	Um conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas).	ABNT (2002)
Foco explícito no cliente	Conjuntos estruturados de atividades de trabalho que geram resultados específicos de negócios para clientes, sendo este conceito um dos mais importantes direcionadores estratégicos das organizações.	Davenport (1994)
	Um grupo de atividades realizadas numa seqüência lógica com o objetivo de produzir um bem ou um serviço que tem valor para um grupo específico de clientes.	Hammer e Champy (1994)
	Um conjunto de atividades que tem por objetivo montar, manipular e processar matéria-prima para produzir bens e serviços que serão disponibilizados para clientes podendo ser estratificados em subprocessos, atividades, procedimentos e tarefas.	Cruz (1998)
	Qualquer atividade, ou conjunto delas, que possui entradas, adiciona valores à atividade ou ao conjunto delas e fornece uma saída para o atendimento da satisfação de um cliente específico.	Gonçalves (2000)
	Um conjunto de recursos e atividades inter-relacionadas que transformam insumos (entradas) em produtos (saídas). Tal transformação tem um custo e deve necessariamente agregar valores perceptíveis pelos clientes.	Scarpi (2004)

Fonte: Marques (2006).

Independente do foco implícito ou explícito no cliente, a abordagem por processos atravessa as funções hierárquicas para focalizar e fornecer valor ao cliente conforme apresenta a Figura 2:

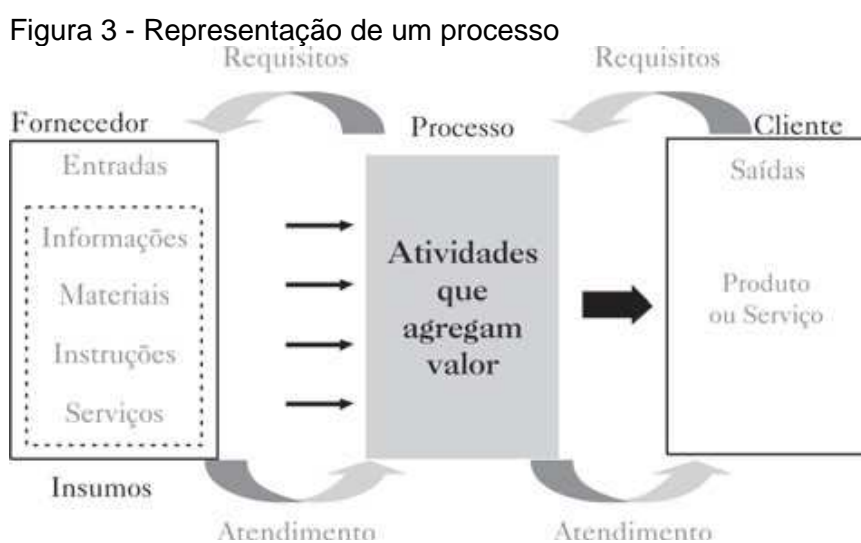
Figura 2 - Abordagem do processo



Fonte: Lima (1999).

Diversos autores, (DAVENPORT, 1994; HAMMER ; CHAMPY, 1994; RUMMLER ; BRACHE, 1995; CAMPOS, 2007; CRUZ, 2003; GONÇALVES, 2000a); conceituam o termo processo, porém com abordagem diferenciada. Na abordagem da Fundação Nacional da Qualidade (FNQ)³ processo é um conjunto de atividades pré estabelecidas que executadas numa seqüência determinada irão conduzir a um resultado esperado que assegure o atendimento das necessidades e expectativas dos clientes e outras partes interessadas (FNQ, 2008).

A Figura 3 mostra a correlação entre as entradas, que são os insumos disponibilizados pelos fornecedores, as atividades do processo, que necessariamente devem agregar valor aos insumos, e as saídas que asseguram o atendimento aos requisitos dos clientes por meio dos serviços ou produtos gerados pelos processos.



Fonte: FNQ (2008).

Os processos podem ser identificados e analisados de diferentes formas e sob a ótica e perspectiva de vários autores, onde a abordagem por processos pode ser discutida de vários ângulos. Gonçalves (2000a) procura discutir a abordagem de processos propondo tipos, famílias, categorias, formas de visão etc..

³ Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) é uma entidade privada e sem fins lucrativos, que foi instituída em outubro de 1991 por 39 organizações públicas e privadas para administrar o Plano Nacional da Qualidade (PNQ) e todas as atividades decorrentes da premiação no Brasil e fazer a representação institucional externa do PNQ nos fóruns internacionais.

Quanto ao tipo, segundo Gonçalves (2000a), os processos podem ser internos e externos: os processos internos são aqueles que iniciam e terminam dentro da mesma organização e os externos são aqueles que envolvem diversas organizações diferentes para a sua realização. Independente de sua classificação as principais características dos processos são a interfuncionalidade, os processos atravessam as fronteiras funcionais da organização, e o fato de eles terem clientes que podem ser internos ou externos à organização. Em relação a família de processos é possível identificar em uma organização, algumas famílias, conforme descrito no Quadro 2:

Quadro 2 - Visão dos processos como família

FAMÍLIA	PROCESSOS
Administração geral	Definição de visão; Desenvolvimento de liderança; Gerência de Contas; Comunicações internas
Manufatura	Gestão da qualidade; Planejamento da capacidade; Planejamento da produção Controle de estoque ; Suprimentos; Distribuição
Marketing	Definição de preços; Gestão de canal; Introdução de produtos; Pesquisa mercado; Planejamento da propaganda
Educacionais	Desenvolvimento de habilidades Desenvolvimento gerencial
Desenvolvimento de Tecnologia	Avaliação de tecnologia; Gestão de projetos Definição de padrões; Testes de protótipos
Financeiros	Gestão de orçamento; Planejamento de investimentos; Acompanhamento do desempenho; Gestão de caixa
Organizacionais	Planejamento de RH; Recrutamento e seleção Avaliação de desempenho; Promoção
Legais	Regulamentação; Registro e controle de patentes
De aliança	Gestão de parcerias <i>Joint ventures</i> ⁴
Comerciais	Incentivos e recompensas para força de vendas e Marketing direto
Gerenciamento linha de produto	Gestão de produto específico Consultoria e <i>Outsourcing</i> ⁵
De suporte ao cliente	Suporte técnico; Gestão de instalações Garantia; Conserto e reparo

Fonte: Elaboração própria (2008).

Nota: Adaptado de Gonçalves (2000a).

⁴ *Joint venture* - é um instrumento jurídico que estabelece as regras de relacionamento entre duas ou mais empresas, sem interferir na estrutura societária, restringindo-se aos aspectos operacionais.

⁵ *Outsourcing*- delegar serviços a terceiros.

Quanto à categoria, os processos empresariais podem ser classificados em três categorias básicas.

- a) processos de negócios ou de clientes (*business process*): são aqueles que caracterizam a atuação da organização - como a fabricação de produtos ou a prestação de serviços que é recebido por um cliente externo - e são apoiados por outros processos internos. São processos ligados ao *core business*⁶ da organização e considerados processos primários por incluírem as atividades que geram valor para o cliente;
- b) processos organizacionais (ou de integração organizacional): são centralizados na organização e viabilizam o funcionamento coordenado dos vários subsistemas da organização em busca de seu desempenho geral, garantindo o suporte adequado aos processos de negócio. Produzem resultados imperceptíveis para os clientes externos, porém são essenciais para a gestão efetiva do negócio. São divididos em burocráticos, comportamentais e de mudança;
- c) processos gerenciais: são focalizados nos gerentes e nas suas relações e incluem as ações que os gerentes devem realizar para dar suporte e apoio aos demais processos de negócio. Podem ser processos cujo foco é a definição de metas ou processos de direcionamento, processos de negociação de preços e processos de monitoração do planejamento e orçamento.

É ressaltado por Gonçalves (2000a) a capacidade de geração de valor para cada categoria de processo. Com relação à capacidade de agregar valor, os processos podem ser divididos em:

- a) processos primários: atividades que geram valor ao cliente;
- b) processos de suporte: atividades que apóiam o funcionamento dos processos primários;
- c) processos organizacionais, gerenciais e também processos de suporte: são considerados processos de informação e decisão.

⁶ Core business - essência do negócio da organização ou negócio principal da empresa.

O Quadro 3 sintetiza a classificação geral dos processos empresariais e suas principais características.

Quadro 3 - Classificação geral dos processos

Processos	Tipo (a)	Capacidade de geração de valor (b)	Fluxo básico	Atuação (c)	Orientação (d)
De negócio (de cliente)	De produção física	Primários	Físico	Transformação	Horizontal
	De serviço	Primários	Lógico	Transformação	Horizontal
Organizacionais (apoio aos processos produtivos)	Burocráticos	De suporte	Lógico	Integração horizontal	Horizontal
	Comportamentais	De suporte	Lógico	Não se aplica	Não definida
	De mudança	De suporte	Lógico	Não se aplica	Não definida
Gerenciais	De direcionamento	De suporte	De informação	Integração horizontal	Vertical
	De negociação	De suporte	De informação	Integração horizontal	Vertical
	De monitorização	De suporte	De informação	Medição de desempenho	Vertical

Fonte: Gonçalves (2000a).

Nota: Adaptado de (a) Rummler e Brache, (1990); (b) James Martin, (1996); (c) Susan Mohrman, (1995); (d) Jay Galbraith, (1995).

A categoria definida por Scheer apud Baldam e outros (2008) para os processos tem uma abordagem contrária a Gonçalves, classificando-os em processos de governança, operacionais e de gerenciamento:

- a) processos de governança: envolvem processos como gerenciamento de conformidades, gerenciamento de riscos, *Business Intelligence* (BI), processos de *Business Process Management* (BPM), desenvolvimento de estratégia, desenvolvimento de negócios e arquitetura empresarial;
- b) processos de gerenciamento (suporte e controle): abrangem as atividades diárias e mais comuns de gerenciamento da organização como: financeiro, controladoria, gerenciamento de informação, o BPM propriamente dito, gerenciamento da qualidade, gerenciamento de recursos humanos, gerenciamento de ativos etc.
- c) processos operacionais: destinados a desenvolver a atividades fim da organização: *Customer Relationship Management* (CRM) ou Gestão de

Relacionamento com o Cliente, logística, desenvolvimento de produto, Planejamento e Controle da Produção (PCP), gestão de material etc.

Em contrapartida Cruz (2003) utiliza como critério de classificação os processos de negócio que são divididos em:

- a) processos industriais: são aqueles ligados diretamente à produção do produto que a organização tem por objetivo disponibilizar para seus clientes, podendo ser divididos em processos industriais de manufatura e processos industriais de serviços;
- b) processos administrativos (ou suporte): são os processos que dão apoio às áreas de produção e, também, às áreas administrativas de qualquer organização. São conhecidas como atividade meio, que tanto podem ser permanentes como temporárias.

Os diversos autores apresentam a classificação e categorias dos processos e cada organização implementa as categorias que mais se adequam a característica do seu negócio.

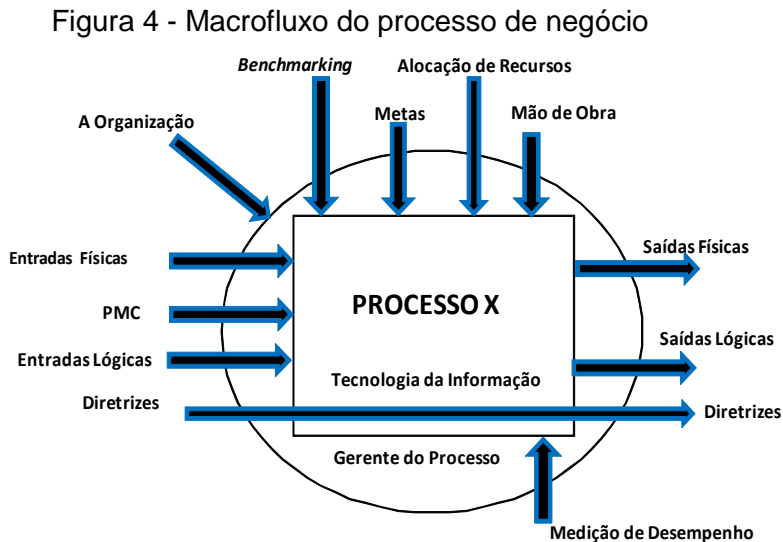
Quanto à composição dos processos segundo Cruz (2003), são quinze os elementos que compõem um processo de negócio à qual denomina macrofluxo do processo: objetivo do processo, clientes do processo, entradas físicas, entradas lógicas, saídas físicas, saídas lógicas, diretrizes, programa de melhoria contínua, *benchmarking*, metas, alocação de recursos, mão de obra, medição de desempenho, tecnologia da informação e gerente do processo.

Nem todos os processos das organizações têm todos estes elementos. Os elementos serão identificados através do trabalho de análise e modelagem de processos que vai permitir descobrir o que existe e o que precisa ser criado num processo particular.

O macrofluxo do processo serve para que seja tomado conhecimento do processo com o qual vai se trabalhar de maneira essencial. É um instrumento de análise inicial do processo que será, posteriormente, detalhado. O macrofluxo do

processo permite conhecer qualquer processo de forma resumida através dos principais elementos contido no mesmo.

A Figura 4 apresenta um macrofluxo do processo de negócio e seus quinze elementos (CRUZ, 2005, p. 38).



Fonte: Cruz (2005).

Alguns autores denominam que os processos de negócio têm fases ao longo de seu ciclo de vida. Cruz (2005) considera que são três:

- a) 1ª. Fase: documentar, organizar, melhorar, simular;
- b) 2ª. Fase: implantar, gerenciar, melhorar;
- c) 3ª Fase: automatizar, gerenciar e melhorar.

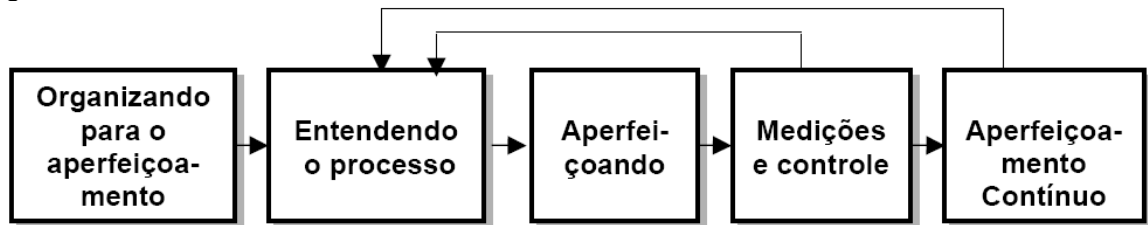
Almeida (2002 *apud* Sentanin 2004) vem corroborar com Cruz (2005) com relação as fases ao longo do ciclo do processo, no entanto discorda quanto ao número e descrição das fases: a definição do processo se faz importante, mas não é suficiente. É necessário gerenciar através das fases:

- a) 1ª. Fase: escolha do processo;
- b) 2ª. Fase: seleção das equipes de melhoria;
- c) 3ª Fase: preparação do processo;
- d) 4ª Fase: operação do processo.

Harrington (1993) estrutura uma metodologia de gerenciamento de processos em cinco fases. Estas cinco fases necessárias para o gerenciamento e aperfeiçoamento de processos empresariais são apresentadas com o objetivo de buscar a melhoria baseando-se em pontos como: eliminação de erros; minimização de atrasos; maximização do uso de recursos; promoção do entendimento; sejam fáceis de usar; sejam amistosos para com os clientes; sejam adaptáveis às mudanças das necessidades dos clientes; forneçam à organização uma vantagem competitiva; reduzam o pessoal necessário.

A Figura 5 apresenta as cinco fases propostas por Harrington (1993) para o Aperfeiçoamento de Processos Empresariais (APE)

Figura 5 - As Cinco Fases do APE

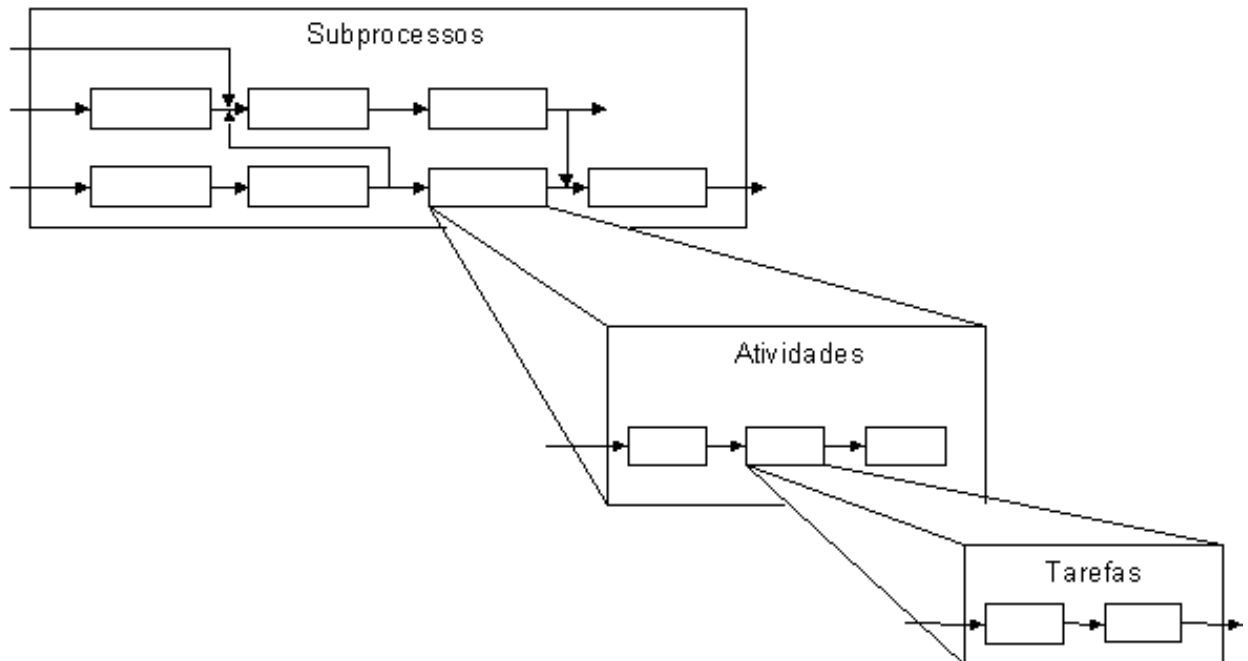


Fonte: Harrington (1993).

A primeira fase - organizando para o aperfeiçoamento - tem o objetivo de assegurar o sucesso, estabelecendo liderança, entendimento e comprometimento. Para dar início ao aperfeiçoamento do processo é importante estabelecer o perfeito entendimento das ações necessárias para o seu desenvolvimento, assegurar-se de que todos estarão envolvidos e comprometidos com as metas propostas pela organização, selecionar líderes para as equipes que irão organizar o aperfeiçoamento.

A segunda fase - entendendo o processo – tem como objetivo entender os processos empresariais atuais em todas as suas dimensões. Uma das maneiras de se conhecer o processo é conhecer a hierarquia dos mesmos. A Figura 6 apresenta o nível máximo (topo) que é o macroprocesso até o mais baixo que são as tarefas.

Figura 6 - Hierarquia dos Processos
Macroprocesso



Fonte: Harrington (1993).

Devem ser identificadas as divisões dos processos, até um nível que se permita uma análise eficiente das atividades que compõe os processos. Este procedimento permite, segundo Harrington (1993), que se minimize o tempo necessário para aperfeiçoar o macroprocesso e/ou dar um maior enfoque a problemas numa determinada área que tenha maior representatividade para o todo.

A seleção dos processos críticos para posterior aperfeiçoamento é feita nesta fase dois. Também são detalhadas suas atividades, bem como são escolhidos os processos críticos prioritários que serão trabalhados. Os processos críticos prioritários podem ser escolhidos levando-se em consideração os seguintes fatores:

- a) ter o maior número de problemas;
- b) ser mais importante para o desempenho dos serviços;
- c) estar voltado ao atendimento do cliente;
- d) gerar maior lucratividade;
- e) gerar maiores custos;

A terceira fase - aperfeiçoando a eficiência, a eficácia e a adaptabilidade dos processos empresariais - nesta fase de aperfeiçoamento são identificados os problemas mais importantes que atuam sobre o desempenho do processo, pelas equipes envolvidas, as equipes definem o problema e, estabelecem as prioridades que permitirão que as metas sejam atingidas e até superadas.

A quarta fase - medição e controle - esta fase visa implementar um sistema de controle do processo que possibilite um aperfeiçoamento contínuo. Com um eficiente sistema de controle do processo, com metas estabelecidas viabiliza-se a concentração de esforços nos pontos que necessitam ser aperfeiçoados. Segundo Harrington (1993) há três controles principais de processo:

- a) eficácia - é a medida que permite o controle das saídas do processo, ou seja, a efetividade com que as necessidades e expectativas dos clientes estão sendo atendidas;
- b) eficiência - é a maneira como o uso do recurso é minimizado para alcançar os objetivos da organização, eliminando o desperdício, procurando atingir a eficácia;
- c) adaptabilidade - consiste no controle de quanto o processo ou subprocesso é flexível em atender as necessidades e expectativas dos clientes, tanto aquelas rotineiras quanto as especiais.

E por fim a quinta fase - aperfeiçoamento contínuo - tem como objetivo implementar um processo de aperfeiçoamento contínuo. As mudanças a que as organizações estão expostas exigem um elevado grau de agilidade de resposta para que as mesmas mantenham-se competitivas. Neste contexto os processos devem melhorar continuamente, o que requer um eficiente sistema de realimentação dos mesmos.

Para Harrington (1993), aperfeiçoar um processo não implica necessariamente em aumento de trabalho, mas sim a eliminação de atividades que não tenham um sentido em si, a remoção de obstáculos que impedem o bom desempenho, a realização do trabalho de maneira mais fácil e eficiente, sem cometer erros e o entendimento do processo e suas saídas.

2.1.2 Evolução para organização orientada a processos

A abordagem da gestão por processos é resultado de uma longa evolução que teve início por volta de 1911 quando Taylor passou a pregar o sistema de organização do trabalho - Administração Científica - baseado nos princípios de análise científica e posterior padronização das tarefas a serem executadas; seleção científica de trabalhadores aptos a executar as tarefas, treinamento científico dos trabalhadores selecionados; motivação exclusivamente salarial desses trabalhadores e cooperação entre trabalhadores e direção da organização (TAYLOR, 1995).

Mais tarde Henry Ford entendeu que a racionalização do trabalho imposta por Taylor impunha a decomposição do trabalho em frações tão pequenas quanto possível, a serem executadas tão velozmente quanto possível. Isso trouxe um novo problema, o da velocidade no encadeamento das tarefas, ou seja, no processo. Para resolvê-lo, Ford concebeu a famosa linha de montagem. Posteriormente a especialização alcançou as atividades gerenciais, criando o modelo de organização dividida em departamentos funcionais aperfeiçoado por Alfred Sloan na General Motors (BALDAM et al. 2008, p.31).

Após a segunda guerra mundial, muitos gerentes eram ex-oficiais militares que utilizavam de todos os princípios tayloristas. As organizações cresciam exponencialmente, nas quais o estilo autocrático tornou-se mais burocrático com os gerentes funcionais dirigindo seus departamentos como feudos (JOHANSSON et al. 1995, p. 1).

Por volta de 1960, algumas organizações japonesas estavam começando a movimentar-se em direção à excelência de processo, com o objetivo de obter melhorias de qualidade e reduções de custo. Liderando o caminho nesse sentido estava a Toyota Motor Company - com seu sistema Toyota de Administração - que enfatizava produzir corretamente, no pressuposto que a liderança de mercado viria a seguir. Enquanto isso, no Ocidente, o mercado estava crescendo, primeiramente nos Estados Unidos e a seguir na Europa à medida que se recuperava da guerra. Os tempos eram bons e o Ocidente podia arcar com expansões de fábrica e de pessoal,

enquanto os produtos continuassem a sair por todos os meios possíveis (JOHANSSON et al. 1995, p. 2).

Até o final da década de 1960, as organizações continuavam crescer até que em 1973 com o embargo do petróleo outras organizações japonesas aprenderam os conceitos da Toyota orientados para o processo e começaram a converter-se à produção. Por sua vez, o Ocidente continuava a ser forte, competindo por um mercado que, ainda que lentamente, parecia estar crescendo. Após 1973, as organizações japonesas como a Toyota, Nissan e Honda começaram a inserir-se fortemente nos mercados ocidentais e apenas no início dos anos de 1980 as organizações ocidentais começaram a movimentar-se para um processo de orientação, utilizando muitas das técnicas e filosofias que os japoneses tão habilmente empregavam por mais de 20 anos. Esta nova orientação conduziu as organizações ocidentais a uma significativa melhoria nas atividades de cadeia de valor (JOHANSSON et al. 1995, p. 2).

A nova orientação das organizações ocidentais ocorreu a partir de 1978, quando algumas organizações sentindo o impacto da invasão japonesa em seus mercados começaram a olhar seriamente as suas técnicas de produção e em 1983, os princípios básicos do Sistema Toyota de produção – denominado produção *Just In Time*⁷ - eram conhecidos nas maiores organizações ocidentais. As organizações estavam começando a compreender que as operações são um processo único, e que melhorar o processo de operação (fabricação e/ou prestação de serviços) poderia conduzi-las a uma força competitiva (JOHANSSON et al. 1995, p. 3).

De acordo com Valle (2007) apud Baldam e outros (2008), o que “empurrou” as organizações em todo o mundo a mudar o seu modo de produção teve origem no final da segunda guerra mundial quando o Japão busca reerguer-se e inicia o modelo japonês de Qualidade denominado *Total Quality Control* (TQC).

⁷ Produção *Just In Time*: É uma filosofia unificada que exige uma reorganização total das atividades operacionais para minimizar o desperdício, atividades “sem valor adicionado”, alinhar as operações e balanceá-las com a demanda, utilizando-se de capacitores técnicos dos sistemas de “puxar” e se concentra fortemente na redução do tempo de espera Johansson e outros (1995, p. 5).

As técnicas japonesas de administração trouxeram a idéia da melhoria contínua, não somente no “chão de fábrica”, mas também em toda a organização. Durante muito tempo, as atividades administrativas das organizações foram racionalizadas com técnicas voltadas para a departamentalização e foco nas questões internas, mas foi a Reengenharia e a Qualidade Total que deram a origem à gestão baseada em processos (JOHANSSON et al. 1995).

O tema gestão por processos vem sendo tratado desde a década de 1980. Segundo Llewellyn e Armistead (2000), o conceito de gestão de processos de negócio emergiu no processo de qualidade total ou *Total Quality Management* (TQM) e da Reengenharia de Processos de Negócio (RPN) ou *Business Process Reengineering* (BPR).

O *Total Quality Management* (TQM) foi criado pelos americanos, na década de 1980 e utiliza as mesmas técnicas do *Total Quality Control* (TQC) japonês, conforme relata Marques (2006):

A década de 1980 foi a década da maturidade, quando os americanos redescobrem Deming e criam o *Total Quality Management* (TQM), que representa uma resposta americana ao TQC japonês. O TQM é fortemente baseado na filosofia de gestão defendida por Deming, usando as mesmas técnicas do *Total Quality Control* (TQC) japonês. Nessa mesma década, surgiram também os Programas 6 Sigma nos EUA, a padronização internacional dos Sistemas de Gestão da Qualidade (SGQ) da ISO, o Prêmio de Gestão pela Qualidade nos Estados Unidos, o Prêmio *Malcolm Baldrige*, administrado pelo Inmetro no Brasil. Além disso, nesse período, descobre-se que a a gestão da qualidade também pode ser usada no setor de serviços. A década de 80 foi uma época de consolidação dos seguintes modelos: ISO-9000 como modelo de sucesso; gestão pela qualidade no modelo dos prêmios; programas 6 sigma. (MARQUES, 2006, p. 63).

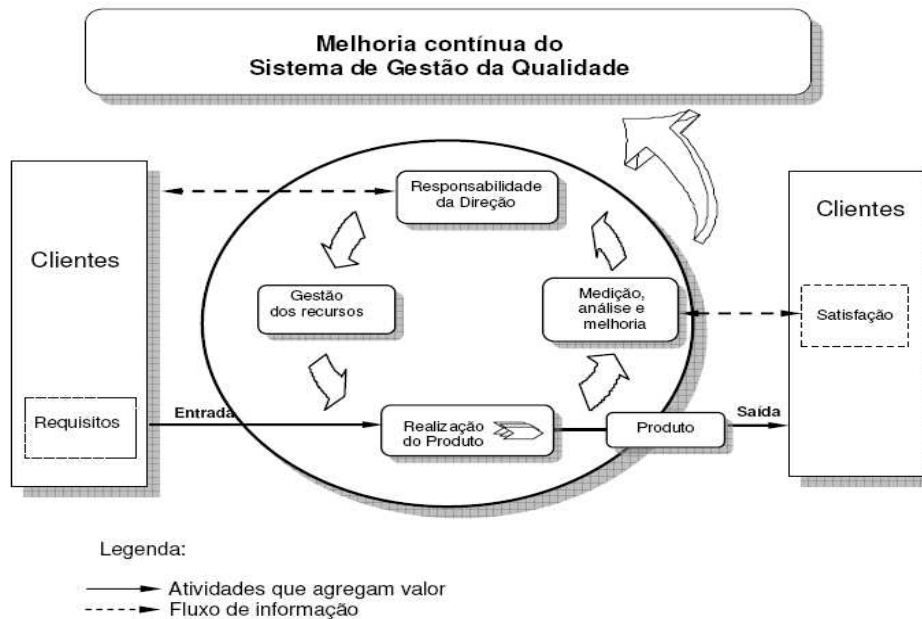
Segundo Oliveira (2008), existem no Brasil duas correntes de gestão da qualidade: Gestão pela Qualidade Total (adotada por organizações de bens e consumo e organizações de serviços) e Sistemas de Gestão e Garantia da Qualidade (adotado pelas indústrias de base e de bens de capital). A partir de 1991, estas correntes começaram a convergir com a criação dos Prêmios pela Excelência da Qualidade, com o aperfeiçoamento da série ISO 9000, onde os princípios de gestão pela qualidade total e dos prêmios de excelência da qualidade foram incorporados aos conceitos de gestão já existentes.

As normas *International Organization for Standardization* (ISO) ou Organização Internacional de Normalização representam um consenso internacional das boas práticas de gestão, com o propósito de assegurar que a organização possa, continuamente, entregar produtos ou serviços que atendam às exigências de qualidade do cliente. A família da Norma ISO 9000, um modelo de padronização, no Brasil, é formada por: Normas Brasileiras (NBR) ISO 9000, NBR ISO 9001, NBR ISO 9004 e NBR ISO 19001, cujo representante é a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) através do Comitê Brasileiro da Qualidade e dos Organismos de Normalização Setorial (ONS), todos ligados ao Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (ABNT, 2009).

Em 1987 foram publicadas pela primeira vez as normas ISO-9000 com o objetivo de estabelecer um conjunto padronizado de requisitos para o desenvolvimento de sistemas de qualidade para organizações. Posteriormente, ocorreram revisões para as versões ISSO-9000 1999, 2000, 2005 e 2008 (MENDES, 2008, p. 95 e 96).

O conceito de Processos começa a ser divulgado na norma ISO 9000:2005 - Sistema de Gestão da Qualidade - Fundamentos e Vocabulário e ampliado na norma ISO 9001:2008 - Sistema de Gestão da Qualidade – Requisitos (ABNT, 2009). A norma ISO 9001:2008 considera o modelo de um sistema de gestão da qualidade, baseado em uma abordagem de processo, conforme definido na Figura 7 e mostra que os clientes desempenham um papel significativo na definição dos requisitos como entrada e define a necessidade de monitorar a satisfação dos clientes permanentemente.

Figura 7 - Modelo de um Sistema de Gestão da Qualidade



Fonte: NORMA NBR ISO 9001 (2008).

O item 2 da Norma NBR ISO 9001:2008 apresenta em detalhes como se dá a abordagem de processo:

Esta Norma promove a adoção de uma abordagem de processo para o desenvolvimento, implementação e melhoria da eficácia de um sistema de gestão da qualidade para aumentar a satisfação do cliente pelo atendimento aos requisitos. Para uma organização funcionar de maneira eficaz, ela tem que determinar e gerenciar diversas atividades interligadas. Uma atividade ou conjunto de atividades que usa recursos e que é gerenciada de forma a possibilitar a transformação de entradas em saídas pode ser considerada um processo. Frequentemente, a saída de um processo é a entrada para o processo seguinte. A aplicação de um sistema de processos em uma organização, junto com a identificação, interações desses processos e sua gestão para produzir o resultado desejado, pode ser referenciada como a abordagem de processo. (ABNT, 2008, p.4).

Os requisitos gerais da NBR ISO 9001:2008, no item 4.1 assegura o gerenciamento dos processos que ocorre desde a identificação até o monitoramento e melhoria contínua dos mesmos:

A organização deve estabelecer, documentar, implementar e manter um sistema de gestão da qualidade, e melhorar continuamente a sua eficácia de acordo com os requisitos desta Norma. A organização deve:

- a) determinar os processos necessários para o sistema de gestão da qualidade e sua aplicação por toda a organização,
- b) determinar a seqüência 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 o monitoramento desses processos,

e) monitorar, medir onde aplicável e analisar esses processos, e

f) implementar ações necessárias para atingir os resultados planejados e a melhoria contínua desses processos. Esses processos devem ser gerenciados pela organização de acordo com os requisitos desta Norma. Quando uma organização optar por terceirizar algum processo que afete a conformidade do produto em relação aos requisitos, a organização deve assegurar o controle desses processos. O tipo e a extensão do controle a ser aplicado a esses processos terceirizados devem ser definidos dentro do sistema de gestão da qualidade. (ABNT, 2008, p. 8).

Para que a ISO 9001:2008 seja implementada em sua íntegra a gestão por processos passa a ser uma condição obrigatória. Segundo Mendes (2008, p. 105), a organização que implementa o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) deve: identificar os processos para o SGQ e sua aplicação por toda a organização através da definição de Unidades de Negócio (UN), identificação de seus clientes, fornecedores, parceiros, insumos utilizados, produtos e macro processos; e determinar a sequência e interação destes processos. Após a identificação dos processos deve-se mapear os processos que são críticos para a organização e monitorar sua sequência e interação.

Segundo Llewellyn e Armistead (2000) o fato do conceito de gestão por processos ter surgido da Reengenharia de Processos de Negócio (RPN) ou *Business Process Reengineering* (BPR) deu-se em função dos autores Hammer e Champy (1994) e Davenport (1994) terem sido os responsáveis pela elaboração e disseminação dessa abordagem.

De acordo com Hammer e Champy (1994), a estrutura organizacional em pirâmide adequava-se bem a um ambiente de crescimento e produtividade. Com a crise na economia mundial em 1973, exigiu-se das companhias uma mudança no modo de produção acarretando no esgotamento deste modelo de produção.

Na década de 1980 Hammer profetizou:

o grande problema empresarial é que estamos caminhando para o século XXI com organizações projetadas no século XIX e para funcionarem bem no século XX precisamos de algo inteiramente diferente. (HAMMER; CHAMPY, 1994, p.14).

O mesmo estava referindo-se à Reengenharia de Processos de Negócios (RPN), técnica desenvolvida e implantada no final da década de 1980 que visa abandonar velhos procedimentos e criar uma forma melhor de trabalhar para desenvolver produtos e serviços de uma organização e proporcionar valor aos clientes. Segundo Hammer e Champy (1994), a RPN prevê que a organização redesenhe de forma radical seus processos de negócio, visando a obtenção de melhorias relevantes ou o reprojeto radical dos processos de negócios em busca de melhorias drásticas. A consequência da reengenharia é a organização baseada em processos.

O termo reengenharia foi cunhado por Hammer na década de 1980 e tem como definição: reengenharia é o repensar fundamental⁸ e a reestruturação radical dos processos empresariais que visam alcançar drásticas melhorias em indicadores críticos e contemporâneos de desempenho, tais como custos, qualidade, atendimento e velocidade (HAMMER; CHAMPY, 1994).

Para Davenport (1994), a reengenharia de processos tem suas origens em várias abordagens da melhoria da organização, seguindo algumas fontes primárias:

As fontes primárias incluem o movimento pela qualidade, as reflexões sobre engenharia industrial e os sistemas, as abordagens de projetos de que foi pioneira a escola sociotécnica, a análise da difusão da reengenharia tecnológica, e as idéias sobre o uso competitivo da tecnologia da informação. (DAVENPORT, 1994, p. 363).

De acordo com Davenport (1994), a reengenharia de processos combina dois aspectos primordiais: visualizar a organização como um conjunto de processos e redesenhar os seus processos chaves. O autor destaca que esta combinação permite que se obtenham reduções drásticas no custo e tempo de ciclo dos processos ou melhorias significativas de qualidade, flexibilidade, nível de atendimento ao cliente e outros indicadores de desempenho empresarial.

Por outro lado, Hammer e Champy (1994) indicam três forças que teriam criado um “novo mundo” para as organizações: os clientes, a concorrência e a mudança. Os clientes passaram a pressionar mais acerca dos produtos e serviços

⁸ As palavras grifadas são consideradas por Hammer e Champy (1994) como palavras chaves na definição de reengenharia. Os grifos foram realizados pela autora da dissertação.

que desejam no que diz respeito a preço, condições e formas de obtê-los. A concorrência passou a ser muito mais acirrada em termos de qualidade, escolhas, serviços e rapidez de entrega, em função do ambiente de competição em escala global. As mudanças que ocorrem nestas circunstâncias são imprevisíveis e envolvem inovações tecnológicas, mercados, produtos, serviços e as próprias pessoas.

Para que as organizações tratem adequadamente as três forças indicadas por Hammer e Champy (1994), existe a necessidade de novas práticas de gestão. Estes fatores tornam críticos as condições de sobrevivência das organizações, que precisam de uma nova abordagem que pode ser encontrada na RPN conforme afirmam os autores:

No atual mundo de clientes, concorrência e mudança, as atividades orientadas para a tarefa estão obsoletas. Em seu lugar, as organizações precisam organizar seus trabalhos em torno de processos. (HAMMER; CHAMPY, 1994, p. 18).

Algumas organizações que implantaram a reengenharia tiveram sucesso a exemplo IBM Credit, Ford Motor Company, Texas Instruments, Taco Bel, Kodak etc.. Entretanto, segundo Hammer e Champy (1994), muitas organizações que começam a reengenharia não chegam a um bom resultado e consideram uma estimativa não-científica que 50 a 70% das organizações que empreendem um esforço de reengenharia não conseguem os resultados excepcionais pretendidos. Os autores enumeram um catálogo de erros mais comuns que fazem as organizações fracassarem na implantação da reengenharia (HAMMER ; CHAMPY, 1994, p. 167-178):

- tentar consertar um processo em vez de mudá-lo;
- não focar os processos empresariais;
- ignorar os outros aspectos além da redefinição dos processos;
- negligenciar os valores e as crenças das pessoas;
- contentar-se com resultados de pequena monta;
- parar cedo demais;
- colocar restrições prévias à definição do problema e ao alcance do esforço de reengenharia;
- permitir que a atual cultura empresarial e atitudes gerenciais impeçam o início da reengenharia;
- tentar empreender a reengenharia de baixo para cima;
- designar alguém que não entende de reengenharia para liderá-la;
- limitar os recursos dedicados à reengenharia;
- negar à reengenharia posição de destaque na agenda da organização;
- dissipar a energia entre muitos projetos de reengenharia;

tentar aplicar a reengenharia faltando dois anos para a aposentadoria do presidente;
não distinguir a reengenharia de outros programas de melhoria empresarial;
concentrar-se exclusivamente no projeto;
tentar aplicar a reengenharia sem descontentar ninguém;
retroceder ante a resistência das pessoas às mudanças da reengenharia;
estender excessivamente o esforço.

Segundo Baldam e outros (2008), as organizações que amargaram grandes fracassos após a implantação da reengenharia, utilizaram a metodologia de forma incorreta ou a adotaram como mero pretexto para a prática do *downsizing* (encolhimento do quadro pessoal) e redução de custos.

Em 1996, Hammer publicou o livro “Além da Reengenharia” no qual relata dentre outras coisas que o que gerou problemas na implantação da metodologia foi a ênfase dada a uma das palavras chaves presentes na definição de reengenharia - “radical” e que o tempo mostrou que ele estava equivocado, pois o que constitui o aspecto mais importante na definição da reengenharia está na palavra chave “processo” (HAMMER, 1997).

A despeito dos sucessos e/ou fracassos que a reengenharia trouxe para algumas organizações, segundo De Sordi (2008), a consequência positiva foi que os processos passaram a estar em primeiro plano, fazendo com que as organizações adotassem uma perspectiva horizontal, contrária à perspectiva vertical das organizações com estruturas hierárquicas piramidais.

Por sua vez, Davenport (1994) cita a falta de uma metodologia adequada como uma das razões para o fracasso de iniciativas de Reengenharia de Processos de Negócio (RPN) em diversas organizações e entende que esta pode ser conduzida somente sob a forma de um projeto, pois as organizações precisariam de um período de calma e estabilidade entre sucessivas ondas de inovações. Nestes períodos de repouso, haveria a necessidade de uma abordagem mais gradual e evolutiva no tratamento das melhorias nos processos empresariais. A inovação completa dos processos seria uma situação extrema, pois a melhoria dos processos existentes através de um esforço contínuo seria freqüentemente mais proveitosa.

O fato das organizações japonesas terem descoberto - ou pelo menos implementado - a administração de processos muito antes do Ocidente ajuda a explicar o seu sucesso econômico mundial. Grande parte do sucesso das organizações japonesas nas décadas de 1980 e 1990 decorreu da implantação da visão de processos, o que resultou em processos mais rápidos em áreas importantes como inovação de produtos, logística e vendas. O aspecto chave da reengenharia de processos é a adoção de uma visão de processo das atividades que representa uma modificação revolucionária: equivale a virar a organização de cabeça para baixo ou, pelo menos, de lado. Uma orientação baseada em processos nos negócios envolve elementos de estrutura, enfoque, medição, propriedade e clientela (DAVENPORT, 1994, p. 3).

A gestão por processos não nasceu pronta, os primeiros trabalhos sobre gestão por processos no Ocidente datam da primeira metade da década de 1980. Foram os primeiros resultados da reengenharia de processos através de uma iniciativa pioneira realizada na IBM Credit conforme define Davenport (1994):

[...] quando na primeira metade da década de 1980 a IBM Credit reduziu o tempo de preparo de uma quota para compra ou arrendamento de um computador de sete para um dia, ao mesmo tempo em que aumentava em dez vezes o número de quotas preparadas. A reengenharia além das medidas necessárias às mudanças radicais de processos e especificamente ao projeto do novo processo, abrange também a criação de novas estratégias, o projeto do processo real, e a implementação da mudança em todas as suas complexas dimensões tecnológica, humana e organizacional. (DAVENPORT, 1994, p. 2).

A gestão por processos foi aprofundada, a partir da década de 1990, por Michael Hammer e Thomas Davenport que foram autores que desenvolveram os conceitos da gestão por processos considerando que as organizações gerenciadas por meio de processos de negócio passam a priorizar o cliente final atuando principalmente na redução de interferências e perdas decorrentes de interfaces entre organizações, áreas funcionais e níveis hierárquicos.

Tanto para Hammer e Champy (1994), quanto para Davenport (1994), as mudanças nos processos devem colocar a organizações voltada para o mercado e para o atendimento das necessidades de seus clientes, focada nos princípios de que: a) o foco deve ser no cliente; b) a organização deve estar orientada para processos e não para tarefas; c) o trabalho deve agregar valor; d) valorizar o uso

intensivo de tecnologia da informação; e) valoriza-se não só a mão de obra especializada, mas também a mão de obra generalista e o trabalho em equipe; f) o gerenciamento deve ser mais holístico e menos focado no resultado de um departamento específico; g) vantagens podem ser obtidas realizando-se processos simultaneamente.

Vários autores foram seguidores da reengenharia a exemplo de Johansson e outros (1995) que definem Reengenharia de Processos de Negócios como o meio pelo qual uma organizações pode alcançar uma mudança radical no desempenho medido pelo custo, tempo de ciclo, serviço e qualidade pela aplicação de uma variedade de ferramentas e técnicas que vem o negócio como um conjunto de processos internos relacionados com o cliente ao invés de um conjunto de funções organizacionais.

Hammer como precursor da reengenharia se notabilizou conforme matéria publicada pela revista *HSM Management* (2008) intitulada: “*Michael Hammer: O homem que iluminou os processos*”. Nessa matéria, José Salibi Neto (2008) lamenta a morte de Michael Hammer de 60 anos de idade, ocorrida em 3 de setembro de 2008 e relata que Hammer foi muito criticado por conta das ondas de demissões advindas da reengenharia no curto prazo:

O fato é que Hammer não teve mesmo sensibilidade em relação ao fator humano. Mas a contribuição de seu estudo de processos para as organizações de todos os tipos e para a sociedade é inestimável; nós não temos como pagá-lo. (SALIBI NETO, 2008, p. 18).

Na visão de Carvalho e outros (2005), nos últimos anos as organizações brasileiras começaram a sofrer perdas em competitividade, apesar de estarem bem organizadas conforme o modelo funcional, e os fatores que causam essas perdas são: concorrência com organizações internacionais dentro de um mundo globalizado, consumidores conscientes e o aumento das redes de cooperação, necessidade de rapidez nas mudanças, o desenvolvimento da informática que vê as atividades das organizações como processos, a contínua evolução tecnológica e o aumento da rede mundial de computadores.

A falta de visão por processos e a organização de uma companhia em torno de funções e, trabalhos em torno de tarefas, em um mundo competitivo como o atual

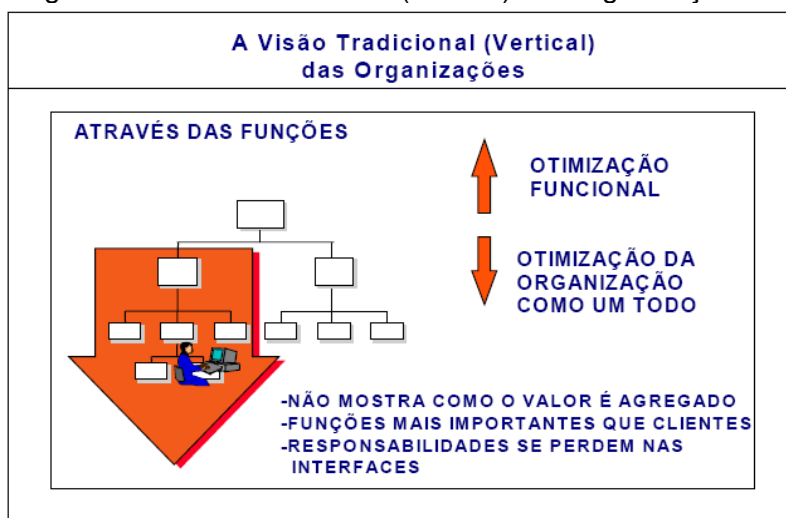
não é mais adequado. Para se alcançar melhorias visando sobreviver é necessário que as organizações reavaliem a sua estrutura organizacional, para isto é mister que as atividades sejam vistas não em termos de funções e departamentos, mas de processos.

É neste cenário que a gestão por processos tornou-se decisiva e a partir daí a maioria das técnicas mais contemporâneas têm a gestão por processos como pilar: sistemas para *workflow*, *Enterprise Resource Planning* (ERP) ou Sistemas Integrados de Gestão Empresarial, *Six Sigma*, inovação de processos, *Activity Based Costing* (ABC) ou custeio baseado em atividades, Análise de Cadeia de Valor, *Supply Chain Management* (SCM) ou Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos, *Balanced Scorecard* (BSC) etc. (SMITH; FINGAR, 2003).

2.1.3 Gestão funcional versus gestão por processos

As organizações que têm uma visão puramente funcional são consideradas como tradicional e as estruturas são construídas em camadas de indivíduos, posicionados um acima do outro, começando pela base, com os funcionários operacionais, e formando uma pirâmide, onde todas as decisões ocorrem no vértice e as decisões na base só ocorrem com a permissão do vértice, ou das camadas gerenciais intermediárias conforme apresentado na Figura 8.

Figura 8 - A visão tradicional (vertical) das organizações



Fonte: Lima (1999).

Os indivíduos localizados na base da pirâmide têm que recorrer aos gerentes e supervisores uma vez que a informação é privilégio de poucos e está mais concentrada no topo da pirâmide. Para Maranhão e Macieira (2004) a estrutura funcional é intrinsecamente verticalizada e hierárquica e possui atributos que explicam bem a sua limitação como instrumento de gestão em ambientes competitivos.

Segundo Monteiro (2007), a principal característica observada nas organizações com abordagem funcional é a quebra das vias de comunicação entre departamentos com a criação de barreiras funcionais que isolam áreas multidisciplinares que atuam nos mesmos processos. A proliferação de níveis hierárquicos de gestão, por seu lado, estimula a criação de barreiras hierárquicas, onde supervisores só falam com supervisores, gerentes com gerentes e diretores com seus pares. A projeção de uma matriz sobre a outra, conforme demonstrado na Figura 9 materializa o processo de destruição que se instala numa estrutura organizacional desse tipo.

Figura 9 - As estruturas funcionais e o impacto das barreiras de comunicações



Fonte: Probst, Raub e Romhardt, (2002 apud DE SORDI, 2008).

A estrutura funcional passa a ser inadequada para uso à medida que gera um defeito maior para a gestão conhecido como “efeito silo”⁹ ou “efeito chaminé”:

Nas operações de silos, os materiais entram por cima, ficam confinados pelas paredes na sua viagem pelo interior do silo e somente “reaparecem” quando chegam na comporta de saída, embaixo. Similarmente nas chaminés os gases e materiais arrastados viajam para cima, também confinados em paredes, sendo liberados para a atmosfera apenas na “boca” de saída da chaminé. (MARANHÃO; MACIEIRA, 2004, p. 21).

⁹ A analogia aos Silos (grandes depósitos verticais, cilíndricos, construídos em concreto ou em chapas de aço) serve para referenciar as barreiras de troca de informações na parte baixa ou média da estrutura organizacional.

Para De Sordi (2008), muitas organizações vivem a “Cultura de Silos”, ou seja, uma forma que impede que os assuntos interdepartamentais sejam resolvidos pelos que estão na parte baixa ou média da estrutura organizacional. Esta forma de funcionamento causa danos para os processos que, tendo necessidade de fluir transversalmente entre as diversas unidades da organização que executam partes das atividades, passam a ter barreiras insuperáveis de trocas de informações, produtos, energia, comunicação etc. em face das restrições impostas pelo efeito silo ou efeito chaminé da abordagem funcional (DE SORDI, 2008, p. 72).

Associados aos objetivos da visão por processos como forma de resolver o problema da existência dos “silos” organizacionais - ou “espaços em branco” - existentes entre funções da organização, que tomam tempo dos gerentes e contribuem para perda de eficiência na formação de valor, Rummler e Brache (1995) apresentam um método de trabalho onde as funções e pessoas continuam existindo, mas numa lógica de processos que atravessam toda a organização, tendo como foco primordial a atuação da organização no mercado. A Figura 10 sintetiza esta idéia:

Figura 10 - Visão funcional versus visão por processos



Fonte: Adaptado por Caulliraux e Oliveira, (2000); baseado em Rummler e Brache (1995).

Uma vez adotado o método de trabalho no qual os processos atravessam toda a organização, deve-se pensar em sua melhor forma de fazer negócios, levando em consideração seus processos críticos, buscando identificá-los, mapeá-los, documentá-los e melhorá-los continuamente. Desta forma, passa-se a utilizar a

gestão por processos que, segundo Oliveira (2008), pode ser entendida como um “Sistema ou Modelo de Gestão Organizacional”, orientado para gerir a organização com foco nos processos.

Para Patching (1994) a gestão por processos é um enfoque de desenvolvimento organizacional que objetiva alcançar melhorias qualitativas de desempenho nos processos, tomando uma visão objetiva e sistêmica das atividades, estruturas e recursos necessários para cumprir os objetivos críticos do negócio.

Alvarenga Netto (2008) pontua que diversas são as propostas de conceituação de iniciativas de melhorar competitividade com base em processos e o que elas parecem ter de comum é a consideração de valor para os clientes e o cruzamento das fronteiras organizacionais e propõe a conceituação para a gestão por processos:

Gestão por processos é o enfoque sistêmico de projetar e melhorar continuamente os processos organizacionais, por pessoas potencializadas e trabalhando em equipe, combinando capacidades tecnológicas emergentes e sob uma postura filosófica para a qualidade, objetivando a entrega de valor ao cliente. (ALVARENGA NETTO, 2008, p. 27).

Quanto aos objetivos da gestão por processos, Alvarenga Netto (2008), enumera cinco itens que para serem cumpridos a organização deve procurar identificar os processos que são chaves na realização do trabalho, ou seja os que agregam efetivamente valor para o cliente.

- a) aumentar o valor do produto/ serviço na percepção do cliente;
- b) aumentar a competitividade, deslocando a concorrência através de condições inovadoras de negócios;
- c) atuar segundo a(s) estratégia(s) competitiva(s) mais relevante(s): custos, qualidade, confiabilidade de entregas, velocidade de fluxo, flexibilidade e/ ou outras que agreguem valor ao cliente;
- d) aumentar sensivelmente a produtividade, com eficiência e eficácia;
- e) simplificar processos, condensando e/ ou eliminando atividades que não acrescentem valor ao cliente.

A fim de identificar as implicações práticas que a abordagem por processos traz para as organizações, é fundamental analisar, conforme descrito no Quadro 4,

as características consideradas essenciais para as organizações que praticam a gestão por processos.

Quadro 4 - Características essenciais ligadas à gestão por processos

Elemento	Características essenciais das organizações que praticam a Gestão por Processos
Estratégia Competitiva	<ul style="list-style-type: none"> - Definição clara da estratégia e sua formulação - Comunicação da estratégia às pessoas participantes das operações da organização - Noção de agregação de valor nos produtos ou serviços oferecidos aos clientes
Cultura organizacional para a qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Posicionamento objetivo da administração para a qualidade - Noção de cliente e fornecedor interno presente nas atividades dos colaboradores - Trabalho em equipe realizado com frequência - Preocupação com a integridade da informação de operação e gestão
Garantia da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Definição e formalização do sistema de operações da organização - Definição e divulgação de metas e objetivos do sistema de operações
Qualidade do processo	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos processos-chave da organização que contribuem com os objetivos competitivos - Participação efetiva das áreas administrativas, comerciais, funções de apoio e de operação na execução dos processos - Preocupação da gerência com a comunicação interna e nas interfaces entre as funções organizacionais - Preocupação constante com aperfeiçoamento - Multifuncionalidade das ações de melhoria
Modernização e mudança organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Postura positiva frente a mudanças que ocorrem na organização - Agilidade na tomada de decisões e implementação de ações - Organização matricial
Ação dirigida para os indivíduos	<ul style="list-style-type: none"> - Papel de cada colaborador claramente definido - Reconhecimento da alta direção pelos esforços de todos na melhoria e busca de resultado - Preocupação com habilidades e conhecimentos dos colaboradores
Ação dirigida pela informática	<ul style="list-style-type: none"> - Disponibilização de recursos para a obtenção de resultados que afetem o cliente - Disponibilidade de informação para as pessoas e nos locais onde serão utilizadas - Confiabilidade das informações - Capacitação dos usuários na consulta e no uso de informações e dados
Elementos	<p style="text-align: center;">Características essenciais das organizações que praticam a Gestão por Processos</p>

Papel da gerência	<ul style="list-style-type: none"> - Participação efetiva dos colaboradores nas áreas da organização - Delegação de responsabilidade e autoridade a colaboradores capacitados - Ações que direcionam a abordagem por processos em contraposição à simples execução funcional de papéis - Nomeação ou identificação de “donos” ou “proprietários” do processo, ou seja, responsáveis por processos
Aprendizagem da organização	<ul style="list-style-type: none"> - Prática da auto-avaliação dos colaboradores - Trabalho em equipe com frequência - Ênfase no treinamento dos colaboradores - Motivação dos colaboradores como preocupação constante da alta direção - Melhoria contínua como postura permanente dos colaboradores
Relacionamento com clientes	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos diversos clientes e suas respectivas necessidades - Ações voltadas para a satisfação dos clientes - Avaliação freqüente do desempenho da organização frente à concorrência - Ações de integração na entrega dos produtos, troca de informações e responsabilidades definidas
Relacionamento com fornecedores	<ul style="list-style-type: none"> - Identificação dos fornecedores relevantes e especificações das necessidades da organização - Avaliação do desempenho dos fornecedores - Ações de integração na aquisição de produtos, troca de informações responsabilidades definidas
Indicadores de desempenho	<ul style="list-style-type: none"> - Definição clara de metas quantificáveis - Indicadores globais de desempenho - Indicadores voltados para a agregação de valor para o cliente
Avaliação de resultados	<ul style="list-style-type: none"> - Existência e estabelecimento de critérios de avaliação mensuráveis

Fonte: Alvarenga Netto (2008).

Para Lima (1999), a gestão por processos pode ajudar a organização de vários modos:

- a) explicitando o conhecimento inerente ao fluxo do trabalho produtivo;
- b) quebrando a rigidez imposta pela estrutura hierárquica tradicional, que contamina a cadeia produtiva como um todo;
- c) propiciando a integração, interação e colaboração entre as atividades do ciclo produtivo.

Monteiro (2007) elenca doze importantes características de uma abordagem administrativa e analisa estas características sob a ótica da gestão funcional e gestão por processos. O Quadro 5 consolida as principais características que distingue a gestão por função da gestão por processos.

Quadro 5 - Principais diferenças entre a gestão por processos e a gestão funcional

ABORDAGEM ADMINISTRATIVA Características Analisadas	GESTÃO	
	FUNCIONAL	POR PROCESSOS
Alocação de pessoas	Agrupado junto a seus pares em áreas funcionais	Times de pessoas envolvendo diferentes perfis e habilidades
Autonomia operacional	Tarefas executadas sob rígida supervisão hierárquica	Fortalecer a individualidade dando autoridade para tomada de decisão
Avaliação de desempenho	Centrada no desempenho funcional do indivíduo	Centrada nos resultados do processo de negócio
Cadeia de Comando	Forte supervisão de níveis hierárquicos superpostos	Fundamentada na negociação e colaboração
Capacitação dos indivíduos	Voltada ao ajuste da função que desempenham / especialização	Dirigido às múltiplas competências da multifuncionalidade requerida
Escala de valores da organização	Metas exclusivas de áreas geram desconfiança e competição entre as áreas	Comunicação e transparência no trabalho gerando clima de colaboração mútua
Estrutura Organizacional	Estrutura hierárquica, departamentalização / vertical	Fundamentada em equipes de processos / horizontal
Medidas de desempenho	Foco no desempenho de trabalhos fragmentados das áreas funcionais	Visão integrada do processo de forma a manter uma linha de agregação constante de valor
Natureza do trabalho	Repetitivo e com escopo bastante restritivo / mecanicista	Bastante diversificado, voltado ao conhecimento / evolutivo-adaptativo
Organização do trabalho	Em procedimentos de áreas funcionais / mais linear	Por meio de processos multifuncionais / mais sistêmico
Relacionamento externo	Pouco direcionado, maior concentração no âmbito interno	Forte incentivo por meio de processos colaborativos de parcerias
Utilização de tecnologia	Sistemas de informação com foco em áreas funcionais	Integração e "orquestração" dos sistemas de informação

Fonte: Elaboração própria, (2009).

Nota: Adaptado de Monteiro (2007).

As características da abordagem administrativa presentes na gestão por processos, segundo De Sordi (2008), podem ser utilizadas para os processos de negócios das organizações, desta forma evita iniciativas administrativas que

abordem os processos de negócio de forma simplista ou parcial e colabora para discernir a complexidade relativa aos processos de negócios.

A gestão por processos é um dos fundamentos de critério de excelência do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ)¹⁰ promovido pela FNQ. É requisito fundamental para candidatar-se e concorrer ao PNQ que as organizações tenham implantado a gestão por processos.

Segundo De Sordi (2008), o conceito de processos de negócios é oriundo da resultante do movimento de novas teorias e práticas administrativas ocorridas na década de 1990 tais como a reengenharia, equipes multifuncionais de trabalho, *benchmarking*, indicadores de desempenho, etc. e também das práticas de gerenciamento operacional presentes na engenharia de produção. Esse conceito foi introduzido como uma forma de estruturar e gerenciar organizações orientadas a processos:

processos de negócios são fluxos de atividades de diferentes áreas funcionais, ou mesmo de diferentes organizações, que geram algo de valor para seus clientes. As organizações orientadas a processos são as organizações que estruturaram sua gestão e operação por meio de processos de negócios. (DE SORDI, 2008, p.22).

Segundo Lima (1999), as organizações de uma forma geral operam a partir de uma estrutura por função. Aquelas que estão voltadas para gerar valor e atender às necessidades de seus clientes sentem a necessidade de migrar de uma estrutura hierárquica funcional para modelos horizontais que operam por meio de processos de negócios.

A Figura 11 apresenta o modelo de organização horizontal que se propõe a prover agilidade nos processos internos tratando-os como cadeia de agregação de valor, interagindo com fornecedores agregando valor para os clientes.

¹⁰ Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) é um reconhecimento, na forma de um troféu, a excelência na gestão das organizações sediadas no Brasil.

Figura 11 - A visão sistêmica (horizontal) de uma organização



Fonte: Lima (1999).

Apesar do fluxo de atividades, serviços, produtos etc. estarem sendo analisados dentro de uma visão de processos de negócios, as organizações não deixam de ter suas áreas funcionais, passando a operar a partir de uma gestão por função e por processos.

Para Kane (1986) apud Alvarenga Netto (2008, p. 17) quanto à estrutura da gestão por processos, parece que existirá quase sempre em um formato matricial, em que aparecerão linhas de autoridade funcionais (verticais) e linhas de autoridade por processos (horizontais) cruzando as funções organizacionais.

Alvarenga Netto (2008, p. 17) reafirma o formato matricial quando pontua que parece existir consenso que uma certa matricialidade na estrutura seja necessária para a gestão por processos, no entanto, ressalta que podem existir diferentes estruturas por processos que vão desde a predominantemente funcional, passando pela matricial equilibrada, até a de processo puro.

O Quadro 6 ilustra a orientação funcional e por processos da gestão organizacional e resume os pontos fortes e fracos da organização funcional e a essência da organização por processos.

Quadro 6 - Orientação da gestão: funcional (vertical) e por processos (horizontal)

<p>Pontos fortes das estruturas funcionais</p>	<p>Pontos fracos das estruturas funcionais</p>
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Provém grupos especializados de trabalho e número reduzido de especialistas pode atender a diversas áreas. ▪ Provém um meio de obter e atualizar o conhecimento em áreas particulares dentro da organização. ▪ Provém meios de desenvolver carreiras especializadas em áreas localizadas de interesse. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ O foco da organização pode ser a alta administração e não o cliente. ▪ A coordenação sobre os macroprocessos é fraca, principalmente nas interfaces. ▪ Não há um ponto central de contato do cliente com a organização. ▪ Solicitações dos clientes devem ser feitas a várias áreas. ▪ Surgem trabalhos improdutivos ou que não adicionam valor, por causa das barreiras funcionais e que resultam em atividades realizadas para satisfazer a burocracia interna.
<p>A visão por macroprocessos de uma organização</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclui os três elementos necessários para descrever um negócio: o cliente, o produto ou serviço e o fluxo de trabalho. ▪ Permite ver como as atividades que adicionam valor ao cliente são realmente feitas, independente das fronteiras funcionais. ▪ Permite que cada colaborador veja como seu trabalho se alinha com o processo total e favorece o trabalho em equipe. ▪ Mostra os relacionamentos internos e externos entre clientes e fornecedores, por meio dos quais são gerados produtos e serviços. 	

Fonte: Elaboração própria (2009).

Nota: Adaptado de Alvarenga Netto (2008).

De acordo com De Sordi (2008), as organizações que mantêm uma estrutura, exclusivamente, funcional e departamentalizada podem vir a ter problemas, uma vez que a eficiência dos setores é obtida à custa da eficiência da organização como um todo e a qualidade dos produtos e/ou serviços pode ficar comprometida, pois neste modelo o fluxo de trabalho é complexo, lento e propício ao erro. Caulliraux e Oliveira (2000) vêm corroborar com o exposto quando mostram que a visão puramente funcional em detrimento à visão por processos pode levar a “distorções de percepção” global da organização através de um exemplo simples e comum: uma compra a menor preço de grande quantidade de um item pode representar um indicador positivo da área funcional de compras em uma organização. Contudo,

pode significar, devido à falta de visão processual, um aumento dos custos de estoque (estoque gerido por outra área funcional), capaz de invalidar a economia realizada nesta compra, desta forma ótimos locais nem sempre significam ótimos globais.

O Quadro 7 relaciona as principais abordagens da gestão por processos elaborados por Hammer e Champy (1994) e Davenport (1994).

Quadro 7 - Abordagens da Gestão por Processos elaborados por Hammer e Champy e Davenport

Abordagens	Davenport (1994)	Hammer e Champy (1994)
Natureza da reengenharia	Advoga a abordagem de reengenharia de processos combina a adoção de uma visão processual da atividade com a aplicação da reengenharia aos processos-chave. O novo e característico nessa combinação é o seu enorme potencial de ajuda de que qualquer organização precisa para obter reduções importantes no custo ou no tempo de realização do processo, ou importantes melhoria de qualidade, flexibilidade, níveis de atendimento ou outros objetivos empresariais. Exige o abandono de práticas antigas e compreende uma mudança organizacional radical em grande escala.	Reengenharia implica a redefinição radical dos processos de uma organização. Não significa reformular o que já existe, mas de abandonar procedimentos consagrados e reexaminar o trabalho necessário para criar os produtos e serviços de uma organização e proporcionar valor aos clientes. Fazer reengenharia em uma organização significa abandonar velhos sistemas e começar de novo. Envolve o retorno ao princípio e a invenção de uma forma melhor de se trabalhar.
Definição para o termo processo e processo de negócio	É uma ordenação específica das atividades de trabalho no tempo e no espaço, com um começo, um fim, entradas e saídas claramente identificadas. Tais atividades são estruturadas com a finalidade de agregar valor as entradas, resultando em um produto para um cliente.	Um grupo de atividades realizadas numa seqüência lógica com o objetivo de produzir um bem ou um serviço que tem valor para um grupo específico de clientes.
	a) Caracteriza-se pela drástica mudança organizacional e só pode ser realizada quando líderes acreditarem que o modo de operação constitui ameaça a	a) As unidades de trabalho mudam de departamentos funcionais para equipes de processos; b) Os serviços mudam de

Abordagens	Davenport (1994)	Hammer e Champy (1994)
Mudanças ocorridas nas organizações após a implantação da reengenharia	sobrevivência da organização; b) Reengenharia de processos transpõe os limites intra e interorganizacionais tradicionais; c) Implica em mudança de estrutura e superação de diferenças culturais permitindo a integração com os processos do cliente e do fornecedor e com outras funções da organização; d) A ênfase nas funções são substituídas por uma orientação de processo interfuncional interorganizational; e) Mudança comportamental e nos modelos mentais com maior cooperação entre grupos funcionais; f) Mudança na estrutura organizacional e nos papéis e responsabilidades que as equipes passam a desempenhar e as novas habilidades a serem desenvolvidas.	tarefas simples para trabalhos multidimensionais; c) Os papéis das pessoas mudam de controlados para autorizados; d) A preparação para os serviços muda do treinamento para a educação; e) O enfoque das medidas de desempenho e da remuneração se altera da atividade para os resultados; f) Os critérios das promoções mudam do desempenho para a habilidade; g) Os valores mudam de protetores para produtivos; h) Os gerentes mudam de supervisores para instrutores.; i) As estruturas organizacionais mudam de hierárquicas para niveladas (trabalho organizado em torno dos processos e das equipes que os executam); j) Os executivos mudam de controladores do resultado para líderes.

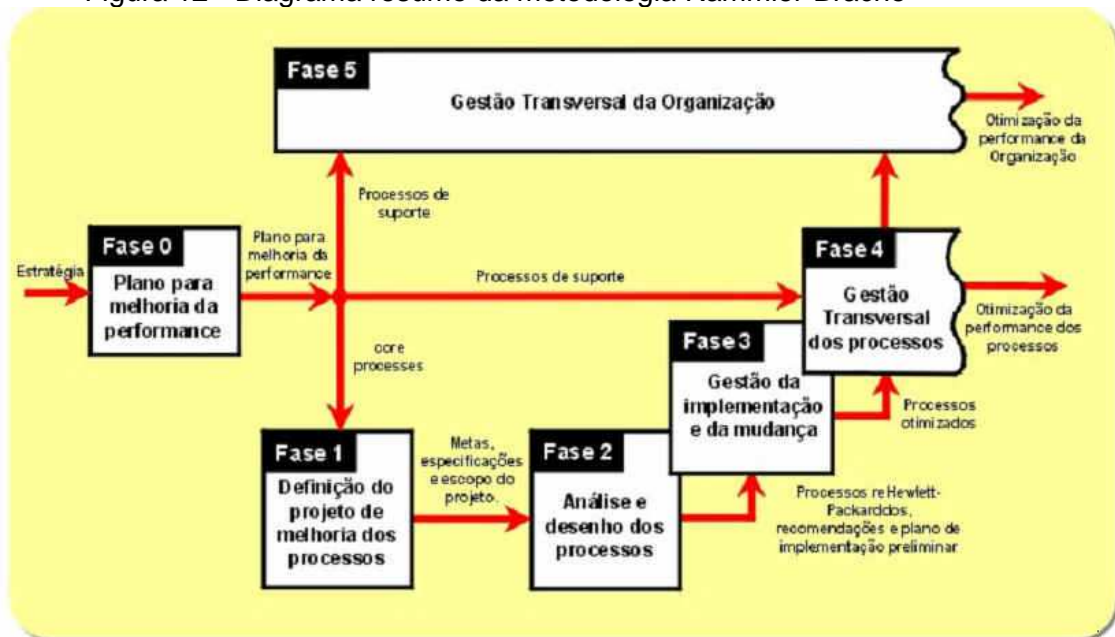
Fonte: Elaboração própria, (2009); baseado em Hammer e Champy, (1994) e Davenport, (1994).

Para se efetuar a transição de uma organização funcional para uma organização orientada a processos é necessário reavaliar toda a estrutura e ir além de “revisar processos”, pois se trata de ir em busca da melhoria contínua. Segundo Santos (2002), o redesenho organizacional, orientado por processos, terá um corte horizontal, complementando o habitual corte funcional das estruturas muito hierarquizadas.

2.1.4 Gerenciamento de Processos de Negócio

Rummler e Brache (1995) definem uma abordagem sistemática e integral para organizar as organizações em torno de seus processos de negócio, de forma que os mesmos possam ser redefinidos visando atender a estratégia definida pela organização conforme Figura 12:

Figura 12 - Diagrama resumo da metodologia Rammler-Brache



Fonte: Rummler e Brache (1995).

Ao passo que Davenport (1994), define uma abordagem por processos enfatizando a melhoria na realização do trabalho e conseqüentemente os produtos e/ ou serviços passam a ter um grau de qualidade inquestionável. O fundamental nesta abordagem é que o foco passa a ser a adoção do ponto de vista do cliente. “Os processos são a estrutura pela qual uma organização faz o necessário para produzir valor para os seus clientes. Em conseqüência, uma importante medida de um processo é a satisfação do cliente com o produto desse processo” (Davenport, 1994, p. 8).

O termo processo e processo de negócios segundo a definição de Hammer e Champy (1994) é: um grupo de atividades realizadas numa seqüência lógica com o objetivo de produzir um bem ou serviço que tem valor para um grupo específico de clientes. A abordagem de Ralha (2007), para processos de negócios é de que a base para a sua compreensão está no conceito de cadeia de valor:

a cadeia de valores desagrega uma organização nas suas atividades de relevância estratégica para que se possa compreender o comportamento dos custos e as fontes existentes e potenciais de diferenciação. Para Porter “toda organização é uma reunião de atividades que são executadas para projetar, produzir, comercializar, entregar e sustentar seu produto. Todas estas atividades podem ser representadas, fazendo-se uso de uma cadeia de valores. [...] (PORTER, 1992, p. 34).

Segundo Baldam e outros (2008), os teóricos como Davenport (1994) e Hammer (1997) insistem que as organizações devem pensar nos processos em termos globais tal como a cadeia de valor de Porter (1992).

Por meio dos processos de agregação de valor, a organização gera benefícios para os seus clientes, para o negócio da organização e para as outras partes interessadas. É importante observar que os clientes aqui mencionados são as pessoas (físicas) ou entidades (jurídicas) que adquirem os produtos ou serviços da organização para a satisfação das suas necessidades e expectativas e as outras partes interessadas são os acionistas e proprietários, os funcionários, os fornecedores e a sociedade (FNQ, 2008).

Maranhão e Macieira (2004) descrevem uma abordagem de processo associada à cadeia de valor de Porter e ressaltam que uma questão essencial para a compreensão sobre processo refere-se à agregação de valor. Esses autores apresentam uma fórmula para a agregação de valor: agregação de valor em um processo é a diferença de valor entre o produto (na saída de um processo) e a soma dos valores das entradas (matérias primas ou insumos).

Valor Agregado = Valor do Produto – \sum (Valores das Entradas)

\sum = somatório (representa a soma de todos os valores das entradas)

A partir desta definição, Maranhão e Macieira (2004) concluem que:

- a) qualquer processo, do mais simples ao mais complexo, tem que agregar valor, ou seja, sua saída tem que ser mais valorizada que as suas entradas;
- b) o processo em si é, efetivamente, uma atividade de transformação, que trabalha ou processa as entradas, agregando valor, principalmente, a mão de obra envolvida no processo, o que faz com que a saída tenha um valor maior do que a entrada, ou entradas, do respectivo processo;
- c) qualquer processo que não agregue valor deve ser considerado como desnecessário na organização e prontamente eliminado das organizações;
- d) o resultado financeiro final da organização pode ser representado pelo somatório dos valores agregados de todos os processos;

- e) sob uma visão sistêmica, a quantidade de agregação de valor global é diretamente proporcional à combinação de eficiência e da eficácia de todos os processos de uma organização e de suas interações;
- f) a agregação de valor nos processos de uma organização representa seus ativos financeiros e econômicos.

Para De Sordi (2008), outra maneira de identificar as atividades que geram valor é:

analisar, que quanto mais pessoas e áreas funcionais participarem de um processo, ou quanto mais níveis de aprovação existir, maior a probabilidade de o processo conter alta proporção de trabalhos que não agregam valor. Em muitos casos, os processos administrativos e de apoio têm mais atividades que não agregam valor do que os processos diretamente ligados à fabricação de um produto ou de prestação de um serviço a um cliente. Quanto mais demorados os processos, maior a probabilidade dos mesmos conterem etapas que não agregam nenhum valor. (DE SORDI, 2008, p.27).

A Fundação Nacional da Qualidade - FNQ (2008) considera que os processos de agregação de valor são classificados em dois grandes grupos:

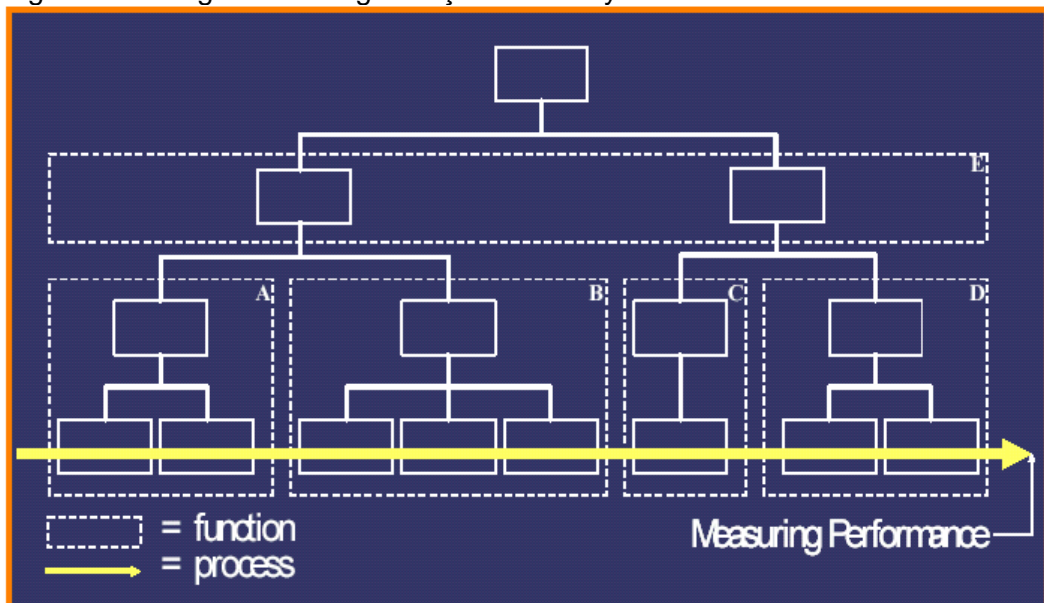
- a) processos principais do negócio: são aqueles que agregam valor diretamente aos clientes da organização. São também denominados “processos fim”, “processos finalísticos” ou “processos primários”. Sua natureza e quantidade variam conforme o tipo de negócio da organização. Podem ser classificados em cinco categorias genéricas: logística de entrada, ou recebimento de matérias-primas e insumos; operações, ou produção; logística de saída, ou expedição de produtos ou serviços; marketing; e vendas e serviços de pós-venda.
- b) processo de apoio: são aqueles que apóiam ou suportam os processos principais do negócio e a si mesmos, fornecendo produtos, serviços e insumos adquiridos ou comprados, equipamentos, tecnologia, *softwares*, manutenção de equipamentos e instalações, recursos humanos, informações e outros, peculiares a cada organização. Estes processos podem ser classificados em quatro grupos genéricos e comuns à maioria das organizações: suprimento; desenvolvimento de tecnologia; gerenciamento de recursos humanos; e gerenciamento da infraestrutura organizacional (processos organizacionais). Os processos organizacionais estão relacionados à liderança, ao planejamento estratégico (com a formulação e desdobramento das estratégias), à gestão das informações,

aos clientes, à sociedade, às pessoas, aos processos relativos à gestão do relacionamento com fornecedores (suprimento) e aos processos relativos à gestão econômico-financeira.

Segundo a FNQ (2008), as organizações devem identificar seus processos de agregação de valor, considerando o seu mercado de atuação, os seus produtos e/ou serviços, o seu modelo do negócio e as suas estratégias, entre outros fatores. Esta identificação é feita de forma direta, objetiva, clara e concreta, observando os processos da organização e identificando-os em relação aos fatores de agregação de valor pelo processo, às necessidades e expectativas dos clientes e à natureza do negócio da organização. Os processos identificados são, então, classificados em processos principais do negócio e processos de apoio. Após identificação é importante definir a interação e a seqüência destes processos.

Segundo Rummler (1984) apud Ralha (2007), os processos de negócio geram valor para a organização quando seus sub-processos e atividades atravessam diversos departamentos na organização e extrapolam as fronteiras organizacionais de forma inter-funcional e inter-organizacional conforme Figura 13.

Figura 13 - Diagrama da organização de Geary Rummler



Fonte: Geary Rummler (1984) apud Ralha (2007).

Analisando a Figura 14 verifica-se que o gerenciamento do processo de negócio atravessa horizontalmente os diversos departamentos na organização e coexiste pacificamente com a estrutura funcional verticalizada. O desempenho do processo é medido para assegurar um gerenciamento capaz de garantir que os objetivos funcionais alinhem-se aos objetivos do processo.

Johansson e outros (1995) consideram que em termos puramente numéricos, a maioria das atividades que uma organização exerce é parte de processos não estratégicos. Os processos de negócio em geral concentram-se em alguns processos essenciais (processos que criam valor pela capacidade de competitividade que dá à organização). Estes processos são valorizados pelo cliente, ou acionista e são necessários para o sucesso no setor no qual a organização esteja atuando; podem ser aqueles processos que a estratégia de negócio identificou como sendo crítico e que vão atuar para poder igualar ou vencer a concorrência.

A gestão por processos ocorre a partir do gerenciamento de processos de negócio que devem ser controlados, monitorados e medidos, uma vez que os mesmos estão sempre em constante mudança e evolução. Segundo Khan (2003) apud Baldam e outros (2008), o Gerenciamento de Processos de Negócio ou *Business Process Management* (BPM) é a disciplina de modelar, automatizar, gerenciar e otimizar processos de negócios através de seu ciclo de vida com o propósito de agregar valor.

Para Bortoline e Steinbruch (2008) apud Baldam e outros (2008), o BPM consiste em uma metodologia de gestão para gerenciamento de processos, que pode ser auxiliada por ferramentas tecnológicas e tem como objetivo ajudar as organizações a identificarem a importância estratégica de seus processos e obter vantagens competitivas e também proporcionar ao gestor uma maior facilidade de encontrar oportunidades de melhoria para o serviço prestado ao cliente, através de indicadores de resultados.

Para que um processo possa ser gerenciado, ele precisa ser primeiramente mapeado, documentado e monitorado. Sobre o mapeamento de processos

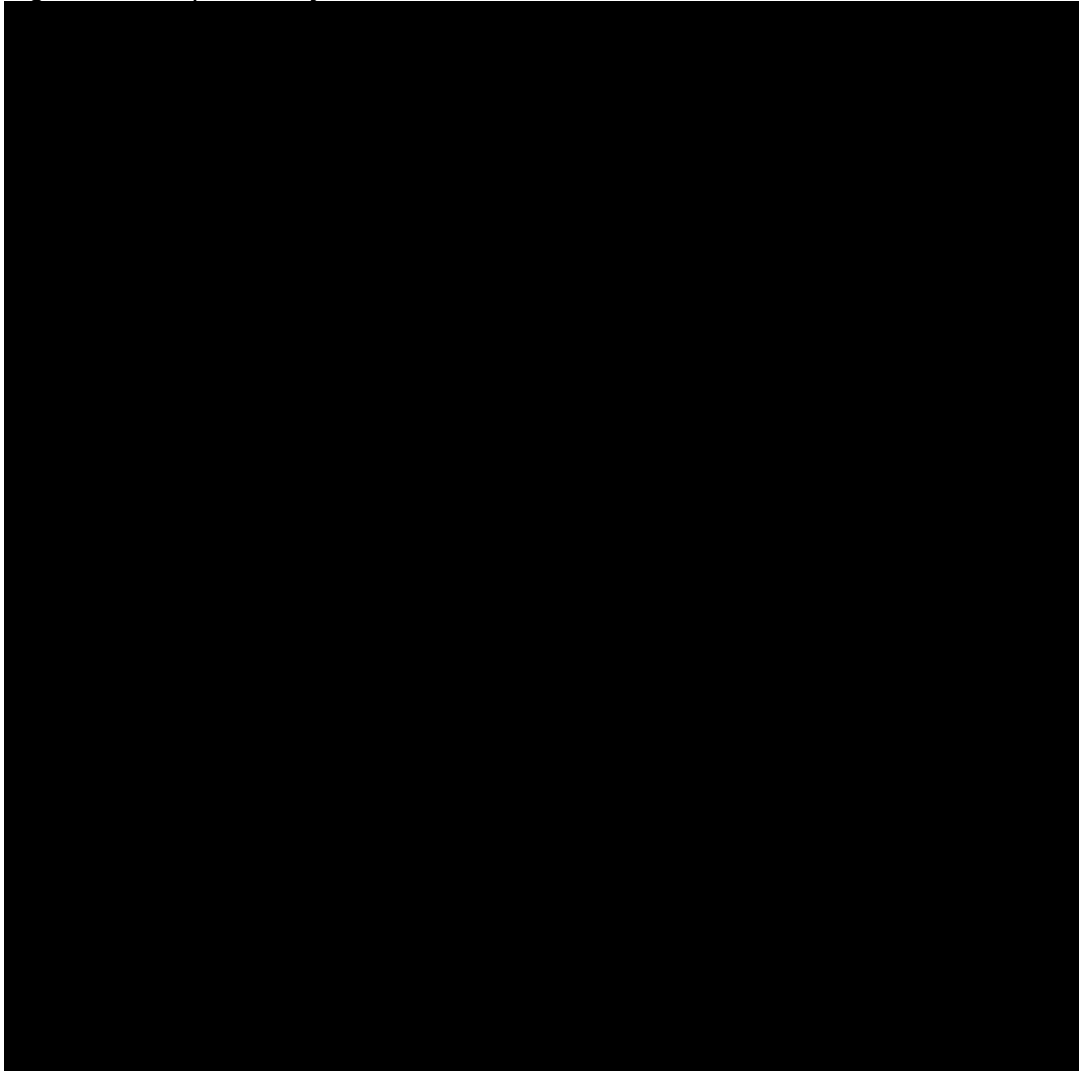
Rotondaro (2008) relata “esta atividade permite que sejam conhecidas com detalhes e profundidade todas as operações que ocorrem durante a fabricação de um produto ou a produção de um serviço” (ROTONDARO, 2008, p. 45). Para este autor, o mapeamento de famílias de processos de mesmas características forma macroprocessos que vão se desdobrar em processos individuais e à medida que os mesmos são “desenhados” vai se formando o entendimento das interfaces com estes processos com entidades externas e internas e formando os “Mapas de Processos” que servirão para indicar a forma pela qual os processos se inserem na organização e sua interação com o ambiente externo à empresa.

Rummler e Branche (1995) recomendam que para determinar se cada processo – e cada subprocesso – está adequadamente estruturado se faz necessário a construção de um Mapa de Processo que contemple dois aspectos: a identificação das funções, dos departamentos ou das disciplinas envolvidas no mesmo e a participação da equipe na seqüência de conversões que nele ocorre: a entrada de insumos, todas suas etapas intermediárias até que seja produzida a saída exigida.

Conforme Rotondaro (2008), mapear os processos de uma organização é uma maneira de visualizar as etapas e o fluxo destes processos e para obter um mapeamento correto de processos é fundamental que o levantamento das atividades seja feito no local de trabalho e que as pessoas envolvidas sejam entrevistadas no centro de trabalho de forma que o responsável por fazer o mapeamento do processo tem de entender os conceitos do processo e sistema e também entender e compreender da técnica que está sendo utilizada para o mapeamento dos processos.

Um exemplo de mapeamento é a técnica denominada *Supplier, Inputs, Process, Outputs e Customer* (SIPOC) ou Fornecedores, Entradas, Processo, Saídas e Cliente (FEPSC) que foi criada no intuito de desenvolver uma visão específica do processo, de destacar as áreas de melhoria e de assegurar o foco no cliente. A Figura 14 mostra a representação do FEPSC, bem como a seqüência lógica para elaboração do mesmo.

Figura 14 - Representação do FEPSC



Fonte: Elaboração própria (2009).

Nota: Adaptado de Rotondaro (2008).

De acordo com Araújo (2005), o mapeamento dos processos também pode ser feito com o uso de modelo de fluxograma. O autor também informa que a utilização de fluxogramas para o mapeamento e a representação de um processo traz vantagens como, por exemplo, facilitar a análise para a melhoria do método utilizado através da simplificação, permuta ou eliminação de passos, fases ou tarefas. Conforme o autor, as organizações podem se utilizar de diversos recursos para documentar os seus processos, tais como: fluxogramas das rotinas de trabalho, manuais de procedimentos, normas e padrões.

Independente da técnica utilizada no mapeamento dos processos, o mais importante componente da implantação do BPM é o gerenciamento de mudanças e

as pessoas são consideradas chave para o sucesso de uma implantação eficaz. Implantar o enfoque de processos de negócio significa introduzir o conceito de trabalho em equipe. Para Baldam e outros (2008), processos de negócios são decisórios e seu gerenciamento pode e deve ser feito sob um enfoque de gestão de mudança.

Para Smith e Fingar (2003) a habilidade para mudar o processo passa a ser mais relevante do que a habilidade para criá-lo, pois ela gera as condições para que toda a cadeia de valor possa ser monitorada, continuamente melhorada e otimizada.

Com o BPM a transformação das organizações deixa de ser uma arte imprecisa e de resultados imprevisíveis, tornando-se uma disciplina administrativa e de engenharia, com indicadores predefinidos, mas alteráveis, exigindo da organização ações conforme apresentado no Quadro 8 (BALDAM et al., 2008).

Quadro 8 - exigências para adoção do BPM

EXIGÊNCIAS PARA ADOÇÃO DO BPM
1. Meios de colocar os processos concebidos em prática.
2. Um método sistemático e confiável de análise do impacto do processo de negócio e de introdução de inovações.
3. Modelos de execução de processos que sejam alinhados à estratégia da organização, que reflitam a complexidade de suas atividades diárias e que facilitem a análise, transformação e mobilização das equipes.
4. O gerenciamento de um <i>portfólio</i> de processos de negócios voltado não apenas para as necessidades atuais dos clientes, mas para a alteração constante dessas necessidades.
5. Habilidade para responder a alterações no mercado e para combinar e customizar processos.
6. Uma melhor compreensão da trajetória estratégica da organização: expansão de mercado e incremento dos lucros, ou diminuição de influências externas, obstáculos e falhas internas para responder mais rapidamente às mudanças de mercado.
7. Um meio consistente, resiliente e previsível de “processar processos”, transformando a organização num permanente laboratório de processos, habilitando continuamente inovações, transformações e agilidade de execução.

Fonte: Baldam et al (2008).

Apesar de toda a complexidade e exigências para se implantar o BPM, nem sempre as organizações que focam nos processos obtêm melhorias nos negócios. Rotondaro (2002, p. 47-52) pontua que algumas organizações americanas que

conquistaram o prêmio *Malcon Baldrige*¹¹ da Qualidade, constataram melhorias de 40% a 80% nos custos, redução nos tempos de ciclos de processos e confiabilidade nos seus procedimentos e mesmo assim verificaram que não obtiveram as mesmas melhorias nos negócios, pois sua liderança, lançamento de novos produtos, marketing e serviços ao consumidor estavam com problemas. Isto é o paradoxo da melhoria: grandes benefícios, mas pouco valor agregado. O paradoxo da melhoria se dá quando são realizadas melhorias nos métodos e procedimentos, mas nenhum valor é agregado a organização.

Para resolver o paradoxo da melhoria Rotondaro (2002) propõe focar no processo certo e realizar as perguntas: Qual é o processo mais central para o sucesso ou fracasso da organização? Qual processo drena valor?

Segundo Hammer (1997), muitas organizações detectam partes do trabalho que geram desperdício, mas ainda têm dificuldades de identificar o que não agrega valor. O autor propõe que as organizações elaborem estratégias baseadas em seus processos através de seis abordagens que podem ser usadas individualmente ou em combinação:

- a) intensificação: melhorar os processos para servir melhor os clientes;
- b) extensão: usar processos fortes para entrar em novos mercados;
- c) ampliação: expandir processos para fornecer serviços adicionais aos clientes;
- d) conversão: selecionar um processo que se executa bem e executá-lo como um serviço para outras organizações;
- e) inovação: utilizar processos que se executa bem para criar e oferecer diferentes bens ou serviços;
- f) diversificação: criar novos processos para oferecer novos bens ou serviços.

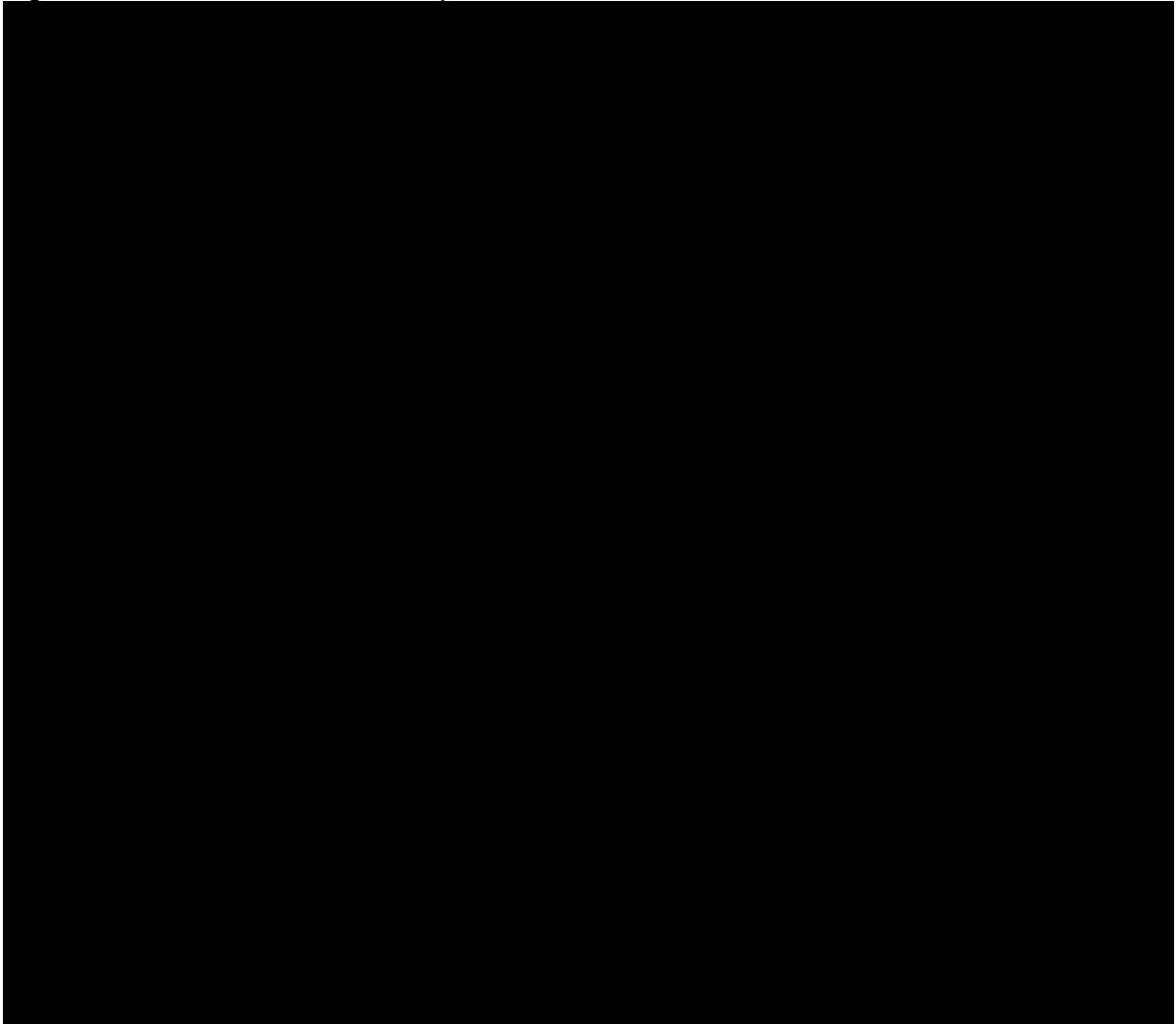
Segundo Baldam e outros (2008), existem vários modelos propostos para orientar o BPM. Alguns assumem uma forma cíclica - contém uma série de ações que se repetirão na fase seguinte - e por esta razão fala-se em Ciclos de BPM.

¹¹ Malcon Baldrige – Prêmio americano de Qualidade

O modelo do ciclo de BPM apresentado nesse estudo é o modelo adotado por experiências realizadas pelos mesmos em implementações e projetos de BPM e segue a orientação básica da notação usada por Kirchemer (2006) e por Jost e Scheer (2002), incorporando a representação de Muehlen e Ho (2005) e implementadas as alterações que os autores consideraram necessárias.

O modelo do ciclo de BPM de Baldam e outros (2008) é estruturado em quatro etapas: planejamento do BPM, modelagem e otimização de processos, execução de processos e controle e análise de dados, conforme apresentado na Figura 15:

Figura 15 - Ciclo de BPM adotado por Baldam e outros



Fonte: Baldam e outros (2008).

A primeira etapa do ciclo de BPM - planejamento do BPM - tem o objetivo de definir as atividades de BPM que contribuirão para o alcance das metas organizacionais (das estratégicas às operacionais), como verificação dos pontos de falha nos processos que causam danos à organização (financeiros, imagem, prazos, satisfação de clientes etc.), definição de planos de ação para implantação, definição dos processos que necessitam de ação imediata. Esses processos podem ser identificados através de resultados de dados coletados do controle de processos, cadeia de valor, BSC, Análise de SWOT, Pareto ou Curva e ABC.

A segunda etapa - modelagem e otimização de processos – é a fase mais visível do BPM. Cada autor apresenta uma abordagem própria da modelagem e otimização de processos. Esta etapa compreende duas grandes atividades: modelagem do estado atual do processo denominado As Is e otimização e modelagem do estado desejado do processo denominado To Be.

Segundo Baldam e outros (2008), várias referências importantes como Davenport (1994), Harrington, Esseling e Nimwegen (1997), Smith e Fingar (2003), Jeston e Nelis (2006) etc. concordam que o primeiro passo em qualquer projeto BPM (exceto, evidentemente, em caso de um processo novo) é entender o processo existente e identificar suas falhas “fazendo a modelagem *As Is*” de modo a não voltar a cometer os erros do passado, evitar a rejeição imediata dos atuais usuários do processo, conhecer melhor os pontos de melhoria e ter em mãos métricas que permitam identificar, com clareza, as melhorias proporcionadas pelo estado futuro.

A modelagem é uma atividade de construir modelos. Um modelo é uma representação abstrata da realidade em um dado contexto. Logo não há um modelo perfeito, objetivo, indiscutível. Nenhum modelo corresponde exatamente à realidade; todos apenas a representam de um modo que parecerá mais adequado ou menos adequado, de acordo com o contexto, os atores e as finalidades da modelagem (VALLE, 2007 apud BALDAM et al., 2008).

Os modelos de processos de negócios devem ser usados para a discussão e compreensão dos processos, apoiar a melhoria contínua através da análise de eficiência e eficácia do processo, simular alternativas, treinar os operadores dos

novos processos e especificar os sistemas de informação que deverão suportar o negócio.

Segundo Baldam e outros (2008), para modelar processos no estado atual (*As Is*), muitas foram as metodologias criadas, entretanto o essencial é saber quais informações são relevantes para a compreensão como um todo do processo e para isto são comumente usadas técnicas para verificar se as informações necessárias à compreensão dos processos foram realmente coletadas. São técnicas como 5W2H¹² e 3R's¹³.

Na execução da modelagem do processo atual é necessário realizar as etapas de preparação do projeto de modelagem (identifica processos, alinhamento estratégico, prazos, composição da equipe, planejamento de reuniões etc.), entrevista e coleta de dados com usuários especialistas de negócios e facilitadores, documentação do processo (construção do modelo conforme metodologia previamente definida com o uso de *software* de apoio à modelagem), validação do processo (testar o modelo em uma instância real do processo) e correção da documentação.

Várias técnicas cognitivas podem ser úteis na modelagem de processos no estado atual (*As Is*) como técnicas de entrevistas, *brainstorm*, *brainwriting*, correlação indutiva, *Fast Analysis Solution Technique* (FAST), métodos simplificados de modelagem com papel e técnica de levantamento de dados que traz os usuários para o desenvolvimento do processo como participantes ativos denominada *Joint Application Development* (JAD).

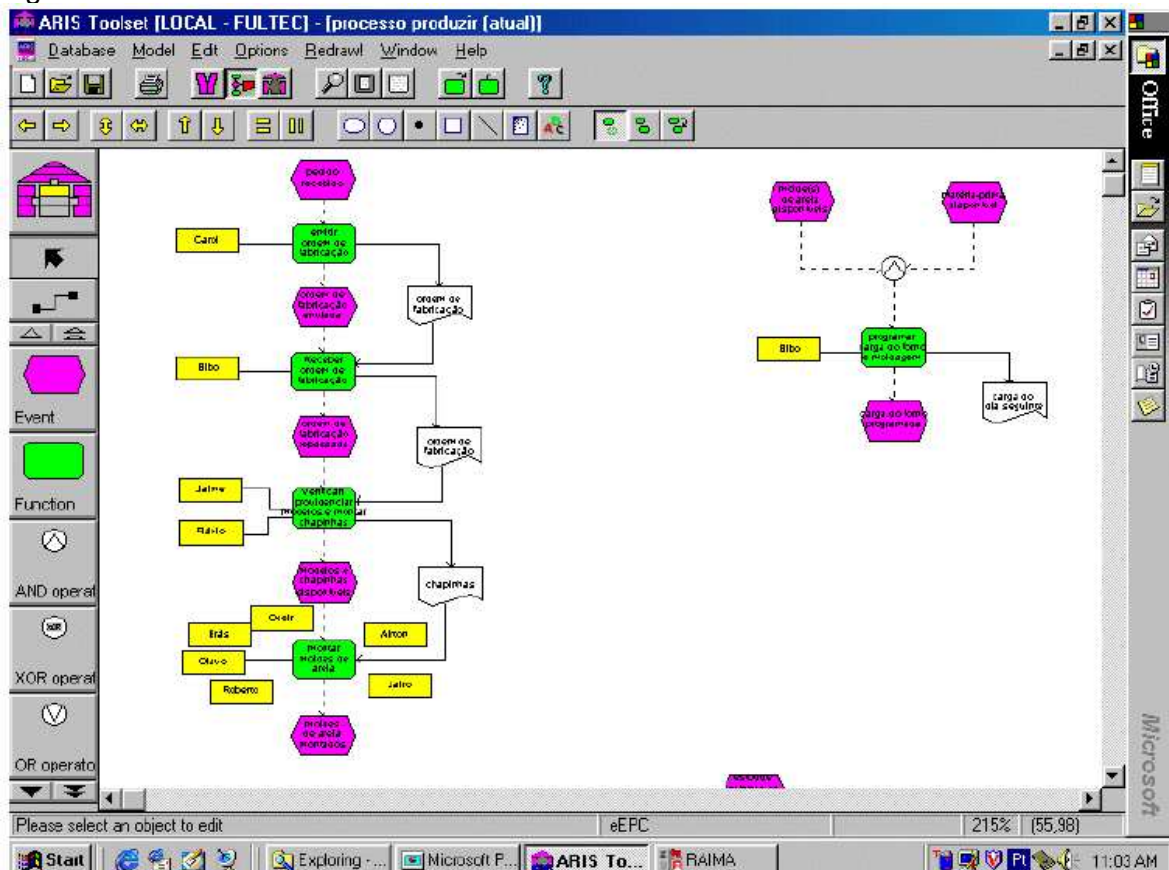
Baldam e outros (2008) destacam que há uma quantidade significativa de metodologias para a representação dos processos de negócios ou simplesmente para elaborar fluxogramas e destaca duas metodologias para modelagem de processos de negócios:

¹² 5W2H (Who? What? Where? When? Why? How? How much?)

¹³ 3R's¹³ (Rule, Role, Route)

- a) *Business Process Modeling Notation* (BPMN): criada pela Business Process Management Initiative (BPMI) que atualmente é incorporada à *Object Management Group* (OMG);
- b) *Event Driven Process Chain* (EPC) ou cadeia de processos dirigida por eventos: foi desenvolvida pela IDS-Scheer e tem destaque mundial por ser fruto das pesquisas no Instituto de Sistemas de Informação da Universidade de Saarbrücken (Alemanha), dirigido pelo professor doutor August-Wilhelm Scheer e também é apoiada pelo *software* de modelagem de processos ARIS que tem grande aceitação no mercado mundial. No método Event Driven Process Chain (EPC) um evento é modelado segundo fluxo de eventos e funções conforme exemplo apresentado na Figura 16.

Figura 16 - Visão de um EPC usando a ferramenta ARIS Toolset



Fonte: Rentes (2000).

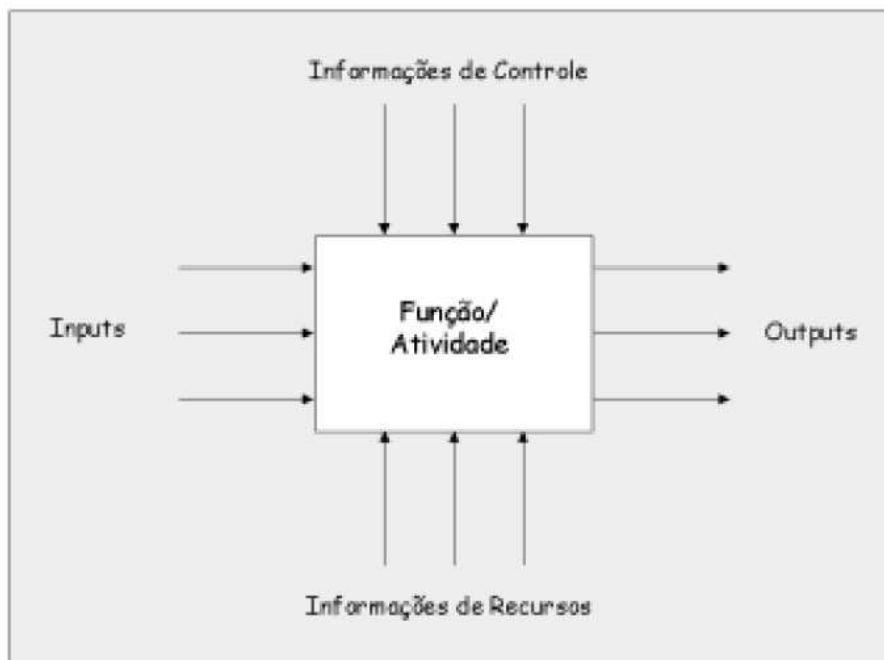
De acordo com Rentes (2000, p. 108), para realizar o mapeamento dos processos de negócio existem diversas ferramentas disponíveis como *Structured Analysis and Design Techniques* (SADT), *Integrated Computer Aided Manufacturing*

Definition (IDEF) e *Event Driven Process Chain (EPC)*. O autor afirma que essas ferramentas são bastante populares na representação de processos de negócio, entretanto a IDEF é uma ferramenta de modelagem mais conhecida e utilizada. A sigla IDEF vem de *Integrated Computer Aided Manufacturing Definition*, e foi desenvolvida na década de 70 pela força aérea americana. A idéia da ferramenta é mostrar o fluxo de informações dentro dos processos. A ferramenta apresenta três tipos de representações básicas:

- a) IDEF0 - é uma notação para representação gráfica que mostra o processo e as suas atividades componentes. É a notação mais adequada para a representação estática de processos;
- b) IDEF1X - é uma notação projetada para representar graficamente a estrutura de informação existente em um negócio;
- c) IDEF2 - é uma técnica dinâmica que descreve o comportamento de um sistema.

A figura 17 mostra a representação básica de informações e função na representação IDEFO

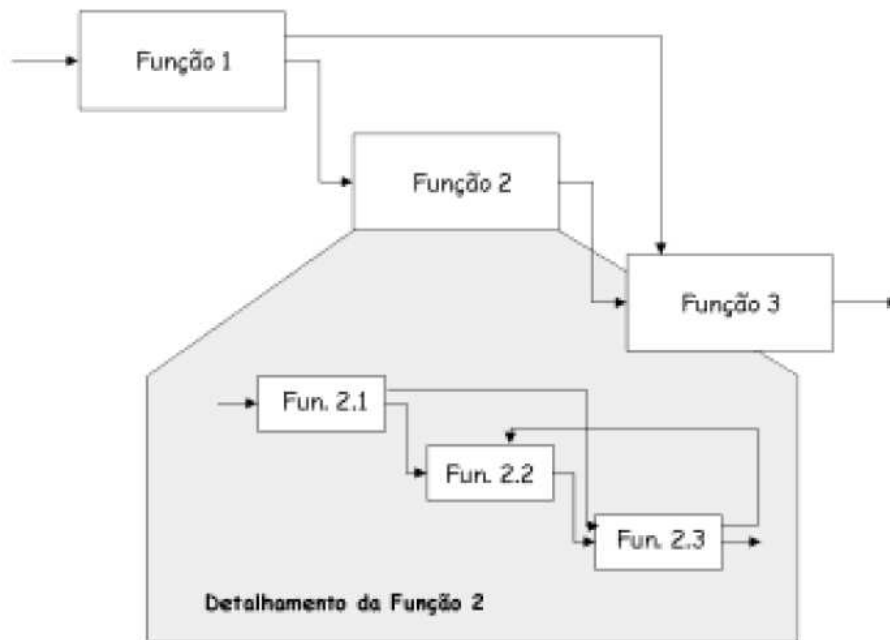
Figura 17 - Visão básica dos elementos do IDEFO



Fonte: Rentes (2000).

Através do IDEF0 o fluxo de informações existentes entre funções é mapeado, possibilitando uma visão gradativamente detalhada do processo. Esse detalhamento é feito para cada função ou atividade, através de sucessivas explosões das funções. A Figura 18 ilustra este tipo de detalhamento.

Figura 18 - Esquema de detalhamento de funções do IDEF0



Fonte: Rentas (2000).

A despeito da ferramenta de modelagem utilizada, a otimização e modelagem de estado futuro do processo (*To Be*), tem o objetivo de criar um ambiente de discussão entre partes envolvidas de forma a melhorar o processo em questão, inová-lo ou mesmo questionar se ele se faz necessário e se de fato agrega valor necessário à organização. As abordagens mais comuns de otimização de processo são:

- a) melhoria contínua (Kaizen): consiste num processo contínuo de estabelecimento de objetivos e de identificação de oportunidades de melhoria, através do uso de constatações e conclusões de auditoria, análises de dados, análises críticas pela administração ou outras fontes (OLIVEIRA et al., 2008);
- b) *Fast Analysis Solution Technique* (FAST): consiste basicamente na idéia de uma rápida ação e rápido resultado com uma reunião de um ou dois dias com a

atenção do grupo concentrada na definição de como o grupo pode melhorar o processo nos próximos noventa dias e antes do fim da reunião os gerentes responsáveis podem aprovar ou rejeitar a proposta de melhoria (BALDAM et al., 2008);

- c) *benchmarking*: é uma maneira sistemática de definir, entender e evoluir criativamente produtos, projetos, equipamentos, processos e práticas de uma operação por meio do estudo de como outras organizações desempenham essa mesma operação, ou operação semelhante (BALDAM et al., 2008);
- d) adoção de melhores práticas de processos “comodizados”: Baldam e outros (2008) citam que muitos autores julgam que a adoção de melhores práticas é contraditória com a análise de melhoria de processos, no entanto é uma prática intensamente adotada por organizações desde os anos de 1990 quando os *softwares houses* passaram a oferecer pacotes com soluções aplicáveis a várias organizações a custos bastante acessíveis (BALDAM et al., 2008);
- e) redesenho de processo: consiste em dirigir esforços da equipe para um refinamento do processo atual e se aplica a processos que visivelmente não estão bons podendo reduzir custo, tempo de ciclo e taxa de erros entre 30 a 60%, podendo ser aplicado em aproximadamente 70 a 90% dos processos em uso (HARRINGTON, 1988).
- f) inovação de processo: também conhecida como projeto de novo processo ou reengenharia de processos é a mais radical abordagem de melhoria de processos e traz uma visão totalmente nova do processo em discussão, ignorando o processo e estrutura organizacional existente. É muito útil em processos que se apresentam muito desatualizados e se mais de 20% dos processos precisam de um trabalho intenso de inovação, isso pode ser indicativo de que a organização está com sérios problemas gerenciais, anteriores ao gerenciamento de processos (HAMMER ; CHAMPY, 1994).

Com relação a adoção de melhores práticas de processos “comodizados” Davenport (2005) considera que os padrões de processos embutidos em ambientes Enterprise Resource Planning (ERP), Customer Relationship Management (CRM), sistemas contábeis prontos, soluções particulares montadas para estar em

conformidade com o SOX¹⁴ e outros significam uma terceirização do pensar da melhoria de processos, ou seja terceiros pensam pela organização, como melhorar seus processos, tirando sua autonomia sobre seus próprios processos. O mesmo pontua que a “melhor prática embutida em um software ou ofertada por uma consultoria não é necessariamente adequada a qualquer organização, pois está relacionada ao ambiente social e tecnológico da organização que a originou” (DAVENPORT, 2005, p. 35).

Por outro lado, Baldam e outros (2008) pontua que se esta prática for corretamente aplicada pode poupar muito tempo e trazer experiências já testadas em outras organizações e indica que vários autores sugerem que esta abordagem seja aplicada a processos de suporte ao negócio e não aos processos chaves e estratégicos ou seja aqueles ligados ao *core business*.

Segundo Baldam e outros (2008), todas as abordagens para otimização de processos incluem uma análise do processo. Para isto há ferramentas que permitem uma abordagem mais formal na verificação dos pontos de melhoria nos processos. De acordo com Baldam e outros (2008), os resultados esperados após a otimização e modelagem de estado futuro do processo (*To Be*) são:

- a) redesenho do processo ou mesmo um novo processo;
- b) documentação de suporte ao processo redesenhado ou novo processo;
- c) requerimentos de alto nível para as novas opções observadas;
- d) modelos de simulação e detalhes de custos ABC;
- e) confirmação de que as novas opções atendem às expectativas dos envolvidos;
- f) confirmação que está alinhado à estratégia;
- g) relatório das diferenças que precisam ser atendidas para cumprir os requerimentos;
- h) plano de desenvolvimento e treinamento da equipe;
- i) relatório de impactos na organização e em outras esferas (ambiental, social etc.);

¹⁴SOX ou SARBOX – Lei Sarbanes-Oxley foi criada e aprovada pelo congresso americano em reação aos escândalos financeiros da Worldcom e da Enron e tem o objetivo de obrigar que empresas de capital aberto mais especificamente com ações na bolsa de valores de Nova Iorque, sejam mais seguras para os investidores e partes interessadas. Esta lei quando cumprida protege o investidor por meio de maior transparência nos processos de apuração de resultados financeiros.

j) detalhes do plano de comunicação do novo processo.

A terceira etapa - execução de processos - é a fase em que as definições da fase anterior (modelagem e otimização de processos) são colocadas em prática e por isto se torna uma fase crítica e decisiva, pois o projeto do processo passará às mãos dos usuários de fato e serão percebidos os efeitos da gestão de mudança com todos os impactos que podem ser positivos e negativos.

A quarta e última etapa do ciclo de BPM - controle e análise de dados - permite que os responsáveis por tomar decisão nas organizações tenham informações sobre o comportamento dos processos: se os mesmos estão sendo realizados conforme planejado, se tendem a se desviar do esperado ou se atendem à estratégia organizacional. Nesta etapa se procura com grande evidência comparar os dados obtidos em processos e montar os indicadores gerais que permitirão avaliar o processo. Estes indicadores podem ser alinhados aos objetivos estratégicos conforme metodologia BSC.

Para Baldam e outros (2008), além da implantação do processo em si, há ainda o seu controle e monitoramento quando em operação e para isto são usadas técnicas estatísticas usuais, metodologias e ferramentas de análise do processo que possibilitam uma visão geral do desempenho dos processos em uso. Além de relatórios de dados associados aos *Key Performance Indicators* (KPI) ou indicadores de performance e outros indicadores operacionais há também a possibilidade de criação de painéis de visualização do andamento dos processos (*dashboard* ou *cockpits*).

Estas ferramentas ligadas ao controle, análise e monitoramento dos processos têm como objetivo manter os processos sob controle e monitoramento para corrigir eventuais desvios e apoiar na análise dos dados produzidos durante a execução, gerando relatórios analíticos on-line para os dados com apresentação em painéis visuais (*dashboard* ou *cockpits*), gerar alertas em tempo real de forma que o processo seja compreendido, gerenciado e seu funcionamento “orquestrado” (BALDAM et al., 2008).

O Quadro 9 apresenta as ferramentas, técnicas estatísticas e metodologia que são diretamente ligadas ao controle e monitoramento dos processos.

Quadro 9 - Técnicas Estatísticas, Ferramentas, Metodologia para Análise, Controle e Monitoramento de Processos

Técnicas Estatísticas, Ferramenta, Metodologia
BAM - Business Activity Monitoring
<i>Business Activity Monitoring</i> ou Monitoramento da Atividade de Negócio surgiu com a intensificação do uso de BPM por volta de 2002/2003 e tornou possível o relacionamento mais claro entre as operações em tempo real da TI e as atividades empresariais. Com a utilização do BAM as organizações que adotam o BPM são capazes de monitorar seus processos empresariais, identificando as falhas e exceções em tempo real e além destes aspectos o BAM permite o rastreamento da execução dos processos e quando eles obtiverem sucesso ou falharem, permite a construção de registros valiosos sobre o comportamento que pode conduzi-lo a uma melhoria global, bem como prover uma administração das transações de negócio e redução dos riscos. Utiliza banco de dados transacionais, <i>web services</i> , mensagens etc. O BAM está diretamente relacionado ao monitoramento e medição de atividades empresariais através dos sistemas operacionais e processos de negócios.
BI - Business Intelligence
<i>Business Intelligence</i> ou Inteligência de Negócios permite às organizações acessar, explorar e analisar as informações, normalmente contidas em um <i>Data Warehouse</i> , permitindo melhor auxílio no processo de tomada de decisão. O BI tende a analisar dados acumulados, perceber padrões e apontar tendências
BSC - Balanced Scorecard
<i>Balanced Scorecard</i> embora seja mais uma metodologia que um <i>software</i> , muitas organizações criaram produtos que apóiam sua implantação. O propósito do BSC é a criação de um modelo para avaliação do desempenho empresarial, utilizando fortemente indicadores para a maximização dos resultados baseados em quatro perspectivas: financeira, clientes, aprendizado e crescimento e os processos internos. Estas quatro perspectivas refletem a visão e estratégia da organização.
CEP - Controle Estatístico de Processo
O Controle Estatístico de Processo constitui-se em um conjunto de técnicas e ferramentas estatísticas, organizadas de modo a proporcionar, através da aplicação destas, a manutenção e a melhoria dos níveis de qualidade de um processo. Este sistema foi proposto inicialmente por Walter Shewhart em 1926 como uma ferramenta para auxiliar na eliminação de variações anormais em processos pela diferenciação de causas comuns e das causas aleatórias (especiais). Atualmente, é mais que uma ferramenta estatística, o CEP é entendido como uma filosofia de gerenciamento (princípios de gerenciamento) e um conjunto de técnicas e habilidades, originárias da Estatística e da Engenharia de Produção, que visam garantir a estabilidade e a melhoria contínua de um processo de forma que os processos podem ser avaliados, reduzindo-se os desperdícios por meio de uma avaliação constante do mesmo.

Fonte: Elaboração própria (2009).

Nota: Adaptado de Baldam e outros, (2008) e Schissatti (1998).

Os processos de negócios possuem diferentes tipos de informações que precisam ser gerenciados. Este gerenciamento ou sistema de gestão de processos pode ser manual ou em graus variados de automatização. A tecnologia para automação de processos é designada Business Process Management Systems (BPMS).

Segundo Baldam e outros (2008) o termo geral, usado para as ferramentas de TI aplicáveis ao BPM foi denominado BPMS que é o sistema que automatiza o ciclo completo de gestão de processos e registram que alguns estudiosos do assunto afirmam que um BPMS é uma suíte de produtos de *software* integrados e com a finalidade de habilitar o BPM.

Baldam e outros (2008) efetuaram uma análise mais detalhada das suítes disponíveis no mercado e não confirma esta forma de enxergar o BPMS e citam que:

Uma única suíte não teria condições de solucionar todos os problemas do gerenciamento de processos de negócios – BPM das organizações. Os BPMS realizam diversas funções para processo tais como: modelagem, mapeamento, estrutura, catalogação, simulação, execução e monitoramento. Para compor uma solução total de BPM é preciso ter um conjunto de diferentes ferramentas que não precisam estar necessariamente integradas em uma única suíte de produtos de software de um único fabricante, uma vez que existe uma clara divisão entre a camada de ferramentas aplicáveis a BPM - que constitui as ferramentas procuradas pelos profissionais como sendo ferramenta de BPMS - e as camadas de infra-estrutura que vão servir de apoio às ferramentas de BPMS, bem como a outras ferramentas e sistemas dentro da organização. (BALDAM et al., 2008, p. 111).

Por outro lado OLIVEIRA (2008) pontua que alguns autores e o mercado de uma forma geral utilizam a denominação para as tecnologias de automação de processos simplesmente de *Business Process Management* (BPM).

Segundo Laurindo e Rotondaro (2008), os conceitos para a tecnologia de BPM são originários das tecnologias de controle do fluxo de trabalho - *Workflow* - que podem ser consideradas como o embrião de conceitos do BPM tais como: formulários eletrônicos já permitindo suprir documentos que só serviam como suporte físico para a transmissão de dados; uso de imagens digitalizadas, já permitindo o início de processos *paper-less* (sem papel) e regras de negócio que

regulavam as alternativas de decisão dos operadores e permitiam automatizar alguns tipos de decisões mais padronizadas.

O renomado autor Davenport (1998) pontua que os BPMS representam uma convergência das tecnologias de automação de *Workflow* ou Fluxo de Trabalho, *Imaging* ou Gerenciamento de Imagem, Gerenciamento Eletrônico de Documentos (GED), *Engineering Document Management Systems* (EDMS) e *Enterprise Content Management* (ECM). Essa convergência se acelerou na onda de implantação dos chamados *Enterprise Resource Planning* (ERP) ou Sistema Integrado de Gestão nos anos de 1990, que acompanhou a preparação dos sistemas das organizações para o *bug* do ano 2000 ou *bug* do milênio.

Existem várias opções de suítes disponíveis no mercado, tais como: Aris, BPM Suite, PegaRules Process Commander, Tibco Staffware Process Suite, Ultimus BPM Suite, TeamWorks, CleverPath Aion Business Process Manager, Savvion BusinessManager, Oracle BPEL Process Manager, Fuego BPM Suite assim como opções de BPMS desenvolvido internamente pelas equipes de TI das organizações. De acordo com Almeida Neto (2008), para a escolha da ferramenta de automatização dos processos deve-se considerar o item custo, pois à medida que as suítes ficam mais sofisticadas e completas o investimento de aquisição e de implantação varia de US\$25.000,00 a US\$100.000,00.

A principal razão do uso do Gerenciamento de Processo de Negócios ou BPM são os benefícios obtidos após a sua implantação: garantir análises e processos de mudança confiáveis, mais simples, mais rápidos e de menor custo; estimular a constante avaliação e a implementação de ações de melhoria de gestão, integração e colaboração; atingir os objetivos e as metas estratégicas e facilitar a padronização de atividades em organizações com dispersão organizacional (OLIVEIRA, 2008).

Para Almeida Neto (2008) existem algumas razões para organizações considerarem o uso de gerenciamento de processos de negócio - BPM:

- a) documentar e implementar processos de negócio rapidamente;
- b) proporcionar entendimento dos processos de negócios atuais;
- c) facilitar a fusão entre processos;

- d) agilizar a implementação de novos processos aplicativos;
- e) consolidar a execução simultânea de processos;
- f) promover a automação da gestão de atividades humanas;
- g) melhorar a gestão “cadeia de suprimentos” (Supply Chains), particularmente onde um processo possui interface com outra organização;
- h) otimizar processos através de sua modelagem;
- i) analisar o efeito da gestão corporativa (*corporate governance*) e legislação antes da implementação de novos processos;
- j) criar modelos para avaliação de efeitos potenciais em diversos cenários;

Por outro lado, é necessário observar alguns fatores que contribuem de modo decisivo para uma implantação bem sucedida de BPM. Vários autores como Davenport (1994), Harrington (1993), Smith e Fingar (2003), Baldam e outros (2008) têm concordância que estes fatores críticos impactam diretamente no sucesso em implantações de BPM:

- a) apoio da alta direção, incluindo a presidência e alto escalão;
- b) alinhamento das iniciativas de BPM à estratégia da organização;
- c) gerente de BPM com experiência e competências necessárias;
- d) uma estrutura de orientação ao BPM que seja clara e objetiva, que inclui o Manual de Processos;
- e) estratégias para tratar a gestão de mudança;
- f) capacitação de pessoas envolvidas;
- g) conclusão de projetos de processos que devem ser iniciados e finalizados, não deixando a percepção de que não adiantou o esforço aplicado;
- h) percepção de que nenhum processo é estático. Uma organização que quer continuar bem sucedida deve ter habilidade para montar, desmontar e remontar suas atividades, adaptando-se às diversas variações de mercado e ambientais;
- i) ter um desempenho sustentável, com trabalho continuado e sem paradas que caracterizam o trabalho como sendo pontual e eventual;
- j) mostrar, de preferência com dados concretos, os benefícios alcançados, a agregação de valor alcançada, o alinhamento à estratégia obtido etc.

Segundo Baldam e outros (2008), a pesquisa de mercado realizada pelo Gartner Group¹⁵, aponta o BPM como sendo de interesse das organizações em geral como forma de resolver ou contribuir de maneira acentuada na solução de uma série de problemas organizacionais. Os motivos deste interesse pelo BPM são relatados por diversos autores que consideram que toda tendência gerencial reflete um conjunto de mudanças sociais e por isto várias são as causas para o elevado interesse. O Quadro 10 apresenta os principais fatores, mais freqüentemente mencionados, da difusão do BPM.

Quadro 10 - Fatores da Difusão do BPM

Fatores de Difusão do BPM	Autor
<ul style="list-style-type: none"> - Hipercompetitividade global - Crescimento da complexidade organizacional - Maior exigência dos atores envolvidos (acionistas, imprensa etc.) quanto à transparência nos negócios - Maior uso das tecnologias informáticas que permitem transações entre organizações (e-Business) 	Burlton (2001)
<ul style="list-style-type: none"> - Evolução das estruturas de mercado resultante da globalização - Hipercompetição: Similaridade quase total entre produtos, as organizações buscam uma estratégia de diferenciação tendo como ponto de partida a confiabilidade do produto/serviço fortemente valorizada pelo cliente, - Evolução da TI: O que une negócio e TI é o como funcionam os processos - Ferramentas de TI apoiando o BPM: Nova visão sobre os sistemas de informação, a visão da integração com a atividade fim ou seja a integração com os processos de negócios, melhorando a agilidade do negócio, suportando modelagens top-down e bottom-up através da cadeia de valor, compartilhando processos entre aplicações e pessoas e simplificar a entrega de processos que se espalham pela Cadeia de Valor. 	Davenport (1994)

¹⁵ Gartner – WWW.gartner.com

Fatores de Difusão do BPM	Autor
<p>Uso do BPM para controle da complexidade em grandes corporações e em cadeia de suprimento (Supply Chain)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consolidação decorrente de fusão e aquisição - Diferenças fiscais, culturais, legais e ambientais em corporações globalizadas exigem uma adaptação dos processos a cada região ou nação e torna-se bem difícil apenas com implantação de softwares ERP. - Encolhimento do ciclo de vida do produto trouxe reduções no tempo para lançar um novo produto - Responsabilidade social e governança corporativa com aumento das exigências nas transações executadas pelas organizações é mais um fator do atual interesse das organizações 	<p>Baldam e outros (2008)</p>
Fatores de Difusão do BPM	Autor
<ul style="list-style-type: none"> - Rapidez no desenvolvimento de produtos e serviços causa muitas confusões de responsabilidades e atividades, que desorganizam a estrutura funcional estabelecida e só resta aos gerentes buscar reconstruir o processo de produção de cada item. 	<p>Kumar e Strehlow (2004)</p>

Fonte: Elaboração própria (2009).

Nota: Adaptado de Baldam e outros (2008).

2.1.5 Estágios das organizações orientadas a processos

As dificuldades são muitas quando as organizações tentam mudar de uma organização por tarefas para uma organização orientada por processos. Dificuldades ocorrem por não saberem exatamente o que faz funcionar bem a organizações orientada por processos:

Muitas organizações querem organizar-se por processo, mas não têm uma noção clara dos passos a seguir e das providências que devem ser tomadas. Outras não estão certas da decisão a tomar a respeito da sua estruturação por processos podem beneficiar-se de um raciocínio que as ajude a decidir. Existem também as organizações que não sabem ao certo o que significa serem organizadas por processos e as que não têm certeza se a sua forma organizacional atual é adequada para a gestão por processos. Finalmente, ainda, as organizações que precisam de mais esclarecimentos sobre o assunto para que possam analisar as vantagens da gestão por processos. (GONÇALVES, 2000b, p.9).

Gonçalves (2000b) apresenta cinco estágios que mostram a evolução das organizações que estão em direção à gestão por processos. Estas organizações podem estar em um modelo puramente funcional até o modelo essencialmente baseado em processos. Os estágios intermediários correspondem a situações em

que as organizações apresentam níveis variados de características típicas de organizações por processos.

No primeiro estágio estão aquelas organizações que ainda não deram passos decididos em direção à estruturação por processos. Algumas se questionam sobre a validade de adotar uma estrutura por processos, outras só conseguem perceber os seus processos de manufatura, mas existem também aquelas organizações que, por diversos motivos, não chegaram a considerar seriamente a idéia de se reestruturar. São organizações que ainda precisam passar por uma etapa de conscientização a respeito do assunto. Para essas organizações, as chances de uma mudança radical são muito limitadas.

No segundo estágio as organizações já têm seus processos e subprocessos identificados, porém o foco do esforço ainda está centrado nas funções. Seus processos são enquadrados na estrutura funcional e geralmente empregam formas de trabalho antigas. As organizações dessa categoria limitam-se a aperfeiçoar os gargalos e obter mais eficiência operacional. Seu grande desafio é o mapeamento dos seus processos e a identificação dos processos essenciais em torno dos quais se organizar.

No terceiro estágio estão as organizações que, embora já tenham identificado seus processos e melhorado seus processos essenciais, ainda raciocinam por funções. Nessas organizações, o poder ainda se concentra nas unidades verticais, que resistem fortemente à idéia de “horizontalizar” a gestão. Geralmente, o máximo que podem tentar é aperfeiçoar seus processos essenciais, acrescentando-lhes tecnologia e cortando as atividades e funções que não agregam valor para o cliente final. Em termos de passos adiante, podem adotar novos critérios para redistribuir seus recursos, de preferência, em função dos seus processos essenciais, e não das unidades verticais, e atribuir cada processo essencial a um *process owner* – gestor ou dono do processo.

No quarto estágio as organizações já tomaram todas as providências das etapas anteriores. Geralmente, distribuem seus recursos ao longo de seus processos essenciais e atribuem a responsabilidade da gestão de cada processo

essencial a um *process owner*. No entanto, ainda trabalham com estruturas antiquadas e, apesar de estarem começando a obter resultados, a ênfase em processos provoca um alto desconforto na organização. Em termos de negócios, podem conseguir aperfeiçoar bastante o desempenho de processos isolados, integrando-os aos processos auxiliares. Sua grande tarefa, a partir desse ponto, é desenvolver um novo modelo estrutural, rompendo com as principais funções, reformulando os referenciais e os mecanismos de gestão e, finalmente, implantando a nova organização.

No quinto estágio as organizações já foram desenhadas pela lógica dos processos essenciais. Muitas vezes, são organizações novas, que não têm compromissos estruturais e organizacionais com o passado e que surgem dentro de novos referenciais de organização e de negócio. São organizações capazes de realizar a gestão integrada de seus processos essenciais e de colher os resultados dessa integração. Sua grande tarefa é a monitoração permanente da definição do seu negócio e o ajuste dos processos adequados para seu negócio sempre que necessário, adequando a organização a cada momento, como um organismo vivo.

Segundo Gonçalves (2000b), a principal utilidade desse modelo de classificação das organizações é a identificação do estágio em que se encontra a organizações de modo a ser possível avaliar como ela se situa em relação às demais e com respeito às expectativas dos seus dirigentes. Ele pode sugerir as providências necessárias para que a organizações mude de etapa e indicar o esforço necessário para essa transformação. É possível, também, utilizar esse modelo para avaliar o nível de preparo da alta gestão em função da etapa em que a organizações está e do desafio de mudar de etapa.

2.2 GESTÃO POR PROCESSOS EM ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

2.2.1 Contexto organizacional do Hospital

A preocupação com os aspectos administrativos hospitalares aparece, segundo Borba (1991), em um documento produzido na França, por uma comissão especial, instituída após um incêndio que ocorreu em 1772, no hospital Hotel de Deus com aproximadamente 600 leitos coletivos e 1.100 leitos individuais, situado

em Paris, na época era considerado o maior hospital da Europa. Em consequência do ocorrido, montou-se uma comissão especial com o objetivo de estudar e propor normas para a sua reconstrução. O documento produzido por essa comissão, também determinava os padrões mínimos para construções hospitalares. Esse documento serviu para fundamentar as primeiras normas de organização e administração hospitalar.

O hospital como instrumento terapêutico surge no final do século XVIII. A partir desta data a Academia de Ciências da França busca uma padronização para os hospitais existentes, com o objetivo de transformar os depósitos de doentes em instituições de assistência a saúde e um local de prática médica. Por volta de 1780, os médicos passaram a realizar como atividade rotineira, visita hospitalar para acompanhamento dos doentes com vistas a observar o seu comportamento e buscar a cura para os seus males. Com as guerras abundantes na Europa, foram criados hospitais militares, nas quais a disciplina foi incorporada ao ambiente hospitalar influenciando a organização destas instituições. O fichamento dos pacientes, identificação por leito e a separação por doenças, tornou o hospital um campo documental normatizado, além de um espaço para a cura (FOCAULT, 1999).

Na Idade Moderna, os hospitais permaneceram como entidades benemerentes e começaram a atender pessoas com doenças contagiosas, tais como lepra, tifo, tuberculose e também loucos perigosos ao convívio. Durante o Século XVIII, as primeiras grandes transformações ocorreram, por conta dos ambientes insalubres, inadequados e os altos índices de mortalidade, até no meio daqueles que trabalhavam na instituição. Apenas neste momento é que há uma integração entre as instituições hospitalares e o implemento da medicina. Sendo o médico destacado à posição de administrador e técnico do estabelecimento. (ANTUNES, 1991).

Associando a administração indevida com a inadequação do ambiente, surgiram alterações através das reformas no ambiente físico e eliminação de efeitos nocivos já reconhecidos na época. Estas modificações são retratadas por Antunes (1991, p.45):

A reorganização dos hospitais também incluiu a emissão de novos regulamentos para dirigir a sua rotina, e esses regulamentos promoveram a imposição dos dispositivos disciplinares voltados à regularização de todos os aspectos relativos ao seu funcionamento. Concorrendo para o mesmo fim, a medicina também experimentou reformulações em sua orientação pragmática, o que fez com que ela se convertesse em prática hospitalar. O saber médico proclamou a necessidade de se estabelecer um rígido controle sobre tudo que envolvesse a doença: a qualidade do ar, a temperatura ambiente, o regime alimentar etc. Além das aplicações farmacêuticas e cirúrgicas passou-se a valorizar a ação do meio sobre o doente como instrumento para debelar sua enfermidade. A partir do momento em que se estipulou a distribuição de espaço como elemento da terapêutica, o hospital pode ser concebido como lugar ideal para a constituição de microcosmos individualizados, especialmente preparados para se inserir cada doente de acordo com a sua doença e com os ditames do tratamento que ele devesse seguir. Para que isso se tornasse viável, foi preciso que todos os recursos hospitalares fossem destinados às finalidades médicas, ficando submetidos ao comando funcional e administrativo da classe médica. Essa foi a mudança que conferiu aos hospitais o seu estatuto de contemporaneidade, possibilitando progressos nunca antes imaginados em seus procedimentos clínicos. Foi também esta mudança que instituiu a figura de “paciente”, aplicada àquele que “sofre” a ação terapêutica.

Silva apud Pires (1998) vem a corroborar com Antunes (1991) quando afirma que o hospital contemporâneo passa a ser um espaço terapêutico e de formação dos médicos. A assistência de saúde passa a ser um trabalho coletivo, concentrado nos hospitais, sob o controle dos médicos, que delegam atividades. A enfermagem passa a ter características profissionais a partir de 1860, sugerindo o trabalho em grupo.

A melhora nas condições de higiene e funcionamento do hospital ocorreu no final do século XIX. A enfermeira Nightingale foi a pioneira em administração hospitalar trazendo grandes contribuições na melhoria da qualidade dos serviços prestados pelo hospital. Com a melhoria na assepsia, a redução dos índices de mortalidade e o desenvolvimento de técnicas de laboratório para diagnóstico, houve uma sensível mudança no conceito que a sociedade tinha em relação à organização hospitalar, transmitindo, portanto, uma maior segurança para a população. Em virtude disto, os hospitais começaram a receber pacientes particulares em quartos individuais, separados dos indigentes (GALVÃO ; FEDERIGHI, 2002, p.212).

Quando os hospitais deixaram de ser administrados pelas entidades religiosas e passaram para a administração dos Estados Monárquicos, os médicos

começaram a ter um papel importante nas organizações hospitalares, tornando-se pessoas chaves na sua gestão (BARQUIN, 1992, p.332).

No Brasil, segundo Cerqueira (2003), as primeiras organizações hospitalares foram as santas casas criadas no século XVI, baseadas no espírito caritativo. O governo limitou-se simplesmente a estabelecer normas para sua criação. Assim, foram fundadas as Santas Casas de Misericórdia de Vitória (ES), Olinda (PE), Ilhéus (BA), Salvador (BA), Rio de Janeiro (RJ) e São Paulo (SP). Uma nova fase nas organizações hospitalares brasileiras teve início com a construção e organização do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo e da Santa Casa de Misericórdia de Santos (SP). Também surgiram os hospitais beneficentes de grupos imigrantes como os ingleses, portugueses, espanhóis, italianos, alemães, israelitas, sírios, libaneses e outros.

Para Teixeira (1983), dentro do contexto atual, os hospitais se apresentam como a principal organização de prestação de serviços de saúde, atuando como uma oficina de ampliação de conhecimento médico, buscando soluções para os problemas de saúde da população e também passa a ser gerido como uma organizações com uma gestão profissionalizada:

O hospital moderno é uma organização que incorpora o avanço constante dos conhecimentos, das aptidões, da tecnologia médica, instalações e equipamentos, empregando grande número de profissionais especializados, oferecendo serviços com alto grau de especialização. Exibe um conjunto de finalidades: a assistência ao doente, o ensino e a pesquisa, desempenhando ao mesmo tempo o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, onde, além de se aplicar os conhecimentos existentes para a cura dos enfermos, se transmite a experiência passada a novos elementos e se olha o futuro através da experimentação ativa ou da observação passiva, contribuindo para o progresso das ciências médicas. (TEIXEIRA, 1993, p.45).

Galvão e Federighi (2002, p.214) fazem o seguinte comentário sobre a organização hospitalar:

O hospital começa, finalmente, a ser gerido como uma empresa, surgindo técnicas de gestão empresarial como o planejamento, a racionalização, a avaliação de resultados, a criação de carreiras profissionais e, especialmente, a profissionalização da função de administrador hospitalar. (GALVÃO ; FEDERIGHI, 2002, p.214).

Para Porter e Teisberger (2006), os hospitais são organismos complexos altamente especializados nas mais variadas áreas funcionais – Medicina, Farmácia, Enfermagem, Nutrição, dentre outras. Além dos aspectos relacionados às especializações observa-se uma reunião de serviços simultâneos e diversificados tais como: hotelaria, serviços médicos, enfermagem, higienização, controle de infecção hospitalar, farmácia, serviço social, serviços de apoio diagnóstico terapêutico (exames e imagens), dentre outros. Há também toda uma questão legal composta por normas, leis, portarias, regulamentações, oriundas de vários órgãos governamentais.

O hospital é definido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “uma parte integrante da organização médica social, cuja função é proporcionar à população atenção médica completa, tanto preventiva como curativa. O hospital é também um centro de preparação e treinamento de profissionais de saúde, de pesquisa biossocial” (MALAGON; MORERA; LAVERDE, 2000, p. 96).

Para Malagon-Londaño, Morera e Laverde (2003), o conceito de hospital engloba os mais variados recursos, elementos e dispositivos que articulados e submetidos a uma ação coordenada, podem conduzir à saúde integral, isto é, promoção, prevenção, recuperação e reabilitação (MALAGÓN-LONDOÑO, MORERA; LAVERDE, 2003, p. 12).

Os hospitais podem variar em função da sua natureza, do seu porte ou lotação, da sua condição de prestar atividades de ensino, em função do seu tipo de corpo clínico e até quanto ao sistema de edificação conforme apresentado no Quadro 11

Quadro 11 - Classificação das organizações hospitalares

Tipo da Classificação	Descrição
Natureza da assistência	a) geral: atende pacientes de várias especialidades; b) especializado: atende somente pacientes de determinadas especialidades médicas.
Propriedade, manutenção e controle	a) governamental: federais, estaduais, municipais e paraestatais (ex.: institutos); b) particular: com fins lucrativos ou sem fins lucrativos (ex.: hospitais filantrópicos – organizações hospitalares sem fins lucrativos que atendem, gratuitamente, pacientes pobres desprovidos de qualquer cobertura).
Capacidade ou lotação	a) pequeno: até 49 leitos; b) médio: 50 a 149 leitos; c) grande: 150 a 500 leitos; d) especial ou extra: acima de 500 leitos.
Capacidade de ensino (residência médica)	a) hospital de ensino; b) hospital com residência médica regulamentada; c) hospital sem regulamentação de residência médica.
Corpo clínico	a) fechado: quando o hospital dispõe de um corpo clínico efetivo, ou seja, próprio; b) aberto: quando o hospital não dispõe de um corpo clínico próprio, permitindo a qualquer médico trabalhar em seus serviços; c) misto: quando o hospital combina os dois modos anteriores.
Sistema de edificação (I)	a) pavilhonar: quando é formado por vários pavimentos; b) monobloco: quando a edificação é formada por um único bloco; c) misto: quando combina blocos e pavilhões.
Sistema de edificação (II)	a) vertical: edificações com vários pavimentos; b) horizontal: um ou mais blocos, predominantemente, na superfície.
Tempo de permanência do paciente no hospital	a) curta permanência: período médio de permanência inferior a 15 dias; b) longa permanência: período médio de permanência superior a 15 dias.

Fonte: Cerqueira (2003).

Nota: Baseado em Borba (1991).

Segundo Marinho (2005), no Brasil, os hospitais possuem grande diversidade de aspectos que os caracterizam de diversas formas. Em relação à sua propriedade, existem os hospitais públicos ou governamentais, que integram o SUS, além das organizações hospitalares privadas, com ou sem fins lucrativos, que podem, ou não, integrar a rede de atendimento do SUS.

De acordo com os dados estatísticos da Federação Brasileira de Hospitais (FBH) existem atualmente no Brasil 6.750 hospitais, sendo 68% privados, 29% públicos e 3% universitários e de ensino conforme demonstra o Quadro 12.

Quadro 12 - Total de Hospitais no Brasil

Hospitais Públicos	Federal	77	1.971
	Estadual	467	
	Municipal	1.427	
Hospitais Privados	Sem Fins Lucrativos	1.856	4.612
	Lucrativos	2.756	
Hospitais Universitários e de Ensino		167	167
TOTAL			6.750

Fonte: CNES (2010) apud FBH (2010).

As organizações hospitalares privadas têm, como principais compradores dos seus serviços, as operadoras de planos de saúde, as pessoas físicas e o SUS. Para o sistema público, os hospitais privados constituem-se em um instrumento de descentralização e operação do sistema público. Já as organizações sem fins lucrativos são formadas, habitualmente, por associações civis filantrópicas, que, para terem tal designação, devem destinar uma fatia da receita excedente à consecução de seus objetivos sociais, se beneficiando de imunidade ou isenção fiscal (CASTRO et al., 2003).

Segundo a FBH (2010) a saúde do país permanece em crise e a principal luta da FBH é pelo reajuste da tabela do SUS, pois conforme apresentado no Quadro 13 existem mais hospitais privados disponibilizados ao SUS do que hospitais públicos e com isto o custo da assistência dos hospitais privados torna-se ainda mais alto, uma vez que a diferença entre os custos e o repasse do governo federal continua grande.

Quadro 13 - Total de Hospitais disponibilizados ao SUS

Hospitais Públicos	Federal	49	1.921
	Estadual	457	
	Municipal	1.415	
Universitários e Ensino		167	167
TOTAL			2.088
Hospitais Privados	Sem Fins Lucrativos	1.687	2.862
	Lucrativos	1.175	
TOTAL			4.950

Fonte: CNES (2010) apud FBH (2010).

O Quadro 14 apresenta a disponibilidade de leitos para o atendimento aos pacientes SUS e não SUS (operadoras de plano de saúde e pessoa física).

Quadro 14 - Total de Leitos de Hospitais no Brasil

LEITOS	2006	2007	2008	2009	2010
Leitos SUS	375.682	372.811	357.299	364.570	336.061
Leitos não SUS	122.915	130.414	145.211	134.386	123.875
TOTAL	498.697	503.225	502.510	498.956	459.936

Fonte: CNES (2010) apud FBH (2010).

Outro traço característico, e que influencia diretamente no tratamento da organização hospitalar, diz respeito à forma particular de inserção no sistema econômico do setor de serviços de saúde, de acordo com Cohn (1999) existe:

Uma clara divisão de trabalho entre os setores público e privado, em que as medidas de caráter coletivo (como vacinação e controle de epidemias) ficam a cargo dos primeiros, enquanto os atendimentos de caráter individual (consultas e atos médicos de maior complexidade tecnológica e mais lucrativos) são prestados pelo setor privado. (COHB, 1999, p. 41).

Para Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2003, p.22), a organização hospitalar pode ser vista como uma organização com a máxima responsabilidade moral, social, legal, científica e administrativa. Além disso, funciona como centro de pesquisas, como instituição ideal para a formação de recursos humanos na área de saúde, como um protótipo de uma organização hoteleira, como um agrupamento científico e como uma organizações gigante de serviços.

Segundo Braga (1991), o estudo do hospital moderno, seu modo de funcionamento e sua estrutura interna, sob o ponto de vista das teorias da administração, é relativamente recente. Atualmente contempla uma equipe multidisciplinar com alto grau de especialização onde se utiliza tecnologia de ponta, técnicas e práticas gerencias voltadas para a melhoria na prestação dos serviços de saúde.

De acordo com Lima-Gonçalves (1999), para se entender a prática assistencial da organização hospitalar é indispensável destacar que esta é uma estrutura de alto dinamismo operacional, de elevado ritmo, na qual são

desenvolvidas atividades caracteristicamente polimorfas. Além da atividade médica, propriamente, outros setores atuam com características que poderiam permitir inclusive que funcionassem isoladamente fora dele, “com amplas possibilidades de viabilidade econômico-operacional”, tais como um hotel, uma farmácia, uma lavanderia e um restaurante (LIMA-GONÇALVES, 1999, p. 84).

Apesar de continuar sendo uma organização médica e social, o hospital moderno evoluiu, tanto do ponto de vista médico quanto tecnológico, tornando-se uma organizações que possui uma estrutura e administração própria, com pessoas capacitadas, e que presta serviços para a sociedade, realizando, assim, uma atividade econômica como qualquer outra organização (GALVÃO; FEDERIGH, 2002).

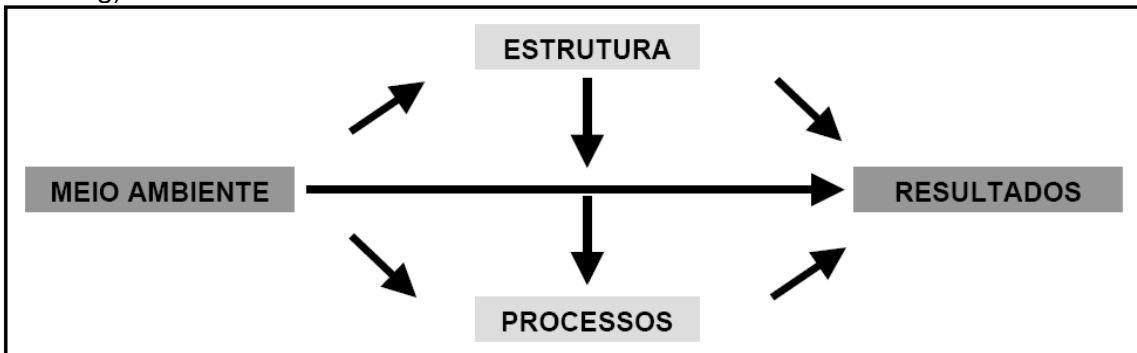
2.2.2 Gestão da Qualidade em organização hospitalar

Independente da classificação dos hospitais – privado, público ou governamental ou filantrópico - a complexidade é fator comum a todos. De acordo com Santos (1998), em função de sua área de atuação, as organizações hospitalares são tidas como organizações de alta complexidade, significativamente diferentes e únicas, se forem comparadas com outros tipos de organização, o que traz diretas conseqüências para sua gestão.

O Diretor do Instituto Johns Hopkins, nos EUA (JHM, 2006 apud PONTES et al., 2008), vem corroborar afirmando que dentre as organizações de prestação de serviços, o hospital é uma das mais complexas. O segmento de saúde só perde em nível de complexidade e em número de itens para a indústria aeroespacial. O fato é que, em decorrência desta complexidade, os hospitais estão buscando modelos de gestão para o alcance dos melhores resultados.

Para Bittar (2004) ainda não apareceu um diagrama melhor do que o modelo de Fleming para definir a complexidade dos hospitais, onde estrutura e processos nascidos no meio ambiente produzem resultados que também recebem a influência deste último, evidenciando interatividade constante entre estrutura, processos e meio ambiente conforme demonstrado na Figura 19

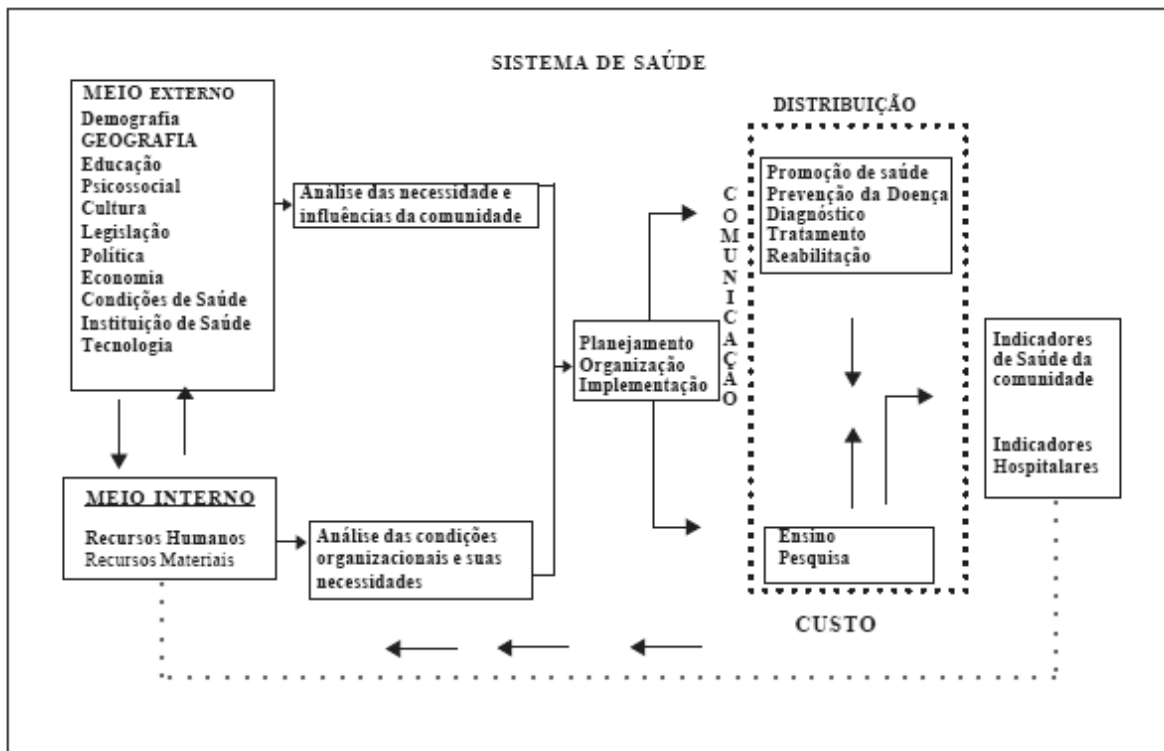
Figura 19 - Interação entre meio ambiente e uma organização de saúde (modelo de Fleming)



Fonte: Bittar (2004).

Analisando o modelo de Fleming, de acordo com Bittar (1999) este modelo é um dos primeiros passos para o entendimento da gestão de processos onde observa-se que os resultados dependem de processos que inevitavelmente estão na dependência da estrutura e do meio ambiente. A estrutura é definida pelos insumos, como área física, recursos materiais (equipamentos, ferramentas, financeiros, instrumentais, utensílios, tecidos, gases, órteses, próteses), recursos humanos e instrumentos de gestão, incluindo-se a estrutura organizacional (organograma) e os modelos teóricos aplicados na administração da instituição. Quanto ao processo Fleming define como toda tecnologia envolvida nos cuidados do paciente. Estrutura e processo caracterizam o meio interno da instituição. O meio ambiente ou meio externo, conforme demonstrado na Figura 20 modelo de Bittar, demonstra os inúmeros fatores com suas variáveis interferindo no processo de produção de programas e serviços (BITTAR, 1999, p. 357).

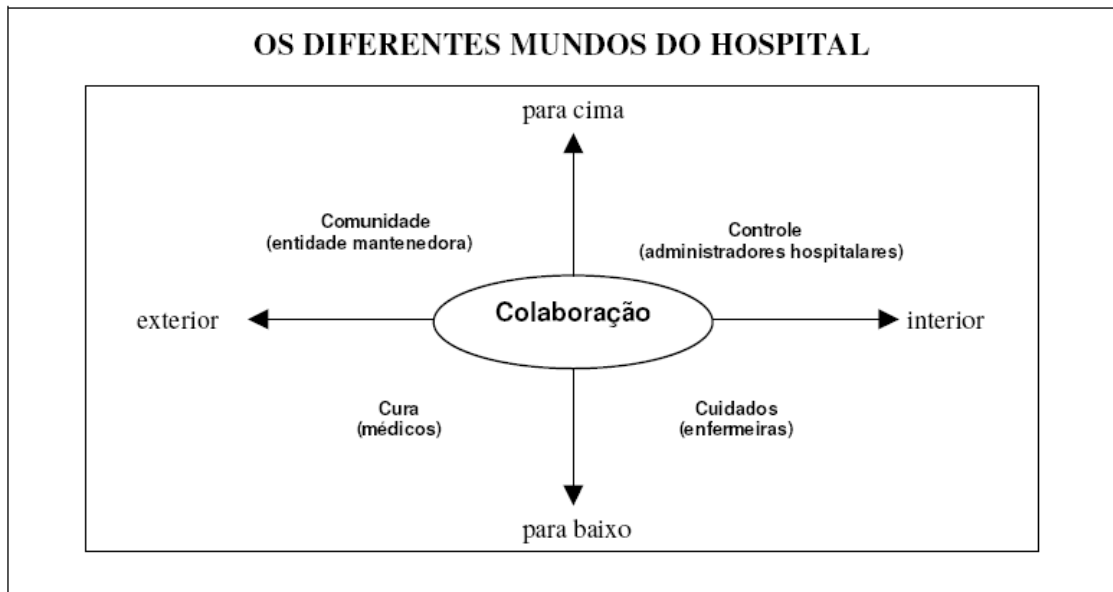
Figura 20 - Modelo de Bittar



Fonte: Bittar (1999).

Para Mintzberg (1997) apud Cerqueira (2003), essa complexidade deriva do fato de existir, dentro da organização hospitalar, quatro diferentes mundos, que, na realidade, são quatro diferentes conjuntos de atividades: cuidados, cura, controle e comunidade. Esses quatro diferentes mundos são representados, respectivamente, pelas pessoas ou recursos humanos da organização, pelas enfermeiras, pelos médicos, pelos gestores ou administradores hospitalares e pela entidade mantenedora. Pelo fato de esses quatro mundos tenderem a ter idéias e opiniões ligeiramente diferentes, o gerenciamento hospitalar torna-se extremamente difícil e complicado. A Figura 21 apresenta os diferentes mundos do hospital.

Figura 21 - Os diferentes mundos do hospital



Fonte: Mintzberg (1997) apud Cerqueira (2003).

Deste modo, a organização hospitalar não pode ser vista como única organização e sim, como quatro organizações dentro de uma só, em função de seus quatro mundos (cura, cuidados, controle e comunidade). O sistema hospitalar, sob a ação das forças oriundas desses mundos ou conjunto de atividades, tende à ruptura ao longo de dois eixos: o eixo vertical (para baixo - para cima), ruptura entre o interior e o exterior, e o eixo horizontal (interior – exterior), ruptura entre a dimensão técnica e a dimensão administrativa (SANTOS, 1998 apud CERQUEIRA, 2003, p. 30).

De acordo com Cerqueira (2003), quanto maior for a divergência entre os quatro mundos da organização hospitalar, maior será o esforço do administrador hospitalar na busca do equilíbrio da organização. Caso contrário, quanto maior for a convergência entre os quatro mundos, maior será a probabilidade de resolução dos problemas que afligem a organização hospitalar.

Uma das características da organização hospitalar atual é a de se comportar como centro de referência, articulando as políticas de saúde de um país, região ou localidade, promovendo a educação da comunidade para os aspectos de prevenção e reabilitação. Outra característica importante é o enquadramento dos procedimentos hospitalares dentro da estratégia de qualidade total, obedecendo a

padrões pesquisados e testados nos grandes centros de pesquisa do mundo e desenvolvendo um trabalho permanente de pesquisa e uma evolução sistemática de processos e atividades hospitalares (MALAGÓN-LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2003, p.15),

Segundo o Manual de acreditação de hospitais para a América Latina e Caribe (1998), o desenvolvimento de programas de garantia da qualidade é uma necessidade em termos de eficiência e uma obrigação em termos éticos e morais.

Para Malagón-Londoño, Morera e Laverde (2003, p. 96), a possibilidade competitiva do hospital atual depende de: planejamento estratégico; plano de desenvolvimento; organização e processo sob parâmetros de qualidade; orçamento adequado; recursos humanos qualificados; satisfação da equipe; avaliação de gestão; retroalimentação constante; disciplina de pesquisa; organização de dados e processos via sistemas informatizados e a ética como marco de referência. Estas características reforçam um caráter de atuação integral da organização tipo hospital, preparando-a para receber novos elementos de melhoria institucional percebidos em sua classificação de serviços prestados.

Neste contexto, o modelo de gestão atualmente adotado pelas organizações hospitalares está apoiado em programas de qualidade com conceitos voltados à gestão estratégica, planejamento estratégico, reengenharia de processos e administração por políticas, e ao uso inteligente e integrado de soluções informatizadas, que podem fazer com que essas organizações alavanquem novas posições (MALAGÓN-LONDOÑO; MORERA; LAVERDE, 2003).

O movimento da Qualidade em Saúde começou a ganhar espaço bem depois da qualidade na área industrial, e inicialmente era muito questionável se os conceitos e ferramentas poderiam ser aplicados também na área de saúde. O hospital deve trabalhar 365 dias ao ano e, muito embora seja olhado como instituição humanitária, encontra os mesmos problemas econômicos das empresas. A grande diferença do hospital em relação a outras empresas que prestam serviços é que ele recebe um ser humano enfermo e deve, caso seja possível, devolvê-lo ou permitir a sua saída com saúde. Conseqüentemente, o paciente é um cliente cujo

organismo não funciona adequadamente, é um ser humano no momento frágil, debilitado, que sofre, e que se desequilibra. É esse o ser humano que é a razão da existência das Organizações de Saúde. Portanto, é imprescindível que ele seja muito bem recebido, compreendido, e tratado (LIMA, 2006, p.18).

Lima (2006, p. 18) afirma que é natural questionar se os métodos da administração da qualidade industrial realmente podem ajudar na assistência à saúde. As diferenças parecem profundas entre o hospital e a fábrica e, mais ainda, entre uma linha de montagem e um consultório médico. Há três características dos hospitais, que diferem muito das empresas, e que constituem grandes desafios à aplicação bem sucedida da melhoria da qualidade:

- a) conexão freqüentemente obscura entre os "inputs" e os "outputs" na assistência médica; falta de clareza de quais atividades estão levando à quais resultados clínicos; relações de causa e efeito raramente são definidas;
- b) os pacientes têm dificuldade em distinguir o atendimento de elevada baixa qualidade;
- c) os hospitais muitas vezes operam com linhas distintas de autoridade: administrativo, enfermagem e médico, em vez da pirâmide única de autoridade comum na indústria.

O movimento da Qualidade em Saúde no Brasil iniciou-se em 1997. Em 1999 o Ministério da Saúde lançou o Programa de Acreditação Hospitalar, reconhecendo a Organização Nacional da Acreditação (ONA) como responsável por esse processo no país. A ONA é responsável pelo estabelecimento de padrões e pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas instituições acreditadoras (ANTUNES, 2004).

A Organização Nacional de Acreditação (ONA) é uma organização não governamental caracterizada como “pessoa jurídica de direito privado sem fins lucrativos e de interesse coletivo”, com abrangência de atuação nacional que tem por objetivo geral promover a implementação de um processo permanente de avaliação e de certificação da qualidade dos serviços de saúde, permitindo o aprimoramento contínuo da atenção, de forma a garantir a qualidade na assistência

aos cidadãos brasileiros, em todas as organizações prestadoras de serviços de saúde do País. A ONA define metas para implantação de um processo de certificação de hospitais identificado como Acreditação Hospitalar (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010).

Segundo Quinto Neto e Gastal (1997), a Acreditação é “uma possibilidade de assegurar aos usuários, profissionais, e público em geral a segurança indispensável aos serviços de saúde”. Para os autores, “os programas de qualidade nos serviços de saúde só adquirem maior consistência e continuidade na medida em que estão associados a um programa de acreditação hospitalar”. Segundo eles, os programas de qualidade enfatizam a gestão do negócio, enquanto a acreditação dá ênfase à gestão da assistência em saúde. Entretanto, apontam a importância da associação dos dois modelos de forma a assegurar que a instituição cumpra as exigências reclamadas pela comunidade e satisfaça as expectativas da sociedade.

Para Lima (2006, p. 22), a acreditação é um mecanismo voluntário, reservado e periódico, além de ser predominantemente educativo e capaz de mobilizar pessoas para a melhoria contínua de sua instituição de forma organizada e sistemática, e de centrar a gestão em fatos e em processos, focalizando os resultados, e fomentando um processo contínuo de aprendizado institucional. Através desse programa pode-se alcançar:

- a) maior garantia da qualidade da assistência através dos padrões;
- b) aumento da confiança do cliente interno/externo, bem como da comunidade geral;
- c) aprendizado contínuo da organização;
- d) o sucesso de algumas áreas que estimularão as demais;
- e) uma estratégia e plano de trabalho para garantir o envolvimento de todos, e a obtenção dos resultados esperados e necessários para se obter o crédito.

Para Pickering (1992), as justificativas para a utilização de processo de acreditação hospitalar estão pautadas no fato de que os programas de garantia da qualidade por si só são insignificantes sem o programa de acreditação e sem contar que a vantagem mais importante do programa de acreditação está no período

preparatório e no período posterior à avaliação devido a melhora na comunicação, no trabalho em equipe, na auto avaliação e revisão interna.

Segundo Bitar (1999), a implantação de programas de qualidade e a consequente certificação ou a implantação de programa de acreditação reveste-se de grande importância à medida em que vai proporcionar uma diminuição nos índices de custos e morbi-mortalidade, atingindo uma maior parcela da população com maior satisfação e provedores de cuidados. No entanto para a obtenção no resultado nestes programas são necessárias algumas atitudes básicas:

- a) definição de um sistema de informações que possibilite, em tempo real, coletar e trabalhar dados que permitam conhecer variáveis externas (do meio ambiente) e internas (institucionais) que facilitem o planejamento, organização, coordenação/direção e avaliação/controle de programas e serviços de promoção da saúde, prevenção da doença, diagnóstico, tratamento, reabilitação, ensino e pesquisa. Inclui-se neste sistema a pesquisa de opinião com clientes, pacientes, fornecedores, funcionários, médicos e visitantes;
- b) estrutura física, organizacional e material adequada ao desenvolvimento de programas e serviços baseados nas necessidades locais e regionais;
- c) normatização de todas as áreas e subáreas da instituição, inclusive com montagem de protocolos clínicos devidamente documentados e arquivados em resumos e processos implementados de acordo com documentação;
- d) recursos humanos selecionados para desempenho de tarefas no ambiente hospitalar, motivados e capacitados através de investimento em treinamento comportamental e técnico constante, procurando mostrar a visão global de toda instituição, fazendo-se da equipe a mais harmônica possível. Desenvolvimento de líderes comprometidos com a qualidade. Participação efetiva do corpo clínico. Profissionalização da gerência. Criação de canais de comunicação;
- e) padronização de materiais permanentes, material de consumo, medicamentos, impressos e processos;

- f) revisão ágil e constante dos processos já que a rápida evolução tecnológica assim o exige. Inovação e criatividade gerencial, tecnológica e estrutural como metas;
- g) ser realista na avaliação de processos, buscando-se a objetividade. Utilizar-se de ferramentas da clínica, da epidemiologia, da administração e da sociologia;
- h) utilização do "benchmarking" tanto interna como externamente para comparação de processos e resultados. Criação de indicadores próprios, qualitativos e quantitativos, simples e passíveis de utilização no mercado, baseando-se em parâmetros locais e regionais. Acrescer indicadores que possam medir o impacto sócio-econômico (empregos, injeção de recursos, preservação ambiental) decorrente da instituição como unidade produtora do nível econômico terciário;
- i) lembrar que qualidade sempre deve estar atrelada à baixos custos e alta produtividade.

O Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (2010) está estruturado em seis seções: Gestão e Liderança, Atenção ao Paciente/ Cliente, Diagnóstico, Apoio Técnico, Abastecimento e Apoio logístico e Infra-Estrutura. As seções interagem entre si, permitindo com que a organização de saúde seja avaliada com uma consistência sistêmica.

As subseções tratam do escopo específico de cada serviço, setor, unidade ou seção. Cada subseção é composta por padrões, elaborados com base na existência de três níveis. Os níveis possuem uma concepção seqüencial onde existe incorporação dos requisitos dos níveis anteriores. A definição dos níveis segue os princípios de Segurança (Nível 1), Organização (Nível 2) e Práticas de Gestão e Qualidade (Nível 3) conforme descrito no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (2010):

As exigências do nível 1 contemplam os requisitos básicos na qualidade da assistência prestada ao paciente, e tem como princípios orientadores: habilitação do corpo funcional; atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários (normas da

Vigilância Sanitária); estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas.

As exigências do nível 2 contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, e tem como princípios orientadores: existência de normas, rotinas, procedimentos documentados, atualizados e disponíveis; evidências da introdução e utilização de uma lógica de melhoria de processos nas ações de assistência e nos procedimentos médico-sanitários; evidências de atuação focalizada no cliente/paciente.

As exigências do nível 3 contêm evidências de políticas institucionais de melhoria contínua, e tem como princípios orientadores: evidências de vários ciclos de melhoria em todas as áreas, atingindo a organização de modo global e sistêmico; utilização de um sistema de informação institucional consistente, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística e sustentação de resultados; utilização de sistemas de aferição da satisfação dos clientes (internos e externos) e existência de um programa institucional da qualidade e produtividade implantado, com evidências de impacto sistêmico.

O hospital acreditado proporciona maior confiança para os clientes internos e externos, entretanto existem poucas instituições de saúde no Brasil que possui atestado de qualidade de seus serviços garantido através de uma certificação que é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas (ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, 2010).

A certificação confere credibilidade, confiança e sustentabilidade proporcionando aos seus usuários uma assistência médico-hospitalar segura, além de representar para a instituição o reconhecimento pelo trabalho integrado realizado pelo corpo clínico, equipe assistencial e administrativa.

No Brasil dos 128 hospitais acreditados pela certificadora ONA, 51 hospitais obtiveram Acreditação Hospitalar Plena - Nível 2, 44 foram acreditados com

Excelência – Nível 3 que representam respectivamente 40% e 34% conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 - Hospitais acreditados pela ONA no Brasil

Níveis de Acreditação	Hospitais	%
Acreditada: conformidade com os padrões definidos no nível 1	33	26%
Acreditada Pleno: conformidade com os padrões definidos no nível 2	51	40%
Acreditada com Excelência: conformidade com os padrões definidos no nível 3	44	34%
Total de Hospitais Acreditados	128	100%

Fonte: Elaboração própria, (2010).

Nota: Baseado em pesquisa realizada na Organização Nacional de Acreditação (2010).

Além da ONA existem atualmente no Brasil outras organizações desenvolvendo processos de acreditação hospitalar distintos, como:

- a) Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde - CBA¹⁶ que é a representante exclusiva da Joint Commission International - JCI no Brasil;
- b) Accreditation Canada ou CCHSA - Canadian Council on Health Services Accreditation¹⁷ cuja representante no Brasil é o Instituto Qualisa de Gestão-IQG.

Tomando como base a quantidade total de hospitais no Brasil, as organizações hospitalares que apresentam a garantia na qualidade dos serviços são ainda menores. Dos 6.750 hospitais existentes, apenas 51 hospitais possuem a acreditação hospitalar plena - nível 2 que representam 0,76% de todos os hospitais do país e 44 hospitais foram acreditados com excelência - nível 3 que corresponde a 0,65% de todos os hospitais do país conforme apresentado na Tabela 2.

¹⁶CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação é o nome fantasia da Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde – ABA. A Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde, organização sem fins lucrativos, foi criada de acordo com o novo Código Civil Brasileiro, que regulamenta todas as atividades institucionais sociais.

¹⁷CCHSA - Canadian Council on Health Services Accreditation é o processo de certificação canadense. O Instituto Qualisa de Gestão - IQG, através de Joint Venture com o Conselho de Acreditação Canadense, é exclusivo para implantação desta metodologia no Brasil.

Tabela 2 - Participação % de Hospitais Acreditados pela ONA em relação ao Total de Hospitais no Brasil

Organização Hospitalar	Quantidade	%
Total de Hospitais no Brasil	6.750	100%
Total de Hospitais Acreditado pela ONA	128	2%
Hospitais Acreditado em Nível 1	33	0,49%
Hospitais Acreditado em Nível 2	51	0,76%
Hospitais Acreditado em Nível 3	44	0,65%

Fonte: Elaboração própria, (2010).

Nota: Baseado em pesquisa realizada na CNES-04/2010 *apud* FBH, (2010); Organização Nacional de Acreditação (2010).

Atualmente algumas instituições hospitalares já possuem certificação com mais de uma organização que desenvolve o processo de acreditação hospitalar. A Tabela 3 apresenta a realidade de hospitais acreditados no Brasil considerando as três certificadoras.

Tabela 3 - Participação % de Hospitais Acreditados pela ONA, Joint Commission/ CBA e CCHSA em relação ao Total de Hospitais no Brasil.

Organização Hospitalar	Quantidade	%
Total de Hospitais no Brasil	6.750	100%
Total de Hospitais Acreditados no Brasil	149	2,2%
Hospitais Acreditados pela ONA	128	2%
Hospitais Acreditados pela Joint Commission/ CBA	15	0,22%
Hospitais Acreditados pela CCHSA	6	0,09%

Fonte: Elaboração própria (2010).

Nota: Baseado em pesquisa realizada CNES-042010 *apud* FBH (2010).

Analisando as Tabelas 1, 2 e 3, pode-se inferir que os hospitais brasileiros não tem indicação de oferecer garantia na qualidade de assistência aos seus usuários de saúde, uma vez que dos 6.750 hospitais existentes no Brasil, apenas 149 (que corresponde a 2,2%) são acreditados.

Do ponto de vista da acreditação hospitalar, as organizações hospitalares estão longe em adotar uma gestão por processos, pois dos 6.750 hospitais brasileiros apenas 95 (que corresponde a 1,41%) são acreditados no nível 2 e 3.

Segundo a Organização Nacional de Acreditação (2010), as exigências do nível 2 é o princípio da gestão por processos e a premissa obrigatória para conquistar a certificação com excelência - nível 3 (nível máximo) é consolidar o gerenciamento por processos e fortalecer a visão sistêmica.

Para Bittar (2004), o sistema brasileiro de acreditação, embora mantenha a departamentalização (serviços, unidades, setores) como indicação fundamental para as observações da qualificação da assistência prestada, contém pelo menos três elementos inovadores: foco no cliente, processos e visão sistêmica.

A melhoria da gestão da qualidade dos serviços prestados pelos hospitais vem sendo fortemente embasada através do processo de acreditação hospitalar que proporciona ao hospital acreditado maior confiança para os clientes internos e externos e também abre caminho para que os hospitais trilhem os passos para a implantação da gestão por processos. De acordo com Donabedian (2001) um dos três eixos da qualidade em saúde é o de processos, e conforme a acreditação hospitalar a importância de trabalhar os processos aparece no nível 2.

2.2.3 Organização hospitalar orientada a processos

Segundo Gonçalves (2000b), existem três categorias de processos empresariais que Lima (2006) também considera válidas para os hospitais:

- a) processos de negócio: são aqueles que caracterizam a essência do funcionamento da instituição, resultando no produto ou serviço que é recebido pelos clientes. Na saúde podemos entendê-los como sendo os processos assistenciais, ou seja, aqueles onde a prática médica e de enfermagem existem para cuidar do bem estar dos pacientes. Em algumas literaturas esses processos são também chamados de processos de sustentação;
- b) processos de apoio: são os que viabilizam o funcionamento de vários subsistemas da organização em busca de seu desempenho geral, garantindo o suporte adequado aos processos de negócio. Na saúde

podemos entendê-los como sendo os processos de suprimentos de materiais, de recursos humanos, financeiros, etc.;

- c) processos gerenciais: são focalizados nos gerentes e nas atividades que eles devem realizar, incluindo ações de medição e ajuste do desempenho de qualquer organização, inclusive a hospitalar.

Lima (2006, p. 29) afirma que ao percorrer o interior dos processos no universo hospitalar, algumas questões ficam aparentes acerca da produção das ações em saúde:

- a) o cuidado em saúde tem uma coordenação fragmentada pela lógica médica, através de um processo ambíguo que nem sempre está integrado com a equipe multiprofissional, nem mesmo com as outras unidades que são fornecedoras de serviços;
- b) processo do cuidado em saúde conta com a participação de muitos profissionais que vão compor a totalidade e integralidade da assistência. O que ocorre é que existem vários ruídos nessa interação, que evidenciam problemas ligados à organização do trabalho e a construção das relações entre as equipes. Por estas razões, existe possibilidade e potencialidade em se implantar mudanças no modelo de assistência à saúde a partir da revisão dos processos de trabalho, pois se percebe a disponibilidade para um trabalho coletivo com o desejo da equipe em melhorar as relações internas ao processo e externas com os outros processos da organização.

Segundo Bittar (1999), na organização hospitalar os processos estão presentes em todas as áreas, sendo que podemos dividi-los em dois tipos: processos aplicados diretamente aos pacientes e processos que servem de suporte ou atendimento entre as áreas e subáreas.

Para que os processos de diagnósticos e terapêuticos sejam realizados, existe a necessidade da realização dos outros processos da área de infra-estrutura, aumentando-se ainda mais a quantidade, diversidade e complexidade entre os setores conforme afirma Bittar (1999):

a) para um mesmo processo, em diferentes pacientes, pode-se necessitar de medicamentos com diferentes dosagens, assim como a mesma doença admite diferentes tratamentos, invasivos, não invasivos ou simplesmente a observação;

b) a mesma doença pode exigir um número maior e diferentes exames complementares para ser esclarecida;

c) a coordenação de uma equipe multiprofissional em saúde pode ser dificultada pelas diferentes categorias profissionais que a compõem, bem como pela diversidade de formação que cada faculdade imprime, desenvolvendo processos de maneiras e custos diferentes, embora corretos;

d) os conhecimentos das diversas categorias profissionais são muito estanques, assim, enfermeiros estão habilitados para aplicar medicamentos que farmacêuticos conhecem mais profundamente a farmacologia;

e) recrutamento, seleção e manutenção de profissionais para trabalhar na área não são tarefas fáceis dadas as especificidades, inclusive, trabalho em turnos, condições estressantes, responsabilidade, envolvimento emocional, entre outras;

f) educação, treinamento e habilidades são peças fundamentais, não só pelas considerações acima, mas também pela responsabilidade, complexidade, quantidade e diversidade de processos, já citados. É uma forma de assegurar qualidade, alta produtividade e baixo custo;

g) o simples contato da recepcionista, da telefonista com o público já é um processo que pode facilitar ou dificultar o relacionamento do público com os profissionais da instituição. Muitas vezes, o relacionamento é tumultuado por fatos desagradáveis ocorridos devido a trabalho insatisfatório desenvolvido por subáreas como nutrição e limpeza ou outro fato relativo a hotelaria;

h) na área de saúde, quem ordena as despesas não é quem autoriza a compra, mas os médicos que na maioria das vezes desconhecem o custo dos processos. Além do mais, os médicos são responsáveis pelo contato entre o paciente e o hospital, que é o prontuário médico, que nem sempre é legível e completo;

i) a área física interfere nos processos. Como exemplo podemos citar aquelas em que os fluxos de insumos, lixo, materiais biológicos não são adequados, levando à infecção hospitalar e suas conseqüências (morbidade, mortalidade, custos). Ela também facilita processos, reduzindo movimentos, diminuindo pessoal e custos;

j) a seleção e padronização de medicamentos, materiais de consumo, equipamentos, instrumentos e outros insumos é dificultada pela grande e variada oferta do mercado e pela rapidez com que o desenvolvimento tecnológico aumenta esta relação. Atrasos na entrega, insumos de má qualidade, podem comprometer o processo;

k) a revisão ágil e constante dos processos é pressionada pela rápida evolução da tecnologia, o que requer capacidade inovadora de toda a equipe;

l) o comprometimento das pessoas é fator preponderante para o bom sucesso dos processos;

m) comunicação é fator de viabilização dos processos. Assim, exige-se a coleta e divulgação de informações rotineiras e periódicas para sua alimentação;

n) um grande número de equipamentos de precisão é utilizado na realização de processos, o que faz, por exemplo, da calibração uma atividade imprescindível;

o) a repetição de trabalho pode se dar tanto pela utilização de insumos de má qualidade como por recursos humanos mal preparados, com custos elevados tanto financeiros como pela perda ou seqüelas deixadas em seres humanos (exemplo um raios-X com incidência não desejada);

p) devido ao grande número de interações na execução de um processo, a rastreabilidade quando do encontro de uma não-conformidade, exige tempo e trabalho dos profissionais;

q) situações de urgência/emergência em provisão de programas e serviços de saúde exigem que o tempo de resposta do processo que é executado seja curto, reforçando a necessidade das ações estarem descritas, treinadas, confiáveis e com determinação clara de responsabilidades. Na maioria das vezes as atividades dos processos podem estar em série (na seqüência) ou em paralelo (simultaneamente), fazendo com que exista uma logística bastante estudada para o seu desenvolvimento;

r) as inúmeras influências externas e internas no desenvolvimento dos processos hospitalares, técnicos e administrativos exigem programas de qualidade e sua conseqüente certificação ou acreditação;

s) a avaliação dos processos é dificultada pelos fatores que se resumem em excessiva dependência de mão-de-obra especializada e diversificada, complexidade tecnológica, fatores ambientais, diferenças de morbidade e mortalidade locais e regionais, fatores institucionais, redes internas e externas de interação de processos, entre outros. (BITTAR, 1999, p. 360-361).

Para Bittar (1999, p. 361), recursos humanos e materiais são combinados para desenvolver processos. O autor considera que os processos em uma organização hospitalar podem ser divididos em processos técnicos e processos administrativos:

- a) processos técnicos, são todos aqueles que atingem diretamente o paciente. Estes processos variam dos mais simples aos mais complexos, no qual exige-se mão de obra altamente treinada e muitas vezes equipamentos sofisticados;
- b) processos administrativos são aqueles que servem de apoio às diversas subáreas para manutenção das rotinas e do trabalho cotidiano. Encontram-se todos os processos ligados à área de infra-estrutura, bem

como os das outras áreas que não estão relacionados com prestação de cuidados direto aos pacientes.

De acordo com Gama (2009), dentro de um organização hospitalar os processos desenvolvidos para a prestação do serviço de saúde ocorrem a todo momento, em todos os setores e de forma multidisciplinar havendo a interação entre várias equipes de trabalho. Isto faz do hospital uma organização dinâmica que exige um estilo gestor cada vez mais capacitado para dar conta de suas demandas.

Segundo Bittar (1999), os serviços de saúde hospitalares podem ser divididos em quatro grandes áreas: infra estrutura; ambulatório e emergência; internação clínica cirúrgica e diagnóstico e tratamento. Cada uma dessas áreas possui características próprias no que diz respeito aos recursos e processos utilizados para obtenção de resultados conforme apresentado no Quadro 15

Quadro 15 - Áreas e Subáreas de um serviço de saúde

Áreas e subáreas	Características
Infra estrutura	Compõem todas as subáreas que dão suporte as outras áreas fins, ou seja, aquelas que não estão em contato direto com o paciente. São tão importantes quantos as outras visto que do seu desempenho depende a qualidade final dos programas e serviços. Não se pode afirmar qual é a mais importante delas, entretanto ressalta-se que todo o início dos processos baseia-se em três: farmácia, material e RH. A entrada de insumos inicia-se através delas; materiais e medicamentos são adquiridos, manipulados e distribuídos, recursos são recrutados, treinados e avaliados. Subáreas mais comuns: administração, auditoria, centro de esterilização de material, farmácia, finanças, informática, jurídico, lavanderia, manutenção, marketing, material, nutrição e dietética, recursos humanos, SAME e zeladoria.
Ambulatório e emergência	É uma área que pode contribuir não só com a qualidade do serviço, com a qualidade de vida do paciente, com a redução dos custos, à medida em que apresenta alta resolubilidade, trabalhando com a prevenção da doença, promoção da saúde, evitando-se internações. Tem como subáreas: ambulatório clínico e cirúrgico, sala de recuperação anestésica, odontologia, serviço social, psicologia e emergência

Áreas e subáreas	Características
Internação clínica cirúrgica	Casos graves necessariamente serão internados ou recorrerão à unidades de internação, com utilização de processos mais complexos, como os procedimentos invasivos, consumidores de recursos com trabalho mais estressante, na qual o paciente permanece por um tempo maior, sujeito a conflitos e possibilidade de observação do que ocorre no desenvolvimento dos processos, sendo composta pelas seguintes subáreas: anestesia, centro cirúrgico, centro obstétrico, centro de recuperação anestésica, internação clínico-cirúrgica, obstétrica e pediátrica, unidade neonatal unidade de moléstia infecto-contagiosa e serviço de controle da infecção hospitalar.
Diagnóstico e tratamento	É responsável pela ajuda e solução de diagnósticos e de tratamentos. Nas últimas décadas teve um desenvolvimento tecnológico enorme, contribuindo não só com a melhoria da qualidade e resolubilidade, mas também com o aumento dos custos. Aumentou, ainda, o número e a complexidade dos processos, exigindo tecnologia cara e recursos humanos altamente treinados. Possui as seguintes subáreas: anatomia patológica, angiografia/ hemodinâmica, banco de sangue, banco de tecidos, betaterapia, biologia molecular, cardiocografia, dermatologia (laser), diálise peritoneal, ecocardiografia, endoscopia, eletrocardiografia, eletroencefalografia, eletromiografia, ergometria, fisioterapia, fonoaudiologia, hemodiálise, holter, litotripsia, medicina nuclear, microondoterapia prostática, neurofisiologia, oftalmologia, ortóptica, patologia clínica, pneumologia (provas), potencial evocado, quimioterapia, radiologia, reprodução humana, radioterapia, reabilitação, ressonância magnética, tomografia, ultra-sonografia e urodinâmica.

Fonte: Elaboração própria (2009).

Nota: Baseado em Bittar (1999).

Já Donabedian (2001) apresenta as categorias "estruturas", "processos" e "resultados" como os três alvos potenciais da avaliação dos serviços de saúde:

- a) estruturas são os recursos que estão à disposição para se oferecer o serviço (área física, equipamentos, instalações, recursos humanos, etc.).
- b) processos significam "o próprio atendimento" - quais medicamentos são usados, quais procedimentos são realizados, como os diagnósticos são feitos, etc.
- c) resultados são as conseqüências decorrentes do atendimento, tais como o prolongamento da vida, o alívio à dor, etc.

Os destinos dos pacientes atendidos em uma organização hospitalar dividem-se basicamente entre a internação (para atendimento clínico, cirúrgico ou obstétrico), os serviços de diagnóstico e tratamento (para a realização de algum exame complementar de esclarecimento de diagnóstico), a alta definitiva ou a definição de uma data para retorno ao hospital (CERQUEIRA, 2003).

Silva (2004, p. 32), ao avaliar a adoção de métodos de excelência em gestão, afirma que empresas prestadoras de serviços de saúde possuem muitos processos descritos em suas rotinas e propõe subdividi-los entre aqueles “relativos ao produto” (processos que estão diretamente vinculados à criação de valor para o cliente), conforme demonstrado no Quadro 16 e “processos de apoio” (processos que dão suporte aos processos relativos ao produto) apresentados no Quadro 17.

Quadro 16 - Processos relativos ao produto hospitalar

Processos relativos ao produto hospitalar	Descrição
Assistência Ambulatorial	Modalidade de assistência em que o cliente é atendido em consultório, sem a necessidade de internação hospitalar, ou seja, sem necessidade de ocupar um leito no hospital.
Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento (SADT)	Processo por meio do qual o cliente é atendido para coleta (ou entrega) de material biológico, destinado à realização de exame especializado, e/ou para procedimento, com a finalidade de apoiar tecnicamente o diagnóstico ou tratamento.
Assistência Hospitalar	Modalidade de assistência precedida de internação (admissão) do cliente, que ocupa um leito hospitalar, para permanência igual ou superior a 24 horas, com a finalidade de diagnóstico e/ou tratamento.
Procedimentos Cirúrgicos	Modalidade de assistência com finalidade de tratamento ou procedimento cirúrgico, podendo ser ambulatorial ou por meio de internação hospitalar.
Procedimentos Obstétricos	Modalidade de assistência com a finalidade de tratamento ou procedimento obstétrico, podendo ser ambulatorial ou por meio de internação hospitalar.

Fonte: Silva (2004).

Quadro 17 - Processos de apoio hospitalar

Processos de apoio hospitalar	Descrição
Engenharia	Manter a infra-estrutura de subsistência do complexo hospitalar, buscando de forma integrada a sua modernização.
Administração de Recursos Materiais	Suprir as necessidades dos clientes internos com a qualidade e a quantidade esperadas, assegurando produtos e serviços a baixo custo e em tempo hábil na continuidade operacional da organização.
Administração de Pessoal	Gerir pessoas: fixação, satisfação, capacitação, remuneração, reconhecimento, avaliação de desempenho, captação, seleção, acompanhamento, desenvolvimento, qualidade de vida e benefícios.
Finanças	Maximizar os recursos econômico-financeiros da organização por meio do gerenciamento do fluxo monetário e de sistemas de informação e comunicação.
<i>Marketing</i>	Conquistar e manter clientes para a organização, encantando-os e satisfazendo as suas necessidades.
Nutrição e Dietética	Assistir nutricionalmente: produção e distribuição de alimentos.
Documentação e Pesquisa	Receber, classificar, organizar e manter os prontuários médicos e exames em condições de disponibilizar as informações neles contidas, para médicos, pesquisadores, pacientes, familiares, bem como para a sua utilização para fins jurídicos.

Fonte: Silva (2004).

Segundo Deming (1982), um dos dez princípios da qualidade é a Gerência por Processos. Este princípio traz o conceito da cadeia “fornecedor – processo – cliente”, na visão horizontal das organizações (visão sistêmica ou visão por processos), que integra as diferentes funções existentes e compõe uma rede de interação entre processos.

Nas organizações hospitalares a gestão por processos está trazendo um clima de confiança organizacional, estimulado pela compreensão entre as partes da cadeia fornecedor-processo-cliente, onde os funcionários dos níveis estratégico, tático e operacional participam do planejamento e das propostas de melhorias dos processos “relativos ao produto” (processos que estão diretamente vinculados à criação de valor para o cliente) e “processos de apoio” (processos que dão suporte aos processos relativos ao produto).

Em uma pesquisa no âmbito do Curso de Mestrado em Engenharia Mecânica/Gestão da Qualidade Total do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Engenharia Mecânica da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), no Hospital das Clínicas da Unicamp (HC-UNICAMP), observa-se que programa da qualidade passa de uma etapa centrada nas estratégias de qualidade para uma etapa fortemente centrada na estratégia de redesenho dos processos de trabalho, como uma forma de trazer a qualidade como algo inerente e inevitável ao desenvolvimento organizacional do hospital (LIMA, 2006, p. 116). A pesquisa no HC-UNICAMP trouxe algumas reflexões:

- a) os casos de maior sucesso foram nos setores de Patologia Clínica, Nutrição, Rouparia, Centro Cirúrgico e Recepções (LIMA, 2006, p. 89);
- b) os casos em que houve maior dificuldade foram os setores da UTI e a Radioterapia, pois dependiam muito de investimentos financeiros para infraestrutura física e equipamentos (LIMA, 2006, p. 89);
- c) de maneira geral, as mudanças que demoraram mais tempo para acontecer foram aquelas em que não havia cenário político, cultural, estratégico ou financeiro para implantar. Em todos os casos uma quantidade enorme de mudanças foi sugerida, sendo a maioria passível de implantação imediata (LIMA, 2006, p. 89);
- d) o que se pôde perceber pelos casos descritos no HC-UNICAMP é que os métodos e ferramentas da qualidade, especialmente o redesenho de processos são adequados à área de saúde em processos de todas as naturezas: processos de apoio (Nutrição e Rouparia), processos assistenciais (Radioterapia), processos gerenciais (Serviços Gerais e gerenciamento do contrato da Higiene e Limpeza), processos administrativos (Recepção) (LIMA, 2006, p. 118);
- e) A otimização dos processos eliminou burocracia e retrabalho, com redução de custos e desperdícios (LIMA, 2006, p. 117);
- f) os processos que foram redesenhados estão mais eficazes (de forma a viabilizar os resultados desejados, a eliminação de erros e a minimização de atrasos), mais eficientes (garantia da melhor utilização de cada recurso existente na empresa) e mais adaptáveis (às necessidades variáveis do usuário e da organização) (LIMA, 2006, p. 116);

- g) nota-se, também, que o trabalho de melhoria de processos vem mudando a cultura de forma gradual, provocando alteração nos valores e crenças das pessoas naturalmente sem nenhuma imposição (LIMA, 2006, p. 118);
- h) os pressupostos básicos da cultura que mais se desenvolveram com o Programa de Qualidade e o Redesenho dos Processos foram: a integração interna, a liderança, o movimento coletivo, e a visão da natureza humana (LIMA, 2006, p. 118);
- i) pode-se afirmar que o Desenvolvimento Organizacional do Hospital de Clínicas da UNICAMP evoluiu através da experiência na implantação do Modelo de Gestão da Qualidade e do Redesenho dos Processos de Trabalho (LIMA, 2006, p. 118).

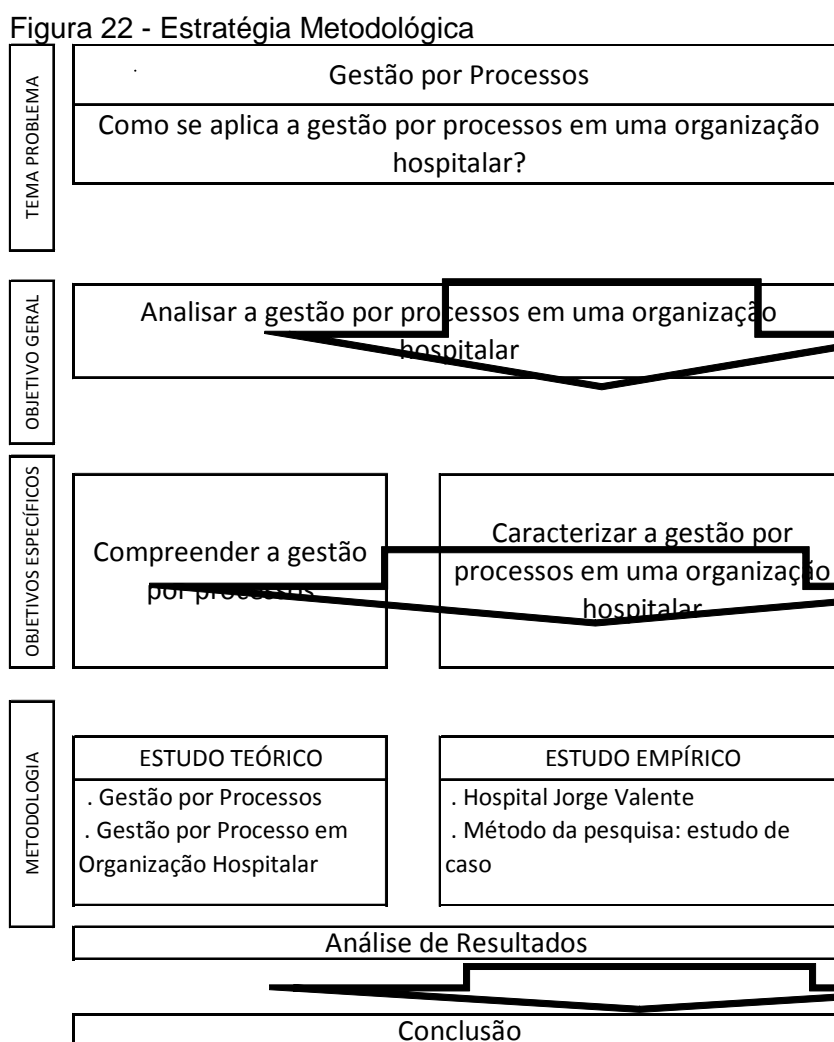
O artigo “A Gestão orientado por processos: Um estudo de Caso em uma Organização Hospitalar” apresenta os resultados da pesquisa realizada no Hospital do Câncer em Uberlândia. O objetivo geral está em analisar a disposição funcional dos elementos constituintes da instituição, a fim de verificar a relação e integração dos mesmos nos processos da organização, e a possibilidade de implementação de uma gestão orientada por processos (ABDALA, 2007, p. 5). A conclusão do estudo evidenciou:

- a) ao conhecer as etapas do processo de atendimento que o Hospital do Câncer oferece, constatou-se que aspectos da Gestão por Processos são, até certo ponto, aplicados e o foco no paciente já vinha sendo dado, o que pode ser facilmente observado na satisfação dos mesmos, por meio dos resultados alcançados nas entrevistas feitas com eles (ABDALA, 2007, p. 13);
- b) apesar da estrutura organizacional se caracterizar como funcional e centralizadora, as atividades realizadas estão integradas em processos devidamente definidos e que são de conhecimento dos colaboradores diretamente relacionados aos setores de atendimento do hospital (ABDALA, 2007, p. 13).
- c) apesar do hospital depender dos recursos do governo, e por esse motivo não possui autonomia quanto a certas ações e decisões, mantém características de empresa privada no que se refere à gestão dos processos e de pessoal (ABDALA, 2007, p. 13).

- d) o levantamento realizado através da elaboração da descrição de cargos, além de ter sido imprescindível para a elaboração dos fluxogramas, forneceu informações valiosas para a organização no que tange a área de Recursos Humanos, uma vez que, a descrição e análise dos cargos levantam possíveis injustiças e/ou sobrecarga de trabalho, e ainda define o perfil adequado ao cargo, facilitando o processo de Recrutamento e Seleção. (ABDALA, 2007, p. 13).
- e) entre os pontos analisados na pesquisa, um que se destacou foi a divergência entre alguns funcionários da secretaria que foram contratados por instituições distintas. Pelo fato destes funcionários serem provenientes de instituições diferentes, a cultura organizacional de cada uma delas exerce influência sobre o modo como eles percebem e agem no trabalho. Isto acarreta conflitos que podem levar a resultados não satisfatórios. Por isso, é muito importante que a organização reflita a respeito da construção de uma cultura própria, capaz de envolver as crenças e interesse de todos, reduzindo as diferenças. (ABDALA, 2007, p. 14).
- f) A formalização da estrutura de cargos e dos processos existentes no hospital veio a contribuir para o estabelecimento de estratégias que possibilitarão o alcance dos objetivos propostos, levando a organização rumo ao caminho da consolidação da gestão por processo. (ABDALA, 2007, p. 14).

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Nesta seção são apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para o alcance dos objetivos propostos que inclui: a definição do método de pesquisa utilizado, o detalhamento do campo empírico e as etapas que a pesquisadora trilhou para o alcance dos objetivos propostos: investigação dos objetivos específicos, desenvolvimento dos instrumentos de coleta de dados, a coleta de dados e a forma como os dados foram organizados. Para alcançar os objetivos propostos, adota-se a estratégia metodológica apresentado na Figura 22.



Fonte: Elaboração própria (2009).

3.1 MÉTODO DE PESQUISA

O método é conceituado por Bueno (2000) como a ordem que se segue na investigação da verdade, no estudo de uma ciência, ou ainda, para alcançar um determinado fim. A metodologia de pesquisa procura responder às questões como?, com quê?, onde? e quanto? (MARCONI; LAKATOS, 2001, p. 105). O método utilizado para o presente estudo é o estudo de caso.

Para a elaboração de um estudo de caso, são considerados os elementos: definição das principais questões envolvidas no projeto de estudo; elaboração de uma estrutura para coletar dados e suas proposições, se houver; definição da unidade de análise, isto é, do ambiente a ser estudado; relação das atividades que serão realizadas e dos procedimentos para a coleta de dados; e, análise dos dados coletados e conclusão (YIN, 2001, p. 34).

De forma geral o método de pesquisa com estudo de caso é adequado para responder perguntas diretas, ainda assim subjetivas, envolvendo questões tais quais “como” e “por que”. Neste estudo o método utilizado é o estudo de caso que tem como campo empírico o Hospital Jorge Valente (HJV).

3.2 CAMPO EMPÍRICO

O Hospital Jorge Valente é um hospital geral de médio porte, de natureza jurídica privada, fundado em 15 de junho de 1976. Com a capacidade de 146 leitos, possui um quadro composto de 974 colaboradores para executar suas atividades de prestação de serviços de saúde dos quais 863 são colaboradores diretos e 111 são prestadores de serviço. O corpo clínico é semi-aberto e composto por 350 médicos cadastrados. O hospital oferece Serviços de Emergência, Obstetrícia, Clínica Médica e Cirúrgica, UTI e UTSI de Adultos, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e Pediatria, sendo este último anexo ao hospital. O Serviço de Pediatria conta com atendimentos de urgência e emergência, serviços de vacinação e laboratório 24 horas. O HJV está classificado como hospital de média complexidade e é referência em atendimento de emergência, oferecendo assistência 24 horas através de diversas especialidades tais como: Cirurgia, Endoscopia Digestiva, Intensivista, Cardiologia, Obstetrícia,

Pediatria, Neonatologia e Anestesiologia; sendo que as demais funcionam em sistema de sobreaviso 24 horas. A Emergência, adulto e pediátrica, conta com o apoio dos serviços de: Radiologia, Ultrassonografia, Tomografia, Endoscopia e Oftalmologia. Além de ter sobreaviso nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia de Mão, Cirurgia de Tórax, Cirurgia Neurológica, Cirurgia Vascular, Microcirurgia, Otorrinolaringologia, Urologia, Angiologia, Neurologia e Proctologia. Maiores detalhes do HJV, campo empírico desta pesquisa, consultar o Anexo A.

Segundo os itens que classificam as organizações hospitalares, o HJV enquadra-se conforme apresentado no Quadro 18.

Quadro 18- Classificação do Hospital Jorge Valente

Item de Classificação	Descrição
Natureza da assistência	Geral – atende pacientes de várias especialidades.
Propriedade, manutenção e controle	Particular – com fins lucrativos.
Capacidade ou lotação	Médio porte – 50 a 149 leitos (possui 138 leitos).
Capacidade de ensino (residência médica)	Sem regulamentação de residência médica.
Corpo clínico	Misto – corpo clínico aberto e fechado ao mesmo tempo.
Sistema de edificação (I)	Pavilhonar – formado por vários pavimentos.
Sistema de edificação (II)	Vertical – edificações com vários pavimentos.
Tempo de permanência do paciente no hospital	Curta permanência – período médio de permanência inferior a 15 dias.

Fonte: Gama (2009).

O Anexo A apresenta detalhes do HJV, campo de investigação dessa pesquisa, com uma cronologia dos principais acontecimentos de 1970 até 2010. Apresenta também, a *holding* do grupo, a Promédica Proteção Médica a Empresas LTDA.

3.3 ETAPAS DA PESQUISA

3.3.1 Investigação dos objetivos específicos

Para a investigação dos objetivos específicos foi elaborado um Modelo de Análise conforme apresentado no Quadro 19.

Quadro 19 - Formato do Modelo de Análise

Objetivo Geral:		
Objetivo Específico 2:		
"Produtos" para alcance do Objetivo Específico 2:		
Resultado: alcance do Objetivo Específico 2 para o FRT 2		
Fundamento do Referencial Teórico - FRT (categoria de análise)	Autores	Itens do FRT2 analisado no campo empírico através de perguntas

Fonte: Elaboração própria (2009).

Para formatar o Modelo de Análise (APENDICE A) e identificar os Fundamentos do Referencial Teórico (FRT) ou categoria de análise, perguntou-se para cada objetivo específico: quais fundamentos e seus respectivos autores, presente no referencial teórico (capítulo 2), serão usados para análise no campo empírico a fim de cumprir o objetivo específico?

O Modelo de Análise (APENDICE A) tem como função relacionar os objetivos específicos aos elementos importantes que demandam do referencial teórico associando-os aos itens que serão analisados no campo empírico a fim de verificar se o que está proposto nos objetivos específicos foi alcançado, ou seja avaliar como se aplica a gestão por processos no Hospital Jorge Valente.

3.3.2 Desenvolvimento dos instrumentos de coleta de dados

Foram elaborados dois roteiros. Tanto para o Roteiro 1 (APÊNDICE B) quanto para o Roteiro 2 (APÊNDICE C), as perguntas abertas e fechadas foram elaboradas a partir do Modelo de Análise.

Cada roteiro possui um objetivo específico. O primeiro Roteiro tem a finalidade de investigar como se caracteriza a gestão por processos no HJV. O mesmo está estruturado em três partes: a primeira parte identifica o respondente (nome, cargo, etc.); a segunda parte contém três perguntas abertas e a terceira parte é composta por trinta perguntas fechadas.

O segundo Roteiro tem por função avaliar os fatores críticos que contribuem para a implantação da gestão por processo. Esse roteiro está estruturado em duas partes: a primeira parte identifica o respondente (nome, cargo, etc.) e a segunda parte é composta por dez perguntas fechadas.

Com relação às perguntas fechadas, uma das principais preocupações em pesquisas empíricas, em especial, quantitativas organizacionais é a definição da escala de medida apropriada para a coleta destas informações. As perguntas fechadas utilizadas nos roteiros 1 e 2 dessa pesquisa, contém afirmações com escalas baseadas na técnica de Likert (1-5)¹⁸. A escala Likert permite cinco itens possíveis de respostas com perguntas apresentadas em forma de afirmação e proposições de valores de 1 a 5, sendo que a variação do grau de respostas atinge extremos conforme demonstrado no Quadro 20.

¹⁸ A técnica de Likert foi elaborada pelo sociólogo norte-americano Rensis Likert em 1932 partindo do pressuposto que o indivíduo constrói níveis de aceitação e aprovação conforme suas experiências e influências sociais. (Alexandre e outros, 2003).

Quadro 20 - Escala Likert

Opção	Escala de possibilidades	Descrição
(5)	Concordo totalmente	significa que o fundamento descrito na afirmação é totalmente aplicado.
(4)	Concordo parcialmente	significa que o fundamento descrito na afirmação é aplicado na sua maioria.
(3)	Não concordo nem discordo (Indeciso)	significa que existem dúvidas que o fundamento é aplicado em sua maioria ou minoria.
(2)	Discordo parcialmente	significa que o fundamento descrito na afirmação não é aplicado na sua maioria
(1)	Discordo Totalmente	significa que o fundamento descrito na afirmação não é aplicado.

Fonte: Elaboração própria (2008).

Nota: Adaptado de Alexandre e outros (2003).

3.3.3 Coleta de dados

Em termos de coleta de dados, o estudo de caso é o mais completo de todos os delineamentos, pois os dados podem ser obtidos mediante análise de documentos, entrevistas, depoimentos pessoais, observação espontânea. O estudo de caso vale-se dos mais variados procedimentos de coleta de dados e o processo de análise e interpretação pode envolver diferentes modelos de análise. Todavia, é natural admitir que a análise dos dados para um estudo de caso, seja de natureza predominantemente qualitativa (GIL, 2002, p. 141).

Apesar da natureza do estudo de caso ser predominantemente qualitativa, empreendeu-se nesse estudo uma pesquisa de cunho qualitativo e quantitativo (quali-quantitativa), utilizando como instrumentos de coleta de dados: a realização de entrevistas utilizando-se roteiros compostos de perguntas abertas e fechadas.

Segundo Gil (2002), a entrevista é uma técnica que envolve duas pessoas numa situação “face a face” e em que uma delas formula questões e a outra responde. Na entrevista semi-estruturada as perguntas são padronizadas e previamente elaboradas e seguem um roteiro.

3.3.4 Sujeitos da Pesquisa

De acordo com a metodologia proposta, as entrevistas semi-estruturadas com a utilização de roteiro foram realizadas com os indivíduos que participaram ativamente da implantação do sistema de gestão por processos, integram a diretoria, gerência e coordenação do HJV, utilizam o sistema de gerenciamento de processos totalizando 17 pessoas com os seguintes perfis de atuação: médico, psicóloga, administrador de empresas, analista de sistemas, enfermeiro, farmacêutico que atuam nas áreas de prestação de serviços de saúde, atendimento, RH, Tecnologia da Informação, suprimentos, farmácia e qualidade. Todas as pessoas entrevistadas possuem um elevado conhecimento e envolvimento com o sistema de gerenciamento de processos e, conseqüentemente, são considerados sujeitos da pesquisa.

A fim de preservar a identidade dos entrevistados, nas respostas às perguntas abertas do Roteiro 1, os mesmos receberam a nomenclatura de “ENTREVISTADO” seguido de: numeração que vai de 1 a 17 e em seguida as siglas “PAP” para os entrevistados ligados diretamente aos Processos de Assistência ao Paciente e “PSAP” para os entrevistados ligados aos Processos de Suporte a Assistência ao Paciente.

As entrevistas, com a utilização de roteiros (APÊNDICE B e C), ocorreram em abril de 2009. As perguntas foram respondidas na presença do pesquisador com todas as dúvidas dirimidas no ato do preenchimento. Pelo fato do HJV já ter sido foco de outros trabalhos acadêmicos, os entrevistados se mostraram estimulados a participar da pesquisa.

3.3.5 Organização dos dados da pesquisa

Como afirma Yin (2001), a análise dos dados em estudo de caso consiste na compreensão dos dados no sentido de validar ou refutar os objetivos iniciais do estudo. As respostas à pergunta levantada no problema de pesquisa serão obtidas após análise dos dados levantados nas entrevistas.

A organização dos dados da pesquisa (análise e documentação dos resultados): O objetivo desta etapa foi estruturar e formalizar os resultados das respectivas análises qualitativas e quantitativas por meio de quadros, gráficos e descrições de conteúdos.

Os dados coletados por meio de entrevista foram organizados em tabelas comparativas e gráficos para uma melhor apreensão do conteúdo. As tabelas comparativas foram organizadas a partir das respostas dos entrevistados das áreas: Tecnologia da Informação, Qualidade Total e Administrativa. Foram elaborados gráficos de todas as questões respondidas pelos entrevistados, porém no texto, só foram apresentados aqueles que serviram, segundo o julgamento dessa pesquisadora, para dar maior sustentação ao trabalho de pesquisa realizado.

4 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Esta seção foi construída a partir da interface feita com o referencial teórico, dados coletados no campo empírico e a análise dos mesmos sob a ótica da pesquisadora que busca apresentar os resultados da pesquisa realizada de forma dialógica. O resultado da análise desses dados, juntamente com as anotações feitas a partir das observações no campo empírico e o referencial teórico compõe um conjunto de informações que são a base para verificar como se aplica a gestão por processos em uma organização hospitalar.

4.1 A GESTÃO POR PROCESSOS NO HJV

Ampliar o acesso da população aos avanços da Medicina e proporcionar um atendimento médico de qualidade foram os objetivos do médico, professor e empresário Jorge Valente Filho ao fundar a Promédica Proteção Médica a Empresas, em maio de 1969. Líder do setor de saúde na Bahia, a operadora de planos de saúde Promédica possui mais de dois mil clientes corporativos e atende a uma comunidade de 110 mil usuários através de uma ampla rede de atendimento com serviços próprios e credenciados.

No sétimo ano de sua existência, a empresa de medicina de grupo investiu na construção de um hospital. Com a inauguração do Hospital Jorge Valente (HJV), em junho de 1976, foi implementada uma filosofia empresarial que é o alicerce do grupo ao investir em estruturas próprias de atendimento, dotando-se das tecnologias mais modernas no intuito de prover o melhor atendimento médico-hospitalar à sociedade.

Após a construção do Hospital Jorge Valente, as iniciativas continuaram com a montagem da rede de laboratórios Datalab, em 1978, e a inauguração do Day Hospital Promédica, como o primeiro hospital dia do Norte-Nordeste, em 1988. Posteriormente, em 1994, foi a vez do lançamento do CSP – Centro de Saúde Promédica, uma iniciativa que marcou a entrada do grupo no segmento de medicina ocupacional.

O perfil inovador se manifestou mais uma vez com o início das atividades da Promédica Tecnologia, no ano 2000, já com vistas a comercializar os sistemas de

informações da Operadora Promédica e do Hospital Jorge Valente. Em 2002 foi inaugurada a Clínica de Saúde Promédica que introduziu um novo conceito de assistência à saúde com atendimento integral nas especialidades de pediatria, ginecologia, obstetrícia e clínica médica, além de contar com um eficiente programa de medicina preventiva.

Em 2006, foram inaugurados o Núcleo de Terapia Oncológica (NTO), unidade especializada no atendimento e tratamento de pacientes com câncer e a unidade do Pronto Atendimento Garibaldi (PA), próxima ao Hospital Jorge Valente. Também, em 2006, a Clínica de Saúde Promédica transformou-se no Centro Médico Promédica oferecendo atendimento em diversas especialidades médicas e dispondo de um eficiente sistema integrado de informação que proporciona aos médicos uma visão mais ampla do quadro clínico dos pacientes, além de estrutura de serviços de apoio ao diagnóstico e procedimentos. Todos estes serviços em um só local para proporcionar comodidade, conforto e atender seus pacientes de forma integrada.

O Grupo Promédica continuou a expandir a sua rede própria de atendimento com a inauguração do Centro Médico Promédica Cidade Baixa, em outubro de 2007. A nova unidade segue a mesma estratégia de reunir diversas especialidades e a possibilidade de realização de consultas, exames e procedimentos em um mesmo local, combinando qualidade, conforto e eficiência.

Construir um Hospital sempre foi o sonho do Professor Jorge Valente. Fundador da Escola Baiana de Medicina e Saúde Pública dirigiu e lecionou durante 17 anos na Universidade Federal da Bahia, foi Professor Catedrático de Urologia e implantou a primeira hemodiálise na Bahia, sendo esta uma grande contribuição para o Estado. Na década de 60, durante o governo do Presidente Jânio Quadros, ele fez uma tentativa de construir um Hospital, mas a instável e conturbada economia da época o impediu. Seu sonho foi realizado através de seu filho, o médico Jorge Valente Filho, em 15 de junho de 1976, quando fez uma homenagem a seu pai, inaugurando o primeiro grande investimento do Grupo Promédica, o Hospital Professor Jorge Valente, com a incumbência de prestar assistência médico-hospitalar à comunidade do próprio Grupo. Projetado para prestar atendimento nas mais variadas especialidades, o Hospital Jorge Valente surgiu em um momento que

Salvador necessitava de uma máquina hospitalar nova e com constante atualização tecnológica e de profissionais.

O Hospital Jorge Valente é um Hospital geral, privado e de médio porte, tendo como foco principal, o atendimento integral ao paciente, sendo esta sua marca registrada desde a sua fundação. Conta com 147 leitos distribuídos entre as unidades de internação e observação. O Hospital oferece Serviços de Emergência, Obstetrícia, Clínica Médica e Cirúrgica, UTI e UTSI de Adultos, UTI Neonatal, UTI Pediátrica e Pediatria, sendo este último anexo ao Hospital. O Serviço de Pediatria conta com atendimentos de urgência e emergência, serviços de vacinação e laboratório 24 horas. O hospital é hoje uma referência em atendimento de emergência, possuindo toda a estrutura tecnológica e técnica necessária às atividades a que se propõe. Dispõe de uma equipe médica, em plantão 24 horas, nas especialidades de: Cirurgia, Endoscopia Digestiva, Intensivista, Cardiologia, Obstetrícia, Pediatria, Neonatologia e Anestesiologia; sendo que as demais funcionam em sistema de sobreaviso 24 horas. A Emergência, adulto e pediátrica, conta com o apoio dos serviços de: Radiologia, Ultrassonografia, Tomografia, Endoscopia e Oftalmologia; além de sobreaviso nas seguintes especialidades: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Cirurgia de Mão, Cirurgia de Tórax, Cirurgia Neurológica, Cirurgia Vascular, Microcirurgia, Otorrinolaringologia, Urologia, Angiologia, Neurologia e Proctologia. . O investimento em tecnologia sempre foi prioridade para o Grupo Promédica e uma marca histórica do Hospital Jorge Valente. Entre os hospitais privados, foi o pioneiro na implantação de uma Unidade de Tratamento Intensivo em Salvador, em funcionamento desde a sua fundação.

Em seus 34 anos de existência, o Hospital Jorge Valente tem buscado de forma contínua a evolução em seus padrões de atendimento, a qualidade e a confiabilidade dos serviços prestados à sociedade, apoiado por um modelo de gestão moderno, que investe em capacitação e tecnologias de última geração. A direção do HJV exerce um papel fundamental neste sentido, caracterizando-se por apoiar a diretriz de sempre fornecer atendimento de alta qualidade à comunidade e participar diretamente das análises e decisões estratégicas.

O sistema de liderança do Hospital é responsável direto pela criação e manutenção do ambiente organizacional que tem na inovação contínua a estratégia

principal para a consecução da sua missão. As lideranças constituem-se de pessoas polivalentes, com visão sistêmica de processos, que visualizam na estratégia de prover o corpo funcional com os mecanismos tecnológicos mais avançados como meio para alcançar o alto desempenho. A participação atuante da alta administração facilita o entendimento do alinhamento estratégico das áreas operacionais com os projetos do planejamento estratégico anual. Este modelo de gestão é apoiado por um sistema de tecnologia da informação que é a de uma postura inovadora do hospital.

A busca pela melhoria contínua, princípio básico da Gestão pela Qualidade Total, adotada pelo Hospital, propiciou uma maior integração dos setores, bem como dos seus processos. A ferramenta responsável pela integração destes processos é o Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação (PETI) alinhado ao Planejamento Estratégico do HJV.

A cronologia dos acontecimentos que se segue, tem o intuito de fortalecer e detalhar na linha do tempo, uma série de acontecimentos que revela o espírito inovador do Grupo Promédica e uma postura arrojada frente à evolução da informatização.

Década de 70:

1976 – Fundação do Hospital Jorge Valente

1979 - o Hospital trouxe para a Bahia, o primeiro tomógrafo computadorizado do Norte e Nordeste. Este investimento fez com que a comunidade médica baiana visualizasse no HJV uma organização voltada a prover as melhores condições de trabalho para profissionais e melhores resultados para pacientes. Este fato despertou interesse de muitos médicos em fazer parte da equipe do HJV.

Década de 80:

O Hospital Jorge Valente passou por diversas ampliações na sua estrutura física e tecnológica com o objetivo de modernizar as suas instalações.

Década de 90:

1990 - houve a ampliação da Unidade Neonatal que passou a atender casos de recém-nascidos de alto risco. O Hospital também foi um dos primeiros em Salvador a instituir o Alojamento Conjunto com sucesso.

1992 - o Hospital redefiniu o seu planejamento estratégico, tendo como pontos principais a reestruturação administrativa, reforma física e atualização tecnológica. Desta reestruturação administrativa surgiram necessidades de ações estratégicas como:

- Definição da Missão do Hospital;
- Mudança no modelo gerencial;
- Adoção do regime de parcerias com unidades específicas;
- Padronização de medicamentos pelo princípio ativo;
- Implantação da dose individualizada de medicamentos;
- Implantação de materiais pela descrição técnica;
- Eliminação de sub estoques existentes nos postos de enfermagem;
- Implantação da farmácia satélite no bloco operatório;
- Implementação da Comissão de Controle e Infecção Hospitalar;
- Implantação da Comissão de Padronização de Materiais e Medicamentos.

1994/1995 - o Instituto Miguel Calmon (IMIC), por duas vezes consecutivas, concedeu o Prêmio de “Melhor Desempenho Hospitalar” do Norte e Nordeste ao Hospital Jorge Valente.

1996 – O Hospital iniciou o Programa de Assistência Domiciliar.

1996/1997 - Foi o primeiro Hospital da Bahia a adotar um programa formal de Gestão pela Qualidade Total (PGQT), contratando a consultoria da Fundação de Desenvolvimento Gerencial (antiga Fundação Christiano Ottoni), de Minas Gerais e criou o Núcleo de Qualidade Total. O PGQT formalizou os procedimentos de diversas áreas do hospital e criou indicadores de desempenho para o acompanhamento dos resultados e mapeamento de necessidade de melhorias.

1997/1998 - O Hospital implantou o Serviço de Nutrição Parenteral e Enteral e a Comissão de Terapia Nutricional. Em 1998, implantou também a Pesquisa de Satisfação com o Cliente Médico.

Década de 2000:

O Hospital inaugurou o Centro de Emergência Pediátrica, UTI Pediátrica e implantou o Programa de Lazer para os pacientes internados. Nesse mesmo ano, o Jorge

Valente foi premiado como a empresa de melhor desempenho no exercício de 1999, na área Médica e Hospitalar pelo IMIC. Este também foi o ano no qual a diretoria do hospital decide pela mudança do sistema de informatização, trocando a tecnologia Clipper, que se tornara obsoleta para o porte da organização, pela tecnologia Oracle.

2001 – O Hospital implantou o Serviço de Quimioterapia, atendendo as exigências da Vigilância Sanitária.

2001/2002 – O Hospital avançou na informatização para os seus diversos setores através de planejamentos estratégicos de tecnologia da informação escritos anualmente e alinhados com a alta direção.

2002 – O Planejamento Estratégico anual do HJV incorpora o Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação (PETI). Este alinhamento estratégico dá início a uma fase de projetos inovadores no Hospital que tem como base a mudança para tecnologia Oracle.

2002 – O PETI atua em diversas áreas do HJV gerando ações conjuntas entre a equipe do Centro de Processamento de Dados e os líderes das áreas. Os primeiros resultados efetivos do processo inovador se dão neste ano.

2003 – Ano do falecimento do presidente do grupo, Dr. Jorge Valente, tendo como sucessora a sua esposa, Tereza Valente.

2004 – O Hospital conquistou a Acreditação Hospitalar Plena (nível 2), sendo o primeiro hospital da Bahia a obter tal certificação. A avaliação foi realizada pelo Instituto Qualisa de Gestão (SP), em novembro do mesmo ano, criando um marco de referência no mercado.

2005 – Foi implementado o Programa Intensivo de Educação Oracle visando garantir a correta utilização dos sistemas e o bom uso das informações no processo decisório.

2006 – O HJV implantou novas unidades: Núcleo de Terapia Oncológica – NTO e o Pronto Atendimento – PA. O planejamento estratégico de tecnologia da informação avança para as demais áreas do hospital como: Emergência-PA, Quimioterapia, Suprimentos, Enfermagem, UTI Neonatal e Posto de Emergência.

2006 – O Planejamento Estratégico de Tecnologia da Informação se volta para dar suporte na busca da Acreditação Hospitalar com Excelência Nível 3 (máximo).

2006 – Em novembro, o hospital conquista a Acreditação Hospitalar Nível 3, passando a fazer parte de um seleto grupo de instituições do cenário nacional. Este

grupo passa a ser reunir periodicamente com a finalidade de discutir indicadores de desempenho, melhorias práticas na saúde, projetos inovadores e evidências de melhorias contínuas de seus processos.

2007/2008 – O Jorge Valente intensifica os esforços no Prontuário Eletrônico, ampliando-o para todo o hospital. Torna-se ainda foco de atenção para trabalhos acadêmicos e visitas empresariais. Alguns de seus colaboradores passam a proferir palestras em vários programas nacionais do segmento saúde, expondo toda a sua história como um verdadeiro caso de sucesso. O Grupo Promédica adquire 62% das ações do Hospital da Cidade, localizado em Salvador, numa área de alta densidade populacional.

2009 – Implantação, pela área de Tecnologia da Informação do Hospital Jorge Valente, toda a solução informatizada no Hospital da Cidade (unidade adquirida pelo Grupo Promédica em abril de 2008).

2010 – Definido consórcio gestor do Hospital do Subúrbio em 01.03.2010. O consórcio formado pelas empresas Promédica (baiana) e Dalkia (francesa) venceu a licitação para Parceria Público-Privada (PPP) para administrar o Hospital do Subúrbio de Salvador (HS).

O Hospital Jorge Valente integra tem o seu processo de liderança alinhado com o planejamento e objetivos estratégicos do grupo,. Esse hospital está entre as poucas instituições de saúde no Brasil que possui atestado de qualidade de seus serviços garantido através de uma certificação¹⁹. A certificação confere credibilidade, confiança e sustentabilidade proporcionando aos seus usuários uma assistência médico-hospitalar segura, além de representar para a instituição o reconhecimento pelo trabalho integrado realizado pelo corpo clínico, equipe assistencial e administrativa.

Para conquistar a certificação com excelência e estar entre os melhores do seu ramo, o HJV passou a migrar de uma gestão estritamente hierárquica, estabelecida desde sua fundação em 1976 para uma gestão hierárquica e também por processos.

¹⁹Certificação - é um processo pelo qual uma agência governamental ou uma associação profissional reconhece oficialmente uma entidade ou indivíduo como tendo encontrado certas qualificações predeterminadas (ONA, 2009).

O resultado do trabalho realizado foi reconhecido nacionalmente em novembro de 2004 quando o HJV passou a ser o primeiro hospital do Norte e Nordeste a conquistar a Acreditação Hospitalar Plena – Nível 2 concedida pela ONA através da certificadora Instituto Qualisa de Gestão - IQG. Neste mesmo ano a direção do hospital definiu como meta para o planejamento estratégico, para os anos 2005/2006, atingir o nível máximo - Nível 3 da acreditação hospitalar até novembro de 2006.

O primeiro passo foi a criação do grupo de inteligência denominado NEGEP (Núcleo Epidemiológico de Gerenciamento de Processos) composto por representantes do Núcleo de Qualidade Total (NQT), Tecnologia da Informação (TI), Gerência Médica e Serviço de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH). Este grupo trabalhou, inicialmente, na identificação dos principais processos institucionais, mapeamento dos processos setoriais, na interface das unidades envolvidas através da padronização e no estabelecimento da sistemática de monitoramento dos indicadores.

O passo seguinte foi a construção de um software de gerenciamento de processos que atendesse às necessidades de uma gestão orientada a processos com os requisitos: possuir características de gerenciamento de processos de negócios ou Business Process Management - BPM, dispor das funcionalidades de um sistema de gerenciamento de processos de negócios ou Business Process Management System - BPMS, integrar com o SCIH e efetuar o monitoramento dos indicadores que suportam cada processo permitindo o acompanhamento e visualização dos mesmos para identificação de melhoria contínua.

O sistema foi desenvolvido por equipe própria da área de Tecnologia da Informação - TI e “nasceu” em abril de 2006 recebendo o nome de NEGEP. Em julho de 2006 o NEGEP foi implantado em todo o HJV como um módulo do sistema de gestão hospitalar para atender ao objetivo de “orquestrar o funcionamento” de todos os processos consolidando uma visão sistêmica exigida pela ONA para a certificação de Nível 3.

Em novembro de 2006 o HJV conquistou a Certificação com Excelência - Nível 3 (nível máximo), também concedida pela ONA através da certificadora Instituto Qualisa de Gestão – IQG e desta forma o HJV passou a fazer parte de um grupo restrito de instituições hospitalares do cenário nacional que possuem tal certificação.

4.1.1 Implantação da gestão por processos no HJV

Dentre as características referentes a implantação da gestão por processos (GP) apresentadas no referencial teórico foram selecionadas indicadores a fim de avaliar como os entrevistados avaliam os fatores críticos de sucesso quando da implantação da GP no HJV.

O Quadro 21 apresenta 10 indicadores consolidados que retratam os principais fatores críticos de sucesso que ocorreu quando da implantação da GP no HJV.

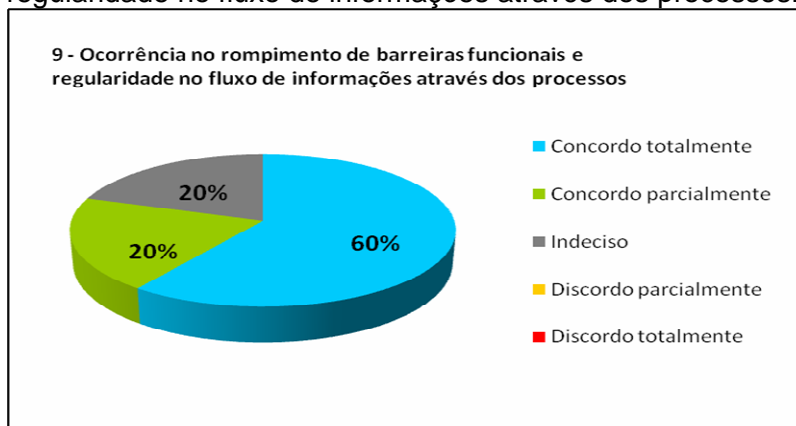
Quadro 21 - Indicadores de implantação da Gestão por Processos no HJV

Indicadores	Concordo totalmente	Concordo parcialmente	Indeciso	Discordo parcialmente	Discordo totalmente	Total
1. Apoio da alta direção	60%	40%	0%	0%	0%	100%
2. Estratégia para gerir a mudança	40%	20%	40%	0%	0%	100%
3. Alinhamento entre estratégias e processos	80%	20%	0%	0%	0%	100%
4. Implantação de indicadores de desempenho	40%	60%	0%	0%	0%	100%
5. Procedimentos simplificados /redução de burocracia	60%	0%	20%	0%	20%	100%
6. Capacitação de pessoas envolvidas	60%	40%	0%	0%	0%	100%
7. Percepção da elevação no nível de desempenho dos processos	20%	60%	20%	0%	0%	100%
8. Adaptação dos processos às variações do mercado	80%	20%	0%	0%	0%	100%
9. Ocorrência do rompimento de barreiras funcionais	60%	20%	20%	0%	0%	100%
10. Consenso no direcionamento e prioridades dos processos	60%	40%	0%	0%	0%	100%

Fonte: Dados da pesquisa.

Analisando o Quadro 21, percebe-se que o indicador 9 (Ocorrência de rompimento de barreiras funcionais), embora tenha alcançado 80% de concordância conforme apresentado no Gráfico 1 merece um destaque pois toca justamente na questão da estrutura hierárquica. Tal aspecto encontra ressonância na fala do colaborador E5PSA quando afirma: “Para mim, a visão da gestão por processos ainda é incipiente, não resta dúvida que a estrutura hierárquica ainda impera. Por um lado, ela é importante como mecanismo organizador, mas deixa a desejar como efetivo mecanismo de gestão.”

Gráfico 1 – Implantação da GP no HJV houve a ocorrência de barreiras funcionais e regularidade no fluxo de informações através dos processos.

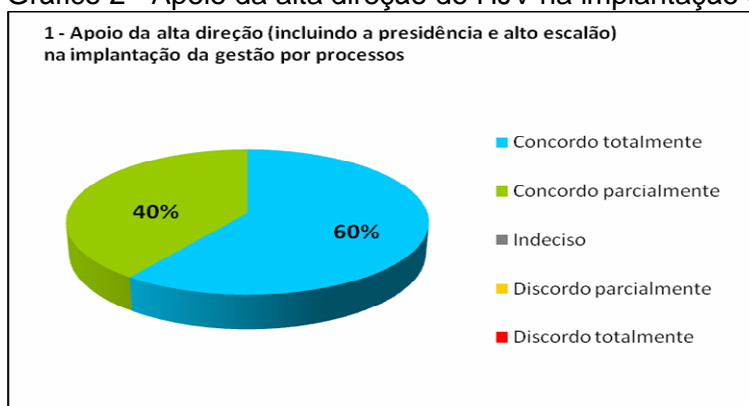


Fonte: Dados da Pesquisa.

Pode-se considerar que a fala de E5PSA evidencia os resquícios de modelos de gestão de uma organização que passou por um processo de migração de uma gestão estritamente hierarquizada para uma gestão hierarquizada e por processos como citou E1PSA. Esse fato é compreensivo e essa percepção verdadeira quando se considera que tais aspectos são inerentes a organizações que passam por esse tipo de transição na sua gestão.

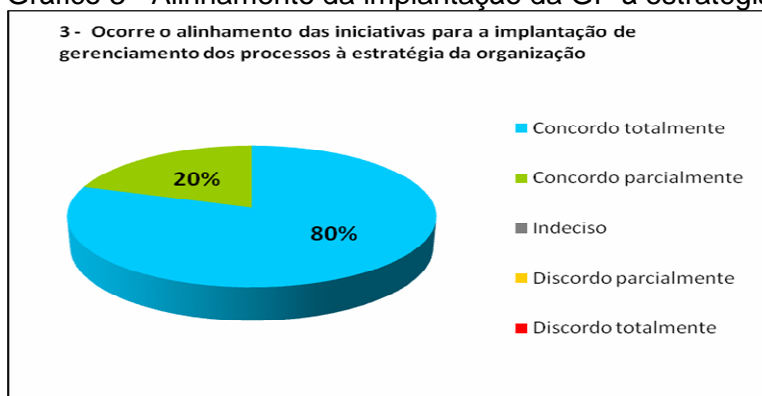
Quanto aos demais indicadores, observa-se 100% de concordância quando se trata de apoio da alta, alinhamento entre estratégias e processos, implantação de indicadores de desempenho, capacitação de pessoas envolvidas, adaptação do processo às variações do mercado e consenso no direcionamento e prioridade dos processos apresentados nos respectivos Gráficos 1, 3, 4, 6, 8 e 10.

Gráfico 2 - Apoio da alta direção do HJV na implantação da GP



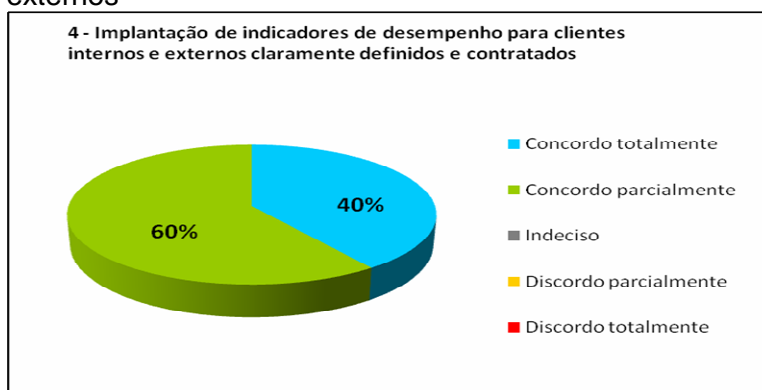
Fonte: Dados da Pesquisa

Gráfico 3 - Alinhamento da implantação da GP à estratégia do HJV



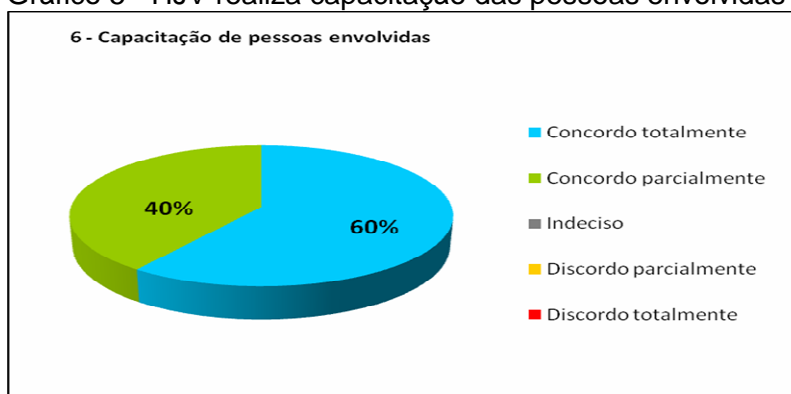
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 4 - HJV implanta indicadores de desempenho para clientes internos e externos



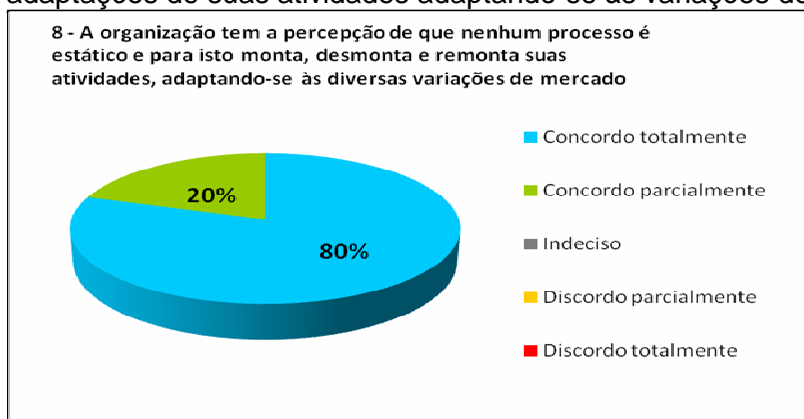
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 5 - HJV realiza capacitação das pessoas envolvidas na implantação da GP



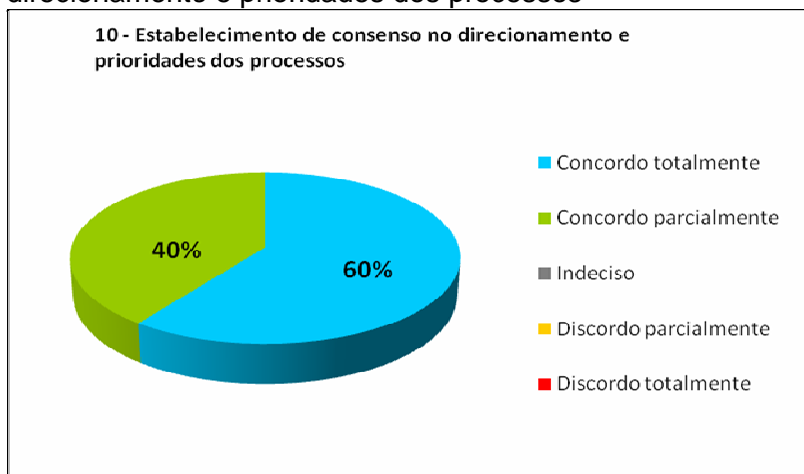
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 6 - O HJV tem a percepção que os processos não são estáticos e realiza adaptações de suas atividades adaptando-se às variações de mercado



Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 7 - Implantação da GP no HJV houve o estabelecimento de consenso no direcionamento e prioridades dos processos

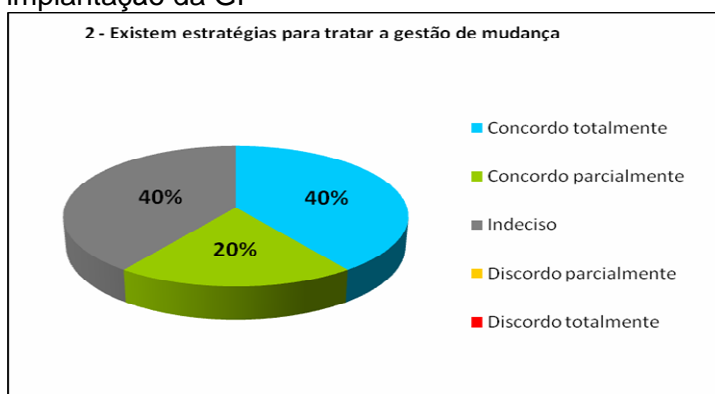


Fonte: Dados da Pesquisa.

Na implantação da gestão por processos (GP), a estratégia para gerir a mudança se faz fundamental como fator de crítico de sucesso. Na implantação da GP no HJV percebe-se que este indicador apesar de ter apresentado 60% de

concordância conforme apresentado no Gráfico 2, trouxe um grau de indecisão quanto a gestão da mudança da ordem de 40% que também verificou-se na fala do entrevistado ENTE3 “Apesar do sucesso da implantação da GP no HJV, no momento da implantação não houve uma abordagem explícita de estratégia para tratar a gestão de mudança, por isso sinalizei nesta pergunta como indeciso”.

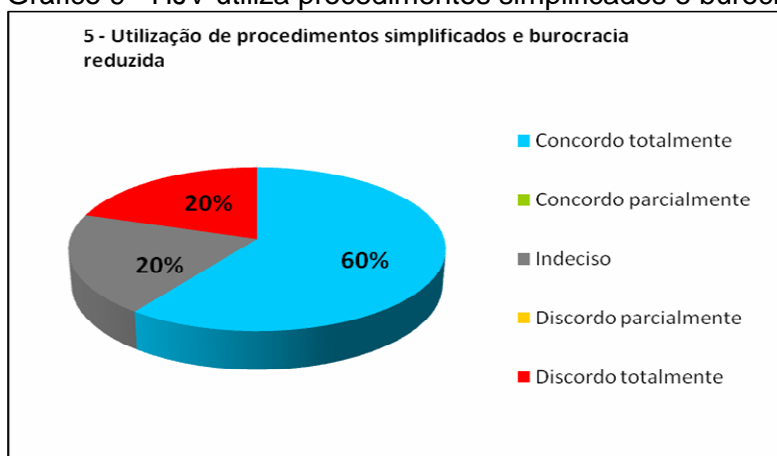
Gráfico 8 - HJV promove estratégias para tratar a gestão de mudanças na implantação da GP



Fonte: Dados da Pesquisa.

Em relação ao questionamento se o HJV durante a implantação da GP utiliza procedimentos simplificados e burocracia reduzida, verifica-se que este é o único indicador que apresenta grau de discordância total conforme apresentado no Gráfico 5.

Gráfico 9 - HJV utiliza procedimentos simplificados e burocracia reduzida

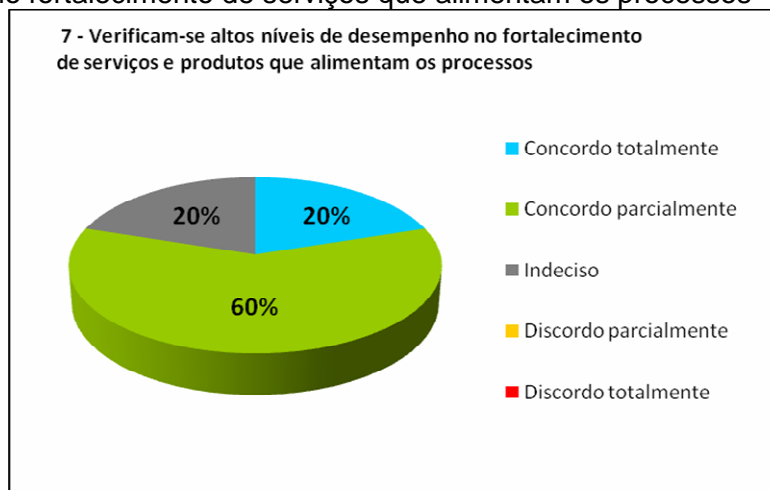


Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto aos altos níveis de desempenho no fortalecimento de serviços que alimentam os processos, conforme Gráfico, 80% dos entrevistados indicam que na

implantação da GP existiram altos níveis de desempenho no fortalecimento de serviços que alimentam os processos.

Gráfico 10 – Na implantação da GP no HJV verifica-se altos níveis de desempenho no fortalecimento de serviços que alimentam os processos



Fonte: Dados da Pesquisa.

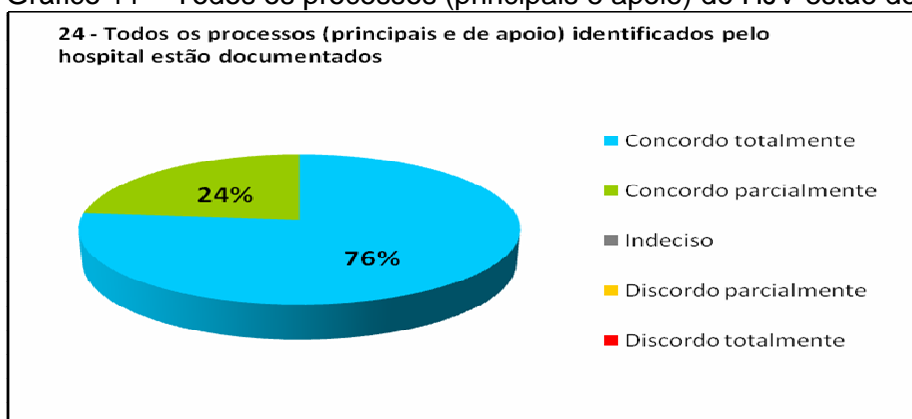
Com base na análise dos dados da pesquisa, constata-se que os entrevistados apresentaram uma concordância de 80 a 100% em suas respostas, revelando que tais fatores impactaram positivamente quando da implantação da gestão por processos no HJV.

4.1.2 Caracterização da gestão por processos no HJV

Dentre as características ligadas à gestão por processos (GP) apresentadas no referencial teórico foram selecionadas indicadores a fim de avaliar se os entrevistados reconhecem essas características na gestão praticada pelo HJV. Pode-se verificar a constatação de como se aplica a GP no HJV a partir dos indicadores apresentados através de gráficos e também por meio da fala dos entrevistados.

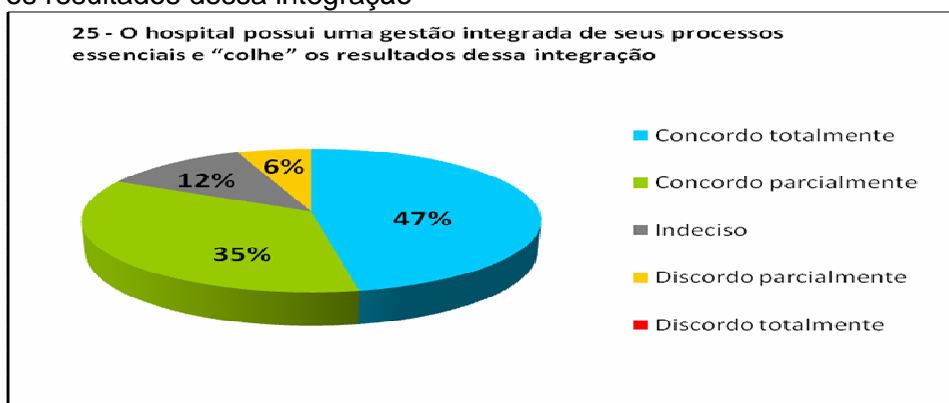
As características da GP com relação aos aspectos de documentação e integração dos processos está claramente pontuado no forte índice de concordância conforme apresentado nos Gráficos 34 e 35.

Gráfico 11 – Todos os processos (principais e apoio) do HJV estão documentados



Fonte: Dados da Pesquisa.

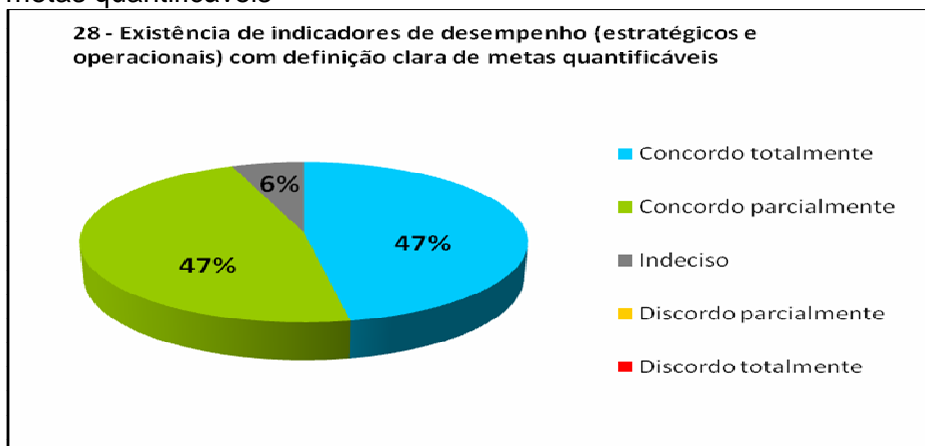
Gráfico 12 – O HJV possui uma gestão integrada de seus processos essenciais e “colhe” os resultados dessa integração



Fonte: Dados da Pesquisa.

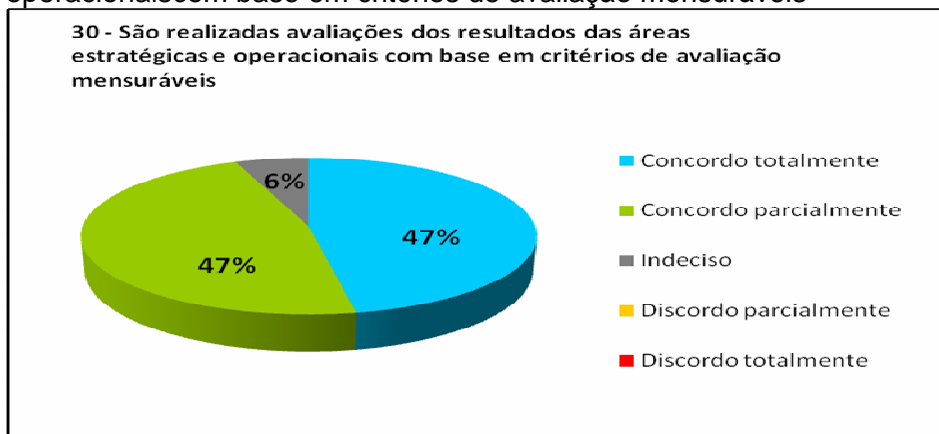
Com relação a existência de indicadores com definição clara de metas quantificáveis e avaliação dos resultados dessas áreas, o HJV utiliza a metodologia GPD para execução e gerenciamento da estratégia que foram ressaltados com alto índice de concordância nos gráficos 38 e 40.

Gráfico 13 - No HJV há existência de indicadores de desempenho com definição clara de metas quantificáveis



Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 14 – O HJV realiza avaliações dos resultados das áreas estratégicas e operacionais com base em critérios de avaliação mensuráveis



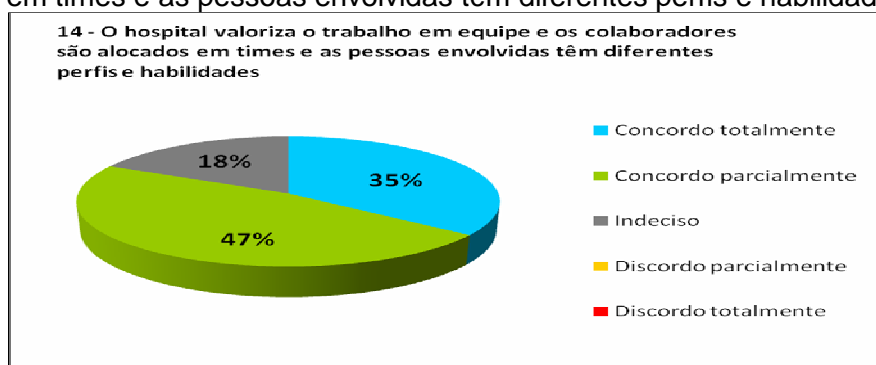
Fonte: Dados da Pesquisa.

O ponto a ser destacado é a descentralização. Quando perguntado pelas características da gestão praticada no HJV o colaborador E9PAP responde: “É um processo descentralizado nas ações e nas idéias”. O entrevistado também relatou que há uma certa flexibilidade da liderança no momento da tomada de decisão. Tal declaração revela que há delegação de responsabilidade e autoridade permitindo ao colaborador tomadas de decisão, isso torna cada ator co-responsável pelo processo que está sendo executado. O colaborador E2PSA discorre um pouco mais sobre o assunto e acrescenta que:

As principais características dessa nova gestão são o foco em resultados, nomeação e participação de líderes com objetivo de descentralizarmos e dar maior velocidade às ações de mudança, o incentivo baseado na meritocracia e transparência através do respeito e comunicação franca com a equipe.

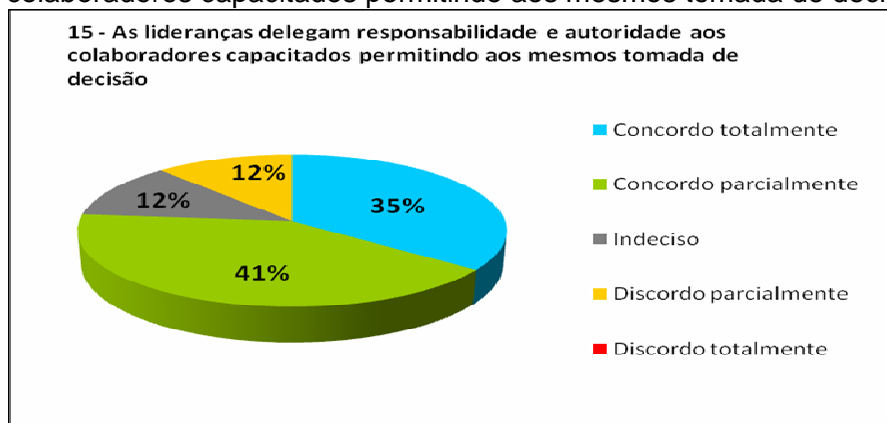
A descentralização provoca um amplo envolvimento de todos os integrantes da organização, uma descrição mais clara das atividades, um melhor desenvolvimento de habilidades e um aumento da autoridade e autonomia individual. Os Gráficos 24, 25, 27, 31 vêm corroborar com a fala do colaborador E2PS:

Gráfico 15 – O HJV valoriza o trabalho em equipe e os colaboradores são alocados em times e as pessoas envolvidas têm diferentes perfis e habilidades.



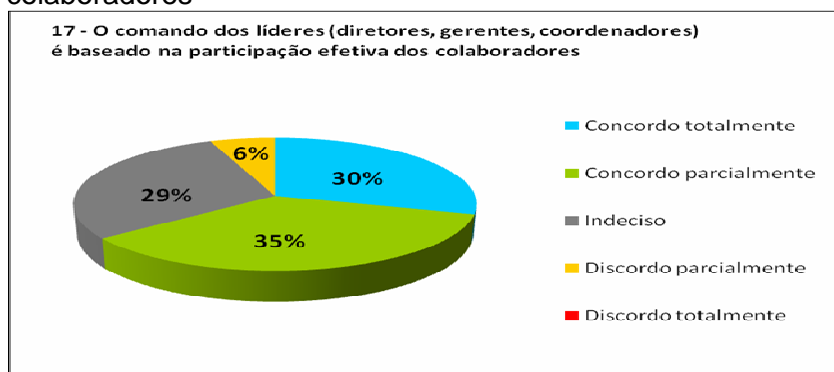
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 16 - As lideranças do HJV delegam responsabilidade e autoridade aos colaboradores capacitados permitindo aos mesmos tomada de decisão



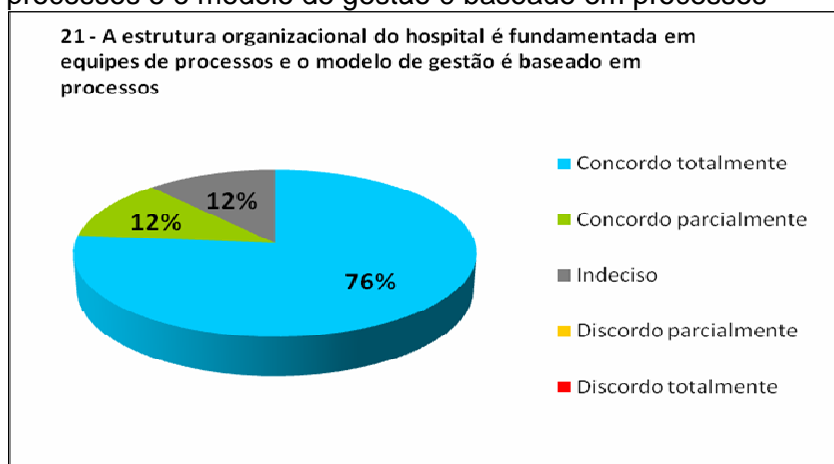
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 17 - O comando dos líderes do HJV é baseado na participação efetiva dos colaboradores



Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 18 - A estrutura organizacional do HJV é fundamentada em equipes de processos e o modelo de gestão é baseado em processos



Fonte: Dados da Pesquisa.

Outro aspecto destacado pelos colaboradores como um ganho foi a formação de comissões como relatou E3PSA:

Outro ganho foi a formação de comissões ou comitê. O comitê ou comissão tem o objetivo de discutir problemas de diferentes setores e buscar a solução através da interação entre os setores. É formado por grupos multidisciplinares e discute questões relativas a diversos problemas como forma de cobrança, preenchimento correto de fichas de atendimento de emergência, melhoria de serviço prestado ao paciente – serviço assistencial e também discute os processos ligados a uma área em questão ou que tem interface com outras áreas. Por exemplo, a Comissão de Emergência é formada com uma equipe multidisciplinar com a participação de médicos, enfermeiras, administradores, integrantes do CCIH, Nutricionista e Psicólogos.”

Esse colaborador acrescentou que “Houve a necessidade de interação com as outras lideranças” e estas lideranças atenderam a essa necessidade como observa o colaborador E1PAP:

As lideranças ficaram mais perto do operacional. O gestor sai do “pedestal” e caminha ao lado do operacional. O diretor médico ficou muito mais próximo e o diretor vê o dia a dia e em uma visão mais rápida do que está acontecendo.

As transformações ocorridas na gestão impactaram diretamente nas formas tradicionais de trabalho realizadas e nos resultados por ela obtidos como destacou o colaborador E6PAP: “Houve mudança na maioria dos líderes e se vê claramente que a mudança de gerir e agir mudou”.

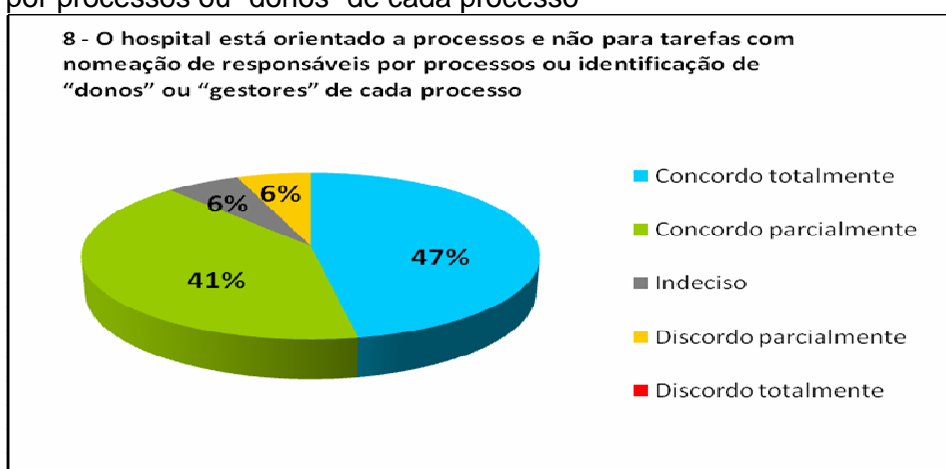
A gestão por processos trouxe avanços na liderança e revelou uma quebra do modelo de gestão que passou de vertical para vertical e horizontal, ou seja hierárquica e por processos, como se nota na fala do colaborador E1PSA, quando solicitado a discorrer sobre o modelo de gestão praticado no HJV

No modelo de gestão por processo existe uma quebra de ruptura de modelo vertical para horizontal. O ganho deste modelo foi o trabalho e possibilitar que as lideranças atuem no foco, nos resultados e não no meio e isto se faz através da medição dos indicadores.

É o modelo de gestão formal da qualidade. Modelo participativo e é definido por processo, onde são definidos missão, produtos, serviços, clientes, fornecedores e tem a descrição do negócio de cada processo. É um modelo que envolve as lideranças e tem a característica de levar as diretrizes da alta direção até o operacional usando o Gerenciamento pelas Diretrizes - GPD²⁰

Os Gráficos 18, 23 e 36 reafirmam a fala do colaborador E1PSA

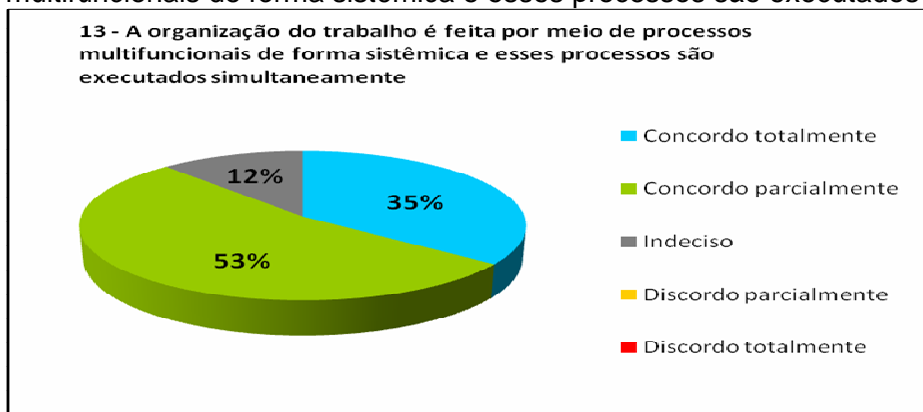
Gráfico 19 – O HJV está orientado a processos e não para tarefas nomeando responsáveis por processos ou “donos” de cada processo



Fonte: Dados da Pesquisa.

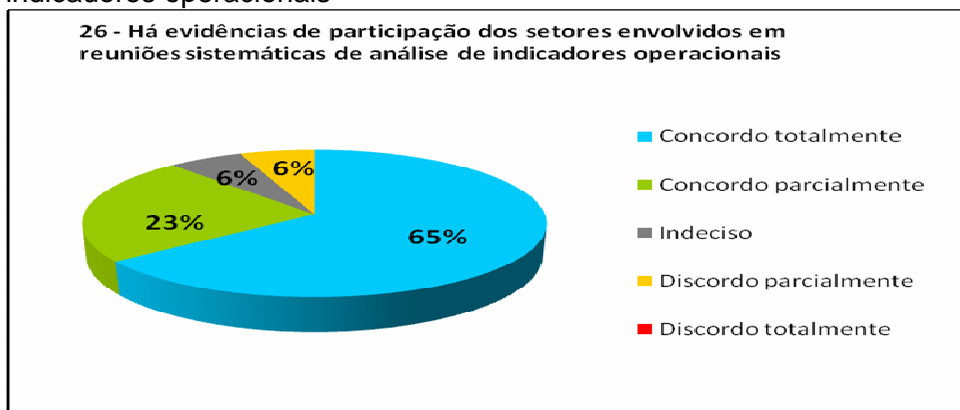
²⁰ GPD – Gerenciamento pelas Diretrizes

Gráfico 20 – A organização do trabalho no HJV é feita por meio de processos multifuncionais de forma sistêmica e esses processos são executados simultaneamente



Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 21 – Há evidências no HJV de participação dos setores em reuniões de análise de indicadores operacionais

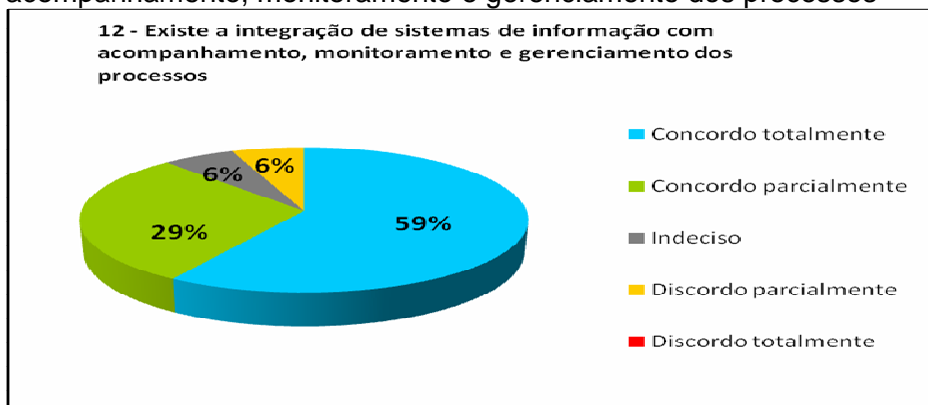


Fonte: Dados da Pesquisa.

O colaborador E1PSA fez associação entre a gestão participativa e a gestão por processo quando a caracterizou como “modelo participativo”. Esse foi outro ponto destacado das falas dos colaboradores. Sobre esse aspecto da gestão, E1PSA ainda declara: “Todos participam. Existe uma delegação de atividades, a gestão de pessoas é feita através do gerenciamento de processos que vai até a base”. Sobre esse mesmo aspecto, E3PSA ratifica a fala de E1PSA quando responde sobre o modelo de gestão praticado no HJV da seguinte forma: “É gestão participativa, onde o líder interage com o liderado”.

Foi apurador 88% de concordância no que diz respeito ao gerenciamento dos processos que são acompanhados e monitorados através da integração de sistemas de informação conforme demonstra o Gráfico 22.

Gráfico 22 – Existe a integração dos sistemas de informação do HJV com acompanhamento, monitoramento e gerenciamento dos processos



Fonte: Dados da Pesquisa.

Outro ponto destacado que merece considerar é o ganho para o cliente, no caso de uma organização hospitalar, o paciente. Nesse sentido o colaborador E3PSA destacou em sua fala:

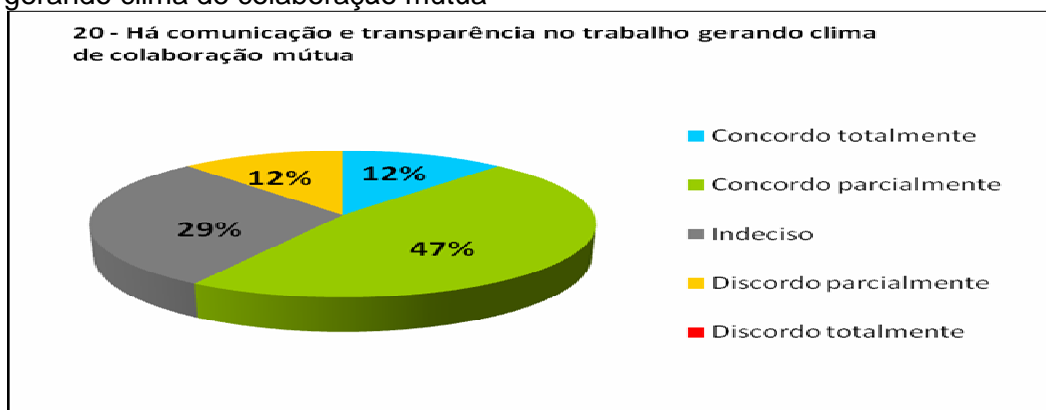
Considero que o ganho com a implantação do sistema de gerenciamento de processos foi muito grande na área assistencial, pois ocorreu revisão dos processos e do fluxo de informação entre as áreas e o resultado foi refletido no paciente melhor atendido.

O colaborador E1PSA ainda acrescenta:

O trabalho desenvolvido sob a ótica da gestão por processos fortalece o entendimento do fluxo assistencial desde a admissão do paciente até sua alta... mesmo tendo sido descaracterizada a gestão "feudal" para uma gestão participativa o objetivo do trabalho de todos continua o mesmo: a assistência ao paciente.

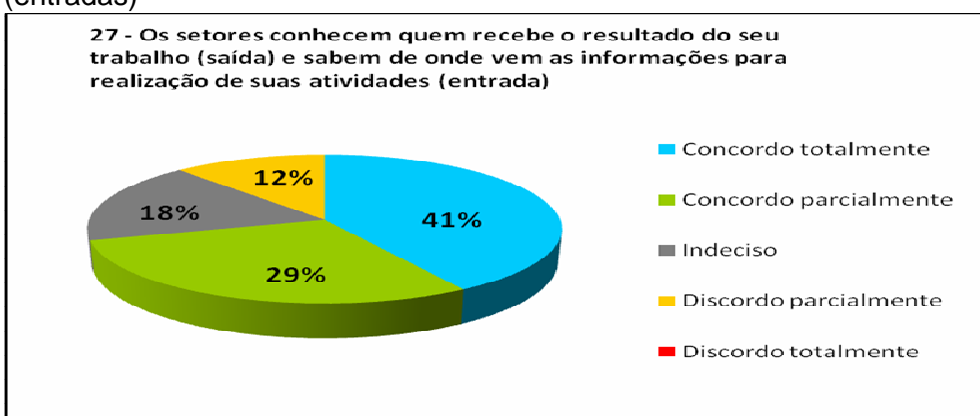
Este aspecto positivo que a gestão por processos fortalece toda a cadeia de processos do paciente da admissão a alta também é revelado nos Gráficos 30 e 37 que apresentam uma alta concordância dos entrevistados em relação aos aspectos de colaboração mútua entre colaboradores e integração no fluxo de processos entre as áreas. Esta característica de visão sistêmica e horizontal da gestão por processos está bem sedimentada no HJV.

Gráfico 23 - Há comunicação e transparência no trabalho realizado pelas equipes do HJV gerando clima de colaboração mútua



Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 24 - Os setores que integram o HJV conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho (saída) e sabem de onde vem as informações para identificação de suas atividades (entradas)



Fonte: Dados da Pesquisa.

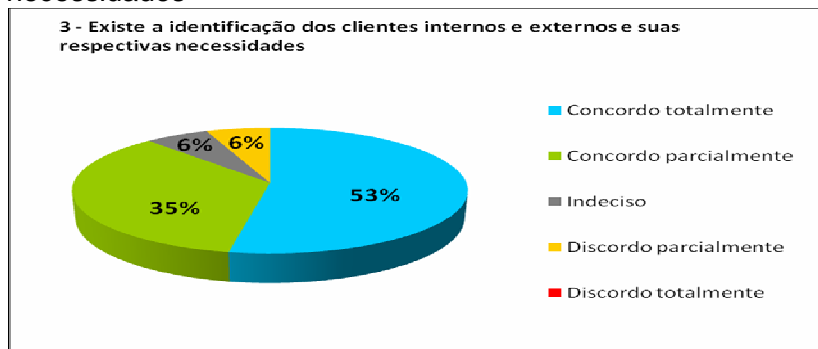
Alvarenga Netto (1998) lembra que qualquer que seja a organização que pratique a gestão por processos, deve ter como resultante o fornecimento de valor ao cliente. Em uma organização hospitalar, o fornecimento de valor ao cliente está centrado na qualidade da prestação de serviços ao usuário de saúde. Os Gráficos 12, 13, 14, 17, 19, 33 e 39 constataam esta aplicação da GP no HJV, principalmente o Gráfico 19 onde a concordância é de 100%.

Gráfico 25 - O HJV tem um posicionamento objetivo para qualidade



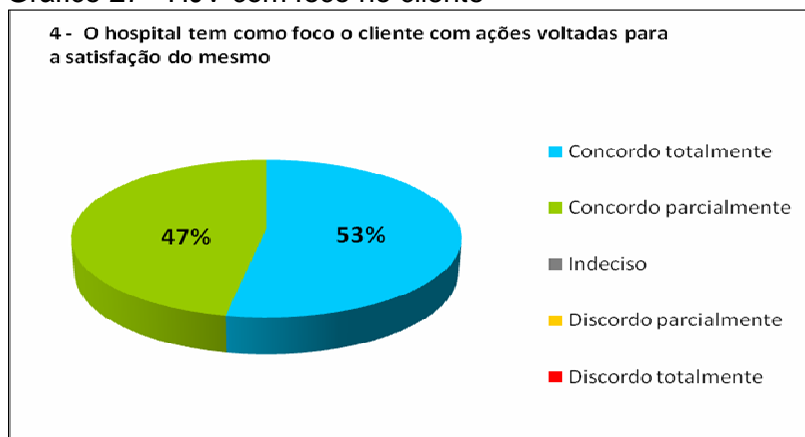
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 26 - O HJV identifica os clientes internos e externos e suas respectivas necessidades



Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 27 - HJV com foco no cliente



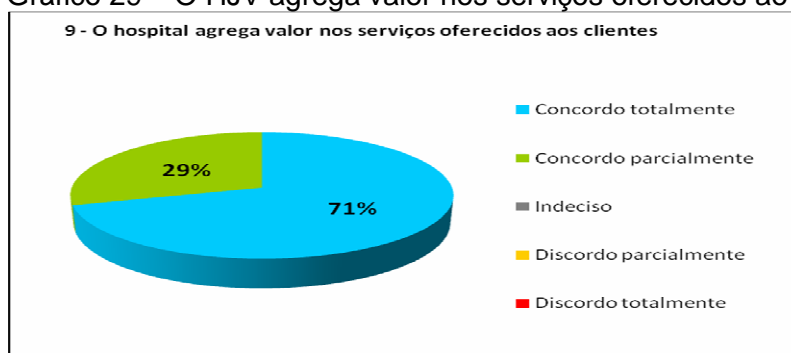
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 28 – HJV disponibiliza recursos para obter resultado com cliente



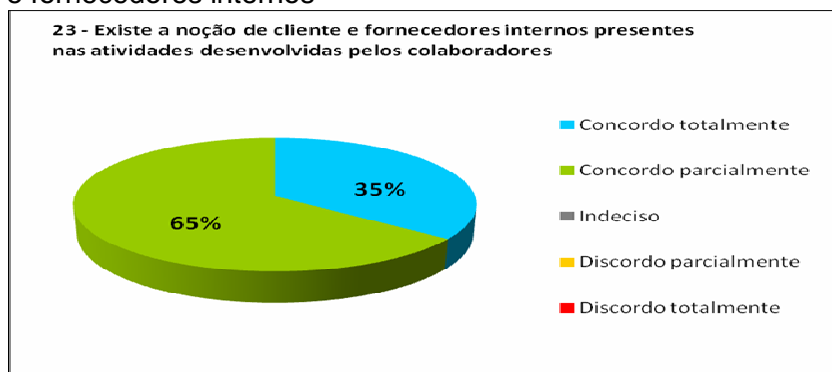
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 29 – O HJV agrega valor nos serviços oferecidos ao cliente



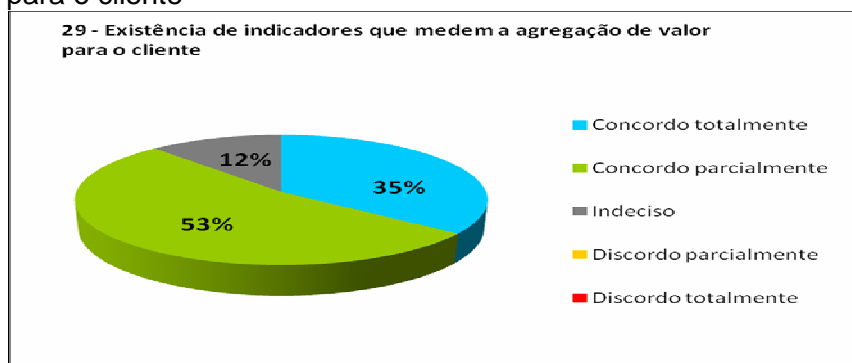
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 30 - Colaboradores do HJV desenvolvendo atividades com noção de clientes e fornecedores internos



Fonte: Dados da Pesquisa.

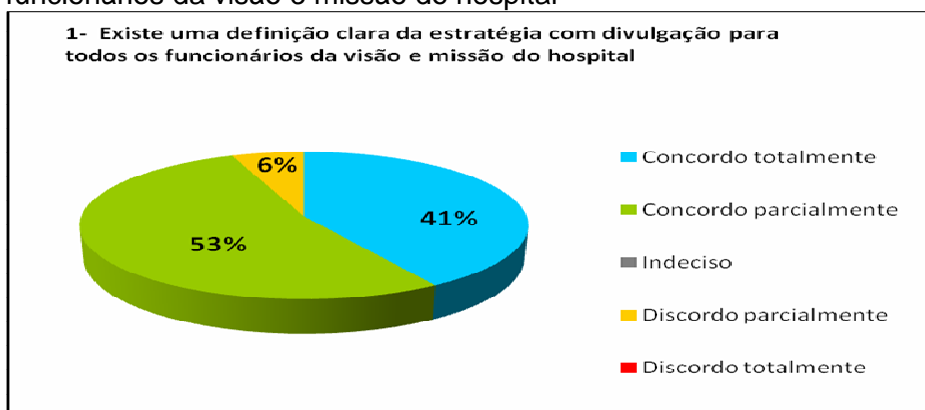
Gráfico 31 - No HJV há existência de indicadores que medem a agregação de valor para o cliente



Fonte: Dados da Pesquisa.

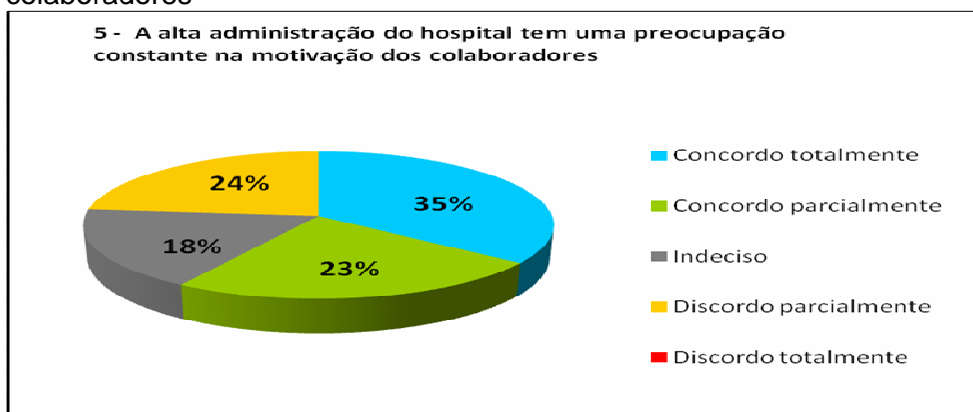
A descentralização, os avanços da liderança, a quebra de hierarquia, a gestão participativa e o valor agregado nos serviços oferecidos ao paciente, apresentados nas respostas às perguntas fechadas e abertas dos entrevistados, destacam os resultados da aplicação da gestão por processos no HJV e revelam um alto nível de internalização dessa prática entre seus colaboradores, bem como o comprometimento da alta administração conforme apresentados nos Gráficos 11, 15 e 32,

Gráfico 32 - HJV com uma definição clara da estratégia com divulgação para todos os funcionários da visão e missão do hospital



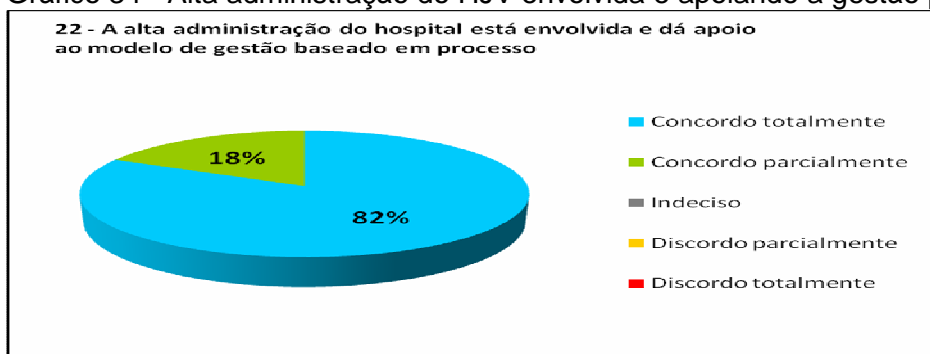
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 33 - Alta administração do HJV preocupada constantemente na motivação dos colaboradores



Fonte: Dados da Pesquisa.

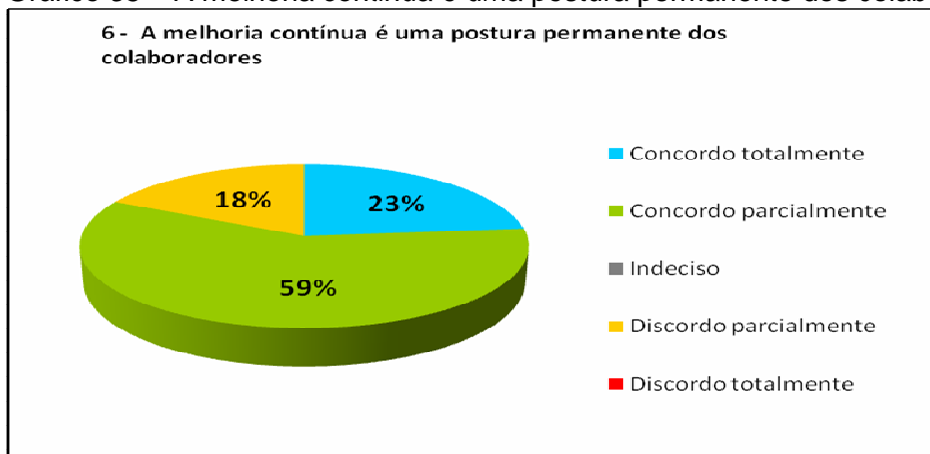
Gráfico 34 - Alta administração do HJV envolvida e apoiando a gestão por processos



Fonte: Dados da Pesquisa.

Com relação a questão voltada para a melhoria contínua como postura permanente dos colaboradores, 82% dos entrevistados afirmam concordar com a referida questão conforme Gráfico 16:

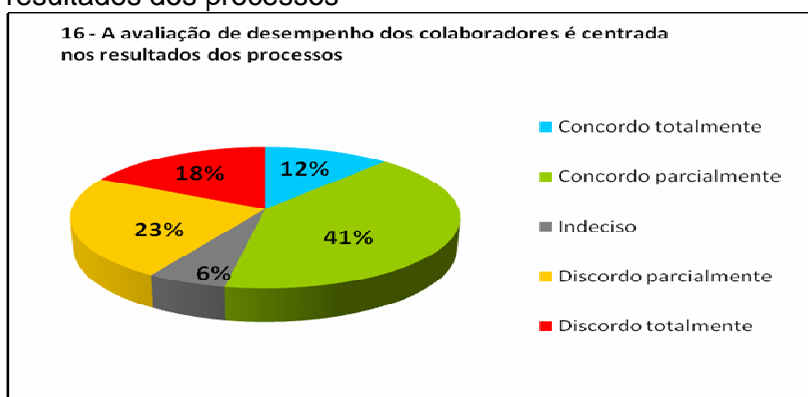
Gráfico 35 – A melhoria contínua é uma postura permanente dos colaboradores do HJV



Fonte: Dados da Pesquisa.

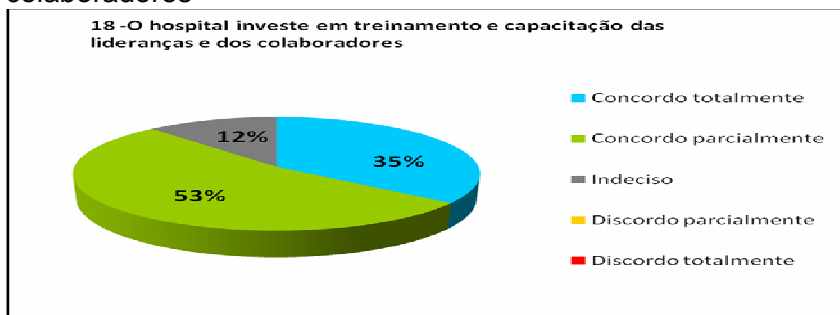
Apesar da capacitação dos líderes e colaboradores atingir um patamar de concordância de 59% e do alto índice de treinamentos e capacitação para as lideranças conforme apresentado nos Gráficos 28 e 29, a avaliação de desempenho dos colaboradores ainda não está centrada nos resultados dos processos conforme demonstra o Gráfico 26.

Gráfico 36 - A avaliação de desempenho dos colaboradores do HJV é centrada nos resultados dos processos



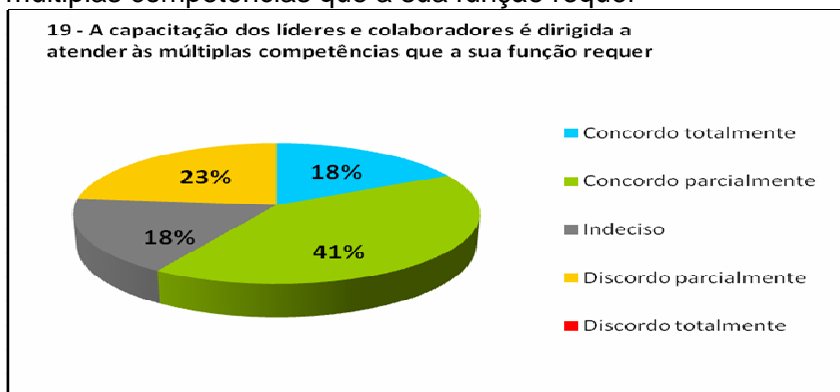
Fonte: Dados da Pesquisa.

Gráfico 37 - O HJV investe em treinamentos e capacitação das lideranças e dos colaboradores



Fonte: Dados da Pesquisa.

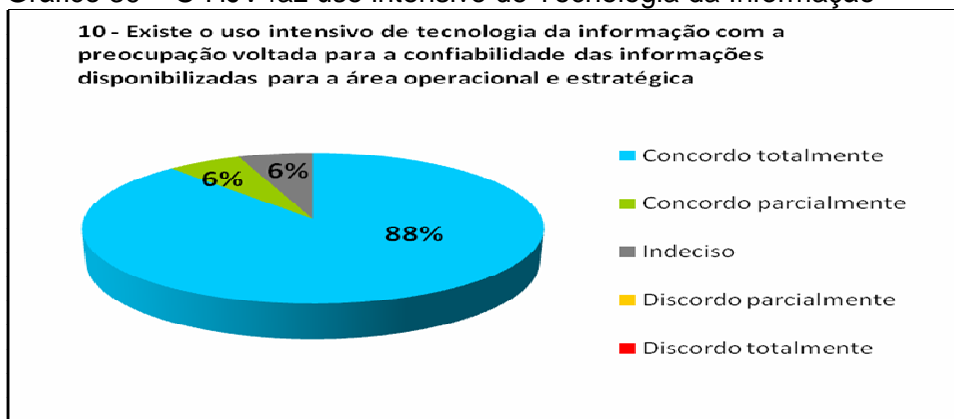
Gráfico 38 - A capacitação dos líderes e colaboradores do JHV é dirigida a atender a múltiplas competências que a sua função requer



Fonte: Dados da Pesquisa.

Quanto ao uso da Tecnologia da Informação – TI com relação a preocupação com a confiabilidade das informações disponibilizadas, 94% dos entrevistados concordam que existe o uso desta prática no HJV e também

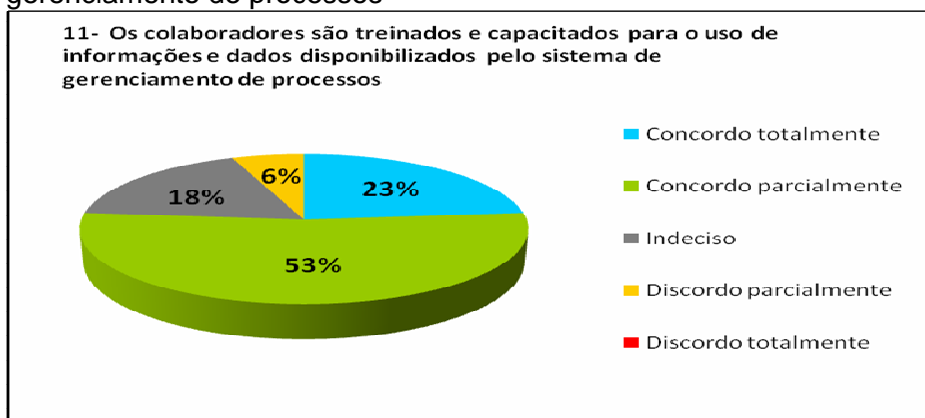
Gráfico 39 – O HJV faz uso intensivo de Tecnologia da Informação



Fonte: Dados da Pesquisa.

Por fim ficou evidenciado que 76% dos colaboradores concordam que são treinados para o uso de informações e dados disponibilizados pelo sistema de gerenciamento de processos conforme apresentado no Gráfico 40.

Gráfico 40 – Os colaboradores do HJV são treinados e capacitados para uso do sistema de gerenciamento de processos



Fonte: Dados da Pesquisa.

5 CONCLUSÃO

Esta etapa expõe de forma sistematizada todo o processo investigativo realizado, bem como a conclusão e considerações finais sobre o estudo de caso empreendido e as limitações e pesquisas futuras.

Nesse trabalho investigativo buscou-se compreender e descrever a gestão por processos; caracterizar esse tipo de gestão na organização hospitalar e listar resultados da aplicação desse modelo de gestão.

No caso estudado ratifica-se a afirmação da aplicação da gestão por processos no HJV em função do resultado dos indicadores apresentados e validados pelos colaboradores, dos aspectos destacados como resultado dessa gestão tais como: descentralização, avanços da liderança, quebra de hierarquia, gestão participativa e o ganho para o paciente. O fato mais importante revelado nesse trabalho foi a internalização dos processos de gestão pelos colaboradores. Esse fato percebido nas falas e nos níveis de concordância sobre os indicadores desse modelo gestor.

O aspecto dissonante sinalizado na fala “estrutura hierárquica que ainda impera” pode ser entendido pois apesar do fluxo de atividades, serviços, produtos etc. estarem sendo analisados dentro de uma visão de processos de negócios, as organizações não deixam de ter suas áreas funcionais, passando a operar a partir de uma gestão por função e por processos. A hierarquia sempre vai existir mesmo com a adoção da gestão por processos.

Pode-se deduzir que a utilização do Sistema BPM promoveu mudança na gestão praticada pelas lideranças que atuam no nível gerencial de uma organização hospitalar. Espera-se que tais mudanças continuem avançando e sendo disseminadas para outras instituições prestadoras de serviços de saúde. Percebe-se que o tema não se esgotou e que muitos outros aspectos poderiam ser investigados dentro desse mesmo tema e essa é a limitação que todo pesquisador descobre ao

fim de seu trabalho. Mas fica o sentimento da contribuição que esse estudo pode dar para outros pesquisadores.

REFERÊNCIAS

ABDALA, E. C. Visão sistêmica nas áreas da saúde: A gestão orientada a processos: Um estudo de caso em uma organização hospitalar brasileira. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SISTEMAS, 2., SIMPÓSIO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO E TECNOLOGIA, Ribeirão Preto-SP, Brasil. 2007. **Anais...** 2007.

ALMEIDA NETO, M. de A. Ferramentas de Modelagem e Gestão por Processos. In. OLIVEIRA, Saulo Barbará (Org.). **Gestão por Processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000:2005 e ISO 9001:2008.** 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.

ANDREAZZI, M. et al. O Setor de Saúde na Perspectiva da Dinâmica da Inovação. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 6., 2000, Salvador. **Anais...** v.5. Salvador: ABRASCO, 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). Disponível em: <<http://www.abnt.com.br>>. Acesso: 11 mar. 2009.

ALEXANDRE, J. W. C. et al. Análise do número de categorias da escala de Likert aplicada à gestão pela qualidade total através da teoria da resposta ao item. In: ENCONTRO NAC. DE ENG. DE PRODUÇÃO, 22., Ouro Preto, MG, Brasil, 21 a 24 de out de 2003. **Anais...** 2003

ALVARENGA NETTO, C. A. A. **Administração da qualidade e produtividade por macroprocessos organizacionais: um estudo sistêmico de estratégia competitiva promovendo valor ao cliente.** 160 f. Dissertação (Mestrado)- Escola Politécnica, Universidade de São Paulo – USP, São Paulo, 1998.

ALVARENGA NETTO, C. A. A. Definindo gestão por processos: características, vantagens, desvantagens. In. LAURINDO, Fernando José Barbin; ROTONDARO, Roberto Gilioli (Coordenadores) **Gestão integrada de processos e da tecnologia da informação.** 1. ed. ; 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. **Hospital: instituição e história.** São Paulo: Editora Letras & Letras, 1991.

ANTUNES, Felipe Lacerda. Um estudo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA. In: QUINTO NETO, Antonio; BITTAR, Olímpio J. Nogueira (Org.). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas.** Porto Alegre: Dacasa, 2004, p. 161-177.

BALDAM, L.R.; et al **Gerenciamento de processos de negócios: BPM – Business Process Management.** 2. ed. São Paulo: Érica, 2008.

BARQUIN, Manuel C. **Dircción de hospitales.** México: Nueva Editorial Interamericana, 1992.

BITTAR, O. J. N. V. Gestão de processos e certificação para qualidade em saúde. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, Dez 1999, v.45, n.4, p.357-363. 1999.

BITTAR, O. J. N. V. Cultura & Qualidade em Hospitais. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. V. **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da Casa, 2004. cap.1

BORBA, Valdir Ribeiro. **Administração hospitalar: princípios básicos**. São Paulo: CEDAS, 1991.

CADERNOS DE EXCELENCIA: **Processos**. São Paulo: Fundação Nacional da Qualidade 2008. (Série Cadernos de Excelência, n. 7).

CAMPOS, Eneida Rached **Metodologia de gestão por processos**. Campinas: UNICAMP, 2007. Disponível em: <http://www.prdu.unicamp.br/gestao_por_processos/gestao_processos.html> Acesso em: 20 dez. 2008

CARVALHO, Marly, M; et al. **Gestão da qualidade: teoria e casos**. 3 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2005.

CAULLIRAUX, H.; CAMEIRA, R.; OLIVEIRA, A. A visão por processos como elemento alavancador de alinhamento estratégico: o caso de uma empresa prestadora de serviços de transmissão de dados In: ENEGEP, São Paulo. 2000. **Anais Eletrônicos...** ABEPRO. 1 CD. São Paulo, 2000.

CERQUEIRA, Pedro Augusto Bittencourt. **Alinhamento entre as estratégias da tecnologia da informação e as estratégias empresariais em organizações hospitalares**. Dissertação (Mestrado em Administração Estratégica) - Universidade Salvador - UNIFACS, 2003.

COHN, Amélia. **Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

CRUZ, Tadeu. **Sistemas, métodos & processos: administrando organizações por meio de processos de negócios**. São Paulo: Atlas, 2003.

CRUZ, Tadeu. **Workflow II: a tecnologia que revolucionou os processos**. 1 ed. São Paulo: E-Papers, 2005.

DAVENPORT, Thomas H. **Reengenharia de processos: como inovar na empresa através da tecnologia da informação**. Tradução por Waltensir Dutra. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

DAVENPORT, Thomas H. Putting the enterprise into the enterprise system. **Harvard Business Review**, jul./aug. 1998.

DAVENPORT, Thomas H. **The Coming Commodization of Process**. Cambridge: Harvard Business Review, june 2005.

DEMING, W.E. **Qualidade**: a revolução da administração. Rio de Janeiro: Marques. Saraiva, 1982.

DE SORDI, José Osvaldo. **Gestão de processos**: uma abordagem da moderna administração. 2. ed São Paulo: Saraiva, 2008.

DONABEDIAN, A. **Revista de Calidad Asistencial. Monografico sobre la obra del Profesor Avedis Donabedian. Selección de sus principales artículos publicados**. Barcelona: Órgano de La Sociedad Española de Calidad Asistencial, v. 16, Suplemento n. 1200, 2001.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE HOSPITAIS. **Informações estatísticas do setor de saúde**. Disponível em: <http://www.fbh.com.br/index.php?a=inf_estat.php>. Acesso em: 1 ago.2010

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**: o nascimento do hospital. 14. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1999.

GALVÃO, Cláudia Raffa; FEDERIGHI, Waldomiro José Pedroso. O hospital e o administrador hospitalar: um breve resgate histórico. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v.26, n.2, p. 209-215, abr./jun. 2002.

GAMA, Jaime Nogueira da. **Gestão da Informação Hospitalar: estudo de caso de um hospital privado, de atuação geral e médio porte**. 2009. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2009.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. As empresas são grandes coleções de processos. **Revista de Administração de Empresas/FGV**, São Paulo, v.40, n.1, p.6-19, jan./mar. 2000a.

GONÇALVES, José Ernesto Lima. Processo, que processo?. **Revista de Administração de Empresas/FGV**, São Paulo, v.40, n.4, p.8-19, out./dez. 2000b.

GUIMARAES, P.C. **A Arca de Noé**: como a gestão por processos pode ajudar sua empresa. Vitória-ES, 2008. (Obra não publicada).

HAMMER, Michael; CHAMPY, James. **Reengenharia**: revolucionando a empresa em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência. Tradução por Ivo Korytowski. 17. ed. Rio de Janeiro: Campus,1994.

HAMMER, Michael. **Além da Reengenharia**: como organizações orientadas para processos estão mudando nosso trabalho e nossas vidas. Tradução Ana Beatriz Rodrigues, Priscila Martins Celeste. Rio de Janeiro: Campus,1997.

HARRINGTON, H. James. **O processo do aperfeiçoamento**: como empresas americanas líderes de mercado aperfeiçoam o controle de qualidade. Tradução

Jodon Eng. Cons. E Rep, S/C Ltda.; revisão técnica José Carlos Waeny. São Paulo: McGraw-Hill, 1988.

HARRINGTON, H. James. **Aperfeiçoando processos empresariais**. São Paulo: McGraw-Hill, 1993.

HSM MANGEMENT: INFORMAÇÃO E CONHECIMENTO PARA GESTÃO EMPRESARIAL. Michael Hammer: O homem que iluminou os processos: entenda como a reengenharia e outros conceitos desse professor mudaram o paradigma dos negócios. Ano 12, v. 6, n.17, p.18, nov.-dez. 2008.

JOHANSSON, Henry J. et al. **Processos de negócios**: como criar sinergia entre a estratégia de mercado e a excelência operacional. Tradução Antônio T. Carneiro; revisão técnica Janice Yunes. São Paulo: Pioneira, 1995.

LAURINDO, Fernando José Barbin; ROTONDARO, Roberto Gilioli (Coord.). **Gestão integrada de processos e da tecnologia da informação**. 1. ed. ; 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

LIMA-GONÇALVES, Ernesto; ACHÉ, Carlos Augusto. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **Revista de Administração de Empresas/EAESP/FGV**, São Paulo, v.39, n1, p. 84-97, 1999.

LIMA, Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa. **Metodologia de gerenciamento de processos (Redesenho) do programa de qualidade do HC**. Campinas, SP: UNICAMP, 1999.

LIMA, Maria Bernadete Barros Piazzon Barbosa. **A gestão da qualidade e o redesenho de processos como modelo de desenvolvimento organizacional em hospitais públicos universitários: o caso do Hospital das Clínicas da UNICAMP**. 2006. Dissertação (Mestrado Profissional) - Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Faculdade de Engenharia Mecânica, Campinas, 2006.

LLEWELLYN, Nick; ARMISTEAD, Colin. Business process management exploring social capital w processes. **International Journal of Service industry management**. Bradford, v.11. n.3. 2000.

MALAGÓN-LONDOÑO, Gustavo; MORERA, Ricardo Galán; LAVERDE, Gabriel Pontón. **Administração Hospitalar**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

MARANHÃO, Mauriti; MACIEIRA, Maria Elisa. **O processo nosso de cada dia**: modelagem de processos de trabalho. 1. ed. ; 3. reeimpr. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MARINHO, F. S. **O espaço da organização hospitalar: estudo do comportamento do consumidor de serviços de saúde prestados por hospitais**

privados. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração Estratégica) - Universidade Salvador - UNIFACS, Salvador, 2005.

MARQUES, Liane Freitas. **A posição das organizações hospitalares em relação à acreditação**. Dissertação (Mestrado em Administração Estratégica) - Universidade Salvador - UNIFACS, Salvador, 2006.

MENDES, O. F. Sistema de gestão da qualidade: foco nos requisitos da ISO 9000:2008. In: OLIVEIRA, Saulo Barbará (Org.). **Gestão por Processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000:2005 e ISO 9001:2008**. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.

MONTEIRO, Jamir Mendes. A Gestão por processos de negócios: um caminho alternativo para a sustentabilidade das organizações. In: SEMEAD - SEMINÁRIOS EM ADMINISTRAÇÃO, 09 a 10 de agosto de 2007. 10., São Paulo, **Anais...** São Paulo: EAD-FEA-USP, 2007.

MORDELET, P.; NETO, F. B.; OLIVEIRA, S. G. Autonomia de gestão. In: CASTELAR, R. M.; MORDELET, P; GRABOIS, V. **Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro**. São Paulo: ENSP éditions, 1995. p. 87-100.

OLIVEIRA, Saulo Barbará (Org.). **Gestão por processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação: foco no sistema de gestão de qualidade com base na ISO 9000:2005 e ISO 9001:2008**. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2008.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). Disponível em: <<http://www.ona.org.br>. Acesso em: 1 ago 2010.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília, 2010.

PATCHING, D. Business process re-engineering: What's in a name? **Management Services**, p. 8-11, nov.1994.

PESSOA, M. S. de P.; STORCH, S. Escolhas tecnológicas para o gerenciamento por processos. In: LAURINDO, Fernando José Barbin; ROTONDARO, Roberto Gilioli (Coor.). **Gestão integrada de processos e da tecnologia da informação**. 1. ed. ; 2. reimpr. São Paulo: Atlas, 2008.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: CUT/Annablume, 1998.

PONTES, A. et al. A utilização de indicadores de desempenho no setor de suprimentos hospitalares. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, RESPONSABILIDADE SOCIOAMBIENTAL DAS ORGANIZAÇÕES BRASILEIRAS, 4., 2008. **Anais...** Universidade Federal Fluminense – UFF, Niterói-RJ, Brasil. 2008.

PORTER, M., E. **Vantagem competitiva**: criando e sustentando um desempenho superior. Tradução Elisabeth Maria de Pinto Braga. Campos. 5. ed. Rio de Janeiro: Atlas, 1992.

PORTER, M., E.; TEISBERG, E., O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos. Porto Alegre: Artmed, 2006.

QUINTO NETO, A.; GASTAL, F.L. **Acreditação Hospitalar**: proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. Porto Alegre: Dacasa, 1997.

RALHA, C. G. 4º SOS **Seminário sobre Sistemas e Processos Logísticos**. Modelagem de Processos e Sistemas: Uma Visão Integrada. Universidade de Brasília - UnB, 2007.

RENTES, A.F. **TransMeth**: proposta de uma metodologia para condução de processos de transformação de empresas. Tese (Livre Docência)-Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, 2000.

ROTONDARO, R. G. Identificação. Análise e melhoria dos processos críticos. In: LAURINDO, Fernando José Barbin; ROTONDARO, Roberto Gilioli (Coord.). **Gestão integrada de processos e da tecnologia da informação**. 1. ed. 2. reimp. São Paulo: Atlas: Atlas, 2008.

ROTONDARO, R. G. Mapeamento dos Processos Críticos. In: ROTONDARO, R. G. (Coord). **Seis sigma**: estratégia gerencial para a melhoria de processos, produtos e serviços. São Paulo: Atlas, 2002.

RUMMLER, Geary .A.; BRACHE, Alan P. **Melhores desempenhos das empresas**: ferramentas para a melhoria da qualidade e da competitividade. São Paulo: Makron Books, 1995.

SANTOS, Naírio Aparecido Augusto Pereira dos. **O trabalho do administrador hospitalar no gerenciamento do dia-a-dia dos hospitais filantrópicos gerais de grande porte no estado do Rio Grande do Sul**. 1998. 155 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1998.

SANTOS, R. et al. **Engenharia de processos de negócios**: aplicações e metodologias. Curitiba: Grupo de Produção Integrada/COPPE-EE/UFRJ, Enegep, 2002.

SCHISSATTI, Márcio Luiz. **Uma metodologia de implantação de cartas de shewhart para o controle de processos**. Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção, UFSC , 1998.

SENTANIN, Odemilson, F. **Gestão por processos em uma empresa de pesquisa e desenvolvimento**: objetivo estratégico de um modelo de gestão. 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2004.

SILVA, Fábio Gomes. Fundamentos da excelência – clínicas médicas. In: GESTÃO de clínicas médicas. São Paulo: Futura, 2004. p.23-42.

SMITH, H.;FINGAR,P. **Business process management**: the third wave. 1. ed. Tampa: Meghan Kiffer Press, 2003.

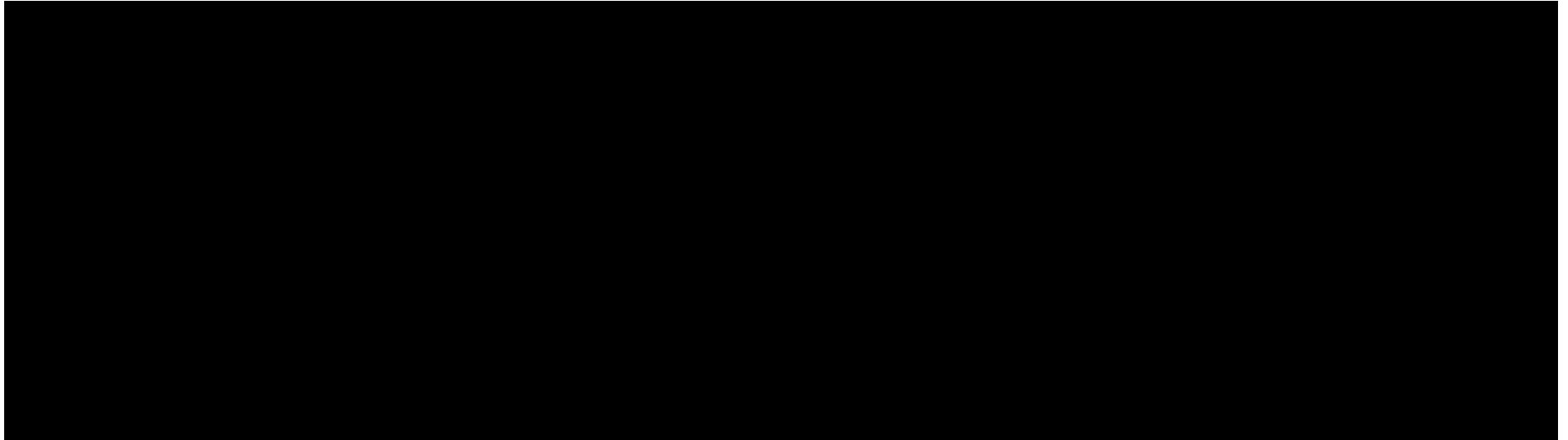
TAYLOR, F.W. **Princípios da administração científica**. 8. ed.São Paulo: Atlas, 1995.

TEIXEIRA, José Manuel. In: GONÇALVES, Ernesto Lima (Coord.). **O hospital e a visão administrativa contemporânea**. São Paulo: Pioneira, 1983.

VILAR, J. M. **Governança corporativa em saúde**: receita de qualidade para as empresas do setor. 1. ed. Rio de Janeiro: Mauad, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso**: planejamento e métodos. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

APÊNDICE A – Modelo de Análise do Objetivo Específico 1



APÊNDICE A – Modelo de Análise do Objetivo Específico 2 para Fundamento do Referencial Teórico 1

Objetivo Geral:	Analisar a gestão por processos em uma organização hospitalar	
Objetivo Específico 2:	Caracterizar a gestão por processos em uma organização hospitalar	
"Produtos" para alcance do objetivo específico 2:	a) Realizar fundamentação teórica e conceitual do tema Gestão por Processo em Organização Hospitalar; b) Efetuar análise do resultado da pesquisa empírica realizada em uma organização hospitalar	
Resultado: alcance do Objetivo Específico 2 para o FRT 1	a) Capítulo com o tema Gestão por Processos em Organização Hospitalar; b) Indicadores que caracterizam a gestão por processo em organização hospitalar	
Fundamento do Referencial Teórico - FRT (categoria de análise)	Autores	Itens do FRT1 analisado no campo empírico (Perguntas do Questionário)
FRT 1 - Características essenciais ligadas à Gestão por Processos	Hammer (1997); Hammer e Chamy (1994); Davenport (1994); Rotondaro (2008), De Sordi (2008); Gonçalves (2000) Alvarenga Netto (2008); Maranhão e Macieira (2004);	Perguntas Abertas:
		1. Quais são as características do modelo de gestão praticadas neste hospital?
		2. A adoção do sistema de gerenciamento de processos trouxe resultados para o hospital? Se sim, quais resultados?
		3. O sistema de gerenciamento de processos promoveu alguma mudança na gestão das lideranças? Se sim, que tipo de mudança?
		Perguntas Fechadas:
		1. Existe uma definição clara da estratégia com divulgação para todos os colaboradores da visão e missão do hospital
		2. O hospital tem um posicionamento objetivo para a qualidade
		3. Existe a identificação dos clientes internos e externos e suas respectivas necessidades
		4. O hospital tem como foco o cliente com ações voltadas para a satisfação do mesmo
		5. A alta administração do hospital tem uma preocupação constante na motivação dos colaboradores
		6. A melhoria contínua é uma postura permanente dos colaboradores
		7. O hospital disponibiliza recursos (materiais, financeiros, tecnológicos, pessoas etc) para a obtenção de resultados que afetem o cliente
		8. O hospital está orientado a processos e não para tarefas com nomeação de responsáveis por processos ou identificação de "donos" ou "gestores" de cada processo
		9. O hospital agrega valor nos serviços oferecidos aos clientes
		10. Existe o uso intensivo de tecnologia da informação com a preocupação voltada para a confiabilidade das informações disponibilizadas para a área operacional e estratégica
		11. Os colaboradores são treinados e capacitados para o uso de informações e dados disponibilizados pelo sistema de gerenciamento de processos
		12. Existe a integração de sistemas de informação com acompanhamento, monitoramento e gerenciamento dos processos
		13. A organização do trabalho é feita por meio de processos multifuncionais de forma sistêmica e esses processos são executados simultaneamente
		14. O hospital valoriza o trabalho em equipe e os colaboradores são alocados em times e as pessoas envolvidas têm diferentes perfis e habilidades
		15. As lideranças delegam responsabilidade e autoridade aos colaboradores capacitados permitindo aos mesmos tomada de decisão
		16. A avaliação de desempenho realizada é centrada nos resultados dos processos
		17. O comando dos líderes (diretores, gerentes, coordenadores) é baseado na participação efetiva dos colaboradores
		18. O hospital investe em treinamento e capacitação das lideranças e dos colaboradores
		19. A capacitação dos líderes e colaboradores é dirigida a atender às múltiplas competências que a sua função requer
		20. Há comunicação e transparência no trabalho gerando clima de colaboração mútua
		21. A estrutura organizacional do hospital é fundamentada em equipes de processos e o modelo de gestão é baseado em processos
		22. A alta administração do hospital está envolvida e dá apoio ao modelo de gestão baseado em processo
		23. Existe a noção de cliente e fornecedores internos presentes nas atividades desenvolvidas pelos colaboradores
		24. Todos os processos (principais e de apoio) identificados pelo hospital estão documentados
		25. O hospital possui uma gestão integrada de seus processos essenciais e "colhe" os resultados dessa integração
26. Há evidências de participação dos setores envolvidos em reuniões sistemáticas de análise de indicadores operacionais		
27. Os setores conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho (saída) e sabem de onde vem as informações para realização de suas atividades (entrada)		
28. Existência de indicadores de desempenho (estratégicos e operacionais) com definição clara de metas quantificáveis		
29. Existência de indicadores que medem a agregação de valor para o cliente		
30. São realizadas avaliações dos resultados das áreas estratégicas e operacionais com base em critérios de avaliação mensuráveis		

APÊNDICE A – Modelo de Análise do Objetivo Específico 2 para Fundamento do Referencial Teórico 2

Objetivo Geral:	Analisar a gestão por processos em uma organização hospitalar	
Objetivo Específico 2:	Caracterizar a gestão por processos em uma organização hospitalar	
"Produtos" para alcance do Objetivo Específico 2:	a) Realizar fundamentação teórica e conceitual do tema Gestão por Processo em Organização Hospitalar; b) Efetuar análise do resultado da pesquisa empírica realizada em uma organização hospitalar	
Resultado: alcance do Objetivo Específico 2 para o FRT 2	Indicadores de fatores críticos para implantação da gestão por processos	
Fundamento do Referencial Teórico - FRT (categoria de análise)	Autores	Itens do FRT2 analisado no campo empírico (Perguntas do Questionário)
FRT 2: Fatores críticos para a implantação da Gestão por Processo	Davenport (1994), Harrington (1998), Smith e Fingar (2003), Baldam e Outros (2007), Gonçalves (2000)	1- Apoio da alta direção (incluindo a presidência e alto escalão) na implantação da gestão por processos
		2. Existem estratégias para tratar a gestão de mudança
		3. Ocorre o alinhamento das iniciativas para a implantação de gerenciamento dos processos à estratégia da organização
		4. Implantação de indicadores de desempenho para clientes internos e externos claramente definidos e contratados
		5. Utilização de procedimentos simplificados e burocracia reduzida
		6. Capacitação de pessoas envolvidas
		7. Verificam-se altos níveis de desempenho no fortalecimento de serviços e produtos que alimentam os processos
		8. A organização tem a percepção de que nenhum processo é estático e para isto monta, desmonta e remonta suas atividades, adaptando-se às diversas variações de mercado
		9. Ocorrência do rompimento de barreiras funcionais e regularidade no fluxo de informações através dos processos
		10. Estabelecimento de consenso no direcionamento e prioridades dos processos

APÊNDICE B – Roteiro 01

Roteiro 01: Caracterização da gestão por processos

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO		
Nome		Formação
Unidade de Negócio	Área / Setor	Cargo
Tempo de empresa	Contatos	
	E:mail	Telefone

Parte 1 – Perguntas Abertas

1. Quais são as características do modelo de gestão praticadas neste hospital?
2. A adoção do sistema de gerenciamento de processos trouxe resultados para o hospital? Se sim, quais resultados?
3. O sistema de gerenciamento de processos promoveu alguma mudança na gestão das lideranças? Se sim, que tipo de mudança?

Parte 2 – Perguntas Fechadas

Instruções para Preenchimento

Para responder as questões fechadas, leia cada afirmativa e marque com um “x” a opção desejada. Ela obedece a um critério em escala de cinco possibilidades que representam o seu nível de concordância ou discordância, utilizando os números **5, 4, 3, 2 e 1**, do seguinte modo:

- a) (5) Concordo totalmente: significa que o fundamento descrito na afirmação é totalmente aplicado.
- b) (4) Concordo parcialmente: significa que o fundamento descrito na afirmação é aplicado na sua maioria.
- c) (3) Não concordo nem discordo (Indeciso): significa que existem dúvidas que o fundamento é aplicado em sua maioria ou minoria.
- d) (2) Discordo parcialmente: significa que o fundamento descrito na afirmação não é aplicado na sua maioria.

f) (1) Discordo Totalmente: significa que o fundamento descrito na afirmação não é aplicado.

As respostas devem considerar sempre a situação atual, procurando isolar a opinião de condições passadas, expectativas futuras ou desejos pessoais.

1. Existe uma definição clara da estratégia com divulgação para todos os colaboradores da visão e missão do hospital	5	4	3	2	1
2. O hospital tem um posicionamento objetivo para a qualidade	5	4	3	2	1
3. Existe a identificação dos clientes internos e externos e suas respectivas necessidades	5	4	3	2	1
4. O hospital tem como foco o cliente com ações voltadas para a satisfação do mesmo	5	4	3	2	1
5. A alta administração do hospital tem uma preocupação constante na motivação dos colaboradores	5	4	3	2	1
6. A melhoria contínua é uma postura permanente dos colaboradores	5	4	3	2	1
7. O hospital disponibiliza recursos (materiais, financeiros, tecnológicos, pessoas etc) para a obtenção de resultados que afetem o cliente	5	4	3	2	1
8. O hospital está orientado a processos e não para tarefas com nomeação de responsáveis por processos ou identificação de “donos” ou “gestores” de cada processo	5	4	3	2	1
9. O hospital agrega valor nos serviços oferecidos aos clientes	5	4	3	2	1
10. Existe o uso intensivo de tecnologia da informação com a preocupação voltada para a confiabilidade das informações disponibilizadas para a área operacional e estratégica	5	4	3	2	1
11. Os colaboradores são treinados e capacitados para o uso de informações e dados disponibilizados pelo sistema de gerenciamento de processos	5	4	3	2	1
12. Existe a integração de sistemas de informação com acompanhamento, monitoramento e gerenciamento dos processos	5	4	3	2	1
13. A organização do trabalho é feita por meio de processos multifuncionais de forma sistêmica e esses processos são executados simultaneamente	5	4	3	2	1
14. O hospital valoriza o trabalho em equipe e os colaboradores são alocados em times e as pessoas envolvidas têm diferentes perfis e habilidades	5	4	3	2	1
15. As lideranças delegam responsabilidade e autoridade aos colaboradores capacitados permitindo aos mesmos tomada de decisão	5	4	3	2	1
16. A avaliação de desempenho realizada é centrada nos resultados dos processos	5	4	3	2	1
17. O comando dos líderes (diretores, gerentes, coordenadores) é baseado na participação efetiva dos colaboradores	5	4	3	2	1
18. O hospital investe em treinamento e capacitação das lideranças e dos colaboradores	5	4	3	2	1
19. A capacitação dos líderes e colaboradores é dirigida a atender às múltiplas competências que a sua função requer	5	4	3	2	1
20. Há comunicação e transparência no trabalho gerando clima de colaboração mútua	5	4	3	2	1

21. A estrutura organizacional do hospital é fundamentada em equipes de processos e o modelo de gestão é baseado em processos	5	4	3	2	1
22 A alta administração do hospital está envolvida e dá apoio ao modelo de gestão baseado em processo	5	4	3	2	1
23. Existe a noção de cliente e fornecedores internos presentes nas atividades desenvolvidas pelos colaboradores	5	4	3	2	1
24. Todos os processos (principais e de apoio) identificados pelo hospital estão documentados	5	4	3	2	1
25. O hospital possui uma gestão integrada de seus processos essenciais e “colhe” os resultados dessa integração	5	4	3	2	1
26. Há evidências de participação dos setores envolvidos em reuniões sistemáticas de análise de indicadores operacionais	5	4	3	2	1
27. Os setores conhecem quem recebe o resultado do seu trabalho (saída) e sabem de onde vem as informações para realização de suas atividades (entrada)	5	4	3	2	1
28. Existência de indicadores de desempenho (estratégicos e operacionais) com definição clara de metas quantificáveis	5	4	3	2	1
29. Existência de indicadores que medem a agregação de valor para o cliente	5	4	3	2	1
30. São realizadas avaliações dos resultados das áreas estratégicas e operacionais com base em critérios de avaliação mensuráveis	5	4	3	2	1

APÊNDICE C – Roteiro 02

Roteiro 02: Avaliação de fatores críticos para implantação da gestão por processos

IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO		
Nome		Formação
Unidade de Negócio	Área / Setor	Cargo
	Contatos	
Tempo de empresa	E:mail	Telefone

Perguntas Fechadas

Instruções para Preenchimento

Para responder as questões fechadas, leia cada afirmativa e marque com um “x” a opção desejada. Ela obedece a um critério em escala de cinco possibilidades que representam o seu nível de concordância ou discordância, utilizando os números **5, 4, 3, 2 e 1**, do seguinte modo:

- a) (5) Concordo totalmente: significa que o fundamento descrito na afirmação é totalmente aplicado.
- b) (4) Concordo parcialmente: significa que o fundamento descrito na afirmação é aplicado na sua maioria.
- c) (3) Não concordo nem discordo (Indeciso): significa que existem dúvidas que o fundamento é aplicado em sua maioria ou minoria.
- d) (2) Discordo parcialmente: significa que o fundamento descrito na afirmação não é aplicado na sua maioria.
- f) (1) Discordo Totalmente: significa que o fundamento descrito na afirmação não é aplicado.

As respostas devem considerar sempre a situação atual, procurando isolar a opinião de condições passadas, expectativas futuras ou desejos pessoais.

1. Apoio da alta direção (incluindo a presidência e alto escalão) na implantação da gestão por processos	5	4	3	2	1
2. Existem estratégias para tratar a gestão de mudança	5	4	3	2	1
3. Ocorre o alinhamento das iniciativas para a implantação de gerenciamento dos processos à estratégia da organização	5	4	3	2	1
4. Implantação de indicadores de desempenho para clientes internos e externos claramente definidos e contratados	5	4	3	2	1
5. Utilização de procedimentos simplificados e burocracia reduzida	5	4	3	2	1
6. Capacitação de pessoas envolvidas	5	4	3	2	1
7. Verificam-se altos níveis de desempenho no fortalecimento de serviços e produtos que alimentam os processos	5	4	3	2	1
8. A organização tem a percepção de que nenhum processo é estático e para isto monta, desmonta e remonta suas atividades, adaptando-se às diversas variações de mercado	5	4	3	2	1
9. Ocorrência do rompimento de barreiras funcionais e regularidade no fluxo de informações através dos processos	5	4	3	2	1
10. Estabelecimento de consenso no direcionamento e prioridades dos processos	5	4	3	2	1