

A influência da integração nos processos de organizações de saúde

The influence of integration in the processes of health organizations

Sérgio Almeida Migowski*

Instituto Federal do RS, Brasil
sergiomigowski@gmail.com

Iuri Gavronski**

UNISINOS, Brasil
igavronski@unisinos.br

Cláudia de Souza Libânio***

UFCSPA, Brasil
clasl@terra.com.br

Eliana Rustick Migowski****

FADERGS, Brasil
elianamigowski@gmail.com

Francisco Dias Duarte*****

Fundação Saint Pastous, Brasil
francisco@serdil.com.br

Resumo. O presente ensaio objetiva oferecer aos gestores hospitalares subsídios para melhoria operacional de suas organizações através da proposição de um *framework* teórico suportado por uma revisão sistemática de literatura, a fim de realizar o levantamento dos artigos internacionais que tratam da relação entre a integração, a gestão da qualidade e a eficiência de organizações hospitalares. Como a atividade assistencial é fragmentada e dependente de profissionais diversos, é através do seu trabalho integrado e colaborativo que os melhores resultados podem ser obtidos. Além disso, o foco nos processos possibilita eliminar as contingências apontadas por diversos estudos que impedem a implementação da integração organizacional. Este estudo propõe que a eficiência das organizações hospitalares ocorre através da integração organizacional a nível de processos, juntamente com a gestão da qualidade e que é da união desses constructos que é possível obter o constructo eficiência. Para que isto ocorra, é necessário que a alta gestão perceba a importância estratégica dos diversos profissionais do setor operacional na produção da atividade assistencial.

Palavras-chave: Hospital, integração organizacional, eficiência.

Abstract. This essay proposes aims to offer for hospital managers subsidies for operational improvement of their organizations through the proposal of a theoretical framework supported by a systematic review of literature, in order to carry out the survey of international papers that deal with the relationship between integration, quality management and efficiency of hospital organizations. As the assistance activity is fragmented and dependent on various professionals, it is through its integrated and collaborative work that the best results can be obtained. In addition, the focus on processes makes it possible to eliminate the contingencies identified by various studies that prevent the implementation of organizational integration. This study proposes that the efficiency of hospital organizations occurs through organizational integration at the level of processes, along with quality management and based on the union of these constructs, it is possible to obtain the construct efficiency. For this, it is necessary that the senior management understands the strategic importance of the various operating professionals in the production of assistance activity.

Keywords: Hospital, organizational integration, efficiency

* Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul, Campus Canoas. Rua Dra. Maria Zélia Carneiro de Figueiredo, 870, A - Igara, 92412-240, Canoas, RS, Brasil.

** Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Avenida Dr. Nilo Peçanha, 1600, Boa Vista, 91.330-002, Porto Alegre, RS, Brasil.

*** Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Rua Sarmento Leite, 245, Centro Histórico, 90050-170, Porto Alegre, RS, Brasil.

**** Faculdade de Desenvolvimento do Rio Grande do Sul. Rua Riachuelo, 1257, Centro Histórico, 90010-273, Porto Alegre - RS, Brasil.

***** Faculdade de Tecnologia Fundação Saint Pastous. Rua São Luís, 132, Santana, 90620-170, Porto Alegre, RS, Brasil.

Introdução

As organizações hospitalares possuem uma importante peculiaridade: de um lado, sua gestão é altamente pressionada a manter custos controlados; e, de outro, vê-se obrigada a oferecer serviços especializados e altamente qualificados (Aronsson *et al.*, 2011). Suas operações vêm sendo afetadas pelo aumento da complexidade dos tratamentos prestados e pelo conhecimento bastante variado dos diversos profissionais envolvidos na assistência, o que acaba levando à fragmentação dos serviços prestados.

Essa fragmentação ocorre, porque cada setor ou profissional fica responsável por uma das atividades do processo assistencial (Drupsteen *et al.*, 2016; Osmo, 2012). Como as atividades são coproduzidas, as dificuldades na integração dos diversos profissionais geram prejuízos à gestão da qualidade. A consequência natural é a perda na eficiência operacional. Desta forma, este estudo sugere que sejam criadas as condições estruturais necessárias para o estabelecimento de três constructos distintos, mas interdependentes (eficiência, gestão da qualidade e a integração a nível de processos), como forma de se melhorar o desempenho organizacional. Para tal, tem como objetivo propor um *framework* teórico que possa servir de base para a melhoria da eficiência operacional e, para isso, foi desenvolvida uma revisão sistemática de literatura, a fim de realizar um levantamento dos artigos internacionais que tratam da relação entre a integração, a gestão da qualidade e a eficiência de organizações hospitalares.

Diante deste *trade-off* entre a gestão da qualidade e a eficiência, as organizações têm optado por processos de fusão e aquisição como forma de obter ganhos de escala e isto tem ocorrido tanto no Brasil, quanto na Europa, Estados Unidos e Canadá (Ferreira Júnior, 2011; Weil, 2010). A despeito dos esforços, contudo, a concentração no setor hospitalar não tem implicado em ganhos na eficiência ou na obtenção de um desempenho financeiro satisfatório. Estudos

recentes apontam que as fusões e aquisições podem não resultar em aumento de eficiência técnica (Condeixa, 2012; Hayford, 2012) e sua dimensão excessiva pode, inclusive, gerar deseconomias de escala (Harrison, 2011). Este cenário traz, então, um interessante paradoxo: mesmo em um ambiente de redução concorrencial, os resultados positivos não estão assegurados.

Nos hospitais privados brasileiros, foi registrado, em 2015, uma desaceleração nos principais indicadores financeiros do grupo de hospitais fundadores da Associação Nacional dos Hospitais Privados (ANAHP) que é utilizado como grupo controle nas diversas análises realizadas. A ANAHP é, atualmente, composta por 77 hospitais privados, cuja receita atingiu, em 2015, R\$ 21,6 bilhões, sendo responsáveis por mais de 18.200 leitos (ANAHP, 2016).

De janeiro a dezembro de 2015, os dados indicaram uma queda nas receitas líquidas de 1,8% em relação ao ano anterior. No mesmo período, porém, as despesas se elevaram em 8,3%, o que reduziu drasticamente suas margens operacionais. A variação da receita líquida e da despesa por paciente-dia em 2015, comparada com o ano anterior, aumentou 3,5%, ao passo que a despesa por paciente-dia subiu 9,4%, no mesmo período. A expectativa é de nova elevação das despesas em 2016, tendo em vista que mais de 30% dos insumos são baseados em moeda estrangeira (ANAHP, 2016).

Na realidade, tem-se observado uma tendência constante no aumento dos custos hospitalares. O Índice de Variação de Custos Médico-Hospitalares (VCMH) tem sido superior ao Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA) desde 2007. No acumulado de 2012, enquanto o VCMH atingiu 15,4%, a inflação medida pelo IPCA registrou 5,4%. Em 2013, enquanto a receita líquida aumentou 5,1%, os custos cresceram 6,1% em relação ao ano anterior. Se somados os anos de 2013 e 2014, o aumento de custos hospitalares, apenas no Rio Grande do Sul, superou em 48,13% a inflação do mesmo período (FEHOSUL, 2015). Diante dessa realidade, entre os anos de 2008 e 2013, 284

hospitais encerraram suas atividades por problemas diversos que vão do porte inadequado à falta de atualização nas tabelas do convênio público ou a pouca margem de negociação com os convênios privados (CFM, 2014).

Simultaneamente à redução da concorrência, o aumento da demanda deveria trazer resultados positivos, deixando os hospitais em situação mais confortável, uma vez que os indivíduos com mais de 60 anos vão mais do que triplicar até 2050, passando de 22,9 milhões (11,34% da população) para 88,6 milhões (39,2%) (Reis *et al.*, 2013). O aumento no número de usuários ocorre, porque populações envelhecidas têm elevadas prevalências de doenças crônicas, sendo acometidos por, pelo menos, cinco doenças crônicas concomitantes que, não raro, demandam hospitalização (Veras, 2012).

Tem-se, portanto, uma indústria caracterizada pela baixa competição e boas expectativas de demanda e que, independentemente de sua natureza filantrópica ou privada, é composta por organizações com problemas operacionais. Suas operações envolvem processos ligados à assistência ao paciente que é resultante de diversas atividades assistenciais e administrativas desenvolvidas por equipes multiprofissionais (Drupsteen *et al.*, 2016; Osmo, 2012). Diante de tal diversidade, é natural que as equipes compartilhem situações que podem ser complexas, demandando, por vezes, decisão e ação imediatas (Ciampone, 1991), uma vez que as necessidades curativas variam de paciente para paciente, dificultando a padronização dos processos assistenciais (Gurgel Júnior e Vieira, 2002).

Não por acaso, as organizações hospitalares, notadamente aquelas que buscam uma certificação de qualidade, possuem setores encarregados de melhorar a eficiência dos processos e de fazer a gestão da qualidade, pelo monitoramento e regulação dos diversos sistemas internos responsáveis pela coprodução da assistência (Farr e Cressey, 2015). De fato, a gestão da qualidade e a eficiência devem aparecer

juntas, para que as organizações tenham o cuidado de assegurar que os ganhos de eficiência obtidos nos diversos processos não resultem em perda na gestão da qualidade (Navarro-Espigares e Torres, 2011). Ao contrário, neste segmento, a redução de custos obtida permite o investimento em áreas capazes de trazer mais qualidade no tratamento de pacientes, o que sugere que elas não necessitam ser excluídas, evitando o *trade-off* (Soremekun *et al.*, 2011).

Na área hospitalar, a gestão da qualidade pode ser definida como a habilidade em satisfazer as expectativas relacionadas à saúde (Jung e Hong, 2012), enquanto a eficiência trata da habilidade de produzir um serviço com a menor quantidade possível de perdas, de custos e de esforços dos profissionais envolvidos (Zhang *et al.*, 2015). Processos, por seu turno, podem ser definidos como uma coleção de atividades que possibilitam que um ou mais recursos gerem um ou mais resultados que possuam valor tanto para os clientes internos quanto os externos de uma organização (Silver, 2004).

Para que estes processos funcionem com a melhor eficiência possível, é preciso que os atores envolvidos trabalhem de forma integrada em torno da gestão da qualidade. A integração vem sendo tratada como um elemento essencial para a sustentabilidade e o funcionamento das organizações de saúde em função da alta fragmentação na produção dos seus serviços (Bainbridge *et al.*, 2016).

Pagell (2004) define a integração organizacional como um processo de interações e colaboração, no qual a manufatura, a comercialização e a logística trabalham juntas, de forma cooperativa, para conseguir resultados rentáveis para a sua organização. Entretanto, uma vez que a definição de Pagell (2004) refere-se à integração de funções, enquanto o serviço prestado ao paciente é realizado por equipes multiprofissionais (Drupsteen *et al.*, 2016; Osmo, 2012), este estudo adota como definição aquela elaborada por Lillrank (2012): a integração é a combinação de

contribuições e recursos especializados e diferenciados que resultam em um sistema composto por diversas partes. Cada uma dessas partes contribui para o resultado, mas também se submete às demandas do todo. A integração significa, portanto, abrir mão de alguns benefícios da especialização para o bem do sistema.

Apesar do reconhecimento dos benefícios obtidos pela integração organizacional, as organizações raramente têm sucesso na sua implementação (Esper *et al.*, 2010; Pagell, 2004). Dentre os estudos que analisam estas falhas está o de Currie e Harvey (2000) que apontam a cultura organizacional e a falta de apoio da alta gestão como barreiras à integração dos setores. Pearson *et al.* (1995) destacam a autonomia do médico, enquanto Vos *et al.* (2009) mencionam a política como um fator gerador da desintegração. Drupsteen *et al.* (2016) relacionam os antecedentes operacionais como fatores que levam a inibir a integração no planejamento dos processos internos.

Como as atividades são coproduzidas, as dificuldades na integração dos diversos profissionais geram prejuízos à gestão da qualidade. A consequência natural é a perda na eficiência operacional. Diante deste contexto, este estudo sugere que sejam criadas as condições estruturais necessárias para o estabelecimento de três constructos distintos, mas interdependentes (eficiência, gestão da qualidade e a integração a nível de processos), como forma de se melhorar o desempenho organizacional. Por isso, como principais contribuições deste ensaio, estão a defesa da implementação conjunta da gestão da qualidade e da integração dos processos ao nível dos profissionais envolvidos, o que poderá se refletir na melhoria da eficiência e a proposição de um *framework* teórico que possa servir de base para a melhoria da eficiência operacional. Para a sua elaboração, são apresentados na seção a seguir os conceitos sobre gestão de operações e serviços, além de estudos que tratam dos constructos integração, eficiência, gestão da qualidade e seus *enablers* comunicação, liderança e confiança.

Fundamentação teórica

A gestão de operações e serviços

Slack e Lewis (2003) tratam a gestão de operações como a atividade de gerenciar os recursos e processos que produzem e entregam bens e serviços. Estes autores defendem que muitas empresas do setor de serviços não delimitam, de forma explícita, a função operações, ainda que ela exista em qualquer organização. Esta falta de delimitação acaba levando às organizações de serviços a não reconhecerem a importância da função operacional, deixando de focar em melhorias no desempenho operacional e, por essa razão, sua definição de gestão de operações é escolhida pelo presente estudo.

Na realidade, o mesmo sucedeu no setor de produção de bens. Surpreendentemente, até que Skinner, publicasse seu trabalho seminal *Manufacturing – Missing Link in Corporate Strategy*, de 1969, a área operacional era percebida, dentro da organização, como referência de um trabalho tedioso e, por isso, relegada a um segundo plano, inclusive na estratégia organizacional. Os processos, entretanto, são altamente dependentes do setor de operações, como afirmaram, mais tarde, Wheelwright e Hayes (1985).

Todas as estratégias devem ser dirigidas para decisões operacionais que envolvam o desenvolvimento da estrutura, da infraestrutura e dos seus profissionais para a obtenção de novas capacidades ou capacidades superiores. Para isso, é preciso desenvolver a proatividade dos atores envolvidos na produção de serviços, o que significa focar investimentos para estas áreas, ao invés de aliená-los de todo o processo decisório (Goldstein e Ward, 2004). Por isso, as organizações, usualmente inseridas em um ambiente competitivo, têm de buscar, primeiramente, a redução de custos e à melhoria na gestão da qualidade (Butler *et al.*, 1996), o que significa uma revisão de seus processos.

Em especial, em um segmento tão

complexo quanto o hospitalar, a atenção aos processos é ainda mais crucial, pois seu desenvolvimento se repercute na gestão da qualidade da assistência prestada. Os processos em um hospital são impactados por fatores diversos: as necessidades curativas variam de paciente para paciente, dificultando a padronização de processos assistenciais; não há simetria de informação, pois os clientes são, em geral, leigos e incapazes de julgar seu tratamento, além de nem sempre poderem escolher um prestador por falta de outra opção no local; o consumo do serviço é imediato, impedindo que haja controle da qualidade ou estoque para inspeção; e a produção do serviço é executada por equipe multiprofissional, com formações e interesses econômicos distintos (Gurgel Júnior e Vieira, 2002). Em outras palavras, a ineficiência dos seus processos é muito mais impactante para o cliente.

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

Dessa forma, é o conjunto de decisões, ações e alocação de recursos que diante das mudanças ambientais e resultantes da competência operacional que resultam na criação das competências da organização. O alinhamento das decisões ao longo das diversas atividades possibilita respostas mais rápidas às situações emergentes, o que inclui as alterações da demanda. Além disso, possibilita um melhor fluxo de informações, o que se reflete em procedimentos mais integrados e eficientes (Paiva *et al.*, 2009).

Integração organizacional

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

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

Estudo recente realizado com **seis** fábricas alemãs sugere que as organizações que conseguem melhorar a integração entre os níveis estratégico e operacional tendem a apresentar melhores resultados, gerando, inclusive, condições para a proliferação de iniciativas individuais e maior criatividade que geram melhorias nos processos (Sting e Loch, 2016). Esta falta de integração entre os dois níveis organizacionais pode estar relacionada com os problemas enfrentados pelas organizações hospitalares. A

enfermagem, por exemplo, tem sido tratada apenas como um centro de custos, sendo apontada como responsável por 25% dos custos operacionais totais (Maenhout e Vanhoucke, 2013) e 44% dos custos diretos (Welton *et al.*, 2006) de uma organização hospitalar, o que não considera o grau de atenção dispensado, levando à falta de sua visibilidade econômica (Lasater, 2013; Duffield *et al.*, 2007).

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

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

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

Todavia, no lugar de uma gestão colaborativa para a elaboração e implementação das estratégias, permanece a tentação de manter as decisões estratégicas apenas no alto escalão, o que não é eficaz,

principalmente, em organizações hospitalares que são altamente dependentes da especialização de diversos atores (Mintzberg *et al.*, 2004). Os processos em uma organização hospitalar são realizados por profissionais diversos (Osimo, 2012) que são ligados a setores distintos e que devem buscar, de forma conjunta, uma maior eficiência nos processos e uma melhoria na gestão da qualidade.

Gestão da qualidade

A discussão da qualidade não é recente. Juran e Gryna (1991) a conceituaram como *fitness for use* (adequação ao uso – tradução livre), ao passo que Garvin (1992) adotou oito dimensões na tentativa de conceituá-la: desempenho, características, confiabilidade, conformidade, durabilidade, atendimento, estética e qualidade percebida, enfatizando que um produto ou serviço só pode ser bem reconhecido em apenas uma das dimensões.

Crosby (1994) definiu-a como uma conformidade com os requisitos; Oakland (1994) afirmou que a noção de qualidade depende da percepção individual. Deming (1990) compreendia a qualidade como um atendimento contínuo às necessidades e expectativas dos clientes e a um preço que estejam dispostos a pagar.

Quanto aos mecanismos de satisfação no fornecimento de um produto ou serviço, Oliver (1999) entendia que não há distinção entre eles, mas ressaltou que, durante a entrega do serviço, a integração humana entre o cliente e o profissional envolvido determina a percepção do primeiro. Trata-se, pois, de uma reação emocional de curto prazo, diante de uma experiência específica do serviço (Lovelock e Wright, 2003).

Iztok (2011) destacou que a qualidade no setor de serviços é determinada por pressupostos subjetivos dos clientes, de acordo com experiências pessoais prévias e da própria percepção, constituindo-se em uma das principais formas de diferenciação em relação aos concorrentes (Kotler, 2001). Por essa razão, compreender quais situações e comportamentos podem gerar satisfação ou insatisfação dos clientes é primordial e,

em geral, são mais facilmente identificados pelos profissionais que estão na linha de frente (Bitner *et al.*, 2001).

Sureshchandar *et al.* (2001) identificam 12 dimensões como críticas para a implementação da gestão da qualidade no setor de serviços. São elas: comprometimento da alta gestão e liderança visionária; gestão dos recursos humanos; sistemas técnicos; sistemas de análises e informação; *benchmarking*; melhoria contínua; foco no cliente; satisfação dos funcionários; intervenção do sindicato; responsabilidade social; impacto da estrutura física (*servicescape*); e cultura de serviços. Nas organizações hospitalares, não há como desvincular o trabalho de equipes para assegurar a gestão da qualidade (Munehika *et al.*, 2014).

Especificamente, neste setor, a avaliação da gestão da qualidade ocorre pela acreditação que é um sistema reconhecido internacionalmente. A Acreditação ganhou importância nos Estados Unidos, na década de 50, com a atuação da *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) e, no Brasil, na década de 90, com a Organização Nacional de Acreditação (ONA) (Quinto Neto e Gastal, 2000). Para a JCAHO (2010), a gestão da qualidade possui os seguintes desafios:

- Sempre prover o cuidado efetivo àqueles que se possam beneficiar disso;
- Nunca oferecer serviços inapropriados;
- Eliminar complicações que podem ser previstas.

A acreditação é uma metodologia desenvolvida para avaliar e validar a qualidade assistencial dos serviços médico-hospitalares prestados, com base em padrões assistenciais reconhecidos. Compara-se o que é encontrado nos serviços hospitalares com o padrão considerado como referência no desenvolvimento das atividades médico-hospitalares, de forma a atender aos aspectos relacionados à

segurança (estrutura), organização (processos) e práticas de gestão e qualidade (resultados).

A acreditação é dividida em três níveis de exigência, possibilitando à organização hospitalar obter uma certificação de gestão da qualidade, por meio de empresas auditoras, credenciadas junto ao Ministério da Saúde. Para isso, faz uso de diversos indicadores, auditados por um período mínimo de três anos e que são comparados com dados considerados como excelência de outras organizações (ONA, 2010).

Os indicadores são obtidos a partir de dados válidos e confiáveis e possibilitam identificar ou dirigir a atenção das organizações hospitalares para uma revisão dos processos existentes, sob uma perspectiva crítica, para a tomada de decisão (Bittar, 2000). Trata-se de um instrumento valioso de gestão, a fim de se alcançar a desejada eficácia gerencial (Bonacim e De Araújo, 2011). É preciso salientar, contudo, que fazer uma comparação sobre a eficiência das organizações hospitalares capaz de determinar o nível de gestão da qualidade que se pretende alcançar, não tem sido uma tarefa fácil. Ainda mais quando a comparação envolve organizações hospitalares de regiões geográficas diferentes, pois, não raro, utilizam parâmetros diferentes para compor os indicadores (Davis *et al.*, 2013).

Dentre os indicadores de eficiência de um hospital, um é bastante utilizado para servir de comparação com aquelas organizações consideradas como de excelência: é taxa de infecções associadas¹.

Como majoritariamente as infecções associadas ocorrem em pacientes hospitalizados por 48 horas ou mais (Lo *et al.*, 2014), o outro indicador utilizado para mensurar a eficiência é a taxa média de permanência (Schmidt *et al.*, 2013; Hayford, 2012) devido aos reflexos que a permanência do paciente em ambiente hospitalar poderá causar a sua saúde. A taxa média de permanência possibilita verificar se há

¹ Estima-se que, aproximadamente, 1,7 milhão de infecções associadas ocorram anualmente nos Estados Unidos e que tem relação com 99 mil mortes anuais (Pina *et al.*, 2010).

eficiência em todos os processos que envolvem o paciente e isto abrange desde a qualidade da alimentação, o que pode evitar sua desnutrição (Souza e Nakasato, 2011) até erros causados durante a higienização do leito ou pela prestação dos serviços pelos profissionais assistenciais (Agarwal *et al.*, 2010).

Além disso, a taxa média de permanência está diretamente ligada aos aumentos dos custos. Titler *et al.* (2008) encontraram uma alta correlação (correlação de Pearson = 0,87) entre a média de permanência e os custos envolvendo a assistência prestada. A média de permanência, por seu turno, está ligada à qualidade na gestão dos processos (Andritsos e Tang, 2014).

Para que a gestão da qualidade possa ser desenvolvida dentro das organizações, três dimensões (*enablers*) precisam estar consolidadas, em função de sua estreita relação com ela. Trata-se da comunicação (Conway e Monks, 2011); da liderança (Zelnik *et al.*, 2012; Purcell e Hutchinson, 2007); e da confiança (Doeleman *et al.*, 2012).

Comunicação

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

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

comunicação está diretamente relacionada com o contato pessoal (Voss *et al.*, 2008). Pagell (2004) defende que a comunicação em tempo real entre os indivíduos é vital, inclusive, para a emergência da integração.

A comunicação é de tal forma importante nas organizações hospitalares que ela é apontada, juntamente com o trabalho em equipe, como a principal causa de erros humanos em centros cirúrgicos (Tibbs and Moss, 2014). A qualidade da comunicação entre os profissionais médicos e de enfermagem é responsável, também, pela satisfação no trabalho e pelo grau de comprometimento destes profissionais (Galletta *et al.*, 2016).

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

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

ocorre quando é construída a confiança entre as partes (Blidaru *et al.*, 2011).

Liderança

Em tempos de poucas mudanças e de estabilidade ambiental, os modelos gerenciais baseados na autoridade estabelecida pela estrutura hierárquica eram suficientes para conduzir as organizações. Esses modelos, entretanto, não encontram mais lugar diante da busca pela competitividade (Bennis e Nanus, 1988). A busca da sustentabilidade requer líderes com extraordinárias habilidades, a fim de serem capazes de atuar como intérpretes de um ambiente complexo, agindo como mediadores dentro de uma organização (Metcalf e Benn, 2013). Por isso, as organizações inseridas em ambientes de incerteza têm que se valer de procedimentos especializados e isto exige flexibilização da obediência hierárquica, pois parte dessa especialização pode estar localizada nos níveis hierárquicos inferiores (Donaldson, 1999).

Dessa forma, os gerentes intermediários são responsáveis por compreender e transmitir as diversas estratégias organizacionais a seus subordinados, concentrando seus esforços na implementação. Ao estarem em contato direto com as atividades operacionais, são eles que detêm a capacidade de identificar quais as competências disponíveis e quais devem ser adquiridas para a concretização do processo, atuando como catalisadores durante todo o processo (Floyd e Wooldridge, 1996). Agem, inclusive, como porta-vozes tanto da alta gestão, quanto do nível operacional, atuando como uma espécie de disseminadores de ambos os lados (Mintzberg *et al.*, 2004).

A liderança adquire, dessa forma, uma nova conotação: trata-se de realizar coisas por outras pessoas (Tichy e Cohen, 1999), deixando de ser uma disputa de forças para basear-se em um relacionamento respeitoso e energizante entre líderes e liderados (Burns, 1978). Para alguns autores (Gemmill e Oakley, 1992; Barker, 2001), liderança é um

processo social de colaboração dinâmica, na qual os indivíduos autorizam uns aos outros a interagir, experimentando novas formas de significado social e intelectual, assumindo diferentes estilos, de acordo com o contexto no qual estão inseridos.

O líder tem de estimular a inovação, influenciando o comportamento de outros indivíduos (Hersey e Blanchard, 1986), criando um ambiente que envolva as pessoas na elaboração de novas experiências (Kets de Vries, 1997). Influenciar o outro significa, também, estimulá-las a tomar de forma voluntária decisões que auxiliem na melhoria do desempenho, pois o líder não é capaz de estar onipresente, controlando e monitorando, restando-lhe confiar em seus subordinados (Tichy e Cohen, 1999).

Não se trata, entretanto, de propor a transformação dos gestores em líderes servidores como defendem alguns estudos recentes (Boekhorst, 2015; Grisaffe *et al.*, 2016). Em realidade, não raro, os membros de uma organização são tratados como recursos, ainda que os discursos da alta gestão deem a entender o contrário (Aktouf, 2005). E, nestes casos, a percepção de que o conceito de líder servidor possa ser apenas mais um modismo que não encontra respaldo na realidade em que vivem, fará com que os liderados não se comprometam com a organização (Petriglieri e Petriglieri, 2015).

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

O ambiente criado pelo estilo de liderança determina a forma como os membros de uma equipe interagem uns com os outros, podendo estimular a cooperação e a motivação genuína (Jaramillo *et al.*, 2015). Não se trata de algo simples de implantar, pois o líder deverá fornecer suporte

individualizado, o que será percebido pelos liderados como respeito e preocupação com seus sentimentos e necessidades pessoais (Podsakoff *et al.*, 1990).

Fazer com que trabalhem juntos em direção a uma meta comum é promover a cooperação entre os componentes de seu grupo (Podsakoff *et al.*, 1990) e, para isso, é vital o compartilhamento de informações entre o líder e liderados para a obtenção de desempenho superior (Lam e Huang, 2015). Para que todo esse processo ocorra, é necessário criar um ambiente de confiança pela promoção do bem-estar, da sinceridade e do comprometimento (Rogers, 1995), sem que isso implique sobrecarga de trabalho (Ulrich, 1998).

No setor hospitalar, a liderança tem um papel substancial na restauração das condições de saúde dos pacientes, uma vez que a assistência é altamente dependente da coordenação da contribuição de indivíduos de diversas especialidades (Wheeler e Stoller, 2011). O estilo de liderança se reflete, ainda, no grau de autonomia que é baseado na construção da confiança entre os indivíduos. Nos profissionais de enfermagem, o grau de autonomia acaba por se refletir na sua capacidade de tomar decisões e em sua percepção de que os resultados obtidos na atividade assistencial têm relação direta com o grau de esforço que é despendido por eles (Galleta *et al.*, 2016).

Confiança

O conceito de confiança utilizado aqui não representa aquele proposto em relacionamentos econômicos, quando se busca controlar o comportamento do outro na expectativa de ganhos recíprocos (Williams, 2005). Tal conceito atenderia apenas a transações econômicas, o que não possibilitaria a existência de cooperação entre os indivíduos de uma organização (Kramer, 1999).

Neste estudo, confiança é compreendida como a dimensão responsável por reduzir a complexidade social, conferindo maior segurança nas decisões, inclusive quando há poucas informações disponíveis (Luhmann,

1979). As organizações tendem a ser mais eficientes e a cooperação ocorre de forma espontânea, quando há valores éticos compartilhados e o consenso moral prévio serve de base de confiança mútua dos indivíduos, sem a necessidade de contratos ou medidas legais (Fukuyama, 1996).

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

A confiança resulta da intensidade e a ação deve ser a tradução fiel do que se diz (Drucker, 1997). Desta forma, as informações e os valores organizacionais têm de ser disseminados com muita clareza e veracidade (Drucker, 1996), sob pena de os demais membros da equipe serem incapazes de agir dentro dos limites éticos esperados (Lehman e Dufrene, 1999).

A confiança pode ser definida, portanto, como uma relação entre duas ou mais partes e na qual há a expectativa mútua de cumprir o que fora combinado, sem a presença do oportunismo (Novelli, 2004). Naturalmente, o tempo do relacionamento auxiliará na construção de um olhar fidedigno de uma parte para com a outra (Giddens, 1991), o que significa aumentar sua vulnerabilidade com base nos compromissos firmados (Hacker e Willard, 2002).

A confiança foi o tema de estudo de Holste e Fields (2010) que identificaram que a confiança baseada na afeição exerce maior influência no compartilhamento do conhecimento do que a confiança baseada na cognição. A confiança baseada na afeição permite que o indivíduo se preocupe e deseje bem ao outro, esperando a reciprocidade. E relacionamentos de qualidade tendem a gerar reflexos positivos no ambiente de trabalho, possibilitando o alcance dos resultados desejados (Leana e Buren III, 1999) que podem ser traduzidos

em aumento de produtividade, na melhoria da qualidade e na diminuição das intenções de saída dos membros da organização (Jones *et al.*, 2009).

Em ambientes complexos, como é o caso das organizações hospitalares, a confiança é um componente-chave, uma vez que a assistência é prestada por profissionais diversos, mas com funções interdependentes. É, também, pela confiança mútua que se delega autoridade, para que outros tomem decisões na ausência do líder (Yoon *et al.*, 2016). Vogus e Sutcliffe (2007) evidenciaram que a confiança que os profissionais de enfermagem tinham em seus líderes elevava a segurança dos pacientes pela redução de erros de medicação. Os autores identificaram que em ambientes permeados pela confiança, os profissionais de enfermagem sentiam-se à vontade para discutir protocolos de segurança, bem como para propor rotinas que não julgassem seguras para fazer, o que se refletia na gestão da qualidade e, por consequência, na eficiência dos processos.

Eficiência

Basicamente, a eficiência pode ser definida como a habilidade em produzir um serviço com a menor quantidade possível de perdas, de custos e de esforços dos profissionais envolvidos (Zhang *et al.*, 2015). Ainda que pareçam paradoxais, a eficiência e a gestão da qualidade devem andar juntas em organizações hospitalares, para que a primeira não implique em perda na outra (Navarro-Espigares e Torres, 2011).

Um dos fatores que está relacionado tanto à perda de eficiência, quanto de qualidade é o volume de trabalho das equipes assistenciais. Se por um lado, utilizar toda a capacidade instalada pode levar à ideia de um uso eficiente de recursos, por outro, ela leva à sobrecarga de trabalho, o que acaba por se refletir na elevação da média de permanência. Isso ocorre, porque o maior número de pacientes acaba demandando maior atenção dos profissionais a atividades não diretamente ligadas ao paciente (documentação,

coordenação dos cuidados do paciente, atenção aos familiares), prejudicando a eficiência e a gestão da qualidade dos serviços prestados (Elliot *et al.*, 2014).

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

Uma forma de se reduzir a variabilidade/incerteza ocorre pelo estabelecimento de protocolos clínicos, uma vez que eles auxiliam no processo de tomada de decisão durante a assistência (Kalkan *et al.*, 2015). Usualmente, são elaborados por profissionais reconhecidos como especialistas em suas áreas, possibilitando a padronização e maior eficiência na prestação dos serviços (Taylor, 2014).

Por outro lado, ao contrário da manufatura, na qual partes intercambiáveis e de medidas exatas podem ser colocadas juntas, na prestação de serviços, vários elementos na área da saúde não podem ser padronizados (Lillrank, 2012). Ainda que os protocolos existam e sejam úteis nas tomadas de decisão, a variabilidade existente em cada processo está ligada não só às peculiaridades de cada paciente (doenças crônicas, estilo de vida, herança genética), mas à própria subjetividade de cada profissional envolvido no processo, o que acaba se refletindo na interpretação dos dados (Taylor, 2014).

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

plano de tratamento mais adequado para cada caso (Lillrank, 2012).

Os indicadores utilizados para medir a eficiência são os mesmos utilizados na gestão da qualidade, já que a certificação não separa estes dois constructos. O importante é que sejam escolhidos indicadores comuns a outras organizações hospitalares, de forma a possibilitar o *benchmarking*, gerando tanto o aprendizado, quanto ações corretivas (Fixler e Wright, 2013). Além das já apresentadas na seção referente à gestão da qualidade, McLees *et al.* (2015) propõem: a medição do tempo nos processos de atendimento, o desenvolvimento de ações para a redução de custos, além de outras ações destinadas a evitá-los.

Metodologia

Para o presente ensaio foi desenvolvida uma revisão sistemática, de natureza aplicada e com objetivos de caráter exploratório. Foi realizado um levantamento dos artigos internacionais que tratam da relação entre a integração, a gestão da qualidade e a eficiência de organizações hospitalares.

De acordo com Sampaio e Mancini (2007), revisão sistemática é um meio de pesquisa que se baseia em fontes de dados da literatura sobre um tema específico, viabilizando um resumo de todos os estudos sobre uma determinada intervenção. As revisões sistemáticas possibilitam a incorporação de uma gama maior de resultados relevantes, em vez de restringir as conclusões das pesquisas de determinado estudo à leitura de poucos materiais. Todavia, dependem da qualidade das fontes primárias pesquisadas.

A fim de identificar se havia estudos que analisassem a relação entre a integração, a gestão da qualidade e a eficiência, foram acessados periódicos nacionais e internacionais específicos da área do conhecimento, utilizando as plataformas EBSCOHost e o *Web of Science* para o período de janeiro de 1997 a abril de 2017.

O prazo de vinte anos foi escolhido por se acreditar que ele seja suficiente para

abordar os diversos estudos publicados sobre organizações de saúde em busca da melhoria da eficiência. Para isso, foram utilizados, de forma conjunta, os seguintes grupos de termos e seus equivalentes em português tanto nos títulos dos artigos quanto em seus resumos: *efficiency and integration and quality management; efficiency and healthcare; efficiency and hospital; integration and healthcare; integration and hospital; quality management and healthcare; quality management and hospital; interaction and healthcare; interaction and hospital.*

Foram encontrados estudos que trataram da relação entre integração e gestão da qualidade ou integração e eficiência ou gestão da qualidade e eficiência, mas não foram encontrados estudos nos idiomas inglês, espanhol, português e francês, que tenham tratado da relação entre gestão da qualidade, integração e eficiência ao mesmo tempo. Por outro lado, o conjunto de artigos selecionados pelos critérios utilizados forma suficientes para a construção do referencial teórico que serviu de base para a elaboração do *framework* teórico.

Uma proposta de *framework*

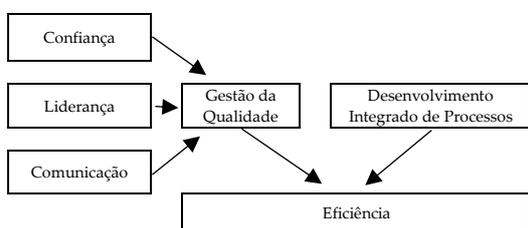
Neste estudo, propõe-se a melhoria do desempenho das organizações hospitalares pela consolidação de três constructos: integração dos processos, eficiência e gestão da qualidade. Este constructo, por sua vez, está diretamente relacionado a três dimensões que o suportam (*enablers*): liderança, confiança e comunicação, conforme o *framework* teórico (Figura 1).

Para gerar a flexibilidade, segurança e rapidez necessárias à tomada de decisão, o nível estratégico (alta gestão) deve proporcionar o desenvolvimento destes três constructos, o que implica na descentralização da tomada de decisão. Quando os profissionais dos diversos setores são capacitados e convidados a participar desta integração organizacional, abandonam a posição passiva a que normalmente são relegados e tornam-se parte da gestão da qualidade. A união destes constructos acaba se refletindo na melhoria

da eficiência, pois ela será decorrência do sentimento de pertencimento dos diversos profissionais, do trabalho colaborativo e do desempenho individual e da própria organização, em virtude do desenvolvimento da autonomia e do protagonismo no processo decisório e na formulação de estratégias.

Figura 1. *Framework* teórico – a integração de processos aliada à gestão da qualidade para a obtenção de ganhos de eficiência.

Figure 1. Theoretical framework – integration of processes with quality management to obtain efficiency gains.



Fonte: Autores.

Ao focar na integração dos diversos profissionais responsáveis por um determinado processo, reduzem-se as chances de não se contar com a colaboração de todos os atores, o que nem sempre ocorre quando a análise é feita sobre a integração entre os setores. Esta pode ser a causa da dificuldade de sua implementação, conforme alguns estudos (Esper *et al.*, 2010; Pagell, 2004). Eles passam a interagir uns com os outros em função do envolvimento direto que possuem com as diversas atividades que compõem um processo e isto só ocorre se for incentivada a comunicação. Ela lhes confere uma visão sistêmica, de forma que passam a compreender que, para toda a ação gerada, reflexos positivos ou negativos poderão ser percebidos pelos demais profissionais envolvidos naquele processo específico.

Para isso, estes profissionais passam a adotar uma discussão prévia com seus pares para a tomada de uma decisão consensual. A confiança recíproca gerada nesta decisão consensual desencadeia um ciclo virtuoso, no qual o trabalho cooperativo passa a ocorrer naturalmente, refletindo-se na

melhoria da gestão da qualidade dos diversos processos internos, o que gera a eficiência e um melhor resultado na assistência prestada ao paciente. Todavia, para que sejam respeitados os prazos necessários para a realização das atividades, bem como para a resolução de conflitos, é necessária a coordenação de todos os envolvidos. Isto só é possível pelo estabelecimento de uma liderança que seja reconhecida como legítima por todos, o que significa incentivar a criatividade, a iniciativa e a cooperação para a melhoria dos processos internos.

A consequência natural na melhoria da elaboração, implementação e desenvolvimento de processos passa a ser percebida pelos usuários, o que, no caso das organizações hospitalares, significa que os pacientes passam a pagar o valor justo pela assistência solicitada, sem que a melhoria na gestão da qualidade implique na elevação dos preços. Para a organização, a integração dos profissionais envolvidos nos processos implicará na mitigação de custos desnecessários representados por retrabalhos ou custos de ociosidade da sua estrutura, refletindo-se na imagem positiva que será percebida tanto por seus clientes, quando nos diversos profissionais envolvidos nos processos.

Dada a flexibilidade que isto confere aos profissionais (nível micro) e, por consequência aos setores (nível meso), a organização torna-se mais preparada para enfrentar mudanças ambientais, inclusive quando os protocolos assistenciais estabelecidos não forem capazes de oferecer a melhor solução possível diante de situações inesperadas. A melhoria da eficiência da organização hospitalar possibilita, ainda, o aumento do seu poder de barganha nas negociações envolvendo convênios privados que não estão dispostos a pagar mais pela ineficiência alheia.

Outro efeito importante é que, ao reduzir a média de permanência das internações hospitalares, a organização pode obter ganhos de escala com a estrutura atual, evitando que a sua ampliação seja precipitada pelo mau uso das instalações.

Uma estrutura física enxuta, por seu turno, implica em uma melhor gestão dos recursos humanos, evitando sua ociosidade em momentos de declínio da ocupação como quando ocorrem crises econômicas.

Em um hospital geral, por exemplo, é possível aumentar a produtividade da lavanderia, se os profissionais de enfermagem e higienização das unidades de internação fizerem a segregação correta dos lençóis, fronhas e demais tecidos de acordo com o grau de sujidade. Ao colocar o material usado no recipiente de roupas sujas (*hamper*), aqueles que apresentam maior sujidade ou possibilidade de contaminação dos demais tecidos, devem ser acondicionados em saco plástico apropriado de forma a não contaminar os demais. Isto implica no tempo em que o funcionário da lavanderia levará para fazer a separação do material por sujidade, além de reduzir o custo com produtos sanitizantes e os danos nos tecidos que costumam ocorrer quando são submetidos a uma carga grande de produtos de limpeza. E esta ação pode ser precipitada por uma conversa informal entre os profissionais destes setores, sem que seja necessária a intervenção direta de seus líderes.

Outro processo que depende da integração de profissionais diversos é a internação de pacientes oriundos de consultórios particulares. Normalmente, eles já vêm acompanhados da solicitação de exames diagnósticos laboratoriais e de imagem. Neste caso, ao invés de apenas formalizar a internação, o funcionário do setor de internações faz contato não só com a unidade de internação para solicitar o leito, mas também com o setor de diagnósticos por imagem. Normalmente, como também atendem a clientes externos, estes serviços estão no mesmo andar que o setor de recepção e já possuem, em seu planejamento diário, a possibilidade de realização de exames não agendados previamente. Durante o contato, o funcionário do setor de internações informa o tipo de exame e questiona se ele pode ser realizado naquele momento. Em caso, positivo, ele conduz o paciente para o setor de exames ao invés de

levá-lo à unidade de internação. Após realizado o exame, este setor entra em contato com o setor de internação que, só então, o leva para o leito que lhe foi designado.

Esse processo simples, a exemplo de diversos outros que ocorrem em uma organização hospitalar, evita que a enfermagem receba um paciente em seu setor para, momentos depois, encaminhá-lo para a realização do exame de imagem. Há ganhos diversos neste processo: redução de tempo desperdiçado pela enfermagem; maior rapidez na obtenção dos resultados de exames, o que impacta tanto na velocidade do diagnóstico, quanto no tratamento e alta do paciente; redução de tráfego de pacientes; e, principalmente, maior satisfação do paciente que percebe agilidade nos processos. Além disso, ao reduzir a média de permanência de pacientes, mitiga-se a possibilidade de infecção hospitalar e otimiza-se a utilização da estrutura física, evitando ampliações desnecessárias que significam aumento com custos de pessoal e ociosidade em caso de queda de demanda.

Outra ação simples e totalmente dependente dos profissionais encarregados pela assistência é a elaboração de um plano de tratamento do paciente, o que inclui o planejamento de sua alta. Isso envolve médicos, enfermeiras, nutricionistas, farmacêuticos e fisioterapeutas trabalhando de forma cooperativa e autônoma, sem que, necessariamente, todo o seu setor precise ser envolvido. Isto significa que menos reuniões serão necessárias e as decisões ganharão a velocidade, levando à melhor resolatividade do paciente.

Mais um exemplo é a gastronomia hospitalar que, além de auxiliar na preservação e recuperação do estado nutricional do paciente, pode atenuar o sofrimento gerado pelo afastamento do paciente do ambiente no qual, habitualmente, relacionava-se com outras pessoas (Dickinson *et al.*, 2005). Para atingir tal objetivo, necessita ser planejada pelos profissionais envolvidos (cofeira, nutricionista e enfermagem) de forma a

minimizar as diferenças alimentares e o próprio horário de servi-las aos pacientes (Sousa, 2007).

Além disso, a desnutrição hospitalar que vem sendo objeto de estudos diversos (Moti, 2008; Fuchs, 2008) pode ser mitigada em virtude dos elevados índices de desnutrição entre pacientes internados (ao menos, 50% dos pacientes adultos). Com maior prevalência entre pacientes acima de 60 anos, pode ser solucionada pelo acréscimo de suplementos alimentares à dieta do paciente, possibilitando-lhe uma recuperação breve, com redução da média de permanência.

Todos os processos mencionados, entretanto, passariam despercebidos tanto pelos líderes do nível estratégico quanto operacional da organização. Somente os profissionais diretamente envolvidos na operacionalização das atividades são capazes de detectar e analisar criticamente os processos realizados, propondo melhorias na sua execução. Às lideranças, cabe apoiar a integração de seus profissionais, facilitando a comunicação entre eles, o que só eleva a confiança entre todos, possibilitando a gestão da qualidade e a melhoria da eficiência.

Considerações finais

A integração organizacional vem sendo estudada já há bastante tempo pelos estudiosos da área de gestão operacional, usualmente, com foco na análise sobre a integração entre os setores de uma organização e seu impacto na eficiência. Por outro lado, também sido apontada a dificuldade em implementá-la diante de fatores contingenciais específicos de cada organização.

As barreiras podem estar localizadas não só na infraestrutura necessária para implementá-la, mas no próprio objeto da análise que, para o presente ensaio, deve ocorrer na integração existente entre os profissionais envolvidos em cada um dos processos. Dessa forma, além de se mitigar a possibilidade de não envolver a todos como pode estar ocorrendo quando se trata de

integração a nível setorial, possibilita-se compreender quais contingências podem estar ocorrendo em relação às dimensões necessárias para dar suporte à implementação da interação organizacional.

Este ensaio defende que os constructos necessários para a melhoria da eficiência operacional passam pela implementação conjunta da gestão da qualidade e da integração dos processos ao nível dos profissionais envolvidos, dada as peculiaridades desta prestação de serviços. O comprometimento e o sentimento de pertencimento aumentam, quando os profissionais passam a ser corresponsáveis pelos diversos processos, agindo de forma colaborativa. Entretanto, estas dimensões só podem ser consolidadas se houver um compromisso da alta gestão e o reconhecimento do valor estratégico dos profissionais envolvidos na produção dos serviços de saúde.

Referências

- AGARWAL, R.; SANDS, D.Z.; SCHNEIDER, J. D. 2010. Quantifying the economic impact of communication inefficiencies in U.S. Hospitals. *Journal of Healthcare Management*, 55(4):265-281. <https://doi.org/10.1097/00115514-201007000-00007>
- AKTOUF, O. 2005. Management, Éthique et reconnaissance de la "Ressource Humaine". *Revista de Administração da FEAD-Minas*, 2(2):9-32.
- ANDRITSOS, D.A.; TANG, C.S. 2014. Linking Process Quality and Resource Usage: An Empirical Analysis. *Production and Operations Management*, Vol. 23, No. 12, pp. 2163–2177, December. <https://doi.org/10.1111/poms.12249>
- ARONSSON, H.; ABRAHAMSSON, M.; SPENS, K. 2011. Developing lean and agile health care supply chains. *Supply Chain Management: An International Journal*, 16(3):176-183. <https://doi.org/10.1108/13598541111127164>
- ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE HOSPITAIS PRIVADOS (ANAHF),

2016. Disponível em: <http://anahp.com.br/noticias/not%C3%A1cias-sobre-o-mercado>. Acesso em: 14/05/2016.
- BAINBRIDGE, D.; BRAZIL, K.; PLOEG, J.; KRUEGER, P.; TANIGUCHI, A. 2016. Measuring Healthcare Integration: operationalization of a Framework for a Systems Evaluation of Paliative Care Structures, Process, and Outcomes. *Paliative Medicine*, V. 30(6), 567-579. <https://doi.org/10.1177/0269216315619862>
- BARKER, R.A. 2001. The Nature of Leadership. *Human Relations*, 54(4):469-494. <https://doi.org/10.1177/0018726701544004>
- BASS, B. M.; RIGGIO, R. E. 2006. *Transformational leadership*. 2nd ed. New York, Psychology Press.
- BENNIS, W.; NANUS, B. 1988. *Líderes*. São Paulo, Harbra.
- BISEL, R.S.; MESSERSMITH, A.S.; KELLEY, K.M. 2012. Supervisor-Subordinate Communication: Hierarchical Mum Effect Meets Organizational Learning. *Journal of Business Communication*, 49(2):128-147. <https://doi.org/10.1177/0021943612436972>
- BITNER, M. J.; BOOMS, B. H; MOHR, L. A. 2001. Encontros críticos de serviços: o ponto de vista do funcionário. In: BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. *Marketing de serviços*. 4. ed. Porto Alegre, Bookman.
- BITTAR, O. J. N. 2000. Gestão de processos e certificação para a qualidade. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 46(1):70-76. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302000000100011>
- BLIDARU, D.M.A.; BLIDARU, G.R.A. 2015. Organizational Communication Forms and Causes of Disruption of Organizational Communication and their Improvement. *Valahian Journal of Economic Studies*, v.6 (20), n.1, p.37-44.
- BOEKHORST, J.A. 2015. The Role of Authentic Leadership in Fostering Workplace Inclusion: A Social Information Processing Perspective. *Human Resource Management*, 54(2):241-264. <https://doi.org/10.1002/hrm.21669>
- BÖHME, T.; WILLIAM, S.; CHIDERHOUSE, P.; DEAKINS, E.; TOWILL, D. 2014. Squaring the Circle of Healthcare Supplies. *Journal of Health Organization and Management*, V. 28, N. 2, pp. 247-265. <https://doi.org/10.1108/JHOM-01-2013-0014>
- BONACIM, C.A.G.; DE ARAUJO, A.M.P. 2011. Avaliação de desempenho econômico-financeiro dos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(Supl. 1):1055-1068. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000700038>
- BURNS, J.M. 1978. *Leadership*. New York, Harper & Row.
- BUTLER, T.W.; LEONG, G.K.; EVERETT, L.N. 1996. The Operations Management Role in Hospital Strategic Planning. *Journal of Operations Management*, v. 14, n. 2, p. 137-156. [https://doi.org/10.1016/0272-6963\(95\)00041-0](https://doi.org/10.1016/0272-6963(95)00041-0)
- CIAMPONE, M. H. T. 1991. Tomada de decisão em enfermagem. In: KURCGANT, P. (Coord.). *Administração em enfermagem*. São Paulo, EPU, p. 191-206.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). Em 4 anos, SUS perde 14,7 leitos de internação, 2014. Disponível em: http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=25153:em-quatro-anos-sus-perde-147-mil-leitos-de-internacao&catid=3. Acesso em: 15/05/2016.
- CONDEIXA, I.S. 2012. *Do hospital mergers improve the performance of hospital efficiency?* Aveiro, Portugal. Dissertação de mestrado em Economia. Universidade de Aveiro, Portugal.
- CONWAY, E.; MONKS, K. 2011. Change from Below: The Role of Middle Manager in Mediating Paradoxical Change. *Human Resource Management Journal*, 21(2), 190-203. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2010.00135.x>

- CROSBY, P.B. 1994. *Qualidade é investimento*. 6. ed. Rio de Janeiro, José Olympio.
- CURRIE, V.L.; HARVEY, G. 2000. The use of care pathways as tools to support the implementation of evidence-based practice. *Journal of Interprofessional Care*, Vol. 14 No. 4, pp. 311-324. <https://doi.org/10.1080/13561820020003874>
- CURRY, L.A.; LINNANDER, E.L.; BREWSTER, A.L.; TING, H.; KRUMHOLZ, H.M.; BRADLEY, E.H. 2015. Organizational Culture Change in U.S. hospitals: a mixed methods longitudinal intervention study. *Implementation Science*, 10:29. <https://doi.org/10.1186/s13012-015-0218-0>
- DAVENPORT, T. H.; PRUSAK, L. 1998. *Conhecimento empresarial: como as organizações gerenciam o seu capital intelectual*. 7. ed. Rio de Janeiro, Campus.
- DAVIS, P.; MILNE, B.; PARKER, K.; HIDER, P.; LAY-YEE, R.; CUMMING, J.; GRAHAM, P. 2013. Efficiency, effectiveness, equity (E 3). Evaluating hospital performance in three dimensions. *Health Policy*, 112(1):19-27. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2013.02.008>
- DEMING, W.E. 1990. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro, Saraiva.
- DICKINSON, A.; WELCH, C. AGER, L. COSTAR, A. 2005. Hospital Mealtimes: action research for change? *Proceedings of the Nutrition Society*, V. 64, N. 3, pp. 269-275. <https://doi.org/10.1079/PNS2005432>
- DOELEMAN, H.J.; ten HAVE, S.; AHAUS, K. 2012. The Moderating Role of Leadership in the Relation Between Management Control and Business Excellence. *Total Quality Management*, V. 23, N. 5, 591-611, May. <https://doi.org/10.1080/14783363.2012.669935>
- DONALDSON, L. 1999. Teoria da contingência estrutural. In: CLEGG, S.; HARDY, C.; NORD, W. *Handbook de Estudos Organizacionais: modelos de análise e novas questões em estudos organizacionais*. São Paulo, Atlas, v1:106.
- DRUCKER, P.F. 1997. *Fator humano e desempenho*. Rio de Janeiro, Cengage Learning Editores.
- DRUCKER, P.F. 1996. *O líder do futuro: visões estratégicas e práticas para uma nova era*. São Paulo, Futura.
- DRUPSTEEN, J.; VAN DER VAART, T.; VAN DONK, D. P. 2016. Operational antecedents of integrated patient planning in hospitals. *International Journal of Operations & Production Management*, 36(8):879-900. <https://doi.org/10.1108/IJOPM-05-2014-0237>
- DUFFIELD, C.; KEARIN, M.; LEONARD, J. 2007. The Impact of Hospital Structure and Restructuring on the Nursing Workforce. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 24(3):42-46.
- ELLIOTT, D.J.; YOUNG, R.S.; BRICE, J.; AGUIAR, R.; KOLM, P. 2014. Effect of Hospitalist Workload on the Quality and Efficiency of Care. *JAMA Internal Medicine*, V. 174, N. 5, May. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2014.300>
- ESPER, T. L.; ELLINGER, A. E.; STANK, T. P., FLINT, D. J.; MOON, M. 2010. Demand and supply integration: a conceptual framework of value creation through knowledge management. *Journal of the Academy of marketing Science*, 38(1):5-18. <https://doi.org/10.1007/s11747-009-0135-3>
- FARR, M.; CRESSEY, P. Understanding staff perspectives of quality in practice in healthcare. *BMC health services research* 15.1 (2015): 1.
- FEDERAÇÃO DOS HOSPITAIS E ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (FEHOSUL). 2015. Disponível em: <http://setorsaude.com.br/fehosul-e-anahp-alertam-sobre-aumento-de-custos-na-saude/>. Acesso em: 09/07/2016.
- FERREIRA JÚNIOR, W.C. 2011. *Ampliação dos Serviços Hospitalares Privados na Cidade de São Paulo, uma estratégia ou uma*

- aposta? São Paulo, SP. Tese de doutorado em Administração. Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas.
- FIXLER, T.; WRIGHT, J.G. 2013. Identification and Use of Operating Room Efficiency Indicators: the problem of definition. *Can J Surg.*, 56(4): 224–226, Aug. <https://doi.org/10.1503/cjs.020712>
- FLOREA, N.V. 2014. Implementing a Model of Strategic Communication to Obtain Organizational Performance. *Revista Academiei Fortelor Terestre*, 3(75):256-266.
- FLOYD, S.W.; WOOLDRIDGE, B. 1996. *The Strategic Middle Manager*. San Francisco, Jossey-Bass.
- FUKUYAMA, F. 1996. *Confiança: as virtudes sociais e a criação da prosperidade*. Rio de Janeiro, Rocco.
- FUCHS, V. et al. 2008. O Estado Nutricio en Pacientes Internados em um Hospital Público de La Ciudad de México. *Nutr. Hosp.*, 23(3), pp. 294-304, mai/jun.
- GALLETTA, M.; PORTOGHESE, I.; COPPOLA, R. C.; FINCO, G.; CAMPAGNA, M. 2016. Nurses well-being in intensive care units: study of factors promoting team commitment. *Nurs Crit Care*, 21: 146–156. <https://doi.org/10.1111/nicc.12083>
- GARVIN, D. A. 1992. *Gerenciando a qualidade: a visão estratégica e competitiva*. Rio de Janeiro, Qualitymark.
- GEMMIL, G.; OAKLEY, J. 1992. Leadership: an Alienating Social Myth? *Cognitive Human Relations*, 45(2):113-130. <https://doi.org/10.1177/001872679204500201>
- GIDDENS, A. 1991. *As Consequências da Modernidade*. São Paulo, UNESP.
- GOLDSTEIN, S.M.; WARD, P.T. 2004. Performance Effects of Physicians' Involvement in Hospital Strategic Decisions. *Journal of Service Research*, 6(4):361-372. <https://doi.org/10.1177/1094670503262953>
- GRISAFFE, D.B.; VANMETER, R.; CHONKO, L.B. 2016. Serving Firts for the Benefit of Others: preliminar evidence for a hierarchical conceptualization of servant leadership. *Personal Selling & Sales Management*, 36(1):40-58. <https://doi.org/10.1080/08853134.2016.1151303>
- GURGEL JÚNIOR, G.D.; VIEIRA, M.M.F. 2002. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciências & Saúde Coletiva*, 7(2), pp. 325-334. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232002000200012>
- HACKER, S.K.; WILLARD, M.L. 2002. *The Trust Imperative: Performance Improvement Through Productive Relationships*. Milwaukee, ASQ.
- HÅKONSSON, D.D.; OBEL, B.; ESKILDSEN, J.K.; BURTON, R.M. 2016. On Cooperative Behavior in Distributed Teams: The Influence of Organizational Design Media, Richness, Social Interaction, and Interaction Adaptation. *Frontiers in Psychology*, 7:1-11. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00692>
- HARRISON, T.D. 2011. Do Mergers Really Reduce Costs? Evidence From Hospitals. *Economic Inquiry*, 49(4):1054-1069. <https://doi.org/10.1111/j.1465-7295.2010.00246.x>
- HAYFORD, T.B. 2012. The Impact of Hospital Mergers on Treatment Intensity and Health Outcomes. *Health Services Research*, 47(3):1008–1029. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2011.01351.x>
- HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. 1986. Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional. In: HERSEY, P.; BLANCHARD, K. H. *Psicologia para administradores: a teoria e as técnicas da liderança situacional*. São Paulo, Epu.
- HOLSTE, J.S.; FIELDS, D. 2010. Trust and tacit Knowledge Sharing and Use. *Journal of Knowledge Management*, 14(1):128-140. <https://doi.org/10.1108/13673271011015615>
- HUESCH, M.C. 2013. Are There Always Synergies Between Productive Resources and Resource Deployment Capabilities? *Strategic Management Journal*, 34(11):1288-1313. <https://doi.org/10.1002/smj.2068>

- HYNES, G.E. 2012. Improving Employees' Interpersonal Communication Competencies: A Qualitative Study. *Business Communication Quarterly*, 75(4):466-475. <https://doi.org/10.1177/1080569912458965>
- IZTOK, T. 2011. Reported Experiences Enhance Favourable Attitudes Toward Toads. *EURASIA Journal of Mathematics, Science & Technology Education*, 7(4):253-262. <https://doi.org/10.12973/ejmste/75207>
- JARAMILLO, F.; BANDE, B.; VARELA, I. 2015. Servant Leadership and Ethics: a Dyadic Examination of Supervisor Behaviors and salesperson Perception. *Journal of Personal Selling & Sales Management*, 35(2):108-124. <https://doi.org/10.1080/08853134.2015.1010539>
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. 2010. JCAHO. *Joint Commission Internacional*. Padrões de creditações da Joint Commission International para hospitais [Internet]. Rio de Janeiro: Consórcio Brasileiro de Acreditação. Disponível em: <http://www.Jointcomissioninternacional.org/hospital/fourth_edition_hospital_manual_portuguese_trrns_ation.pdf> Acesso em: 15 mar. 2016.
- JONES, M. K.; JONES, R. J.; LATREILLE, P. L.; SLOANE, P. J. 2009. Training, job satisfaction, and workplace performance in Britain: Evidence from WERS 2004. *LABOUR: Review of Labour Economics & Industrial Relations*, v. 23, Supl. 1, p. 139-175. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9914.2008.00434.x>
- JURAN, J.M.; GRYNA, F.M. 1991. *Controle da qualidade handbook: conceitos, políticas e filosofia da qualidade*. 1. São Paulo, Makron Books.
- JUNG, M. HONG, M.S. 2012. Positioning Patient-Perceived Medical Services to Develop a Marketing Strategy. *Health Care Manager*, 31(1): 52-61, Jan. <https://doi.org/10.1097/HCM.0b013e318242d331>
- KAMDAR, D.; VAN DYNE, L. 2007. The Joint Effects of Personality and Workplace Social Exchange Relationships in Predicting Task Performance and Citizenship Performance. *Journal of Applied Psychology*, v. 92, n. 5, p. 1286-1298. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.5.1286>
- KETS de VRIES, M.F.R. 1997. *Liderança na Empresa: como o comportamento dos líderes afeta a cultura interna*. São Paulo, Atlas.
- KIM, Y.H.; STING, F.J.; LOCH, C.H. 2014. Top-down, bottom-up, or both? Toward an integrative perspective on operations strategy formation. *Journal of Operations Management*, 32:462-474. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2014.09.005>
- KOTLER, P. 2001. *Administração de marketing*. 10. ed. São Paulo, Prentice Hall.
- KRAMER, R. M. 1999. Trust and Distrust in Organizations: emerging perspectives, enduring questions. *Annual Review of Psychology*, 50:569-598. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.50.1.569>
- LAM, C.K.; HUANG, X. 2015. The Threshold Effect of Participative Leadership and the Role of Leader Information Sharing. *Academy of Management Journal*, 58(3):836-855. <https://doi.org/10.5465/amj.2013.0427>
- LASATER, K.B. 2013. Invisible Economics of Nursing: Analysis of a Hospital Bill through a Foucauldian Perspective. *Nursing Philosophy*, 15(3):221-224. <https://doi.org/10.1111/nup.12040>
- LEANA, C. R.; BUREN III, H. J. 1999. Organizational social capital and employment practices. *Academy of Management Review*, 24(3):538-555. <https://doi.org/10.5465/amr.1999.2202136>
- LEHMAN, C.; DUFRENE, D.D. 1999. *Business Communication*. 12. ed. Cincinnati, Ohio, Southwestern College Publishing.
- LILLRANK, P. 2012. Integration and coordination in healthcare: an operations management view. *Journal of Integrated Care*, 20(1):6-12.

- <https://doi.org/10.1108/14769011211202247>
- LO, Y.; LEE, W.; CHEN, G.; LIU C. 2014. Improving the work efficiency of healthcare-associated infection surveillance using electronic medical records. *Computer Methods And Programs In Biomedicine* [serial online]. November;117(2):351-359
- LOVELOCK, C.; WRIGHT, L. 2003. *Serviços marketing e gestão*. São Paulo, Saraiva.
- LUHMANN, N. 1979. *Trust and Power*. Chichester, Wiley.
- MAENHOUT, B.; VANHOUCKE, M. 2013. Analysing the Nursing Organizational Structure and Process from a Scheduling Perspective. *Health Care Management Science*, 16(3):177-196. <https://doi.org/10.1007/s10729-013-9222-6>
- McEVILY, B.; SODA, G.; TORTORIELLO, M. 2014. More Formally: Rediscovering the Missing Link Between Formal Organizational and Informal Social Structure. *The Academy of Management Annals*, 18(1):299-345. <https://doi.org/10.5465/19416520.2014.885252>
- McLEES, A.W.; NAWAZ, S.; THOMAS, C.; YOUNG, A. 2015. Defining and Assessing Quality Improvement Outcomes: a Framework for Public Health. *American Journal of Public Health*, Supplement 2, V. 105, N S2.
- METCALF, L.; BENN, S. 2013. Leadership for Sustainability: an Evolution of Leadership Ability. *Journal of Business Ethics*, 112(3):369-384. <https://doi.org/10.1007/s10551-012-1278-6>
- MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. 2004. *Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico*. Porto Alegre, Bookman.
- MORENO, E.F.; SALGADO, P.M.; ORTIZ, D.A.C. 2013. The effect of Knowledge-Centered Culture and Social Interaction on Organization Innovation: The Mediating Effect of Knowledge Management. *ESIC Marketing Economics and Business Journal*, 44(2):67-86. <https://doi.org/10.7200/esicm.144.0442.2>
- MOTI, G.R. 2008. Desnutrición hospitalaria: una patologia subdiagnosticada. *Rev. Asoc. Méd. Argent.*, 121(4), pp. 25-28
- MUNECHIKA, M.; SANO, M.; JIN, H.; KAJIHARA, C. 2014. Quality Management System for Healthcare and its Effectiveness. *Total Quality Management*, Vol. 25, N. 8, pp. 889-896. <https://doi.org/10.1080/14783363.2014.906112>
- NAVARRO-ESPIGARES, J.L.; TORRES, E.H. 2011. Efficiency and Quality in Health Services: a crucial link. *The Service Industries Journal*, V. 31, N. 3, 385-403, Feb. <https://doi.org/10.1080/02642060802712798>
- NOVELLI, J.G.N. 2004. *Confiança Interpessoal na Sociedade de Consumo: a Perspectiva Gerencial*. São Paulo, SP. Tese de doutorado em Administração. Universidade de São Paulo, USP.
- OAKLAND, J. S. 1994. *Gerenciamento da qualidade total, TQM*. São Paulo, Nobel.
- OLIVER, R. L. 1999. Whence Consumer Loyalty. *Journal of Marketing*, 63(3):33-44. <https://doi.org/10.2307/1252099>
- ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). 2010. Normas para o processo de avaliação – Avaliação das Organizações Prestadoras de Serviços. Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosaude/acreditacao/manuais/index.asp>>. Acesso em: 10/07/2016.
- OSMO, A.A. 2012. Processo Gerencial. In: GONZALO, V.N.; MALIK, A. M. (Eds). *Gestão em Saúde*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan.
- PAGELL, M. 2004. Understanding the Factors That Enable and Inhibit the Integration of Operations, Purchasing and Logistics. *Journal of Operations Management*, 22(5):459-487. <https://doi.org/10.1016/j.jom.2004.05.008>
- PAIVA, E.L.; CARVALHO JR., J.M.; FENSTERSEIFER, J.E. 2009. *Estratégia de produção e de operações [recurso eletrônico]: conceitos, melhores práticas, visão de futuro*. 2. Ed. Porto Alegre:

- Bookman.
- PARNABY, J.; TOWILL, D.R. 2008. Enabling Innovation in Healthcare Delivery. *Health Services Management Research*, V. 21, N. 3, pp. 141-154. <https://doi.org/10.1258/hsmr.2007.007014>
- PEARSON, S.D.; GOULART-FISHER, D.; LEE, T.H. 1995. Critical pathways as a strategy for improving care: problems and potential. In: *Annals of Internal Medicine*, Vol. 123 No. 12, pp. 941-948. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-123-12-199512150-00008>
- PETRIGLIERI, G.; PETRIGLIERI, J.L. 2015. Can Business Schools Humanize Leadership? *Academy of Management Learning & Education*, 14(4):625-647. <https://doi.org/10.5465/amle.2014.0201>
- PIERRO, A.; RAVEN, B.H.; AMATO, C.; BELANGER, I.I. 2013. Bases of Social Power, Leadership Style, and Organizational Commitment. *International Journal of Psychology*, 48(6):1122-1134. <https://doi.org/10.1080/00207594.2012.733398>
- PINA, E.; FERREIRA, E.; MARQUES, A.; MATOS, B. 2010. Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10(1):27-39.
- PODSAKOFF, P.M.; MACKENZIE, S. B.; MOORMAN, R. H.; FETTER, R. 1990. Transformational leader behaviors and their effects on follower` trust in leader, satisfaction, and organizational citizenship behavior. *Leadership Quarterly*, 1(2):107-142. [https://doi.org/10.1016/1048-9843\(90\)90009-7](https://doi.org/10.1016/1048-9843(90)90009-7)
- PURCELL, J.; HUTCHINSONS, S. 2007. Front-Line Managers as Agents in the High-Performance Causal Chain: Theory Analysis and Evidence. *Human Resource Management Journal*, 17(1), 3-20. <https://doi.org/10.1111/j.1748-8583.2007.00022.x>
- QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. L. 2000. *Acreditação hospitalar: proteção aos usuários dos profissionais e das instituições de saúde*. Porto Alegre, Dacasa.
- REIS, A.; MANSINI, G.; LEITE, F. 2013. Atualização das Projeções de Gastos com Saúde Divulgados no Relatório “Envelhecimento Populacional e os Desafios para o Sistema de Saúde Brasileiro”. Instituto de Estudos de Saúde Complementar. Disponível em: <http://www.iess.org.br/html/TDIESS00472013atualizacao.pdf>. Acesso em: 08/07/2015.
- ROGERS, R.W. 1995. The Psychological Contract of Trust: Part I. *Executive Development*. Bradford, 8(1):15-20. <https://doi.org/10.1108/09533239510079518>
- RYAN, R. M.; DECI, E. L. 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American psychologist*, 55(1), 68. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- SAMPAIO, R.F.; MANCINI, M.C. 2007. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, São Carlos, v.11, n.1.
- SCHMIDT, R.; GEISLER, S.; SPRECKELSEN, C. 2013. Decision support for hospital bed management using adaptable individual length of stay estimations and shared resources. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 13(1):3. <https://doi.org/10.1186/1472-6947-13-3>
- SKINNER, W. 1969. Manufacturing-missing link in corporate strategy. *Harvard Business Review*, 47(3):136-145
- SILVER, E.A. 2004. Process Management Instead of Operations Management. *Manufacturing & Service Operations Management*, 6(4):279-279. <https://doi.org/10.1287/msom.1040.0055>
- SLACK, N.; LEWIS, M. 2003. *Operations Strategy*. New Jersey: Prentice Hall.
- SOREMEKUN, O. A.; TAKAYESU, J. K.; BOHAN, S. J. 2011. Framework for analyzing wait times and other factors that impact patient satisfaction in the emergency department. *The Journal of*

- emergency medicine*, 41(6):686-692. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2011.01.018>
- SOUSA, C.F. 2007. Aceitabilidade da Dieta Hospitalar em Pacientes de um Serviço Público. In: *Simpósio de Ensino de Graduação*. Piracicaba. Educação Brasileira: Extinção ou Sustentabilidade na Universidade, pp. 1-5, Piracicaba: UNIMEP.
- SOUZA, M.D.; NAKASATO M.A. 2011. Gastronomia hospitalar auxiliando na redução dos índices de desnutrição entre pacientes hospitalizados. *Mundo Saúde*, 35(2):208-14.
- SPAHO, K. 2013. Organizational Communication and Conflict Management. *Management*, 18(1):103-118.
- STING, F.J.; LOCH, C.H. 2016. Implementing Operations Strategy: How Vertical and Horizontal Coordination Interact. *Production and Operations Management*, 25(7):1177-1193. <https://doi.org/10.1111/poms.12537>
- SURESHCHANDAR, G. S.; RAJENDRAN, C.; ANANTHARAMAN, R. N. 2001. A holistic model for total quality service. *International Journal of Service Industry Management*, 12(4), 378-412. <https://doi.org/10.1108/09564230110405299>
- TAYLOR, C. 2014. The Use of Clinical Practice Guidelines in Determining Standard of Care. *Journal of Legal Medicine*, 35: 273-290. <https://doi.org/10.1080/01947648.2014.913460>
- TICHY, N.M.; COHEN, E. 1999. *O motor da liderança: como as empresas vencedoras formam líderes em cada nível da organização*. São Paulo, Educator.
- TIBBS, S. M.; MOSS, J. 2014. Promoting teamwork and surgical optimization: combining TeamSTEPPS with a specialty team protocol. *AORN journal*, 100(5):477-488. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.01.028>
- TITLER, M. G., G. A. JENSEN, J. M. DOCHTERMAN, X.-J. XIE, M. KANAK, D. REED, L. L. SHEVER. 2008. Cost of hospital care for older adults with heart failure: Medical, pharmaceutical, and nursing costs. *Health Serv. Res.* 43(2): 635-655. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2007.00789.x>
- ULRICH, D. 1998. Intellectual Capital Competence x Commitment. *Sloan Management Review*, 39(2):15-26.
- VANAKI, Z.; VAGHARSEYYEDIN, S. A. 2009. Organizational commitment, work environment conditions, and life satisfaction among Iranian nurses. *Nursing & health sciences*, 11(4), 404-409. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2009.00473.x>
- VOS, L., VAN OOSTENBRUGGE, R., LIMBURG, M., VAN MERODE, G.; GROOTHUIS, S. 2009. How to implement process-oriented care. *Accreditation and Quality Assurance: Journal for Quality, Comparability and Reliability in Chemical Measurement*, Vol. 14 No. 1, pp. 5-13.
- VERAS, R.P. 2012. Gerenciamento de doença crônica: equívoco para o grupo etário dos idosos. *Revista de Saúde Pública*, 46(6):929-934. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102012000600001>
- VOGUS, T.J.; SUTCLIFFE, K.M. 2007. The safety organizing scale: development and validation of a behavioral measure of safety culture in hospital nursing units. *Medical Care*, 45(1): 46-54. <https://doi.org/10.1097/01.mlr.0000244635.61178.7a>
- VOSS, C.; ROTH, A.V.; CHASE, R.B. 2008. Experience, service, operations strategy, and services as destinations: foundations and exploratory investigation. *Production and Operations Management*, 17(3):247-266. <https://doi.org/10.3401/poms.1080.0030>
- WARD, M.J.; FERRAND, Y.B.; LAKER, L.F.; FROEHLE, C.M.; VOGUS, T.J.; DITTUS, R.S.; KRIPALANI, S.; PINES, J.M. 2015. The nature and necessity of operational flexibility in the emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, v. 65, n. 2, p. 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.08.014>

- WEIL, T. 2010. Hospital Mergers: a panacea? *Journal of Health Services Research & Policy*, 15(4):251-253.
<https://doi.org/10.1258/jhsrp.2010.010035>
- WELTON, J.M.; FISCHER, M.H.; De GRACE, S.; ZONE-SMITH, L. 2006. Hospital Nursing Costs, Billing, and Reimbursement. *Nursing Economic*, 24(5):239-245.
- WHEELWRIGHT, S.C.; HAYES, R. H. 1985. Competing through manufacturing. *Harvard Business Review*, 63(1):99-109.
- WHEELER, D.; STOLLER, J.K. 2011. Teamwork, Teambulding and Leadership in Respiratory and Health Care. *Canadian Journal of Respiratory Therapy*. Spring. Nº 47.1.
- WILLIAMS, T. 2005. Cooperation by Design: Structure and Cooperation in Interorganizational Networks. *Journal of Business Research*, 58(2):223-231.
[https://doi.org/10.1016/S0148-2963\(02\)00497-6](https://doi.org/10.1016/S0148-2963(02)00497-6)
- YOON, J.; KIM, M.; SHIN, J. 2016. Confidence in delegation and leadership of registered nurses in long-term-care hospitals. *Journal of Nursing Management*, 24(5):676-685.
<https://doi.org/10.1111/jonm.12372>
- ZELNIK, M.; MALETIC, M.; MALETIC, D.; GOMISCEK, B. 2012. Quality Management Systems as a Link Between Management and Employees. *Total Quality Management*, V. 23, N. 1, 45-62, Jan.
<https://doi.org/10.1080/14783363.2011.637781>
- ZHANG, R.; FRY, M. J.; KRISHNAN, H. 2015. Efficiency and Equity in Healthcare: An Analysis of Resource Allocation Decisions in a Long-Term Home Care Setting. *INFOR: Information Systems and Operational Research*, 53(3):97-112. <https://doi.org/10.3138/infor.53.3.97>

Submetido: 31/10/2016

Aceito: 14/08/2017

Os Editores agradecem a Henrique Bidarte Massuquetti pelo apoio editorial.
--