



UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS – UFGD
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CIÊNCIAS CONTÁBEIS E ECONOMIA
CURSO DE ADMINISTRAÇÃO

MARINO BENTO TATARA

**FATORES DETERMINANTES NA SUSPENSÃO DE CIRURGIAS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

DOURADOS/MS

2016

MARINO BENTO TATARA

**FATORES DETERMINANTES NA SUSPENSÃO DE CIRURGIAS EM
UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO**

Trabalho de graduação, apresentado a Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Economia da Universidade Federal da Grande Dourados, como requisito parcial para a obtenção de título de Bacharel em Administração.

Orientador Professor Me. Amilton Luiz Novaes
Banca Examinadora:

Professor Me. Agenor Pereira de Azevedo
Administradora Especialista Thaisa Pase

FATORES DETERMINANTES NA SUSPENSÃO DE CIRURGIAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

MARINO BENTO TATARA

Esta monografia foi julgada adequada para a aprovação na disciplina de Trabalho de Graduação II, que faz parte dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Administração pela Faculdade de Administração, Ciências Contábeis e Economia – FACE, da Universidade Federal da Grande Dourados – UFGD.

Apresentado à Banca Examinadora integrada por:

Presidente

Amilton Luíz Novaes

Avaliador

Agenor Pereira de Azevedo

Avaliadora

Adm. Esp. Thaisa Pase

Dedico este trabalho à minha família por toda paciência e dedicação, sem vocês isso não seria possível.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais, Sergio e Salete por proporcionarem as condições para que eu pudesse prosseguir na vida acadêmica e por me inspirarem a ser administrador.

As minhas irmãs Mariana e Maura que em certos momentos me incentivaram a seguir em frente.

Ao meu orientador Professor Amilton Luiz Novaes, por todo conhecimento transmitido e por toda paciência ao me orientar.

E a todas as pessoas que de alguma forma contribuíram para que este trabalho fosse realizado.

RESUMO

Atualmente ainda é muito comum a suspensão de procedimentos cirúrgicos, seja por problemas internos das organizações hospitalares, problemas de gestão, estruturais, logísticos ou até mesmo problemas relacionados aos recursos humanos. Essas suspensões causam aos pacientes grandes transtornos, principalmente por que o procedimento cirúrgico é um evento de grande importância para o paciente, apesar disso as suspensões e suas consequências não tem recebido a devida atenção. A gestão por processos é uma ferramenta que pode ajudar os gestores a identificar a essência e foco da atividade desempenhada, destacar qual o papel de cada profissional dentro do processo e até mesmo o tempo que levará para cada atividade ser desempenhada, minimizando riscos de erros e eventuais desperdícios. Os dados levantados são relativos a um período de quatro anos que apresentaram 10.891 procedimentos agendados, 9.198 procedimentos realizados e 1.693 procedimentos suspensos, resultando numa média de taxa de suspensão de 15,42%. Este trabalho tem por objetivo mapear processos e avaliar os fatores determinantes na suspensão de cirurgias em um Hospital Universitário, através do mapeamento dos processos para a realização de procedimentos cirúrgicos, identificação de problemas no processo e a investigação das principais causas das suspensões.

Palavras-chave: Cirurgia; Hospital; Organizações por Processo; Processos;

ABSTRACT

Nowadays it is still very common the suspension of surgical procedures, either due to internal problems of hospital organizations, management, structural, logistical problems, or even those related to human resources. These suspensions cause great disruptions to patients, especially because the surgical procedure is a very important event for the patient. In spite of this, the suspension and its consequences have not received proper attention. The management process is a tool to help managers to identify the essence and focus of the performed activity, to highlight each professional's role within the process and even the time it takes for each activity to be performed, minimizing the risk of mistakes and eventual wastes. The raised data are for a period of four years, that had 10,891 scheduled procedures, 9,198 procedures done and 1,693 Suspended procedures, resulting in an average suspension rate of 15.42%. This study aims to diagnose processes and evaluate determining factors in surgeries suspension in a University Hospital through the mapping of processes for performing surgical procedures, identification of problems in the process and the investigation of the main suspension causes.

Keywords: Processes; Organizations Through process; Hospital; Surgery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 FUNCIONAMENTO DE PROCESSOS	16
Figura 2 PROCESSOS REQUERIDOS PARA GESTÃO DE RECURSOS	18
Figura 3 SEQUÊNCIA DE AÇÕES - ANÁLISE DOS PROCESSOS DE TRABALHO..	20
Figura 4 RELAÇÃO ENTRE SISTEMAS E PROCESSOS.....	20
Figura 5 HIERARQUIA DE PROCESSOS	21
Figura 6 – FLUXOGRAMA DE DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE COMPRA DE UMA GARRAFA DE ÁGUA.	28
Figura 7 – FLUXO DE PROCESSO DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTE EXTERNO.	34
Figura 8 – FLUXO DE PROCESSO DE REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO EM PACIENTE INTERNO.	36
Figura 9 – FLUXO DE PROCESSO INTERNO DE PREPARAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO.	38
Figura 10 – GRÁFICO DE PROCEDIMENTOS AGENDADOS, REALIZADOS E SUSPENSOS ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2015.....	46

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AGENDADOS ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2015	41
Tabela 2 - RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2015	42
Tabela 3 – RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS SUSPENSOS ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2015	43
Tabela 4 – PERCENTUAL DE PROCEDIMENTOS CIRURGICOS SUSPENSOS EM RELAÇÃO AO TOTAL DE CIRURGIAS AGENDADAS POR ESPECIALIDADE ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2015	45
Tabela 5 – PERCENTUAL DE SUSPENSÃO POR GRUPO ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2015	48
Tabela 6 – COMPARATIVO DE TAXAS DE SUSPENSÃO CONSIDERANDO E DESCONSIDERANDO O GRUPO 1 ENTRE OS ANOS DE 2012 A 2015	50

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
1.1 DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA.....	12
1.2 OBJETIVOS	13
1.2.1 Objetivo Geral	13
1.2.2 Objetivos Específicos	13
1.3 JUSTIFICATIVA	13
2 REVISÃO TEÓRICA	14
2.1 CONCEITO DE PROCESSOS	15
2.1.1 Processo Produtivo	16
2.1.2 Processo empresarial	16
2.1.3 Processo Administrativo e de Serviços	17
2.1.4 Processo de negócios	17
2.2 CONCEITO DE GESTÃO.....	17
2.3 GESTÃO POR PROCESSOS	18
2.3.1 Vantagens da Gestão por processos	19
2.4 ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO	19
2.5 HIERARQUIA DOS PROCESSOS	20
2.5.1 Macro Processos	21
2.5.2 Subprocessos	21
2.5.3 Atividades	22
2.5.4 Tarefas	22
2.6 REQUISITOS.....	22
2.7 TEMPO DE CICLO	23
2.8 INDICADORES	23
2.8.1 Indicadores de eficiência e eficácia	23
2.9 CADEIA DE VALOR.....	24
2.9.1 Processo de agregação de valor ao cliente	24
2.9.2 Processo de Agregação de valor a organização	24
2.10 MAPEAMENTO DO FLUXO DO PROCESSO.....	25
2.10.1 Mapeamento e Ferramentas de Mapeamento	25
2.10.2 Exemplo de fluxograma	27
2.11 DESPERDÍCIOS E PERDAS	28
3 METODOLOGIA	29

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	29
3.2 DEFINIÇÃO DA ÁREA/POP.-ALVO/AMOSTRA/UNID. ANÁLISE	30
3.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS	30
3.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS	31
4 RESULTADO E DISCUSSÃO.....	32
4.1 MAPEAMENTO DOS PROCESSOS	32
4.2 TABULAÇÃO DOS DADOS.....	39
4.3 PRINCIPAIS FATORES DE SUSPENSÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	46
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
6 REFERÊNCIAS.....	54

1 INTRODUÇÃO

A Constituição Federal de 1988 determinou que é dever do Estado garantir saúde a toda a população e para este fim criou-se o Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1988). Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a lei Orgânica da Saúde (lei nº 8080/1990) que detalha o funcionamento de todo o sistema de saúde, na qual incluem-se os Hospitais Universitários (BRASIL, 2011).

Dentro do contexto da saúde no Brasil, estão inseridos os Hospitais Universitários que de acordo com o portal do Ministério da Educação MEC (2016) são centros destinados a formação de recursos humanos e desenvolvimento de novas tecnologias para a área da saúde. Ainda segundo o MEC (2016), através da prestação de serviços à população, é possível criar protocolos técnicos para diversas patologias levando a um aprimoramento dos atendimentos e atualização técnica a todos os profissionais envolvidos no sistema de saúde.

Um Hospital Universitário que está inserido no Sistema Único de Saúde, tem seu perfil de atendimento direcionado a macrorregião da Grande Dourados, de acordo com o sítio eletrônico deste hospital, seu atendimento abrange 35 municípios do estado do Mato Grosso do Sul, representando aproximadamente 800 mil pessoas, e é referência para procedimentos de média e alta complexidade. Conta com 137 leitos convencionais e 50 leitos de unidade de terapia intensiva.

Segundo o sítio eletrônico deste Hospital, a implantação e funcionamento iniciou-se no ano de 2003. A partir de 2004, passou a receber o nome de “Hospital Universitário” e ser administrado pela Fundação Municipal de Saúde, sob a responsabilidade da Prefeitura do município, conforme compromissos firmados com a sua mantenedora inicial.

Por meio da Lei Municipal nº 3.118, de 2008, o Poder Executivo Municipal autorizou a doação da área à uma universidade federal, com as edificações a serem utilizadas para atendimento hospitalar pelo SUS e também como Hospital-Escola.

Tendo o Ministério da Educação aprovado para o recebimento em doação, o Conselho Universitário aprovou a criação do Órgão Suplementar “Hospital Universitário”, passando a fazer parte da estrutura administrativa da Universidade.

Assim, a universidade passou a administrar o hospital em 01/01/2009, mantendo-se vinculado aos Ministérios da Saúde e da Educação e é financiado com recursos dos Governos Federal, Estadual e Municipal.

O Hospital como qualquer outra organização possui processos que, segundo Barbará (2006) são um conjunto de ações ordenadas para um objetivo produtivo específico e possibilitam que toda a estrutura trabalhe de maneira integrada.

Quando um paciente necessita de uma cirurgia e busca o Hospital com o objetivo de realiza-la, ele é inserido em um processo que tem início na consulta ambulatorial, tem seu ápice no Centro Cirúrgico e se encerra nas consultas realizadas após a cirurgia. Este processo como outro qualquer possui suas deficiências e problemas.

De acordo com o organograma da instituição, a gestão da Unidade de Cirurgia está sob responsabilidade da Gerência de Atenção à Saúde e Divisão da Unidade de Apoio Diagnóstico e Terapêutico.

É importante ressaltar que por se tratar de um hospital escola público, existem fatores que podem influenciar nos resultados das análises. Um bom exemplo são os períodos de greve que a instituição está sujeita, esses períodos podem se estender por meses e afetam diretamente a realização de procedimentos cirúrgicos, contribuindo para o aumento no índice de suspensões.

Assim esta pesquisa tem por anseio, apontar incorreções nos processos envolvido na realização de procedimentos cirúrgicos e avaliar os fatores determinantes nas suspensões de cirurgias no referido Hospital Universitário, contribuindo assim para uma gestão mais eficiente e conseqüentemente uma melhoria no atendimento ao usuário.

1.1 DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

A realização de um procedimento cirúrgico não é um acontecimento comum na vida do indivíduo, é um momento de transição, pois se espera que com o procedimento haja uma melhora na qualidade de vida do paciente. Envolve sentimentos de ansiedade, temor e apreensão, pois em jogo está a vida e a qualidade de vida deste ser humano.

Durante esse processo a rotina pessoal e profissional do paciente e de sua família é alterada, pois o momento requer um preparo prévio que demanda uma mobilização de recursos físicos, emocionais e até mesmo financeiros para que o procedimento aconteça.

Do ponto de vista da instituição, o planejamento de um procedimento cirúrgico envolve um número relevante de profissionais, equipamentos e materiais. Todo esse planejamento demanda o uso de recursos da instituição, ou seja, a suspensão de um procedimento cirúrgico traz prejuízos à organização e ao paciente.

Considerando que as suspensões de procedimentos causam desgaste emocional e financeiro aos pacientes, maculam a imagem da instituição perante a sociedade e causam perda de recursos financeiros, pergunta-se, não seria possível evitar as suspensões de cirurgias? É possível diminuir o número de procedimentos suspensos? Quais são os principais fatores determinantes na suspensão de procedimentos cirúrgicos?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Através das diretrizes, conceitos e ferramentas da gestão por processos, identificar como está disposto o processo de realização de procedimentos cirúrgicos, diagnosticar os principais fatores de suspensão de cirurgias e quais são os principais problemas no processo, propondo soluções viáveis.

1.2.2 Objetivos específicos

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- Mapear o processo para a realização de cirurgias
- Identificar os problemas no processo para a realização de cirurgias.
- Investigar as principais causas de suspensões de cirurgias.
- Identificar quais especialidades tem os maiores índices de suspensões.

1.3 JUSTIFICATIVA

Atualmente a organização por processos e o modelo de gestão por processos vem ganhando espaço nas organizações que buscam melhorias em seus métodos de gestão e otimização do uso dos recursos. É notório que fatores como o grande tempo de espera, a falta de eficiência da maioria das instituições de saúde no Brasil e o desperdício de recursos públicos causam ao Sistema Único de Saúde descrédito e insatisfação perante seus usuários. A gestão por processos anseia tornar os processos eficazes, à medida que torna possível que sejam

alcançados os resultados desejáveis, através da minimização de desconformidades contidas em seus processos.

O estudo é de grande importância para identificar e posteriormente minimizar os problemas que causam a suspensão de cirurgia trazendo para a sociedade um melhor atendimento e aproveitamento dos recursos públicos. Com o mapeamento do processo é possível encontrar pontos críticos que contribuem para o aumento do tempo de espera para atendimento, tornar o processo mais ágil contribuirá para a diminuição das filas de espera e insatisfação dos clientes.

Considerando que o Hospital foco da pesquisa é a opção mais próxima para atendimentos especializados de média e alta complexidade para aproximadamente 800 mil pessoas, contribuir para a redução do tempo de espera e otimização do uso dos recursos públicos tem impacto direto na qualidade de vida dos usuários e na qualidade dos serviços oferecidos.

2 REVISÃO TEÓRICA

A realização de um procedimento cirúrgico é um momento ímpar na vida de uma pessoa, marca a transição onde se espera que seja findada uma situação de doença para o início de uma vida com mais qualidade.

Porém essa passagem, por algum tempo, demanda do paciente e de suas famílias mudanças em suas rotinas, dentre elas afastamento do lar e trabalho. Exige também uma mobilização de recursos físicos, emocionais e até mesmo financeiros.

Para Brustcher e Zen (1996), quando um paciente procura um hospital com um problema de saúde e indica-se uma intervenção cirúrgica, ele acata essa solução e deposita em toda a equipe envolvida no processo e na instituição a certeza do apoio necessário para que o objetivo seja alcançado.

A suspensão de um procedimento cirúrgico, seja ela por qual motivo for, é uma ocorrência significativa que por vezes não tem recebido a atenção devida. Para a instituição representa um aumento custo financeiro maior, atraso na programação e planejamento cirúrgico, aumento no tempo de espera de outros pacientes. Além de todo o custo envolvido, pode prejudicar sua imagem perante a sociedade.

Visto isso, é intrigante que ainda problemas relacionados com a gestão e seus recursos, possam ser motivadores de suspensão de procedimentos cirúrgicos. Talvez uma maior atenção

aos processos inseridos na organização promoveria uma queda nas estatísticas de suspensões de cirurgias.

2.1 CONCEITOS DE PROCESSOS

Para iniciar o entendimento sobre a gestão por processos é necessário entendermos o que são processos. Atualmente existem poucos autores que tratam essa temática no que tange conceitos objetivos na área deste modelo de gestão, o que torna o gerenciamento das empresas mais penoso.

Para Paim e colaboradores (2009) o paradoxo entre uma alta demanda e uma baixa oferta de conceitos objetivos de como gerenciar processos, dificulta as projeções e o gerenciamento diário das organizações.

Para Bárbara (2006) processo é um grupo de ações ordenadas e integradas para um fim específico que ao fim geram um produto, serviço ou informações, no entanto para Sordi (2006) processo é um conjunto de procedimentos ou tarefas relacionadas, que coletivamente alcançam um objetivo dentro da estrutura organizacional.

Fica claro que para Bárbara e Sordi, processo trata de uma junção de atividades ou tarefas que busquem atingir determinado objetivo ou propósito.

Graham e LeBaron, (1994) afirmam que qualquer trabalho importante executado nas organizações faz parte de algum processo. Não existe um produto ou um serviço disponibilizado por uma empresa sem que não envolva um processo empresarial. No entanto Campos (1992) define processo como sendo um conjunto de causas que provoca um ou mais efeitos. Esse autor entende que uma empresa é um processo, sendo que dentro dela existem vários processos, tanto de manufatura como de serviço.

Já para Cruz (1988) processo é o conjunto de atividades que tem por finalidade transformar, manipular e processar matéria-prima para produzir bens e serviços para clientes, por outro lado Conti (1993) diz que um processo é definido como uma atividade organizada projetada para gerar um resultado pré-estabelecido pelos usuários identificados, iniciando-se a partir das entradas necessárias.

Rotondaro (2005) define processo a partir de três abordagens: - Uma sequência de atividades organizadas que transformam as entradas dos fornecedores em saídas para os clientes, com um valor agregado gerado.

Chiavenato (1999) define processo como transformação de um conjunto de entradas (ações, métodos, e operações – em saídas que atendam as expectativas do cliente em forma de resultado como produtos ou serviços.

A figura 1 mostra este esquema onde o processo transforma recursos em produtos ou serviços.

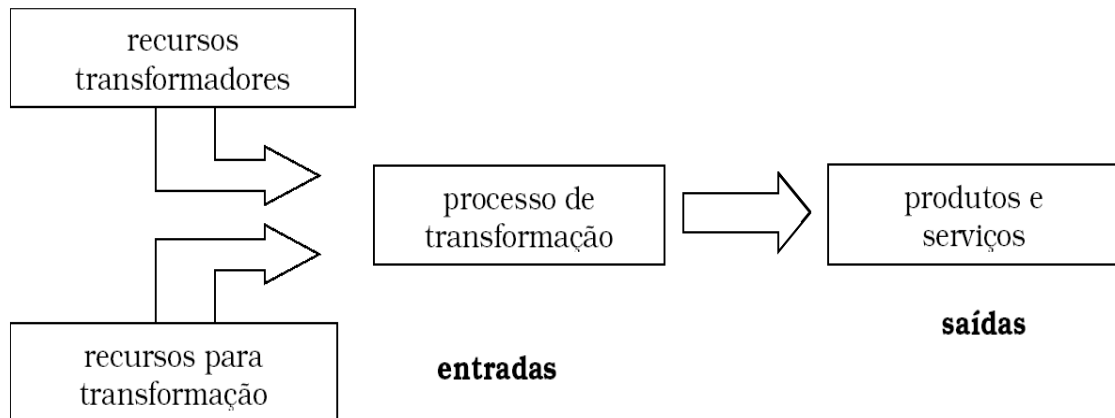


Figura 1 – Funcionamento de processos.
Fonte: Peinaldo e Graeml, 2007 – pg 143.

2.1.1 Processo Produtivo

Slack (1997) afirma que o processo produtivo é a transformações de recursos em produtos, ou seja, são recursos *inputs* usados para serem tornados em *outputs* de bens e serviços.

Para Harrington (1993) processo produtivo é o processo que entra em contato físico com o serviço ou produto que será entregue a um cliente externo até o ponta de embalagem.

2.1.2 Processo Empresarial

Segundo Harrington (1993) processo empresarial são aqueles que geram serviços e apoiam o processo produtivo através dos recursos da organização, gerando resultados definidos em apoio aos objetivos estabelecidos.

Harrington (1993) afirma ainda que 80% dos processos empresariais são repetitivos e devem ser controlados de forma equivalente aos controles aplicados aos processos produtivos. Apesar de terem por característica repetições, este fato não confere eficácia em sua execução e

nem eliminam erros existentes, principalmente por envolverem mais de um departamento que se encarregam unicamente de desenvolver apenas as atividades que lhe são delegadas.

O processo empresarial auxilia a organização na execução das atividades rotineiras, essas atividades auxiliam o processo produtivo no alcance dos objetivos, reduzindo custos e maximizando o uso dos recursos da organização.

2.1.3 Processo Administrativo e de serviços

Johnston e colaboradores (2002) afirmam que o processo de serviço agrupa atividades com recursos, define-se como conjunto de tarefas inter-relacionadas que em uma sequência apropriada entregam um serviço

2.1.4 Processos de Negócios

Sordi (2006) afirma que tanto os processos de negócios quando os processos produtivos são compostos de etapas. A ideia de divisão do trabalho em etapas sequencias surgiu no início do século passado quando Henri Fayol definiu o gerenciamento como uma disciplina e publicou seus 17 princípios, entre eles a divisão do trabalho em tarefas.

De acordo com Barbará (2006) o processo de negócio consiste em cinco elementos: tem seus clientes, é composto por atividades que são voltadas à criação de valor ao cliente, as atividades são operadas por atores que podem ser seres humanos ou máquinas e frequentemente envolvem várias unidades organizacionais que são responsáveis por todo o processo.

2.2 CONCEITO DE GESTÃO

A gestão surgiu após a revolução industrial, com o objetivo de solucionar problemas que não existiam anteriormente. A gestão tem por objetivo o crescimento da organização através do esforço conjunto focado no alcance de um objetivo específico.

Para Bárbara (2006) a gestão é a coordenação de atividades para dirigir e controlar uma organização.

Já para Sordi (2006) gestão compreende planejamento, projeto, construção, implantação, utilização, monitoramento, identificação de melhorias e realização de ajustes.

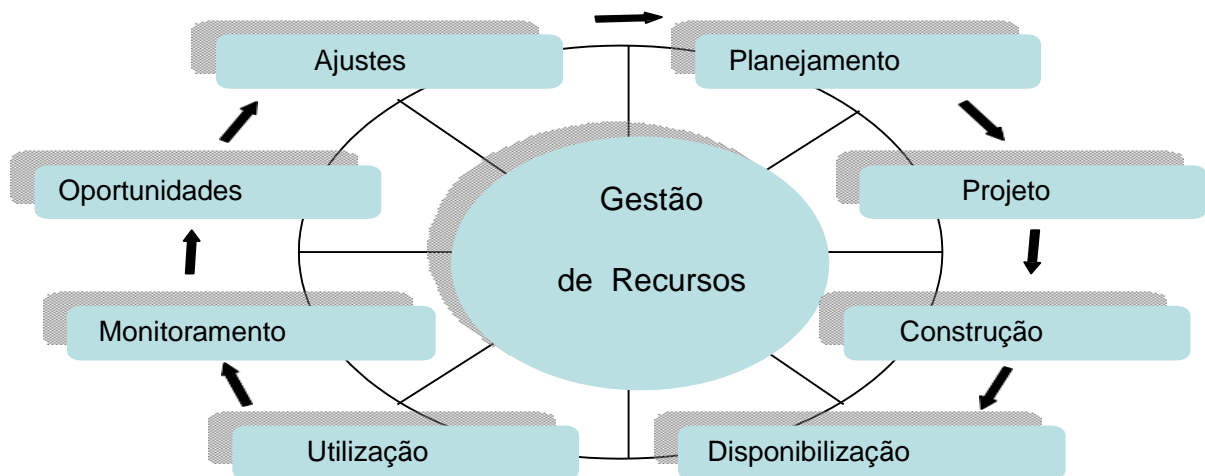


Figura 2 – Processos requeridos para gestão de recurso.
 Fonte: Sordi, 2006 – pág. 24.

2.3 GESTÃO POR PROCESSOS

O termo “gestão por processos” passou a ter maior utilização ao fim da década de 1990 e no início da primeira década do século XXI.

O surgimento e evolução da gestão por processos se deu com a quebra de alguns paradigmas na Toyota, destacando-se principalmente a quebra do pressuposto de um homem / um posto / uma tarefa. Notou-se que uma visão direcionada para o cliente e o mercado, com foco nos processos amplo gerava melhorias.

Para Hammer e Champy (1994), a gestão por processos é aplicada na busca de melhoria na cadeia dos processos, para garantir alto desempenho das operações com pouco recursos e alto nível de acerto.

Bárbara (2006) define como um modelo de gestão das organizações direcionado para gerir as organizações com foco em seus processos.

Os processos podem burocratizar as organizações, por isso é necessário que haja flexibilidade para decidir o que realmente deve ser burocratizado.

A gestão por processos possui inúmeros benefícios e vantagens e cada vez mais tem se tornado requisito para que as organizações obtenham certificações de qualidade.

2.3.1 Vantagens da gestão por processos

Barbará (2006) afirma que a gestão por processos vem se tornando cada vez mais requisito essencial de grande parte dos sistemas de gestão organizacional, no entanto, Chiavenato (1999) afirma que uma vantagem da organização ser estruturada por processos é que seguindo um fluxo natural do trabalho na organização facilita-se o trabalho desde seu início até o seu fim. Cada unidade organizacional é uma etapa no desenvolvimento do trabalho.

2.4 ANÁLISE DO PROCESSO DE TRABALHO

Para Johansson e colaboradores (1995) existem três razões para uma organização alterar um processo: redução de custos, renovação de competitividade e domínio competitivo.

Segundo Peinaldo e Greml (2007) a análise de um processo de trabalho pode ser utilizada para uma operação que já existe ou para uma a ser implantada. Todo processo pode ser melhorado.

Peinaldo e Graeml (2007) ainda afirmam que a documentação dos processos gera uma contínua melhoria, essa documentação traz grandes benefícios para as organizações, e auxiliam na obtenção de certificações.

A documentação de processos traz benefícios principalmente na organização do trabalho, padronização dos processos, disseminação do conhecimento na organização, facilidade no treinamento dos envolvidos no processo, possibilidade de monitoramento dos resultados e do desempenho do processo.

A figura 3 mostra a sequência lógica para que sejam analisados os processos de trabalho.

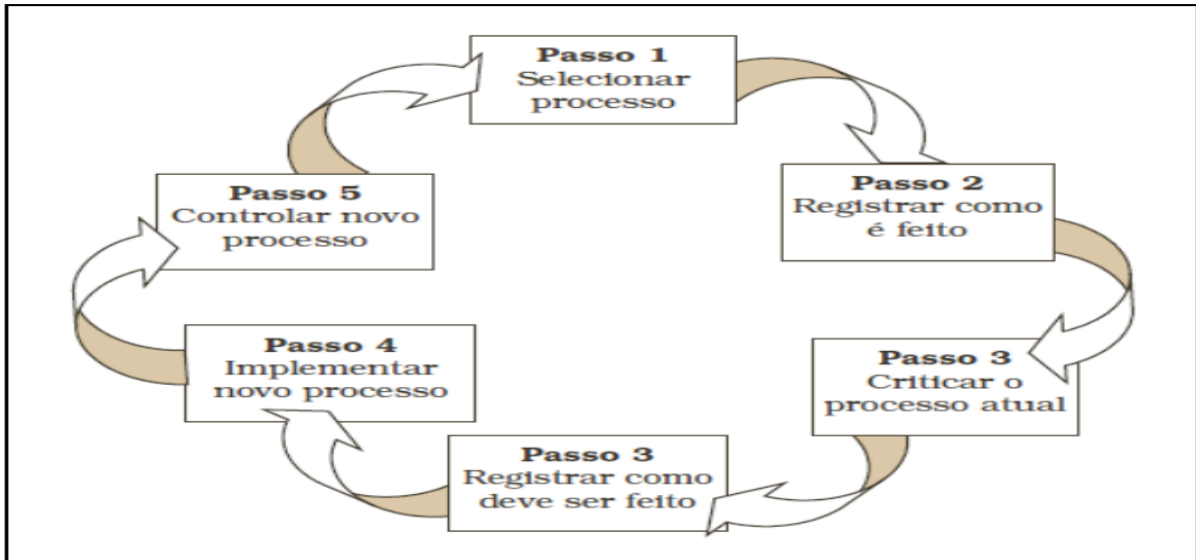


Figura 3 – Sequência de ações para análise dos processos de trabalho
 Fonte: Peinaldo e Graeml, 2007 – pág. 145.

2.5 HIERARQUIA DOS PROCESSOS

Segundo Harrington (1993) os processos são macro conjuntos e macroprocessos, podendo ser produtivos e empresariais, e são divididos em subprocessos, atividades, procedimentos ou tarefas.

Bárbara (2006) diz que o entendimento sobre processos pode ser logicamente organizado e estruturado hierarquicamente, facilitando a compreensão das organizações que tem sua gestão com foco nos processos.

A figura 4, ajuda na compreensão do funcionamento do sistema e de processo.

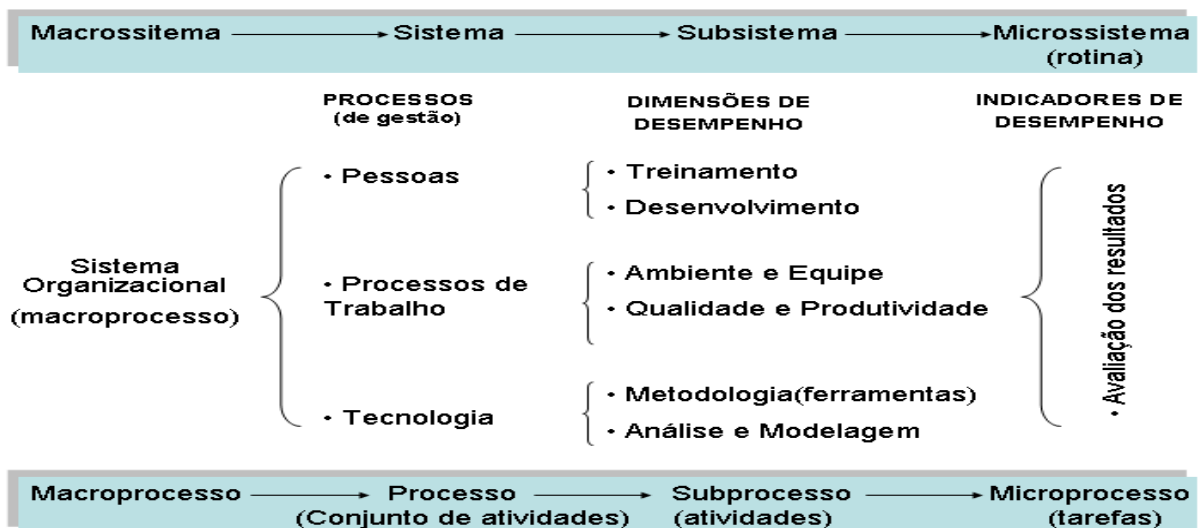


Figura 4 – Relação entre Sistemas e Processos
 Fonte: Barbará (2006) – pág. 153.

Barbará (2006) afirma que interdisciplinaridade faz parte do contexto universal. Os problemas não devem ser vistos isoladamente, é necessário que sejam estudadas as relações entre eles.

A figura 5 demonstra a hierarquia de processos.

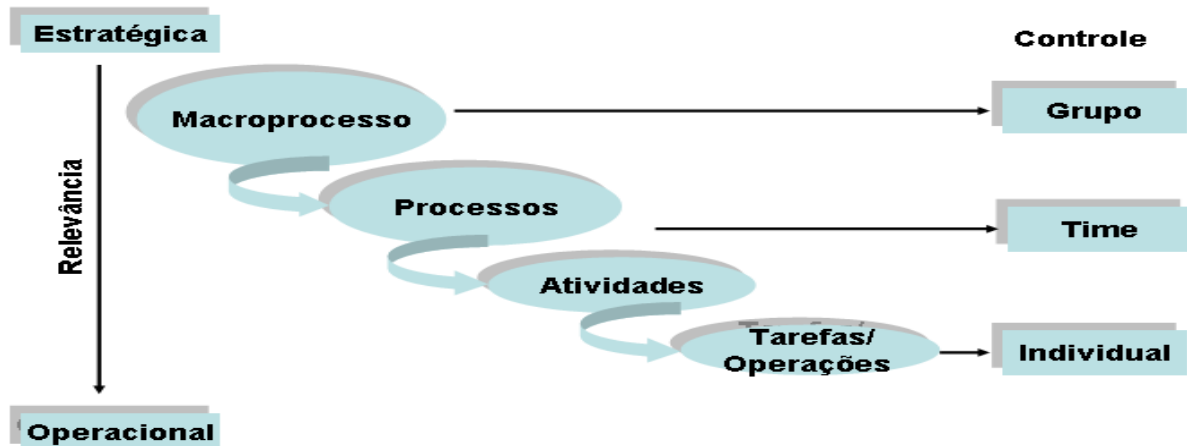


Figura 5 – Hierarquia de processos
Fonte: Barbará, 2006 – pág. 155

2.5.1 Macroprocessos

Sordi (2006) afirma que macroprocessos são processos que envolvem várias funções na estrutura da organização e sua operação tem grande impacto no funcionamento.

Para Bárbara (2006), o macroprocesso descreve de maneira geral os grupos de atividades nas organizações.

Harrington (1993) também concorda que macroprocessos é um processo que envolve várias funções na estrutura da organização, e a sua operação tem alto impacto no funcionamento.

2.5.2 Subprocessos

Segundo Sordi (2006) subprocessos são partições do macroprocesso com objetivos específicos, organizado seguindo linhas funcionais, recebem entradas e geram saídas dentro do mesmo departamento. Podem ser divididos nas diversas atividades que os compõem, e em um nível mais detalhado em tarefas.

“Subprocessos é um conjunto de atividades correlacionadas, que executa uma parte específica do processo, do qual recebe insumos e para o qual envia o produto do trabalho realizado por todas.” (CRUZ, 1998, p.42).

2.5.3 Atividades

Segundo Harrington (1993) atividade são conjuntos de procedimentos que devem ser realizados para produzir determinado resultado, ou seja, são conjuntos de tarefas que ocorrem dentro de um processo. As atividades preenchem a maior parte dos fluxogramas. Cada atividade pode ser constituída por um determinado número de tarefas.

De acordo com Cruz (1998) é uma unidade de trabalho executada por apenas um responsável, que tem condições determinadas de início e fim.

Assim pode-se dizer que as atividades são ações a serem realizadas dentro de um processo, diferentemente das tarefas que são elementos individuais de uma atividade.

2.5.4 Tarefas

Segundo Michaelis, (1998), tarefas são porções de trabalho que tem prazo determinado para serem concluídas.

Para Sordi (2006), tarefas são ações que geralmente executadas por um indivíduo ou por pequenos grupos. As tarefas são desdobramentos das atividades, podendo estas serem detalhadas em lista de checagem e/ou manuais de operação. Pode-se conceituar também como a menor unidade divisível de um trabalho qualquer.

Segundo Harrington (1993) procedimentos ou tarefas podem ser formais e informais. As formais são o conjunto de informações que indica para o responsável da atividade como, quando e com o que ela deve ser executada. Informais é o conjunto de práticas não escritas que o ocupante de um posto incorpora à realização de seu trabalho, já para Cruz (1998), tarefa é a menor parte realizável de um trabalho.

2.6 REQUISITOS

Para Rocha (2007) os requisitos refletem as necessidades e expectativas dos clientes dos processos ou das demais partes interessadas, incluindo órgãos regularizadores, expressas de maneira formal ou informal, em atributos do produto.

2.7 TEMPO DE CICLO

De acordo com Cruz (1998) tempo de ciclo é o tempo necessário para que um processo, uma atividade, procedimento ou tarefa seja, executado. É formado de início, meio e fim de uma parte executável.

2.8 INDICADORES

Para Rocha (2007) indicadores são variáveis ou combinações delas que são usadas para acompanhar os processos e outras atividades não essencialmente estratégicas. Geralmente são utilizados para monitorar os requisitos do processo, podendo ser classificados em indicadores de eficiência e indicadores de eficácia.

Para Bowersox e Closs (2001) os três objetivos principais em implementar um sistema de avaliação de desempenho são promover o monitoramento, controle e direcionamento das operações em processo.

Segundo Ballou (2001) define controle, como processo no qual o desempenho esperado é alinhado, ou mantido em linha, com os objetivos desejados pela organização.

2.8.1 Indicadores de Eficiência e Eficácia de Processos

Maximiano (2000) define eficácia como o grau de correspondência dos resultados comparados aos objetivos, a capacidade de um sistema, processo, produto ou serviço de solucionar um problema.

A avaliação do grau de eficácia de um sistema depende do conhecimento dos objetivos estabelecidos e quais os resultados alcançados. Maximiano (2000) diz que inicialmente deve-se estabelecer critérios de desempenho e quais suas prioridades.

Segundo Harrington (1993) eficiência significa utilizar o mínimo de recursos e suprimir desperdícios em um dado processo. A eficiência é fundamental ao benefício do dono do processo. Eficácia é o grau com que o processo atende às exigências e às expectativas do cliente final e utiliza-se de parâmetros para mensurar esta eficácia como atendimento de pedidos e refazer a mesma operação.

Gil (1992) afirma que eficiência significa o uso otimizado dos recursos empresariais da entidade organizacional e eficácia é o nível de satisfação do consumidor/usuário pelos resultados/produto final de cada área e da empresa como um todo. Por outro lado Rego (1986)

a eficiência constitui o uso cinegético de todas as formas para a geração de um produto, com o intuito de evitar perdas de energia. É resultado do quociente entre o *output* de energia (produto) pelo seu *input* de energia (custo, esforço).

Os indicadores de desempenho focam nas tarefas realizadas, buscando mensurar o desempenho e monitorar se os objetivos determinados estão sendo alcançados, ou seja, retratam o andamento do processo e apontam se sua eficácia e eficiência estão satisfatórias.

2.9 CADEIA DE VALOR

Segundo Moura (2006) cadeia de valor constitui uma série de atividades interligadas e criadas pela organização objetivando satisfazer as necessidades dos clientes.

Porter (1998) diz que a cadeia de valor interna separa uma empresa em suas atividades de relevância estratégica para que se possa entender a atuação dos custos e as fontes existentes e possíveis de diferenciação.

Para Chiavenato (1999), cada unidade tem um fornecedor e um cliente em cada uma de suas extremidades. A troca é horizontal, formando uma cadeia de valor ao longo da organização, desde que haja coordenação entre as unidades.

Borchardt (2005) afirma que a análise da cadeia de valor geralmente mostra que existem três tipos de ações ao longo de suas extensões, algumas que geram valor, outras que não geram valor, mas são inevitáveis e outras que não geram valor e devem ser reprimidas.

2.9.1 Processo de Agregação de Valor ao Cliente

Segundo Johnston e colaboradores (2002), é necessário que se tenha cuidado para reconhecer as operações onde o valor está agregado. É essencial que as operações sejam vistas de maneira ampla, ou seja, distinguir os múltiplos processos e suas inter-relações, reconhecendo onde mais se concentram as atividades.

2.9.2 Processo de Agregação de valor a organização

“São os processos que geralmente não são percebidos diretamente pelo cliente, porém importante para organização e/ou partes interessadas.” (ROCHA, 2007).

2.10 MAPEAMENTO DO FLUXO DO PROCESSO

O mapeamento de processo é uma ferramenta que auxilia o gestor a visualizar de maneira completa o processo, facilitando a compreensão das atividades executadas e suas relações.

De acordo com Johnston et. al. (2002) mapear o processo é representar graficamente o processo do serviço, para orientação em suas fases de avaliação, desenho e desenvolvimento. Em outras palavras é colocar no papel todas as atividades e relações.

Para Villela, (2000), o mapeamento de processos é uma ferramenta gerencial analítica e de comunicação que ajuda a melhorar os processos existentes ou a implantar uma nova estrutura voltada para processos. A sua análise permite, ainda, a redução de custos, falhas de integração entre sistemas e melhora do desempenho da organização.

Villela (2000) afirma que o mapeamento de processos pode trazer melhorias e aprendizado através da análise das representações dos *inputs* e *outputs* no mapa de processos, justamente por que a realização deste mapa torna possível a identificação das interfaces críticas e a reconhecer pontos desconexos ou desnecessários nos processos.

2.10.1 Mapeamento e Ferramentas de Mapeamento

Oliveira (2002) diz que fluxograma ou *Flowchart* é uma representação gráfica que retrata a ordem de um trabalho de forma analítica, representando as operações e/ou unidades organizacionais envolvidos no processo.

O Mapeamento através de fluxograma representa esquematicamente um processo, normalmente ilustrado através de gráficos que demonstra o fluxo de informações entre as etapas que a compõem.

Slack et. al. (1997), diz que os diagramas de fluxo identificam os principais elementos inseridos em um processo. Esses diagramas ilustram também fluxos de materiais ou informações, e através da adição de símbolos aos diagramas ajudam a identificar as principais decisões no processo e seus desdobramentos.

Para Peinaldo e Graeml (2007) fluxograma é um método para representar, por meio de símbolos gráficos, a ordem das etapas de um trabalho com o objetivo de facilitar sua análise.

Segundo Johnston et. al. (2002) fluxograma é uma atividade descritiva e ajuda um indivíduo a perceber as etapas envolvidas no processo. Faz-se necessário responder perguntas que ajudem a transformá-lo em uma ferramenta analítica como:

- ✓ Todas as atividades agregam valor?

Que elementos do processo não agregam valor? Podem ser removidos ou redesenhados?

- ✓ O processo está “sob controle?”

Que medidas e metas são definidas para assegurar que o desempenho de cada parte está ocorrendo de forma esperada? Quem é o responsável pela supervisão, pelo controle e pela melhoria de cada elemento?

- ✓ Quem é responsável pelo processo?

Quantos indivíduos ou departamentos diferentes são responsáveis pelas partes do processo? Quem em particular ou que grupo de pessoas é responsável pelo desenho, pela entrega e pela melhoria de todo o processo?

- ✓ O nível de visibilidade é apropriado?

O mapa do processo pode ser usado para identificar as atividades que envolvem e /ou são visíveis para o cliente, diferenciando, assim, as tarefas da linha de frente e da reta guarda.

- ✓ Como o processo pode ser melhorado?

Quais os prováveis ou principais pontos de falha do processo? Que procedimentos estão disponíveis para lidar com eles? Todos os que estão envolvidos no processo entendem seus papéis e os efeitos de suas ações?

- ✓ Quão eficiente é o processo?

“Ao acrescentar prazos, distâncias e recursos usados, como o número de funcionários, as várias tarefas do mapa de processo, as eficiências do processo global e as várias partes do processo podem ser calculados e os gargalos identificados e removidos?” (JOHNSTON et. al., 2002, p.231).

✓ Objetivos:

- Padronizar a representação de métodos administrativos;
- Permitir maior rapidez da descrição de métodos administrativos;
- Facilitar leitura e entendimento;
- Melhorar a análise;
- Facilitar localização e identificação dos pontos mais importantes.

✓ Vantagens:

- Levantamento e análise de qualquer método administrativo;
- Apresentação real do funcionamento;
- Visualização integrada de um método administrativo;
- Uso de convenções e símbolos (facilita a leitura).

2.10.2 Exemplo de fluxograma

A figura 6 demonstra um exemplo de fluxograma para descrever o processo de compra de uma garrafa de água.

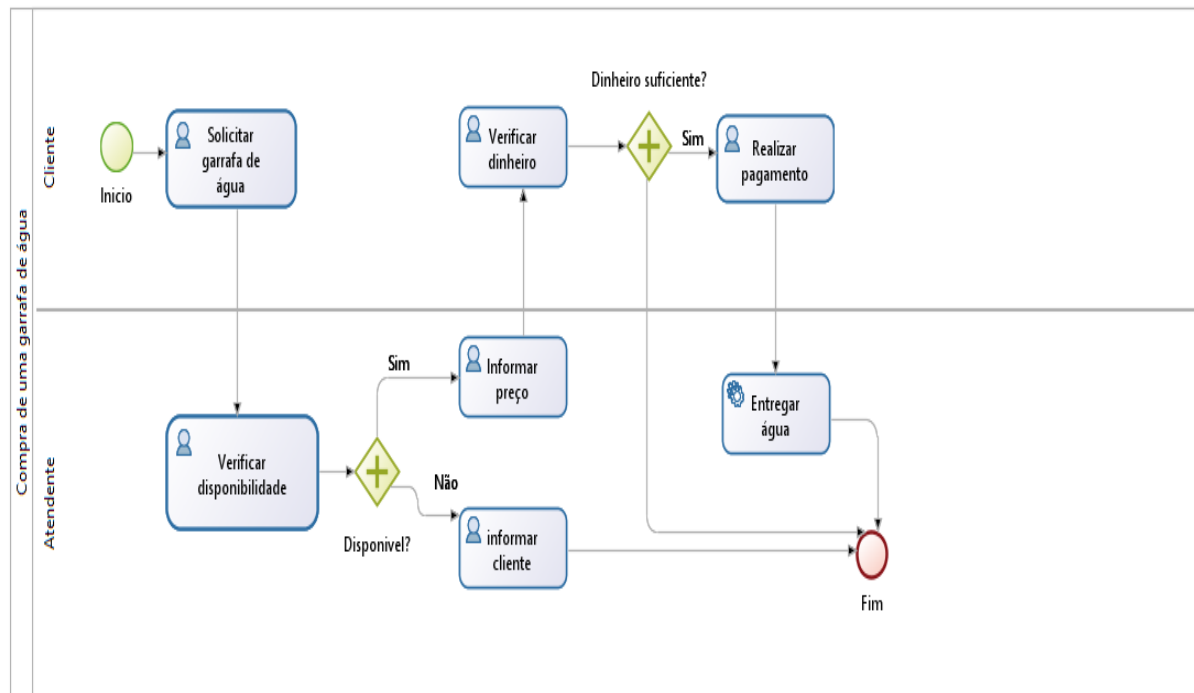


Figura 6 – Fluxograma de descrição do processo de compra de uma garrafa de água.
Fonte: Elaborado pelo autor.

2.11 DESPERDÍCIO E PERDAS

De acordo com Sordi (2006) os processos de negócios têm por objetivo gerar valor aos clientes através da entrega de algum benefício, os processos que não agregam valor ao cliente são denominados perdas ou desperdícios.

Ohno (1997) evidencia sete perdas mais comuns nas organizações manufatureiras: perda de produção em excesso, correção, movimentação de material, processamento, inventario, tempo e movimentação física.

3 METODOLOGIA

3.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Segundo Gil (1999), o delineamento está ligado ao planejamento da pesquisa da maneira mais abrangente, envolve desde a diagramação até a compreensão dos resultados, considerando o ambiente onde os dados são coletados e as formas de controle das variáveis envolvidas.

A pesquisa pode ser classificada como exploratória e pesquisa-ação. No primeiro momento é realizado um levantamento bibliográfico, que através das informações conceituais apoia a definição dos objetivos.

Na segunda fase, há participação direta do pesquisador, que executará levantamento de dados secundários coletados via pesquisa documental. A classificação de dados e aplicação dos objetivos traçados, bem como, as análises dos resultados obtidos também ficam a cargo do pesquisador. Para a realização do mapeamento do fluxo de processo foi utilizado o software Bonita Soft.

Gil (1991) afirma que o estudo exploratório proporciona maior intimidade com o problema, envolve levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; análise de exemplos que ajudem na compreensão e assume, geralmente, as formas de Pesquisas Bibliográficas e Estudos de Caso

Durante a análise dos dados relativos aos fatores de suspensão de cirurgias notou-se que para uma melhor compreensão das informações, é necessária uma divisão dos motivos em grupos. Assim foram definidos seis grandes grupos.

O grupo 1 engloba todos os motivos de suspensão que tem relação direta com o paciente. Os motivos ligados a este grupo são: problemas clínicos que impedem a realização do procedimento cirúrgico, desistência do procedimento por decisão do paciente, óbito, não comparecimento, evasão do paciente, paciente sem jejum e a não autorização da realização do procedimento pelos responsáveis do paciente. Este grupo possui uma característica importante, os motivos relacionados a ele, são fatores externos que não podem ser previstos pela instituição, contudo em alguns aspectos podem ser influenciadas pela organização do Hospital.

O grupo 2 diz respeito a suspensão por problemas na organização do processo em qualquer um dos setores envolvidos. Neste grupo estão agregados os seguintes motivos: preparo

inadequado do paciente, a transferência da data do procedimento, agendamento equivocado, falta de leito para internação, exames vencidos, suspensões feitas pela marcação ou pela regulação do Hospital.

O grupo 3 trata das suspensões que ocorrem devido a procedimentos de urgência no lugar do procedimento eletivo ou procedimentos que devem ser realizados por determinação judicial.

O grupo 4 relaciona todas as suspensões ocorridas por problemas com os recursos humanos envolvidos no processo cirúrgico. Essas suspensões ocorrem devido à ausência do cirurgião por motivo de férias ou atestado, cancelamentos ligados a decisão da equipe médica a não operar na data do agendamento, falta de anestesista ou cirurgião auxiliar.

O grupo 5 associa todas as suspensões ocasionadas por problemas na estrutura física, falta recursos materiais e problemas em equipamentos. Cirurgias suspensa por defeito em equipamento, falta de material, problemas na energia, lavanderia e ar-condicionado são inseridas neste grupo.

Por fim o grupo 6 lista todos os procedimentos que foram suspensos mas que durante a pesquisa não foram encontradas as justificativas para o cancelamento.

3.2 DEFINIÇÃO DA ÁREA/ POPULAÇÃO ALVO/AMOSTRA/UNIDADE DE ANÁLISE

O estudo será realizado em um hospital universitário, o alvo da pesquisa serão todos os procedimentos cirúrgicos agendados, realizados e suspensos no hospital. Para que seja realizada a análise serão considerados os procedimentos realizados e não realizados entre os anos de 2012 a 2015.

3.3 TÉCNICAS DE COLETA DE DADOS

Segundo Vergara (2000) a coleta de dados é uma forma de se obter informações necessárias para responder um problema, os meios utilizados são a pesquisa de campo, bibliográfica e estudo de caso.

Os dados serão coletados através de análise documental dos cadernos de registro de procedimento cirúrgico, mapas cirúrgicos diários e relação de procedimentos agendados, realizados e suspensos.

3.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE DE DADOS

A análise será qualitativa. Para Seltiz et al. (1965), entram na categoria dos estudos exploratórios todos aqueles que buscam encontrar idéias e intuições, na tentativa de se familiarizar com o fenômeno pesquisado, esses estudos possibilitam aumentar o conhecimento do pesquisador sobre os fatos, tornando a formulação mais precisa de problemas, criar novas hipóteses e realizar novas pesquisas mais estruturadas.

Para Malhotra (2001), a pesquisa exploratória é usada quando é necessário definir o problema com maior precisão. Provem critérios e compreensão, com as seguintes características: informações definidas ao acaso e o processo de pesquisa flexível e não-estruturado. A amostra é pequena e não-representativa e a análise dos dados é qualitativa. As constatações são experimentais e o resultado, geralmente, seguido por outras pesquisas exploratórias ou conclusivas.

4 RESULTADO E DISCUSSÃO

Este capítulo apresenta de forma detalhada os resultados obtidos através das etapas definidas no Capítulo 3. Levantamento de dados através de visitas ao Hospital, análises documentais de cadernos de registro de procedimento cirúrgico, mapas cirúrgicos diários, relação de procedimentos agendados, realizados e suspensos.

Os dados levantados são relativos a um período de 4 (quatro) anos (2012 a 2015), durante este período foram agendados 10.891 procedimentos, destes 9.198 (84,45%) foram efetivamente realizados e 1.693 (15,54%) foram suspensos.

Inicialmente foi executado levantamento de dados com o objetivo de mapear o processo completo por qual passa o paciente para a realização de procedimento cirúrgico, desde a identificação da necessidade do procedimento nos ambulatórios do Hospital até a alta do paciente. Os pacientes externos, antes de serem admitidos no Hospital, passam por um sistema de regulação ambulatorial que visa organizar a demanda e o acesso aos serviços oferecidos pelo Hospital

Ainda neste aspecto foram mapeados os processos que envolvem a realização de procedimento cirúrgico em paciente interno bem como o processo envolvido no suporte a realização de procedimentos cirúrgicos.

Posteriormente a esta etapa, iniciou-se a coleta de dados secundários relacionados ao agendamento, realização e suspensão de procedimentos. Com relação as suspensões concomitantemente foram levantadas as causas que levaram a suspensão dos procedimentos.

4.1 MAPEAMENTO DO PROCESSO

O processo de realização de procedimento cirúrgico no Hospital é um processo complexo que pode envolver vários setores de maneira direta e indireta.

Dentro da hierarquia, todos os fluxos apresentados se enquadram como processos e dentro deles existem subprocessos, o foco do mapeamento foi identificar e construir os fluxos, outras características não serão detalhadas.

Tal processo em paciente externo, ou seja, aqueles pacientes que não estão internados nos leitos do Hospital, têm início nos ambulatórios a partir do momento da indicação cirúrgica para tratamento do paciente, feita por médico especialista.

Estes pacientes são encaminhados ao Hospital através dos postos de saúde da cidade e da região que identificam a necessidade de uma avaliação no paciente por um médico especialista.

Confirmada a necessidade do procedimento o paciente é encaminhado ao setor de marcação que realiza o agendamento do procedimento e orientação do paciente. Este setor também responsável pela organização e ordenação da agenda de procedimentos.

Na data do procedimento o paciente é recebido na recepção que realizada a conferência da documentação necessária para a internação e o encaminha ao posto de destino para sua admissão.

Os pacientes que necessitam ser internados, são geralmente enviados ao posto da Clínica Cirúrgica para internação, os pacientes que realizarão cirurgia de pequeno porte e inicialmente não tem necessidade de internação a admissão é realizada pelo PAC – Pronto Atendimento Clínico. Em ambos os casos estes setores orientam e preparam o paciente para o próximo passo no processo, a realização do procedimento cirúrgico.

O Centro Cirúrgico tem a responsabilidade de recepcionar o paciente para a realização do procedimento, isso envolve a ação de uma equipe integrada que organiza, coordena e controla as atividades para garantir uma assistência completa e segura ao paciente.

Após a realização do procedimento o destino do paciente será definido pelo médico cirurgião e pelo anestesista que avaliam se as condições clínicas do paciente são suficientemente boas para que o mesmo seja enviado para a sala de RPA – Recuperação pós anestésica – e posteriormente ao setor de origem ou se serão necessários cuidados intensivos.

Havendo a necessidade de cuidados intensivos, a equipe da Unidade Cirúrgica solicita vaga ao responsável pela UTI, que organiza e prepara a recepção do paciente que fica aos cuidados deste setor até que suas condições clínicas melhorem.

A partir do momento que o paciente apresenta uma melhora e já não depende mais da atenção especializada, sua alta é autorizada pela equipe médica responsável. Durante a alta, o paciente é orientado sobre futuras consultas para seja feito o acompanhamento pós-cirúrgico.

A figura 7 apresenta o fluxo do processo de cirurgia para paciente externo.

Fluxo do processo de realização de procedimento cirúrgico em paciente externo

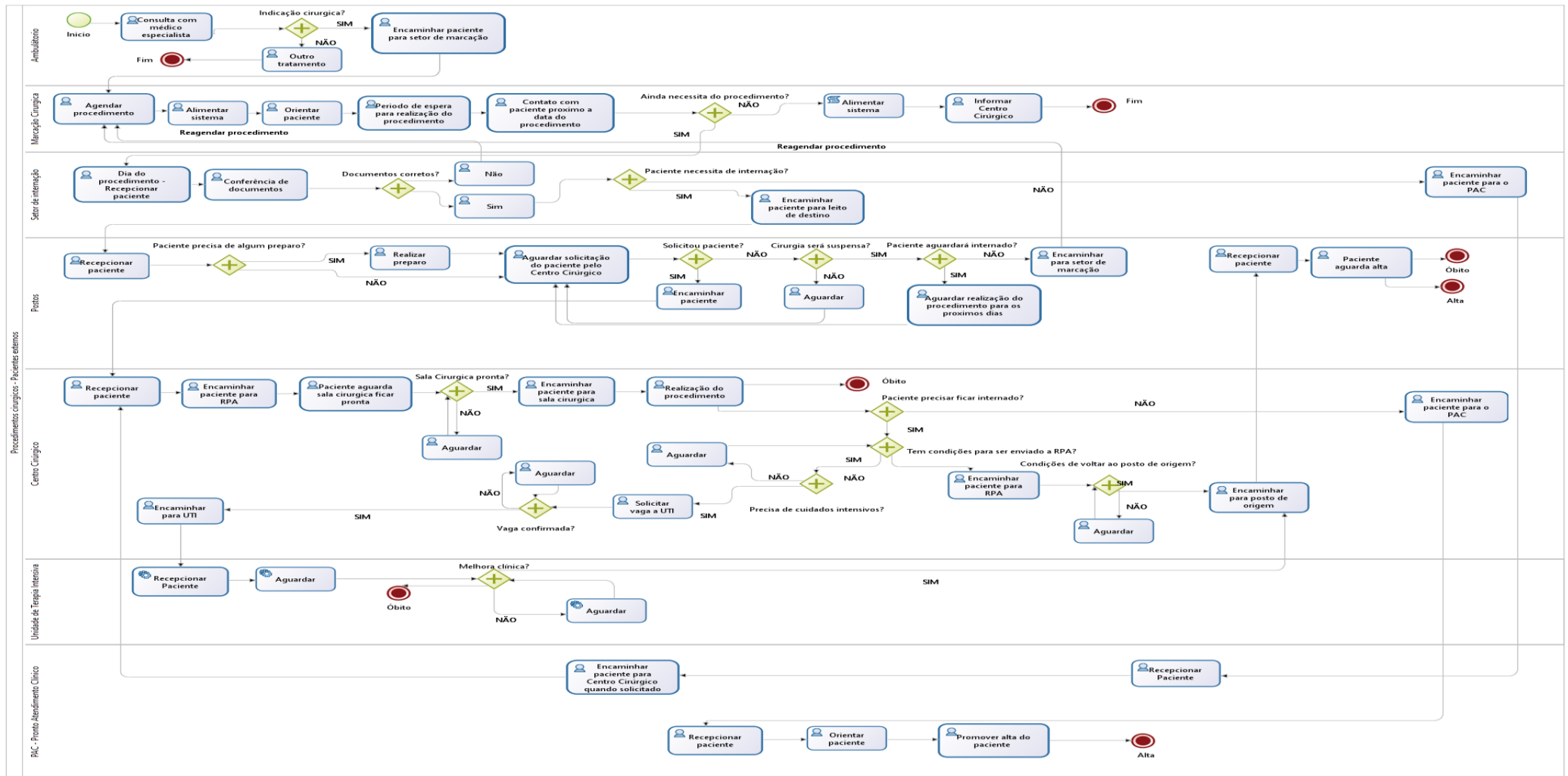


Figura 7 – Fluxo do processo de realização de procedimento cirúrgico em paciente externo.
 Fonte: Elaborado pelo autor.

Nota-se na figura que durante o processo existe risco de morte aos pacientes em algumas de suas fases. O paciente está sob risco durante a realização do procedimento, durante a fase pós-cirúrgica, no período que antecede a cirurgia e entre uma suspensão e um reagendamento. Caso o óbito aconteça, considera-se o fim do processo.

Durante o levantamento de dados e mapeamento do processo, notou-se que o paciente que é encaminhado ao Hospital não é o único que é atendido pela unidade Cirúrgica, existem procedimentos que são realizados em pacientes internos, ou seja, aqueles pacientes que estão internados e que durante o tratamento é identificada a necessidade de algum tipo de intervenção cirúrgica. Apesar de ser um processo mais simples e mais rápido que o processo dos pacientes externos, também exige atenção de todos os atores e setores envolvidos.

O processo tem seu início dentro do setor de internação do paciente. Durante o atendimento pela equipe médica é constatada a necessidade de intervenção cirúrgica, a partir daí é solicitada vaga ao Centro Cirúrgico que se organiza e analisa qual o melhor momento para o encaixe do procedimento no cronograma diário. Confirmada a vaga a Unidade Cirúrgica informa a data e horário do procedimento ao setor solicitante.

Este processo, diferente do primeiro, não necessita de agendamento pelo setor de marcação, o que acontece é uma solicitação feita de forma oral pela unidade de internação do paciente ou pela equipe médica responsável diretamente ao responsável do Centro Cirúrgico.

Existem ainda os casos de procedimentos que são considerados emergenciais e que devem ser realizados o mais rápido possível, nesses casos a equipe do centro cirúrgico é avisada e toma as medidas necessárias para que o procedimento aconteça, mesmo que isso possa causar a suspensão de procedimentos eletivos agendados, tudo isso visando garantir a integridade física do paciente em situação emergencial e seu sucesso no tratamento.

Após a realização do procedimento o paciente tem dois destinos possíveis, que são decididos com base na condição clínica do paciente. O paciente que tem condições clínicas boas é encaminhado ao setor de origem, o paciente que apresenta condições clínicas que inspirarem cuidados é encaminhado a UTI -Unidade de Tratamento Intensivo.

A Figura 8 apresenta o processo de realização de procedimento cirúrgico em paciente que já está internado no Hospital.

Fluxo do processo de realização de procedimento cirúrgico em paciente interno

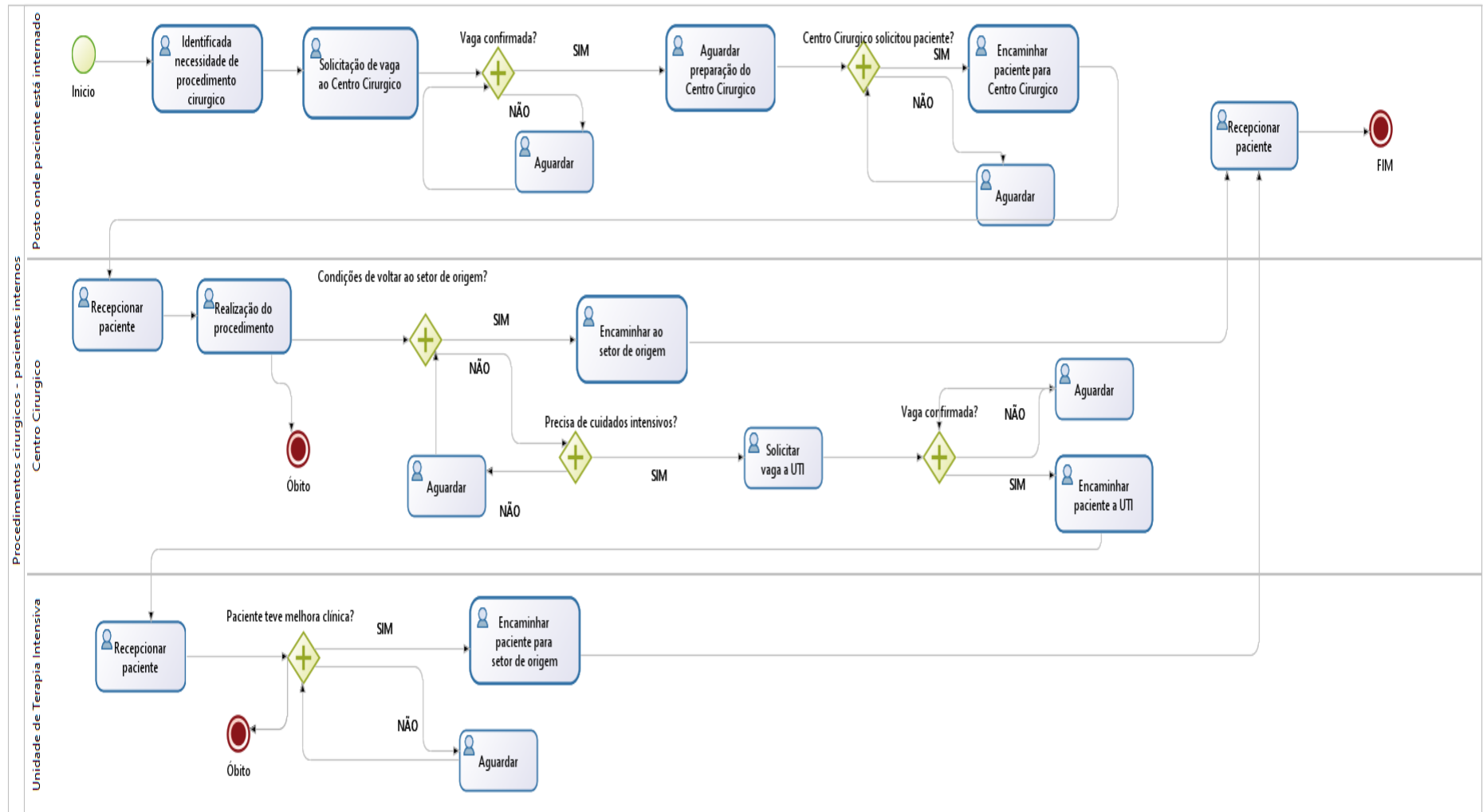


Figura 8 – Fluxo do processo de realização de procedimento cirúrgico em paciente interno.

Fonte: Elaborado pelo autor.

Muitos setores e recursos humanos estão envolvidos no processo e para que não haja erros que culminem em suspensões é muito importante que cada ator saiba seu papel e responsabilidade.

A Unidade Cirúrgica possui um processo interno de preparação para o procedimento cirúrgico. Dentro deste processo os colaboradores envolvidos preparam os materiais necessários para que o procedimento ocorra, baseando-se em um livro que contém a relação de materiais usados em cada tipo de procedimento.

Nesse aspecto é muito importante que todos os materiais estejam disponíveis para a realização do procedimento. A falta de material geralmente tem por consequência a suspensão do procedimento, contudo antes da suspensão é realizado contato com o almoxarifado que faz a checagem do estoque e informa o Centro Cirúrgico sobre sua disponibilidade.

Havendo a disponibilidade, o Centro Cirúrgico solicita o material ao almoxarifado via sistema e confirma o procedimento, caso contrário é feita consulta rápida a outros setores do hospital sobre a disponibilidade do material e a possibilidade de empréstimo entre setores. Havendo esta opção o Centro Cirúrgico confirma o procedimento. Em alguns casos mais esporádicos o Hospital realiza contato com outras instituições na tentativa de realizar empréstimo e evitar a suspensão do procedimento.

Esgotadas todas essas possibilidades o Centro Cirúrgico suspende o procedimento, informa o setor de marcação e solicita a aquisição do material ao setor de almoxarifado, que por sua vez encaminha a solicitação de aquisição ao setor de administração para que promova a compra.

O setor de marcação é informado sobre a suspensão e a partir daí comunica o paciente e o orienta a aguardar a aquisição do material para que o procedimento possa ser reagendado. Assim que a aquisição é realizada e o material fica disponível o procedimento é remarcado na data mais próxima possível.

A Figura 9 apresenta o fluxo do processo interno de preparação, que acontece antes da realização do procedimento.

Fluxo do processo interno de preparação para realização de procedimento cirúrgico

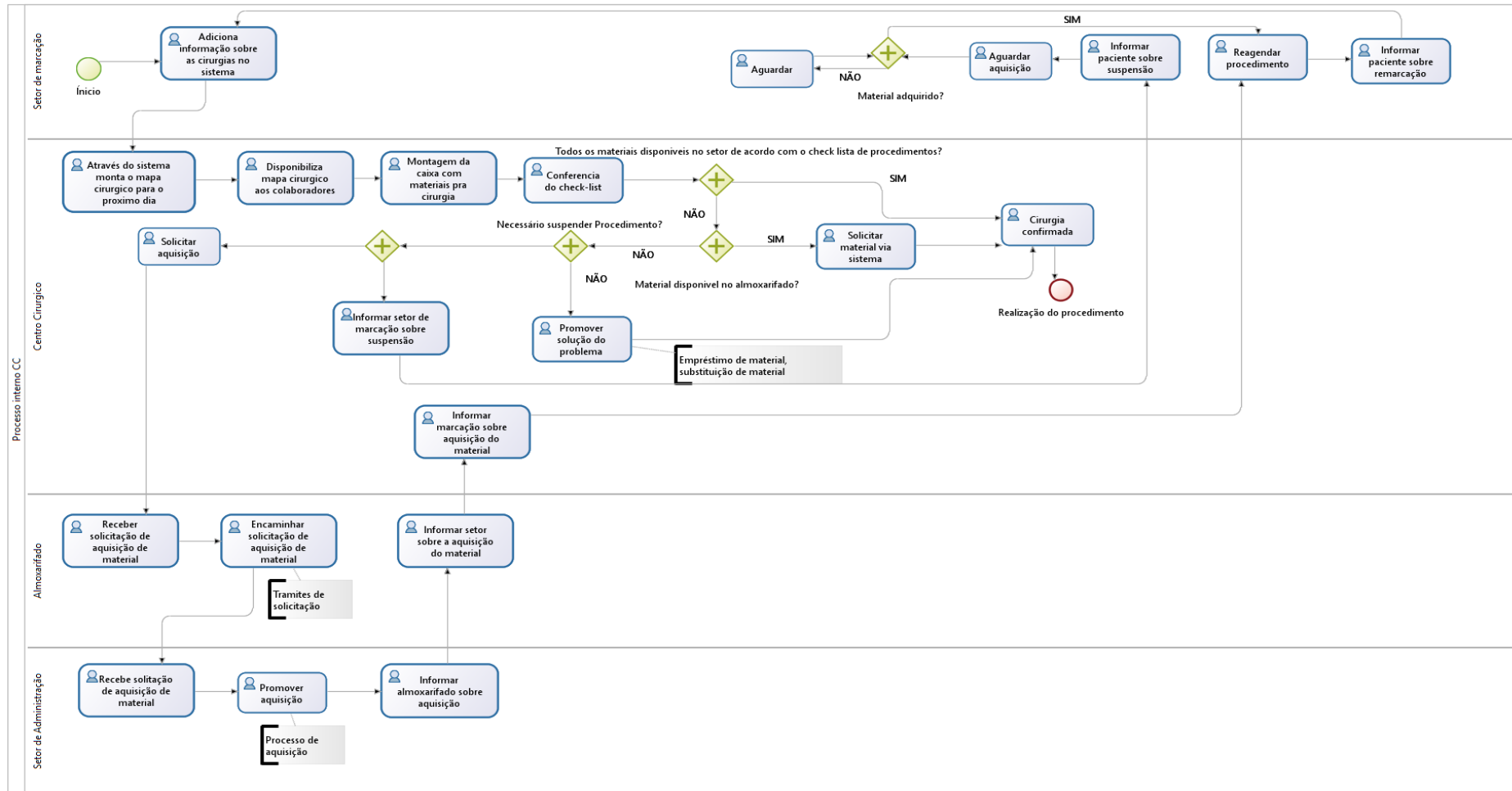


Figura 9 – Fluxo do processo interno de preparação para realização de procedimento cirúrgico.

Fonte: Elaborado pelo autor

Cabe ressaltar que as suspensões de procedimentos podem ocorrer em qualquer momento no processo, tanto para pacientes externos quanto para pacientes internados. Muitas variáveis e eventos aleatórios envolvidos nos processos são decisivos nas suspensões de procedimentos.

Esses eventos são imprevisíveis, são problemas que ocorrem por fatores externos que independem da vontade da administração do Hospital, entre outros citamos: óbito, condições clínicas desfavoráveis, desistência, paciente não se atentou a orientação de permanecer em jejum, melhora clínica, etc.

Por outro lado, existem procedimentos que são suspensos devido a causas internas. Algumas dessas causas poderiam ser evitadas ou previstas. Essas suspensões também podem ocorrer em qualquer momento do processo. Entre outros citamos: Quebra de equipamentos, falta de materiais, erros na agenda, problemas estruturais, falta de recursos humanos envolvidos no processo, outros procedimentos de urgência, preparo inadequado, etc.

Ao analisar os processos, notou-se que os maiores problemas estão relacionados a sua organização. A comunicação entre os setores envolvidos muitas vezes é falha contribuindo para o aumento de suspensões.

A morosidade do processo também contribui para as suspensões, dependendo da especialidade a espera por um procedimento pode chegar a mais de 6 meses.

Erros na execução das tarefas, como a conferência de documentos ou exames são constantes e contribuem para o aumento do retrabalho e nos índices de cancelamentos.

4.2 TABULAÇÃO DOS DADOS

A unidade Cirúrgica do Hospital conta com 4 salas de procedimentos e atende paciente ambulatoriais e pacientes internados. Toda a programação cirúrgica e desenvolvida no período das 7 às 17h diariamente de segunda a sexta-feira. Ficando reservado ao período noturno, fins de semana e feriados apenas para procedimentos emergenciais.

O estudo considerou todos os procedimentos agendados, realizados e suspensos entre os anos de 2012 a 2015. Para o levantamento de dados foram utilizados mapas contendo as programações cirúrgicas e cadernos de cirurgias agendadas e suspensas.

Durante os 4 (quatro) anos do período estudado foram agendados 10.891 procedimentos divididos entre 19 especialidades diferentes.

Durante o ano de 2012 foram agendados 3.241 procedimentos entre 17 especialidades, destacando-se quatro delas no número de agendamentos. Somadas as especialidades de Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Geral, Cabeça e pescoço e Urologia representam uma parcela de mais de 60% dos agendamentos.

Em 2013 houve uma queda no número de agendamentos que totalizaram 2.322 procedimentos agendados, destacando-se as especialidades de Cirurgia Geral, Cabeça e pescoço, Cirurgia Pediátrica, Ginecologia e Urologia que somadas representam uma parcela de mais de 75% de todos os procedimentos agendados.

Em 2014 o número de procedimentos agendados teve um pequeno aumento, totalizando 2.569. Deste total as especialidades que mais agendaram foram Cirurgia geral, Cirurgia Pediátrica, Ginecologia e Cabeça e Pescoço.

Em 2015, acompanhando a tendência dos últimos dois anos os agendamentos voltaram a apresentar alta de aproximadamente 18,81% saltaram de 2.322 em 2013 para 2.759 no ano de 2015.

A especialidade de Oftalmologia que foi pouco expressiva nos anos anteriores aparece em 2015 com uma parcela de 18% nos procedimentos agendados, isso se justifica por mutirões de cirurgia de catarata que aconteceram ao longo do ano.

Além de Oftalmologia as especialidades de Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Ginecologia e Cabeça e Pescoço foram as que mais agendaram, totalizando uma parcela de mais de 70% dos procedimentos agendados.

Tabela 1 -Relação de procedimentos agendados entre os anos de 2012 a 2015

Especialidade	2012		2013		2014		2015	
	Cirurgias Agendadas		Cirurgias Agendadas		Cirurgias Agendadas		Cirurgias Agendadas	
	Número	Percentual	Número	Percentual	Número	Percentual	Número	Percentual
Buco Maxilo	52	1,60%	41	1,77%	30	1,17%	18	0,65%
Cabeça e pescoço	517	15,95%	391	16,84%	264	10,28%	273	9,89%
Cardiologia	2	0,06%	-	-	1	0,04%	1	0,04%
Cirurgia geral	548	16,91%	533	22,95%	741	28,84%	540	19,57%
Cirurgia pediátrica	558	17,22%	328	14,13%	383	14,91%	372	13,48%
Cirurgia plástica	180	5,55%	148	6,37%	162	6,31%	206	7,47%
Cirurgia torácica	-	-	-	-	39	1,52%	72	2,61%
Gastroenterologia	59	1,82%	54	2,33%	29	1,13%	24	0,87%
Ginecologia	277	8,55%	315	13,57%	367	14,29%	312	11,31%
Hematologia	11	0,34%	12	0,52%	8	0,31%	3	0,11%
Neurocirurgia	38	1,17%	37	1,59%	35	1,36%	54	1,96%
Oftalmologia	229	7,07%	84	3,62%	93	3,62%	497	18,01%
Oncologia	9	0,28%	21	0,90%	4	0,16%	14	0,51%
Ortopedia	76	2,34%	6	0,26%	6	0,23%	34	1,23%
Otorrinolaringologia	245	7,56%	127	5,47%	109	4,24%	46	1,67%
Proctologia	49	1,51%	-	-	-	-	23	0,83%
Urologia	327	10,09%	217	9,35%	204	7,94%	202	7,32%
Vascular	64	1,97%	8	0,34%	93	3,62%	68	2,46%
Captação de órgão	-	-	-	-	1	0,04%	-	-
TOTAL	3241	100%	2322	100%	2569	100%	2759	100%
PERCENTUAL	100%		100%		100%		100%	

Fonte: Elaborado pelo autor

Dos 10.891 procedimentos agendados entre os anos de 2012 a 2015 9.198 foram realizados, ou seja, quase 85% do total. Nesse aspecto os anos de 2014 e 2015 realizaram proporcionalmente quase 88% dos procedimentos agendados.

Em 2012 foram realizados 2.625 procedimentos dos 3.241 agendados e apresenta a menor taxa de realização entre os 4 anos estudados atingindo um índice de realização de 80,99%.

Em 2013 apesar da queda no número de procedimentos a taxa de realização teve aumento, passando dos 82%. Foram agendados 2.322 procedimentos destes 1921 foram realizados.

Dos 2.569 procedimentos agendados em 2014, 2.236 foram realizados e acompanhando a tendência a taxa de realização aumentou atingindo 87,04%.

Em 2015 a taxa de realização apresentou seu melhor resultado, dos 2.759 procedimentos agendados 2.416 foram realizados, atingindo uma taxa de realização de 87,57%.

Tabela 2 – Relação de procedimentos realizados entre os anos de 2012 a 2015

Especialidade	2012		2013		2014		2015	
	Cirurgias Realizadas		Cirurgias Realizadas		Cirurgias Realizadas		Cirurgias Realizadas	
	Número	Percentual	Número	Percentual	Número	Percentual	Número	Percentual
Buco Maxilo	38	1,45%	31	1,61%	23	1,03%	15	0,62%
Cabeça e pescoço	404	15,39%	301	15,67%	209	9,35%	235	9,73%
Cardiologia	1	0,04%	-	-	1	0,04%	1	0,04%
Cirurgia geral	447	17,03%	439	22,85%	662	29,61%	464	19,21%
Cirurgia pediátrica	452	17,22%	280	14,58%	336	15,03%	328	13,58%
Cirurgia torácica	-	-	-	-	140	6,26%	181	7,49%
Cirurgia plástica	159	6,06%	117	6,09%	32	1,43%	61	2,52%
Gastroenterologia	49	1,87%	39	2,03%	18	0,81%	19	0,79%
Ginecologia	215	8,19%	291	15,15%	323	14,45%	282	11,67%
Hematologia	10	0,38%	10	0,52%	6	0,27%	3	0,12%
Neurocirurgia	31	1,18%	28	1,46%	33	1,48%	45	1,86%
Oftalmologia	200	7,62%	71	3,70%	82	3,67%	435	18,00%
Oncologia	9	0,34%	16	0,83%	4	0,18%	11	0,46%
Ortopedia	59	2,25%	6	0,31%	6	0,27%	32	1,32%
Otorrinolaringologia	201	7,66%	95	4,95%	94	4,20%	43	1,78%
Proctologia	42	1,60%	-	-	-	-	22	0,91%
Urologia	255	9,71%	189	9,84%	186	8,32%	181	7,49%
Vascular	53	2,02%	8	0,42%	80	3,58%	58	2,40%
Captação de órgão	-	-	-	-	1	0,04%	-	-
TOTAL	2625	100%	1921	100%	2236	100%	2416	100%
PERCENTUAL	80,99%		82,73%		87,04%		87,57%	

Fonte: Elaborado pelo autor

Dos 10.891 procedimentos agendados entre os anos de 2012 a 2015, 1693 foram suspensos, atingindo uma média de 15,54% entre os quatro anos.

No ano de 2012 a média de suspensões teve seu maior índice, 616 procedimentos foram suspensos representando 19% do total de cirurgias agendadas. As especialidades de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Geral, Urologia e Ginecologia foram as que mais suspenderam, somadas as suspensões destas especialidades representam mais de 73%.

Em 2013 a taxa de suspensão ficou na casa dos 17%, 401 procedimentos foram suspensos. A distribuição de suspensões foi mais homogênea, contudo as especialidades de Cirurgia Geral, Cabeça e Pescoço e Cirurgia Pediátrica ainda foram as que mais suspenderam, somadas as suspensões destas especialidades chegam a quase 58%.

O ano de 2014 manteve a tendência e apresentou queda na taxa de suspensão, dos 2.569 procedimentos agendados 333 foram suspensos atingindo 12,96% no índice. As especialidades que mais suspenderam foram Cirurgia Geral, Cabeça e pescoço, Cirurgia Pediátrica e Ginecologia. Somadas as suspensões destas especialidades representam 67,56%.

Em 2015 a taxa de suspensão apresentou seu melhor resultado, 12,43% dos procedimentos agendados foram suspensos. Neste ano devido ao aumento no número de procedimentos agendados a especialidade de Oftalmologia aparece entre uma das que mais suspenderam, juntamente com Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica e Cabeça e Pescoço. A soma do número de suspensões destas especialidades representa 64,15% do total de suspensões.

Tabela 3 – Relação de procedimentos suspensos entre os anos de 2012 a 2015

Especialidade	2012		2013		2014		2015	
	Cirurgias Suspensas		Cirurgias Suspensas		Cirurgias Suspensas		Cirurgias Suspensas	
	Número	Percentual	Número	Percentual	Número	Percentual	Número	Percentual
Buco Maxilo	14	2,27%	10	2,49%	7	2,10%	3	0,87%
Cabeça e pescoço	113	18,34%	90	22,44%	55	16,52%	38	11,08%
Cardiologia	1	0,16%	-	-	0	0,00%	0	0,00%
Cirurgia geral	101	16,40%	94	23,44%	79	23,72%	76	22,16%
Cirurgia pediátrica	106	17,21%	48	11,97%	47	14,11%	44	12,83%
Cirurgia plástica	21	3,41%	31	7,73%	22	6,61%	25	7,29%
Cirurgia torácica	-	-	-	-	7	2,10%	11	3,21%
Gastroenterologia	10	1,62%	15	3,74%	11	3,30%	5	1,46%
Ginecologia	62	10,06%	24	5,99%	44	13,21%	30	8,75%
Hematologia	1	0,16%	2	0,50%	2	0,60%	0	0,00%
Neurocirurgia	7	1,14%	9	2,24%	2	0,60%	9	2,62%
Oftalmologia	29	4,71%	13	3,24%	11	3,30%	62	18,08%
Oncologia	0	0,00%	5	1,25%	0	0,00%	3	0,87%
Ortopedia	17	2,76%	0	0,00%	0	0,00%	2	0,58%
Otorrinolaringologia	44	7,14%	32	7,98%	15	4,50%	3	0,87%
Proctologia	7	1,14%	-	-	-	-	1	0,29%
Urologia	72	11,69%	28	6,98%	18	5,41%	21	6,12%
Vascular	11	1,79%	0	0,00%	13	3,90%	10	2,92%
Captação de órgão	-	-	-	-	0	0,00%	-	-
TOTAL	616	100%	401	100%	333	100%	343	100%
PERCENTUAL	19,01%		17,27%		12,96%		12,43%	

Fonte: Elaborado pelo autor

Na prática as especialidades que mais agendam procedimentos são também aquelas que mais suspendem, por isso quando falamos das suspensões outra análise importante a ser feita é um comparativo do percentual de suspensão quando relacionada ao número de procedimentos agendados em cada especialidade.

No ano de 2012 a especialidade de Cirurgia Cardíaca foi a que mais suspendeu proporcionalmente, contudo apenas 2 procedimentos foram agendados. Vale salientar que a Cirurgia Cardíaca ocorreu raríssimas vezes durante os 4 anos estudados e por isso não será parâmetro para comparação.

As especialidades de Buco Maxilo, Ginecologia, Ortopedia, Urologia e Cabeça e Pescoço foram as que mais suspendem proporcionalmente em 2012, passando da casa dos 20%. Por outro lado, a especialidade de Hematologia apresentou um índice de suspensão de 9,09% sendo o mais baixo entre todas as especialidades, seguida por Cirurgia Plástica com 11,67%.

Em 2013 a especialidade de Gastroenterologia suspendeu 27,78% dos seus procedimentos agendados, seguida por Otorrinolaringologia que suspendeu 25,20%. Ortopedia teve o melhor índice, não tendo nenhum dos seus procedimentos agendados suspensos. A especialidade de Ginecologia apresentou uma queda de 15% do ano de 2012 para 2013.

No ano de 2014 a especialidade de Gastroenterologia novamente apresentou o pior resultado entre todas as especialidades, suspendendo 37,93% dos procedimentos agendados seguida por Hematologia com 25% de suspensões. Os melhores índices ficaram para Neurocirurgia e Urologia que ficaram abaixo dos 9%.

Em 2015 as suspensões ficaram mais homogêneas entre as especialidades. Neste ano a especialidade de Oncologia apresentou o pior resultado, suspendendo 21,43% dos seus procedimentos agendados, seguida por Gastroenterologia, que apesar de ter apresentado queda quando comparada a 2014 ainda suspendeu 20,83% dos procedimentos agendados.

Os melhores resultados em 2015 foram das especialidades de Hematologia, Proctologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia e Ginecologia ficando todas abaixo dos 10%.

Ao efetuarmos a média entre todos os anos procedimentos suspensos proporcionalmente ao número de procedimentos agendados as especialidades que mais suspendem e as que menos suspendem proporcionalmente ficam em evidencia. A especialidade de Gastroenterologia apresentou a pior média entre todas as especialidades, suspendendo em média 25,87% de seus procedimentos agendados, seguida pelas especialidades de Buco Maxilo (22,83%) e Cabeça e Pescoço (19,91%). Em contrapartida as especialidades de Ortopedia (7,06%) e Proctologia (9,32%) apresentaram os melhores índices.

A tabela 4 apresenta detalhadamente o comportamento das suspensões quando comparadas ao número de procedimentos agendados por especialidade entre os anos de 2012 a 2015.

Tabela 4 – Percentual de procedimentos suspensos em relação ao total de cirurgias agendadas por especialidade entre os anos de 2012 a 2015

	2012	2013	2014	2015	
Especialidade	Percentual de cirurgias suspensas em relação ao total de cirurgias agendadas da especialidade	Percentual de cirurgias suspensas em relação ao total de cirurgias agendadas da especialidade	Percentual de cirurgias suspensas em relação ao total de cirurgias agendadas da especialidade	Percentual de cirurgias suspensas em relação ao total de cirurgias agendadas da especialidade	Média
Buco Maxilo	26,92%	24,39%	23,33%	16,67%	22,83%
Cabeça e pescoço	21,86%	23,02%	20,83%	13,92%	19,91%
Cardiologia	50,00%	-	0,00%	0,00%	16,67%
Cirurgia geral	18,43%	17,64%	10,66%	14,07%	15,20%
Cirurgia pediátrica	19,00%	14,63%	12,27%	11,83%	14,43%
Cirurgia plástica	11,67%	20,95%	13,58%	12,14%	14,58%
Cirurgia torácica	-	-	17,95%	15,28%	16,61%
Gastroenterologia	16,95%	27,78%	37,93%	20,83%	25,87%
Ginecologia	22,38%	7,62%	11,99%	9,62%	12,90%
Hematologia	9,09%	16,67%	25,00%	0,00%	12,69%
Neurocirurgia	18,42%	24,32%	5,71%	16,67%	16,28%
Oftalmologia	12,66%	15,48%	11,83%	12,47%	13,11%
Oncologia	0,00%	23,81%	0,00%	21,43%	11,31%
Ortopedia	22,37%	0,00%	0,00%	5,88%	7,06%
Otorrinolaringologia	17,96%	25,20%	13,76%	6,52%	15,86%
Proctologia	14,29%	-	-	4,35%	9,32%
Urologia	22,02%	12,90%	8,82%	10,40%	13,54%
Vascular	17,19%	0,00%	13,98%	14,71%	11,47%
Captação de órgão	-	-	0,00%	-	0,00%

Fonte: Elaborado pelo autor

Quando os dados relativos aos 4 anos estudados são representados graficamente nota-se que eles seguem uma tendência. Os procedimentos agendados apesar de terem sofrido queda do ano de 2012 para 2013 apresentam um aumento nos anos subsequentes. Os procedimentos realizados seguem o mesmo sentido, queda do ano de 2012 para 2013 e aumento progressivo nos anos seguintes.

Os procedimentos suspensos, diferentemente dos agendados e realizados, seguem uma tendência de queda, exceto do ano de 2014 para 2015 em que se tem um pequeno aumento, sendo esta diferença de apenas 10 procedimentos para mais em 2015.

A figura 10 apresenta o gráfico do comportamento dos procedimentos cirúrgicos agendados, realizados e suspenso durante os 4 anos estudados.

Procedimentos agendados, realizados e suspensos entre os anos de 2012 a 2015

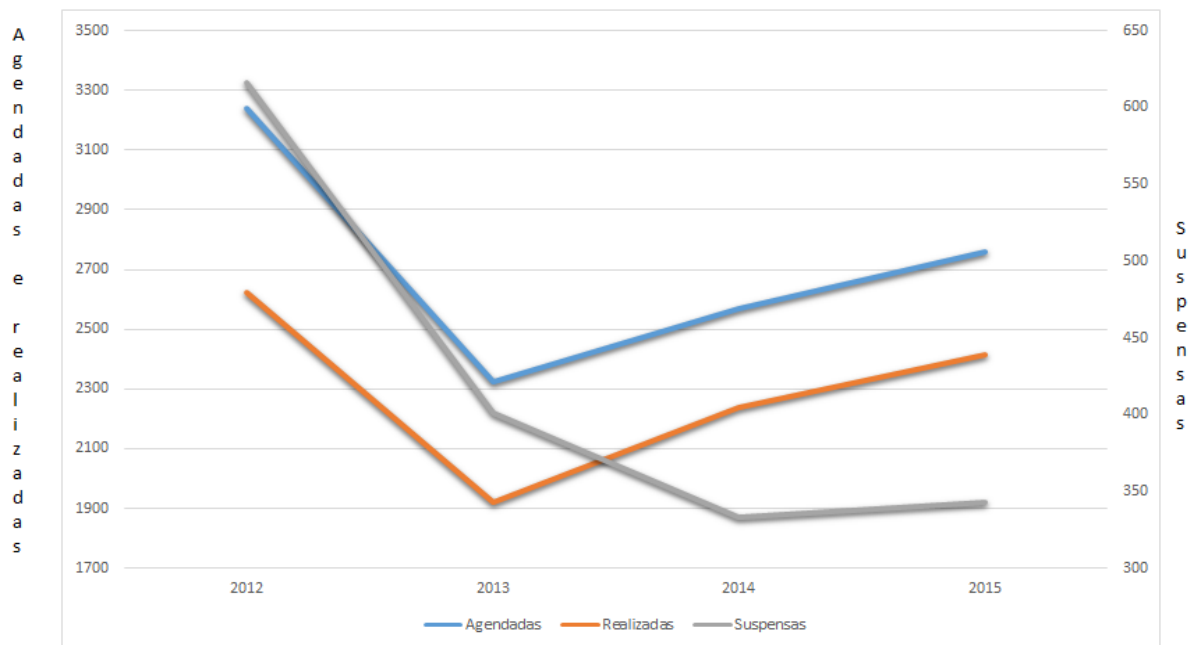


Figura 10 – Gráfico de procedimentos agendados, realizados e suspensos entre os anos de 2012 a 2015.

Fonte: Elaborado pelo autor

Todas essas suspensões são causadas por algum fator motivador, alguns deles são alheios a vontade da instituição e muitas vezes suas causas não podem ser previstas ou evitadas. Dito isso, fica claro que é muito importante uma investigação para identificar quais são os principais fatores de suspensão de procedimentos e dentre eles quais podem ser evitados ou de alguma forma previstos para possibilitar a instituição maneiras de diminuir ao máximo as taxas de suspensões.

4.3 PRINCIPAIS FATORES DE SUSPENSÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS

Durante a investigação das causas notou-se que os motivos eram inúmeros, mas que quando analisados poderiam ser relacionados em grupos. A partir disso para melhor organização dos dados optou-se por separá-los em 6 grandes grupos.

O grupo 1 associa todas as causas de suspensão ligadas aos pacientes. Neste grupo estão as cirurgias suspensas por condições clínicas desfavoráveis do paciente, exames alterados, desistência, óbito, evasão, melhora clínica. Este grupo tem um aspecto muito importante dentro do estudo, todos esses motivadores de suspensão não podem ser previstos, são fatores que

podem sofrer pouca ou nenhuma influência das ações de melhorias realizadas pela gestão do Hospital, esses problemas são eventuais e dificilmente podem ser evitados.

O Grupo 2 trata somente de suspensões que ocorreram devido a problemas na organização do processo. Motivos como a falta de exames do paciente, preparo inadequado, erros no agendamento, suspensão por falta de leito, etc., foram associadas a este grupo.

O Grupo 3 reuni aquelas suspensões que ocorreram devido a entrada no programa cirúrgico de algum procedimento de emergência.

O Grupo 4 associa todos os procedimentos cirúrgicos suspensos por problemas relacionado aos recursos humanos envolvidos no processo. As suspensões causadas por falta de médico auxiliar, por não comparecimento do cirurgião e suspensas a pedido do cirurgião foram associadas a este grupo.

O Grupo 5 trata de todos os procedimentos cirúrgicos suspensos por algum problema na estrutura do Hospital ou por falta de recursos materiais. Suspensões causadas por falta de material, problemas em equipamentos, falta de ar-condicionado, problemas na lavanderia, problemas na energia, etc., foram ligadas a este grupo.

O Grupo 6 relacionada apenas aquelas suspensões em que o motivo não foi relacionado nos documentos da Unidade Cirúrgica.

A tabulação dos dados mostrou que em média a maior parte dos procedimentos suspensos está relacionada ao grupo 1 – suspensões relacionadas a problemas com o paciente, a média entre todos os anos foi de 40,71%. No ano de 2012 34,74% das suspensões foram por problemas relacionados aos pacientes sendo este o menor resultado entre os 4 anos. A maior taxa ocorreu no ano de 2015, atingindo 50,15% dos procedimentos suspensos.

A suspensões relacionadas aos recursos humanos, grupo 4, aparece em segundo lugar, com uma média de 19,36% dos casos. O ano de 2013 apresentou o pior índice, chegando a 26,68% e teve seu melhor resultado em 2015 com índice de 15,16% nas suspensões.

Em terceiro lugar aparece o Grupo 2 – suspensões causadas por problemas na organização do processo. Em média 18,74% das suspensões são causadas pelos motivos associados a este Grupo. O ano de 2014 apresentou o pior resultado chegando a 24,02% e apresentou seu melhor resultado no ano de 2013 com 15,71%.

Os problemas relacionados aos recursos materiais e na estrutura física, Grupo 5, aparecem em quarto lugar com média de 15,82%. Tem seu pior índice em 2012 e seu melhor índice em 2014.

O Grupo 3 – Suspensões relacionadas a urgências no lugar de procedimentos eletivos foi responsável em média por 4,17% das suspensões. Teve seu pior índice em 2015 e seu melhor no ano de 2013.

Os procedimentos que não tiveram seus motivos informados nas documentações analisadas, Grupo 6, tiveram média de 1,20%.

A Tabela 5 apresenta a responsabilidade de cada grupo nas suspensões de procedimentos cirúrgicos entre 2012 a 2015.

Tabela 5 – Percentual de suspensão de cirurgias por grupo entre os anos de 2012 a 2015

Ano	2012	2013	2014	2015	Média
Grupo 1 - Suspensões relacionadas a problemas com os pacientes	34,74%	35,91%	42,04%	50,15%	40,71%
Grupo 2 - Suspensões relacionadas a organização no processo	19,48%	15,71%	24,02%	15,74%	18,74%
Grupo 3 - Suspensões relacionadas a urgências no lugar	3,25%	2,49%	5,41%	5,54%	4,17%
Grupo 4 - Suspensões relacionadas aos recursos humanos envolvidos	15,58%	28,68%	18,02%	15,16%	19,36%
Grupo 5 - Suspensões relacionadas a problemas com os recursos materiais e a estrutura física	25,65%	15,21%	9,31%	13,12%	15,82%
Grupo 6 - Não informado	1,30%	2,00%	1,20%	0,29%	1,20%

Fonte: Elaborado pelo autor

Outra análise importante realizada foi a identificação da taxa de suspensão quando desconsiderado o grupo 1, isso porque os motivos associados neste grupo não têm parcela de responsabilidade da instituição. Ao fazer esta investigação fica mais claro qual a parcela de procedimentos suspensos poderia de alguma forma ser evitada.

Quando desconsiderados o grupo 1, nota-se uma queda na taxa de suspensão importante em todos os anos. Isso mostra que os problemas com pacientes têm grande impacto nos índices de suspensões.

No ano de 2012 onde o índice de suspensão apresentou seu pior resultado, atingindo 19,01%, quando desconsiderado o grupo 1 este índice passa a ser de 12,40%, uma queda considerável de 6,61%. Quando olhamos diretamente para as especialidades nota-se que neste ano ela teve pouca influência nos índices de suspensões que praticamente se mantiveram os mesmos.

Em 2013 o índice de suspensão ficou em 17,27%. Desconsiderando o grupo 1 a taxa de suspensão cai para 11,07%. A especialidade de Cirurgia Pediátrica foi a única que apresentou uma variação mais acentuada, passando de uma taxa de suspensão de 11,97% para 7,39%.

Em 2014 o índice de 12,96% apresenta queda de 5,45% quando desconsiderado o grupo 1. As especialidades de Cirurgia Pediátrica e Cabeça e Pescoço apresentam a maior variação, ambas apresentaram queda no índice de suspensão.

No ano de 2015 a queda no índice foi de 6,23% passando de 12,43% para 6,20% sendo está o melhor resultado alcançado entre todos os anos pesquisados. A especialidade de Cirurgia Pediátrica novamente apresentou queda mais acentuada que as outras especialidades, ficando com um índice de 7,02%. Por outro lado, a Especialidade de Oftalmologia apresentou uma alta no índice de suspensão de 5,9%.

A tabela 6 mostra a comparação e o comportamento das suspensões de procedimentos cirúrgicos quando desconsideramos os fatores de suspensões relacionados ao grupo 1.

Tabela 6 – Comparativo das taxas de suspensão de cirurgias considerando e desconsiderado o grupo 1 entre os anos de 2012 a 2015

Especialidade	COMPARATIVO 2012				COMPARATIVO 2013				COMPARATIVO 2014				COMPARATIVO			
	Suspensas Considerando todos os grupos		Suspensas desconsiderando grupo 1		Suspensas Considerando todos os grupos		Suspensas desconsiderando grupo 1		Suspensas Considerando todos os grupos		Suspensas desconsiderando grupo 1		Suspensas Considerando todos os grupos		Suspensas desconsiderando grupo 1	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Buco Maxilo	14	2,27%	10	2,49%	10	2,49%	4	1,56%	7	2,10%	4	2,07%	3	0,87%	0	0,00%
Cabeça e pescoço	113	18,34%	76	18,91%	90	22,44%	66	25,68%	55	16,52%	40	20,73%	38	11,08%	18	10,53%
Cardiologia	1	0,16%	1	0,25%	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0,00%	0	0,00%
Cirurgia geral	101	16,40%	70	17,41%	94	23,44%	66	25,68%	79	23,72%	47	24,35%	76	22,16%	41	23,98%
Cirurgia pediátrica	106	17,21%	73	18,16%	48	11,97%	19	7,39%	47	14,11%	19	9,84%	44	12,83%	12	7,02%
Cirurgia plástica	21	3,41%	12	2,99%	31	7,73%	20	7,78%	22	6,61%	9	4,66%	25	7,29%	9	5,26%
Cirurgia torácica	-	-	-	-	-	-	-	-	7	2,10%	5	2,59%	11	3,21%	8	4,68%
Gastroenterologia	10	1,62%	5	1,24%	15	3,74%	11	4,28%	11	3,30%	9	4,66%	5	1,46%	3	1,75%
Ginecologia	62	10,06%	49	12,19%	24	5,99%	13	5,06%	44	13,21%	31	16,06%	30	8,75%	17	9,94%
Hematologia	1	0,16%	0	0,00%	2	0,50%	2	0,78%	2	0,60%	1	0,52%	0	0,00%	0	0,00%
Neurocirurgia	7	1,14%	2	0,50%	9	2,24%	6	2,33%	2	0,60%	1	0,52%	9	2,62%	5	2,92%
Oftalmologia	29	4,71%	13	3,23%	13	3,24%	5	1,95%	11	3,30%	4	2,07%	62	18,08%	41	23,98%
Oncologia	0	0,00%	0	0,00%	5	1,25%	4	1,56%	-	-	-	-	3	0,87%	1	0,58%
Ortopedia	17	2,76%	10	2,49%	-	-	-	-	-	-	-	-	2	0,58%	1	0,58%
Otorrinolaringologia	44	7,14%	23	5,72%	32	7,98%	20	7,78%	15	4,50%	6	3,11%	3	0,87%	2	1,17%
Proctologia	7	1,14%	5	1,24%	0	0,00%	0	0,00%	-	-	-	-	1	0,29%	0	0,00%
Urologia	72	11,69%	48	11,94%	28	6,98%	21	8,17%	18	5,41%	7	3,63%	21	6,12%	8	4,68%
Vascular	11	1,79%	5	1,24%	0	0,00%	0	0,00%	13	3,90%	10	5,18%	10	2,92%	5	2,92%
Captação de órgão	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0,00%	0	0,00%	-	-	-	-
TOTAL	616	100%	402	100%	401	100%	257	100%	333	100%	193	100%	343	100%	171	100%
Percentual de suspensão	19,01%		12,40%		17,27%		11,07%		12,96%		7,51%		12,43%		6,20%	

Fonte: Elaborado pelo autor

Tomando por princípio que o grupo 1 é formado por fatores de suspensão que não podem ser corrigidos ou influenciado por ações do Hospital, focou-se nos dados relacionados aos outros grupos com o objetivo de identificar as falhas no processo e procurar propor soluções para que se busque uma diminuição na taxa de procedimentos suspensos.

Considerando que a soma da média de suspensões dos grupos 4, 2 e 5 é de quase 54% fica explícito que ações voltadas para esses problemas podem influenciar satisfatoriamente na diminuição das suspensões.

Os problemas relacionados com os recursos humanos são responsáveis em média por 19% das suspensões, neste aspecto uma melhora na comunicação entre o médico, setor de marcação e centro cirúrgico poderia evitar suspensões, por exemplo, durante o período de férias ou atestado do médico cirurgião. Criar uma previsão ou cronograma de férias seria uma ação que poderia ter resultados positivos a curto prazo.

As suspensões causadas por erros na organização durante o processo de cirurgia representam em média 18% das suspensões. Erros no agendamento, falta de leito, preparo pré-operatório inadequado, entre outros, contribuem para o aumento dos índices de suspensões.

Neste aspecto padronizar processos e subprocessos e disseminar suas etapas e tarefas entre os setores e colaboradores envolvidos permite uma visão ampla e um entendimento geral

da importância de cada etapa, o que contribui para a integração dos setores e torna o processo mais fluido e menos sujeito a erros.

A partir do momento que o colaborador sabe como executar perfeitamente suas tarefas dentro do processo e conhece o motivo e a importância da realização exata das etapas inerentes a sua função, o desempenho na execução das tarefas é maximizado.

Outra ação importante seria a criação de indicadores e metas de processo, utilizando-os como instrumento de análise e aprendizado. Promover momentos para que a saúde do processo seja avaliada procurando identificar por exemplo motivos para o aumento das suspensões, correções a serem feitas no processo e quais são as oportunidades de melhorias existentes ao alcance da gestão.

Indicadores bem definidos e reuniões de análise crítica produtivas podem gerar diferenças representativas no desempenho da organização.

Essas atitudes ajudariam os gestores a monitorar o desempenho do processo, manter tarefas e atividades que proporcionam os melhores resultados e aprimorar continuamente o processo.

O grupo 5, suspensões relacionadas a problemas com os recursos materiais e estrutura física é responsável em média por quase 16% dos procedimentos cancelados. Nesse aspecto propor um programa de manutenções preventivas nos equipamentos e na estrutura física da instituição pode minimizar risco de suspensões.

A longo prazo, identificar quais são os equipamentos vitais para a realização dos procedimentos e promover a aquisição de equipamentos reservas também pode ser uma opção para diminuir as suspensões.

A falta de material também causa suspensões, o Hospital utiliza um aplicativo de gerenciamento de materiais, contudo o problema de falta de materiais ainda persiste. A instituição a curto prazo poderia investigar os motivos que tem levado a ineficiência do aplicativo e promover as mudanças necessárias para que seu desempenho seja melhorado.

A suspensões relacionadas a procedimentos de urgência que entraram no programa cirurgia no lugar de procedimentos eletivos, apresenta uma média de 4,17%. Os procedimentos de urgência, diferente dos procedimentos emergenciais, não necessariamente precisam ser realizados nos horários destinados as cirurgias eletivas.

Durante este estudo, notou-se que essas suspensões ocorrem muitas vezes devido a problemas no quadro de pessoal da organização.

Propor uma solução para este problema não é simples, principalmente por que prever a ocorrência de um procedimento de urgência é impossível. Talvez promover um grupo de discussão entre gestores e os cirurgiões seja uma saída para se encontrar soluções possíveis e que atendam tanto as necessidades dos médicos quanto as necessidades do Hospital.

As soluções para a diminuição das suspensões cirúrgicas existem, tanto a curto quanto a longo prazo, buscar a melhoria contínua dos processos é dever dos gestores tanto quanto tratar com atenção o problema das suspensões de cirurgias, para que a saúde do paciente seja resguardada e suas frustrações diminuídas.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo geral desta pesquisa foi identificar como está disposto o processo de realização de procedimentos cirúrgicos, diagnosticar os principais fatores de suspensão de cirurgias e quais são os principais problemas no processo, propondo soluções viáveis.

Foram mapeados os processos envolvidos na realização de procedimentos e ficou caracterizado que problemas na sua organização, morosidade, comunicação entre os setores envolvidos e erros na execução de tarefas são seus principais problemas.

Durante a investigação foi identificado que problemas relacionados aos pacientes, recursos humanos envolvidos no processo, organização do processo e problemas ligados aos recursos materiais e a estrutura física da organização são os principais causadores das suspensões cirúrgicas. As especialidades de Gastroenterologia, Buco Maxilo e Cabeça e Pescoço foram apontadas como as que mais suspendem proporcionalmente ao número de seus procedimentos agendados.

Considerando as soluções apontadas acredita-se que é possível evitar parcialmente as suspensões de cirurgias, através da organização e padronização dos processos e melhoria na comunicação e integração entre os setores envolvidos.

Atualmente o Ministério da Saúde não oferece indicadores que apontem um percentual aceitável da taxa de procedimentos cirúrgicos suspensos, isso limitou o estudo no sentido de avaliarmos se os resultados apresentados pelo Hospital estão dentro de um limite aceitável.

O objetivo do trabalho foi alcançado pois conseguiu-se mapear os processos envolvidos, identificar quais especialidade mais suspendem procedimentos e quais são os principais fatores de suspensão de procedimentos bem como conseguiu propor soluções.

O trabalho é importante pois através dos resultados obtidos é possível diminuir o índice de suspensões cirúrgicas, resultando em um melhor aproveitamento dos recursos públicos e evitar a incidência de retrabalho nos setores envolvidos além de proporcionar aos pacientes maior segurança e celeridade no atendimento.

Sugerimos como continuidade do trabalho que estudos semelhantes sejam desenvolvidos em outros setores, principalmente na parte de mapeamento de processos, tendo como objetivo principal não somente a melhoria continua dos processos, mas também, avaliar e viabilizar a melhoria da gestão pública.

6 REFERÊNCIAS

ALBINO, Mariana C. F. **Gestão Por Processos no Núcleo de Apoio de Uma Instituição de Educação Profissional**. 2008. 80p. Trabalho de conclusão de curso. Universidade do Estado de Santa Catarina. Joinville-SC.

BALLOU, Ronald M. **Gerenciamento da Cadeia de Suprimentos: Planejamento, Organização e Logística Empresarial**. 4.ed. Porto Alegre: Bookmann, 2001.

BARBARÁ, Saulo. (Org.) et al. **Gestão por Processos: fundamentos, técnicas e modelos de implementação**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006.

BORCHARDT, M. **Diretrizes para implementação dos princípios da manufatura enxuta: o caso das empresas de transporte coletivo rodoviário urbano**. 2005. 295p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

BOWERSOX, Donald J; CLOSS, David J. **Logística Empresarial: O processo da integração da cadeia de suprimentos**. São Paulo: Atlas, 2001.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Câmara dos Deputados. 35. ed. Brasília: Edições Câmara, 2012.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS: Coleção para entender a gestão do SUS 2011**, 13. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. 1. ed. Brasília: CONASS, 2011. 534 p.

BRUSTCHER, S.M.; ZEN, O.P. **Humanização: enfermeira de centro cirúrgico e o paciente de cirurgia**. Enfoque, v. 14, n. 1, p. 4- 6, set. 1986.

CAMPOS, Vicente F. **Controle da Qualidade Total** (no estilo japonês), 2ª ed. Rio de Janeiro: Bloch Editores, 1992.

CHIAVENATO, Idalberto. **Administração nos novos tempos**. 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1999.

CONTI, Tito. **Building Total Quality: a guide for management**. London: Chapman & Hall, 1993.

CRUZ, Tadeu. **Workflow: A tecnologia que vai revolucionar processos**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1998.

GIL, Antônio L. **Qualidade Total nas Organizações**. São Paulo: Atlas, 1992.

Gil, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**, 5. ed.- São Paulo: Ed. Atlas, 1999 ISBN 85-224-2270-2

GRAHAM, Morris, LEBARON, Melvin. **The horizontal revolution**. San Francisco: Jossey-Bass, 1994.

HAMMER, Michael; CHAMPY, James. **Reengenharia. Revolucionando a empresa: em função dos clientes, da concorrência e das grandes mudanças da gerência**. 29 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

HARRINGTON, H. James. **Aperfeiçoando Processos Empresarias: Estratégia Revolucionária para Aperfeiçoamento da Qualidade, da Produtividade e da Competitividade**. São Paulo: Makron Books, 1993.

JOHANSSON, Henry J. et al. **Processos de negócios**. São Paulo: Pioneira, 1995

JOHNSTON, Robert, et al. **Administração de Operações e Serviços**. São Paulo: Atlas, 2002.

MALHOTRA, N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

MAXIMIANO, Antônio C. A. **Introdução à Administração**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2000.

MICHAELLIS. **Moderno dicionário da língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Melhoramentos, 1998.

MOURA, Benjamim do Carmo. **Logística: Conceitos e Tendências**. Vila Nova de Famalição: Centro Atlântico, 2006.

OHNO, Taiichi. **O Sistema Toyota de Produção: além da produção em larga escala**. Porto Alegre: Bookman, 1997.

OLIVEIRA, Djalma de P. Rebouças de. **Sistemas, Organizações e Métodos: uma abordagem gerencial**. 13ª ed. São Paulo: Atlas, 2002

PAIM, Rafael, et al. **Gestão por Processos: Pensar, agir e aprender**. Porto Alegre: Bookman, 2009.

PEINALDO, Jurandir; GRAEML, Alexandre Reis. **Administração da Produção: Operações Indústrias e Serviços**. Curitiba: Unicemp, 2007.

PORTER, Michel E. **Vantagem Competitiva**. Tradução por Elizabeth Maria Pinto Braga. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

REGO, Francisco G. T do. **Comunicação Empresarial, Comunicação Institucional: Circuitos Estratégias, Sistemas, Estruturas, planejamento e técnicas**. São Paulo: Summus, 1986.

ROCHA, Paulo. **Instrução Corporativa**. Florianópolis: SENAI, 2007

ROTONDARO, Roberto G. **Gerenciamento por Processos**. In: DE CARVALHO, Marly M.; PALADINI, Edson P. (Org.) **Gestão da Qualidade: Teoria e Casos**. Rio de Janeiro: Contexto Elsevier, 2006. p. 209-235.

SLACK, Nigel et al. **Administração da produção**. São Paulo: Atlas, 1997.

SELLTIZ, C.; WRIGHTSMAN, L. S.; COOK, S. W. **Métodos de pesquisa das relações sociais**. São Paulo: Herder, 1965.

SORDI, José Osvaldo de. **Gestão por Processos: Uma abordagem moderna da Administração**. São Paulo: Saraiva 2005.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

VILLELA, Cristiane. S.S. **Mapeamento de Processos como Ferramenta de Reestruturação e Aprendizado Organizacional**. 2000. 182p. Dissertação (Mestrado em Eng. de Produção) Universidade do Estado de Santa Catarina. Florianópolis, 2000.