

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE ADMINISTRAÇÃO, CONTABILIDADE E ECONOMIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO**

SANDRA ABRANTES KRUG SEABRA

ACREDITAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

**Porto Alegre,
Dezembro de 2007.**

SANDRA ABRANTES KRUG SEABRA

ACREDITAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Dra. Gabriela Cardozo Ferreira

**Porto Alegre,
Dezembro de 2007.**

SANDRA ABRANTES KRUG SEABRA

ACREDITAÇÃO EM ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Administração da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, ____ de _____ de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Dra. Mariza Klück - UFRGS

Dra. Grace Vieira Becker - PUCRS

Dr. Peter Bent Hansen - PUCRS

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S438a Seabra, Sandra Abrantes Krug
Acreditação em organizações hospitalares. / Sandra
Abrantes Krug Seabra. – Porto Alegre, 2007.
170 f.

Dissertação (Mestrado em Administração) –
Faculdade de Administração, Contabilidade e
Economia, PUCRS.

Orientação: Profa. Dra. Gabriela Cardozo Ferreira.

1. Administração Hospitalar. 2. Acreditação
Hospitalar. 3. Administração da Qualidade.
4. Estratégia. I. Título.

CDD 658.436211

Ficha elaborada pela bibliotecária Cíntia Borges Greff CRB 10/1437

RESUMO

As organizações contemporâneas formulam e implementam estratégias com o objetivo de atingir melhores resultados e de se manter no mercado, sendo a diferenciação pela Qualidade, uma destas estratégias. Organizações hospitalares acompanham este movimento, utilizando a Acreditação Hospitalar como uma iniciativa de qualidade. A Acreditação consiste na avaliação externa da qualidade dos serviços de saúde, tendo como referência padrões pré-estabelecidos que expressam as boas práticas nesta área. Este trabalho analisa a estratégia de Acreditação nas organizações hospitalares. Para tanto, foi realizado um estudo qualitativo, utilizando, como estratégia de pesquisa, o estudo de casos múltiplos, de caráter exploratório. Foram analisadas três organizações hospitalares brasileiras, acreditadas pela Joint Commission International. Os resultados obtidos identificaram, como principais motivações para adoção da Acreditação pelas organizações hospitalares, a avaliação objetiva e garantia da qualidade, melhoria dos processos, cultura organizacional e pressões competitivas. Como fatores críticos de sucesso para implementação da Acreditação, gerando impacto positivo no processo, foram constatados o envolvimento das lideranças e do grupo médico, o reconhecimento estratégico da qualidade, foco da organização no paciente e na melhoria contínua, valores da organização, sensibilização, educação e treinamento, imersão da organização no processo, trabalho em equipe, *empowerment* dos funcionários, abertura da organização para mudanças, domínio da metodologia da qualidade e atividade de consultoria. A cultura do grupo médico evidenciou-se como o principal fator a dificultar a implementação da Acreditação nas organizações hospitalares. As principais vantagens competitivas associadas à Acreditação incluem a qualificação dos profissionais, eficiência, desempenho e reconhecimento da organização, acesso e ampliação do mercado, atendimento do paciente e segurança da estrutura física. Foi verificado ainda, o alinhamento da Acreditação com a estratégia geral de diferenciação pela Qualidade nas organizações estudadas. Implicações gerenciais e acadêmicas, assim como sugestões de pesquisas futuras, são apresentadas ao final do estudo.

Palavras-chave: Acreditação Hospitalar; Qualidade; Estratégia.

ABSTRACT

Contemporary organizations formulate and implement strategies with the aim of achieving better results and remaining in the market. One of these strategies is differentiation by Quality. Hospital organizations follow that trend, using Hospital Accreditation as quality initiative. Accreditation is an external evaluation of the quality of health services, having as reference pre-established standards that express good practices in this area. This paper analyzes the Accreditation strategy in hospital organizations. To do so, a qualitative study was carried out, using as research strategy the study of multiple cases of an exploratory nature. Three Brazilian hospital organizations accredited by the Joint Commission International were analysed. The results obtained identified the following main motivations to adopt Accreditation by hospital organizations: objective evaluation and quality assurance, improvement in processes, organizational culture and competitive pressures. Critical factors to implement Accreditation successfully, generating a positive impact on the process, were involvement of leaderships and medical staff; strategic recognition of quality; organization focus on the patient and on continuous improvement; organizational values; sensitivity, education and training; organization immersion in the process; team work; employee empowerment, opening of the organization for changes; mastering of quality methodology and consultancy activity. The medical staff culture was seen as the main factor to make implementation of Accreditation in hospital organizations difficult. The main competitive advantages associated with Accreditation include qualification of professionals, organizational efficiency, performance and recognition, access and market expansion, patient care and safety of physical structure. Alignment of Accreditation with the general strategy of differentiation by Quality in the organizations studied was also verified. Managerial and academic implications, as well as suggestions for further studies, are presented in the last section of the paper.

Keywords: Hospital Accreditation; Quality; Strategy.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - DIFERENÇAS NA AVALIAÇÃO DE PRODUTOS E SERVIÇOS.	28
FIGURA 2 - A PERCEPÇÃO DE RISCO DO CLIENTE EM FUNÇÃO DA COMPLEXIDADE DE SUAS NECESSIDADES E DE SEU CONHECIMENTO DO PROCESSO.....	35
FIGURA 3 - DESENHO DE PESQUISA.....	66
FIGURA 4 – A CASA DA ACREDITAÇÃO	154

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - COMPARATIVO DAS DIMENSÕES DA QUALIDADE DE PRODUTOS E SERVIÇOS COM ÊNFASE NA SAÚDE	34
QUADRO 2 - MOTIVAÇÕES E BENEFÍCIOS PARA ADOÇÃO DE INICIATIVAS DE QUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES	52
QUADRO 3 - FATORES CRÍTICOS DE SUCESSO NA IMPLEMENTAÇÃO DE INICIATIVAS DE QUALIDADE NAS ORGANIZAÇÕES	55
QUADRO 4 - DIMENSÕES, CATEGORIAS E VARIÁVEIS DE ANÁLISE	71
QUADRO 5 - ACREDITAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES - COMPARAÇÃO ENTRE OS CASOS P, A E B	139

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	DELIMITAÇÃO DO TEMA E QUESTÃO DE PESQUISA	12
3	JUSTIFICATIVA E IMPORTÂNCIA DO ESTUDO	15
4	OBJETIVOS	17
4.1	OBJETIVO GERAL	17
4.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
5	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
5.1	ESTRATÉGIA E COMPETITIVIDADE NAS ORGANIZAÇÕES	18
5.2	QUALIDADE COMO ESTRATÉGIA COMPETITIVA	22
5.2.1	Qualidade em Serviços (com ênfase no Segmento Saúde)	25
5.2.2	Dimensões da Qualidade em Serviços (com ênfase no Segmento Saúde)	29
5.2.3	Modelos de Avaliação da Qualidade nas Organizações	36
5.3	ACREDITAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE	39
5.3.1	Histórico	40
5.3.2	Modelos de Acreditação utilizados no Brasil	41
5.3.3	Motivações e Objetivos da adoção de Estratégia de Acreditação	47
5.3.4	Fatores críticos na implementação da Estratégia de Acreditação	53
5.4	O CONTEXTO DA SAÚDE NO BRASIL	60
6	MÉTODO	63
6.1	ESTRATÉGIA DE PESQUISA	63
6.2	UNIDADE DE ANÁLISE	64
6.3	SELEÇÃO DOS CASOS	64
6.4	PROTOCOLO DE PESQUISA	66
6.5	DESENHO DE PESQUISA	66
6.6	TÉCNICA DE COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS	67
6.6.1	Entrevistas Focadas	67
6.6.2	Documentação	68
6.7	ANÁLISE DOS DADOS	69

7	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	74
7.1	O CASO P	74
7.1.1	Caracterização da Organização	74
7.1.2	Motivações para a adoção de estratégia de Acreditação	77
7.1.3	Fatores Críticos de Sucesso	84
7.1.4	Vantagens Competitivas	91
7.1.5	Alinhamento da Acreditação com Estratégia da Organização	99
7.2	O CASO A	100
7.2.1	Caracterização da Organização	100
7.2.2	Motivações para a adoção de estratégia de Acreditação	102
7.2.3	Fatores Críticos de Sucesso	106
7.2.4	Vantagens Competitivas	113
7.2.5	Alinhamento da Acreditação com a Estratégia da Organização	120
7.3	O CASO B	121
7.3.1	Caracterização da Organização	121
7.3.2	Motivações para a adoção de estratégia de Acreditação	123
7.3.3	Fatores Críticos de Sucesso	125
7.3.4	Vantagens Competitivas	131
7.3.5	Alinhamento com a Estratégia da Organização	137
7.4	ANÁLISE COMPARATIVA DOS TRÊS CASOS	138
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
8.1	CONCLUSÕES	145
8.2	LIMITAÇÕES DO ESTUDO	155
8.3	SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS	155
	REFERÊNCIAS	157
	GLOSSÁRIO	164
	APÊNDICE A	166
	APÊNDICE B	169
	APÊNDICE C	170

1 INTRODUÇÃO

Inseridas em um ambiente altamente competitivo, as organizações contemporâneas formulam e implementam estratégias com os objetivos de atingir melhores resultados e de se manter no mercado. A estratégia identifica o enfoque especial que a empresa utilizará para ser bem sucedida em cada uma das áreas estratégicas do negócio. Uma das maneiras descritas de se distinguir num mercado competitivo é a utilização de estratégias de diferenciação (PORTER, 1993; MINTZBERG, 1988).

A estratégia de diferenciação significa que a organização distingue, de alguma maneira, seus produtos ou serviços daqueles dos seus competidores. A qualidade surge, então, como uma das estratégias de diferenciação, onde é oferecido um produto ou serviço com características que o tornam melhor que os concorrentes (MINTZBERG, 1988).

No conjunto de iniciativas para a melhoria da qualidade, estão incluídos os programas de avaliação de desempenho internos e externos à organização. De uma maneira geral, estas avaliações têm como objetivo estimular as empresas a melhorar a qualidade e a produtividade, aumentando assim sua vantagem competitiva, estabelecer orientações e critérios para que as organizações possam avaliar o seu próprio trabalho e prestar reconhecimento às conquistas das empresas que alcançam uma melhor qualidade nos seus produtos e serviços, tornando-as exemplos de sucesso (SCHIESARI, 2003).

Dentre os programas de avaliação, são internacionalmente conhecidos o prêmio Deming, as normas ISO, o prêmio Malcon Baldrige e o europeu EFQM - European Foundation for Quality Management. Baseado no prêmio Malcon Baldrige e no prêmio Deming foi desenvolvido, no Brasil, o PNQ (Prêmio Nacional da Qualidade), em 1991.

Dentre as várias áreas onde os modelos de avaliação de qualidade são aplicados, encontra-se a área da Saúde, que, por sua reconhecida importância para a sociedade como um todo, foi escolhida para ser o alvo deste trabalho. Diante de todos os problemas conhecidos pelos quais passa a Saúde, tanto nos países desenvolvidos como em desenvolvimento, os objetivos principais dos sistemas de saúde têm sido melhorar a qualidade dos serviços oferecidos e garantir a segurança de pacientes e empregados, em resposta à baixa qualidade dos serviços, aumento das expectativas da sociedade e intervenções da mídia (OVREITVEIT, 2003). Dentro deste contexto, foram desenvolvidos modelos de avaliação de qualidade específicos para a área da saúde, tanto

em nível internacional como modelos individualizados para alguns países, atendendo às particularidades das organizações deste segmento, de alto nível de complexidade, onde o processo principal é a assistência ao paciente. Os modelos de avaliação da qualidade específicos das organizações de saúde são denominados de sistemas de Acreditação.

Com base no que foi exposto, o presente estudo concentrar-se-á na análise da Estratégia de Acreditação em Organizações de Saúde. O trabalho está estruturado da seguinte forma: no segundo capítulo são apresentadas a delimitação do tema e a questão de pesquisa na qual se baseará o estudo, trazendo aspectos históricos da Acreditação, os benefícios relatados na literatura que daí podem advir, e os fatores que podem contribuir para o insucesso da iniciativa, bem como os contrastes no cenário brasileiro em termos de iniciativas de qualidade em organizações de saúde. No capítulo três, são descritas a justificativa e importância do tema, ressaltando-se o papel da Acreditação na melhoria da qualidade, não deixando de contemplar outros autores com seus diferentes pontos de vista a respeito das evidências científicas sobre o assunto. No capítulo quatro, são apresentados os objetivos geral e específicos do trabalho. No capítulo cinco, é realizada a fundamentação teórica deste estudo, sendo abordados quatro temas principais: Estratégia, Qualidade, Acreditação e o Contexto da Saúde no Brasil. No capítulo seis é descrito o método utilizado, incluindo a estratégia de pesquisa, unidade de análise, seleção dos casos, desenho de pesquisa, técnica e instrumentos de coleta de dados e, por fim, a análise dos dados. No capítulo sete, são apresentadas a análise individual dos casos estudados e também a análise comparativa entre os mesmos, ressaltando-se semelhanças e diferenças. Finalmente, no capítulo oito, são apresentadas as conclusões desta pesquisa, implicações acadêmicas e gerenciais, limitações do estudo e, ainda, sugestões para pesquisas futuras.

2 DELIMITAÇÃO DO TEMA E QUESTÃO DE PESQUISA

O processo de Acreditação consiste na avaliação externa da qualidade dos serviços de saúde, tendo como referência padrões pré-estabelecidos que expressam a visão de grupos da sociedade interessados em boas práticas. É um processo baseado em avaliar para melhorar o desempenho, sendo a avaliação baseada em padrões e critérios bem definidos, de modo a assegurar consistência ao processo (MIRANDA, 2005). Os principais objetivos da Acreditação são busca voluntária da qualidade, desenvolvimento da equipe, educação do *staff* e auxílio à gestão (HAYES; SHAW, 1995).

O movimento de Acreditação teve início efetivamente nos Estados Unidos, com a criação, em 1951, da Joint Commission on Accreditation of Hospitals. Em 1987, a organização foi renomeada como Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO). A JCAHO é, hoje, a maior agência acreditadora dos Estados Unidos, tendo avaliado mais de 85% dos hospitais americanos (NORONHA; PEREIRA, 1998). A partir de 1998, a Joint Commission criou uma subsidiária, a Joint Commission International (JCI), passando a avaliar hospitais em outros países, inclusive no Brasil. Em 2007, cerca de quarenta hospitais, em mais de trinta países, estão acreditados pela metodologia da JCI (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2007).

Paralelamente, foram criados programas específicos em outros países. No Brasil foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), uma entidade formada por representantes de entidades nacionais, compradoras de serviços de saúde, prestadores de serviços de saúde e da área governamental (ONA, 2007). Portanto, atualmente, uma organização de saúde brasileira pode buscar a Acreditação através de duas metodologias: Joint Commission International (JCI) ou Organização Nacional de Acreditação (ONA). Em maio de 2007, verifica-se a existência de oitenta e cinco hospitais acreditados no cenário nacional, sendo seis pela JCI (CBA, 2007) e setenta e nove pela ONA (ONA, 2007).

No entanto, ao mesmo tempo em que inúmeras organizações de saúde no mundo e no Brasil estabelecem estratégias de qualidade como a adoção de modelo de Acreditação, grande parte dos hospitais brasileiros não desenvolve iniciativas de qualidade. Em estudo realizado por Malik (2001) envolvendo hospitais de São Paulo, verificou-se que um quarto da amostra sequer conhecia sistemas de qualidade. Outro estudo (TELES, 2002) aponta para a falta de alinhamento da qualidade intrínseca (excelência assistencial) com a estratégia dos hospitais. Estas

observações, associadas ao número de hospitais já acreditados, ajudam a descrever o cenário brasileiro da qualidade em saúde – repleto de contrastes.

Considerando os benefícios potenciais de se implantar um modelo de Acreditação numa organização e a importância que esta decisão pode ocasionar em termos de competitividade e sobrevivência no mercado, poder-se-ia esperar que as organizações de saúde, de uma maneira geral, adotassem esta iniciativa de qualidade. Entretanto, assim como em outros segmentos, a implantação de iniciativas de qualidade na área da saúde, para alcançar sucesso, acaba enfrentando importantes obstáculos. Uma das causas apontadas para a dificuldade encontrada quando da tentativa de implementação de iniciativas de qualidade são as características deste tipo de organização.

A organização hospitalar é classificada por Mintzberg (1995, 2000) como organização profissional, cuja principal característica é o trabalho finalístico (a assistência), o qual exige elevada qualificação, torna este tipo de instituição pouco suscetível à formalização e normalização e limita a capacidade de controle. A configuração de Burocracia Profissional apóia-se nas habilidades e conhecimentos de seus profissionais, o que garante grande autonomia aos mesmos. A autonomia pode encorajar os profissionais a ignorar os problemas da organização e, também, ocasionar problemas de coordenação. A relutância dos profissionais de trabalharem cooperativamente se traduz em problemas de inovação. Em virtude destas características, os dois fatores considerados críticos no sucesso da implantação de iniciativas de qualidade (controle hierárquico da administração sobre o núcleo técnico e domínio dos processos racionais de tomada de decisão) estão ausentes na maioria das organizações de saúde (ARNDT; BIGELOW, 1995), o que, certamente, dificulta o processo e representa um desafio às organizações.

A situação que se apresenta, portanto, é problemática. Mostra, por um lado, organizações procurando melhorar a qualidade de seus serviços e ter sua estrutura, processos e resultados avaliados através de processo de avaliação externa, fazendo da Acreditação uma estratégia competitiva. Por outro lado, inúmeras outras organizações, ainda à margem deste cenário, podem estar deixando de usufruir benefícios que possam daí decorrer.

Além das repercussões no nível organizacional, este contraste se torna ainda mais significativo ao se pensar no sistema de saúde de uma nação como um todo e o seu impacto na sociedade. Conforme mostra a literatura, a implantação de estratégias de qualidade é bastante difícil nas organizações hospitalares, porém existem casos de sucesso (CARMAN *et al.*, 1996;

HUQ; MARTIN, 2000; LEE *et al.*, 2002). Dentro do contexto apresentado, identifica-se a possibilidade de, ao examinar organizações já acreditadas, entender melhor as estratégias de Acreditação estabelecidas pelas mesmas e o seu desenvolvimento.

Surge, então, a questão de pesquisa: “No cenário brasileiro, como se caracteriza a estratégia de Acreditação nas Organizações Hospitalares?”

3 JUSTIFICATIVA E IMPORTÂNCIA DO ESTUDO

O processo de Acreditação conquistou reconhecimento mundial como ferramenta eficaz de gerenciamento e avaliação de qualidade (CONSÓRCIO BRASILEIRO de ACREDITAÇÃO de SISTEMAS de SAÚDE, 2003). São reconhecidas as melhorias na qualidade assistencial que ele possibilita, oferecendo ao público e aos provedores, medidas objetivas do atendimento a expectativas explícitas, formalizadas em padrões, assim como também é ferramenta para o autodesenvolvimento das organizações participantes (SHAW, 2004). Portanto, como iniciativa de qualidade, a Acreditação causa impacto interno à organização, pela melhoria de processos e desempenho superior, e externo, ao oferecer um produto percebido como diferenciado na sua qualidade.

Assim, o estudo do tema Acreditação é relevante, na medida em que pode contribuir com resultados para organizações e para o sistema de saúde como um todo, oferecendo oportunidades de melhoria com base em estudo científico. O tema interessa, portanto, às organizações e profissionais de saúde, administradores, sociedade, governo e instituições internacionais.

Para a Academia, ao se estudar Acreditação, sendo esta uma iniciativa de Qualidade, faz-se um aprofundamento neste tema. Qualidade vem sendo tratada na literatura da administração por autores como Deming, Juran, Crosby, Feigenbaum e Garvin, há, pelo menos, 50 anos, mas permanece, ainda, uma discussão atualizada. Considerando-se a abordagem estratégica e competitiva da Qualidade, entende-se a sua relevância no estudo da Estratégia Empresarial. Além disto, a abordagem da avaliação de qualidade na área da saúde permite a aproximação das organizações de saúde daquelas de outros serviços e indústrias, facilitando a replicação de conceitos teóricos da Administração neste tipo específico de organização. Assim, além de demonstrar a complementaridade teórica e aplicabilidade prática, identifica-se um potencial de sinergia que advém desta visão integradora.

Publicações e relatos relacionam estratégias de qualidade à melhoria de qualidade na saúde (incluindo literatura produzida por acadêmicos, *surveys* descrevendo percepções de resultados positivos por parte de *stakeholders* e relatórios de organizações de saúde mostrando percepção de resultados positivos). Entretanto, outras visões sobre esta questão podem ser encontradas. Ovreitveit (2003) argumenta que não se pode afirmar que existam fortes evidências científicas relacionando estratégias de qualidade em organizações de saúde com melhoria de

qualidade, devido, principalmente, à ausência de metodologia científica nos estudos. O autor enfatiza que a ausência de evidência científica conclusiva forte, até o momento, não significa ausência de evidência, e que estudos metodologicamente robustos necessitam ser realizados nesta área.

Considerando as controvérsias descritas acima, a necessidade conhecida internacionalmente de melhorar a qualidade nos sistemas de saúde (incluindo a segurança do paciente), os benefícios considerados na adoção de modelos de Acreditação (tanto na dimensão de processos internos como na dimensão de percepção externa do produto diferenciado), o desafio de implantar iniciativas de qualidade em organizações com as características particulares descritas no capítulo anterior e a contemporaneidade do assunto, evidencia-se a importância das discussões sobre o tema Acreditação e a necessidade de maior aprofundamento no estudo desta estratégia, o que justifica os trabalhos acadêmicos com rigor metodológico nesta área.

4 OBJETIVOS

Levando-se em consideração o problema de pesquisa definido, foram estabelecidos os seguintes objetivos de pesquisa.

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a estratégia de Acreditação nas organizações hospitalares.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Relacionados ao objetivo geral, foram estabelecidos quatro objetivos específicos a serem atingidos:

- Identificar as motivações das organizações hospitalares para adoção de estratégia de Acreditação;
- Identificar fatores que auxiliam e dificultam a implantação da estratégia de Acreditação nas organizações hospitalares;
- Caracterizar as vantagens competitivas decorrentes da estratégia de Acreditação;
- Verificar o alinhamento da estratégia de Acreditação com a estratégia geral da organização.

5 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo da Fundamentação Teórica, são abordados os temas que serviram de base para a estruturação deste trabalho. Partindo do tema Estratégia e Competitividade, segue-se Qualidade como estratégia competitiva, Acreditação nas organizações de saúde e, por fim, o contexto da Saúde no Brasil.

5.1 ESTRATÉGIA E COMPETITIVIDADE NAS ORGANIZAÇÕES

A globalização econômica, social e política das últimas décadas têm provocado mudanças no mercado, fazendo com que as empresas, com o objetivo de garantir sua sobrevivência, busquem, permanentemente, vantagens competitivas.

Coutinho e Ferraz (1994), ressaltam que a competitividade de uma empresa está na sua capacidade de formular e implementar estratégias concorrenciais, que lhe permitam conservar uma posição sustentável no mercado de forma duradoura. Numa abordagem mais global, Zaccarelli (1995) assevera que o grande desafio das organizações está centrado na capacidade de buscar novas tecnologias, novos mercados e novos métodos de gerenciamento, ou no redesenho dos processos de negócio e de integração total das cadeias de valor da empresa, clientes e fornecedores.

Assim, para se manterem competitivas, as organizações necessitam lançar mão de estratégias. Inúmeras definições de Estratégia podem ser encontradas na bibliografia, sendo uma definição bastante abrangente a formulada por Andrews: “Estratégia é um padrão de objetivos superiores, propósitos ou metas e políticas e planos essenciais para a realização desses objetivos declarados, tal como um caminho para definir em que negócio a companhia está ou estará e o tipo de companhia que é ou que será” (ANDREWS, 1971, p. 28).

Conforme Ansoff (1990), a estratégia competitiva identifica o enfoque especial que a empresa utilizará para ser bem sucedida em cada uma das áreas estratégicas de negócio, podendo ser descrita a partir de três componentes principais: impulso de crescimento, diferenciação de mercado e diferenciação de produto. O impulso de crescimento define as atividades que deverão assegurar à empresa o seu êxito futuro. Assim, a formulação da estratégia pressupõe a identificação de alternativas na área de negócio analisada e a escolha da melhor alternativa para a

empresa. A diferenciação de mercado define o modo pelo qual a empresa se diferencia dos concorrentes na visão dos clientes, assim como a participação do mercado que ela poderá alcançar. Finalmente, a diferenciação de produto define a maneira pela qual a empresa diferenciara seus produtos e serviços dos oferecidos pelos seus concorrentes.

Alguns autores acreditam ser possível definir uma tipologia de estratégias suficientemente amplas, de maneira que sejam aplicáveis a qualquer empresa, em qualquer tipo de indústria e em qualquer estágio de desenvolvimento da indústria. Assim, poderia ser identificado um número limitado de arquétipos estratégicos que contemplariam a essência de diversas posturas competitivas da maioria das empresas (CARNEIRO; SILVA; CAVALCANTI, 2003; HAMBRICK, 1983). São as chamadas estratégias genéricas, sendo neste trabalho apresentadas as de Porter (1993) e de Mintzberg (1988).

Para uma melhor compreensão das estratégias genéricas de Porter, é oportuno abordar, resumidamente, o modelo das Cinco Forças Competitivas. Neste modelo, o grau de concorrência em uma indústria e sua lucratividade depende da intensidade e interação entre as cinco forças competitivas, a saber: ameaça de novas empresas, ameaça de novos produtos ou serviços, poder de barganha dos fornecedores, poder de barganha dos compradores e a rivalidade entre competidores existentes (PORTER, 1993).

O poder de cada uma das forças competitivas é determinado pela estrutura da indústria ou pelas características econômicas e técnicas a ela subjacentes, sendo cada indústria detentora de uma estrutura peculiar. Segundo Porter (1993), as empresas devem escolher uma posição dentro da indústria. No centro do posicionamento está a vantagem competitiva. Existem dois tipos básicos de vantagem competitiva que uma empresa pode alcançar: baixo custo ou diferenciação.

O menor custo é a capacidade de uma empresa de projetar, produzir e comercializar um produto comparável com mais eficiência do que seus competidores. A diferenciação é a capacidade de proporcionar ao comprador um valor excepcional e superior, em termos de qualidade do produto, características especiais ou serviços de assistência (PORTER, 1993, p. 48).

A partir daí, três estratégias genéricas são apresentadas por Porter (1993) para enfrentar as cinco forças competitivas: liderança no custo total, liderança na diferenciação e enfoque (no custo ou na diferenciação).

A estratégia de diferenciação pressupõe o desenvolvimento de produto que seja considerado único no âmbito da indústria, distinguindo-o de todos os outros oferecidos pela

concorrência. Pode estar baseada em projeto ou imagem da marca, tecnologia, peculiaridades, serviços sob encomenda, rede de fornecedores ou outras dimensões. Embora não permita que os custos sejam ignorados, a empresa não os torna alvo estratégico primário (PORTER, 1993).

A posição de liderança no custo total geralmente exige uma alta participação de mercado ou outras posições vantajosas, como acesso favorável às matérias-primas. A empresa realiza ações que minimizam os custos operacionais, tornando-os inferiores aos de seus concorrentes, sem negligenciar, entretanto, a qualidade (PORTER, 1993).

Além da vantagem competitiva, a outra variável importante no posicionamento é o âmbito competitivo (ou extensão do alvo da empresa dentro da indústria). Esta importância é decorrente da segmentação das indústrias, que origina necessidades diversas e, portanto, para atender diferentes segmentos, tornam-se necessárias estratégias e capacidades diversas. Assim, a estratégia de enfoque significa que a empresa é capaz de atender o seu alvo estratégico estreito mais eficiente e efetivamente do que os demais concorrentes, que estão competindo de maneira mais ampla. Enquanto as estratégias de liderança de custos e de diferenciação definem como competir, o enfoque define onde competir (PORTER, 1993).

Segundo Porter, o pior erro estratégico é tentar, simultaneamente, utilizar todas as estratégias, ou ficar no meio termo (*stuck-in-the-middle*). O autor conceitua o meio-termo como uma empresa que se engaja em cada uma das estratégias genéricas, não alcança nenhuma delas (devido às ações inconsistentes) e demonstra relutância em fazer escolhas estratégicas de como competir (PORTER, 1993).

Mintzberg (1988) afirma que a maioria das tipologias explicitadas é falha, seja por focarem de forma muito estreita alguns tipos especiais de estratégias, seja por agregarem arbitrariamente várias delas sem obedecer a uma ordem real. O autor propõe uma outra tipologia de estratégias genéricas, baseadas no conceito de diferenciação e com maior detalhamento do que o realizado por Porter. Assim, segundo Mintzberg (1988), uma organização pode diferenciar suas ofertas de seis maneiras básicas: qualidade, design (projeto), suporte, imagem, preço e não diferenciação.

A diferenciação pela qualidade é uma estratégia que se caracteriza por oferecer um produto com características que o tornam melhor – não fundamentalmente diferente, apenas melhor. Estas características são maior confiabilidade inicial, maior durabilidade e/ou desempenho superior. A diferenciação por design oferece algo que é verdadeiramente diferente,

que quebra o “*design* dominante” (se é que existe algum), através de características únicas. A diferenciação por suporte caracteriza-se por oferecer algo junto ao produto, sem efeito no próprio produto. Em geral, relaciona-se à venda (como crédito especial ou entrega 24 horas), assistência, ou oferta de produtos complementares. A diferenciação por imagem é uma estratégia onde a empresa desenvolve uma imagem distinta dos demais aos olhos do consumidor. É a imagem que está à venda, através de técnicas de promoção, apresentação e embalagem do produto, tornando-o mais atrativo, independentemente do desempenho do mesmo. A estratégia de diferenciação pelo preço consiste em cobrar um preço mais baixo pelo produto. Finalmente, a estratégia da não-diferenciação é baseada no espaço que o mercado oferece para cópias e na ausência de competência ou vontade da organização de se diferenciar. Mintzberg não associa a estratégia da não diferenciação a um desempenho inferior às demais estratégias, considerando-a como uma opção deliberada da organização (MINTZBERG, 1988).

Uma outra abordagem da vantagem competitiva das empresas é trazida por Slack (1993). O autor enfatiza o papel da manufatura de transformar as ambições estratégicas em ações efetivas, atribuindo o sucesso competitivo da empresa ao fato de suas funções de manufatura terem um desempenho superior em relação aos seus concorrentes.

A vantagem em manufatura significa fazer melhor do que a concorrência. Fazer melhor significa: fazer certo (garantindo vantagem de qualidade), fazer rápido (proporcionando vantagem em velocidade), fazer pontualmente (significa vantagem da confiabilidade), mudar o que está sendo feito (equivale à vantagem da flexibilidade) e, finalmente, fazer barato (gerando vantagem de custo). Estes são considerados os elementos básicos da competitividade, no que se refere às preocupações com a manufatura (SLACK, 1993).

A construção de um conjunto de metas e objetivos para a manufatura significa traduzir as necessidades e preferências dos consumidores. É fundamental fazer a distinção entre os objetivos ganhadores de pedidos e os objetivos qualificadores. “Os objetivos ganhadores de pedidos são aqueles que, direta e significativamente, contribuem para o ganho de negócios. Eles são vistos pelos consumidores como os fatores-chave da competitividade, aqueles que mais influenciam suas decisões” (SLACK, 1993, p.15). Os objetivos qualificadores são aqueles aspectos nos quais o desempenho da operação deve estar acima de determinado nível, sendo então a organização considerada pelos consumidores como uma possível fornecedora.

Assim, como pôde ser visto nesta seção a partir dos conceitos de vários autores, a diferenciação pela qualidade desempenha um importante fator na competitividade das organizações. A Acreditação, como garantia de qualidade à organização hospitalar, faz parte deste cenário. Na próxima seção, a Qualidade como estratégia competitiva será abordada mais detalhadamente.

5.2 QUALIDADE COMO ESTRATÉGIA COMPETITIVA

O conceito de qualidade tem acompanhado a história da humanidade e continua a ser um tema de intenso interesse (FEIGENBAUM, 2007; NEVERS, 1993; REEVES; BEDNAR, 1994). Apesar de presente em inúmeras publicações acadêmicas e fonte de preocupação dos administradores das organizações contemporâneas, não se encontra uma definição global de qualidade.

Qualidade tem sido definida como excelência, valor, conformidade com especificações ou atendimento às expectativas dos clientes. Da mesma forma, tem sido utilizada para descrever uma ampla variedade de fenômenos (REEVES; BEDNAR, 1994).

O entendimento da qualidade como excelência remonta às discussões dos grandes filósofos gregos, como Sócrates, Platão, Aristóteles e outros. O ideal para os gregos era a palavra aretê, ou excelência. A definição de aretê variava de acordo com seu contexto (para um cavalo de corrida, significava velocidade, para uma carreta, força). Para um homem, significava excelência em todas as formas nas quais um homem pode ser excelente – moralmente, intelectualmente e fisicamente (KITTO, 1951 *apud* REEVES; BEDNAR, 1994).

Nesta visão de excelência, Houaiss e Villar (2001), entre outros conceitos, definem qualidade como característica superior ou atributo distintivo positivo que faz alguém ou algo sobressair em relação a outros, ou seja, a diferenciação.

Qualidade pode ser vista como valor, e assim começou a ser entendida por volta de 1700, tratando o consumidor como o árbitro do mercado. Feigenbaum (1994, 2007) percebe qualidade como o melhor para determinadas condições dos consumidores, ou seja, o uso real e o preço de venda do produto. Assim, o conceito não pode ser desvinculado do preço. Cronin e Taylor (1992) contribuem com a idéia de que as decisões de compra podem ser influenciadas pela conveniência, disponibilidade, preço e pelo julgamento da qualidade.

Qualidade também é compreendida como a conformidade com as especificações. Juran (1962), um dos “gurus” deste tema, separa o conceito em dois componentes: qualidade de *design* e qualidade de conformidade. O primeiro componente refere-se às características especiais, e o segundo refere-se a quanto o produto está de acordo com especificações do *design*. Assim, Juran incorporou as noções de excelência e conformidade na sua definição. Crosby (1999), ressalta a necessidade de conformidade com os requisitos ou ainda o cumprimento dos requisitos.

Qualidade pode ser definida como a extensão na qual um produto ou serviço atende e/ou excede as expectativas do consumidor (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985), ou como “o grau no qual um produto ou serviço está de acordo com as necessidades, desejos, e expectativas do consumidor” (NEVERS, 1993, p.18). Este conceito cresceu a partir das contribuições da literatura de marketing e da importância do setor de serviços, podendo este crescimento ser acompanhado na evolução dos trabalhos de Feigenbaum e Juran.

A percepção sobre a qualidade e seu papel na competitividade da empresa tem mudado nos últimos trinta anos. Demandas da economia globalizada têm desencadeado expressivo desenvolvimento da Qualidade em todo o planeta. Mudanças econômicas, humanas e tecnológicas são fatores-chaves neste desenvolvimento (FEIGENBAUM, 2007). A cadeia global de fornecedores torna-se realidade (WITHERS; EBRAHIMPOUR, 2000). Portanto, o papel da qualidade na competitividade da empresa tornou-se uma questão estratégica, e, como resultado, qualidade é um imperativo que não pode ser ignorado (ISMAIL; HASHIMI, 1999; MEFFORD, 1993).

Segundo Garvin (1987), muitas empresas tentam aprimorar sua qualidade, porém poucas aprenderam a competir em qualidade. Na visão do autor, a maioria dos princípios de qualidade oferece uma visão limitada, servindo puramente como medida defensiva para prevenir falhas ou eliminar defeitos. Nesta linha, Feigenbaum (2007) assevera que as empresas precisam encontrar novos meios de melhorar a sua qualidade, pensando além dos termos de simplesmente eliminar defeitos e sim, oferecer produtos de alto valor em qualidade aos seus consumidores. Os administradores precisam olhar para os consumidores, entendendo que alta qualidade significa agradá-los, e não apenas protegê-los contra dissabores e incômodos. Assim, o que os administradores necessitam realmente é uma estratégia mais agressiva para ganhar e manter mercados, tendo a qualidade como sustentação (GARVIN, 1992). Para acompanhar este pensamento, é importante entender alguns aspectos da evolução do movimento da qualidade.

Juran, na primeira edição do seu *Quality Control Handbook* em 1951, já questionava até quanto seriam toleráveis despesas com qualidade e o quanto de qualidade seria suficiente. O autor afirma que qualidade pode ser entendida em termos de custos evitáveis e não evitáveis: os primeiros são resultantes dos defeitos e falhas nos produtos (como horas de retrabalho) e, os últimos, associados à prevenção (inspeção e amostragem, por exemplo). Os custos resultantes das falhas podem ser fortemente reduzidos pela melhoria da qualidade. Assim, os investimentos em qualidade para prevenção se justificam se forem mais baixos do que os custos de falhas no produto. Daí surge o princípio de que, decisões tomadas precocemente na cadeia de produção repercutem no nível de custos da qualidade mais tarde (JURAN, 1962).

Feigenbaum evoluiu nas idéias de Juran e, em 1956, propôs o TQC (Total Quality Control), mostrando a necessidade dos times interfuncionais para garantir a qualidade do produto, satisfação e, além disto, manutenção da satisfação do cliente. Mas, na época da elaboração do TQC, Feigenbaum não considerou, realmente, como a qualidade é, acima de tudo, uma questão estratégica para qualquer negócio (GARVIN, 1987).

Entendendo a qualidade como uma estratégia, é necessário definir em qual nicho de qualidade pretende-se competir. Assim, Garvin (1987) propõe oito dimensões críticas ou categorias de qualidade que podem servir como um *framework* para análise estratégica: desempenho, características, confiabilidade, conformidade, durabilidade, atendimento, estética e qualidade percebida. Um produto ou serviço pode ter um alto desempenho numa dimensão de qualidade e baixo em outra – é exatamente este relacionamento que torna possível a administração estratégica da qualidade, sendo a seleção das dimensões nas quais competir, o desafio dos administradores.

Considerando as oito dimensões da qualidade apresentadas, Garvin (1987) propõe que as empresas explorem as oportunidades de diferenciar seus produtos das demais empresas, utilizando este *framework*. Ressalta ainda a importância da escolha do seu nicho de qualidade e da definição de quais dimensões da qualidade são críticas para os consumidores.

Concluindo, os administradores devem parar de pensar sobre qualidade meramente como um esforço focado em controlar o processo de produção, mas sim pensar mais nas necessidades e preferências dos consumidores. “Qualidade não é um simples problema a ser resolvido, é uma oportunidade competitiva” (GARVIN, 1987, p.109).

Medir a qualidade utilizando conformidades com as especificações é motivador e a maneira mais precisa desta ser avaliada, possibilitando que as organizações possam monitorar o seu progresso, avaliar o impacto da qualidade no desempenho organizacional e trabalhar dentro de uma estratégia mais global do que doméstica. À medida que a economia se torna mais internacionalizada, aumenta a importância da conformidade com as especificações (REEVES, 1994). Uma estratégia global pode resultar em redução de custos, melhoria da qualidade de produtos e programas, aumento da preferência do cliente e do nível de competitividade (YIP, 1989). Entretanto, o estabelecimento de especificações apropriadas depende da habilidade de se identificar necessidades e preferências do consumidor, que podem mudar com o passar do tempo.

Como pode ser visto, a origem dos conceitos apresentados neste capítulo reside na indústria de produtos. A próxima subseção trata da evolução para o setor de Serviços, enfatizando-se o segmento da Saúde.

5.2.1 Qualidade em Serviços (com ênfase no Segmento Saúde)

“A maioria dos serviços é resultado de ações sociais que ocorrem no contato direto entre cliente e representante da empresa de serviços” (NORMANN, 1993, p.33).

A competição cada vez mais acirrada entre as empresas de serviços obriga-as a buscarem formas lucrativas de diferenciação. A entrega de um serviço de alta qualidade tem sido relatada como uma estratégia bem sucedida (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988). Este cenário vem se estendendo também ao segmento da Saúde. Assim como outros prestadores de serviços, muitos hospitais encontram-se em condições financeiras críticas, seja pela intensa competição com outros hospitais e organizações de saúde, seja pelo crescente controle governamental, ou ainda pelo decréscimo das margens de lucro em virtude dos altos custos (JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998; QUINTO NETO; GASTAL, 2004). Para manter um status competitivo, ou mesmo sobreviver na indústria, um expressivo número de hospitais tem optado por desenvolver programas de qualidade e oferecer serviços de alta qualidade.

É necessário, então, entender o que significa alta qualidade em serviços. Os esforços para definir e mensurar qualidade tem origem no setor de produtos. Entretanto, o conhecimento sobre qualidade em produtos tem se mostrado insuficiente para atender qualidade em serviços. Assim, o setor de serviços necessita desenvolver conceitos e metodologias adequados, tanto aos novos

tempos quanto às especificações de suas operações (GIANESI; CORRÊA, 1994). Para isto, é necessário conhecer com profundidade as três principais características dos serviços: intangibilidade, heterogeneidade e inseparabilidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY 1985), as quais igualmente se aplicam aos serviços em saúde (JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998).

Em primeiro lugar, a maioria dos serviços é intangível. Pelo fato de tratarem mais com desempenho do que com objetos, as especificações precisas da manufatura raramente podem ser aí aplicadas. Também dificilmente podem ser contados, testados, mensurados e verificados para assegurar qualidade antes da entrega. Serviços da saúde não podem ser armazenados ou testados quanto à sua qualidade antes da entrega. Não é possível, por exemplo, armazenar uma cirurgia, a administração de uma injeção, ou, ainda, verificar se estes procedimentos estão corretos antes de executá-los. Esta intangibilidade dificulta a avaliação da qualidade e dos resultados dos serviços, tanto para a empresa quanto para os clientes e também faz com que os clientes baseiem-se fortemente em referências de terceiros e na reputação da empresa prestadora (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; GIANESI; CORRÊA, 1994).

Em segundo lugar, os serviços são heterogêneos: o desempenho geralmente varia de produtor para produtor, de consumidor para consumidor e de dia para dia. Constância no comportamento do pessoal (uniformidade na qualidade) é difícil de assegurar, conseqüentemente, o serviço que a empresa pretende ofertar pode ser bastante diferente do que o consumidor recebe (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985). Exemplificando, na organização hospitalar, a heterogeneidade pode ocorrer porque o serviço é entregue por diferentes médicos, enfermeiros, técnicos e outros corpos profissionais, a uma variedade de pacientes com diferentes necessidades. Considerando a administração de uma injeção intravenosa, este serviço sofre a influência da habilidade e treinamento do profissional, experiência prévia, condições emocionais no momento da entrega do serviço, assim como da rede venosa do paciente, condições circulatórias no momento, etc.

Em terceiro lugar, na maioria dos serviços, a produção e o consumo são inseparáveis e simultâneos. A qualidade ocorre durante a entrega do serviço, mediante a interação entre a pessoa que representa a organização e o cliente. A empresa pode ter menor controle gerencial sobre a qualidade em serviços nos quais o consumidor afeta o processo (como uma consulta médica).

Nestes casos, o insumo fornecido pelo cliente (sintomas do paciente, neste exemplo) torna-se crítico para a qualidade do serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

A simultaneidade entre produção do serviço e consumo impossibilita o isolamento do sistema de operações das variações do ambiente externo, através dos estoques, o que dificulta a utilização eficiente da capacidade produtiva da empresa em sistemas de prestação de serviços. Como a demanda é variável, tanto ao longo do dia quanto ao longo de um ano, impõe-se uma grande flexibilidade da organização (GIANESI; CORRÊA, 1994). Esta característica é evidente num serviço de Emergência, por exemplo. Com exceção de eventos de sazonalidade conhecida, como, por exemplo, o expressivo aumento de acidentes por fogos de artifício nos finais de ano, acidentes automobilísticos e casos de embriaguez nas madrugadas de sextas-feiras e sábados, é difícil prever a necessidade de serviços para atendimento aos clientes. Assim, diante de uma capacidade instalada, a organização de saúde precisa ser suficientemente flexível para disponibilizar os serviços necessários a grandes e inesperadas variações de demanda.

Os autores Gianesi e Corrêa (1994) chamam a atenção para a necessidade da presença do cliente no processo, pois é ele que, de alguma forma, dispara a operação, constituindo uma entrada no sistema de operações que não é diretamente controlada pela gestão. Assim, há limites para o tempo que os clientes estão dispostos (ou podem) aguardar pela prestação de um serviço. Este fato é particularmente importante na organização de saúde. Existe um limite de tempo, por exemplo, que um paciente hospitalizado pensa ser razoável aguardar até que o enfermeiro atenda à sua chamada na campainha, ou ainda, o tempo que ele pode esperar pelo atendimento sem que sejam desencadeadas conseqüências sobre seu estado de saúde. Esta característica tem impacto nos critérios através dos quais o serviço é avaliado, tanto pelo cliente, como pela própria organização.

Em virtude dessas características apresentadas, Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985) salientam os três pontos a serem considerados na qualidade em serviços: é mais difícil para o consumidor avaliar a qualidade em serviços do que a qualidade em produtos; as percepções da qualidade em serviços resultam da comparação entre as expectativas do consumidor e o desempenho real do serviço, e, por fim, as avaliações de qualidade não são feitas exclusivamente com base no resultado do serviço (envolvem também a avaliação do seu processo de entrega).

Ainda considerando as propriedades de produtos e serviços, podem-se considerar duas categorias distintas (NELSON, 1974 *apud* PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985):

propriedades de pesquisa (atributos que o consumidor pode determinar antes de adquirir o produto) e propriedades experimentais (atributos que só podem ser discernidos após ou durante a venda). Uma terceira categoria, propriedades de credenciais, são as características que podem ser impossíveis de serem avaliadas pelo consumidor, pois necessitariam de habilidades e capacitação específicas para tanto (DARBY; KARNY, 1973 *apud* PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985).

A propriedade de credenciais é particularmente importante nos serviços de saúde, pois está presente na imensa maioria dos processos realizados nas organizações deste segmento, gerando impacto significativo na avaliação dos mesmos. É o caso, por exemplo, de uma apendicectomia (retirada cirúrgica do apêndice cecal). Poucos consumidores possuem habilidades médicas para avaliar se este serviço é necessário ou se foi realizado adequadamente, mesmo após ter sido prescrito e executado. Conforme exemplificam Giansesi e Corrêa (1994), num continuum de produtos (base) a serviços (topo), os serviços médicos situam-se no topo, onde a avaliação do cliente é baseada, principalmente, nas credenciais do serviço, conforme mostra a Figura 1.

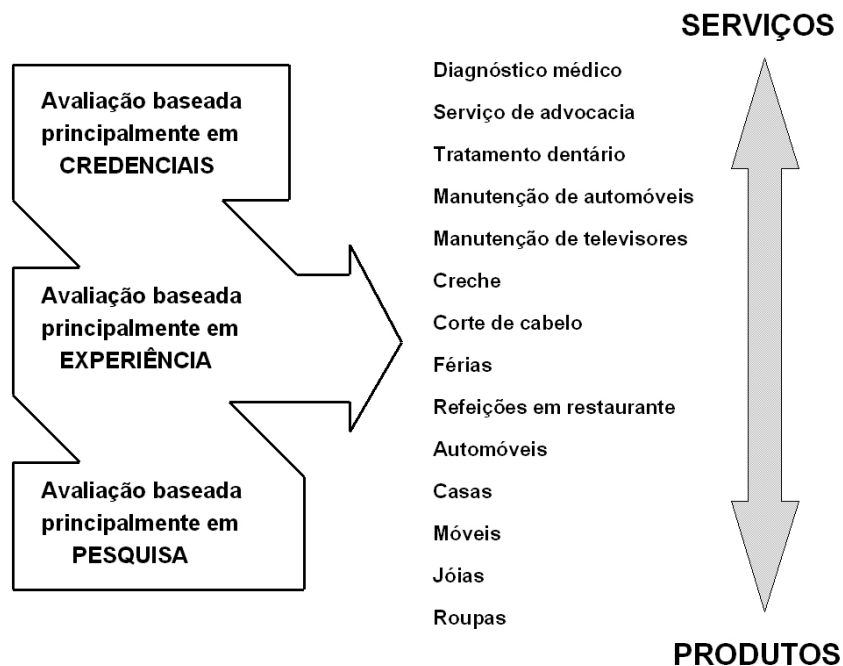


Figura 1 - Diferenças na Avaliação de Produtos e Serviços.
 Fonte: adaptada de Giansesi e Corrêa (1994, p.70).

Portanto, a bibliografia e a prática demonstram como o segmento da Saúde acompanha a indústria de serviços, em relação às suas características e propriedades, e também em relação à variabilidade de como a qualidade é conceituada e operacionalizada. Esta variabilidade pode confundir os administradores das organizações hospitalares nos seus esforços em avaliar e melhorar a qualidade hospitalar (SOWER *et al.*, 2001).

Assim, é preciso entender o consumidor como o juiz final da qualidade do produto. Se uma empresa falha em identificar precisamente o que o consumidor deseja e em monitorar as mudanças nas suas preferências (e isto se aplica à organização hospitalar), os esforços para prover satisfação não serão efetivos (CARMAN *et al.*, 1996). Neste sentido, Shortell *et al.* (1995) afirmam que a melhoria da qualidade nos hospitais é positivamente associada a percepções mais favoráveis do paciente. Vários estudos demonstraram a evidência de uma relação positiva entre a satisfação do paciente com o cuidado no hospital e seu desejo de retornar e sua recomendação a familiares e amigos (JUN; PETERSON; ZSIDIN, 1998).

Desta forma, os administradores dos serviços de saúde têm, cada vez mais, adotado estratégias para prover serviços que satisfaçam seus pacientes e se empenhado para continuamente melhorar e garantir a qualidade dos mesmos. Ao mesmo tempo, os acadêmicos têm procurado identificar as dimensões-chave da qualidade dos serviços, incluindo os de saúde, e medir a satisfação dos clientes. Entretanto, problemas inerentes à identificação dos atributos da qualidade e mensuração dos serviços intangíveis continuam a desafiar tanto acadêmicos quanto administradores (BOWERS, SWAN; KOEHLER, 1994).

Este desafio será apresentado na próxima sub-seção, onde serão abordadas as Dimensões da Qualidade nos Serviços.

5.2.2 Dimensões da Qualidade em Serviços (com ênfase no Segmento Saúde)

Seguindo a mesma lógica da seção anterior, serão aqui abordados os conceitos utilizados na identificação das Dimensões da Qualidade em Serviços, com o objetivo de melhor compreender como estas se apresentam especificamente no segmento da Saúde.

No clássico estudo de Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), a partir da descrição dos consumidores, foram identificadas dez dimensões utilizadas pelos mesmos para formar expectativas e percepções quanto aos serviços: confiança, prontidão, competência, acesso,

cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, entendimento/conhecimento do consumidor e tangibilidade. Estas dimensões serviram de estrutura básica para a escala SERVQUAL (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988), um instrumento geral passível de ser utilizado por qualquer tipo de serviço. Os itens que compõem a escala podem ser agrupados em cinco dimensões finais, a saber:

- Tangibilidade – Inclue a aparência das instalações físicas, equipamentos e funcionários;
- Confiança – Definida pelo conhecimento (competência) e cortesia dos funcionários e sua habilidade de transmitir confiança, segurança e credibilidade;
- Responsividade – Significa disposição para prover o serviço e auxiliar os clientes prontamente;
- Confiabilidade – Definida pela habilidade de prestar o serviço de forma confiável, precisa e consistente;
- Empatia – Significa o cuidado, a atenção individualizada e facilidade de contato (acesso) e comunicação.

A escala SERVQUAL desenvolvida por Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985, 1988) sofreu avaliações nos serviços de saúde, obtendo-se diferentes resultados. Babakus e Mangold (1992) consideram a escala confiável e válida no ambiente hospitalar. Já Bowers, Sohal e Koehler (1994), relatam dificuldade em transportar as dimensões genéricas da qualidade em serviço para a saúde.

Gianesi e Corrêa (1994), apesar de aceitarem a validade do instrumento SERVQUAL, consideram os atributos propostos excessivamente abrangentes para auxiliar os gestores de serviços a tomarem decisões que tornem o serviço mais competitivo perante os consumidores. Criaram, então, um novo modelo, com os seguintes critérios competitivos de avaliação da qualidade dos serviços:

- Consistência – Significa a conformidade com experiência anterior, ausência de variabilidade no resultado ou processo;
- Competência - Significa a habilidade e conhecimento para executar o serviço; Relaciona-se com as necessidades técnicas dos consumidores.

- Velocidade de Atendimento – Caracteriza-se pela prontidão da empresa e seus funcionários para prestar o serviço. Relaciona-se com o tempo de espera real ou percebido;
- Atendimento/Atmosfera – Significa atenção personalizada ao cliente, boa comunicação, cortesia, ambiente;
- Flexibilidade – Significa ser capaz de mudar e adaptar a operação devido a mudanças nas necessidades dos clientes, no processo ou no suprimento de recursos;
- Credibilidade/Segurança - Significa baixa percepção de risco, habilidade de transmitir confiança;
- Acesso – Caracteriza-se por facilidade de contato e acesso, localização conveniente, horas de operação;
- Tangíveis – Significa qualidade e/ou aparência de qualquer evidência física (bens facilitadores, equipamentos, instalações, pessoal, outros consumidores);
- Custo – Significa fornecer serviços de baixo custo.

Diante da complexidade do tema, vários estudos foram realizados na tentativa de identificar os atributos da qualidade, especificamente no segmento da saúde.

Coddington e Moore (1987) evidenciam que, segundo a percepção dos consumidores, os cinco fatores mais importantes na definição de qualidade na organização de saúde são: acolhimento, cuidado e preocupação; staff médico; equipamentos e tecnologia; especialização e escopo dos serviços disponíveis e, finalmente, resultados. Os aspectos de higiene e limpeza também são freqüentemente mencionados, porém é a atitude carinhosa, acolhedora e preocupada dos funcionários da organização, a maior fonte de diferenciação percebida pelos consumidores. Segundo estes autores, os consumidores assumem que equipamentos e procedimentos são semelhantes em todos os hospitais, a não ser que alguma evidência sugira o contrário.

Os clássicos estudos de Donabedian (1990), teórico pioneiro da qualidade em saúde, introduziram os conceitos de estrutura, processo e resultado e estabeleceram os “sete pilares da qualidade”: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Conforme o autor, estes atributos definem a qualidade do cuidado em saúde:

- Eficácia – a habilidade da ciência e arte do cuidado em saúde de trazer melhorias à saúde e bem estar;

- Efetividade – melhoria na saúde que é atingida, ou esperada, sob circunstâncias ordinárias da prática diária;
- Eficiência – medida do custo com o qual a melhoria na saúde é atingida;
- Otimização – o mais vantajoso balanço entre custo e benefício;
- Aceitabilidade – conformidade com as preferências do paciente, considerando acessibilidade, relação paciente-profissional, amenidades, efeitos do cuidado e o custo do cuidado;
- Legitimidade – conformidade com as preferências sociais, considerando os aspectos do item anterior;
- Equidade – justiça na distribuição do cuidado e seus benefícios entre os membros da população.

Bowers, Swan e Koehler (1994), através de *focus groups* (grupos de foco), descreveram inicialmente doze dimensões para a qualidade dos serviços de saúde (tangíveis, confiança, prontidão, competência, cortesia, comunicação, credibilidade, segurança, acesso, compreensão do paciente, cuidado e resultados). Estas, através de uma survey, ficaram resumidas a seis dimensões que afetam significativamente a satisfação do paciente: prontidão, comunicação, acesso, compreensão do paciente, cuidado e confiança.

Jun, Peterson e Zsidisin (1998), através de *focus groups* envolvendo pacientes, administradores e médicos, identifica onze determinantes da qualidade em saúde: tangíveis, confiança, prontidão, competência, cortesia, comunicação, acesso, entendimento do consumidor, cuidado, resultados e colaboração. O estudo evidencia diferenças entre médicos, pacientes e administradores quanto à importância percebida dos vários atributos. Assim, pacientes e administradores consideram mais importante a qualidade funcional (tangíveis, cortesia, comunicação, entendimento do paciente, acesso, prontidão, cuidado e colaboração). Já os médicos enfatizam a qualidade técnica, através da competência e resultados.

A Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) identifica nove dimensões de qualidade para hospitais, as quais são semelhantes aos cinco fatores de Coddington e Moore e às dimensões do SERVQUAL: eficácia, conveniência, eficiência, respeito e carinho, segurança, continuidade, efetividade, responsividade e disponibilidade (JOINT COMMISSION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS, 1996).

Como as dimensões da JCAHO abrangem a escala SERVQUAL e as dimensões de Coddington e Moore, e, considerando que foram criadas especificamente para uso no processo de Acreditação Hospitalar, Sower *et al.* (2001), desenvolveram, a partir destas dimensões, um instrumento para medir qualidade em organizações de saúde (KQCAH – Key Quality Characteristics Assessment for Hospitals). Durante a realização de *focus groups*, envolvendo prestadores de serviços e consumidores, a dimensão eficácia foi excluída do estudo, sendo que, as oito dimensões finais encontradas são: Respeito e cuidado, efetividade e continuidade, conveniência, informação, eficiência, alimentação, primeira impressão e diversidade do staff.

O Quadro 1 apresenta um comparativo entre as dimensões da qualidade identificadas pelos autores citados nesta seção, partindo das dimensões observadas na indústria de produtos (GARVIN, 1987), passando pela indústria de serviços (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985, 1988; GIANESI; CORRÊA, 1994) e finalizando com os trabalhos específicos no segmento da saúde (CODDINGTON; MOORE, 1987; DONABEDIAN, 1990; BOWERS; SWAN; KOEHLER, 1994; JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998; JCAHO, 1996; SOWER *et al.*, 2001). O quadro apresenta nove colunas correspondentes aos autores estudados, sendo que as linhas são formadas pelas dimensões identificadas como críticas na avaliação da Qualidade.

Autor (es)	Garvin	Parasuraman; Zeithaml; Berry	Gianesi; Corrêa	Coddington; Moore	Donabedian	Bowers; Swan; Koehler	Jun; Peterson; Zsidisin	JCAHO	Sower <i>et al.</i>
Ano	1987	1985,1988	1994	1987	1990	1994	1998	1996	2001
Aspectos Tangíveis	Estética	Tangíveis	Tangíveis	Equipamentos/ Tecnologia			Tangíveis		Alimentação
Conformidade	Desempenho Conformidade Durabilidade		Consistência	Resultados	Efetividade Eficácia		Resultados	Efetividade Eficácia Conveniência	Efetividade e continuidade Conveniência
Credenciais	Características Confiabilidade Qualidade percebida	Confiabilidade Confiança	Competência Credibilidade Segurança	Staff médico	Legitimidade	Confiança Compreensão	Competência Confiança Entendimento	Segurança	Informação Diversidade <i>staff</i>
Atendimento	Atendimento	Responsividade Empatia	Velocidade Atendimento Atendimento / Atmosfera Flexibilidade	Acolhimento Cuidado / Preocupação	Aceitabilidade	Prontidão Cuidado Comunicações	Prontidão Cuidado Cortesia Comunicação Colaboração	Responsividade Respeito / Carinho	Respeito e cuidado Primeira impressão
Acesso			Acesso	Serviços disponíveis	Equidade	Acesso	Acesso	Disponibilidade Continuidade	
Eficiência			Custo		Otimização Eficiência			Eficiência	Eficiência

Quadro 1 - Comparativo das Dimensões da Qualidade de Produtos e Serviços com ênfase na Saúde
Fonte: A Autora (2007)

Ao proceder a análise deste quadro, verifica-se que algumas dimensões estão presentes nos trabalhos de vários autores, e refletem as características e propriedades dos produtos e serviços mencionadas nas seções 5.2. e 5.2.1 deste trabalho. Esta similaridade entre dimensões possibilitou um re-agrupamento das mesmas em Aspectos Tangíveis, Conformidade, Credenciais, Atendimento, Acesso e Eficiência, conforme evidenciado no quadro.

No caso do segmento da saúde, a alta percepção de risco pelo paciente e a complexidade do serviço, sobre o qual o consumidor, via de regra, possui conhecimento limitado, aparece claramente em dimensões como confiança, confiabilidade e segurança. Estes aspectos são enfatizados por Giansi e Corrêa (1994), sendo que o critério será tanto mais importante, quanto maior for o risco percebido pelo cliente, e quanto maior for o valor em jogo na prestação do serviço. A compreensão deste aspecto é facilitada com a visualização da Figura 2.

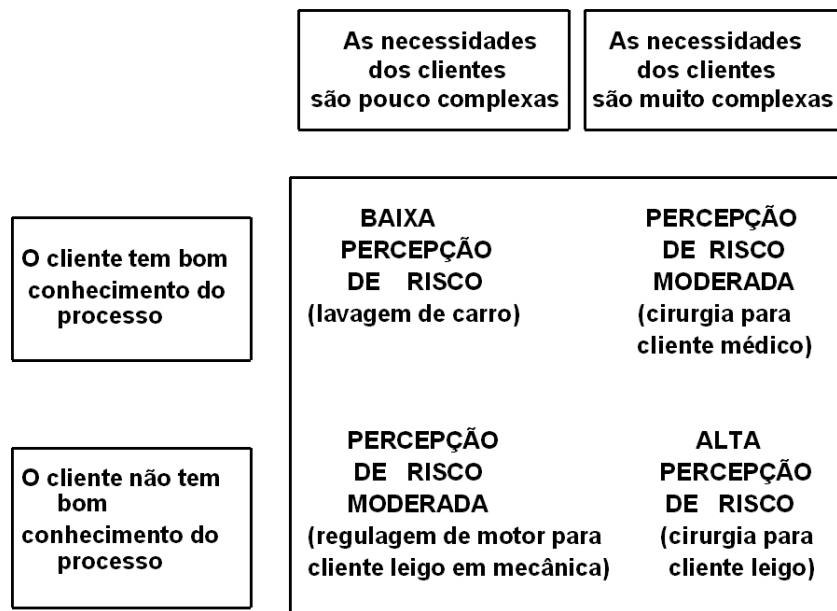


Figura 2 - A percepção de risco do cliente em função da complexidade de suas necessidades e de seu conhecimento do processo.

Fonte: Giansi e Corrêa (1994, p. 96), adaptado de Heskett *et al* (1994).

Verifica-se também que a característica de Intangibilidade (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; GIANESI; CORRÊA, 1994), associada à propriedade de “credenciais” (DARBY; KARNI, 1973, *apud* PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985),

praticamente permeia o quadro no que se refere a serviços, especialmente no segmento da saúde. Fazem-se presentes em dimensões como confiança, confiabilidade, credibilidade, segurança, compreensão do paciente, comunicação, entendimento e informação. Assim, quando existe pouco conhecimento, a avaliação do cliente será baseada, principalmente, nas credenciais do serviço (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; GIANESI; CORRÊA, 1994).

Observa-se que as dimensões de acolhimento, cuidado, respeito e preocupação, cortesia, compreensão do paciente, comunicação, entendimento e informação, são consideradas críticas por vários autores. Este fato ocorre como resposta às características dos serviços já apresentadas anteriormente e, provavelmente, pelo estado de fragilidade que se encontra o consumidor quando é paciente, tratando-se especialmente do segmento da saúde.

O quadro mostra também a maneira como os consumidores utilizam as instalações físicas como “pistas” da qualidade do serviço (GIANESI; CORRÊA, 1994). Assim, toda e qualquer evidência física que esteja ao alcance da percepção do consumidor, sejam instalações, equipamentos, bens facilitadores, higiene do local, aparência dos funcionários e, inclusive, outros consumidores, aparecem em dimensões como Tangíveis, Equipamentos e Tecnologia.

Concluindo, a partir deste quadro, é possível identificar as dimensões da qualidade que mais são valorizadas pelo consumidor e a relevância das avaliações de qualidade, especialmente nas organizações de saúde, oferecendo segurança e crédito ao cliente a respeito de um serviço sobre o qual ele não se sente suficientemente informado. Considerando-se a importância de atender às necessidades e preferências do consumidor para que a qualidade signifique, de fato, uma oportunidade competitiva, as dimensões apontadas devem fazer parte do construto ao se avaliar o impacto de estratégias de qualidade na competitividade das organizações.

As dimensões da qualidade estão presentes nos modelos de avaliação utilizados pelas organizações como estratégias competitivas, os quais serão abordados na próxima subseção.

5.2.3 Modelos de Avaliação da Qualidade nas Organizações

Como componente do conjunto de iniciativas de garantia de qualidade, encontram-se os Programas de Avaliação da Qualidade. A avaliação da qualidade pode ser realizada por profissionais da própria organização (avaliação interna) ou por equipe externa, especialmente contratada para o processo (avaliação externa). O interesse desta pesquisa concentra-se em

avaliações externas, pois seus padrões representam a opinião de especialistas de locais variados, que devem estar adequadamente atualizados e, sobretudo, são realizadas por indivíduos sem vínculo com a organização, o que oferece maior credibilidade aos resultados.

São citados, na literatura, vários termos relacionados a Programas de Avaliação de Qualidade nas organizações, tais como, certificação, acreditação, prêmio, que apresentam diferenças e semelhanças. Entretanto, os mesmos tem sido utilizados indistintamente para designar sistemas de avaliação externa onde se verifica o cumprimento de um conjunto de padrões, e assim serão entendidos no decorrer deste trabalho (SCHIESARI, 2003).

O movimento iniciado nos anos 80 enfatizou a mensuração (TERRA, 2000), dando impulso à criação e valorização de vários modelos. Podem ser citados as normas ISO (International Standardization Organization), o prêmio Deming, o prêmio Malcon Baldrige, o EFQM (European Foundation for Quality Management) e o brasileiro PNQ (Prêmio Nacional de Qualidade). Atualmente, nos EUA, são listados mais de vinte e cinco prêmios de qualidade exclusivamente deste país (FUNK, 2006).

As normas ISO constituem-se no sistema de avaliação de qualidade mais amplamente utilizado (RAHO; MEARS, 1997), tendo se estabelecido em 1947, inicialmente na indústria manufatureira e de engenharia. A sua missão é promover o desenvolvimento da padronização a fim de facilitar o intercâmbio internacional de produtos e serviços, atingida através da garantia da qualidade e confiabilidade do produto a um preço razoável, da melhoria da proteção de saúde, segurança, fatores ambientais e redução de perdas (ISO, 2006). Sumariamente, os benefícios da certificação ISO 9000, relatados por vários autores, são: melhoria da qualidade em serviço, aumento da preferência do consumidor, melhoria da imagem de qualidade da empresa e competitividade no mercado, maior produtividade e exportação, melhor controle do negócio, redução de custos, redução das reclamações dos consumidores, melhor documentação dos procedimentos e aumento da conscientização de ações preventivas e corretivas (QUAZI; JACOBS, 2004).

O prêmio Deming foi criado no Japão nos anos 50, sendo concedido principalmente a empresas que revelem um excepcional desempenho na área de controle estatístico de qualidade (ISHIKAWA, 1986). É dividido nos seguintes capítulos: políticas, organização, informação, padronização, desenvolvimento e uso dos recursos humanos, atividades para garantia da

qualidade, atividades para manutenção e controle, atividades para melhoria, resultados e planos futuros (TARI, 2005).

O prêmio Malcon Baldrige (*Malcon Baldrige National Quality Award*) foi criado nos EUA em 1987, a partir da preocupação de líderes empresariais e governamentais com a capacidade de competição do país. O prêmio evoluiu do enfoque da qualidade, como uma função de negócio separada, para um mecanismo de operação de uma empresa de sucesso baseada nas melhores práticas de negócio (RAHO; MEARS, 1997). O modelo é dividido em sete categorias: liderança, planejamento estratégico, orientação dos recursos humanos, gerenciamento de processos, informação e análise, foco no cliente e no mercado e resultados do negócio (TARI, 2005).

O modelo *EFQM (European Foundation for Quality Management)*, criado em 1988, destaca-se devido à sua dimensão continental. É baseado nos seguintes princípios: liderança, gerenciamento dos funcionários, resultados para o consumidor, resultados para a sociedade e resultados-chave (TARI, 2005).

A Fundação Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) foi criada no Brasil em 1991, constituindo-se numa entidade privada sem fins lucrativos, a partir de trinta e nove organizações públicas e privadas. O PNQ, inspirado nos prêmios Malcon Baldrige e Deming, apesar de sua vocação para a excelência, pode ser aplicado a organizações de diferentes portes e segmentos. Tem como base, desde 1992, os seguintes Critérios de Excelência para avaliação e análise dos sistemas de gestão: visão sistêmica, aprendizado organizacional, agilidade, inovação, liderança e constância de propósitos, visão de futuro, foco no cliente e no mercado, responsabilidade social, gestão baseada em fatos, valorização das pessoas, abordagem por processos e orientação para resultados (FPNQ, 2005).

Assim, os modelos de avaliação de qualidade reúnem um conjunto de padrões ou referências de qualidade, norteados as práticas de gestão ou procedimentos técnicos de uma organização. São desenvolvidos por especialistas no assunto, sofrem experimentação seguida de reflexão e discussão intensas e, atualmente, são vistos como convergentes, indicando uma direção com pontos comuns. Sabe-se que instituições acreditadas, premiadas ou certificadas conseguem atingir os padrões propostos pelos demais modelos mais rapidamente do que outras instituições (SCHIESARI, 2003).

Os modelos até aqui mencionados podem ser aplicados a organizações de segmentos de mercado indiscriminadamente, ou seja, não foram criados para uma área determinada. Devido às particularidades das organizações de saúde, foram criados modelos de avaliação de qualidade específicos, os quais serão abordados na próxima seção.

5.3 ACREDITAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES DE SAÚDE

Os modelos de Acreditação surgiram para dar conta das particularidades da avaliação e certificação das organizações do segmento da saúde, de alto nível de complexidade, onde o processo principal é a assistência ao paciente.

Acreditar significa “dar crédito a; crer; ter como verdadeiro; conceder reputação a; tornar digno de confiança [...]” (HOUAISS; VILLAR, 2001). Entretanto, a palavra Acreditação não figura nos dicionários de língua portuguesa, sendo utilizada no sentido de procedimento que viabiliza alguém ou algo de ser acreditado. É neste sentido que se utiliza o termo acreditado como aquele que é digno de confiança e reputação (KLÜCK, 2002) e acreditador (aquele que acredita). Desta forma, um hospital que se submete ao processo de acreditação poderá ser acreditado por uma instituição acreditadora (QUINTO NETO; GASTAL, 2004).

As organizações que se tornam acreditadas tornam-se exemplos que contribuem para a melhoria do sistema de saúde como um todo, na medida em que outras instituições poderão tentar igualar-se a estas. Desta forma, a acreditação pressupõe compromisso com os funcionários, sócios, clientes, fornecedores, fontes pagadoras e a sociedade em geral (QUINTO NETO; GASTAL, 2004).

Assim, Acreditação é um sistema de verificação externa para determinar a conformidade com um conjunto de padrões, consistindo num processo de avaliação dos recursos institucionais, de caráter voluntário, periódico e reservado (CBA, 2007). O caráter voluntário pressupõe que apenas as organizações realmente interessadas na melhoria da qualidade dos seus serviços se habilitem para a avaliação (SCHIESARI, 2003). O caráter periódico garante a melhoria contínua, pois para manter o *status* de acreditado, todo o processo de avaliação deve ser feito a cada três anos. Quanto ao caráter reservado, significa que os resultados da avaliação só serão tornados públicos se a organização for considerada acreditada, garantindo assim, a confidencialidade das

informações (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE, 2003).

Entende-se por padrão “uma declaração de expectativas relativas ao grau, ou nível de excelência, ou ainda, o que é possível alcançar quanto à qualidade do desempenho hospitalar” (CBA, 2007). Os padrões de Acreditação são elaborados visando estimular esforços para a melhoria contínua das instituições acreditadas, sendo seu conteúdo e a ênfase dada a cada grupo, uma especificidade de cada modelo utilizado.

A Acreditação deve ser entendida, portanto, a partir de duas visões. A primeira visão refere-se ao processo educacional, onde a cultura da Qualidade é introduzida nas organizações de saúde, e melhorias são implementadas. A segunda visão refere-se ao processo de avaliação e certificação da qualidade dos serviços de assistência à saúde, que atesta o grau de qualidade alcançado pela instituição, a partir de padrões de qualidade previamente definidos (KLÜCK, 2002).

5.3.1 Histórico

É dito que a história da Acreditação teve início em 1910, quando o cirurgião norte-americano Ernest Codman apresentou a primeira tentativa de avaliação dos cuidados em saúde. Este médico desenvolveu um sistema de padronização hospitalar baseado na avaliação do resultado final, denominado *the end result system standardization* (CBA, 2007).

Em 1917, o Colégio Americano de Cirurgiões desenvolveu o *Minimum Standard for Hospitals* (Padrões Mínimos para Hospitais), com o objetivo de melhorar as precárias condições dos hospitais americanos e da prática assistencial. Os padrões incluíam a necessidade de um corpo clínico licenciado, de caráter e com ética profissional, a exigência do registro de todos os atendimentos e a existência de instalações adequadas para o diagnóstico e o tratamento (KLÜCK, 2002). Estes padrões, como mostra a sua denominação, inicialmente refletiam o mínimo indispensável para o bom funcionamento dos hospitais. Com o aprimoramento dos mesmos, maior rigor e ampliação das suas áreas de cobertura, passaram a refletir o ótimo para uma organização de saúde (SCHIESARI, 2003).

Dando continuidade a este movimento, foi criada, em 1951, a Joint Commission on Accreditation of Hospitals, renomeada em 1987 como Joint Commission on Accreditation of

Healthcare Organizations (JCAHO). Esta instituição era composta pelo Colégio Americano de Cirurgiões, Colégio Americano de Médicos, Associação Médica Americana, Associação Americana de Hospitais e Associação Médica Canadense. Até 2007, a JCAHO acreditou em torno de 15.000 organizações de saúde nos EUA (CBA, 2007).

Ao mesmo tempo, vários países partiram para o desenvolvimento de modelos de acreditação próprios, de abrangência nacional, iniciando pela Austrália (em 1974). Atualmente, podem ser encontrados modelos nacionais na França, República Tcheca, Hungria, Finlândia, Polônia, África do Sul, Coreia, Taiwan, Japão, Argentina, Bolívia, Colômbia, República Dominicana, Espanha, Reino Unido, Holanda, Alemanha, Irlanda, Dinamarca, República dos Emirados Árabes, Turquia, Filipinas, Portugal e Brasil (CBA, 2007).

Em 1998 foi criada a JCI (Joint Commission International), a partir da JCR (Joint Commission Resources), avaliando organizações de saúde internacionalmente. Em 2007, encontram-se mais de 40 organizações acreditadas nos diversos países (CBA, 2007).

5.3.2 Modelos de Acreditação utilizados no Brasil

Atualmente, uma organização de saúde localizada no Brasil pode buscar a Acreditação através de dois modelos: o modelo da ONA (Organização Nacional de Acreditação) e o da JCI (Joint Commission International). A seguir, ambos serão abordados, dando-se maior detalhamento ao modelo JCI, o qual será utilizado no desenvolvimento deste trabalho.

5.3.2.1 Modelo da ONA (Organização Nacional de Acreditação).

No Brasil, a Acreditação passou a ser discutida efetivamente na década de 90, a partir do incentivo da Organização Panamericana de Saúde (OPAS), que desenvolveu um instrumento específico para a América Latina. Em 1998 foi criada a Organização Nacional de Acreditação (ONA), sendo esta a instituição responsável pelo estabelecimento dos padrões e monitoramento do processo de Acreditação. Esta instituição é formada por representantes de entidades nacionais, área governamental, compradoras de serviços de saúde e prestadores de serviços de saúde. Em maio de 2007, setenta e nove hospitais estavam acreditados pela ONA (ONA, 2007).

O Manual da ONA é composto por padrões agrupados segundo a área temática específica, sendo apresentados em três níveis – 1, 2 e 3. Assim, ao ser acreditado, o hospital receberá uma graduação. O nível 1 corresponde ao nível de segurança, ou seja, trata-se dos requisitos básicos da qualidade da assistência prestada, enfatizando a disponibilidade dos recursos (humanos e infra-estrutura). O nível 2 corresponde à organização dos serviços (processos), ou seja, evidencia a adoção do planejamento na organização da assistência hospitalar. Por fim, o nível 3 corresponde às práticas de gestão (resultados), denotando a excelência dos serviços prestados (MALIK; SCHIESARI, 2002).

O Manual é dividido em sete seções e estas, em subseções (MALIK; SCHIESARI, 2002):

- Liderança e Administração – Direção, Administração e Garantia da Qualidade;
- Serviços Profissionais e Organização da Assistência – Corpo Clínico e Enfermagem;
- Serviços de Atenção ao Paciente/Cliente – Internação, Referência e Contra-Referência, Atendimento Ambulatorial, Emergência, Centro Cirúrgico, Anestesiologia, Obstetrícia, Neonatologia, Tratamento Intensivo, Hemoterapia, Reabilitação, Medicina Nuclear e Radioterapia;
- Serviços de Apoio Diagnóstico – Laboratório Clínico, Diagnóstico por Imagem, Métodos Gráficos e Anatomia Patológica;
- Serviços de Apoio Técnico e Abastecimento – Arquivo Médico, Controle de Infecções, Estatísticas, Farmácia, Nutrição e Dietética, Lavanderia, Processamento de Materiais e Esterilização, Higiene, Segurança e Saúde Ocupacional e Serviço Social;
- Serviços de Apoio Administrativo e Infra-estrutura – Documentação da Planta Física, Estrutura Físico-Funcional, Sistema Elétrico, Manutenção Geral, Controle de Resíduos e Água, Segurança Geral;
- Ensino e Pesquisa – Biblioteca e Informação Científica.

A abrangência institucional faz com que as áreas em estágio inicial de organização e qualidade determinem o nível da acreditação.

5.3.2.2 Modelo da JCI (Joint Commission International)

O modelo da JCI foi desenvolvido a partir das mudanças ocorridas nos anos noventa: globalização da economia, expansão de mercado e universalização das comunicações. Seguindo a tendência dos investimentos internacionais e unificação do mercado, surgiu no setor da saúde, a necessidade de planejar, de uma forma integrada, a oferta de serviços de saúde similares em diversos países, apesar de origens diversas. Com o objetivo de integrar critérios de garantia de qualidade, foram elaborados os padrões da JCI (ARCE, 1998).

O projeto para o desenvolvimento dos padrões da JCI foi desenvolvido pela JCR (Joint Commission Resources), uma subsidiária da Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO), durante um período de dezesseis meses (de junho de 1998 a setembro de 1999). Através de uma força-tarefa, composta por membros de várias regiões do mundo (América Latina e Caribe, Ásia e Costa do Pacífico, Oriente Médio, Europa Central e Oriental, Europa Ocidental e África), representantes da ISQua (International Society for Quality in Health Care), a partir dos padrões da JCAHO e em sintonia com os princípios da ISQua, foi publicada a primeira versão dos padrões da JCI, sendo que a primeira avaliação de uma organização de saúde aconteceu ao final de 1999 (DONAHUE; VanOSTENBERG, 2000).

O modelo da JCI integra aspectos do European Foundation for Quality Management (EFQM), ISO 9000 e prêmio Baldrige. Do EFQM provém a abordagem da administração da qualidade; das normas ISO, o controle da qualidade, e, finalmente, do prêmio Baldrige, os conceitos de melhoria contínua e TQM (SCHYVE, 1998; DONAHUE; VanOSTENBERG, 2000). Os três modelos têm em comum a utilização de critérios explícitos ou padrões (conjuntos de expectativas pré-estabelecidas, os quais são revisados e aprovados por uma autoridade respeitada) e com utilização de avaliadores externos.

Diferentemente de outros modelos nacionais de Acreditação, o modelo da JCI permite a comparação de organizações em todo o mundo. Isto se torna possível em virtude da elaboração de indicadores, com objetivos e métodos de coleta padronizados, o que permite a análise dos resultados e o uso de *benchmarking*¹. Através desta análise, é possível evoluir na busca das melhores práticas médicas e de gestão (SCHYVE, 1998). Globalmente falando, isto representa a

¹ O *benchmarking* é visto como um processo positivo e pró-ativo por meio do qual uma empresa examina como outra realiza uma função específica a fim de melhorar seu desempenho.

mudança de uma perspectiva micro, com atividades de melhoria de qualidade apenas num nível local e regional, para uma perspectiva mais macro, com medidas de melhoria, sistemas de mensuração e comparações nacionais e internacionais (MAINZ; BARTELS, 2006).

A JCI promove uma avaliação sistêmica da organização, através de padrões organizados em onze capítulos correspondentes às funções mais importantes, comuns a todas organizações hospitalares. Estes onze capítulos estão divididos no Manual em dois grandes grupos: funções relacionadas aos cuidados do paciente e funções relativas à organização, apresentadas a seguir (CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO DE SISTEMAS DE SAÚDE, 2003):

- Funções Relacionadas ao Paciente:

- Acesso e Continuidade do Cuidado – ACC – Aborda os processos capazes de garantir o adequado e contínuo acesso dos pacientes ao hospital; a admissão do paciente de acordo com suas necessidades e a oferta de serviços do hospital; e a sistematização das rotinas e procedimentos voltados a assegurar o desenvolvimento dos processos de referência, contra-referência, transferências internas, externas e altas;
- Direitos do Pacientes e Familiares – DPF – Abrange os processos para identificar, proteger e promover os direitos do paciente; informar o paciente sobre seus direitos; incluir os familiares, quando oportuno, nas decisões sobre o cuidado ao paciente; obter consentimento informado; educar os profissionais quanto aos direitos do paciente, e estabelecer a estrutura ética da organização;
- Avaliação do Paciente – AP - Discute a sistematização dos processos de avaliação inicial do paciente e das políticas e procedimentos voltados para a adequada operação e utilização dos recursos diagnósticos: análises clínicas, anatomia patológica, radiologia e outros serviços;
- Cuidados ao Paciente – CP – Aborda as políticas e procedimentos voltados ao estabelecimento dos processos do planejamento de cuidados do paciente; sistematização do armazenamento, dispensação ² e utilização de medicamentos; planejamento, monitoramento e registros das atividades de cirurgias e anestesia, pacientes de risco, planejamento nutricional e reabilitação;

² Processo de identificação, separação e conferência de medicamentos e materiais na farmácia do hospital, os quais serão utilizados na assistência ao paciente.

- Educação dos Pacientes e Familiares – EPF – Abrange a definição e aplicação de processos educacionais para pacientes e familiares, segundo as necessidades identificadas.

- Funções Relacionadas à Organização:

- Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente – QSP – Aborda os modelos e processos de estrutura de gestão e de operação para o desenvolvimento de programas e atividades de melhoria de desempenho (qualidade); implantação de indicadores de desempenho nas áreas de assistência direta ao paciente e áreas administrativas; estabelecimento de métodos para o controle e investigação das ocorrências identificadas como Eventos Sentinela; e a implantação de métodos e instrumentos para avaliação e monitoramento contínuo do desempenho das diferentes atividades desenvolvidas nos serviços;
- Prevenção e Controle de Infecções – PCI – Discute a implementação de políticas e procedimentos voltados à vigilância, prevenção e controle de infecção hospitalar; treinamento e capacitação dos profissionais, pacientes, familiares e visitantes;
- Governo, Liderança e Direção – GLD – Abrange a implementação de políticas e procedimentos capazes de configurar o modelo e os métodos de gestão; planejamento estratégico e plano diretor; discussão e definição dos processos de planejamento, orçamento, controle e gestão com lideranças; estrutura administrativa, linhas de responsabilidade e a gerência efetiva dos serviços;
- Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança – GAS – Discute o planejamento e programas voltados para a estrutura predial e componentes físico-estruturais dos serviços; sistemas de emergência, processos voltados para atuar de forma segura no ambiente hospitalar, situações de emergência e catástrofes;
- Educação e Qualificação de Profissionais – EQP – Abrange os processos para garantir a regulamentação e qualificação dos profissionais;
- Gerenciamento da Informação – GI – Aborda os processos relacionados ao sistema de informações; criação e manutenção dos requisitos de segurança, confidencialidade e integridade das informações; manutenção do formato e conteúdos dos prontuários.

O processo de Acreditação pela JCI é composto por duas fases: educação e avaliação. A fase de educação inicia no momento em que a organização define a entrada no processo e parte da capacitação de todos os funcionários nos padrões regradados pelo Manual. É realizada uma auto-avaliação, seguida de uma avaliação diagnóstica. Esta avaliação diagnóstica tem como objetivo detectar todas as não conformidades aos padrões, gerando o desenvolvimento de planos de ação. Esta fase é acompanhada por um profissional da agência acreditadora, cuja função é educativa.

A partir da implantação dos planos de ação, quando a organização se entende preparada, é agendada a avaliação de Acreditação. Esta avaliação é realizada por uma equipe composta por médico, enfermeiro e administrador, sendo, necessariamente, um membro americano. Todos os profissionais, além de deter conhecimento especializado em sua área, estão aptos para avaliar todos os padrões. Esta fase dura, em média, de três a cinco dias, dependendo do tamanho da organização e número de serviços.

Como resultado, a organização é declarada Acreditada ou não. Não existe uma graduação, pois a avaliação pela JCI pressupõe o atingimento de padrões ótimos de qualidade da organização de saúde, e não apenas de padrões mínimos.

No Brasil, a JCI possui um representante – o CBA. O Consórcio Brasileiro de Acreditação é o nome fantasia da Associação Brasileira de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde. Trata-se, portanto, da agência acreditadora através da qual o modelo JCI é aplicado (CBA, 2007).

Ao se comparar os dois modelos apresentados, ONA e JCI, verifica-se que ambos possuem o mesmo objetivo, ou seja, focam na prevenção dos riscos, segurança e qualidade dos processos. Conforme explicam López e Malik (2007), as principais diferenças evidenciam-se na qualificação do padrão e no foco da avaliação: “Os padrões da JCI são fechados e mantêm relação direta com processo e tarefas específicas relacionadas nos elementos de verificação. Já os padrões da ONA são mais abertos e se configuram em referenciais a serem checados com ajuda dos itens de orientação”. Quanto ao foco de avaliação, as autoras enfatizam que o modelo da JCI verifica os processos em relação a padrões explicitados, sempre sobre a ótica do cuidado ao paciente. Já o modelo da ONA altera o foco de avaliação, na dependência do nível. Assim, no nível 1, o foco é a segurança; no nível 2, o foco são os processos e a melhoria contínua e, finalmente, no nível 3, o foco é a excelência na gestão.

López e Malik (2007) concluem que a Acreditação pela JCI é uma verificação externa do cumprimento de padrões internacionais pré-estabelecidos e a ONA, por sua vez, é a verificação

do cumprimento de padrões estabelecidos pelo próprio serviço, seguindo pré-requisitos preconizados pelas normas ISO e auditados por organizações especializadas.

5.3.3 Motivações e Objetivos da adoção de Estratégia de Acreditação

Para identificar as motivações que levam as organizações hospitalares a adotarem uma estratégia de Acreditação, e por ser esta uma iniciativa de qualidade relativamente recente, é oportuno que se busque, inicialmente, em outras estratégias de qualidade, subsídios para este entendimento. Assim, partindo das motivações descritas para certificação ISO, serão abordadas as iniciativas de TQM no segmento da saúde e, por fim, a estratégia de Acreditação.

Talvez por se tratar da mais prevalente iniciativa de qualidade global, as publicações referentes a ISO são as mais abundantes (ISMAIL; HASHIMI, 1999; ZHU; SCHEUERMANN, 1999; WITHERS; EBRAHIMPOUR, 2000). De acordo com a literatura, a busca da certificação ISO é primariamente motivada pela necessidade de entrar no mercado global, pressões competitivas ou exigência dos consumidores (ANDERSON; DALY; JOHNSON, 1999; LEE; PALMER, 1999; BEATTIE; SOHAL, 1999). Análise realizada por Anderson, Daly e Johnson (1999), revela que a certificação é entendida pelas empresas como sinal de práticas de administração da qualidade efetivas, percebidas pelo público. Além destes fatores, a certificação pode se tornar uma ferramenta através da qual a empresa desenvolve um gerenciamento mais orgânico dos seus recursos, alinhado às mudanças contínuas do mercado (ZHU; SCHEUERMANN, 1999; FRANCESCHINI; GALETTO; GIANNI, 2004).

Withers e Ebrahimpour (2000), em estudo envolvendo onze empresas européias, obtiveram, como as razões mais citadas pelas organizações para busca da certificação pela ISO, a exigência do consumidor, melhoria dos processos e pressão competitiva. Os autores avaliaram o impacto da certificação ISO 9000 nas dimensões da qualidade usadas para obter vantagem competitiva. As dimensões avaliadas foram as descritas por Garvin (1987): desempenho, características, confiança, durabilidade, atendimento, estética e qualidade percebida. O estudo mostrou evidências de que a qualidade, como ficou refletido nas oito dimensões utilizadas para avaliar a competitividade, melhora como resultado da certificação ISO 9000. As dimensões que mais se beneficiaram foram confiança, conformidade, atendimento, e qualidade percebida. As dimensões menos afetadas foram estética e características. Resultados semelhantes foram

encontrados por outros autores (ANDERSON; DALY; JOHNSON, 1999; ZHU; SCHEURMANN, 1999).

Tratando-se de estratégias de qualidade no segmento da saúde, verifica-se que os fatores que estão motivando organizações de saúde (especialmente os hospitais) a adotar iniciativas de qualidade são os mesmos que impulsionaram as indústrias de manufatura a adotar o TQM. Estes fatores incluem competição, satisfação do consumidor, valor percebido, *market share*, e, acima de tudo, a necessidade de manter a lucratividade (HUQ; MARTIN, 2000).

Quando se trata especificamente da estratégia de Acreditação, a melhoria da qualidade do atendimento prestado apresenta-se como uma demanda crescente da rede de hospitais públicos e privados. Como fatores que impulsionam a adoção de novas estratégias no segmento da saúde, encontram-se: o aumento crescente dos custos, a necessidade de atender os direitos do consumidor, as expectativas crescentes quanto às boas práticas hospitalares e a preocupação com a garantia da segurança na assistência (CBA, 2007).

Estes fatores podem ser mais facilmente entendidos examinando a trajetória da Acreditação. Nos Estados Unidos, até os anos sessenta, o mecanismo da Acreditação era impulsionado pelos seus usuários originais, ou seja, os profissionais de saúde e hospitais, os quais almejaram melhorar a qualidade do cuidado e recrutar *staff*. Com a criação do *Medicare*³ para idosos americanos, a Acreditação pela Joint Commission tornou-se pré-requisito para o hospital pertencer a este programa. Desta maneira, o governo passou a ser usuário da Acreditação (SCHYVE, 2000).

Ao governo, seguiram-se os empregadores. Nos anos oitenta, com o aumento dos custos dos seguros-saúde, os quais eram pagos pelos empregadores aos seus empregados, esses e as companhias de seguro passaram a escolher os prestadores do serviço de saúde baseados no valor. O valor era, então, custo e qualidade (representada pela Acreditação). Este fato forçou as organizações de saúde a buscar eficiência (SCHYVE, 2000).

Posteriormente, também os empregados passaram a participar do pagamento do seu seguro. Tornando-se conscientes do preço, mas preocupados com a qualidade do serviço, passaram a ser também usuários da Acreditação. Concomitantemente, pacientes e familiares passaram a demandar maior envolvimento no processo decisório do seu cuidado, incluindo o

³ *Medicare* - serviço de cobertura de saúde federal dos Estados Unidos da América (EUA).

local onde este seria prestado. Assim, Acreditação tornou-se uma fonte de informação utilizada pelos consumidores no seu processo de decisão (SCHYVE, 2000).

Finalmente, os compradores, consumidores e governo tornaram-se progressivamente mais preocupados com a segurança do cuidado, esperando que a Acreditação respondesse a esta demanda. Outro fator que impulsionou esta estratégia ao redor do mundo, foi o interesse de companhias internacionais em ofertar cuidado de saúde efetivo e seguro aos seus empregados, distribuídos em vários países (SCHYVE, 1998).

Os clássicos objetivos da Acreditação de serviços de saúde citados por Hayes e Shaw (1995) constituem-se na busca voluntária da qualidade, construção da equipe, educação para o *staff*, instrumento de gerenciamento e *marketing* da organização.

A busca voluntária da qualidade é considerada um dos principais incentivos para a acreditação dos serviços de saúde. Um sistema que permite a uma instituição demonstrar sua eficácia é mais construtivo para o desenvolvimento da organização na medida em que permanece voluntário. Um sistema compulsório poderia ser entendido como governamental, adquirindo um caráter de julgamento e gerando um entendimento de ameaça para determinadas instituições. O processo voluntário encoraja as organizações a trabalharem em direção à Acreditação e representa um compromisso para perseguir a qualidade (HAYES; SHAW, 1995).

A preparação para a Acreditação é a fase-chave de desenvolvimento para todo o *staff* envolvido. O processo de construção da equipe e o esforço para a melhoria encorajam e motivam (HAYES; SHAW, 1995).

O processo de Acreditação é educativo, tanto para a organização avaliada, quanto para os avaliadores. Oferece uma oportunidade para as instituições reverem suas práticas correntes, olhando com outros olhos o que sempre fazem e de que maneira isto pode ser melhorado. Também a observação detalhada em outra instituição oferece aos avaliadores uma oportunidade de levar para seus próprios locais de trabalho novas idéias e instituir melhorias (HAYES; SHAW, 1995).

A Acreditação pode ser utilizada como uma ferramenta de gerenciamento. O processo de auto-análise ou auto-avaliação oferece uma boa base para o desenvolvimento organizacional. O acréscimo de uma revisão externa acrescenta objetividade à auto-avaliação (HAYES; SHAW, 1995).

Finalmente, Hayes e Shaw (1995) enfatizam que, por se tratar de um reconhecimento da qualidade da organização de saúde, a Acreditação pode ser usada para o *marketing*, auxiliando o prestador a obter ganhos em contratos de negócios.

Outros estudos, realizados a partir dos benefícios percebidos por prestadores e usuários da Acreditação mostram resultados bastante semelhantes aos descritos acima. Enfatizam, ainda, a oportunidade de desenvolver uma imagem de credibilidade junto à comunidade, atraindo pacientes, funcionários e obtendo vantagem num mercado competitivo (SHAW, 2004).

Neste contexto competitivo, apesar de diferir em vários aspectos de outros serviços, os cuidados em saúde também sofrem o impacto da globalização, caracterizada pela circulação de produtos e serviços entre países em resposta a critérios de eficiência. Assim, o fenômeno que começa a ocorrer na saúde caracteriza-se pela movimentação de pacientes em busca de assistência a um custo menor do que é oferecido em seu país natal, porém com alta qualidade. É o que se denomina atualmente de turismo médico. Por exemplo, tratamentos oferecidos nos países do oeste europeu atraem casais inférteis americanos, porque custam metade ou um terço do que seria pago nos EUA. Cirurgias eletivas são oferecidas em hospitais indianos altamente sofisticados, custando apenas 10 a 20% de tratamento idêntico em países europeus (SEGOUIN; HODGES; BRECHAT, 2005). Em 2003, estima-se que 50.000 cidadãos britânicos viajaram à Tailândia, África do Sul, Índia e Cuba em busca de assistência médica (MATOO; RATHINDRAN, 2006).

Quando o paciente busca um tratamento ou procedimento fora de seu país, necessita contar com a garantia da qualidade do serviço a ser prestado. Esta garantia e o reconhecimento da qualidade são oferecidos pela utilização de padrões internacionais de avaliação, aceitos universalmente, o que caracteriza a Acreditação internacional. Uma organização acreditada internacionalmente significa a promessa de equivalência de serviços além das fronteiras dos países (SEGOUIN; HODGES; BRECHAT, 2005). Matoo e Rathindran (2006) sugerem aos hospitais de países em desenvolvimento que almejam atrair pacientes de outros países, que demonstrem a qualidade de suas organizações obtendo acreditação pela Joint Commission International. Assim, considerando este aspecto, a participação num mercado globalizado surge como uma das motivações que pode levar as organizações de saúde a adotarem uma estratégia de Acreditação, utilizando, neste caso, um modelo internacional.

Considerando a estratégia de Acreditação em hospitais brasileiros, os seguintes benefícios são citados pelas organizações: aprimoramento do processo gerencial (pela utilização e melhoria do planejamento estratégico, indicadores gerenciais e aumento da produção); padronização de processos (com redução da variação dos processos institucionais e seu monitoramento); mudança de cultura (estimulada, sobretudo, pela idéia de estabelecimento de padrões, ciclos de melhoria contínua e uso de indicadores); treinamento (aumento do número de horas de capacitação dos funcionários e possível impacto na assistência prestada); equipe multiprofissional (desenvolvimento do trabalho em equipe); segurança do paciente (através do controle de processos críticos como prontuário do paciente, protocolos de conduta clínica, monitoramento de efeitos adversos); foco no paciente (o paciente torna-se o centro das atividades, passando a participar da tomada de decisão em relação ao seu tratamento); motivação (o ambiente de trabalho torna-se motivador) e, finalmente, o reconhecimento público da qualidade dos serviços prestados (SCHIESARI, 2003).

Klück (2002), estudando um hospital acreditado no sul do Brasil, informa resultados semelhantes aos descritos acima, enfatizando a Acreditação como uma ferramenta muito efetiva para formação e motivação dos profissionais, desenvolvimento de uma cultura de qualidade na instituição e gestão do hospital. Acrescenta, ainda, a importância para o desenvolvimento de sistemas de informação na organização.

Concluindo, as motivações para a adoção da estratégia de Acreditação e os benefícios informados pelas organizações até o momento estão em sintonia. Assim, de uma maneira geral, as organizações esperam com a Acreditação (CBA, 2007; SHAW, 2004):

- Demonstrar padrões de excelência para clientes e financiadores, ampliando o diferencial de qualidade em um mercado competitivo;
- Obter avaliação objetiva do desempenho da organização, utilizando abordagem centrada no processo do cuidado ao paciente;
- Desenvolver e aprimorar continuamente os recursos humanos;
- Racionalizar a utilização de recursos humanos, financeiros e tecnológicos;
- Buscar maior eficiência e efetividade no atendimento.

As motivações e benefícios na adoção de iniciativas de qualidade nas organizações, descritas nesta seção, estão resumidas no Quadro 2.

Iniciativa de qualidade	ISO	TQM	Acreditação	Acreditação	Acreditação	Acreditação	Acreditação JCI	Acreditação	Acreditação/ISO/PNQ
Autores	Ismail; Hashimi (1999); Anderson; Daly; Johnson (1999); Beattie; Sohal (1999) Whithers; Ebrahimpour (2000); Zhu; Scheurmann (1999); Franceschini; Gianni (2004); Lee; Palmer (1999).	Huq; Martin (2000).	Hayes; Shaw (1995).	Schyve (1998).	Klück (2002).	Shaw (2004).	Mattoo; Rathindran (2006).	CBA (2007).	Schiesari (2003).
Organização	organizações em geral	hospitais	hospitais	hospitais	hospitais	hospitais	hospitais	hospitais	hospitais
Melhoria de processos	Melhoria de processos Gerenciamento de recursos	Manter lucratividade	Busca voluntária da qualidade Construção da equipe Educação p/ staff Instrumento de gerenciamento	Melhorar a qualidade Recrutar staff Buscar eficiência Segurança do cuidado	Formação dos profissionais Motivação dos profissionais Cultura de qualidade Melhoria na gestão Desenvolvimento de sistemas de informação	Captar RH Desenvolver RH Racionalizar utilização de recursos (RH, financeiros, tecnológicos) Maior eficiência no atendimento Maior efetividade no atendimento		Aumento dos custos Atender direitos consumidor Garantia da segurança na assistência Expectativas com boas práticas hospitalares Desenvolver RH Racionalizar utilização de recursos (RH, financeiros e tecnológicos) Maior eficiência no atendimento Maior efetividade no atendimento	Aprimoramento do processo gerencial Padronização dos processos Cultura da qualidade Treinamento Desenvolvimento do trabalho em equipe Melhoria da segurança do paciente Foco da organização no paciente Aumentar a motivação
Reconhecimento	Reconhecimento de práticas de administração efetivas	Valor percebido Satisfação do consumidor	Marketing da organização	Fonte de informação para o consumidor		Imagem de credibilidade Demonstrar padrões de excelência p/ clientes e financiadores	Garantia de qualidade internacional	Demonstrar padrões de excelência para clientes e financiadores	Reconhecimento público da qualidade dos serviços prestados
Avaliação da Qualidade						Avaliação objetiva do desempenho da organização		Avaliação objetiva do desempenho da organização	
Pressões Competitivas	Pressões competitivas Entrar no mercado global Exigências dos consumidores Mudanças contínuas no mercado	Competição Market share				Vantagem competitiva Atrair pacientes Diferencial de qualidade no mercado	Atrair pacientes de outros países	Diferencial de qualidade no mercado	

Quadro 2 - Motivações e benefícios para adoção de iniciativas de qualidade nas organizações.

Fonte: A Autora (2007).

A partir da definição da estratégia de Acreditação, segue-se a sua implementação. Na próxima subseção, serão abordados os fatores críticos na implantação desta estratégia, tanto os que possam auxiliar, quanto aqueles que venham a dificultar o processo.

5.3.4 Fatores críticos na implementação da Estratégia de Acreditação

A literatura revela uma alta taxa de falhas (60 a 67%) em relação à implementação de iniciativas de qualidade nas organizações de saúde. É geralmente aceito que estas falhas não são causadas pelos princípios básicos dos programas, mas sim devido, principalmente, a sistemas de implementação não efetivos. Assim, é necessário melhorar o modelo de implementação a fim de reduzir estes índices (HUQ; MARTIN, 2000). Para tanto, é preciso conhecer os fatores que podem auxiliar ou dificultar a implementação destas iniciativas de qualidade em organizações de saúde, os quais encontram-se resumidos no Quadro 3.

Associação significativa entre hospitais com uma cultura que enfatiza o trabalho em equipe, apóia e investe no desenvolvimento de potenciais individuais e dispõe-se a correr riscos, com o grau de implementação de melhoria de qualidade, pode ser evidenciada (SHORTELL *et al.*, 1995). Por sua vez, a melhoria da qualidade mostra positiva associação com resultados percebidos pelo paciente e desenvolvimento de recursos humanos. Os trabalhos de Shortell *et al.* (1995) examinaram as relações entre cultura organizacional, processos de melhoria de qualidade e alguns resultados selecionados, utilizando os critérios do prêmio Baldrige para aferição de melhoria de qualidade. Neste trabalho, ênfase é dada aos aspectos culturais da organização na efetiva implementação de estratégias de melhoria da qualidade, sendo a cultura definida como os valores, princípios e normas da organização que moldam a sua conduta. Estes achados oferecem um importante suporte empírico aos pensamentos de outros autores.

A relação negativa entre o tamanho do hospital (número de leitos) e a cultura, propondo que, hospitais maiores seriam menos propensos a desenvolver uma cultura que enfatize trabalho em equipe, *empowerment*⁴ e aceitação de correr riscos, também é citada como um fator crítico. Assim, hospitais maiores teriam culturas mais burocráticas/racionais, em oposição a culturas grupais/de desenvolvimento, tornando mais difícil o desafio da implementação de melhorias de qualidade (SHORTELL *et al.*, 1995). Este achado, entretanto, não é comprovado em estudo

⁴ *Empowerment* - Objetiva a delegação de poder de decisão, autonomia e participação dos funcionários.

posterior (CARMAN *et al.*, 1996), o qual não conclui ser o número de leitos um fator determinante na cultura da organização.

A participação do grupo médico nas atividades de melhoria de qualidade nas organizações hospitalares tem sido relatada como um fator fundamental para o sucesso destas iniciativas (CARMAN *et al.*, 1996; WEINER; SHORTELL; ALEXANDER, 1997; MAGUEREZ *et al.*, 2001; HUQ; MARTIN, 2000). Carman *et al.* (1996) asseveram que o envolvimento precoce dos médicos em equipes de melhoria no processo clínico mostra-se essencial neste contexto. Weiner, Shortell e Alexander (1997), estudando o envolvimento da alta direção e conselhos nos programas de qualidade, mostraram o seu relacionamento com o envolvimento do corpo médico no TQM (*Total Quality Management*). Estes autores também sugerem que a participação generalizada do corpo clínico em equipes de qualidade, mesmo que desejável, pode não ser fundamental. Propõem que, ao invés de mobilizar a maioria dos médicos que exercem atividades no hospital, é mais vantajoso trabalhar com médicos especificamente selecionados (WEINER *et al.*, 2006).

As barreiras para o envolvimento e liderança dos médicos são consideradas por alguns autores, como Huq e Martin (2000), como os fatores mais significativos para a falha da implementação de TQM nos hospitais. Esta conclusão endossa achados de outros estudos, onde a indiferença dos profissionais médicos em relação à implementação de TQM se mostrou um importante obstáculo para o seu sucesso (O'BRIEN *et al.*, 1995).

Outro aspecto levantado pelos autores em relação ao grupo médico é a importância do envolvimento dos líderes médicos da organização na governança (participação no planejamento estratégico, políticas e outras atividades) para um resultado favorável da implantação de práticas de qualidade nos hospitais (WEINER; SHORTELL; ALEXANDER, 1997).

Hospitais com uma maior percentagem do *staff* e administradores *seniors* participando de equipes de melhoria de qualidade exibem também um nível melhor nos indicadores de qualidade hospitalar (WEINER *et al.*, 2006). Assim, a forte liderança e comprometimento da alta administração tem sido considerados como fatores críticos na implantação de TQM (HUQ; MARTIN, 2000).

Autor (es)	Shortell et al.	Arndt; Bigelow	Carman et al.	Weiner; Shortell; Alexander	Zabada; Rivers; Munchus	Huq; Martin	Maguerez et al.	Lee; Palmer	Sahney	Schiesari	Pongpirul et al.
Modelo	1995 TQM	1996 TQM	1996 TQM	1997 TQM	1998 TQM	2000 TQM	2001 TQM	2002 CQI	2003 Iniciativas de qualidade	2003 Acreditação/ISO/PNQ	2006 Acreditação
Culturais	Trabalho em equipe Empowerment dos funcionários Correr riscos	Controle hierárquico (administrativo x técnico)			Cultura médica	Trabalho em equipe Empowerment e envolvimento funcionários Clima aprendizagem	Tempo			Resistência médicos Tempo	
Técnico/ Estruturais		Tomada de decisão (processo racional)	Grau de imersão da organização		Treinamento (TQM/ferramentas da qualidade)	Capacitação dos funcionários em ferramentas da qualidade	Qualificação das lideranças Suporte administrativo Comunicação	Sistema de informação Ferramentas científicas no processo decisório		Sensibilização Treinamento em qualidade	Integração e utilização da informação
Estratégicos			Participação do grupo médico	Participação do grupo médico	Foco na satisfação do consumidor	Participação das lideranças e do grupo médico Foco: satisfação do paciente e melhoria cont. Reconhecimento estratégico da qualidade Parcerias com fornecedores	Participação das lideranças e do grupo médico			Envolvimento das lideranças Participação dos médicos	
Externos									Faltam medidas de comparação e alinhamento com sistema de reembolso Visão de qualidade (público/médico) Demandas judiciais		

Quadro 3 - Fatores Críticos de Sucesso na implementação de iniciativas de qualidade nas organizações

Fonte: A Autora (2007)

Vários outros estudos somam-se a estes aqui mencionados, na tentativa de solucionar o problema do limitado sucesso da implementação de iniciativas de qualidade em hospitais. O foco destes trabalhos tem sido as relações do TQM com planejamento estratégico, motivação e *empowerment* dos funcionários, treinamento dos funcionários, comprometimento e liderança da alta administração, envolvimento e comprometimento dos médicos e mudanças culturais. A partir daí, esboça-se um conjunto de fatores considerados essenciais para a implementação do TQM em hospitais: forte liderança e comprometimento da alta administração e dos médicos, foco na satisfação do paciente e na melhoria contínua, envolvimento e *empowerment* dos empregados, parcerias com fornecedores e reconhecimento da qualidade como um ponto estratégico (HUQ; MARTIN, 2000).

Considerando que estes fatores envolvem pessoas, Huq e Martin (2000) investigaram as condições culturais da força de trabalho de hospitais, com o objetivo de identificar quais dimensões, dentre oito estudadas, seriam significativas para o sucesso da implementação de TQM nestas organizações de saúde. As oito dimensões estudadas foram: familiaridade com TQM; medidas de custo da qualidade; *empowerment* dos empregados; sistema de avaliação de *performance* (desempenho); comprometimento com melhoria contínua; orientação para solução de problemas; atividades para remover barreiras para alcançar consenso e educação e treinamento. Assim, como conclusão do estudo, o envolvimento e a educação de todos os funcionários devem receber especial atenção, outorgando a estes o poder e a capacitação necessária para o trabalho com as ferramentas da qualidade, dentro de um clima organizacional de aprendizagem. Os demais fatores críticos incluem o foco no processo de cuidado do paciente e nos resultados que daí advém (HUQ; MARTIN, 2000).

O trabalho em equipe tem se mostrado um fator crítico para a efetiva implementação das práticas da qualidade nas organizações. Esta necessidade, cada vez mais, destaca-se nos hospitais, a partir do conceito das HROs (*High Reliability Organizations*)⁵. HROs são instituições que operam em ambientes altamente complexos, perigosos, efetuando poucos erros durante um longo período de tempo, os quais são altamente danosos (ROBERTS, 1990). Nesta classificação situam-se os hospitais, usinas nucleares, controle de tráfego aéreo, etc. Devido à natureza interdisciplinar do trabalho e à necessidade de cooperação entre os profissionais, o trabalho em equipe é crítico para a segurança do paciente. O desejo do paciente é ser tratado num hospital

⁵ HRO - High Reliability Organization: organizações de alta confiabilidade.

onde o erro seja zero, o que equivale a “defeito zero” na linguagem da qualidade. Entretanto, simplesmente instalar uma estrutura de equipes não garante que tudo funcionará efetivamente, pois depende de um desejo de cooperar para um objetivo compartilhado. É necessário treinamento para que isto venha a acontecer (BAKER; DAY; SALAS, 2006).

Equipes multidisciplinares, envolvendo indivíduos de diferentes origens e qualificações, com participação ativa de líderes de opinião (médicos, por exemplo), mostraram ser uma das principais razões a contribuir para o sucesso de sessenta iniciativas de melhoria de qualidade em hospitais franceses. A este achado, somam-se a participação voluntária da organização, a boa comunicação intra-hospitalar, as qualificações das lideranças dos projetos e o suporte da administração (MAGUEREZ *et al.*, 2001).

A questão tempo tem sido descrita como um fator dificultador na implementação de CQI (*Continuous Quality Improvement*)⁶ nos hospitais: tempo para que a mensagem seja claramente compreendida por todos na organização; tempo para instruir os indivíduos sobre a implementação do CQI; tempo para estes aceitarem o método, adotá-lo e aplicá-lo ao seu contexto particular; tempo necessário para acompanhar o projeto e tempo para provocar mudanças comportamentais profundas. Em resumo, em alguns estudos, o tempo mostrou-se essencial para introduzir novas idéias e operar mudanças culturais (MAGUEREZ *et al.*, 2001). Uma abordagem diversa sobre este fator é trazida por Carman *et al.* (1996), ao considerar não ser o tempo cronológico o mais importante sobre os resultados na melhoria de qualidade e sim, o grau de imersão da organização como um todo nestas atividades.

O uso de ferramentas científicas no processo decisório e a adoção de um sistema de informação de qualidade capaz de produzir informação válida e precisa são considerados como os fatores mais importantes para implementação bem sucedida de CQI em hospitais coreanos (LEE *et al.*, 2002). Para este trabalho, foi utilizado um modelo modificado daquele sugerido por O'Brien *et al.* (1995).

O modelo de O'Brien *et al.* (1995) caracteriza as dimensões de CQI e os elementos necessários para o sucesso na melhoria da qualidade em nível organizacional, considerando organizações de saúde. Propõe que o esforço de CQI seja analisado em termos de quatro dimensões: técnica, cultural, estratégica e estrutural. Desta forma, a dimensão técnica compreende as técnicas e ferramentas da administração e melhoria da qualidade. A dimensão

⁶ *Continuous Quality Improvement* - Melhoria contínua da qualidade

cultural envolve os valores, princípios, normas e comportamento da organização, ou seja, a forma como as coisas são realizadas. A dimensão estratégica é o *link* entre as prioridades estratégicas da organização e os esforços de CQI. Por fim, a dimensão estrutural compreende as estruturas organizacionais específicas e sistemas usados em CQI, especialmente mecanismos de coordenação.

A integração e utilização da informação também foram identificadas como obstáculos para a implementação de Acreditação (modelo específico da Tailândia, baseado no modelo do Canadian Council on Health Services Accreditation) em hospitais, a partir da avaliação dos profissionais da saúde destas organizações. Neste estudo, envolvendo trinta e nove hospitais tailandeses, os demais fatores considerados críticos foram a adequação e promoção da participação do *staff* (PONGPIRUL *et al.*, 2006).

Quanto aos fatores críticos para implantação bem sucedida de estratégias de qualidade nas organizações de saúde no Brasil (incluindo Acreditação pela JCI, Acreditação pela ONA, PNQ, ISO), em estudo com dez hospitais brasileiros, o tempo foi identificado como uma necessidade para disseminação dos métodos de qualidade dentro da organização. Indiferença e resistência dos profissionais médicos foram citadas como problemas frequentes. Como fatores importantes para o sucesso destas estratégias, o estudo apontou para a motivação do grupo gerencial e seu envolvimento no planejamento dos programas; o envolvimento e participação integral dos médicos e um programa de sensibilização e treinamento contínuo em qualidade para todos os funcionários da organização. Assim, a reunião de um grande conjunto de padrões de referência em relação à administração e à assistência, mostrou-se como uma estratégia para direcionar e acelerar a melhoria da qualidade (SCHIESARI, 2003).

A discussão sobre a natureza das organizações de saúde, como obstáculo para implementação de iniciativas de qualidade, também deve ser levantada. Duas premissas são mencionadas pelos *experts* em TQM como fundamentais para o sucesso de sua implementação em organizações em geral: primeiro, o controle hierárquico do corpo administrativo sobre o técnico e, segundo, o domínio de processos de tomada de decisão racionais (ARNDT; BIGELOW, 1995). Entretanto, a maioria das organizações de saúde está muito longe destas características.

Em relação à primeira premissa, existem, nas organizações de saúde, várias subculturas poderosas (por exemplo, a subcultura dos médicos), no sentido de que elas compartilham uma

ideologia distinta e formas culturais identificáveis que são inerentes à sua ocupação. Cada uma tem sua própria visão do que a qualidade deveria ser e como deveria ser feita, e isto cria uma situação onde a administração tem pouco controle sobre a maioria das áreas estratégicas onde a TQM poderia ocasionar grandes resultados. Assim, o grupo médico foca no produto (procedimento médico) como seu objetivo de trabalho. Como subculturas, estes grupos são diferentes entre si, mas ainda possuem um denominador comum que é o sentimento de pertencer à mesma organização (hospital), pela qual trabalham. Para o hospital ter um bom desempenho, estes vários grupos precisariam trabalhar como um único, dentro de um conceito voltado para o mercado, enfatizando a satisfação do consumidor como o objetivo do trabalho (mercado x produto). Para obter benefícios do conceito voltado para o mercado, este deve ser aplicado através da organização, passando por todas as funções e atividades (ZABADA; RIVERS; MUNCHUS, 1998).

Quanto à segunda premissa, “o heroísmo dos médicos e os fatores humanos envolvidos nos serviços de saúde colocam a tomada de decisão racional em desafio” (ZABADA; RIVERS; MUNCHUS, 1998, p.57). Assim, esta situação só pode ser revertida se recursos e tempo forem destinados a modificar a cultura da organização de saúde, de uma abordagem construída sobre uma perspectiva de heroísmo para outra percebendo os objetivos comerciais, sem perder a dignidade que um serviço de saúde merece.

Uma forma de iniciar a solução deste problema é fazer com que as instituições de saúde que aprendem aceitem um papel de liderança. Neste papel, as organizações que aprendem devem enfatizar o ensino do TQM, sua filosofia (de trabalho de equipe a um *approach* sistêmico na solução de problemas) e suas várias ferramentas (ZABADA; RIVERS; MUNCHUS, 1998).

Uma abordagem diversa das barreiras envolvidas na melhoria de qualidade das organizações de saúde é realizada por Sahney (2003), onde são enfatizados os fatores ambientais ou de mercado, externos à organização. As cinco maiores barreiras estruturais consideradas são: ausência de medidas de comparação, ausência de alinhamento com sistema de reembolso, estrutura da indústria de cuidados em saúde, visão de qualidade do público e dos médicos e, por fim, as demandas judiciais em relação aos serviços de saúde. A análise do autor é baseada exclusivamente na realidade americana, sendo que muitos aspectos avaliados estão distantes do cenário que se pretende aqui estudar. Entretanto, as questões que envolvem a visão de qualidade do público e dos médicos e as demandas judiciais merecem atenção.

Sahney (2003) parte do princípio que o público em geral relaciona a qualidade em saúde com a disponibilidade da tecnologia mais avançada, sem considerar informação sobre qualidade, resultados ou taxas de erros. Da mesma forma, segundo o autor, muitos médicos associam a alta qualidade do cuidado à nova tecnologia ou novos procedimentos, não percebendo que esta é apenas uma parte do sistema. Assim, o papel crítico desempenhado por enfermeiros, farmacêuticos e demais profissionais da assistência ao paciente não é reconhecido por estes médicos, tampouco a entrega de um cuidado de qualidade pelo sistema. Em relação à outra barreira citada por Sahney (2003), o ambiente de demandas judiciais contra os serviços e profissionais médicos, sabe-se que o número de casos aumenta geometricamente a cada ano nos EUA. Segundo o autor, este fato pressiona as lideranças do hospital para não evidenciar os erros e problemas de qualidade, temendo por uma questão judicial. Assim, os dois fatores citados acima devem ser considerados, especialmente o que se refere ao conceito de qualidade de alguns profissionais, podendo este interferir negativamente na melhoria da qualidade das organizações de saúde.

Concluindo, vários são os fatores críticos no processo de implementação de iniciativas de qualidade nas organizações de saúde, aos quais as lideranças devem estar atentas.

5.4 O CONTEXTO DA SAÚDE NO BRASIL

Esta seção tem como objetivo fornecer mais elementos para a compreensão do contexto da saúde como um todo, especialmente no Brasil.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil, o hospital

é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente (ZANON, 2001, p.23).

A OPAS (Organização Pan-americana de Saúde), enfatiza a visão sistêmica sobre os hospitais, enunciando que estes fazem parte de uma rede de serviços de assistência à saúde, associados geograficamente, seja por uma organização planejada ou como consequência de uma organização espontânea dos elementos assistenciais existentes (NOVAES; PAGANINI, 1992). Assim, os hospitais, como prestadores de serviços que são, juntamente com fornecedores (de

materiais, medicamentos, tecnologia e outros), planos de saúde e pacientes, fazem parte do sistema de saúde.

Porter e Teisberg (2007), alertam para a crise dos sistemas de saúde em vários países, a começar pelos EUA. A combinação de altos custos (ainda em elevação), qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência à saúde caracterizam a situação atual. A causa desta crise no setor de assistência à saúde não é a competição, mas o tipo errado de competição. Os autores afirmam que “os participantes competem na transferência de custos, uns para os outros, no acúmulo do poder de barganha e na limitação de serviços” (PORTER; TEISBERG, 2007, p. 21). Todos os atores do sistema compartilham a responsabilidade pelo problema criado. A solução encontrada por Porter e Teisberg (2007) é re-alinhar a competição com o valor para os pacientes, ou seja, a qualidade dos resultados para o paciente em relação ao dinheiro gasto. O foco deve ser o valor para os pacientes, e não simplesmente a redução de custos. Neste tipo de competição, todos os participantes podem se beneficiar: pacientes, prestadores, fornecedores e planos de saúde.

A saúde no Brasil não foge ao diagnóstico estabelecido por Porter e Teisberg (2007): altos custos, qualidade insatisfatória e acesso limitado à assistência. Existem, atualmente, no Brasil, 168.397 unidades de saúde, sendo que, destas, 6.448 são hospitais. Os hospitais podem ser gerais (5.201 hospitais, o que representa 76,5 % do total), ou especializados (1.247 hospitais, representando 18,3% do total), conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (2007). Hospitais gerais são considerados aqueles capacitados a atender pacientes de várias especialidades clínicas e cirúrgicas. Hospitais especializados são aqueles capacitados a atender pacientes de uma determinada especialidade médica. Quanto às iniciativas de qualidade nos hospitais brasileiros, os estudos mostram (MALIK, 2001) baixos índices, o que é confirmado pelo número de hospitais acreditados até o momento (CBA, 2007; ONA, 2007).

A organização dos serviços de saúde caracteriza-se por instituições públicas, privadas e filantrópicas, estabelecidas em nível federal, estadual e municipal. A supervisão nacional do sistema de saúde está a cargo do Ministério da Saúde.

Quanto aos leitos hospitalares, estes são separados em leitos SUS (onde a fonte pagadora é o Sistema Único de Saúde) e leitos não SUS (para atendimento de pacientes que utilizam planos de assistência à saúde ou particulares). Assim, em novembro de 2007, estavam cadastrados no Brasil, 368.503 leitos para o SUS e 133.268 leitos não SUS, totalizando 501.771 leitos hospitalares (CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE, 2007).

As operadoras de Planos de Assistência à Saúde são as empresas e entidades que atuam no setor de saúde suplementar. O setor de saúde suplementar reúne mais de 2000 empresas operadoras, além de médicos, dentistas e outros profissionais, hospitais, laboratórios e clínicas. Em 2007, mais de 37 milhões de consumidores utilizam planos privados de assistência à saúde para realizar consultas, exames ou internações. O mercado de Saúde Suplementar é regulado por uma lei específica, a Lei 9.656/98. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) foi criada em 2000, tendo como objetivo regulamentar e fiscalizar este mercado (AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR, 2007).

Os gastos com a saúde (setor público e privado) no Brasil correspondem a 7,16% do PIB em 2006 (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, 2007). Comparativamente aos EUA, cujo sistema de saúde foi alvo de discussão de Porter e Teisberg (2007), e que gasta 15,4% do seu PIB, os gastos são bastante inferiores, mas muito significativos para a nação. A tendência dos custos é aumentar, em virtude do envelhecimento da população, aumento das doenças crônicas e surgimento de novas doenças. O percentual da população idosa (considerada como idade superior a 60 anos), deverá aumentar de 7,9% no ano 2002 para 13,3% no ano 2022 (PROJEÇÕES, 2006).

Desta forma, verifica-se, no Brasil, uma situação bastante difícil em relação ao sistema de saúde, sendo que medidas deverão ser tomadas para amenizar as perspectivas futuras. Estudos são necessários para identificar e clarear as mudanças nas organizações que propiciarão ganhos de qualidade para todo o sistema de saúde. Pesquisas em administração podem auxiliar a desenvolver o conhecimento para que as lideranças impulsionem os serviços de saúde a oferecer o melhor cuidado corrente possível.

No próximo capítulo será descrito o método utilizado para atingir os objetivos desta pesquisa.

6 MÉTODO

O presente capítulo apresenta o método utilizado para atingir os objetivos traçados neste trabalho. Inicialmente é apresentada a estratégia de pesquisa, seguida da unidade de análise, seleção dos casos, protocolo de pesquisa, desenho de pesquisa, técnicas de coleta de dados e instrumentos utilizados e, finalmente, a análise dos dados.

6.1 ESTRATÉGIA DE PESQUISA

Para a realização deste trabalho, foi utilizada uma abordagem qualitativa, devido a sua adequação e utilidade no estudo das organizações. Conforme Campomar (1991), nas pesquisas qualitativas procura-se fazer análises em profundidade, obtendo-se até as percepções dos elementos pesquisados sobre eventos de interesse, o que propicia atingir os objetivos estabelecidos no capítulo quatro.

Considerando que o foco do estudo está relacionado a uma estratégia de avaliação de qualidade nas organizações hospitalares, realiza-se, portanto, o estudo de um fenômeno contemporâneo, onde o investigador não possui qualquer controle sobre o evento e a coleta de dados dá-se por múltiplos métodos. Estas são as características principais do Estudo de Caso, que foi a estratégia de pesquisa adotada.

Conforme Yin (2005, p.32), “o estudo de caso é uma investigação empírica que analisa um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente definidos e onde múltiplas fontes de evidências são utilizadas”.

Gil (2006) apresenta o estudo de caso como um estudo aprofundado de um ou de poucos objetos, de maneira a adquirir conhecimento amplo e detalhado sobre o mesmo. Este aspecto vem ao encontro dos objetivos, possibilitando que se conheça profundamente a estratégia de Acreditação a partir da visão de gestores e de documentos das organizações.

O estudo de caso permite uma investigação para se preservar as características holísticas e significativas dos eventos da vida real, tais como processos organizacionais e administrativos, os quais foram pesquisados a partir das categorias e subcategorias, organizadas a partir da fundamentação teórica, permitindo, ainda, que novos elementos venham a emergir do processo.

Trata-se de uma estratégia de pesquisa utilizada em muitas situações, contribuindo com o conhecimento que se tem dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais e de grupo (YIN, 2005).

O estudo apresenta caráter exploratório, pois visa aumentar o conhecimento existente sobre fatores que condicionam a adoção da estratégia mencionada, os fatores críticos na sua implementação, suas implicações na competitividade da organização, bem como seu relacionamento com a estratégia geral da organização. As pesquisas exploratórias têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas à formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2006).

6.2 UNIDADE DE ANÁLISE

A definição da unidade de análise está relacionada à maneira como é definida a questão inicial da pesquisa; portanto, especificar corretamente a questão de pesquisa traz como consequência a seleção da unidade apropriada de análise (YIN, 2005). Desta forma, a unidade de análise representa o objeto que será entendido através do estudo de caso, podendo significar, por exemplo, uma situação, evento, pessoa, grupo ou organização.

A unidade de análise definida nesta pesquisa foi a organização hospitalar que adotou programa de Acreditação Hospitalar pela Joint Commission International, já que o propósito do estudo é aumentar o entendimento, em particular, do processo neste contexto.

6.3 SELEÇÃO DOS CASOS

Quanto ao número de casos, os estudos de caso podem ser de caso único ou de casos múltiplos. “As evidências resultantes de casos múltiplos são consideradas mais convincentes, e o estudo global é visto, por conseguinte, como algo mais robusto” (YIN, 2005, p.68).

Para esta pesquisa a opção foi um estudo de caso múltiplo em duas organizações hospitalares, permitindo a comparação do fenômeno entre os casos e, portanto, a identificação de resultados semelhantes e contrastantes.

Foram considerados os seguintes critérios para a escolha das organizações que constituem os casos para o estudo desta pesquisa:

- a organização hospitalar brasileira deve ter sido acreditada pela Joint Commission International;
- a organização hospitalar deve ser um hospital geral;
- deve haver interesse da organização em participar do estudo.

Neste estudo, optou-se pela realização de um estudo de caso piloto em um hospital geral de Porto Alegre, re-acreditado pela Joint Commission International em 2005, precedendo o estudo de caso múltiplo anteriormente mencionado. Este hospital foi denominado Caso P. De acordo com Yin (2005), o estudo de caso piloto auxilia o pesquisador na hora de aprimorar os planos para a coleta de dados em relação ao conteúdo dos dados, assim como aos procedimentos que devem ser seguidos. O objetivo era, então, reavaliar o roteiro de entrevistas e a necessidade de documentos que poderiam não ter sido previstos, assim como todos os procedimentos mencionados no protocolo de pesquisa.

A escolha do caso piloto deveu-se ao fato de tratar-se de um hospital já re-acreditado, o que poderia gerar um aporte de informações bastante considerável. Acrescente-se a este motivo a facilidade de acesso às informações, além da localização geográfica (situado na cidade da pesquisadora). Os dados foram analisados como proposto para os casos A e B. Como os casos A e B estão localizados em outro estado, era importante que todas as particularidades fossem avaliadas no estudo piloto, evitando visitas sucessivas aos mesmos.

Até maio de 2007, existiam, no Brasil, seis organizações hospitalares acreditadas pela JCI (Joint Commission International). Destes, três são hospitais gerais (sendo, todos eles, privados) e três são hospitais especializados (em traumatologia, cardiologia e hematologia). Foram escolhidos, para os casos A e B, dois hospitais gerais, respectivamente, o mais recente e o mais antigo a receber a certificação no Brasil, considerando maio de 2007. Esta escolha gerou grande variedade de informações, passíveis de comparação, o que enriqueceu o estudo.

Como o protocolo de pesquisa foi mantido inalterado após a realização do estudo do caso piloto e, como este preenchia todos os critérios de seleção, o caso piloto passou a integrar o estudo de caso múltiplo. Assim, o estudo passou a contar com três casos ao invés de dois, o que dá maior robustez aos dados: caso P, caso A e caso B.

6.4 PROTOCOLO DE PESQUISA

Conforme Yin (2005, p.92), “o protocolo é uma das táticas principais para aumentar a confiabilidade da pesquisa de estudo de caso”. O protocolo de pesquisa encontra-se no Apêndice A deste trabalho e descreve a visão geral da pesquisa, os procedimentos e roteiro para coleta de dados e o guia para o relatório.

6.5 DESENHO DE PESQUISA

Conforme Yin (2005, p. 41), “cada tipo de pesquisa empírica possui um projeto de pesquisa implícito, que, na verdade, nada mais é do que a seqüência lógica que conecta os dados empíricos às questões de pesquisa iniciais do estudo e, em última análise, às suas conclusões”.

A Figura 3 apresenta o desenho de pesquisa que ilustra a lógica seguida no desenvolvimento deste trabalho.

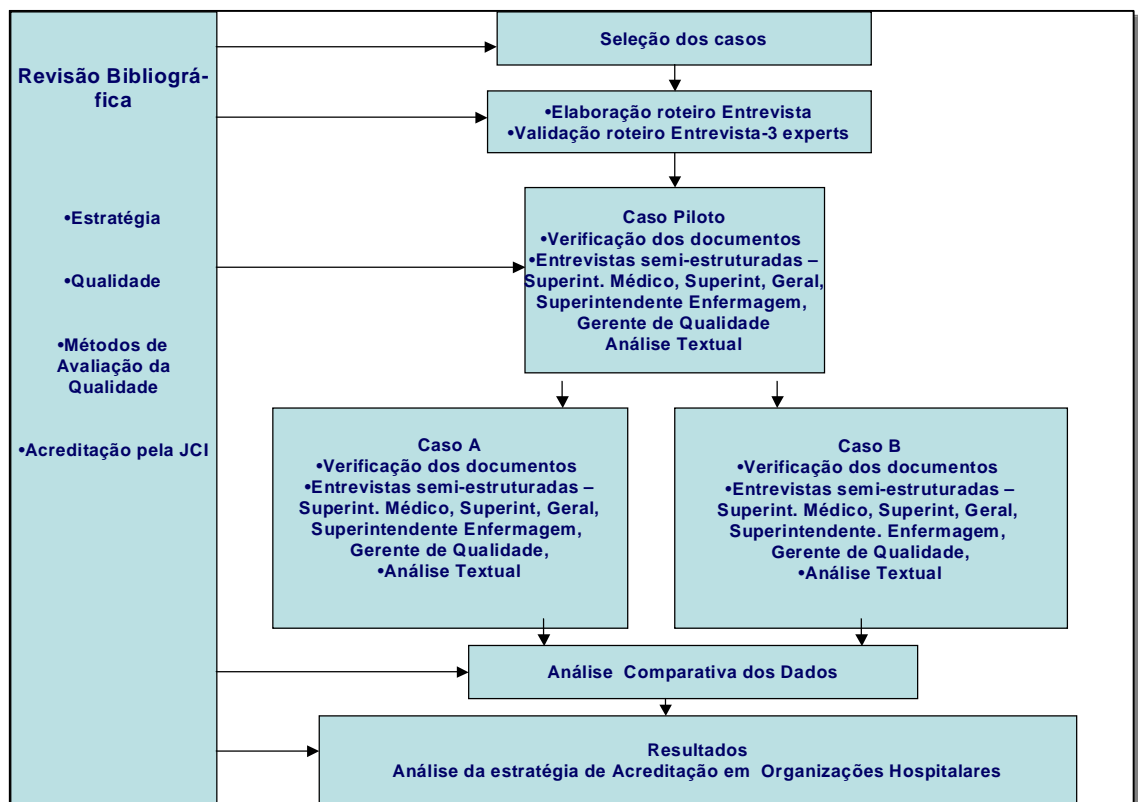


Figura 3 - Desenho de Pesquisa
Fonte: A Autora (2007).

6.6 TÉCNICA DE COLETA DE DADOS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS

Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas a análise de documentos e a entrevista. Conforme Yin (2005), as evidências para um estudo de caso podem ser obtidas através de seis fontes distintas: documentos, registros em arquivo, entrevistas, observação direta, observação participante e artefatos físicos.

Um dos princípios importantes para o trabalho de coleta de dados é a utilização de várias fontes de evidências, ou seja, evidências provenientes de duas ou mais fontes, mas que convergem em relação ao mesmo conjunto de fatos ou descobertas (YIN, 2005). A escolha da entrevista baseou-se na necessidade de entender, com profundidade, a opinião dos principais atores na estratégia estudada. Os documentos são importantes, pois oferecem uma outra visão, permitido acompanhar o processo de forma exata.

6.6.1 Entrevistas Focadas

A entrevista é descrita por Gil (2006, p.117) “como uma técnica em que o pesquisador se apresenta frente ao respondente e lhe formula perguntas, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação”. Yin (2005) considera as entrevistas como uma das mais importantes fontes de evidências de informação para um estudo de caso, já que a maioria delas trata de questões humanas.

No estudo em questão, o objetivo das entrevistas foi identificar os fatores que levaram estas organizações a adotarem uma estratégia de Acreditação, os fatores que facilitaram e dificultaram este processo e caracterizar as vantagens competitivas desta ação, o que justifica perfeitamente o instrumento utilizado.

Previamente à realização das entrevistas, foi elaborado roteiro composto por um conjunto de perguntas, o qual foi validado por três *experts*. O roteiro de entrevista apresenta um certo grau de estruturação através do qual o entrevistador se guia por uma relação de pontos de interesse (GIL, 2006). Foram consultados dois doutores em Administração do Programa de Pós-Graduação em Administração, da Pontifícia Universidade Católica do RS e um membro do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). A inclusão de representante do CBA deu-se em virtude de seu conhecimento do processo de Acreditação e do relacionamento direto com as organizações

hospitalares que o adotam. A representante do CBA foi a Coordenadora de Acreditação, doutora em Saúde Coletiva, com ênfase em Planejamento e Administração em Saúde, pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Desta forma, foram realizadas entrevistas focadas, com gestores das organizações, os quais participaram da definição e/ou acompanharam a implantação da estratégia de Acreditação. Pela importância que possuem neste contexto, e pelo papel que habitualmente desempenham na estratégia da organização, foram entrevistados os profissionais que ocupam o cargo ou equivalente a Superintendente Geral, Superintendente Médico, Superintendente de Enfermagem e Gerente de Qualidade (ou Coordenador de Acreditação).

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, individualmente, em cada organização, a partir de agendamento prévio com cada entrevistado. As entrevistas foram gravadas, tendo uma duração média de sessenta minutos. Conforme Yin (2005, p.119), “as fitas fornecem uma expressão mais acurada de qualquer entrevista do que qualquer outro método”. Foi também realizado processo de consentimento informado, garantindo o sigilo e privacidade das informações, onde os entrevistados e pesquisador assinaram documento específico. Após a transcrição das informações obtidas nas entrevistas, as gravações foram destruídas.

6.6.2 Documentação

Encerradas as entrevistas, aplicou-se a segunda técnica de coleta dos dados, a documentação. A documentação, como fonte de evidência, apresenta os seguintes pontos fortes: é estável (pode ser revisada inúmeras vezes), discreta (não foi criada como resultado do estudo de caso), exata (contém nomes, referências e detalhes exatos de um evento) e possibilita ampla cobertura (longo espaço de tempo, muitos eventos e muitos ambientes distintos) (YIN, 2005).

Foram utilizados como evidências os seguintes documentos:

- Documentos internos: Cadastro (natureza do hospital, número de leitos, especialidades, número de internações/mês), relatórios de outras certificações de Qualidade, Planejamento Estratégico (missão, visão, diretrizes/objetivos estratégicos), Valores da Organização, documentos referentes ao processo de Acreditação (auto-avaliação, planos de ação, relatórios de implementação), portal da organização;

- Documentos externos: publicações contendo o histórico das organizações.

Os documentos auxiliaram especialmente na caracterização da organização e no atendimento do objetivo específico que verifica o alinhamento da estratégia de Acreditação com a estratégia geral da organização. Foram avaliados os documentos do período compreendido entre o contrato de adoção da Acreditação até o momento da coleta de dados.

6.7 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados tem, como objetivo, organizar as informações levantadas com o intuito de que estas possam fornecer respostas ao problema inicialmente investigado (GIL, 2006). Conforme Yin (2005, p.137), “análise de dados consiste em examinar, categorizar, classificar tabelas, testar, ou, do contrário, recombinar as evidências quantitativas e qualitativas para tratar as proposições iniciais de um estudo”.

Após a coleta de dados, através das entrevistas e dos documentos, iniciou-se o processo de análise dos mesmos, para cada caso selecionado. O caso piloto propiciou que a coleta de dados através dos documentos fosse aprimorada e que se estabelecesse um padrão completo e minucioso de relatório individual.

Os dados coletados foram analisados mediante a técnica de Análise de Conteúdo. Atualmente, entende-se, por Análise de Conteúdo,

um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 2006, p. 37)

A maioria dos procedimentos de análise organiza-se ao redor de um processo de categorização, o qual pode obedecer a um critério semântico (categorias temáticas), sintático, léxico ou expressivo (BARDIN, 2006). No trabalho em questão, foi realizada a análise categorial temática.

A estratégia analítica de maior preferência para estudos de caso é a baseada em proposições teóricas. Estas refletem um conjunto de questões de pesquisa, as revisões feitas na literatura sobre o assunto e as novas interpretações que possam surgir (YIN, 2005). Daí a importância da revisão bibliográfica estar presente em todas as etapas do trabalho.

A categorização pode ser realizada por dois processos inversos: fornecendo-se o sistema de categorias, os elementos são repartidos da melhor maneira possível, a medida em que vão sendo encontrados no texto ou, o sistema de categorias não é fornecido, sendo resultante da classificação analógica e progressiva dos elementos (BARDIN, 2006). Neste estudo, foram utilizadas dimensões, categorias e variáveis de análise criadas previamente, a partir da fundamentação teórica e apresentadas no Quadro 2. Entretanto, novas variáveis surgiram ao serem investigados os dados. As categorias e variáveis foram selecionadas considerando-se a adequação a uma organização hospitalar e aos objetivos de análise, tendo sido validadas por um *expert* (doutor em Administração do Programa de Pós-Graduação em Administração – PUCRS).

O Quadro 4 aponta as dimensões, categorias e variáveis de análise e está apresentado a seguir.

DIMENSÕES	CATEGORIAS	VARIÁVEIS	AUTORES			
1. Motivações	Melhoria de Processos	Assistência	Lee; Palmer (1999); Anderson; Daly; Johnson (1999); Beattie; Sohal (1999); Huq; Martin (2000); Whiters; Ebrahimpour (2000) Schiesari (2003); Shaw (2004); Schyve (2000); Klück (2002); Hayes; Shaw (1994); Franceschini; Galetto; Gianni (2003).			
		Gestão				
		Recursos Humanos				
		Custos				
	Reconhecimento	Tecnologia		Imagem		
				Ferramenta de <i>marketing</i>		
				Informação do cliente		
				Demonstração de excelência		
	Avaliação da qualidade	Valor percebido		Processos		
				Desempenho		
	Pressões competitivas	Globalização		Market share		
				Demandas do Consumidor		
2. Fatores Críticos	Culturais	Trabalho em equipe	Roberts (1990); Shortell et al (1995); O'Brien et al.(1995); Arndt; Bigelow (1995); Carman et al. (1996); Weiner et al. (1997, 2006); Zabada; Rivers; Munchus (1998); Huq; Martin (2000); Maguerz (2001); Lee et al. (2002); Sahney (2003); Schiesari (2003); Pongpirul et al. (2006); Baker; Day; Salas (2006).			
		Clima de aprendizagem e mudanças				
		Existência de Subculturas				
		Valores da organização				
		Empowerment dos funcionários				
		Controle hierárquico				
	Técnico-Estruturais	Sensibilização		Educação e treinamento		
				Qualificação de lideranças		
				Grau de imersão da organização		
				Estrutura da Acreditação		
				Integração e utilização da informação		
	Estratégicos	Envolvimento das lideranças		Participação do grupo médico		
				Foco da organização		
Reconhecimento estratégico da qualidade						
3. Vantagens Competitivas	Estrutura	Estrutura física	Parasuraman; Zeithaml; Berry (1985; 1988); Garvin (1987); Coddington; Moore (1987); Donabedian (1990); Bowers; Swan; Koheler (1994); JCAHO (1996); Jun; Peterson; Zsidisin (1998); Sower et al.(2001); Gianesi; Corrêa (2004).			
		Pessoas				
		Equipamentos				
	Desempenho	Consistência		Resultados		
				Conformidade		
				Eficácia		
				Confiança		
	Reconhecimento	Qualidade percebida		Credibilidade/Segurança		
				Informação		
				Atendimento	Cuidado	Responsividade
						Velocidade
	Acolhimento					
	Respeito					
	Comunicação					
	Acesso	Flexibilidade		Canais de Acesso		
				Serviços disponíveis		
				Continuidade		
	Eficiência	Custos		Otimização dos processos		
4. Alinhamento com estratégia	Objetivos Estratégicos	Qualidade	Porter (1993); Slack (1993); Mintzberg (1988).			
		Imagem				
		Custo				

Quadro 4 - Dimensões, Categorias e Variáveis de Análise
Fonte: A Autora (2007)

A primeira dimensão analisada refere-se às Motivações e tem como objetivo analisar os fatores que levam as organizações hospitalares a adotar uma estratégia de Acreditação. Esta dimensão está baseada nos trabalhos de Shaw (2004), Anderson, Daly e Johnson (1999), Lee e Palmer (1999), Beattie e Sohal (1999), Whitters e Ebrahimpour (2000), Huq e Martin (2000), Schyve (2000) e na avaliação do cenário nacional de Schiesari (2003), incluindo as seguintes categorias: Melhoria de Processos, Reconhecimento, Avaliação da Qualidade Organizacional e Pressões Competitivas.

A segunda dimensão refere-se aos fatores críticos na implementação da estratégia de Acreditação (facilitadores e/ou dificultadores). Para esta dimensão, foi utilizado o modelo criado por O'Brien (1995), o qual caracteriza as dimensões de CQI (Continuous Quality Improvement) e os elementos necessários para o sucesso da melhoria da qualidade em organizações de saúde. O modelo foi modificado para dar conta das particularidades da estratégia de Acreditação, constituindo-se, agora, de três categorias: Culturais, Técnico-Estruturais e Estratégicas e contemplando os estudos de Schiesari (2003), Huq e Martin (2000), Shortell (1995), Carman *et al.* (1996), Weiner *et al.* (1997, 2006), Roberts (1990), Baker, Day e Salas (2006), Maguerez *et al.* (2001), Lee *et al.* (2002), O'Brien *et al.* (1995), Pongpirul *et al.* (2006), Arndt e Bigelow (1995), Zabada, Rivers e Munchus (1998) e Sahney (2003).

A terceira dimensão refere-se às vantagens competitivas decorrentes da estratégia de Acreditação, cujas categorias foram estabelecidas a partir dos estudos envolvendo vantagens competitivas da qualidade na indústria, serviços e, especificamente, na área da saúde. As categorias desta dimensão incluem Estrutura, Desempenho, Reconhecimento, Atendimento, Acesso e Eficiência. Os estudos de Garvin (1997), Giansesi e Corrêa (2004), Parasuraman, Zeithaml e Berry (1985), Coddington e Moore (1987), Donabedian (1990), Bowers, Swan e Koehler (1994), Jun, Peterson e Zsidisin (1998), JCAHO (1996) e Sower *et al.* (2001) dão suporte à terceira dimensão.

Finalmente, tem-se a quarta dimensão, onde é analisado o alinhamento da estratégia de Acreditação com a estratégia geral da organização. Mintzberg (1988), Porter (1993), Slack (1993) fundamentam este relacionamento.

Para que se proceda a uma análise de dados adequada, é essencial que, ao final do trabalho de categorização, as categorias atendam a algumas regras básicas (SELLTIZ *apud* por YIN 2006):

- o conjunto de categorias deve ser derivado de um único critério de classificação;
- o conjunto de categorias deve ser exaustivo;
- as categorias do conjunto devem ser mutuamente exclusivas.

A análise de conteúdo seguiu as fases cronológicas, propostas por Bardin (2006), ou seja:

- pré-análise – trata-se da fase de organização do material, escolha dos documentos a serem submetidos à análise, formulação de hipóteses e objetivos e elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final;
- exploração do material – esta é fase de codificar, enumerar ou descontar em função de regras previamente formuladas. Utilizou-se, como unidade de registro, o tema.
- tratamento dos resultados, inferência e interpretação – os resultados são tratados para se transformarem em resultados significativos e válidos.

Após a análise individual de cada caso, realizou-se a análise comparativa dos casos A, B e P. Considerando que pesquisas de casos múltiplos podem reforçar as descobertas realizadas, é a análise cruzada entre casos anteriormente estudados individualmente, que proporciona consistência aos resultados do trabalho (YIN, 2005), a qual será descrita no capítulo a seguir.

7 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo, são apresentados os resultados da análise dos dados dos três casos estudados: P, A e B. Ao final do capítulo, é realizada uma análise comparativa dos casos.

A análise de conteúdo por categorias temáticas, emanadas da revisão bibliográfica (conforme Quadro 4, p.71), foi realizada a partir dos dados coletados nas entrevistas e consulta aos documentos.

7.1 O CASO P

O caso P será apresentado a partir de sua caracterização, seguida das motivações da organização para adoção da Acreditação, os fatores críticos de sucesso para implementação do processo, as vantagens competitivas associadas à Acreditação, e, por fim, o alinhamento da Acreditação com a estratégia geral desta organização.

7.1.1 Caracterização da Organização

Os dados utilizados para caracterizar o caso P foram obtidos a partir da consulta aos documentos da organização (portal, formulário de Cadastro de Acreditação, relatório para o Prêmio Gaúcho de Qualidade e Produtividade, apresentação para integração inicial dos colaboradores, histórico do hospital).

O caso P é um hospital geral de Porto Alegre, RS. Trata-se de uma sociedade civil, sem fins lucrativos, beneficente, assistencial e educacional, que atua como prestadora de serviços de medicina, através de uma organização hospitalar sustentável.

Em relação à área física, a sede principal é composta por um Bloco Hospitalar, dois centros Clínicos e o Instituto de Educação e Pesquisa. Além disto, existe uma sede dentro de um grande *shopping center*, destinado à prevenção, consultas, tratamentos e exames. Na área de Assistência Social, as atividades são realizadas nas cinco entidades assistenciais mantidas pela Associação Hospitalar.

É um hospital de complexidade terciária, com capacidade instalada de 308 leitos, sendo 61 leitos de tratamento intensivo, distribuídos em Centro de Tratamento Intensivo Adulto,

Pediátrico, Neonatal e Cirúrgico. Possui cinco áreas de ênfase: Oncologia, Cardiologia, Traumato-Ortopedia, Neurologia e Medicina Materno-Infantil. Os dados de 2006 revelam 2.457 partos, 15.930 procedimentos cirúrgicos, 122.216 exames diagnósticos e 85.139 pacientes/dia, totalizando uma taxa de ocupação média de 76%. A taxa média de satisfação global dos pacientes (segundo pesquisa realizada mensalmente pela organização), referente a 2006, foi 92,4%.

Em relação aos Recursos Humanos, o hospital trabalha com 1796 colaboradores próprios e 570 colaboradores de terceiros. O corpo clínico conta com 3.700 profissionais, entre médicos e cirurgiões-dentistas.

O hospital define como seu principal produto a Assistência Integral® (marca registrada da organização, implantada em 1991) à saúde, representada por procedimentos cirúrgicos, clínico-ambulatoriais, de diagnóstico e uma rede de serviços complementares. A Assistência Integral® é um sistema de atendimento hospitalar entendido como um conjunto de ações multiprofissionais e integradas, cujo objetivo é acolher o paciente e suprir suas necessidades, com resultados que se concretizam à beira do leito.

A Missão da Organização é descrita como: “Praticar ações de saúde com excelência e responsabilidade social, a fim de melhorar a qualidade de vida”. A Visão é: “Ser referência mundial nas ações de saúde, oferecendo em suas áreas de atuação soluções em todos os ciclos da vida e sendo reconhecida pela responsabilidade social, credibilidade e excelência em serviços”. Os valores do hospital são assim descritos (TORRESINI, 2002): Respeito ao Ser Humano; Assistência Integral®; Qualidade; Alianças; Preservação da História; Formação e Capacitação; Espiritualidade; Cidadania; Auto-sustentabilidade; Preservação da Natureza; Valorização Profissional; Disciplina e Organização e Limpeza.

O hospital foi inaugurado em 1927, tendo sido construído para atender às necessidades da comunidade alemã, a qual desejava um hospital com os mesmos padrões de atendimento dos hospitais europeus, especialmente em relação à limpeza. Esta comunidade buscava também um hospital que preservasse o seu idioma, os valores e a cultura alemã.

Inicialmente, a administração era realizada pelas diaconisas vindas da Alemanha, as quais também fundaram a Escola de Enfermagem, que existe ainda hoje. No início dos anos 70, a administração foi profissionalizada.

Nos anos 80, foram introduzidos os conceitos de Gestão pela Qualidade Total (GQT), direcionando o foco para o cliente. Em 1993, foi realizado o Planejamento Estratégico, definindo

Missão, Negócio e Princípios. Neste mesmo ano, foi assinado o termo de adesão junto ao PGQP (Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade). O sistema de Gestão pela Qualidade Total foi implantado em 1995, assim como a contratação de consultoria da Fundação Christiano Ottoni para acompanhamento de sua implantação. Também neste período, foi realizada a primeira experiência completa de desdobramento de diretrizes.

Em 1996, foi conquistado o Diploma “Destaque em Qualidade” do PGQP e, em 1997, o Troféu Bronze. No ano seguinte, o hospital recebeu o Troféu Prata do PGQP. Neste mesmo ano, foi implantado um sistema de Indicadores. Em 1999, no Planejamento Estratégico, houve um reposicionamento no mercado, com definição de quatro áreas de ênfase.

A opção pela Acreditação pela Joint Commission International (JCI) foi realizada em janeiro de 2001 através do contrato com Consórcio Brasileiro de Acreditação. A certificação de Acreditação foi obtida em dezembro de 2002. O Hospital foi re-acreditado em setembro de 2005.

Em 2002, foram re-definidas as principais estratégias (diretrizes institucionais): excelência de serviços, perpetuação da instituição e satisfação das partes interessadas. Em 2006, o Planejamento Estratégico foi realizado utilizando o Balanced Scorecard (BSC), sendo lançada uma nova forma de gestão, que congrega Gestão da Estratégia, Gestão por Processos, Gerenciamento Matricial de Despesas e Sistema Integrado de Informática. Em 2007, o hospital voltou a integrar o PGQP, conquistando o troféu Ouro. Os documentos consultados mostram outros prêmios e certificações relacionados à Qualidade Hospitalar e à Responsabilidade Social: Marca preferida e mais lembrada no segmento hospitalar (Marcas de Quem Decide do Jornal do Comércio e Qualidata), Prêmio Top Cidadania e Top Ser Humano (da ABRH-RS), Top Hospitalar (melhor hospital da região sul – Revista de Fornecedores Hospitalares), Prêmio Hospital Best (Associação Brasileira de Marketing em Saúde), Prêmio David Capistrano da Política Nacional de Humanização (Ministério da Saúde), Prêmio Certificado de Responsabilidade Social (Assembléia do Estado do RS).

O Hospital mantém, ainda, desde 2001, o Programa de Avaliação e Melhoria da Qualidade (PAMQ). Trata-se de um programa de avaliação interno, onde, equipes de colaboradores capacitados, avaliam periodicamente os setores, com critérios baseados na Joint Commission International e no Programa Nacional de Qualidade.

O Sistema de Liderança é composto por:

- Assembleia Geral dos Associados – constituída por pessoas da comunidade, sendo regida pelo Estatuto da Associação Hospitalar, sem objetivo de lucro a favor de seus membros. A Assembleia elege o Conselho Diretor, com mandato de três anos, e toma decisões estratégicas que norteiam o desenvolvimento do hospital. Não é um órgão executivo;
- Conselho Diretor – formado por três associados, não remunerados, sendo um deles o Presidente. Ao Conselho Diretor compete indicar o Superintendente Executivo e orientar estrategicamente a organização, traçando as políticas e diretrizes. Também não é um órgão executivo;
- Superintendência – composta pelo Superintendente Executivo, Superintendente Médico e Superintendente Assistencial; é a direção executiva do hospital;
- Gerências e Supervisões – são constituídas pelos Gerentes, Supervisores e pelo pessoal operacional das Unidades Gerenciais Básicas (UGB). Cabe às Gerências e Supervisões a execução das estratégias e diretrizes institucionais e a operacionalização de todos os processos do hospital.

7.1.2 Motivações para a adoção de estratégia de Acreditação

Em relação às Motivações, os dados coletados nas entrevistas foram analisados seguindo quatro categorias: Melhoria dos Processos, Reconhecimento, Avaliação da Qualidade e Pressões Competitivas.

7.1.2.1 Melhoria dos Processos

A melhoria de processos é entendida por todos executivos entrevistados como uma das principais motivações que levaram a organização a adotar uma estratégia de Acreditação. A busca da excelência operacional, através da melhoria dos processos assistenciais e da qualificação dos recursos humanos, utilizando metodologia específica, faz crescer a qualidade da organização.

Como mostra o seu histórico, o hospital participa, desde os anos 90, do Programa Gaúcho de Qualidade e Produtividade, que atende a critérios de gestão (critérios do Prêmio Nacional de Qualidade, PNQ). A organização entendeu, então, ser necessário integrar uma metodologia que

atendesse os processos assistenciais. “A decisão de trabalhar com a linha da JCI foi pela sintonia entre os seus referenciais e o negócio do hospital, que é a melhor prática médico-assistencial”, informa um dos entrevistados.

Conforme relataram os entrevistados, a Acreditação identifica oportunidades de melhoria na atividade fim, o real produto do hospital, que é a assistência, e desencadeia um processo de melhoria contínua. Estas idéias encontram respaldo nos trabalhos de Hayes e Shaw (1994). Como os objetivos da Acreditação pela JCI são essencialmente voltados ao paciente, especialmente sua segurança, estes vão ao encontro do processo principal do hospital estudado, o denominado processo Paciente. O processo Paciente engloba todas as ações relacionadas diretamente ao atendimento deste que é o principal cliente da organização, desde sua avaliação, medicação, nutrição, assistência e alta hospitalar. A cada nova avaliação, existe evolução nos padrões utilizados pela Joint Commission International, o que desencadeia mudanças também nos processos internos da organização. Segundo os entrevistados, estas evidências podem ser acompanhadas, já que o hospital vem modificando suas práticas a partir das alterações nos padrões internacionais, sendo este um dos pontos a manter a motivação para uso da estratégia de Acreditação. Conforme um dos entrevistados informa, “entendemos como uma forma de desenvolvimento”.

Diretamente relacionada à melhoria dos processos assistenciais, a melhoria dos processos de Recursos Humanos foi mencionada com uma das grandes motivações por todos os entrevistados. Também na literatura, a educação do *staff* é citada como um dos objetivos da Acreditação (HAYES; SHAW, 1995; CBA, 2007). Conforme relata a Superintendente Assistencial, os componentes dos padrões são fortemente educativos, com conteúdo técnico, o que possibilita a capacitação dos profissionais dentro da própria instituição. Foi ainda mencionado nas entrevistas, que este desenvolvimento motiva os profissionais a investirem na sua educação, com cursos de pós-graduação, mestrado e doutorado, enriquecendo a equipe como um todo e revertendo, por sua vez, na melhoria dos processos assistenciais. Assim, mantém-se a motivação para persistir com a Acreditação.

Ainda na área de Recursos Humanos, a possibilidade de captação de profissionais com conhecimento técnico diferenciado, é maior numa organização acreditada, conforme a Superintendente Assistencial. Recrutamento do *staff* tem sido uma das motivações dos hospitais ao adotar a Acreditação, conforme atesta Schyve (2000). A literatura ainda mostra que a

Acreditação pela JCI facilita o recrutamento de pessoas, ao atrair profissionais que preferem trabalhar em organizações acreditadas (JOINT COMMISSION INTERNATIONAL, 2007). As empresas que tem uma metodologia incorporada geralmente aparecem nas pesquisas de melhor empresa para se trabalhar, continua a Superintendente Assistencial. Da mesma forma, a empregabilidade de um indivíduo que conseguiu incorporar os conhecimentos e habilidades de uma instituição acreditada, é facilitada. Isto valoriza o profissional e o torna diferenciado no mercado.

A valorização da participação do grupo operacional foi considerada, pela Gerente de Desenvolvimento Organizacional, como um fator que motiva a persistir nesta estratégia. Diferentemente de outras certificações, como o PGQP, por exemplo, o grupo operacional é solicitado, pelos avaliadores, a prestar informações durante todo o processo de avaliação, participando ativa e decisivamente. Isto faz com que estes profissionais fiquem mais motivados e com o sentimento de realmente estarem fazendo parte do processo.

A melhoria dos processos relacionados à Tecnologia foi mencionada, principalmente no que se refere ao seu melhor uso, pelo Superintendente Médico. Os demais entrevistados não trouxeram este aspecto espontaneamente.

Quanto à melhoria do processo Custos, esta não foi citada, inicialmente, como uma importante motivação para a Acreditação, quando da adoção em 2001. Atualmente, existe o entendimento dos entrevistados de que o processo auxilia a controlar os custos.

7.1.2.2 Reconhecimento

O Reconhecimento da organização aparece como uma motivação para a adoção desta estratégia no caso P, especialmente no que se refere à demonstração da excelência. Conforme a Gerente de Desenvolvimento organizacional relatou, a visão de futuro do Hospital, estabelecida em 1999 para 2005, era “ser reconhecido internacionalmente como uma instituição de saúde de excelência”. Partindo desta visão, o hospital procurou a certificação internacional, por entender que, a conformidade aos padrões internacionais, oferecendo garantia da qualidade médico-assistencial, associada à melhoria de qualidade que aconteceria durante o processo, certamente configurariam uma organização de excelência, podendo então, obter o reconhecimento internacional. Portanto, o reconhecimento seria somente a consequência de um real

desenvolvimento da organização, passando por todo um processo de melhoria contínua, e não um ponto de partida. Estes achados estão em sintonia com os trabalhos de Schiesari (2003), que apontam para o reconhecimento público da qualidade dos serviços prestados.

Os entrevistados entendem que a Acreditação auxilia a construir e comunicar a imagem de credibilidade da instituição, estando associada à manutenção da marca, o que é corroborado por Shaw (2004). Tanto a imagem, como a utilização da Acreditação como ferramenta de marketing, segundo os executivos, são fatores importantes a serem considerados quando da adoção ou manutenção de uma estratégia de Acreditação, sendo, entretanto, uma consequência da excelência dos processos. Da mesma forma, foi mencionado que a Acreditação é uma fonte de informação para o cliente, podendo ser utilizada no seu processo decisório. Esta afirmação encontra respaldo nos trabalhos de Schyve (2000), mostrando que o consumidor pode demandar o local onde seu cuidado será prestado. Os entrevistados percebem que este é um fator que está aumentando sua importância no cenário geral da saúde, não sendo, atualmente, ainda decisivo.

Os entrevistados salientaram que o mercado (fontes pagadoras), apesar de perceber a qualidade das organizações acreditadas, não traduz esta qualidade em remuneração diferenciada. Entretanto, existe a expectativa que isto se torne realidade. Conforme relata a Superintendente Assistencial, “ainda não há um reconhecimento no mercado brasileiro que origine ganhos adicionais, maior remuneração por procedimentos em hospitais acreditados, mas isto certamente acontecerá”. Existe, assim, uma expectativa de aumento do valor percebido que auxilia a manter a motivação para buscar a re-acreditação.

7.1.2.3 Avaliação da Qualidade

A avaliação da qualidade da organização mostrou-se como um dos grandes fatores motivadores para adoção da Acreditação nesta organização. O fato de ser uma avaliação realizada por profissionais externos à organização, inclusive com um membro estrangeiro, oferece, segundo todos os entrevistados, maior objetividade e isenção. Trata-se, assim, de uma medida e não de uma percepção, o que é corroborado pela literatura (SHAW, 1994; CBA, 2007).

O hospital é reconhecidamente uma organização de grande complexidade (MAC EARCHER *apud* ZANON, 2001), onde múltiplos e diferentes processos coexistem. Os entrevistados referem esta complexidade, exemplificando com processos de produção (alimentos,

central de material esterilizado) e vários outros, culminando com o de assistência ao paciente e a responsabilidade da organização sobre o que acontece com o mesmo e como o paciente é devolvido ao seu ambiente. Desta forma, procuram uma avaliação objetiva da qualidade, comparando a prática do hospital com os critérios de qualidade da Acreditação. A metodologia específica empregada para os serviços de saúde é citada como um diferencial em relação a outras certificações, pois os profissionais entendem a necessidade de avaliar a qualidade intrínseca do negócio da saúde.

Os executivos desta organização explicam que padrões funcionam como uma referência para os profissionais, permitindo que se verifique quais processos precisam ser alterados, acrescidos ou padronizados. Assim, conforme os dados coletados a partir de todas as entrevistas, a organização adotou esta estratégia com a intenção de ter a qualidade de seus processos e desempenho avaliada, permitindo a demonstração de evidências, com foco, especialmente, nos processos envolvendo o paciente. Conforme Klück (2002), a Acreditação atesta o grau de qualidade alcançado pela instituição, a partir dos padrões previamente definidos.

A questão segurança foi trazida por todos os respondentes, sendo este o grande norteador da avaliação. Conforme atesta a bibliografia, os hospitais pertencem à categoria dos *HRO (High Reliability Organizations)*, em função do seu alto risco e onde qualquer erro pode ser altamente danoso (ROBERTS, 1990). Da mesma forma, as organizações de saúde de todo o mundo atualmente se mobilizam para tornar a assistência ao paciente mais segura. Iniciativas de instituições internacionais, como a Organização Mundial de Saúde (OMS), *Institute of Medicine (IOM)* por meio do projeto Cinco Milhões de Vidas, agregam inúmeros hospitais em todo o mundo. O Manual dos Padrões da JCI (2003) possui uma função específica para avaliar estes aspectos, denominada Qualidade e Segurança do Paciente, especificando seis metas a serem perseguidas pelas organizações de saúde para garantir a segurança do paciente. Assim, os resultados das entrevistas apontam para a tendência mundial da saúde desta década, no sentido que a segurança dos processos envolvendo o paciente seja efetivamente avaliada. O Consórcio Brasileiro de Acreditação (2007) reforça este aspecto ao definir a obtenção de avaliação objetiva do desempenho da organização, utilizando uma abordagem centrada no processo do cuidado do paciente, como um dos fatores motivadores das organizações de saúde em direção à Acreditação.

Conforme citou a Superintendente Assistencial, “a principal motivação para adotar a Acreditação foi avaliação e validação específica da prática médico-assistencial, que é o negócio

do hospital”. Todas entrevistas ressaltaram que, mais do que avaliar a qualidade, a adoção desta estratégia foi motivada pela necessidade da garantia, validação e da manutenção da qualidade. Estas afirmações vão ao encontro da bibliografia, que mostra que os padrões da JCI têm o objetivo de integrar critérios de garantia de qualidade (ARCE, 1998). Foi citada, pelo Superintendente Executivo, a semelhança com as normas ISO, onde, em muitos setores da economia, a certificação é um pré-requisito para a sustentabilidade da organização (ANDERSON; DALY; JOHNSON, 1999). Da mesma forma, a Acreditação é vista pela organização como uma garantia de que as práticas são executadas em padrões internacionalmente aceitos, e isto é um motivo para mantê-la. A periodicidade da avaliação (a cada três anos), garante a manutenção da qualidade, o que é ratificado pelo CBA (2003).

Além da qualidade médico-assistencial, a organização estudada entende que a Acreditação faz parte do sistema de gestão. Conforme explica o Superintendente Executivo, a Acreditação, associada aos critérios de excelência do Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ), os quais são alinhados ao Malcon Baldrige dos EUA, e ainda, ao programa interno denominado PAMQ (Programa de Avaliação e Melhoria da Qualidade), oferece ao hospital um sistema de garantia de qualidade e a melhoria nos processos de gestão, sendo este um dos motivos a manter esta estratégia. Ainda, nas palavras do Superintendente Executivo, “estes são sistemas convergentes”. A convergência dos sistemas (Acreditação, PNQ) é citada também por Schiesari (2003).

Em relação especificamente ao Desempenho da organização, os entrevistados entendem que a Acreditação “dá acesso ao desempenho técnico do hospital” (conforme Superintendente Assistencial), pois os padrões avaliam o acompanhamento dos principais resultados. Desta forma, assegura que os desfechos mais importantes sejam monitorados e comparados com outras instituições, inclusive internacionalmente, sendo este um dos motivos citados para adotar esta estratégia. A elaboração de indicadores, com objetivos e métodos de coleta padronizados, permite o uso de *benchmarking* (SCHYVE, 1998) e análise dentro de uma perspectiva mais macro, globalmente falando (MAINZ; BARTELS, 2006).

7.1.2.4 Pressões Competitivas

A globalização da assistência à saúde foi citada por todos entrevistados como um dos fatores motivadores para a adoção de uma estratégia de Acreditação, neste caso, internacional. O

hospital estudado faz parte de um consórcio nacional promovido pela APEX/Brasil (Agência de Promoção de Exportações e Investimentos), junto com outros hospitais brasileiros. O pré-requisito para vender os serviços a pacientes de outros países é a certificação pela JCI, o que garante os padrões internacionais de qualidade e habilita a organização hospitalar a competir no mercado global, explica o Superintendente Executivo. A necessidade da organização hospitalar ser acreditada pela JCI para efetivamente competir no mercado global encontra respaldo na literatura, nos trabalhos de Segouin, Hodges e Brechat (2005) e Matoo e Rathindran (2006).

As demandas do consumidor apareceram como fator motivacional em apenas uma entrevista, a da Gerente de Desenvolvimento Organizacional, entendendo que este é um movimento crescente, mas que ainda não alcançou grandes proporções. Da mesma forma, o aumento do *market share* foi citado por um respondente, a Superintendente Assistencial.

Outro aspecto enfatizado pelos entrevistados dentro de pressões competitivas e que não fazia parte das variáveis pré-estabelecidas neste trabalho é a sobrevivência da organização. Conforme definiu o Superintendente Médico, “qualidade e certificação por Acreditação é questão de sobrevivência – quem não tiver, ficará fora”. A mesma ênfase foi dada pelo Superintendente Executivo, ao considerar a Acreditação, “um pré-requisito para a sustentabilidade da organização” ou ainda, “garantia de perpetuação na atividade”.

A cultura da organização foi referida espontaneamente pelos entrevistados como um dos fatores que levaram a organização a adotar uma estratégia de Acreditação. Conforme exemplificaram, a “história alemã de qualidade”, “o hospital foi criado com a inspiração da qualidade” ou ainda, “o hospital, historicamente, sempre se diferenciou”, sugerem fortemente a necessidade de buscar uma alternativa neste âmbito.

A responsabilidade profissional e social foi mencionada pelo Superintendente Executivo como uma necessidade da atualidade. Segundo o entrevistado, esta responsabilidade deve motivar as organizações a buscarem melhores formas de gerir os recursos, tanto no primeiro, como no segundo ou terceiro setor. Isto faz com que o recurso retorne à sociedade, agregando mais valor no que se faz.

Concluindo esta dimensão, os principais fatores que levaram o caso P a adotar a estratégia de Acreditação pela Joint Commission International foram avaliação objetiva e garantia da qualidade médico-assistencial, a melhoria dos processos (principalmente assistenciais e de recurso humanos), a demonstração de excelência da organização e a globalização da assistência à

saúde. A cultura da organização, fator que não estava presente nas categorias de análise pré-estabelecidas, também foi considerada, para este hospital, como um importante fator motivador. Os demais fatores motivadores citados pelos entrevistados incluem a imagem da organização, informação do cliente, valor percebido, *market share*, sobrevivência da organização e responsabilidade profissional e social.

7.1.3 Fatores Críticos de Sucesso

Em relação aos fatores críticos de sucesso para Acreditação, os dados coletados nas entrevistas do estudo P foram analisados seguindo as três categorias pré-estabelecidas: Culturais, Técnico-Estruturais e Estratégicos.

7.1.3.1 Culturais

No conjunto de fatores culturais, encontra-se o fator que mais dificultou, inicialmente, a implementação do processo de Acreditação no caso P: a resistência por parte de grupos médicos. Conforme explicado nas entrevistas, os médicos interpretam os novos processos desencadeados pela Acreditação como dificultadores, até perceberem que se tratam de processos para segurança do paciente e sua própria segurança. Isto se aplica especialmente a registros médicos e consentimento informado. O entendimento dos entrevistados é que a formação médica prepara para a autonomia, e não para o trabalho integrado. É necessário conciliar esta autonomia a uma nova visão: “a idéia antiga é que o hospital é só um prestador de serviços, que não pensa. O hospital é um organismo vivo, que tem padrões”, continua o Superintendente Médico. A Superintendente Assistencial entende que o profissional que consegue ter autonomia nos procedimentos médicos e, ao mesmo tempo, integrar-se no processo de cuidado, obtém uma vantagem competitiva no mercado.

As observações citadas no parágrafo anterior estão alinhadas aos estudos de Zabada, Rivers e Munchus (1998) e Arndt e Bigelow (1995), os quais avaliam as dificuldades de implementação de iniciativas de qualidade nas organizações. Os autores citam a subcultura dos médicos, os quais focam no produto (procedimento médico) como seu objetivo de trabalho e têm sua própria visão do que deve ser qualidade. Conforme explica Mintzberg (1995, 2000), o hospital, com sua configuração de Burocracia Profissional, apóia-se nas habilidades e

conhecimento de seus profissionais, o que propicia grande autonomia aos mesmos. Assim, os dois fatores considerados críticos no sucesso de implantação de iniciativas de qualidade (controle hierárquico da administração sobre o núcleo técnico e domínio dos processos racionais de tomada de decisão) estão ausentes na maioria das organizações de saúde (ARNDT; BIGELOW, 1995). Schiesari (2003), ao estudar estratégias de qualidade em organizações hospitalares no Brasil (Acreditação pela JCI, Acreditação pela ONA, PNQ, ISO), também encontrou, como problemas freqüentes, a indiferença e a resistência dos médicos.

No mesmo grupo de fatores culturais, encontram-se os Valores da organização, citados por todos os entrevistados como determinantes para o sucesso da implementação do processo de Acreditação no caso P. A sintonia de valores como disciplina, qualidade, organização, respeito à origem, Assistência Integral®, com os propósitos dos padrões da avaliação, surgiu em várias ocasiões durante as entrevistas, auxiliando o processo. Conforme referiu o Superintendente Médico, “num substrato com este, fica mais fácil agregar os elementos da Acreditação”.

A origem da organização, no que se refere ao objetivo de oferecer os melhores cuidados, acolhimento, respeito e limpeza, se reflete hoje, no que se considera a melhor prática assistencial, entende a Superintendente Assistencial. “Não foi preciso convencer as pessoas de que isto era bom”, assevera. Os valores descritos pelos entrevistados são comunicados visualmente nos espaços do hospital, *site*, integração inicial dos novos funcionários e o seu conhecimento e cumprimento pelos colaboradores são verificados na avaliação interna de qualidade, conforme mostram os documentos consultados. Estes valores alinham-se aos padrões da JCI (CBA, 2003) e devem refletir-se nas práticas diárias. O entendimento dos entrevistados a respeito da importância dos valores da organização para o sucesso da Acreditação encontra respaldo nos trabalhos de O’Brien (1995), ao estudar a implantação de programas de qualidade (CQI) em hospitais.

Também o clima de aprendizagem e mudanças foi considerado pelos respondentes como um fator facilitador para a implantação da Acreditação no caso P. O Superintendente Executivo ressalta que a Acreditação, como outros programas de qualidade, exige que as pessoas saiam de sua zona de conforto e estejam preparados para mudança. Da mesma forma, a Gerente de Desenvolvimento Organizacional e a Superintendente Assistencial mostram que o ambiente deve ser propício para que isto aconteça. Shortell (1995) salienta a associação significativa entre hospitais que se dispõem a correr riscos e o grau de implementação de melhoria de qualidade.

As observações acima estão em sintonia com a referência feita pelo Superintendente Médico ao empowerment dos funcionários. Segundo ele, num clima de aprendizagem, a aquisição de conhecimento por parte dos colaboradores lhes garante uma maior autonomia e maior confiança no seu trabalho. Citou como exemplo o maior conhecimento dos colaboradores sobre a interação entre medicamentos, gerado por demanda da Acreditação. Este conhecimento proporciona-lhes maior segurança ao tratar com os médicos do corpo clínico, ao perceberem a existência de interações entre medicamentos prescritos pelo médico, a qual pode demandar alguma ação deste profissional. Na revisão de literatura, o *empowerment* dos funcionários, como parte das condições culturais da força de trabalho dos hospitais, mostrou-se como uma dimensão significativa para implementação de TQM nestas organizações (HUQ; MARTIN, 2000).

O trabalho em equipe, envolvendo profissionais de múltiplas formações, foi considerado pela Gerente de Desenvolvimento Organizacional como um fator importante para o alcance da meta estabelecida neste hospital. Conforme o seu depoimento, a organização já trabalhava anteriormente com grupos técnico-científicos que estudavam temas específicos. Para dar conta das necessidades da Acreditação, estes grupos transformaram-se em “equipes mais arrojadas, voltadas para as grandes funções do Hospital, trabalhando com embasamento científico”, explica a entrevistada. A literatura mostra que ênfase no trabalho em equipe é associada à melhoria de qualidade (SHORTELL *et al.*, 1995). Baker, Day e Salas (2006) também apontam o trabalho em equipe como fator crítico para a efetiva implementação de práticas da qualidade nas organizações, principalmente nos hospitais, onde, como nas demais HROs (*High Reliability Organizations*), o trabalho tem uma natureza interdisciplinar e existe necessidade de grande cooperação entre os profissionais, a fim de salvaguardar a segurança do paciente.

7.1.3.2 Técnico-Estruturais

A Sensibilização foi citada por todos entrevistados como um fator crítico de sucesso para a implantação da Acreditação. A sensibilização teve início com um dos Superintendentes, compartilhando a idéia com seus pares, antes da definição desta estratégia. A partir daí, a sensibilização foi estendida ao grupo gerencial (gerentes e supervisores) e, após, a todos os colaboradores. Segundo os executivos, o entendimento inicial dos objetivos da Acreditação foi fundamental para o sucesso do processo. Estes resultados são compatíveis com os achados de

Schiesari (2003), que evidenciam a importância de um programa de sensibilização para todos os colaboradores, visando a implantação de iniciativas de qualidade em organizações hospitalares. Também foi mencionado nas entrevistas, a necessidade de, periodicamente, mobilizar todos os colaboradores em direção à re-acreditação.

Seguindo a Sensibilização, todos executivos apontaram para Educação e Treinamento como um aspecto que se mostrou obrigatório para o alcance da meta. A educação englobou a contratação de consultoria especializada. A capacitação e treinamento formal envolveram, inicialmente, a alta direção e grupo gerencial e, posteriormente, todos os colaboradores da organização e seus terceirizados. Estes achados encontram respaldo em autores como Huq e Martin (2000), Baker, Day e Salas (2006), Schiesari (2003), os quais salientam a importância da capacitação para o sucesso da implementação de iniciativas de qualidade nas organizações hospitalares. A capacitação incluiu a qualificação das lideranças que, além do treinamento específico para Acreditação, possibilitou a participação em eventos nacionais e internacionais sobre o tema e visitas a organizações hospitalares já acreditadas para troca de experiências. Conforme Maguerez *et al.* (2001), a qualificação de lideranças dos projetos contribui para o sucesso de iniciativas de melhoria de qualidade nas organizações hospitalares. A qualificação técnica dos profissionais da organização é um fator crítico do processo, na opinião do Superintendente Executivo. As pessoas devem ter, previamente, excelência na sua formação profissional para garantir as boas práticas e poder atender os padrões internacionais da Acreditação.

Diretamente relacionado à sensibilização e treinamento, o envolvimento de todos os colaboradores e o trabalho concomitante e focado, caracterizaram a imersão da organização no processo de Acreditação, entendido pelos entrevistados como um facilitador. O envolvimento e comprometimento da organização traduzem-se nas palavras do Superintendente Médico: “o fundamental é a instituição querer”. Os entrevistados referiram uma grande mobilização, com campanhas visuais, matérias nos órgãos de comunicação institucional e seminários internos, sendo que o tempo entre a adoção desta estratégia e a conquista do título foi de 22 meses. Carman *et al.* (1996), ao estudarem melhorias de qualidade em hospitais, consideraram a importância do grau de imersão da organização no sucesso do empreendimento.

Uma estrutura para Acreditação foi referida por todos os profissionais entrevistados como essencial para o sucesso da implantação sendo, nesta organização, constituída por Comitê

Estratégico (formado pelos Superintendentes), Comitê Gestor (composto por dois Superintendentes, uma coordenação médica, coordenação assistencial e coordenação operacional) e Coordenação Geral (a cargo da Gerente de Desenvolvimento Organizacional). Foram definidos grupos multidisciplinares e lideranças para cada função da Acreditação, os quais trabalhavam os processos de forma horizontal na organização, associando outros colaboradores aos trabalhos. A literatura mostra a importância de estruturas organizacionais específicas e sistemas, especialmente mecanismos de coordenação, ao se avaliar a implantação de CQI em organizações de saúde (O'BRIEN *et al.*, 1995).

Dentre os fatores técnico-estruturais apresentados, a integração e utilização da informação foi o único considerado como um dificultador do processo. A Superintendente Assistencial referiu que “a dificuldade de visualizar de forma integrada todos os sistemas de registro, cruzar e obter informação” precisou ser trabalhada. De uma maneira geral, os entrevistados mencionaram a necessidade de trabalhar os registros em prontuário do paciente como um fator crítico no processo. A literatura também evidencia que a integração e utilização da informação foram identificadas como obstáculo para a implementação da Acreditação, como descrito em hospitais tailandeses (PONGPIRUL *et al.*, 2006),

Além das categorias de análise previamente existentes, três novas variáveis surgiram das entrevistas: o domínio da metodologia da qualidade, a comunicação na organização e a linguagem do modelo da Acreditação. O domínio da metodologia da qualidade emergiu, em vários momentos das entrevistas, como um elemento facilitador da implementação da Acreditação. Conforme os entrevistados, o fato das ferramentas da qualidade estarem sendo usadas rotineiramente nesta organização, possibilitou adesão mais fácil ao processo de Acreditação, o qual se trata de uma iniciativa de qualidade. O pensamento de que uso de ferramentas da qualidade facilita a implantação de CQI em organizações de saúde, é sustentado por O'Brien *et al.* (1995).

A comunicação na organização foi também mencionada pela Gerente de Desenvolvimento Organizacional como um aspecto a ser valorizado no processo de implantação. A possibilidade de discussão dos assuntos relacionados à Acreditação em diversas instâncias, com a formação de uma rede, articulando as coordenações operacionais, comitê gestor e Superintendência, facilitou o desenvolvimento do processo. A comunicação intra-hospitalar é

citada por Magueret *et al.* (2001), como uma das razões a contribuir para o sucesso de iniciativas de qualidade em hospitais franceses.

A linguagem da Acreditação foi mencionada pela Gerente de Desenvolvimento Organizacional como um facilitador no processo. A linguagem do manual é a linguagem técnica da saúde, o que, diferentemente de outros modelos de avaliação de qualidade, auxilia a compreensão do pessoal técnico. Apesar de não se tratar de uma característica do processo de implementação, e sim, de uma característica do modelo da Acreditação, entende-se ser oportuno manter a observação da entrevistada nesta seção.

7.1.3.3 Estratégicos

Entre todas as categorias de fatores críticos de sucesso, os estratégicos foram, certamente, os considerados mais importantes para o alcance da meta estabelecida. Os entrevistados consideraram o envolvimento das lideranças, em todos os níveis da organização, como crítico para o sucesso da implementação da Acreditação. O envolvimento inicia com alta direção, passando pelo grupo gerencial, supervisão, grupo técnico e colaboradores com função de liderança. Conforme o Superintendente Executivo, Acreditação pressupõe mudança, e a mudança precisa ser planejada e gerenciada. Soma-se ainda uma dimensão comportamental, na qual o exemplo da liderança é fundamental. Conforme o Superintendente Médico, a “firme decisão da liderança move a instituição”. Estes achados refletem aspectos levantados na literatura. Programas de qualidade têm, como premissa, o envolvimento e comprometimento da alta direção (FEIGENBAUM, 1994). Em relação especificamente à área da saúde, os estudos de Weiner *et al.* (2006) e Huq e Martin (2000) apontam para a forte liderança como um fator essencial na implementação de TQM em hospitais. Berwick, Godfrey e Roessner (1990) também ressaltam a importância dos líderes para a melhoria da qualidade nas organizações de saúde, por meio do planejamento, do uso de métodos e da integração da qualidade na estratégia corporativa.

A participação do grupo médico, em todas as entrevistas, foi considerada fundamental para alcançar a meta desejada. A partir do Superintendente Médico, foi envolvido inicialmente o grupo médico gerencial. Segundo o Superintendente Executivo, este grupo médico de lideranças detém conhecimento gerencial, técnico e método, motivando e dando suporte ao grande grupo. O envolvimento foi ampliado aos médicos contratados. Esses profissionais e algumas lideranças

médicas do corpo clínico aderiram, participando também de grupos de trabalho e disseminando o conhecimento e as práticas para o corpo clínico. Conforme o Superintendente Médico, o grupo médico é heterogêneo e não se pode esperar que todos participem igualmente. O executivo afirma que “o corpo clínico não se constitui num obstáculo; por não conhecer, ele vem mais lentamente, com resistências focais e, ao ver toda a instituição se mover, ele adere” Os autores que estudaram a implantação de iniciativas de qualidade em hospitais mostram a relevância da participação do grupo médico (CARMAN *et al.*, 1996; WEINER *et al.*, 2006; HUQ; MARTIN, 2000; O’BRIEN *et al.*, 1995) e também apontam para a necessidade do envolvimento, em especial, das lideranças médicas. Schiesari (2003), em hospitais brasileiros, assevera a necessidade do envolvimento e participação dos médicos para o sucesso de estratégias de qualidade.

O reconhecimento estratégico da qualidade para a organização foi apontado em todas as entrevistas como fator crítico para o sucesso. Conforme a Superintendente Assistencial, “se não existir o entendimento da Acreditação como estratégica, não acontece. O Hospital pode até ser acreditado uma primeira vez, mas isto não se mantém”. Os entrevistados concordam que as lideranças tiveram esta visão estratégica e souberam comunicá-la, como citado por Huq e Martin (2000) e enfatizado por Garvin (1992).

Finalmente, o foco no cliente paciente, por meio de sua satisfação, qualificação dos processos e das melhores práticas assistenciais, foi apontado nas entrevistas como um fator facilitador para o sucesso da iniciativa na organização. Também os autores, como Huq e Martin (2000), consideram o foco na satisfação do paciente e na melhoria contínua um dos fatores essenciais na implementação de TQM em hospitais.

Concluindo esta dimensão, todos os fatores oriundos das categorias pré-estabelecidas foram mencionados, pelos entrevistados, como importantes para a implementação da Acreditação no caso P. A análise dos resultados das entrevistas permite entender que, nesta organização, foram considerados especialmente críticos (influenciando positivamente o alcance da meta), os denominados fatores estratégicos, ou seja, o envolvimento das lideranças e do grupo médico, o reconhecimento estratégico da qualidade e foco da organização, seguidos dos fatores culturais, especialmente a sintonia aos valores da organização e dos técnico-estruturais, incluindo sensibilização, educação e treinamento, estrutura para Acreditação e imersão da organização no processo de Acreditação. O domínio prévio da metodologia da qualidade foi considerado, nesta organização, como um fator facilitador muito importante, não fazendo parte do conjunto de

variáveis pré-estabelecidas. Os entrevistados mencionaram ainda, o clima de aprendizagem e mudança, o *empowerment* dos funcionários e o trabalho em equipe como fatores facilitadores, além da comunicação e linguagem do modelo, sendo que, os dois últimos não estavam presentes nas variáveis de análise. O fator que, inicialmente, ofereceu maior resistência à implementação dos padrões da Acreditação, foi a cultura do grupo médico, a qual foi trabalhada e contornada por meio do envolvimento deste grupo e posicionamento institucional. Também foi mencionada a dificuldade na integração e utilização da informação.

7.1.4 Vantagens Competitivas

As Vantagens Competitivas associadas à Acreditação, mencionadas pelos entrevistados, foram analisadas considerando-se as categorias Estrutura, Desempenho, Reconhecimento, Atendimento, Acesso e Eficiência.

7.1.4.1 Estrutura

O grande diferencial citado pelos entrevistados, associado à implementação da Acreditação no caso P, foram as Pessoas. A qualificação dos profissionais aconteceu durante e após o processo, continuamente, tanto em relação aos aspectos técnicos quanto aos aspectos comportamentais. Os profissionais tornaram-se mais disciplinados, incluindo o corpo clínico. O fato dos profissionais sentirem-se valorizados e participantes e, também por deterem mais conhecimento, capacita-os a interagirem mais e, portanto, obterem melhores resultados. A literatura comprova a qualificação dos profissionais como um benefício da Acreditação (KLÜCK, 2002; SCHIESARI, 2003; CBA, 2007) e também como um fator importante na definição da qualidade nas organizações de saúde (CODDINGTON; MOORE, 1987; JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998; SOWER *et al.*, 2001).

Todos os respondentes consideram que esta capacitação acontece também no nível executivo. Conforme define o Superintendente Executivo, são três os elementos fundamentais: liderança, conhecimento técnico e conhecimento gerencial. Assim, tanto a organização obtém vantagem competitiva por trabalhar com pessoas mais capacitadas, quanto o próprio profissional encontra melhor posicionamento no mercado.

A estrutura física foi mencionada pela Gerente de Desenvolvimento Organizacional como uma vantagem advinda da Acreditação, no que se refere aos aspectos de segurança das instalações. Além da necessidade de atender requisitos mais específicos de segurança, a avaliação envolve simulação de sinistros, daí decorrendo maior segurança para todas as pessoas que circulam na organização.

A melhoria na manutenção dos equipamentos surgiu em duas entrevistas como uma das vantagens da Acreditação. Conforme o Superintendente Médico, a diferenciação acontece no melhor uso da tecnologia, e não na ampliação do parque tecnológico. No melhor uso estão incluídos a indicação da tecnologia, a sua utilização propriamente dita, a segurança e os resultados para o paciente. Tanto a estrutura física como equipamentos aparecem na literatura como aspectos tangíveis, fazendo parte das dimensões da qualidade em serviços, incluindo as organizações de saúde (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; GIANESI; CORRÊA, 1994; CODDINGTON; MOORE, 1987; BOWERS; SWAN; KOEHLER, 1994; JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998).

7.1.4.2 Desempenho

A opinião de que o desempenho da organização apresentou uma grande melhoria associada à Acreditação e que representa uma vantagem competitiva para o caso P, foi comum a todos os entrevistados.

A conformidade a padrões internacionais é entendida por todos os executivos como uma vantagem competitiva decorrente desta estratégia. O cumprimento, na íntegra, dos padrões recomendados, garante a qualidade e diferencia a organização no seu mercado. Conforme a Superintendente Assistencial, também o corpo clínico se utiliza deste referencial. A conformidade aos padrões reflete-se também na Consistência dos processos, tanto assistenciais, quanto de apoio, o que, segundo os entrevistados, configura uma das grandes vantagens competitivas advindas da Acreditação. Conforme citado pela Gerente de Desenvolvimento Organizacional, o acompanhamento dos processos, como, por exemplo, avaliação de pacientes, ou processo Medicação, diminui a variabilidade dos mesmos e, nas palavras do Superintendente Médico, “dá maior consistência aos serviços”. O treinamento dos profissionais, exigido para atender a conformidade aos padrões, faz com que haja menor variabilidade na entrega dos

serviços e, portanto, uma maior qualidade. A importância da conformidade e consistência dos processos para a qualidade nos serviços é enfatizada na literatura (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; GIANESI; CORRÊA, 1994)

Os Resultados da organização foram citados pelos entrevistados dentro das vantagens associadas. A Acreditação pressupõe o acompanhamento dos resultados através de indicadores, tanto técnico-assistenciais quanto administrativos. A melhoria de indicadores técnicos, e, especialmente, o acesso e acompanhamento deste desempenho técnico, mostra melhores resultados, que podem ser comparados aos dos grandes centros mundiais, oferecendo um diferencial. Os indicadores puderam ser acompanhados na revisão de documentos. Conforme explica a Superintendente Assistencial,

[...] no negócio da saúde, a competitividade se dá pelo nível de resolubilidade de cada paciente. Não adianta o hospital se declarar bom para o público, se o paciente interna e tem um resultado incompatível. O cliente até pode não perceber o sucesso da cirurgia não infectada, o menor tempo de permanência, mas isto se soma à qualidade percebida.

Conforme os entrevistados, a organização hospitalar precisa tornar-se cada vez mais, eficaz. A crescente complexidade de doenças e tratamentos demanda esta resposta da instituição, que obtém ferramentas por meio da Acreditação. Conforme explica a Gerente de Desenvolvimento Organizacional, a Acreditação antecipa e prepara para a complexidade, “se não houver maior eficácia, a organização não se sustenta”. A literatura mostra a importância dos resultados e eficácia como fatores da qualidade nas organizações de saúde (CODDINGTON; MOORE, 1987; DONABEDIAN, 1990; BOWERS; SWAN; KOEHLER, 1994; JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998; JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS, 1996).

7.1.4.3 Reconhecimento

O reconhecimento da qualidade da organização é visto, por todos os entrevistados, como importante vantagem competitiva advinda da Acreditação.

Os aspectos de Credibilidade/Segurança e Confiança aparecem com ênfase em todas as entrevistas e constituem-se em significativa vantagem para o caso P. O Superintendente Médico informa que os padrões da Acreditação preconizam uma série de controles percebidos pelo paciente e, conseqüentemente, oferecem segurança. “Os clientes se sentem mais seguros porque

as atitudes das pessoas são diferentes numa instituição acreditada”, continua o executivo, e expressam sua confiança quando, ao responder o questionário de pesquisa de satisfação, manifestam que certamente, retornariam ao hospital em caso de necessidade. Vários estudos demonstram a evidência da relação entre a satisfação do paciente e seu desejo de retornar com a sua recomendação a familiares e amigos (JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998).

Também os médicos percebem que é mais seguro realizar procedimentos no hospital com mais controles, onde os colaboradores estão atentos às questões de segurança do paciente e auxiliam o próprio médico a evitar erros, procurando internar seus pacientes neste hospital. A credibilidade se estende ao mercado internacional, já que o título de Acreditado confere ao hospital a característica de uma organização segura, com práticas de excelência, comparável a organizações de países desenvolvidos. Assim, conforme explicam os entrevistados, as multinacionais credenciam os serviços acreditados para uso de seus executivos, os eventos internacionais utilizam o hospital para atendimento aos congressistas e, da mesma forma, o fazem os seguros de viagem. Confiança, credibilidade e segurança são enfatizadas na literatura como critérios competitivos de avaliação da qualidade dos serviços e, especificamente nas organizações de saúde (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; GIANESI; CORRÊA, 1994; BOWERS; SWAN; KOEHLER, 1994; JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998; JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 1996).

Na opinião dos entrevistados, a Qualidade Percebida pelos clientes aumenta com a Acreditação. Conforme explica o Superintendente Médico, “os clientes não tem toda capacidade de julgamento, mas eles formam um conjunto de valores, de elementos, que determinam sua escolha, mesmo que objetivamente não consigam saber porque”. Os clientes reconhecem que estão num hospital diferenciado. A literatura também revela que a melhoria da qualidade nos hospitais é positivamente associada a percepções mais favoráveis do paciente (SHORTELL *et al.*, 1995).

A informação aos clientes também é uma vantagem, segundo os entrevistados. Conforme o Superintendente Executivo, “o usuário estar bem informado impacta na competitividade”. Conforme revelam as entrevistas, a informação de que o hospital é acreditado não é conhecida por todos os clientes, e sim, mais especificamente, por clientes de classes mais privilegiadas. Os entrevistados asseguram, que o reconhecimento da qualidade não é vinculado, na grande maioria das vezes, ao título de hospital acreditado e sim, à sua própria percepção de qualidade. Ainda, os

entrevistados informam que os pacientes que sabem que o hospital é acreditado, aumentam suas exigências em nome desta certificação, cobrando a qualidade garantida pela organização. Nas entrevistas, foi relatada uma matéria publicada na Folha de São Paulo, na qual foram citados os seis hospitais *top* do país, a partir da certificação da Acreditação pela Joint Commission International, tendo sido esta uma das poucas divulgações, com maior alcance, sobre os hospitais brasileiros acreditados.

Assim, conforme os executivos, a informação gera reconhecimento do grupo médico, dos demais hospitais e, acreditam que o reconhecimento do mercado virá. A ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados) estabeleceu o pré-requisito do hospital ter algum tipo de certificação para poder pertencer ao grupo. Conforme o Superintendente Executivo, ainda existe necessidade de comunicar mais intensamente aos pacientes a informação do significado da Acreditação. O executivo explica que, quando se fala em sustentabilidade ou perenidade, existem três eixos que devem ser considerados: econômico, social e ambiental. Portanto, comunicação à comunidade é importante quando se leva em conta a inserção da organização na sociedade.

7.1.4.4 Atendimento

Todos os entrevistados concordam que a melhoria no atendimento, a partir do processo de Acreditação, especialmente no que se refere ao respeito e à comunicação com o paciente, trouxe vantagem competitiva para a organização. O Respeito aos Direitos do Paciente esteve presente em todas as entrevistas. O Manual de Acreditação possui uma Função exclusiva para Direitos do Paciente e Familiares, abordando a necessidade da organização identificá-los, treinar seus colaboradores e comunicá-los ao paciente. Os entrevistados relataram que os pacientes percebem claramente o diferencial da instituição ao serem instruídos dos seus direitos e deveres, receberem um material com esta orientação e presenciarem o seu cumprimento no dia-a-dia. A cartilha de Direitos e Deveres do Paciente foi verificada na análise de documentos do estudo.

A Comunicação aos pacientes e seus familiares é enfatizada na Acreditação pela JCI, sendo preconizado que o paciente seja informado sobre todos os eventos a ele relacionados, os riscos e as alternativas de tratamento. É necessário haver a certeza de seu entendimento, solicitando o seu consentimento e dando-lhe a oportunidade de recusar. Assim, o paciente é permanentemente comunicado, educado e interage diretamente com a equipe. De acordo com os

entrevistados, o paciente e seus familiares têm a percepção de que esta maneira de agir é diferente de outras organizações. Os modelos de Consentimento Informado puderam ser vistos durante a análise da documentação, por meio da *intranet* da organização, estando disponíveis ao corpo clínico.

Como o paciente não consegue perceber muitos aspectos essenciais à operação dos hospitais, como a própria qualidade intrínseca (se, por exemplo, a sala cirúrgica está adequadamente montada, ou se ele foi satisfatoriamente avaliado no pré e pós-operatório), segundo o Superintendente Executivo, o diferencial está na forma como se entrega o serviço. Assim, foi mencionada a importância do tempo, do acolhimento e do respeito. A velocidade de atendimento é uma grande preocupação do paciente, e a organização precisa dar conta desta necessidade, tanto em relação ao tempo real de atendimento quanto ao tempo percebido. Conforme os entrevistados, a Acreditação incentiva a organização a buscar esta qualidade.

No intuito de atender às particularidades dos clientes pacientes e médicos, assim como às variações na demanda, a Superintendente Assistencial refere a importância da organização ser flexível. Isto significa cumprir as rotinas, porém perceber e atender, com segurança, necessidades que venham a surgir dentro do processo médico-assistencial. Conforme a Superintendente explica, a Acreditação mostra a importância da equipe encontrar soluções rapidamente.

Conforme revelado nas entrevistas e comprovado nos documentos da organização, a organização tem como princípio a Assistência Integral®, a qual é baseada no cuidado com respeito, acolhimento, empatia, responsividade e atendimento a todas às necessidades do paciente. Assim, todos os entrevistados concordam que, previamente à Acreditação, a organização já tinha, nestes aspectos, uma vantagem competitiva, a qual foi acentuada com o processo.

Realce é dado na literatura quanto ao atendimento como critério competitivo de avaliação na qualidade em serviços, conforme demonstrado no Quadro 1.

7.1.4.5 Acesso

Conforme informaram os entrevistados, o acesso do paciente ao serviço é facilitado, na medida em que pessoas de outras regiões do país ou do exterior podem utilizar o hospital como um serviço credenciado, procurando o hospital através de agências internacionais do chamado

“turismo médico”. Estes novos canais de acesso conferem um diferencial competitivo à organização. Conforme visto na revisão bibliográfica, pacientes de países desenvolvidos procuram hospitais acreditados para fazer o seu tratamento, a preços reduzidos comparados a do seu país de origem (MATOO; RATHINDRAN, 2006).

A Superintendente Assistencial enfatiza a continuidade do cuidado e disponibilidade de serviços. Como a Acreditação pressupõe uma visão da cadeia de cuidados na saúde, em determinadas áreas, o hospital consegue englobar cuidados primários, secundários e terciários. Foram citadas como exemplos a Cardiologia e Oncologia, áreas de ênfase da organização, nas quais o cuidado inicia na atenção primária, com promoção da saúde, se estende até a alta complexidade do cuidado intensivo e ainda continua na reabilitação do paciente pós-alta.

A continuidade no cuidado pós-alta acontece para todos os pacientes atendidos na organização, informam os entrevistados. A partir da Acreditação, existe o entendimento de que o paciente precisa estar preparado para sua alta e ser inserido na sociedade, utilizando os serviços disponíveis na comunidade para que se obtenha bons resultados. Assim, a organização precisa garantir esta inserção em serviços habilitados a continuar o cuidado além do hospital.

7.1.4.6 Eficiência

A Acreditação tornou a organização mais eficiente, segundo todos os entrevistados, especialmente no que se refere à otimização dos processos, sendo considerada uma vantagem competitiva para a organização. De acordo com os Superintendentes, o hospital encontrou maneiras de melhorar seus processos, sempre considerando o que é mais adequado para o paciente, a partir da integração das equipes e utilização de protocolos. Segundo o Superintendente Médico, a Acreditação gera processos mais eficientes e, se não fosse assim, não haveria como enfrentar o mercado: “[...] o Hospital não tem reajustes de diárias desde 2003, nós estamos em 2007 [...] vem de um período em que a inflação dissimulava tudo, agora não mais e, se o hospital se mantém eficiente, em grande parte é porque fez a revisão de seus processos”. O Superintendente Executivo considera que “o custo do desperdício é alto, é o custo da má qualidade”. Esta percepção encontra suporte nos estudos de Berwick, Godfrey e Roessner (1990), o qual relatam que, possivelmente, os custos da má qualidade na saúde correspondam a 40 ou 50% da conta hospitalar, índices superiores aos encontrados em outras empresas. Conforme o

CBA (2007), a Acreditação diminui os custos da má qualidade, tornando a organização mais eficiente. A otimização e eficiência são consideradas por Donabedian (1990) como dois dos sete pilares da qualidade em saúde. Custo e/ou eficiência aparecem em outros estudos, como os de Giancesi e Corrêa (1994), JCAHO (1996) e Sower *et al.* (2001), como critérios competitivos de avaliação na qualidade dos serviços e/ou saúde.

Em relação a Custos, todos os entrevistados têm o entendimento que a Acreditação auxilia a diminuir custos, mas que, até o momento, não se conseguiu provar, por dificuldades de mensuração. Talvez por este fato, a melhoria de processos relacionados aos custos não seja uma das principais motivações citadas por esta organização para adotar a Acreditação. Conforme explica a Gerente de Desenvolvimento Organizacional, ainda existe dificuldade em saber quanto custa a assistência prestada, e esta medida deveria incluir toda a cadeia de saúde, não apenas o processo intra-hospitalar. Ainda assim, considera importante associar outras metodologias de gestão, como gerenciamento matricial de despesas, para ter uma melhor gestão dos custos. Conforme a Superintendente Assistencial, o desafio atual é saber o quanto a qualidade dos processos realmente diminui os custos – exemplifica, mencionando o paciente que, em tratamento intensivo, por ter uma assistência multidisciplinar, com protocolos bem estabelecidos, pode ter sua permanência abreviada e utilizar por menor tempo, tratamentos de alto custo. Os executivos enfatizam a necessidade de discussão dos custos na cadeia de saúde como um todo, incluindo as fontes pagadoras (convênios, seguradoras), quando então seria possível demonstrar a possibilidade de diminuir o tempo de hospitalização, a morbidade, e aumentar a resolubilidade, por meio da qualidade médico-assistencial e, portanto, ocasionar a diminuição de custos no sistema de saúde. Segundo os entrevistados, atualmente esta discussão ainda está aquém do desejado, mas deverá acontecer.

Todos os entrevistados consideram que uma das vantagens competitivas da Acreditação é a ampliação de mercado. A possibilidade de participar do mercado internacional acontece a partir da certificação e é vista como uma oportunidade de longo prazo.

Também citado por todos executivos é a permanência em grupos seletos de organizações hospitalares. A ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados) exige, atualmente, algum título de qualidade para os seus associados. O Hospital em estudo já fazia parte da associação anteriormente a esta determinação, mas, nos dias de hoje, é um requisito.

Concluindo, nesta dimensão, as principais vantagens competitivas para a organização estudada, estão associadas à qualificação das pessoas; ao desempenho da organização (considerando a conformidade a padrões internacionais, consistência nos processos e resultados); ao reconhecimento da organização (em termos de credibilidade, segurança, confiança, e qualidade percebida); ao atendimento do paciente (especialmente no que se refere ao respeito e comunicação); aos novos canais de acesso (internacionais) e continuidade do cuidado, e, finalmente, à eficiência (referindo-se, especificamente, à otimização dos processos). Outra vantagem citada foi a ampliação de mercado advindo da Acreditação, a qual não se encontrava contemplada nas variáveis de análise.

Ainda foram mencionados, com menor ênfase, os aspectos referentes à maior segurança na estrutura física e ambiente, uso racional da tecnologia e disponibilização de serviços. Vantagens competitivas associadas ao atendimento do paciente, como cuidado, acolhimento, responsividade, velocidade e flexibilidade, são entendidas pelos entrevistados como características desta organização, tendo sido apenas acentuadas com o processo.

Em relação à eficiência da organização, o aspecto custos necessita uma melhor mensuração, envolvendo toda a cadeia da saúde, para uma apreciação objetiva. Também no que tange ao reconhecimento, referindo-se à informação, os entrevistados entendem a necessidade de maior divulgação do que seja a Acreditação para, efetivamente, esta gerar vantagem competitiva.

7.1.5 Alinhamento da Acreditação com Estratégia da Organização

Os entrevistados foram unânimes em afirmar o alinhamento da Acreditação com a estratégia geral da organização estudada, o que pode ser observado a partir da visão definida em 1999/2000, a qual era de ser reconhecida internacionalmente como uma instituição de excelência.

A estratégia de Diferenciação pela Qualidade surgiu em todas entrevistas como uma estratégia para sobrevivência. Está presente na missão, visão e valores da organização. O hospital utiliza a metodologia do BSC (Balanced Scorecard) e, conforme os executivos mostraram no mapa estratégico, a Acreditação tem relação direta com todas as perspectivas e grande número dos objetivos estratégicos. A Gerente de Desenvolvimento Organizacional e o Superintendente Executivo exemplificam com os objetivos do mapa estratégico: fortalecer a instituição e sua imagem a fim de alavancar novas oportunidades; promover o acesso e a

fidelização e a satisfação dos clientes por meio de excelência de serviços; oferecer soluções completas aos clientes sustentadas pela Assistência Integral; buscar e implementar métodos e ferramentas de gestão com o objetivo de otimizar os resultados dos processos da instituição; todos os objetivos da perspectiva aprendizado e crescimento, como garantir um ambiente diferenciado, reter e atrair talentos, uma cultura orientada à visão, e desenvolver de forma pró-ativa a tecnologia de saúde. Apesar da imagem aparecer nos objetivos estratégicos, não parece tratar-se de uma organização que se diferencie pela imagem, se forem seguidos os conceitos de Mintzberg (1988).

Apesar de existir uma evidente preocupação da organização com a perspectiva financeira, conforme demonstra o mapa estratégico, o caso P não demonstra liderança no custo total. Conforme assevera Porter (1993), as organizações que apresentam uma liderança na diferenciação (qualidade), apesar de não terem os custos como seu principal alvo estratégico, não permitem que os custos sejam ignorados.

Concluindo, verifica-se claramente o alinhamento da Acreditação com a estratégia da organização, no que se refere, especialmente, à diferenciação pela Qualidade.

7.2 O CASO A

O caso A será apresentado a partir de sua caracterização, seguida das motivações da organização para adoção da Acreditação, os fatores críticos de sucesso para implementação do processo, as vantagens competitivas associadas à Acreditação, e, por fim, o alinhamento da Acreditação com a estratégia geral desta organização.

7.2.1 Caracterização da Organização

Os dados utilizados para caracterizar o caso A foram obtidos a partir da consulta aos documentos da organização (portal, formulário de Cadastro de Acreditação, histórico do hospital e dados fornecidos diretamente pela Coordenação de Qualidade), e documentos externos (livro com histórico do hospital).

O caso A é um hospital geral de São Paulo, SP, constituindo-se numa uma sociedade civil, sem fins lucrativos. É um hospital de complexidade terciária, com capacidade instalada de 196 leitos e uma área física de 32 mil m², onde estão distribuídos: Pronto-Socorro Adulto, Obstétrico

e Infantil, Maternidade, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Pediátrica e Neonatal, Centro Cirúrgico e Centro Obstétrico, *Day Clinic*, Unidades de Internação, Centro de Estudos e Pesquisas. Um novo bloco de 32 mil m² está sendo construído, com previsão de término em 2009, quando passará, então, para 290 leitos.

Os dados de 2006 mostram 13.239 internações, 9.565 cirurgias, 306 partos, média de permanência de 3,8 dias, totalizando uma taxa de ocupação média de 74,7%.

Em relação aos Recursos Humanos, o hospital trabalha com 1177 colaboradores diretos e 500 colaboradores terceirizados. O corpo clínico conta com 1075 médicos, sendo assim distribuídos: efetivos (268), autorizados (781), visitantes (21) e honorários (5). Médicos efetivos são considerados aqueles que trabalham há mais de cinco anos no hospital, e exercem sua vida profissional, preferencialmente, neste hospital. Este grupo é responsável por cerca de 80% das atividades do hospital.

A Visão do caso A é assim descrita: Ser reconhecido pela sociedade como o hospital que supera as expectativas dos clientes. A Missão desta organização é: Excelência na assistência à saúde, com atendimento humanizado e compromisso social. Os valores da organização são: Ética; Humanização; Excelência; Confiabilidade; Capacitação Compromisso Social.

O Hospital foi inaugurado em 1894, a partir da idéia de criar um lugar que recebesse pessoas de todas as crenças, raças e nacionalidades (ASSIS, 2001). A doação partiu de um imigrante chinês, protestante, que, ao adoecer, viu-se obrigado a converter-se à fé católica para ser atendido na Santa Casa de Misericórdia, em São Paulo. Assim, um grupo de imigrantes britânicos, norte-americanos e alemães, apoiado por tradicionais famílias paulistas, fundou, em 1890, a sociedade, que mais tarde daria origem ao hospital estudado. Em 1977, tornou-se membro da *American Hospital Association*, entidade que reconheceu, em 2002, a excelência do hospital no atendimento à saúde da comunidade. Em 1996, conforme *ranking* promovido pela revista VIP, foi considerado um dos cinco melhores hospitais do país, considerando-se recursos técnicos (equipamentos), hotelaria (conforto, serviços), nível técnico do corpo clínico e de enfermagem, calor humano e facilidade de acesso. Em 2000, a partir de um projeto de reestruturação, o hospital optou pela profissionalização, especialização e administração empresarial, além da capacitação técnica e gerenciamento estratégico de custos. Assim, foram definidas as seguintes metas: Reposicionamento mercadológico, excelência assistencial (como

diferencial na prestação de serviços) e qualidade (como processo contínuo de melhoria). Desde 2001, o hospital é membro fundador da ANAHP (Associação dos Hospitais Privados).

Em 2000, o hospital aderiu à Acreditação pela Joint Commission International. Em 2002, para agilizar o processo de Acreditação, foi elaborado o Plano Diretor de Qualidade (PDQ), o qual forneceu as diretrizes para as ações e trabalhos. Em dezembro de 2004, a organização obteve o título de Acreditada pela JCI.

O Planejamento Estratégico 2007–2009 foi realizado utilizando, como ferramenta, o Balanced Scorecard, definindo-se os objetivos nas dimensões financeira, mercado, processos e pessoas.

A organização é dirigida por uma Diretoria e um Conselho Consultivo de caráter deliberativo, ambos compostos por executivos e empresários de diversas áreas e não remunerados. A Diretoria é composta por Diretor Presidente, Vice-Presidente, Diretor de Patrimônio, Diretor Financeiro, Diretores Médicos (3), Diretor Clínico e mais cinco Diretores. A esta diretoria se reporta a Superintendência Corporativa, sendo que a ela estão ligadas a Superintendência Médica, Superintendência Geral de Operações e a Superintendência de Planejamento. Também a Coordenação de Qualidade reporta-se diretamente à Superintendência Corporativa.

7.2.2 Motivações para a adoção de estratégia de Acreditação

Conforme definido no capítulo seis, as Motivações que levaram a organização a adotar uma estratégia de Acreditação foram analisadas considerando-se as seguintes categorias: Melhorias de Processos, Reconhecimento, Avaliação da Qualidade e Pressões Competitivas.

7.2.2.1 Melhoria de Processos

A melhoria de Processos foi uma importante motivação para o Caso A adotar a estratégia de Acreditação pela Joint Commission International, especialmente no que se refere a processos de gestão, qualificação de recursos humanos e custos.

A melhoria dos processos de Gestão apareceu em todas as entrevistas, em várias oportunidades. Os entrevistados foram unânimes em afirmar que, a partir de um processo de re-

estruturação da organização no final dos anos 90 e, do planejamento estratégico de 2000, definiu-se a metodologia da qualidade como base do modelo. Conforme explica o Superintendente Corporativo, “o objetivo era que os desenhos das novas ações e processos fossem, de alguma forma, embasados dentro de um modelo de qualidade, e a Acreditação seria a consequência deste trabalho de qualidade”. O Superintendente Médico relata que “objetivamos um processo de Acreditação, o qual foi o norteador do nosso plano diretor da qualidade”. A Coordenadora da Qualidade informa a necessidade, diagnosticada na época, de implantar na organização e internalizar nas pessoas o conceito de melhoria contínua, criando-se uma “cultura com metodologia da qualidade”. As motivações para adoção de outras iniciativas de qualidade nas empresas, como as normas ISO, assemelham-se aos fatores evidenciados no caso A. Zhu e Scheurmann (1999) e Franceschini, Galetto e Gianni (2004), evidenciam a prática de administração da qualidade efetiva e gerenciamento dos recursos, alinhado às mudanças contínuas do mercado, como fatores importantes na adoção da ISO nas organizações.

A capacitação dos recursos humanos, especialmente na metodologia da qualidade, foi citada por todos os entrevistados como uma motivação para adoção da Acreditação. O processo de reposicionamento do hospital, citado anteriormente, previa a capacitação de recursos humanos. Ênfase foi dada pelo Superintendente Corporativo à expectativa de desenvolvimento de gestores dentro da própria organização, a partir de iniciativas de qualidade. Conforme explica, a maioria dos gestores do hospital era oriunda de outros serviços (que não da saúde), faltando-lhes conhecimento nesta área, ou, então, era profissional do próprio hospital (médico, enfermeiro), que se diferenciava em sua especialidade técnica, porém sem formação na área administrativa. O objetivo era, assim, desenvolver gestores capacitados na área da saúde, atendendo às necessidades da organização. A qualificação dos recursos humanos é citada na literatura como uma das motivações para adotar a estratégia de Acreditação (HAYES; SHAW, 1995; CBA, 2007).

A revisão de Custos mostrou-se uma das motivações, segundo o Superintendente Médico. Em virtude das pressões competitivas, o hospital necessitava conhecer e trabalhar melhor este processo, com o objetivo de preservar a qualidade assistencial. A Acreditação possibilitaria um melhor conhecimento do processo assistencial pelos gestores, do produto gerado e de seu custo além de provocar a interação de todo o grupo, trabalhando com uma metodologia matricial. Assim, conforme o executivo, a premissa básica, que é a assistência, poderia ser mantida. Schyve

(2000) mostra a necessidade das organizações procurarem a eficiência, tomando consciência do custo e mantendo a qualidade do serviço.

A melhoria dos processos Assistenciais foi citada pelos entrevistados, salientando, entretanto, que a assistência já era um diferencial desta organização. A Gerente de Enfermagem mostra que, apesar desta qualidade assistencial já ser uma característica do hospital, havia necessidade de re-avaliar e padronizar estes processos, e, especialmente, organizá-los e documentá-los adequadamente. Explica que, como a Acreditação pela Joint Commission International apresenta um foco assistencial, especialmente no que se refere à segurança do paciente, havia uma expectativa muito grande em relação à enfermagem, que foi atendida. A consulta ao histórico do hospital evidencia a grande ênfase dada à assistência desde a fundação da organização e a qualidade desta área como um referencial (ASSIS, 2001). Hayes e Shaw (1995) evidenciam a melhoria dos processos assistenciais como uma das motivações que levam as organizações a procurarem a Acreditação.

7.2.2.2 Reconhecimento

Todas entrevistas acenaram para a busca da qualidade como o principal objetivo da adoção da Acreditação, afirmando que o Reconhecimento seria uma consequência, e não a motivação inicial.

A importância de atingir o melhor padrão assistencial e então oferecer uma demonstração de excelência, especificamente para o corpo clínico, foi trazida pelo Superintendente Médico. Esta motivação surgiu por ocasião da elaboração do novo plano diretor, em virtude da necessidade da organização abrir-se para o mercado. O objetivo era mostrar ao corpo clínico a excelência assistencial do hospital, a partir das melhorias obtidas com a Acreditação. Conforme os entrevistados, num primeiro momento, o reconhecimento não foi uma motivação para a adoção da estratégia de Acreditação.

7.2.2.3 Avaliação da Qualidade

A avaliação objetiva da Qualidade, tanto no que se refere a Processos como Desempenho, foi citada por todos os entrevistados como uma importante motivação para adoção da

Acreditação. Todas as entrevistas trataram a expectativa da organização de conhecer profundamente o seu funcionamento e resultados, sempre com a preocupação de fazer o melhor. Esta expectativa incluía a mensuração, através de indicadores, que não era realizada rotineiramente até a adoção do programa.

A percepção da organização é que já havia uma boa qualidade médico-assistencial previamente, mas não havia a certeza, uma vez que não havia uma aferição objetiva. O fato da Acreditação ressaltar a obrigatoriedade de indicadores, motivou o hospital estudado a optar pela mesma – tanto visando a comparação dentro da organização, criando uma série histórica, como com outras instituições, inclusive internacionais. Conforme os executivos relataram, não pode haver gerenciamento adequado se não houver indicadores.

Os executivos também relataram a importância dos colaboradores entenderem que, de fato, trabalham com padrões de excelência. Isto é possível quando existem medidas objetivas para comparação, e um padrão a ser alcançado. A busca de uma avaliação objetiva da qualidade da organização é citada na literatura como uma importante motivação (CBA, 2007; SHAW, 2004).

7.2.2.4 Pressões Competitivas

Pressões Competitivas foram citadas como um grande fator motivador para adoção da Acreditação. Conforme explicado por todos os entrevistados, em 2000 foi desenvolvido um plano de reposicionamento do hospital dentro do contexto do mercado de saúde de São Paulo e do Brasil, já que o hospital vinha se recompondo de dificuldades financeiras da década anterior. Conforme o Superintendente Corporativo, a organização estudada havia sido sempre uma das referências na cidade e no país e, naquele momento, estava perdendo referenciais de crescimento e desenvolvimento tecnológico e de pessoas. A organização partiu, então, para um diferencial de qualidade, norteado pela Acreditação.

Conforme o Superintendente Médico, antigamente os hospitais tinham um produto que era oferecido ao mercado, o qual comprava, pois não havia muitas alternativas. A partir do momento em que o mercado passou a ter outras opções, começando a estabelecer o preço do produto, os hospitais tiveram que se adequar a este preço, trabalhando no seu custo. A Acreditação seria então, uma forma de preservar o seu foco, a qualidade assistencial, e, a partir

daí, conhecer e gerenciar melhor o custo. Huq e Martin (2000) apontam para a semelhança entre os fatores que motivam as organizações de saúde, especialmente os hospitais, a adotarem iniciativas de qualidade, e os fatores que impulsionaram as indústrias de manufatura a adotar TQM. Estes fatores incluem pressões competitivas, *market share* e a necessidade de manter a lucratividade.

7.2.2.5 Outras motivações

A definição de um modelo de Acreditação baseou-se, segundo o Superintendente Corporativo, na cultura da organização. Os valores e princípios da cultura anglo-americana mantêm-se fortes, especialmente no que diz respeito aos valores humanitários, e a organização reconhece-os no modelo da Joint Commission International. Esta sintonia foi um dos fatores que desencadeou a adoção da Acreditação, especialmente deste modelo.

Concluindo, as principais motivações que levaram esta organização a adotar a estratégia de Acreditação incluem a avaliação objetiva da qualidade, a melhoria dos processos (especialmente os processos de gestão, no que se refere à implantação de uma metodologia de qualidade, qualificação de recursos humanos e custos) e as pressões competitivas, por meio de um reposicionamento no mercado regional. A opção pelo modelo de Acreditação da Joint Commission International está relacionada ao alinhamento dos propósitos dos padrões com os valores e princípios desta organização.

7.2.3 Fatores Críticos de Sucesso

Os fatores críticos de sucesso para a implantação da Acreditação no caso A são descritos a seguir, seguindo as categorias: Culturais, Técnico-Estruturais e Estratégicos.

7.2.3.1 Culturais

A dificuldade com subculturas apareceu nas entrevistas com relação ao grupo médico, constituindo-se em fator crítico. Todos os entrevistados relataram características da cultura médica que podem impactar negativamente no sucesso desta estratégia de qualidade. Os aspectos mais salientados foram a resistência do grupo médico, em geral, à realização de registros nos

documentos, os quais são fundamentais para as boas práticas e para o cumprimento dos padrões da avaliação. Características da formação acadêmica do médico foram citadas pelo Superintendente Médico, afirmando que “o médico, em nenhum momento, foi formado no sentido de se preocupar com custos, com gestão, com relacionamento, com mercado [...]”. O Superintendente Corporativo explica que o “médico já pratica a qualidade, planeja o tratamento... o difícil é o entendimento dele no contexto da instituição”. A semelhança entre o raciocínio médico (científico) e a metodologia empregada pela qualidade é salientada por Berwick, Godfrey e Roessner (1990).

No caso estudado, o corpo clínico é formado por 1075 médicos, sendo que, destes, apenas o médico do trabalho é contratado do hospital. Os demais prestam seus serviços sem vínculo trabalhista com a organização. A Coordenadora de Qualidade explica que, nestas condições, a gestão sobre o corpo clínico é bastante difícil, já que não existe um controle hierárquico. A Gerente de Enfermagem informa que o envolvimento de todas as pessoas e de todos os grupos em relação à Acreditação não ocorre ao mesmo tempo, e o grupo médico, de uma maneira geral, custa mais a se envolver. Estes achados apresentam respaldo na literatura, conforme mostram Arndt e Bigelow (1995), em relação à importância do controle hierárquico da administração sobre o núcleo técnico para o sucesso de iniciativas de qualidade nas organizações, o que não ocorre no caso em estudo.

Já o alinhamento da Acreditação pela Joint Commission International com os valores institucionais mostrou-se um importante fator no sucesso da implementação da Acreditação nesta organização. Conforme citado pelo Superintendente Médico, a definição de Missão, Visão e Valores teve a participação de todos, incluindo o corpo clínico. Assim, ressalta, “expressa exatamente o que cada um sente”. O fato destes valores estarem também presentes nos padrões da JCI, facilitou, sobremaneira, o processo como um todo, na opinião dos entrevistados. Os fatores culturais encontram respaldo na literatura como fatores críticos no sucesso de implementação de iniciativas de qualidade nas organizações de saúde, como mostram O’Brien *et al.* (1995).

O trabalho em equipe foi apontado pelos entrevistados como um aspecto que precisa acontecer para que a Acreditação seja implantada na organização. Ênfase foi dada pela Gerente de Enfermagem sobre a necessidade de interação entre pessoas de várias áreas, pensando na organização como um todo. Isto inclui não apenas colaboradores de outras áreas, mas, também,

com outras formações. A implementação de práticas de qualidade em hospitais aponta para a necessidade de formação de equipes, conforme mostram Maguerez *et al.* (2001).

Os respondentes também mencionaram a importância do clima da organização que incentivou e promoveu a mudança. Esta mudança significava a utilização da metodologia da qualidade, o envolvimento de todos e a intenção da melhoria contínua. A necessidade de um clima de aprendizagem também é identificada ao estudar-se a implementação de TQM em organizações de saúde (HUQ; MARTIN, 2000).

7.2.3.2 Técnico-Estruturais

O grupo dos fatores técnico-estruturais apresentou um importante papel no sucesso da implementação da Acreditação no caso A. De acordo com os entrevistados, faz-se necessário um processo de Sensibilização direcionado às lideranças, todos os colaboradores do hospital e corpo clínico para que haja sucesso na iniciativa, sendo, segundo o Superintendente Corporativo, fundamental, a efetiva comunicação dentro da organização. “A sensibilização pode ocorrer por meio de eventos específicos ou a todo momento, a cada reunião com o grupo”, explica a Gerente de Enfermagem. Segundo a entrevistada, é preciso reforçar a importância do que está sendo feito e almejado e o papel significativo de cada colaborador no processo.

Eventos também são realizados para sensibilizar grupos específicos em ocasiões determinadas, a partir de um planejamento anual. Exemplo citado nas entrevistas foi o evento “Liderança”, um concerto onde o maestro interage com a platéia tratando deste tema e do trabalho em equipe, direcionado ao corpo clínico e outras lideranças da organização. Este evento antecipou a avaliação de re-acreditação do hospital, a qual foi comunicada na ocasião. A pesquisadora foi convidada e teve oportunidade de presenciar o evento, pois o mesmo aconteceu durante o período da coleta de dados.

Educação e Treinamento surgiram em todas as entrevistas como elementos críticos, com impacto positivo no processo. Segundo os entrevistados, os treinamentos técnicos já eram uma característica da organização, no que se refere ao grupo assistencial. Para o sucesso da Acreditação, houve necessidade de ampliá-los, atingindo outros corpos profissionais, dentro da sua prática. Conforme relata a Coordenadora de Qualidade, muitos treinamentos foram realizados, abordando temas específicos de cada segmento profissional dentro da Acreditação.

Exemplificou, citando treinamentos em relação a registros e consentimento informado para o grupo médico. A Educação foi alavancada dentro da instituição, sendo criado um Centro de Estudos para palestras e reuniões clínicas com equipes multiprofissionais. A capacitação inicial em Qualidade foi fundamental, de acordo com a Coordenadora de Qualidade e o Superintendente Corporativo, para dar conta das necessidades da Acreditação. A partir de um planejamento anual, foram trabalhados os conceitos e as ferramentas da qualidade, processos, gerenciamento de risco, entre outros temas. No processo de treinamento, estão incluídas as lideranças, já que o desenvolvimento de gestores foi uma das motivações para a Acreditação, tornando-se também um fator crítico de sucesso. Um programa específico foi criado para qualificar e fortalecer lideranças, com ênfase no trabalho em equipe, conforme a Coordenadora de Qualidade. Schiesari (2003) alerta para a importância de um programa de sensibilização e treinamento para todos os funcionários no sucesso da implementação de estratégias de qualidade nos hospitais.

A criação de uma Estrutura de Qualidade foi um determinante para o sucesso da Acreditação, na opinião dos entrevistados. Esta estrutura foi formada em 2003, contando, atualmente, com uma médica, na função de Coordenação, um analista de qualidade, assessoria técnica (logística) e uma médica auditora. Reporta-se diretamente à Superintendência Corporativa e dá suporte a toda organização, como uma ação matricial e, segundo o Superintendente Corporativo, reflete a importância que a instituição dá para a Qualidade. Conforme explica o Superintendente Médico, a Coordenação de Qualidade consegue ver o processo assistencial com um todo, sendo um grande facilitador. O fato da Coordenação ser exercida por uma médica facilita a interface e integração com o corpo clínico. A interação com todas as áreas é citada pela Gerente de Enfermagem como um elemento fundamental e, na sua opinião e na dos demais entrevistados, a estrutura criada permanece um fator crítico de sucesso para a re-acreditação da organização. Estes dados encontram respaldo na literatura, como nos estudos de O'Brien *et al.* (1995), os quais mostram a importância dos mecanismos de coordenação no sucesso de CQI em organizações de saúde.

A organização iniciou o processo de Acreditação em 2001, sendo acreditada em 2004. Conforme explicado pela Coordenadora de Qualidade, a partir da criação da estrutura acima mencionada, em 2003, “foi realizado um mutirão”, quando inúmeros treinamentos foram desencadeados. Estas ações mostram a imersão da organização, o que facilitou a conquista da Acreditação, a partir de um processo que já vinha sendo realizado há mais tempo. Conforme

explica o Superintendente Corporativo, o objetivo inicial era que a Acreditação fosse a consequência da implantação da qualidade e, desta forma, a imersão aconteceu quando a organização já estava amadurecendo estes conceitos. O grau de imersão da organização no processo de melhoria da qualidade é destacado por Carman *et al.* (1996), como um fator fundamental.

A Gerente de Enfermagem ressaltou a importância da integração e utilização da informação. Como a Acreditação pressupõe a geração e utilização de indicadores técnicos e administrativos, é fundamental que os colaboradores entendam a maneira como estes foram gerados e possam planejar suas ações para a melhoria dos mesmos. Para isto acontecer, a informação deve estar totalmente integrada, tornando-se conhecida e, portanto, podendo ser usufruída por todos que dela necessitem. Um sistema informatizado foi disponibilizado a partir de 2007. Até então, o processo de integração e utilização da informação não atendia a todas as necessidades, sendo considerado um dos elementos a dificultar a implementação da Acreditação.

Foram mencionados, pelos entrevistados, outros fatores técnico-estruturais importantes para o sucesso da Acreditação. Apoio de uma empresa de consultoria em gestão de instituições de saúde foi citado pelo Superintendente Corporativo e pela Coordenadora de Qualidade como um facilitador. Além disto, todos os entrevistados relataram a importância do conhecimento de outras instituições acreditadas, para constatar suas experiências, comparar problemas e soluções e identificar oportunidades de melhoria dentro da sua própria organização.

7.2.3.3 Estratégicos

A categoria dos fatores estratégicos engloba os fatores considerados mais críticos para o sucesso da implementação da estratégia de Acreditação no caso A.

Os entrevistados identificaram o envolvimento das lideranças como fundamental para o alcance da meta, tendo sido citado como imprescindível o comprometimento da alta direção (Superintendência). A liderança e disposição do Superintendente Corporativo manifestam-se por meio de sua presença nas reuniões com colaboradores e corpo clínico e suporte a todas atividades relacionadas à Acreditação. Conforme explica a Coordenadora de Qualidade, “ele tomou para si este papel, participou ativamente do processo”. A Gerente de Enfermagem continua, “a alta direção precisa estar envolvida no processo. O Superintendente Corporativo comprou a idéia da

Acreditação desde o primeiro momento e fez com que isto acontecesse, trabalhando e dando as condições para os outros trabalharem”. As demais lideranças da organização também precisam estar envolvidas, manifestaram todos os entrevistados. Isto significa, além de dar o exemplo a ser seguido pelos colaboradores, disseminar a informação às suas equipes, conforme aconteceu durante o processo. Maguerez *et al.* (2001), ressaltam a importância da participação ativa das lideranças e a boa comunicação intra-hospitalar no sucesso de iniciativas de melhoria de qualidade em hospitais.

A participação do grupo médico foi enfatizada por todos os entrevistados, como um dos fatores mais críticos para o sucesso. Conforme mostram o Superintendente Corporativo e o Superintendente Médico, os médicos sempre estiveram presentes nos momentos de decisão estratégica do hospital, e isto se manteve em relação à opção pela Acreditação no modelo da Joint Commission International. No contexto do hospital em estudo, os médicos têm participação na Diretoria, como mostra o organograma da instituição. O Diretor Clínico é membro da Diretoria Executiva, sendo que a Diretoria Executiva possui mais três membros médicos. Também existe uma Comissão Médica de Assessoria para a Diretoria, a qual é composta por dez membros. Assim, as lideranças médicas participam da definição da estratégia da organização.

O fato do hospital trabalhar com um corpo clínico aberto, de médicos autônomos, constitui-se num dificultador, obrigando a organização a encontrar formas de envolver os profissionais efetivamente. Os entrevistados relatam a existência da Associação Médica, uma entidade jurídica de quase cinquenta anos. Foi realizado, segundo o Superintendente Médico e a Coordenadora de Qualidade, um trabalho de aproximação entre a administração e o corpo clínico através desta associação, a partir do processo de Acreditação. A parceria inclui atividades periódicas, científicas e de sensibilização, onde o convite é realizado pela administração, Coordenação de Qualidade e Associação Médica.

O hospital possui um corpo clínico no qual em torno de 250 médicos são os considerados efetivos. A identificação de lideranças no grupo médico e o seu envolvimento no processo fazem-se imprescindíveis, na opinião de todos os entrevistados. Estas lideranças incluem coordenadores de comissões diversas (prontuários, óbitos, farmácia, centro cirúrgico), lideranças de áreas (CTI e Pronto Socorro), e outros, que, segundo a Coordenadora de Qualidade, “são considerados mais parceiros, vão receber um tratamento diferenciado no sentido de serem diapasões, de multiplicarem a informação, como uma estratégia de comunicação”. Este envolvimento inclui a

participação de médicos em grupos de trabalho da Acreditação, desde o início do processo. Os médicos foram chamados, de uma forma geral, para treinamentos e palestras, envolvendo registros, prescrições, e outros aspectos fundamentais para a Acreditação. Conforme a Coordenadora de Qualidade, esta participação tem sido fundamental. Os autores ressaltam a participação do grupo médico na implantação de processos de Acreditação e outras iniciativas de qualidade nos hospitais (MAGUEREZ *et al.*, 2001; ZABADA; RIVERS; MUNCHUS, 1998; SCHIESARI, 2003).

O entendimento estratégico da qualidade foi mencionado pelo Superintendente Médico como “o grande facilitador”. Conforme explica, a Acreditação seria inviável se fosse o objetivo de uma só pessoa. O reconhecimento da necessidade estratégica, por parte de toda a Diretoria, a anuência da Superintendência a esta diretriz, com a efetiva comunicação aos colaboradores e o envolvimento do grupo médico, segundo o Superintendente, foram determinantes para que a organização atingisse o seu objetivo. Garvin (1992), Huq e Martin (2000) evidenciam a importância da organização perceber o papel estratégico da qualidade.

A importância de manter o foco da organização surgiu em todas as entrevistas, sendo explicitado pela Gerente de Enfermagem como fator facilitador. Sendo o objetivo principal da organização a melhor assistência aos pacientes, a melhoria dos processos preconizada pela Acreditação, permite este alinhamento.

7.2.3.4 Outros fatores

O Superintendente Corporativo apontou para um aspecto externo à organização, que se constitui num fator dificultador para o sucesso da implementação. Atualmente, ainda não existe um estímulo por parte do mercado para que uma organização hospitalar busque e se torne acreditada, ou seja, a qualidade pode ser reconhecida, mas isto não se traduz em estímulo financeiro por parte do mercado. Da mesma forma, não existe um estímulo governamental para que isto ocorra. Conforme explica o executivo, o entendimento atual é que as pressões para a Acreditação venham a partir do próprio cliente paciente e dos médicos. A ausência de alinhamento da Acreditação com sistemas de re-embolso é mencionada por Sahney (2003) como umas das barreiras envolvidas na melhoria de qualidade das organizações de saúde americanas.

Concluindo, os fatores especialmente críticos para o sucesso da implementação da Acreditação e que afetaram positivamente o alcance da meta no caso A, são os chamados fatores estratégicos, incluindo o envolvimento das lideranças (ênfase para a importância do envolvimento do Superintendente Corporativo) e do grupo médico; o reconhecimento estratégico da qualidade e, ainda, o foco da organização; culturais, particularmente o alinhamento dos valores da organização com a Acreditação e ainda, os fatores técnico-estruturais, especialmente a sensibilização, educação e treinamento, a estrutura criada para a Qualidade e a imersão da organização no processo. No caso estudado, a presença de consultoria específica também foi considerada muito importante, assim como a visita a instituições já acreditadas.

O grande fator crítico que ofereceu maior dificuldade à implementação da Acreditação nesta organização foi a cultura médica, necessitando que muitas medidas para o envolvimento efetivo deste grupo fossem tomadas, com resultado final positivo. Ainda foi citado, como fatores dificultadores, os aspectos externos à organização, no que se refere à ausência de estímulo governamental e financeiro para as instituições acreditadas.

7.2.4 Vantagens Competitivas

As vantagens competitivas associadas à estratégia de Acreditação do caso A foram analisadas segundo as categorias Estrutura, Desempenho, Reconhecimento, Atendimento, Acesso e Eficiência.

7.2.4.1 Estrutura

A Acreditação propiciou, segundo os entrevistados, uma melhor qualificação dos profissionais, o que caracteriza importante vantagem competitiva para a organização. Também a literatura evidencia a capacitação dos profissionais como um diferencial competitivo nas organizações de saúde (CODDINGTON; MOORE, 1987; JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998; SOWER *et al.*, 2001). A qualificação das pessoas surgiu em vários momentos, salientando diferentes aspectos, em todas as entrevistas. O aprendizado do trabalho em equipe e a interação entre as equipes tornaram-se uma rotina na organização, possibilitando uma maior interação de

processos. Este fato se associa a uma maior valorização do profissional pelo seu próprio trabalho e sua pessoa, que compreende a dimensão sistêmica de sua atividade.

A capacitação dos profissionais de todas as áreas, tanto no conhecimento técnico quanto nos conceitos de qualidade, foi acentuada. Conforme a Gerente de Enfermagem explica, a meta de participação dos profissionais de enfermagem em treinamentos vem sendo elevada ao longo destes anos, iniciando em 80% e estando em 95% atualmente. A capacitação, associada à padronização e documentação dos processos, através de rotinas escritas (procedimento operacional padrão), propicia uma maior autonomia dos colaboradores, uma característica observada, relata a entrevistada.

Os programas de capacitação envolvem, também, as lideranças. De acordo com a Gerente de Enfermagem, existe um grupo de noventa lideranças em programas específicos para desenvolvimento. Conforme explica o Superintendente Corporativo, o programa de qualidade, envolvendo a Acreditação, possibilitou a emergência e o reconhecimento de novos talentos internos do próprio hospital. Desta forma, a organização trabalha hoje, de uma maneira geral, com profissionais mais capacitados do que no início do processo, há seis anos atrás. Estes profissionais também estão mais preparados para o mercado, encontrando uma maior empregabilidade. A qualificação dos profissionais é evidenciada na literatura, conforme relatam Klück (2002), Schiesari (2003) e CBA (2007), a partir da implementação da Acreditação nos hospitais.

A procura da organização por profissionais como local de trabalho aumentou, segundo os entrevistados, o que possibilita um maior rigor nos critérios de recrutamento e seleção. Assim, a organização capta, atualmente, profissionais mais qualificados, conforme relata o Superintendente Corporativo.

Os entrevistados salientaram a adequação da estrutura física do hospital como uma das vantagens associadas à Acreditação. A partir dos padrões, algumas áreas sofreram modificações visando a excelência na segurança, incluindo instalações hidráulicas, gases ou elétricas. Conforme explica a Coordenadora de Qualidade, além das questões de segurança, em todas as reformas realizadas, os padrões da JCI foram levados em consideração, como, por exemplo, a privacidade do paciente em áreas como emergência e tratamento intensivo. Estes aspectos são percebidos pelo paciente, seus familiares e médicos.

Em relação à tecnologia, a Coordenadora de Qualidade informa que houve melhoria no que se refere à manutenção dos equipamentos. A inovação tecnológica, propriamente dita, seguiu um planejamento anterior, mas o grande diferencial percebido em decorrência da Acreditação, foi o crescimento da Engenharia Clínica no hospital, ampliando atividades e possibilitando um melhor acompanhamento dos equipamentos. Os autores mostram a importância dos aspectos tangíveis, incluindo estrutura física e tecnologia, quando da avaliação da qualidade dos serviços (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; GIANESI; CORRÊA, 1994; CODDINGTON; MOORE, 1987; JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998).

7.2.4.2 Desempenho

A melhoria do desempenho da organização foi considerada, por todos entrevistados, um diferencial competitivo associado à implementação da Acreditação. A conformidade a padrões, baseados na Joint Commission International, a sua formalização em documentos, deram uma maior consistência aos processos da organização, a qual é percebida pelos clientes, médicos e pacientes. Segundo a Gerente de Enfermagem, este aspecto é muito importante porque qualifica também o trabalho dos novos profissionais da instituição, que já reconhecem, desde o início, o padrão de funcionamento do hospital. A Coordenadora de Qualidade relata que a nova metodologia *tracer*, utilizada durante a avaliação para Acreditação, possibilita a identificação de qualquer inconsistência nos processos, o que auxilia a organização na correção e oferece uma oportunidade de melhoria.

A conformidade aos padrões, gerando consistência nos processos, e a qualificação dos profissionais, são associadas à maior eficácia da organização hospitalar, que é monitorada, segundo os entrevistados, através de indicadores. Conforme relataram, a melhoria de indicadores já anteriormente utilizados e a criação de novos, tanto técnicos quanto administrativos por conta da Acreditação, possibilita uma aferição adequada. A criação de grupos de trabalho para ações de melhoria sobre indicadores foi mencionada pela Coordenadora de Qualidade e Gerente de Enfermagem. Segundo o relato, melhorias em relação a uso de antibióticos, medicamentos específicos (como anticoagulantes), úlcera de pressão, queda do paciente, entre outros, podem ser detectadas e acompanhadas por meio dos indicadores institucionais, conforme mostram os documentos pesquisados.

O Superintendente Corporativo enfatiza a melhoria dos resultados da organização associada ao programa de qualidade. Em virtude da implantação de novos modelos, como, por exemplo, a sistematização do atendimento da enfermagem e o acompanhamento de casos crônicos, o atendimento ao paciente foi agilizado, repercutindo favoravelmente na diminuição do tempo de permanência, passando de 4,2 para 3,5 dias atualmente (a diminuição do tempo de permanência foi citada, espontaneamente, por todos os entrevistados e verificada na análise dos documentos). Este fato repercute na maior ocupação do hospital e diminuição do tempo de espera para internação para os pacientes da emergência. Também os resultados financeiros sofreram repercussão positiva. O executivo ainda ressalta melhoria significativa no tempo dedicado à assistência por parte da enfermeira. O desempenho da organização é um dos diferenciais competitivos na avaliação da qualidade dos serviços, segundo vários autores (CODDINGTON; MOORE, 1987; DONABEDIAN, 1990; BOWERS; SWAN; KOHELER, 1994; JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998; JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTH CARE ORGANIZATIONS, 1996; GIANESI; CORRÊA, 1994).

7.2.4.3 Reconhecimento

Todos os entrevistados manifestaram que a Acreditação possibilitou o reconhecimento da qualidade da organização por médicos, pacientes e comunidade, o que garante um diferencial. O reconhecimento se manifesta especialmente na confiança, credibilidade, segurança e qualidade percebida.

O paciente percebe que os controles realizados e os padrões resultam em maior segurança na sua assistência. Da mesma forma, o médico entende que se trata de um local mais seguro para exercer sua prática, e que os registros e a documentação exigidos também o protegem de demandas judiciais, explana o Superintendente Corporativo.

A confiança na instituição por parte dos pacientes pode ser percebida por sua fidelização, informa o Superintendente Médico. O grande contingente de pacientes crônicos que procuram rotineiramente o hospital, reflete as ações em relação a este segmento de pacientes. Aferições em relação à confiança do paciente fazem parte das pesquisas de satisfação realizadas, relata.

Os entrevistados foram unânimes em afirmar que existe um diferencial na qualidade percebida pelo paciente, médicos e pela comunidade. Conforme ilustra o Superintendente

Médico, em pesquisa realizada envolvendo pessoas que já haviam utilizado o hospital, mais de 70% identificaram-no como o melhor hospital de São Paulo. Os profissionais da área da saúde também manifestam ver esta qualidade no hospital, refere a Gerente de Enfermagem.

Para os entrevistados, as melhorias na qualidade decorrentes da Acreditação trouxeram um maior conhecimento do hospital na região (informação). Foram citados exemplos variados de situações onde, anteriormente, algumas pessoas eventualmente desconheciam o hospital e, atualmente, citam-no como uma referência. Também foi mostrado o aumento do número de pacientes que procuram a emergência para atendimento.

A literatura mostra que, aspectos como confiança, qualidade percebida, segurança e credibilidade, constituem-se em importantes diferenciais da qualidade das organizações de serviços (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1988; GIANESI; CORRÊA, 1994; BOWERS; SWAN; KOHELER, 1994; JUN; PETERSON; ZSIDISIN, 1998; JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS, 1996).

7.2.4.4 Atendimento

Todos os entrevistados concordaram que organização estudada já era reconhecida na comunidade médica e leiga pela excelência do atendimento prestado ao paciente, conforme documentado no histórico (ASSIS, 2001), o que se constitui numa vantagem competitiva da organização. Revelaram, entretanto, que, ainda assim, houve ganhos com a adoção da Acreditação, especialmente no que diz respeito à velocidade do atendimento e comunicação. A velocidade do atendimento repercute no tempo médio de permanência do paciente, que, objetivamente diminuiu. A velocidade no atendimento é um ponto ressaltado por Ganesi e Corrêa (1994), ao avaliar a qualidade nos serviços.

Como a Acreditação preconiza a informação ao paciente, em todas as instâncias do seu cuidado, e no seu processo decisório, observou-se repercussão no que se refere à comunicação com o paciente. Conforme exemplifica a Coordenadora da Qualidade, o paciente é informado dos medicamentos que irá receber, os motivos, seus efeitos e orientado a sanar suas dúvidas. O processo de consentimento informado para procedimentos é baseado na comunicação com o paciente e seus familiares, a partir da orientação sobre os procedimentos, questionamentos e tomada de decisão. De acordo com o Superintendente Corporativo, para atender a estes e outros

padrões, é necessário que o hospital fique mais próximo do paciente, que se preocupe com ele, e isto o mesmo percebe claramente. “Flexibilidade e agilidade no atendimento às suas demandas é o que os pacientes esperam”, revela a Gerente de Enfermagem.

O respeito aos direitos do paciente aparece nas entrevistas como um diferencial da assistência oferecida. Conforme o Superintendente Corporativo, todo o funcionário hoje tem esta preocupação. A Gerente de Enfermagem ressalta a responsabilidade e respeito às necessidades do paciente como fundamental.

Todos os aspectos do atendimento ao cliente fazem parte de um diferencial competitivo que deve ser buscado pelos serviços, dentro da avaliação da qualidade, conforme mostra a literatura (ver o Quadro 1).

7.2.4.5 Acesso

Na opinião dos entrevistados, o acesso dos pacientes ao hospital ficou facilitado com a Acreditação e oferece, atualmente, um diferencial para a organização. Os canais de acesso foram incrementados, sob vários aspectos. A entrada dos pacientes na Emergência foi facilitada, conforme a Gerente de Enfermagem, referindo-se ao processo de triagem pelo enfermeiro, o que garante o acesso rápido à instituição na dependência da gravidade do paciente. Um portal foi implantado, agilizando a busca às informações do hospital e, conseqüentemente, aos seus serviços, assim como uma Gerência de Atendimento ao Cliente, dentro da visão de ouvir o cliente, informa a Coordenadora de Qualidade. Da mesma forma, foram criados locais onde o cliente pode registrar sua manifestação. Um outro aspecto do acesso se refere a novas formas de pagamento. Conforme explica o Superintendente Médico, surgem novas formas de relacionamento, nos quais o paciente é atendido e recebe o re-embolso da seguradora. Na visão do Superintendente Corporativo, os canais de acesso também foram ampliados a partir da participação do hospital no consórcio da APEX (Agência de Promoção de Exportações e Investimentos/Brasil), possibilitando a vinda de pacientes do exterior. Matoo e Rathindran (2006), enfatizam a importância da Acreditação pela JCI para as organizações que desejam receber pacientes de outros países.

A continuidade do cuidado mostrou-se um grande diferencial, na opinião de todos os entrevistados. Os padrões de Acreditação de continuidade do cuidado desencadearam mudanças

significativas neste processo. Conforme explica a Gerente de Enfermagem, a alta do paciente é planejada junto com o mesmo, e o hospital é responsável pelas orientações em relação ao seu cuidado, uso de medicamentos e aparelhos especiais em seu domicílio. Os executivos informaram que o paciente, familiares e médicos sentem-se seguros com estes procedimentos e reconhecem como uma excelência na assistência.

7.2.4.6 Eficiência

O entendimento que o hospital é, atualmente, uma organização mais eficiente, é compartilhado por todos entrevistados, e esta é uma das mais importantes vantagens competitivas mencionadas, a partir da Acreditação pela JCI. A otimização dos processos, desde o processo pré-internação do paciente, a partir do seu redesenho e integração tornou a organização mais ágil. A consequência é o menor tempo de permanência, menor tempo para liberar o quarto e, maior produtividade, declara o Superintendente Corporativo. “É muito importante para esta organização girar o leito”, explica, pois 30% das internações são provenientes da Emergência, e é necessário dispor de leitos. A literatura mostra otimização e eficiência como dois dos sete pilares da qualidade em saúde de Donabedian (1990).

Em relação aos custos, o Superintendente Médico informa que a comparação objetiva entre os custos pré e pós-Acreditação fica dificultada porque antes, os custos não eram adequadamente mensurados. Seguramente, os custos diminuíram, em função da diminuição do retrabalho e da otimização dos processos. Esta idéia é compartilhada por todos os entrevistados. Giansi e Corrêa (1994), JCAHO (1996) e Sower *et al.* (2001), evidenciam o custo e/ou eficiência como critérios competitivos de avaliação na qualidade dos serviços. A Gerente de Enfermagem ressalta, ainda, que inicialmente os custos devem ter aumentado em função de investimentos, até os processos estarem adequadamente revisados.

7.2.4.7 Outros

A participação na ANAHP (Associação Nacional dos Hospitais Privados) é, segundo o Superintendente Médico, um diferencial mercadológico, uma vez que, para isto, é pré-requisito algum tipo de certificação.

Concluindo, a Acreditação pela Joint Commission International gerou vantagens competitivas para o caso A, especialmente no que se refere ao reconhecimento da organização (principalmente da qualidade percebida, confiança, credibilidade e segurança); ao desempenho da organização (a conformidade aos padrões e a consistência dos processos geram maior eficácia e melhores resultados); à eficiência da organização (em virtude da otimização dos processos e diminuição dos custos de retrabalho); à qualificação das pessoas (incluindo as lideranças e a captação de melhores profissionais); ao atendimento (especialmente na velocidade do atendimento e comunicação com o paciente) e ao acesso à organização. A ampliação do mercado foi citada como uma importante vantagem competitiva decorrente da Acreditação pela JCI.

Outras vantagens advindas da Acreditação também foram citadas pelos entrevistados, porém com menor ênfase, como a melhoria da estrutura física, a continuidade do cuidado, respeito e flexibilidade, e informação da comunidade quanto à organização.

7.2.5 Alinhamento da Acreditação com a Estratégia da Organização

A Acreditação encontra-se perfeitamente alinhada com a estratégia de diferenciação pela Qualidade da organização, na opinião de todos os entrevistados. Referem que esta se reflete, num primeiro momento, na Missão, por meio da excelência em saúde, tendo surgido a partir do reposicionamento estratégico da instituição em 2000. Conforme explica o Superintendente Médico, a qualidade aparece atualmente nos objetivos estratégicos, permeando todos os processos, deles não podendo ser dissociada. Ressalta também, que o uso do Balanced Scorecard (BSC) na organização é recente, podendo ainda haver alguns ajustes nos objetivos. Conforme é possível observar na revisão de documentos, o mapa estratégico mostra objetivos sintonizados com a Acreditação, especialmente no que se relaciona à satisfação do cliente e profissionais alinhados às melhores práticas assistenciais existentes. A referência à Joint Commission International aparece especificamente no objetivo estratégico de desenvolvimento de competências, retenção de talentos, mantendo a cultura da humanização e o padrão da Joint Commission International.

A re-acreditação pela JCI é uma das metas de 2007, informam o Superintendente Corporativo e a Coordenadora de Qualidade, exemplificando o alinhamento com a estratégia da organização.

Concluindo, a Acreditação pela Joint Commission Internacional está inserida na estratégia geral da organização como uma diferenciação pela Qualidade, presente na Missão e nos objetivos estratégicos do caso estudado.

7.3 O CASO B

O caso B será apresentado a partir de sua caracterização, seguida das motivações da organização para adoção da Acreditação, os fatores críticos de sucesso para implementação do processo, as vantagens competitivas associadas à Acreditação, e, por fim, o alinhamento da Acreditação com a estratégia geral desta organização.

7.3.1 Caracterização da Organização

Os dados utilizados para caracterizar o caso B foram obtidos a partir da consulta aos documentos da organização (portal, formulário de Cadastro de Acreditação, histórico do hospital e dados fornecidos diretamente pela Gerência de Qualidade).

O caso B é um hospital geral de São Paulo, SP. Trata-se de entidade privada, sem fins lucrativos. É um hospital de complexidade terciária, com capacidade instalada de 489 leitos e uma área física de 86 mil m², onde estão distribuídos as unidades médico-cirúrgicas, oncologia, tratamento intensivo, perinatologia e pediatria. O plano de expansão, que deverá estar concluído em 2009, prevê uma área física total de 229 mil m² e 720 leitos.

Os dados de 2006 mostram uma média mensal de 2.500 cirurgias e 250 partos, 1.375.197 exames diagnósticos/ano e uma taxa de ocupação média de 81,4%. Em relação aos Recursos Humanos, o hospital trabalha com 2.869 funcionários (2006). O corpo clínico conta com 5.300 médicos cadastrados.

Informações referentes à satisfação do paciente revelam que, em 2006, 93% dos pacientes mostraram-se muito satisfeitos ou satisfeitos com o atendimento no hospital. Em relação ao clima organizacional, pesquisa realizada no mesmo ano mostra que 88% dos funcionários estavam satisfeitos com a instituição.

A Missão da instituição “é oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração de conhecimento e da responsabilidade social, como forma de evidenciar a contribuição

da comunidade judaica à sociedade brasileira”. A Visão da instituição é “ser líder e inovadora na assistência médica hospitalar, referência na gestão do conhecimento e reconhecido pelo comprometimento com a responsabilidade social”.

A história da organização remonta a 1955, quando a comunidade judaica de São Paulo fundou uma Sociedade Beneficente, a qual estruturou-se sobre quatro preceitos judaicos: Boas Ações, Saúde, Educação e Solidariedade. Somados aos valores organizacionais (Honestidade, Verdade, Integridade, Diligência, Competência e Justiça), norteiam as atividades e os colaboradores da instituição.

O hospital estudado (caso B) constitui-se em um dos três braços desta associação, ou seja, a assistência médico-hospitalar, tendo sido inaugurado em 1971. O histórico revela uma preocupação com a qualidade. Em 1989, iniciou com a medição de resultados e divulgação de uma cultura de qualidade entre os colaboradores da instituição. Em 1990, foram formuladas as primeiras políticas de qualidade. Entre 1991 e 1993, disseminaram-se os Círculos de Qualidade, destinados a impulsionar o processo. Em 1994, com o intuito de realizar um diagnóstico institucional, o hospital submeteu-se a uma auto-avaliação, com base nos critérios do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ). Em 1995, foram adotadas as normas internacionais de gestão da qualidade ISO 9000. Em 1997, os primeiros setores foram certificados pelas normas ISO 9002:1994, a Unidade de Terapia Intensiva para Adultos, o Laboratório Clínico e o Banco de Sangue. Em 1997, foi iniciado o processo de avaliação pela Joint Commission americana. Na ocasião, ainda não existia a Joint Commission International, apenas a americana, a qual só avaliava e certificava os hospitais deste país. Assim, consultores americanos prestaram serviços ao hospital estudado para que os padrões pudessem ser utilizados como modelo, apesar do hospital estar ciente que não poderia haver certificação. Em 1999, com o surgimento da Joint Commission International, a organização estudada foi acreditada por esta instituição, tendo sido o primeiro hospital a ser acreditado fora dos EUA. As re-acreditações ocorreram em 2002 e 2005. Em 2003, o hospital obteve a certificação ISO 14001:1996. Em 2007, obteve a Certificação específica para Acidente Vascular Cerebral pela JCI. Em agosto de 2007, estão certificados pela ISO 9001:2000 os setores: Banco de Sangue, Laboratório, Imagem, Reabilitação, UTI Adulto e UTI Pediátrica, Central de Exames, Cardiologia Diagnóstica, Unidade de Primeiro Atendimento, Terapia Substitutiva da função Renal, Neurofisiologia Clínica, Pediatria, Perinatologia, Nutrição

Clínica, Enfermagem Bloco Cirúrgico, Divisão de Infra-estrutura, Anestesia, Oncologia, SAME (Serviço de Arquivo Médico) e Treinamento em Saúde.

A instância máxima da Sociedade é sua Assembléia Geral. A ela se subordina o Conselho Deliberativo. Composta por voluntários e reportando-se ao Conselho Deliberativo, a Diretoria dirige a Sociedade no dia-a-dia, traçando as grandes diretrizes estratégicas, definindo a utilização de recursos e avaliando seus resultados operacionais. Suas orientações são colocadas em prática sob a gestão da Diretoria Executiva, constituída por profissionais contratados: Diretoria do Hospital, MDP, Instituto de Ensino e Pesquisa e Instituto de Responsabilidade Social.

As Diretorias de Prática Médica, Prática Assistencial, Suprimentos e Logística, Engenharia e Manutenção atendem a toda corporação. A Gerência de Qualidade também é corporativa, reportando-se à Diretoria de Prática Médica.

7.3.2 Motivações para a adoção de estratégia de Acreditação

Conforme definido no capítulo 6, as Motivações que levaram a organização a adotar uma estratégia de Acreditação foram analisadas considerando-se as categorias Melhorias de Processos, Avaliação da Qualidade e Pressões Competitivas. No caso B, o Reconhecimento não foi considerado como uma das principais motivações para adoção da Acreditação, e, por este motivo, não será aqui tratado.

7.3.2.1 Melhoria de Processos

Segundo os entrevistados, uma das grandes motivações que levou esta organização a adotar a Acreditação pela Joint Commission International foi a melhoria dos processos, tanto assistenciais como de gestão. O Superintendente Corporativo considera que, no hospital, é impossível dissociar a assistência da gestão, pois são interligadas. Conforme relataram os executivos, o diagnóstico de necessidade de melhoria foi realizado a partir da análise de prontuários de pacientes no final dos anos 90, a qual revelou uma baixa qualidade dos registros. A partir desta constatação, foi buscado um padrão a ser seguido. O Diretor da Prática Médica chama a atenção para o objetivo de trabalhar os processos de maneira mais sistêmica e

implementar melhorias rapidamente, por meio da Acreditação, como um grande desafio, necessário para as empresas de sucesso.

Hayes e Shaw (1995) e CBA (2007), mostram a melhoria dos processos como uma das motivações das organizações que buscam a Acreditação.

7.3.2.2 Avaliação da Qualidade

A avaliação objetiva da qualidade e a garantia da mesma surgiram em todas as entrevistas como o grande fator motivador para a adoção da Acreditação. Conforme explica o Superintendente Corporativo, o grande objetivo era obter um padrão comparativo, um referencial a ser seguido. Era importante para a organização que se tratasse de um referencial aceito internacionalmente, funcionando como um “marco de qualidade”, nas palavras do Superintendente. A avaliação objetiva da organização é citada, na literatura, como um dos resultados esperados com a Acreditação (SHAW, 2004; CBA, 2007)

A Diretora de Prática Assistencial enfatiza que a intenção, na época, era obter um padrão externo, não como meta final, e sim, como um ponto de partida. “Esta avaliação mostraria os *gaps* de qualidade da organização, devendo contemplar estrutura, processos e resultados”. No entendimento da entrevistada, nenhum modelo de avaliação de qualidade associa todas estas dimensões, sendo necessário integrá-los dentro da própria organização. Na época da adoção da estratégia, a idéia era de integrar o modelo ISO 9000 com Acreditação e, futuramente, o PNQ. A Gerente de Qualidade também mostra que a adoção da Acreditação seguiu-se à implantação das normas ISO em algumas áreas da organização hospitalar, as quais não atendiam a todas as necessidades assistenciais. Ressalta, também, a utilização de padrões numa linguagem conhecida pelos profissionais da saúde, diferentemente da ISO, como um fator motivador para a adoção desta estratégia.

7.3.2.3 Pressões Competitivas

Na percepção do Superintendente, a globalização foi um dos fatores motivadores para adoção de Acreditação. Ressalta, entretanto, que o motivo era a globalização da informação e não a habilitação para competir num mercado externo. A informação sobre o que consiste a

Acreditação, melhoria de qualidade, vai chegando aos hospitais e os instiga a entrar no processo e competir no mercado interno.

A obtenção de uma vantagem competitiva, rapidamente, em relação aos demais hospitais, a partir da melhoria dos processos institucionais e de uma visão sistêmica, também se constituiu, na opinião do Diretor de Prática Médica, num fator motivador. Ser o primeiro hospital, fora dos EUA, a obter a Acreditação, seria um grande desafio e um diferencial para a organização. A Diretora de Prática Assistencial ratifica a vantagem competitiva advinda da melhoria da qualidade como uma outra motivação para adoção da Acreditação, ressaltando, entretanto, não ter sido esta a principal.

Conforme explica o Superintendente, a vantagem competitiva ocasionada pela Acreditação não foi o principal motivador para a adoção desta estratégia num primeiro momento, e sim, a melhoria da qualidade. Atualmente, entende que tanto a qualidade quanto a diferenciação no mercado, são fatores que mantêm o hospital neste processo. A literatura também mostra os fatores que levam os hospitais a adotarem iniciativas de qualidade, sendo as pressões competitivas, um importante fator a ser considerado (HUQ; MARTIN, 2000).

Concluindo, as principais motivações que levaram, num primeiro momento, o caso B a adotar uma estratégia de Acreditação pela Joint Commission foram avaliação objetiva e garantia da qualidade e a melhoria dos processos (gestão e assistenciais). Atualmente, passados dez anos, estas motivações mantêm-se, associadas às pressões competitivas, que incentivam a organização a manter diferenciação no mercado.

7.3.3 Fatores Críticos de Sucesso

Os fatores críticos de sucesso para a implementação da Acreditação são descritos seguindo as categorias Culturais, Técnico-Estruturais e Estratégicos.

7.3.3.1 Culturais

Os executivos entrevistados foram unânimes ao considerar a cultura do grupo médico como um fator crítico dificultador para implementação da Acreditação. Conforme relata o Diretor de Prática Médica, “talvez o maior desafio seja ter um corpo clínico aberto de cinco mil

médicos”. A cultura do hospital, onde o médico traz o seu paciente e tem autonomia nas suas condutas entrava em atrito com padrões da Acreditação, que indicavam, por sua vez, a utilização de protocolos e monitoramento do corpo clínico. Este monitoramento envolve, entre outros aspectos, a avaliação dos registros médicos em prontuário do paciente e o consentimento informado para procedimentos. Conforme explicaram os entrevistados, os registros realizados pelos médicos, de uma maneira geral, quando existiam, eram insuficientes, o que contradiz os padrões da Joint Commission International. O Superintendente ressalta que, o fato que deu origem à busca de um processo de avaliação e melhoria da qualidade, foi o diagnóstico institucional da escassez de informações clínicas nos prontuários dos pacientes. Houve necessidade, então, de modificar esta cultura para o sucesso do processo. Conforme explica a Gerente de Qualidade, quando o médico começa a perceber que o foco no controle dos processos na organização também têm, como finalidade, a segurança de sua própria atividade profissional, existe uma maior aderência a esta mudança.

O Superintendente entende que “a área médica estava um pouco atrás em relação às outras áreas de conhecimento em questões de qualidade”. Uma das razões sugeridas pelo executivo é a característica do próprio trabalho médico, solitário, no qual figuram o médico e a sua prescrição. Neste cenário, a autonomia do profissional se estabelece, dificultando a implantação de padrões, que são próprios da qualidade. Zabada, Rivers e Munchus (1998), Arndt e Bigelow (1995), Schiesari (2003), apontam para a resistência e cultura do grupo médico como um dos fatores que dificultam a implementação de iniciativas de qualidade nas organizações de saúde.

Ao se avaliar os fatores culturais que impulsionaram a implementação do processo de Acreditação pela JCI no caso B, os valores da organização, em alinhamento com os propósitos deste modelo, foram considerados fundamentais para o sucesso. Conforme exemplificou o Diretor de Prática Médica, “[..] os valores da organização precisam estar alinhados com as premissas da Acreditação para que haja sintonia adequada e as ações possam ser desencadeadas”. O’Brien *et al.* (1995) evidenciam a importância dos valores culturais para o sucesso da implementação de iniciativas de qualidade em organizações de saúde. Também foi mencionado o *empowerment* dos funcionários como um aspecto que facilitou o processo. A clareza no processo de governança fez com que as lideranças pudessem exercer com mais autonomia suas atividades, especialmente no que se refere ao monitoramento do corpo clínico.

O trabalho em equipe foi citado pela Gerente de Qualidade como um fator importante para o sucesso da implementação da Acreditação. Conforme descreveu, a integração de ações das diferentes áreas possibilitou o alcance das metas estabelecidas, já que uma ação tática depende de outra.

A Acreditação é entendida pelos entrevistados como um processo de mudança cultural. Portanto, como informa o Superintendente, é necessário que a organização esteja aberta para mudança, o que de fato ocorreu, envolvendo mudança de atitudes e comportamento.

7.3.3.2 Técnico-Estruturais

Os entrevistados entendem que o trabalho de consultoria realizado na organização no início do processo foi crítico para o sucesso da sua implementação. Esta categoria não estava presente nas categorias de análise previamente estabelecidas. No início do processo da primeira Acreditação, foi utilizada uma equipe de consultores americanos, que auxiliaram a entender os propósitos do manual, já que se tratava de uma nova linguagem, e de um modelo totalmente desconhecido para as organizações hospitalares brasileiras. A seguir, foi contratada uma médica, com ampla experiência no processo de Acreditação, que já havia participado do processo em uma organização americana. Conforme explica o Superintendente, foi fundamental contar com esta experiência para alavancar o processo, trazendo um resultado positivo para a organização. Como este foi o primeiro hospital a ser acreditado fora dos EUA, a consultoria tornou-se um fator fundamental no êxito do processo.

Também a Sensibilização dos funcionários do hospital e do corpo clínico foi citada por todos os executivos como um ponto essencial a ser trabalhado durante a implementação da Acreditação. A Diretora de Prática Assistencial explica o grande desafio de envolver os 3000 funcionários (na época da primeira Acreditação) de maneira a motivá-los, mostrando as vantagens do processo de melhoria de qualidade e formando lideranças dentro da organização.

Diretamente relacionados à sensibilização, mostraram-se também fundamentais a Educação e Treinamento dos funcionários e corpo clínico do hospital, na opinião de todos os entrevistados. Este ponto foi ressaltado em vários momentos durante as entrevistas. Da mesma forma que a Sensibilização, o processo de treinamento mostrou-se um desafio para a organização em virtude do grande contingente de funcionários e do regime de trabalho, ou seja, o hospital

funciona 24 horas, sendo necessário realizar os treinamentos também durante a noite. A questão orçamentária surgiu em entrevista, em relação ao pagamento das horas/treinamento por funcionário, o que se torna oneroso. Também foi citada a dificuldade de efetivamente treinar funcionários de serviços terceirizados e garantir que aqueles treinados sejam os que estão realizando as atividades na prática. A Gerente de Qualidade explica que a Acreditação, atualmente, faz parte do programa de integração dos novos funcionários, sendo enfatizada a responsabilidade de cada um em relação à sua manutenção. Ainda como parte do processo de treinamento, a qualificação das lideranças mostrou-se um aspecto importante para disseminação dos conceitos da Acreditação, possibilitando a incorporação dos mesmos à prática diária, de acordo com o relato da Diretora de Prática Assistencial.

Relacionada ao processo de treinamento, a imersão da organização foi considerada pela Gerente de Qualidade e pela Diretora de Prática Assistencial como um fator importante para o sucesso da implementação da Acreditação. Conforme relataram, esta imersão caracterizou-se por inúmeros treinamentos, participação de todos colaboradores, envolvimento em grupos de trabalhos, comunicação intensa com os colaboradores, propiciando que a Acreditação permeasse todas as áreas e processos, modificando as práticas diárias.

Durante o processo de implementação da Acreditação, mostrou-se necessário criar uma estrutura de qualidade para dar conta das novas demandas. Trata-se de uma gerência corporativa, que coordena profissionais em toda a organização. A função maior, conforme explica a Gerente de Qualidade, é orientar e atualizar todas as áreas, monitorar e sugerir refinamento em processos. A responsabilidade pelo processo, entretanto, é da liderança da área.

7.3.3.3 Estratégicos

A categoria dos fatores estratégicos inclui os fatores considerados mais críticos, pelos entrevistados, para garantir o sucesso da implementação da Acreditação no caso B. O envolvimento das lideranças, em todas as instâncias hierárquicas foi muito importante para o alcance da meta. Em relação ao apoio da alta direção, o Superintendente considera que, por tratar-se a Acreditação de um modelo que utiliza metodologia da qualidade, houve uma continuidade com os processos de certificação anteriores e, no início do processo, já foram previstos futuros processos de Acreditação para áreas específicas, as quais já começaram a

acontecer (Acreditação para a assistência ao Acidente Vascular Cerebral). Esta continuidade ofereceu à alta direção uma visão de longo prazo e, portanto, foi decisiva para o apoio ao processo. O reconhecimento estratégico da qualidade, o qual se refletiu, inicialmente, na busca de um padrão de qualidade internacional, independentemente da possibilidade de uma certificação e, posteriormente, no apoio ao processo como um todo, por meio de criação de estruturas específicas, treinamentos, etc., foi, segundo o Superintendente, fundamental para o êxito do processo.

Conforme explica a Diretora de Prática Assistencial, em todo o processo de mudança, o envolvimento das lideranças é essencial, pois é a partir do entendimento do processo, seus benefícios e valor agregado, que o líder torna-se apto a mobilizar a sua equipe. Continuando, informa que os líderes são as pessoas responsáveis pela entrega dos resultados na sua área, portanto, é de responsabilidade do líder a viabilização da mudança. Neste caso, houve o envolvimento efetivo de todas as lideranças.

A participação do grupo médico foi considerada o fator mais crítico para o sucesso da Acreditação, tendo surgido em momentos variados durante as entrevistas. Orientados pelo Diretor Clínico e médicos pertencentes à estrutura da Acreditação (grupo responsável pela implantação), foram envolvidos os médicos contratados e médicos formadores de opinião pertencentes ao corpo clínico, os quais também tornaram-se líderes dentro do processo. Estes facilitadores médicos recebiam as informações diretamente da coordenação e ficavam responsáveis por um andar do hospital, no que se refere, principalmente, a registros médicos e implantação de novas rotinas, relata a Gerente de Qualidade. Os demais médicos do corpo clínico recebem a informação dos eventos, novas rotinas e outros temas por meio de *folders*, cartas e comunicações nas áreas de conforto médico. O Superintendente ressalta a importância do papel do Diretor Clínico no início do processo e na boa evolução do mesmo, pois a sua principal atividade estava direcionada para a Acreditação.

De acordo com o Diretor de Prática Médica, durante o processo, foi desenvolvido um programa de meritocracia, o qual veio ao encontro das necessidades da Acreditação. Trata-se de uma forma de relacionamento mais profissional entre a organização e o profissional, baseada no monitoramento da ação do médico. Pontos monitorados incluem o preenchimento do prontuário, o que vem ao encontro dos padrões do manual, produção, etc. Assim, através de uma única métrica institucional, estabelece-se reciprocidade nas várias interfaces da instituição com o

profissional: comercial, referenciamento de pacientes, descontos para internações, serviço de secretariado, etc. Segundo o Diretor, este programa faz parte do relacionamento com o corpo clínico, sendo fundamental para o sucesso e a manutenção da Acreditação. Portanto, os entrevistados consideram que, inicialmente, o grupo médico apresentou-se como um fator que dificultaria o processo, mas que, por meio de contínuas medidas de relacionamento e, com a constatação destes profissionais de que a Acreditação oferece segurança à sua própria prática, atualmente, este aspecto é mais facilmente contornado. Esclarecem, entretanto, que a organização deve ter um olhar constante para assegurar o envolvimento deste grupo profissional.

Ainda, como fator que auxiliou no processo, foi mencionado, pela Diretora de Prática Assistencial e pela Gerente de Qualidade, o foco da organização no paciente e a vontade da organização de obter melhoria contínua. Segundo a entrevistada, as ações na organização são centradas no paciente, e as pessoas sentem-se motivadas a melhorar a assistência prestada continuamente.

Concluindo, para o caso B, os fatores considerados críticos para a implementação da Acreditação pela Joint Commission International com impacto positivo no resultado, foram os denominados estratégicos, ou seja, o envolvimento das lideranças, participação do grupo médico, (incluindo o programa institucional de relacionamento com o corpo clínico), o reconhecimento estratégico da qualidade e o alinhamento dos valores da organização com a Acreditação. O trabalho de consultoria, fator que não estava presente nas categorias pré-estabelecidas, foi considerado fundamental, num primeiro momento, para atingir a meta desejada. A realização, de maneira efetiva, de sensibilização para Acreditação, educação e treinamento, mostrou-se um desafio nesta organização, em virtude do grande número de funcionários. Foram ainda citados, como fatores importantes na implementação da Acreditação, o trabalho em equipe, *empowerment* dos funcionários, a imersão da organização no processo, a criação de uma estrutura para qualidade e o foco da organização no paciente e na melhoria contínua.

A cultura do grupo médico, num corpo clínico aberto com mais de 3000 médicos (na época da primeira Acreditação), foi considerada o fator que mais ocasionou dificuldade à implementação do processo, necessitando múltiplas e integradas ações por parte da organização para que a meta fosse atingida e mantida.

7.3.4 Vantagens Competitivas

As Vantagens Competitivas associadas à Acreditação no caso B foram analisadas segundo as seguintes categorias: Estrutura, Desempenho, Reconhecimento, Atendimento, Acesso e Eficiência.

7.3.4.1 Estrutura

Nesta categoria, as maiores vantagens associadas à Acreditação, segundo os entrevistados, estão associadas às pessoas e estrutura física.

A Acreditação, conforme relatam todos os executivos, permitiu um desenvolvimento das pessoas, tanto em nível comportamental como técnico. A Gerente de Qualidade afirma que “a Acreditação muda as pessoas, ninguém entra no hospital e sai do mesmo jeito, porque ela propõe padrões de postura, de forma de trabalho [...]”. Em função dos treinamentos e da premissa de busca da melhoria contínua, os profissionais ficam mais qualificados, envolvendo práticas médico-assistenciais e também de gestão. Assim, a organização entrega um serviço com maior qualidade aos seus clientes. A maior qualificação dos profissionais pode ser aferida, de maneira objetiva, pela sua fácil colocação no mercado, relatam o Superintendente e a Gerente de Qualidade. Os profissionais, principalmente da área de enfermagem, egressos do hospital, foram rapidamente absorvidos por outras organizações, especialmente hospitais que desejavam entrar no processo de Acreditação. O fato do profissional estar treinado e ter passado pelo processo, oferece uma garantia de empregabilidade, explica a Gerente de Qualidade. Portanto, em relação às pessoas, a Acreditação desencadeia uma vantagem competitiva tanto para a organização quanto para o profissional.

Em relação à estrutura física, a organização realizou, num primeiro momento, grandes modificações para atender aos critérios da Joint Commission americana, a qual possui padrões mais rígidos do que a Joint Commission International neste aspecto, em virtude da própria legislação americana. Uma das premissas da Acreditação é de sempre exigir da organização hospitalar, o cumprimento do padrão mais rígido, seja ele o padrão da Acreditação ou a legislação local. Assim, ainda que a legislação brasileira não exigisse modificações, para atender o padrão da Acreditação, o hospital em estudo realizou alterações na sua estrutura física que beneficiaram

a segurança do pacientes, familiares e colaboradores, e que também causaram aumento nos custos, explica a Diretora de Prática Assistencial. O Superintendente ainda mostra que o ambiente hospitalar tornou-se mais voltado ao paciente, tanto em relação às suas necessidades, como em relação às suas preferências, o que é entendido, pelo paciente, como valor. Também em relação à proteção do meio ambiente, reforçam a Diretora de Prática Assistencial e a Gerente de Qualidade, a organização re-estruturou alguns aspectos, visando a proteção do mesmo.

Em relação a equipamentos, segundo os entrevistados, este foi sempre um grande diferencial da instituição, principalmente no que se refere à inovação. A Gerente de Qualidade relata que, como o hospital foi construído numa área que, na época, era considerada distante, era importante que disponibilizasse toda a tecnologia necessária para o atendimento seguro e integral dos pacientes, o que garantiu, desde então, a inovação tecnológica. Conforme explica o Diretor de Prática Médica, quando questionado em relação a este aspecto como vantagem competitiva associada à Acreditação, acredita que atualmente o processo de implementação de novas tecnologias seja mais criterioso e, talvez, mais seguro. A tecnologia não foi citada, entretanto, como uma vantagem competitiva associada à Acreditação, provavelmente porque o hospital já tivesse, no mercado, sua imagem associada à inovação tecnológica.

7.3.4.2 Desempenho

Os entrevistados consideram que a Acreditação está associada a um melhor desempenho da organização, o que garante vantagem competitiva .

Atualmente, pode ser verificada maior uniformidade e integração de processos, o que garante a consistência dos mesmos. A melhoria de processos origina melhores resultados, traduzidos em indicadores técnicos e administrativos. Os executivos referem, como exemplo, a melhoria dos registros no prontuário do paciente, tanto médicos como assistenciais, em virtude do processo de Acreditação. Conforme o Superintendente, a Acreditação ensinou as pessoas a “terem uma régua no bolso”, ou seja, a aferirem constantemente os resultados dos seus processos e melhorá-los continuamente. Este entendimento possibilitou a utilização de protocolos técnicos. O uso de protocolos, relata o Diretor de Prática Médica, diminui as barreiras entre as áreas, produzindo a integração entre as mesmas, e isto define um melhor resultado. O entrevistado cita o exemplo da Acreditação específica para Acidente Vascular Cerebral, onde a utilização de

protocolos reduziu objetivamente o tempo médio de permanência do paciente com esta doença no hospital.

Desta forma, os entrevistados referem que o processo de Acreditação oferece o referencial almejado (o qual foi uma das motivações para adoção da Acreditação, conforme descrito na seção 5.3.3), e a conformidade a estes padrões implica vantagem para a organização.

7.3.4.3 Reconhecimento

Todos os executivos responderam que o processo de Acreditação oportunizou um maior reconhecimento da qualidade da organização, no que se refere a pacientes, médicos e colaboradores e também, de alguma forma, ao mercado. Este reconhecimento se traduz especialmente em credibilidade, segurança, confiança, e na qualidade percebida pelos clientes.

Os entrevistados foram unânimes em relatar que a Acreditação trouxe uma maior credibilidade e segurança a pacientes e médicos. Conforme explicam o Diretor de Prática Médica e a Gerente de Qualidade, os médicos atualmente manifestam, em função dos diversos mecanismos de controle dos processos, que este é um hospital mais seguro para atender seus pacientes, tanto porque o paciente será mais bem atendido, como porque o hospital também cria controles para que o próprio profissional não erre. Isto aparece em relação às avaliações da prescrição médica realizada pelos farmacêuticos clínicos, checagem de equipamentos antes de cirurgias e em diversos outros processos, sendo entendido pelo médico como uma vantagem.

Conforme relatam todos os entrevistados, o paciente percebe que o hospital em estudo é um local onde existe qualidade e sente-se seguro. Conforme explica a Diretora de Prática Assistencial, apesar do paciente não dispor de condições para avaliar objetivamente a qualidade técnica da assistência, “em virtude de todos os cuidados e controles na assistência, ele percebe que, tecnicamente, está sendo muito bem cuidado e confia no atendimento que está recebendo”. Existe uma posição unânime dos entrevistados de que, a Acreditação obriga a inserção de inúmeros mecanismos de controle de processos, fazendo com que, efetivamente, exista maior segurança para pacientes, médicos e funcionários, e que isto é entendido e valorizado por todos. O Diretor de Prática Médica explica que o hospital realiza periodicamente uma pesquisa onde se identificam os *drivers* de satisfação do paciente. Em primeiro lugar, figuram questões associadas à sua segurança, à competência dos profissionais e também à humanização do atendimento.

Conforme as informações das entrevistas, estes são fatores diretamente influenciados pelo processo de Acreditação.

De acordo com todos os entrevistados, os pacientes e a comunidade reconhecem que este é um hospital com qualidade, mas poucos associam o fato ao termo Acreditação. Portanto, não existe, para estas pessoas, a informação e compreensão dos elementos envolvidos e a garantia de qualidade da palavra Acreditação. Na opinião do Superintendente, à medida que houver um maior número de hospitais acreditados, este entendimento também aumentará. Em relação aos profissionais de saúde, os entrevistados concordam que existe conhecimento por parte daqueles que mais atuam no hospital, em função do seu envolvimento e preocupação com resultados.

Todos os entrevistados entendem que, de alguma maneira, o mercado reconhece o diferencial da organização acreditada. Entretanto, isto não se traduz, até o momento, em aumento de preço, ou seja, não existe uma tabela diferenciada para hospitais acreditados. Conforme explica o Superintendente, este reconhecimento inicia com “as fontes pagadoras das fontes pagadoras”, ou seja, as empresas que contratam as seguradoras. Como no segmento da indústria as certificações constituem-se em práticas habituais para as organizações, estas tem uma maior compreensão do que seja um hospital acreditado, e este diferencial aparece no momento em que o serviço, através da seguradora, é contratado. Um outro ponto apresentado pelo Diretor de Prática Médica é o referenciamento dos pacientes, pelas seguradoras, para os hospitais acreditados. Conforme explica, a melhoria dos resultados técnico-administrativos da organização hospitalar, por exemplo, o menor tempo de permanência a partir da utilização de protocolos específicos, pode, numa negociação com a fonte pagadora, desencadear um maior referenciamento de pacientes. Conforme assevera o Diretor de Prática Médica, “o que é um diferencial, hoje, está começando a migrar para uma necessidade”.

7.3.4.4 Atendimento

Dentro da categoria atendimento, as entrevistas mostram um diferencial relacionado, principalmente, a questões de comunicação e respeito. Segundo a Gerente de Qualidade, os pacientes verbalizam que “o hospital é diferente”, percebem que existe preocupação da equipe em coletar e checar as informações a seu respeito, apreciam a forma como são instruídos a

respeito de sua doença e dos cuidados necessários e todas as formas de controle para sua segurança.

A comunicação é efetiva, na medida em que os profissionais orientam o paciente a respeito da sua doença, procedimentos e seu cuidado e, também, incentivam o mesmo a questionar a equipe e esclarecer todas as suas dúvidas. Esta comunicação é diretamente relacionada ao respeito aos direitos do paciente, no que tange, por exemplo, à obtenção do seu consentimento para os procedimentos, explica a Gerente de Qualidade.

O Superintendente considera que, na visão do paciente, a questão da comunicação das informações é primordial, seguida do respeito à agenda e acesso. Como todo o processo de Acreditação exige o cumprimento a estes quesitos, indo ao encontro das necessidades do paciente, decorre daí um diferencial importante para a organização.

7.3.4.5 Acesso

Os entrevistados consideram que a Acreditação possibilita uma ampliação dos canais de acesso do paciente à organização. O Diretor de Prática Médica informa que o hospital já é referência para empresas estrangeiras, as quais orientam seus executivos a procurarem, no Brasil, esta organização. Atualmente, o fato do hospital ser acreditado pela Joint Commission International é fator determinante para que isto ocorra e, conforme explica, o nome do hospital é identificado em *sites* americanos como referência para seus cidadãos. A expectativa do executivo é que os planos de saúde nacionais também referenciem seus pacientes para os hospitais acreditados.

7.3.4.6 Eficiência

Segundo os executivos, alguns processos foram otimizados, outros ainda apresentam oportunidade de melhoria. Conforme explica a Diretora de Prática Assistencial, é necessário tempo para haver uma real otimização de processo. Muitas vezes, num primeiro momento, para desencadear uma resposta rápida a um padrão, a resposta pode não ser a mais eficiente, sendo necessário um trabalho mais demorado.

A questão custos ainda precisa ser mais bem avaliada, na opinião dos entrevistados. É unânime o pensamento que, no início do processo de Acreditação, houve aumento nos custos da organização. Como o objetivo era seguir os padrões americanos de qualidade, foram realizadas mudanças significativas na estrutura física da organização. Além disto, para que a conformidade aos padrões pudesse ser atingida num tempo relativamente curto, foram necessários um contingente maior de colaboradores, informações, treinamentos intensivos, gerando um custo maior.

Por outro lado, explica a Gerente de Qualidade, o custo do seguro internacional desta organização diminuiu a partir da Acreditação. Com a implantação de mecanismos de controle de segurança, rotinas e procedimentos preconizados pela Acreditação, as quais assemelham-se aos requisitos do seguro, o valor a ser pago diminuiu. A literatura também apresenta, como um dos benefícios da Acreditação, a diminuição dos valores pagos a companhias de seguro (SHAW, 2004).

Conforme informa o Diretor de Prática Médica, atualmente, tanto os hospitais brasileiros quanto os do exterior, ainda tem dificuldade em aferir o custo de seus processos. Em virtude desta dificuldade, torna-se difícil saber o quanto, de fato, a Acreditação contribuiu para aumentar ou diminuir os custos destes processos. O Superintendente explica que existem muitos fatores que elevam o custo da saúde e seria difícil que, somente um processo de qualidade, sozinho, pudesse diminuí-los.

7.3.4.7 Outras Vantagens Competitivas

A Acreditação pela Joint Commission Internacional possibilitou uma antecipação de temas que viriam a ser discutidos, posteriormente, no Brasil. Exemplificando, a Gerente de Qualidade relata que, temas como direitos do paciente, demandas do consumidor, foram antecipados pela Acreditação. A preocupação com a responsabilidade social e ambiental foi trazida pelos padrões da Acreditação, vários anos antes que esta discussão se instalasse mais amplamente no país. Aspectos da segurança do paciente, incluindo a correta identificação do mesmo, foram tratados pela organização antes dos demais hospitais. A preparação para atendimento a catástrofes, como por exemplo, ao antraz, foi rapidamente atendida e, conforme explica a Gerente de Qualidade, se o hospital não estivesse em processo de Acreditação, não teria

como responder rapidamente. Portanto, conclui que a Acreditação oferece uma visão e preparação para situações futuras, constituindo-se numa vantagem competitiva em relação às demais instituições de saúde.

Concluindo, os entrevistados do caso B identificam diversas vantagens competitivas para a organização, a partir do processo de Acreditação pela Joint Commission International. Estas vantagens são verificadas, especialmente, em relação à qualificação dos profissionais (gerando ganhos para a organização e para o profissional no mercado), estrutura física, ao desempenho (a conformidade ao referencial e a consistência dos processos geram melhores resultados), e ao reconhecimento da instituição (em termos de credibilidade, segurança, confiança e qualidade percebida). Também o acesso de pacientes de outros países, possibilitado pela Acreditação internacional, é visto como um ganho associado. Ainda, considerando o atendimento, a melhor comunicação com os pacientes e respeito aos mesmos constituem-se num diferencial.

Uma vantagem competitiva, não considerada nas categorias pré-estabelecidas, porém manifestada na pesquisa, é a possibilidade de preparar a organização para problemas futuros, ainda não discutidos em nível nacional. Esta visão de futuro e antecipação em relação aos demais hospitais oferece vantagem significativa.

7.3.5 Alinhamento com a Estratégia da Organização

Todos os entrevistados concordam que a Acreditação é claramente identificável na estratégia geral da organização.

O Superintendente relata que a Acreditação parte de um posicionamento estratégico da organização estudada, ou seja, de diferenciação estratégica. Conforme explica a Diretora de Prática Assistencial, a partir de grandes temas estratégicos identificados pelo Conselho e a Diretoria Executiva, são estabelecidas diretrizes estratégicas, que, por sua vez, dão origem a ações táticas para o próximo ano. Assim, relata, um dos grandes temas é a excelência da qualidade clínica assistencial, a qual é expressa numa diretriz de busca de excelência da qualidade de assistência para toda a corporação. A partir daí, a Acreditação é descrita como uma das ações táticas para dar conta desta diretriz.

O Diretor de Prática Médica informa que a Acreditação evidencia-se já na missão do hospital, ou seja, “oferecer excelência de qualidade no âmbito da saúde, da geração de

conhecimento e da responsabilidade social”. Portanto, reflete, “não discutimos mais se queremos continuar com a Acreditação pela Joint Commission International; a Acreditação está no nosso espírito [...]”.

Concluindo, a Acreditação está presente na estratégia do caso B, como uma estratégia de diferenciação pela Qualidade, manifestada na própria Missão da organização, nos temas e diretrizes estratégicas e, ainda, expressa como uma ação tática específica.

7.4 ANÁLISE COMPARATIVA DOS TRÊS CASOS

A partir da análise individual dos casos P, A, e B, foi realizada uma análise comparativa envolvendo os três casos, facilitando, assim, a identificação e compreensão das semelhanças e diferenças entre os mesmos.

As semelhanças podem ser percebidas inicialmente nas características dos três casos. São todos hospitais gerais, privados, sem fins lucrativos e de complexidade terciária. A excelência na saúde está presente na Missão destas organizações, havendo também concordância entre os Valores, como respeito, humanização, qualidade, entre outros. Todas organizações estudadas demonstram preocupação em manter vivas as características culturais das comunidades que deram origem a cada hospital, sejam elas alemã, anglo-saxônica ou judaica. Ainda, os três hospitais possuem, na sua história, prêmios nacionais ou regionais expressando o reconhecimento pela excelência de seus serviços, anteriores à Acreditação.

Também é semelhante o relacionamento com os funcionários, ou seja, nas três organizações trabalham funcionários contratados e terceirizados. Em relação aos médicos, os hospitais estudados possuem um corpo clínico aberto, ou seja, mantém um número expressivo de médicos que realizam suas atividades e utilizam os serviços do hospital, sem haver, entretanto, ligação contratual entre a organização e o profissional. O relacionamento com o grupo médico mostra algumas diferenças no que se refere ao caso A. Diferentemente dos casos P e B, que também possuem médicos contratados para áreas específicas (lideranças médicas, centros de tratamento intensivo e emergência, por exemplo), este hospital trabalha exclusivamente com médicos autônomos, com exceção do médico do trabalho.

O Quadro 5 resume os dados coletados, mostrando semelhanças e diferenças entre os três casos (os aspectos mais enfatizados nas entrevistas encontram-se em negrito).

	Caso P	Caso A	Caso B
Leitos Fundação Tempo p/ Acreditação	308 leitos 80 anos 1ano 10 meses	196 leitos superior a 100 anos 4 anos	489 leitos 36 anos 1ano
Motivações	Avaliação e garantia da qualidade méd-assist. Melhoria dos processos (assistenciais, recursos humanos, gestão) Demonstração de excelência Globalização Cultura organizacional Sobrevivência da organização Imagem da organização/Informação do cliente/ Valor percebido Responsabilidade profissional e social	Avaliação objetiva da qualidade Melhoria dos processos (gestão, recursos humanos, custos, assistenciais) Reposicionamento no mercado Cultura organizacional	Avaliação objetiva e garantia da qualidade Melhoria dos processos (gestão, assistenciais) Linguagem da Acreditação Diferenciação no mercado (atual)
Fatores Críticos de Sucesso	Dificultadores: cultura médica Integração e utilização da informação Facilitadores: Envolvimento das lideranças e médicos Reconhecimento estratégico da qualidade Foco da organização Valores da organização Sensibilização/Educação/Treinamento/Comun. Estrutura para Acreditação Imersão da organização Domínio prévio da metodologia da qualidade Clima de aprendizagem/Trabalho em equipe/ <i>Empowerment</i> dos colaboradores Linguagem do modelo da JCI	Dificultadores: cultura médica Ausência de estímulos financeiros externos Integração e utilização da informação Facilitadores: Envolvimento das lideranças e médicos Reconhecimento estratégico da qualid. Foco da organização Valores da organização Sensibilização/Educação/Treinamento Estrutura para Acreditação Imersão da organização Consultoria Conhecimento de hospitais acreditados Clima para mudança/trabalho em equipe	Dificultador: cultura médica Facilitadores: Envolvimento das lideranças e médicos Reconhecimento estratégico da qualidade Valores da organização Consultoria Sensibilização/Educação/Treinamento Estrutura para Acreditação Trabalho em equipe Empowerment dos funcionários Imersão da organização Foco no paciente e na melhoria contínua Clima de mudança
Vantagens competitivas	Qualificação das pessoas Conformidade a padrões internacionais Consistência nos processos/Resultados Reconhecimento da organização: credibilidade/ segurança/confiança/qualidade percebida Atendimento ao paciente: respeito/comunicação Acesso/Ampliação do mercado Eficiência: otimização dos processos Continuidade do cuidado Segurança na estrutura física/uso da tecnologia Disponibilização de serviços	Reconhecimento da organização: qualidade percebida/confiança/credibilidade/segurança Conformidade a padrões/consistência nos processos/eficácia/resultados Eficiência: otimização de processos/custos Qualificação das pessoas Atendimento ao paciente: velocidade/ comunicação Acesso/Ampliação do mercado Estrutura física/Continuidade do cuidado/ Respeito e flexibilidade/Informação da comunidade	Qualificação das Pessoas Estrutura física Conformidade a padrões/consistência nos processos/resultados Reconhecimento da organização: credibilidade/ segurança/confiança/qualidade percebida Acesso Atendimento: respeito/comunicação Visão de futuro

Quadro 5 - Acreditação nas Organizações Hospitalares - Comparação entre os casos P, A e B

Fonte: A Autora (2007).

Em relação ao porte, verifica-se que o número de leitos do caso A é inferior (196 leitos), ao comparar-se, especificamente ao caso B (489 leitos). O caso P possui uma situação intermediária, ou seja, 308 leitos. Quanto ao tempo de fundação, observa-se uma diferença entre o caso B e os dois outros casos. O hospital denominado caso B foi fundado há 36 anos, o caso P há 80 anos e o caso A, há mais de 100 anos.

A análise das dimensões estudadas, ao se comparar as três organizações, permite algumas considerações.

Comparando-se as motivações que levaram as organizações a adotarem uma estratégia de Acreditação pela Joint Commission International, observa-se que, nos três casos, a avaliação e garantia da qualidade e a melhoria de processos foram os fatores mais importantes na época. Entende-se a grande motivação das organizações para obterem uma avaliação objetiva e externa e que garantisse a qualidade dos seus serviços. Todos os demais modelos de avaliação de qualidade disponíveis no Brasil até o final dos anos 90 (e ainda hoje), não eram específicos para organizações hospitalares e, portanto, não ofereciam um referencial a ser seguido, deixando um espaço que veio a ser ocupado pela Acreditação. Em relação aos processos prioritários a serem tratados, verificam-se algumas diferenças ente os casos, ou seja, para o caso P, a ênfase estava nos processos assistenciais e de recursos humanos; já no caso A, estava nos processos de gestão e, finalmente, no caso B, nos processos assistenciais e de gestão. É possível inferir que, estas diferenças aconteceram em função do momento de cada organização e do diagnóstico que cada uma delas realizou a partir dos seus processos. Assim, para o caso A, a maior preocupação com os processos de gestão devia-se ao interesse em implantar uma metodologia de qualidade na organização, que ainda não estava estabelecida. O caso P, entretanto, tinha já introjetado a metodologia da qualidade, com certificação específica em programa de qualidade e produtividade, portanto, a intenção maior seria de qualificar seus profissionais e melhorar os processos assistenciais. O caso B, por sua vez, partiu para adoção da Acreditação pela JCI a partir de um diagnóstico de necessidade de melhoria de determinados processos (especialmente registros), entendendo a impossibilidade de dissociar processos assistenciais e de gestão.

Ainda nesta dimensão, outro fator motivacional importante para os casos P e A situa-se no âmbito das pressões competitivas e posicionamento no mercado. Para o caso B, este não foi um fator de motivação para adoção da Acreditação na época, entretanto, atualmente é citado como um fator a mantê-la. Na ocasião que o caso B iniciou seu processo de Acreditação pela Joint

Commission, esta estava disponível apenas para hospitais americanos e, portanto, o hospital estava ciente que não receberia uma certificação, apenas avaliação e melhoria de processos e, ainda assim, entendeu ser importante sua adoção. O caso B, na época, já era reconhecido como referência nacional, ocupando então uma posição diferenciada no mercado, o que pode explicar o pouco impacto das pressões competitivas referido. Com a criação da JCI, tornou-se o primeiro hospital acreditado fora dos EUA, o que, por si só, caracterizava um diferencial competitivo. Com a ampliação do processo no Brasil, e a existência de seis hospitais acreditados no momento, o caso B já partiu para Acreditações específicas, o que significa um novo diferencial.

O reconhecimento pela demonstração de excelência foi ainda, no caso P, um importante fator motivacional, o que não se confirmou nos demais casos. Também a cultura da organização para qualidade, que não fazia parte das categorias pré-estabelecidas, foi citada como uma motivação, o que caracteriza a continuidade de um processo já existente.

Em todas as organizações estudadas foram citados outros fatores motivacionais, porém, com menor ênfase do que os apresentados acima, tendo já sido considerados na análise individual dos casos.

Em relação aos fatores críticos de sucesso na implementação da Acreditação, existe unanimidade entre os hospitais, no que se refere ao fator que mais dificultou o processo: a cultura do grupo médico. Todos os casos estudados revelaram dificuldades inicialmente, tendo que lançar mão de diferentes ações para contornar o problema, já que não existe uma situação hierárquica estabelecida. O fato dos três hospitais trabalharem com grande número de médicos credenciados, sem vínculo contratual com a organização, aliado à própria cultura do trabalho médico, mostrou-se um importante desafio a ser ultrapassado. Cabe salientar a diferença do caso A em relação aos demais, por possuir apenas um médico contratado, sendo que os casos P e B possuem médicos contratados pela organização em determinadas áreas. Este fato não se revelou um empecilho para o alcance da Acreditação, mas pode estar relacionado ao maior tempo que a organização hospitalar levou para ser certificada.

Verifica-se também semelhança nos fatores críticos que causaram impacto positivo no processo. Nos três casos estudados, os denominados fatores estratégicos revelaram-se como os mais significativos, especialmente o envolvimento das lideranças e do grupo médico, o reconhecimento estratégico da qualidade e o foco da organização, seguidos dos fatores culturais, particularmente a sintonia dos valores da organização com os propósitos da Acreditação. A

semelhança entre os três casos continua, ao verificar-se a importância que foi dada aos processos de sensibilização, educação e treinamento, à imersão de toda organização dentro do processo e à criação de uma estrutura para Acreditação, mostrando também aí relevância que é dada à Qualidade nestas organizações. Observa-se que, quanto maior o número de funcionários, maior o desafio para efetivamente treiná-los.

Assim como nas motivações, outros fatores críticos de sucesso foram mencionados pelas organizações estudadas, ainda que com menor ênfase: trabalho em equipe, clima de aprendizagem/mudança e *empowerment* dos colaboradores.

Um aspecto a salientar é a forma positiva como a metodologia de qualidade previamente implantada na organização facilita a Acreditação, conforme verificado no caso P, diferindo dos outros dois casos. A familiaridade da organização com ferramentas da qualidade é descrita como um fator positivo também na implementação do TQM em hospitais (HUQ; MARTIN, 2000). Este fator não fazia parte das variáveis pré-estabelecidas para esta pesquisa. Considerando o caso P, é possível que este fator tenha auxiliado a acelerar o processo, já que este hospital foi acreditado em 22 meses.

Da mesma forma, nos casos A e B, o trabalho de consultoria foi considerado muito importante para o sucesso do processo. Considerando-se que o caso B foi o primeiro hospital no Brasil a iniciar um processo de Acreditação, num momento que este ainda era um tema pouco conhecido no país, a consultoria mostrou-se fundamental. Para o caso A, a consultoria possibilitou o estabelecimento da metodologia da Qualidade na organização, o qual representava um dos objetivos na época.

Ao comparar-se as Vantagens Competitivas associadas à Acreditação pela Joint Commission International, verificam-se semelhanças entre os três casos, os quais consideram a qualificação dos seus profissionais, o desempenho da organização (pela conformidade a padrões internacionais, consistência nos processos e, conseqüentemente, melhores resultados), o reconhecimento da organização (pela credibilidade, segurança, confiança e qualidade percebida pelos clientes) e o acesso facilitado de pacientes (pela ampliação de canais de acesso internacionais e continuidade do cuidado), como os principais diferenciais. Especificamente em relação à informação das pessoas, as organizações consideram que a população brasileira ainda não dispõe da informação exata do significado da Acreditação como credencial, não associando todas as características de qualidade percebidas ao fato da organização ser acreditada. As

semelhanças entre os três casos estudados também se manifestam na ampliação do mercado, pela vinda de pacientes de outros países, o que é visto como oportunidade.

As três organizações referem vantagem gerada pelo melhor atendimento ao paciente no que se refere à comunicação com o mesmo. Entretanto, somente o caso A referiu uma mudança significativa na velocidade do atendimento, a qual está em sintonia com o resultado final de menor média de tempo de permanência neste hospital, a partir da Acreditação. Os dois outros casos enfatizaram o aspecto de respeito ao paciente como a outra vantagem no que se refere ao atendimento. Entende-se que outros atributos da qualidade no atendimento, como cuidado, responsividade, acolhimento e flexibilidade, já fizessem parte de um conjunto de características muito fortes nestas organizações, alinhados diretamente aos seus valores institucionais, tendo sido acentuados com o processo de Acreditação.

Vantagens associadas à melhoria de estrutura física foram enfatizadas especificamente no caso B, em virtude da utilização do referencial americano num primeiro momento, o qual baseia-se numa legislação bastante rígida. De acordo com os entrevistados, este aspecto ocasionou aumento expressivo nos custos da organização. Os demais casos estudados percebem a melhoria de estrutura física como diferencial competitivo exclusivamente em questões de segurança.

Em relação à eficiência, todas as organizações evidenciam otimização de processos associada ao processo de Acreditação. Esta vantagem foi particularmente enfatizada no caso A, no qual, além da otimização, foi informada uma diminuição dos custos, principalmente a partir da diminuição de retrabalho e melhor gerenciamento de recursos aplicados em cada processo. Para o caso P existe percepção de diminuição de custos, mas não aferida objetivamente e o entendimento de que o custo deveria ser analisado na cadeia da saúde como um todo, e não pontualmente no hospital. Já o caso B refere um aumento de custos nas fases iniciais do processo. A questão custos necessita ainda de mecanismos de aferição mais objetivos para gerar melhores conclusões, o que poderia ser obtido com uma visão que transcenda cada hospital, ampliada para a cadeia de saúde (PORTER; TEISBERG, 2007).

A visão de futuro foi uma vantagem competitiva citada especificamente pelo caso B, a qual está relacionada ao fato de ter sido esta a primeira organização fora dos EUA a procurar uma Acreditação Internacional. Como esta organização iniciou seu processo de Acreditação alguns anos antes das demais, as discussões e os problemas que seriam enfrentados pelos demais hospitais, acreditados ou não, foram antecipados. Isto propiciou um amadurecimento da

organização para as novas questões de segurança, responsabilidade social e ambiental, entre outras, fornecendo subsídios para a mesma enfrentar estes problemas com mais propriedade e de maneira pró-ativa. Infere-se, portanto, que a curva de aprendizado ocorreu num momento bastante anterior às demais organizações hospitalares brasileiras, o que se traduz em vantagem para esta organização.

Ao analisar o alinhamento da Acreditação com a estratégia das três organizações estudadas, verifica-se semelhança entre as mesmas. Assim, entendendo a Acreditação como uma estratégia que visa melhoria dos processos da organização hospitalar, encontra-se presente já na Missão dos três casos estudados, que mencionam a excelência na qualidade assistencial.

Considerando-se a estratégia genérica de diferenciação pela Qualidade como a oferta de um produto melhor (MINTZBERG, 1988) visando a sobrevivência da organização, a mesma apresenta-se em todas as organizações estudadas, independentemente da metodologia utilizada para definir e acompanhar a estratégia. Assim, está contida nos temas, diretrizes, objetivos estratégicos, ou ainda, definida explicitamente como uma ação tática. Portanto, fica claro o alinhamento da Acreditação, uma iniciativa de Qualidade, com a estratégia geral dos casos estudados. Pode-se inferir que, o fato de haver, nos casos estudados, um reconhecimento estratégico da Qualidade, como demonstrado acima, tenha sido significativo para o alcance da meta de implementação da Acreditação nestas organizações.

Concluindo, verifica-se a presença de semelhanças entre as três organizações estudadas, tanto em relação às motivações para a adoção da Acreditação pela Joint Commission International, aos fatores críticos de sucesso para sua implantação, às vantagens competitivas daí advindas quanto ao alinhamento da estratégia de Acreditação com a estratégia geral destas organizações. Entretanto, também diferenças podem ser percebidas, não exatamente nos conjuntos de variáveis oriundos de cada organização, mas sim, no peso que cada organização dá a estas variáveis estudadas.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, serão apresentadas as conclusões (incluindo as implicações gerenciais e acadêmicas da pesquisa), limitações do estudo e sugestões para futuros estudos.

8.1 CONCLUSÕES

Esta seção apresenta as conclusões da pesquisa e as implicações gerenciais e acadêmicas delas advindas. A partir dos resultados apresentados, atende-se aos objetivos específicos deste estudo, possibilitando o entendimento de como se caracteriza a estratégia de Acreditação nas organizações hospitalares.

O primeiro objetivo desta pesquisa foi identificar as motivações das organizações hospitalares para adoção da estratégia de Acreditação. Nas organizações hospitalares estudadas, as principais motivações para a adoção da Acreditação pela Joint Commission International foram avaliação objetiva e garantia da qualidade (em relação à estrutura, processos e desempenho) e melhoria de processos (principalmente assistenciais, de gestão e qualificação de recursos humanos). O reconhecimento da organização, especialmente a demonstração de excelência, seria decorrente da melhoria da qualidade, e não a motivação primária. Também as pressões competitivas no mercado da saúde, que obrigam a desenvolver e manter uma diferenciação no mercado, desempenharam um papel importante para que estes hospitais procurassem a implementação do processo. Todos estes fatores estão presentes na literatura e apontam para a Acreditação como o modelo de avaliação de qualidade desenvolvido especialmente para organizações de saúde, naturalmente de grande complexidade, com especial atenção ao foco das organizações deste segmento, o paciente. Os demais modelos de avaliação de qualidade como ISO, PNQ, PGQP e outros não apresentam especificidade para a saúde. É compreensível, desta forma, esta opção também como um referencial de padrões a ser seguido.

Outros fatores também foram apontados como motivadores: melhoria do processo Custo, melhoria do uso da tecnologia, imagem da organização, utilização da Acreditação como ferramenta de *marketing*, a globalização da assistência à saúde e demandas do consumidor. Verifica-se assim, que todos os fatores selecionados da literatura para compor as categorias de análise (SHAW, 2004; SCHIESARI, 2003; WHITERS; EBRAHIMPOUR, 2000; BEATTIE;

SOHAL, 1999; ANDERSON; DALY; JOHNSON, 1999, LEE; PALMER, 1999), que levaram organizações a buscarem programas de qualidade (seja ISO, TQM ou Acreditação) mostraram-se presentes neste estudo, para todas ou alguma organização. O que os diferencia é a intensidade e o espaço que cada fator ocupa dentro das organizações, em virtude de suas características próprias, do cenário e do momento em que se encontram.

Além dos fatores oriundos das dimensões, categorias e variáveis de análise pré-estabelecidas, a cultura da organização foi identificada como uma importante motivação. A cultura da organização vem sendo citada na literatura como um fator crítico de sucesso para a implementação de iniciativas de qualidade em hospitais (SHORTELL *et al*, 1995), e assim foi incluído no estudo em questão. No caso, além deste aspecto, a cultura de qualidade, que permeia a história dos hospitais, encontra continuidade nos propósitos da Acreditação, fazendo com que a organização opte por uma estratégia deste tipo. Portanto, esta variável faz parte tanto do conjunto de fatores críticos de sucesso quanto das motivações para a adoção da Acreditação, podendo ser pesquisada em estudos futuros, o que gera uma implicação acadêmica.

A razão da escolha específica do modelo da JCI, e não de outro modelo de Acreditação, apesar de não ser objetivo de estudo deste trabalho, revela-se em virtude dos padrões internacionais de qualidade, percebidos internacionalmente como as melhores práticas, a ênfase na segurança, além da possibilidade de comparação com outras instituições e participação no mercado internacional. Conforme já descrito, as organizações hospitalares pertencem à categoria de HRO (High Reliability Organizations) devido ao seu alto risco e onde qualquer erro é potencialmente causador de injúria (ROBERTS, 1990). Atualmente, iniciativas em todo o mundo (Organização Mundial de Saúde, Institute of Medicine, entre outros) estão sendo tomadas para prevenir ou diminuir o dano. Indo ao encontro da tendência mundial da saúde na última década, os padrões da JCI tornam obrigatório o atendimento a estas metas e monitoram o desempenho dos hospitais neste sentido.

O segundo objetivo da pesquisa foi identificar os fatores que auxiliam e dificultam na implantação do processo. Ao se examinar os fatores críticos de sucesso para implementação da Acreditação nas organizações hospitalares, a cultura médica mostrou-se como o aspecto que mais dificultou o processo. Explicações para esta resistência surgem das entrevistas, como a própria formação médica, que prepara para a autonomia, e não para o trabalho integrado. Conforme as entrevistas, as disciplinas do curso de Medicina não direcionam para uma preocupação com

custos, gestão e mercado. Entretanto, a atividade diária do profissional já envolve qualidade, mesmo que não perceba: ao planejar, executar o tratamento, constatar os resultados e avaliar, passa por todas as fases do ciclo do PDCA⁷. Assim, ao centrar o trabalho no seu procedimento e na sua visão de qualidade, a dificuldade parece residir em entender a qualidade no contexto da instituição, principalmente no cumprimento de padrões. Concluindo, academicamente, novos conteúdos poderiam ser acrescentados às disciplinas já presentes na faculdade de Medicina, onde o trabalho integrado com profissionais de outras formações seja enfatizado. Particularmente, conceitos e metodologia de qualidade nas organizações hospitalares deveriam ser trabalhados, aspectos de gestão, preocupação com custos, processos, resultados, enfim, oferecer ao profissional em formação uma visão sistêmica das organizações que farão parte da sua vida, indo além da visão finalística do seu procedimento.

Ainda focando no grupo médico, a gestão sobre o corpo clínico aberto mostra-se difícil, pela ausência de relação contratual, não existindo uma estrutura hierárquica definida. As dificuldades de implantação de programas de qualidade em hospitais encontram respaldo na literatura, conforme expôs Mintzberg (1995, 2000), ao descrever a burocracia profissional, e Arndt e Bigelow (1995) quando definem o controle hierárquico da administração sobre o núcleo técnico e domínio dos processos racionais de tomada de decisão como fatores críticos no processo, geralmente ausentes nas organizações de saúde. Não se trata, entretanto, de um impeditivo para a implementação da Acreditação, já que, nos três casos, houve sucesso. Cabe à organização desenvolver ações de aproximação e controle do seu corpo médico e, conforme foi relatado, no momento em que o profissional percebe os benefícios do controle dos processos para a segurança da sua própria prática profissional, a adesão aos propósitos e padrões da Acreditação acontece.

Além da subcultura médica, problemas na integração e utilização da informação dificultaram a implementação dos padrões de Acreditação, conforme relatado também em outros hospitais (PONGPIRUL *et al.*, 2006). Fatores externos à organização, como ausência de estímulo financeiro por parte das fontes pagadoras (planos de saúde) e de estímulo governamental também foram identificados como dificultadores. Estes fatores já haviam sido considerados por Sahney (2003) quando da implementação de iniciativas de qualidade nos sistemas de saúde, porém não

⁷ PDCA - ferramenta da qualidade baseada no controle dos processos, desenvolvida por Shewart e divulgada mundialmente por Deming.

havia sido incorporados às variáveis de análise. Portanto, uma nova variável pode ser acrescentada aos fatores críticos de sucesso da Acreditação.

Quanto aos fatores que determinaram um impacto positivo no sucesso da implementação da Acreditação nas organizações estudadas, os chamados fatores estratégicos revelaram-se como os mais significativos, especificamente o envolvimento das lideranças e do grupo médico, o reconhecimento estratégico da qualidade e o foco da organização, seguidos dos fatores culturais, particularmente a sintonia dos valores da organização com os propósitos da Acreditação. Também foram críticos os processos de sensibilização, educação e treinamento (incluindo a qualificação das lideranças), a imersão de toda organização dentro do processo e a criação de uma estrutura para Acreditação, o que demonstra a relevância dada à Qualidade. O trabalho em equipe, *empowerment* dos funcionários, foco no paciente e na melhoria contínua e clima propício para mudanças também desempenharam papel significativo no processo. Todos estes fatores estavam presentes nas categorias de análise e são oriundos da literatura, pois se mostraram relevantes ao se implementar programas de Qualidade em outras organizações (que não da área da saúde). Da mesma forma, todos os fatores selecionados para compor as categorias estudadas foram importantes para o sucesso da implementação da Acreditação nas organizações hospitalares estudadas.

Merece realce o significado dado ao envolvimento do grupo médico. Conforme vem sendo relatado no trabalho, os hospitais em estudo desenvolveram ações específicas para trabalhar este grupo, a partir do entendimento das dificuldades e da sua importância, descritas anteriormente. Assim, diferentes soluções foram encontradas para envolver estes profissionais, sendo todas elas, entretanto, centradas em lideranças identificadas. Estas lideranças podem significar os médicos contratados do hospital (de áreas como tratamento intensivo, emergência, ou ainda, médicos do grupo executivo), e profissionais formadores de opinião num corpo clínico aberto. Ficou evidente a necessidade destas lideranças como disseminadores dos padrões a serem seguidos e como participantes de grupos de trabalho. Um programa institucional de relacionamento com os médicos foi também uma alternativa criada por uma das organizações, o qual envolve elementos da Acreditação, entre outros. Verifica-se, assim, conforme descrevem os autores (CARMAN *et al.*, 1996; WEINER; SHORTELL; ALEXANDER, 1997; MAGUEREZ *et al.*, 2001; HUQ; MARTIN, 2000), que o envolvimento dos médicos deve se dar, inicialmente, por meio de suas lideranças, sejam elas formais (contratados do hospital, chefes de comissões,

executivos) ou outros profissionais identificados. Não parece crítico o envolvimento de todo o corpo clínico, desde um primeiro momento, conforme também relataram Weiner, Shortell e Alexander (1997). Concluindo, dentro das implicações gerenciais deste trabalho, é oportuno que as organizações que pretendem adotar a Acreditação, procurem o apoio das lideranças médicas quando da definição desta estratégia e desenvolvam os mecanismos mais apropriados de envolvimento do grupo, dentro das particularidades de cada organização. Considerando que o corpo clínico tende a aderir ao perceber os benefícios que os vários mecanismos de controle trazem para o seu trabalho, o envolvimento do grupo deve ser baseado nas evidências da segurança que o processo oferece para o paciente e para a sua prática profissional e na demonstração das políticas da organização.

Novos fatores, não presentes nas variáveis de análise dos fatores críticos de sucesso, surgiram a partir das entrevistas. Foram considerados facilitadores importantes o domínio prévio da metodologia da qualidade, uso de consultoria para auxílio ao processo e a linguagem do manual (linguagem usual da saúde). Assim, estas variáveis podem ser incluídas nos futuros estudos. Ainda, pode-se recomendar que, as organizações hospitalares que pretendem buscar a Acreditação, comecem a utilizar a metodologia da qualidade, se possível previamente, pois se trata de um elemento facilitador do processo.

O terceiro objetivo desta pesquisa foi caracterizar as vantagens competitivas decorrentes da estratégia de Acreditação. A implementação da Acreditação pela Joint Commission International associou-se a vantagens significativas para as organizações hospitalares estudadas. Os principais diferenciais traduzem-se na qualificação dos profissionais, no desempenho e reconhecimento da organização, no atendimento do paciente e ampliação do acesso à organização.

A qualificação dos profissionais (incluindo a qualificação de lideranças) tanto em termos técnicos como comportamentais, oferece uma vantagem importante para estas organizações, já que o trabalho na saúde é altamente especializado e complexo, necessitando de profissionais experientes e comprometidos para desempenhá-lo. Verifica-se, então, que a melhoria dos processos referentes a recursos humanos, a qual representa uma importante motivação para as organizações hospitalares para adoção da Acreditação, traduz-se em real vantagem competitiva, considerando-se a qualificação das pessoas. A vantagem se estende ao próprio funcionário, que também se diferencia no mercado profissional, encontrando uma maior empregabilidade. Pode-se

concluir, então, que a Acreditação prepara os profissionais da saúde para oferecer uma melhor assistência aos pacientes, o que deve gerar ganhos para todo o sistema. Por outro lado, a organização acreditada encontra facilidade na captação de melhores profissionais que procuram um lugar diferenciado para trabalhar, conforme também relata Shaw (2004), ao abordar os benefícios da Acreditação para os hospitais.

A melhoria do desempenho da organização inicia a partir da conformidade aos padrões internacionais, que oferecem o referencial almejado (é uma das motivações para a adoção da Acreditação), e da capacitação dos profissionais, determinando uma menor variabilidade nos processos assistenciais e administrativos. Esta consistência na entrega do serviço ao cliente configura um diferencial. Conforme descrito na bibliografia (GIANESI; CORRÊA, 1994; PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985), uma das principais características dos serviços consiste na sua heterogeneidade, devido à variabilidade do produtor, consumidor e do momento da entrega. Portanto, ao minimizar esta característica, a organização oferece um serviço diferenciado aos seus clientes.

A Acreditação implica monitoração dos resultados da organização, através de indicadores. Neste sentido, a consistência dos processos também mostra papel importante no desempenho destas organizações. A melhoria do desempenho é traduzida nos melhores resultados obtidos, tanto técnicos, quanto administrativos, melhor resolubilidade para o paciente, e eficácia, uma demanda criada também pela crescente complexidade da Medicina.

O atendimento ao paciente demonstra um diferencial, a partir do processo de Acreditação, especialmente no que se refere ao respeito ao paciente, comunicação e velocidade no atendimento, que refletem padrões do modelo da JCI. Este diferencial é consequência da melhoria dos processos assistenciais e de recursos humanos, uma das motivações identificadas, e são evidenciados como dimensões da qualidade em serviços citadas na literatura, gerando vantagem competitiva para a organização (PARASURAMAN; ZEITHAML; BERRY, 1985; GIANESI; CORRÊA, 1994; CODDINGTON; MOORE, 1987; BOWERS; SWAN; KOEHLER, 1994; JUN; PETERSON; ZSIDISIN; 1998; JCAHO, 1996; SOWER *et al.*, 2001).

Todas as vantagens citadas anteriormente colaboram para o reconhecimento das organizações como instituições de saúde com qualidade, por pacientes, médicos e mercado. A ênfase do modelo da Joint Commission International nos aspectos de segurança do paciente e melhores práticas determina o desenvolvimento de mecanismos de controle nos processos,

contribuindo para a credibilidade e confiança nas organizações. Conforme mostra a literatura, no segmento da saúde, existe uma alta percepção de risco do cliente em função da alta complexidade de suas necessidades e de seu pouco conhecimento do processo (GIANESI; CORRÊA, 1994). Daí a importância da organização apresentar credibilidade e conquistar a confiança do paciente. Estes dois aspectos, associados à qualidade percebida, mostram-se significativos como vantagem competitiva obtida com a Acreditação. Assim, se o reconhecimento não era uma motivação primária das organizações quando da adoção da Acreditação, mas uma consequência esperada da qualidade obtida, mostrou-se, com a implementação do processo, uma definida vantagem competitiva, o que se torna mais um motivo para mantê-la. Considera-se, assim, uma importante implicação gerencial, no sentido demonstrar que o reconhecimento da organização pode ser uma motivação a buscar a Acreditação.

Entretanto, por falta de informação, a maioria dos pacientes não relaciona a qualidade da organização com o fato da mesma ser acreditada, por desconhecer o seu significado. Este aspecto merece realce ao se considerar uma das propriedades dos serviços, a propriedade de credenciais, que correspondem às características que podem ser impossíveis de serem avaliadas pelo consumidor, pois necessitam de capacitação específica para tal. Exatamente por não possuir capacitação nem habilidade para realizar um julgamento técnico apurado do serviço recebido, o cliente utiliza-se das chamadas credenciais da organização, como garantia da qualidade almejada (GIANESI; CORRÊA, 1994). Portanto, para que a Acreditação possa ser utilizada como reconhecimento da qualidade da organização hospitalar, gerando vantagem competitiva, é importante que o cliente, no caso, o paciente, entenda que esta “credencial” qualifica aquilo que não está ao alcance dos seus olhos ou de sua compreensão, e que a grande maioria dos processos que dá origem ao serviço por ele recebido, situa-se nesta condição. Aqui reside uma grande oportunidade para as organizações usufruírem mais esta vantagem, sendo fundamental, para isto, a comunicação efetiva desta informação aos potenciais consumidores, por meio de iniciativas dos hospitais acreditados, associações de pacientes, entidades acreditadoras e da própria Joint Commission International. O paciente poderá então, realmente fazer uso da Acreditação como uma credencial, auxiliando-o a definir o local ao qual confiará sua saúde e bem-estar. Esta propriedade, evidentemente, pode ser utilizada pelos planos de saúde, empresas, profissionais, quando da necessidade de referenciar usuários para uma organização hospitalar.

A criação de novos canais de acesso constitui-se em vantagem competitiva, pois a Acreditação possibilita encaminhamentos de pacientes por seguradoras nacionais e internacionais e é uma referência para pacientes de países industrializados na busca de serviços de saúde em países menos desenvolvidos. A ampliação do mercado, no que se refere ao cenário internacional, está associada exclusivamente ao modelo da JCI, já que esta Acreditação é utilizada como objetivo qualificador para a seleção de organizações hospitalares, quando pacientes ou seguradoras buscam hospitais fora do seu país para realizar tratamento. Esta é uma importante implicação para os hospitais, pois a globalização da saúde é uma tendência em crescimento, como demonstram publicações mais recentes (HOROWITZ, 2007). A ampliação do mercado, portanto, é mais um elemento a ser considerado como vantagem competitiva. Outras formas de acesso que diferenciam estas organizações constituem-se em alternativas criadas para obtenção de informações e serviços, somadas à continuidade do cuidado além do ambiente hospitalar. Portanto, as motivações associadas às pressões envolvendo mercado, traduzem-se em vantagens competitivas para as organizações hospitalares acreditadas.

A maior eficiência das organizações acreditadas reflete-se na otimização de processos. A melhoria dos processos diminui os custos do desperdício, do retrabalho e oferece um melhor gerenciamento dos recursos aplicados em cada processo. Entretanto, existe ainda dificuldade na mensuração objetiva dos custos na saúde, independente da Acreditação, o que se reflete na falta de unanimidade no posicionamento das organizações estudadas em relação a este aspecto. Assim, a Acreditação pode ocasionar um aumento inicial nos custos da organização, e, após, diminuição, ou, pelo menos, contenção dos mesmos. O desafio se configura, então, em verificar quanto a qualidade dos processos realmente diminui os custos da saúde, incluindo a diminuição de permanência, da morbidade, de infecções hospitalares, de procedimentos de alto custo, entre outros. Porter e Teisberg (2007) alertam para a necessidade de re-alinhar a qualidade dos resultados para o paciente em relação ao dinheiro gasto, tendo como foco o valor para o paciente. É necessário, todavia, que toda a cadeia da saúde esteja envolvida nesta mensuração, pois transcende os custos intra-hospitalares. Este é mais um aspecto que merece discussões e ações integradas de, no mínimo, planos de saúde, organizações de saúde (hospitalares e não hospitalares), médicos, pacientes e governo. Infere-se que, por não ser clara a diminuição dos custos originada pela Acreditação, esta não tenha sido uma das principais motivações das organizações hospitalares na adoção desta estratégia.

A Acreditação está associada, ainda, com vantagens relacionadas à estrutura física (especialmente nas questões de segurança), e tecnologia (no que se refere ao uso racional e manutenção dos equipamentos, não em relação à inovação tecnológica). A segurança da estrutura física (ambiente hospitalar), enfatizada no trabalho, é mais um alerta aos administradores das organizações hospitalares para que seja adotada a Acreditação.

Verifica-se, assim, que todas as vantagens competitivas presentes nas categorias de análise puderam ser caracterizadas no estudo. Assim como aconteceu em relação às motivações e fatores críticos de sucesso, a variação acontece no espaço que cada uma delas ocupa no conjunto geral de vantagens associadas à Acreditação e na singularidade de cada organização. Outras vantagens competitivas foram evidenciadas nas organizações estudadas. Também o certificado de Acreditação garante a participação em grupos seletos de hospitais privados, como a ANAHP, a qual exige alguma forma de certificação de qualidade. Ainda, a visão de futuro surge como uma vantagem competitiva, pois a Acreditação habilita a organização a discutir temas e preparar-se, de maneira pró-ativa, para situações futuras.

O quarto objetivo desta pesquisa foi verificar o alinhamento da estratégia de Acreditação com a estratégia geral das organizações. Nas organizações de saúde estudadas, fica claro o alinhamento da Acreditação com a estratégia da organização. Considerando-se os conceitos de Mitntzberg (1988), ao definir estratégias genéricas de diferenciação, e entendendo a diferenciação pela Qualidade como uma estratégia que se caracteriza por oferecer um produto melhor (maior confiabilidade, maior durabilidade e/ou desempenho superior), percebe-se que estas organizações competem na diferenciação pela Qualidade. A Imagem da organização acompanha um produto de qualidade superior. Assim, a excelência dos serviços médico-assistenciais, as melhores práticas e a satisfação dos pacientes, encontram-se presentes em seus planejamentos estratégicos, na missão, e ainda nos objetivos, temas, ou diretrizes estratégicas, na dependência da metodologia utilizada para definição e acompanhamento da estratégia organizacional. A Acreditação pela Joint Commission International é identificada inclusive como meta a ser mantida.

As conclusões deste trabalho encontram-se resumidas na Figura 4, onde as motivações para adoção da Acreditação encontram-se na base, os fatores críticos de sucesso constituem-se nos pilares da estrutura e, a parte superior, mostra as vantagens competitivas associadas. O sentido das setas relaciona-se aos fatores críticos de sucesso: os fatores que auxiliam no sucesso do processo (seta para cima) e os que dificultam (seta para baixo). A espessura das setas está

associada à importância dos fatores no processo. Os fatores ambientais relacionados às motivações e aos fatores críticos de sucesso estão dispostos em balões separados, porém apresentam intersecção com os elementos da organização. Por fim, a Acreditação mostra-se alinhada à estratégia de diferenciação pela Qualidade da organização hospitalar.

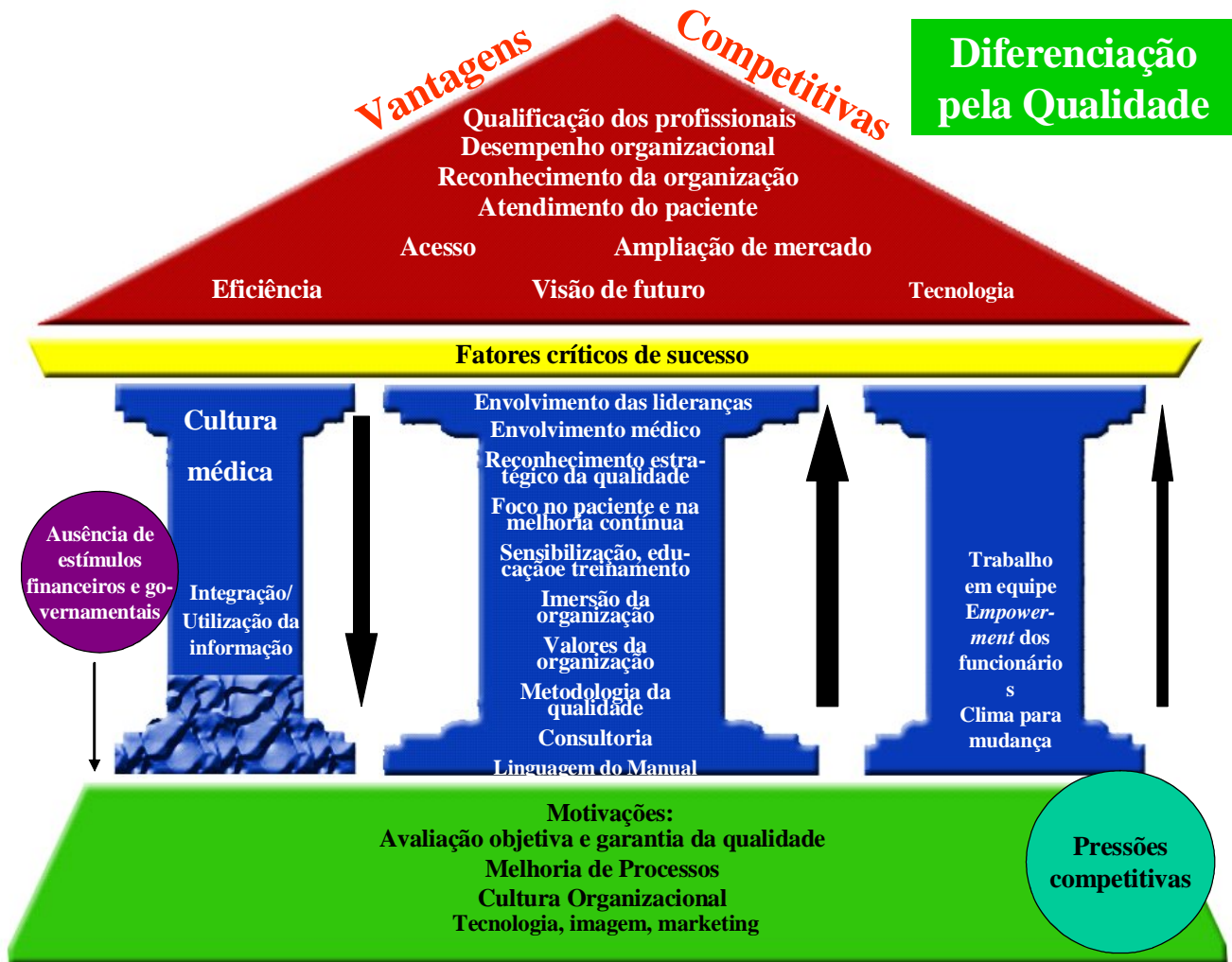


Figura 4 – A Casa da Acreditação

Fonte: A Autora (2007).

Assim, conforme a visão de Garvin (1992), muitas empresas tentam aprimorar sua qualidade, porém poucas aprenderam a competir em qualidade. Além de eliminar defeitos, é preciso oferecer produtos de alto valor em qualidade aos seus consumidores. Conclui-se, com o presente estudo, que as organizações hospitalares, seguindo organizações de outros segmentos,

aderem, finalmente, a uma estratégia para ganhar e manter mercados, tendo a qualidade como sustentação. Este fator deve ser considerado ao analisar o sucesso da implementação da Acreditação nestas organizações.

Conclui-se que este trabalho contribuiu para alertar as organizações hospitalares que ainda não trabalham com programas de qualidade, ou mais especificamente, com Acreditação, sobre as vantagens desta iniciativa, para os pacientes, médicos, organização, e para o sistema de saúde como um todo. Entende-se, ainda, que o estudo possibilitou a replicação de conceitos teóricos da Administração nas organizações hospitalares, respeitando-se, evidentemente, suas especificidades, permitindo uma aproximação destas com aquelas de outros serviços e indústria.

8.2 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A Acreditação pela Joint Commission International é um modelo de Acreditação, mas não o único. No Brasil, existe ainda o modelo nacional (ONA). Este estudo explorou, especificamente, o modelo da JCI, o que pode constituir-se numa limitação da pesquisa. Os resultados obtidos, eventualmente, podem não se repetir ao se estudar o outro modelo.

Uma outra limitação origina-se do estudo ter sido realizado apenas com hospitais privados. Por um lado, obtém-se uma replicação efetiva dos resultados; por outro, talvez os resultados fosse diferentes tratando-se de hospitais públicos.

8.3 SUGESTÕES PARA PESQUISAS FUTURAS

A partir dos resultados obtidos, sugestões podem ser apresentadas a respeito de estudos futuros.

A primeira sugestão é verificar se os resultados obtidos no presente estudo podem ser generalizados para hospitais de outros países. Para atender este objetivo, sugere-se uma *survey* com as organizações hospitalares acreditadas pelo Joint Commission International.

Considerando que, em novembro de 2007, já existem três organizações hospitalares públicas acreditadas pela JCI no Brasil, também seria possível realizar-se um estudo de caso múltiplo com estas organizações, possibilitando uma comparação entre hospitais públicos e privados brasileiros. Ainda, pesquisas podem ser feitas estudando outro modelo de Acreditação.

As variáveis que emanaram das entrevistas poderiam ser exploradas nos estudos futuros. Assim, na dimensão Motivações, pode-se acrescentar a cultura da organização. Considerando os fatores críticos de sucesso, acrescenta-se a ausência de estímulos externos (das fontes pagadoras e governamentais) como fator dificultador e, como facilitadores, surgem o domínio prévio da metodologia da qualidade, a utilização de consultoria e a linguagem do Manual. No estudo das vantagens competitivas para a organização hospitalar associadas à Acreditação, acrescenta-se a visão de futuro. Desta forma, pode-se verificar se as novas variáveis apresentam-se como peculiaridades de organizações brasileiras ou são características das organizações hospitalares em geral.

Como foi concluído na presente pesquisa, a percepção dos entrevistados é de que a grande maioria dos clientes desconhece o significado da Acreditação, ou ainda, qual a garantia que esta certificação oferece ao cliente da organização hospitalar acreditada. Portanto, cabe um estudo para verificar, diretamente com os usuários das organizações hospitalares (especialmente os pacientes), qual o seu conhecimento a respeito do assunto. A partir daí, medidas específicas podem ser tomadas, para melhor informar os usuários a respeito da Acreditação.

O impacto da Acreditação sobre os custos da organização hospitalar merece um aprofundamento. Esta questão vai além da Acreditação e do próprio hospital, pois o custo da qualidade (ou da falta de qualidade) estende-se a toda cadeia da saúde. Assim, um estudo dos custos da qualidade na saúde seria de grande valor para as organizações, pacientes, médicos, planos de saúde e entidades governamentais.

Portanto, vários estudos ainda podem ser realizados para aumentar o conhecimento sobre Acreditação hospitalar.

REFERÊNCIAS

- AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR. Disponível em <<http://www.ans.gov.br>> Acesso em: novembro: 2007.
- ANDERSON, S. W.; DALY, J. D.; JOHNSON, M. F. Why do firms seek ISO 9000 certification: regulatory compliance or competitive advantage? **Production and Operations Management**, v. 8, n. 1, p. 28-43, 1999.
- ANDREWS, K. **The Concept of Corporate Strategy**. Homewood: Irwin, 1971.
- ANSOFF, H. I. **A nova Estratégia Empresarial**. São Paulo: Atlas, 1990. 265 p.
- ARCE, H. E. Hospital accreditation as a means of achieving international quality standards in health. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 10, n.6, p. 469-72, 1998.
- ARNDT, M.; BIGELOW, B. The implementation of total quality management in hospital: how good is the fit? **Health Care Management Review**, 20, p. 7-14, 1995.
- ASSIS, C. de. **Valores Humanitários: A História do Hospital Samaritano**. São Paulo: Prêmio Editorial Ltda., 2001.
- ASUBORNE, P.; McCLEARY, K.; MUNCHUS, G. The evolution of Quality in the US health care industry: an old wine in a new bottle. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 9, n. 3, p. 11, 1996.
- BABAKUS, E.; MANGOLD, W. G. Adapting the SERVQUAL Scale to Hospital Service: an Empirical Investigation. **Health Services Research**, v. 26, p. 676-86, 1992.
- BAKER, D.; DAY, R.; SALAS, E. Teamwork as an Essential Component of High-Reliability Organizations. **Health Services Research**, v. 41, n. 4, p. 1576-98, August 2006.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.
- BEATTIE, K. R.; SOHAL, A. S. Implementing ISO 9000: a study of its benefits among Australian organizations. **Total Quality Management**, v. 10, n. 1, p.95-106, 1999.
- BERWICK, D. M.; GODFREY, A.B.; ROESSNER, J. **Curing Health Care: new strategies for quality improvement**. San Francisco: Jossey-Bass Inc., 1990.

- BOWERS, M. R.; SWAN, J.E.; KOEHLER, W. F. What attributes Determine Quality and Satisfaction with Health Care Delivery? **Health Care Management Review**. v. 19. n.4.p. 49-55, 1994.
- BUENO, M. Gestão pela Qualidade Total: uma estratégia administrativa. **Revista do Centro de Ensino Superior de Catalão – CESUC**, n. 8, 1 semestre 2003.
- CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. Disponível em <<http://www.cnes.datasus.gov.br>> Acesso: novembro 2007.
- CAMPOMAR, M. C. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração. **Revista de Administração**, v. 26, n. 3, p.95-97, jul./set. 1991.
- CARMAN, J. M.; SHORTELL, R. W.; FOSTER, R.W.; HUGHES, E.; BOERSTER, H.; O'BRIEN, J.; CONNOR, E. Keys for Successful Implementation of Total Quality Management in Hospitals. **Health Care Management Review**, v.21, n.1, p. 48-60, 1996.
- CARNEIRO, J. M.; SILVA, J.F.; CAVALCANTI, M.A. Impactos da Privatização sobre as Estratégias Competitivas de Empresas de Petróleo: um estudo de casos. **RAE – eletrônica**, v. 2, n. 2, jul-dez 2003.
- CBA. Disponível em <<http://www.cbacred.org.br>> Acesso em: março 2007.
- CODDINGTON, D.; MOORE, K. Quality of Care as a Business Strategy: How Customers Define Quality and How to Market it. **Healthcare Forum**, v. 30, n. 2, p. 29-32, 1987.
- CONSÓRCIO BRASILEIRO de ACREDITAÇÃO de SISTEMAS de SAÚDE. **Manual Internacional de padrões de Acreditação Hospitalar**. Rio de Janeiro: CBA:UERJ, CEPESC, 2003.
- COUTINHO, L.G.; FERRAZ, J.C. (coord.). **Estudo da Competitividade da Indústria Brasileira**. Editora da Universidade Estadual de Campinas. Campinas: Papyrus, 1994.
- CRONIN, J.J.; TAYLOR, S. A. Measuring Service Quality: a Reexamination and Extension. **Journal of Marketing**, v. 56, n. 3, p. 55-68, 1992.
- CROSBY, P. **Qualidade é investimento: a arte de garantir a qualidade**. 7. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1999. 327 p.
- DONABEDIAN, A. The Seven Pillars of Quality. **Arch Pathol Lab Med**, v. 114, n. 11, p. 1115-8, November 1990.
- DONAHUE, K. T.; VanOSTENBERG, P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 12, n. 3, p. 243-6, 2000.
- FEIGENBAUM, A. V. **Controle de Qualidade Total: Aplicação nas Empresas**. São Paulo: Makron Books, 1994.
- _____. Global Quality: the International Growth of Quality. **Quality Progress**, v. 40, n. 2, p. 36, february 2007.
- FPNQ – Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade, maio 2005.

- FRANCESCHINI, F.; GALETTO, M.; GIANNI, G. A new forecasting model for the diffusion of ISO 9000. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 21, n. 1, p. 32-50, 2004.
- FUNK, V. Annual Quality Awards. **Quality Progress**, p.41, august 2006
- GARVIN, D. Competing on the eight dimensions of quality. **Harvard Business Review**, p. 101-109, November-December 1987.
- _____. **Gerenciando a Qualidade: a visão estratégica e competitiva**. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1992. 357 p.
- GIANESI, I.; CORRÊA, H. **Administração Estratégica de Serviços**. 1.ed. São Paulo:Atlas, 1994.
- GIL, A C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- HAMBRICK, D. An Empyrcal Typology of Mature Industrial-Product Environments. **Academy of Management Journal** , v. 26, n. 2, p. 213-30, 1983.
- HAYES, J.; SHAW, C. Implementing Accreditation Systems. **International Journal for Quality in Health Care**. 7(2): 165-171.1995.
- HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- HOROWITZ, D.; ROSENWEIG, J.; JONES, C. Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace. **Medscape General Medicine**. Disponível em <http://www.medscape.com/viewpublication/122_index> Acesso em: 13 nov. 2007.
- HUQ, Z.; MARTIN, T. Workforce Cultural Factors in TQM/CQI Implementation in Hospitals. **Health Care Management Review**, v. 25, n. 3, p. 80-93, Summer 2000.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. Disponível em <<http://www.ipea.gov.br>>Acesso em: out. 2007.
- ISHIKAWA, K. **TQC: Total Quality Control: estratégia e administração da qualidade**. São Paulo: IM&C International, 1986.
- ISMAIL, M. Y.; HASHIMI, M. S. J. The state of quality management in the Irish manufacturing industry. **Total Quality Management**, v. 10, n. 6, p. 853-862, 1999.
- ISO. Disponível em <<http://www.iso.org>> Acesso em: ago. 2006.
- JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. **Accreditation Manual for Hospitals**, v. II. Oakbrook Terrace, IL: Author, 1996.
- JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. Disponível em <<http://www.jointcommissioninternational.com>> Acesso em: mai. 2007.
- JUN, M.; PETERSON, R.; ZSIDISIN, G. The Identification and Measurement of Quality Dimensions in Health Care: Focus Group Interview Results. **Health Care Management Review**, v. 23, n. 4, p. 81-96. Fall 1998.
- JURAN, J. M. **Quality control handbook**. 2. ed. New York: McGraw-Hill, 1962.

- KLÜCK, M. **O papel do Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar na Gestão da Qualidade Assistencial**. In: Anais do Congresso da Associação Latina de Análise de Sistemas de Saúde; Toledo, Espanha, set 2002.
- LEE, K. S.; PALMER, E. An empirical examination of ISO 9000-registered companies in New Zealand. **Total Quality Management**, v. 10, n.6, p. 887-899, 1999.
- LEE, S.; CHOI, K.; KANG, H.; CHO, W.; CHAE, Y. Assessing the factors influencing continuous quality improvement: experience in Korean hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 14, n.5, p. 383-91, 2002.
- LÓPEZ, P.; MALIK, A. M. **Diferenças e Semelhanças entre ONA e JCI**. In: Congresso Brasileiro de Qualidade em Serviços e Sistemas de Saúde, 7, 2007. São Paulo. São Paulo: Qualihosp, 2007.
- MAGUERES, G.; ERBLAUT, M.; TERRA, J.; MAISONNEUVE, H.; MATILLON, Y. Evaluation of 60 continuous quality improvement projects in French hospitals. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 13, n.2, p. 89-97, 2001.
- MAINZ, J.; BARTELS, P. Nationwide quality improvement – how are we doing and what can we do? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 18, n. 2, p. 79-80, January 2006.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. **Qualidade na Gestão Local de Serviços e Ações de Saúde**. São Paulo: editora Petrópolis, 2002, 140 p.
- _____. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **RAE**, v.41, n.3, p.51-9, 2001.
- MATOO, A.; RATHINDRAN, R. How Health Insurance Inhibits Trade in Health Care. **Health Affairs**, v. 25.n. 2, p.358-68, March/April 2006.
- MEFFORD, R. N. Improving Service Quality: Learning from Manufacturing. **International Journal of Production Economics**, v. 30, p. 399-413, 1993.
- MINOTTO, R. **A Estratégia em Organizações Hospitalares**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2002.
- MINTZBERG, H. **Criando Organizações Eficazes**. São Paulo: Atlas, 1995.
- _____. Generic Strategies: Toward a Comprehensive Framework. *Advances in Strategic Management*. **JAI Press Inc**, v.5, p. 1-67, 1988.
- MINTZBERG, H.; AHLSTRAND, B.; LAMPEL, J. **Safári de Estratégia: um roteiro pela selva do planejamento estratégico**. Porto Alegre: Bookman, 2000.
- MIRANDA, A. T. **Valores e atitudes do médico sobre o processo de decisão clínica**. Tese (Doutorado) - Saúde Coletiva - Política, Planejamento e Administração em Saúde. Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: UERJ/Instituto de Medicina Social, 2005.
- NEVERS, R. Defining Quality is Difficult, but Necessary. **Healthcare Financial Management**, v. 47, n. 2, p. 18, 1993.
- NORMANN, R. **Administração de Serviços: estratégia e liderança na empresa de serviços**. São Paulo: Atlas, 1993.

- NORONHA, J.C.; PEREIRA, T. R. S. Health care reform and quality initiatives in Brazil. **Joint Commission Journal on Quality Improvement**, St. Louis, v.4, n.5, p. 251-263, May, 1998.
- NOVAES, H. M; PAGANINI, J. M. **Garantia de Qualidade: acreditação de hospitais para América Latina e Caribe**. OPAS-OMS, série SILOS n. 13, São Paulo: FBH, 1992.
- O`BRIEN, J.; SHORTELL, S.; HUGHES, E.; FOSTER, R.; CARMAN, J.; BOERSTLER, H.; O`CONNOR, E. An Integrative Model for Organization-wide Quality Improvement: Lessons from the Field. **Quality Management in Health Care**, v. 3, n. 4, p. 19-30, 1995.
- ONA. Disponível em <<http://www.ona.org.br>> Acesso em: mai. 2007.
- OVREITVEIT, J. (2003). **What are the best strategies for ensuring quality in hospitals?** Copenhagen, World Health Organization Regional Office for Europe (Health Evidence Network report. Disponível em <<http://euro.who.int/document/e82995.pdf>> Acesso em: setembro 2006.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. A Conceptual Model of Service Quality and its Implications for Future Research. **Journal of Marketing**, p. 41-50, Fall 1985.
- PARASURAMAN, A.; ZEITHAML, V.; BERRY, L. SERVQUAL: A Multiple_Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. **Journal of Retailing**, v. 64, n.1, p. 12-41, Spring 1988.
- PORTER, M. **A vantagem competitiva das nações**. Rio de Janeiro: Campus, 1993.
- PORTER, M.; TEISBERG, E. **Repensando a Saúde – Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos**. Porto Alegre: Bookman, 2007.
- PONGPIRUL, K.; SRIRATANABAN, J.; ASAVAROENGCHAI, S.; THAMMATACHARAEE, J.; LAOITTHI, P. Comparison of health care professional's and surveyors's opinions on problems and obstacles in implementing quality management system in Thailand: a national survey. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 18, n. 5, p. 346-51, September 2006.
- PROJEÇÕES Atuariais para o Regime Geral de Previdência Social, 2006. Disponível em <http://www.senado.org.br/sf/orcamento>> Acesso em: 22 out. 2006.
- QUAZI, H.; JACOBS, R. Impact of ISO 9000 certification on training and development activities. **International Journal of Quality & Reliability Management**, v. 21, n. 5, p. 497-517, 2004.
- QUINTO NETO, A.; GASTAL, F. **Acreditação Hospitalar: Proteção dos Usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde**. Porto Alegre: Dacasa Editora e Instituto de Administração Hospitalar e Ciências da Saúde, 2004.
- RAHO, L.; MEARS, P. Quality System Chaining: The Next Link in ten Evolution of Quality. **Business Horizons**, p.65-72, September-October 1997.
- REEVES, C.; BEDNAR, D. Defining Quality: Alternatives and Implications. **The Academy of Management Review**, v. 19, n.3, p. 419-445, Jul 1994.
- ROBERTS, K. H. Managing High Reliability Organizations. **California Management Review**, p. 101-13, 1990.

- ROUQUARIOL, M. Z. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Editoria Médica e Científica Ltda., 1999.
- SAHNEY, V. Generating Management Research on Improving Quality. **Health Care Management Review**, v. 28, n. 4, p. 335-47, Oct-Dec 2003.
- SCHIESARI, Laura Maria César. **Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros**. Tese (Doutorado) - Ciências. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2003.
- SCHYVE, P. Accreditation and globalization. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 467-8, 1998.
- SCHYVE, P. The evolution of external quality evaluation: observations from the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 12, n. 3, p. 255-8, 2000.
- SEGOUIN, C.; HODGES, B. R.; BRECHAT, P. Globalization in health care: is international standardization of quality a step toward outsourcing? **International Journal for Quality in Health Care**, v. 17, n. 4, p. 277-9, 2005.
- SHAW, C. D. Some issues in the design and redesign of external health care assessment and improvement systems. **Toolkit for Accreditation Programs**. Melbourne/AUS: *ISQUA*, 2004.
- SHORTELL, S. M.; O'BRIEN, J. L.; CARMAN, J.M.; FOSTER, R. W.; HUGHES, E. F.; BOERSTLER, H.; CONNOR, E. J. Assessing the Impact of Continuous Quality Improvement/Total Quality Management: Concept versus Implementation. **Health Services Research**, v. 30, p. 377-401, 1995.
- SLACK, N. **Vantagem Competitiva em Manufatura**: atingindo competitividade nas operações industriais. São Paulo: Atlas, 1993.
- SOWER, V.; DUFY, J., KILBOURNE, W.; KOHERS, G., JONES, P. The Dimensions of Service Quality for Hospitals: Development and Use of the KQCAH Scale. **Health Care Management Review**, v.26, n.2, p. 47-59, 2001.
- TARI, J.J. Components of successful total quality management. **The TQM Magazine**, v. 17, n. 2, p. 182-94, 2005.
- TELES, J. P. **Administração Estratégica de Hospitais**: o Balanced Scorecard e suas contribuições. Dissertação (Mestrado) - Administração Hospitalar e Sistemas de Saúde. São Paulo: EAESP/FGV, 2002.
- TERRA, Valéria. **Mudança organizacional e implantação de um programa de qualidade em hospital do Município de São Paulo**. Estudo de caso. Dissertação (Mestrado) - Administração Hospitalar e de Sistemas de Saúde. São Paulo: EAESP/ FGV, 2000.
- TORRESINI, E. W. **Hospital Moinhos de Vento**: 75 anos de compromisso com a vida. Porto Alegre: Hospital Moinhos de Vento, 2002.
- WEINER, B. J.; SHORTELL, S. M.; ALEXANDER, J. Promoting Clinical Involvement in Hospital Quality Improvement Efforts: The Effects of Top Management, Board, and Physician Leadership. **Health Services Research**, v. 32, p. 491-510, 1997.

- WEINER, B., ALEXANDER, J., SHORTELL, S.; BAKER, L.; BECKER, M.; GEPPERT, J. Quality Improvement Implementation and Hospital Performance on Quality Indicators. **Health Services Research**, v. 41, n. 2, p. 307-33, April 2006.
- WITHERS, B.; EBRAHIMPOUR, M. Does ISO 9000 Certification Affect the Dimensions of Quality Used for Competitive Advantage? **European Management Journal**, v. 18, n. 4, p. 431-443, 2000.
- YIN, R. K. **Estudo de caso** – planejamento e métodos. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.
- YIP, G. S. Global strategy... in a world of nations. **Sloan Management Review**, v. 89, n. 1, p. 29-41, 1989.
- ZABADA, C.; RIVERS, P.; MUNCHUS, G. Obstacles to the application of total quality management in health-cares organizations. **Total Quality Management**, p. 57-66, Feb. 1998.
- ZACCARELLI, S. B. A Nova Ideologia da Competição. **Revista de Administração**. São Paulo, v. 35, n.1, p.14-21, jan./fev. 1995.
- ZANON, U. **Qualidade da Assistência Médico-Hospitalar**. Rio de Janeiro: MEDSI Editora Médica e Científica Ltda., 2001.
- ZHU, S.; SCHEURMANN, L. A comparison of quality programmes; total quality management and ISO 9000. **Total Quality Management**, v. 10, n. 2, p. 291-7, 1999.

GLOSSÁRIO

Complexidade Primária - nível de atenção à saúde, representado pelos serviços de primeira linha, como clínica médica, pediatria, ginecologia e obstetrícia, que são de caráter ambulatorial e constituem a porta de entrada no sistema de saúde (ROUQUARIOL, 1999).

Complexidade Secundária – nível de atenção à saúde, composto de consultórios especializados e de pequenos hospitais (tecnologia intermediária) (ROUQUARIOL, 1999).

Complexidade terciária – nível de atenção à saúde, constituído por grandes hospitais gerais e especializados, que concentram a tecnologia compatível com as subespecialidades médicas, servindo de referência para os demais serviços (ROUQUARIOL, 1999).

Corpo Clínico – órgão que congrega todos os médicos do hospital, com a responsabilidade da prestação da assistência e que tem autonomia profissional (MINOTTO, 2002).

CQI – Continuous Quality Improvement. Termo que designa a melhoria contínua da qualidade (BUENO, 2003).

Hospital Geral - hospital capacitado a prestar atendimento a pacientes em várias especialidades clínicas e cirúrgicas (MINOTTO, 2002).

Hospital Especializado - hospital capacitado a prestar atendimento a pacientes em determinada especialidade médica (MINOTTO, 2002).

Metodologia *Tracer* - metodologia utilizada pela Joint Commission International para avaliação das organizações hospitalares, baseada na integração dos processos da organização hospitalar (CBA, 2007).

PDCA – ferramenta da qualidade baseada no controle dos processos, desenvolvida por Shewart e divulgada mundialmente por Deming. É a base da melhoria contínua da qualidade, onde P representa *Plan* (planejamento), D representa *Do* (execução), C representa *Check* (verificação) e A representa *Act* (ação corretiva) (BUENO, 2003).

TQC – Total Quality Control – termo que designa o Controle da Qualidade Total. Esta visão é baseada na necessidade do controle iniciar pelo projeto do produto e só encerrar quando o produto atender a satisfação do cliente. O primeiro princípio a ser reconhecido é o de que a qualidade é um trabalho de todos na organização (FEIGENBAUM, 1994).

TQM – Total Quality Management - TQM tem sido definido de diferentes maneiras, por diversos autores. Neste trabalho, foi utilizada a abordagem de Asuborne, McCleary e Munchus (1996), na qual TQM engloba várias estratégias para melhorar a qualidade e reduzir custos nas organizações, incluindo: a identificação e atendimento das necessidades dos consumidores; redução dos custos da não conformidade aos padrões; busca do erro zero; redução da variabilidade do produto; eliminação dos custos da má qualidade; utilização de métodos estatísticos para identificar e monitorar processos; esforço contínuo para melhoria da qualidade, tendo sempre o foco no consumidor.

APÊNDICE A – PROTOCOLO DE PESQUISA

1 VISÃO GERAL DO ESTUDO

1.1 Questão de Pesquisa

No cenário brasileiro, como ocorre a estratégia de Acreditação nas organizações hospitalares?

1.2 Objetivo

Analisar a estratégia de Acreditação nas organizações hospitalares.

1.3 Leituras apropriadas

- a) Estratégia empresarial
- b) Qualidade
- c) Avaliação da Qualidade
- d) Avaliação da Qualidade na área da Saúde
- e) Acreditação pela Joint Commission International

1.4 Fontes de Informação

- a) Entrevistas focadas
- b) Documentos

1.5 Atividades

- a) Selecionar os casos a serem estudados
- b) Elaborar e validar o roteiro de entrevista do caso piloto (caso P)
- c) Identificar os entrevistados do caso piloto (caso P)
- d) Agendar as entrevistas do caso piloto (caso P)
- e) Realizar as entrevistas do caso piloto (caso P)
- f) Transcrever as entrevistas do caso piloto (caso P)
- g) Verificar os documentos do caso piloto (caso P)
- h) Analisar o material coletado do caso piloto (caso P)

- i) Ajustar o roteiro de entrevista e documentos
- j) Proceder às mesmas atividades com os casos P, A e B (itens c, d, e, f, g, h)
- k) Analisar o material coletado
- l) Comparar os casos P, A e B
- m) Confrontar os dados com a teoria existente
- n) Redigir o relatório

2 PROCEDIMENTOS

2.1 Selecionar as organizações conforme critérios estabelecidos: certificação pela Joint Commission International, hospital geral e interesse da organização no estudo.

2.2 Agendar as entrevistas

- a) Identificar os entrevistados
- b) Explicar o trabalho aos entrevistados
- c) Marcar as entrevistas

2.3 Realizar as entrevistas

- a) Solicitar o consentimento informado para gravação
- b) Anotar as informações obtidas, conforme roteiro
- c) Transcrever as entrevistas
- d) Mostrar a transcrição das entrevistas aos entrevistados
- e) Destruir as gravações

2.4 Verificar os documentos

2.5 Analisar os dados coletados

- a) Realizar análise de conteúdo temático das entrevistas confrontando com a teoria
- b) Comparar os dados dos casos A e B

3 ROTEIRO PARA COLETA DE DADOS

- a) Desenvolver instrumento a partir das categorias oriundas da revisão bibliográfica

4 GUIA PARA RELATÓRIO

- 4.1 Revisar as referências bibliográficas

4.2 Revisar a metodologia

4.3 Associar os resultados obtidos com as questões teóricas

4.4 Redigir a minuta do relatório

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

HOSPITAL:

MÊS/ANO DA ACREDITAÇÃO:

CARGO DO PROFISSIONAL:

TEMPO NO CARGO:

DATA DA ENTREVISTA:

DURAÇÃO DA ENTREVISTA:

- I. Explicar ao respondente os objetivos da entrevista.**
- II. Solicitar permissão para gravação.**
- III. Comunicar ao respondente o tempo provável de duração da entrevista. Explicar como se desenvolve uma entrevista semi-estruturada.**
- IV. Roteiro de perguntas:**
 1. Quando a organização definiu que seria adotada uma estratégia de Acreditação? Qual foi a data da Acreditação? (e/ou re-acreditação)? A organização pretende manter a Acreditação?
 2. Quais as motivações que levaram a organização a adotar uma estratégia de Acreditação? Comentar em relação à:
 - Melhoria de processos;
 - Reconhecimento da organização;
 - Avaliação da Qualidade;
 - Pressões Competitivas.
 3. Após a definição da estratégia de Acreditação, ao longo do processo, quais os fatores considerados críticos na sua implementação? Citar exemplos. Em que medida auxiliaram ou dificultaram o processo? Comentar em relação à:
 - Fatores culturais da organização;
 - Fatores técnico-estruturais;
 - Fatores estratégicos.
 4. Considerando os resultados obtidos pela organização com a estratégia de Acreditação, quais as vantagens competitivas alcançadas pela organização? Citar exemplos. Comentar em relação à:
 - Estrutura;
 - Desempenho;
 - Reconhecimento;
 - Atendimento;
 - Acesso;
 - Eficiência.
 5. A estratégia de Acreditação está associada aos objetivos estratégicos da organização? A quais objetivos atende?

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____ abaixo indicado, declaro ter recebido informações sobre os objetivos, abaixo descritos, desta pesquisa, sob o título: A estratégia de Acreditação em organizações hospitalares.

Objetivos da pesquisa:

1. Identificar as motivações das organizações hospitalares para adoção de estratégia de Acreditação;
2. Identificar fatores que auxiliam e dificultam na implantação da estratégia de Acreditação;
3. Caracterizar as vantagens competitivas decorrentes da estratégia de Acreditação;
4. Verificar o alinhamento da estratégia de Acreditação com a estratégia geral da organização.

E concordo em participar da mesma, sem nenhum risco de análise de juízo de minhas informações, com objetivo acadêmico e gerencial. Tenho ciência que a qualquer momento posso retirar-me da pesquisa, apenas informando a pesquisadora, sem qualquer prejuízo pessoal. A pesquisadora, abaixo assinada, compromete-se a manter em anonimato as minhas informações.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Sandra Abrantes Krug Seabra

Fone: 51 – 99972371 / 51- 33327088 e-mail: sandraseabra@terra.com.br