

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**IMPACTOS DAS PRÁTICAS DA ACREDITAÇÃO NO DESEMPENHO
HOSPITALAR: UM SURVEY EM HOSPITAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO**

GABRIEL PEDRO ALÁSTICO

TESE DE DOUTORADO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DE TECNOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**IMPACTOS DAS PRÁTICAS DA ACREDITAÇÃO NO DESEMPENHO
HOSPITALAR: UM SURVEY EM HOSPITAIS DO ESTADO DE SÃO PAULO**

Aluno: Gabriel Pedro Alástico

**Tese de Doutorado apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da Universidade
Federal de São Carlos, como parte dos
requisitos para a obtenção do título de
Doutor em Engenharia de Produção.**

Orientador: Prof. Dr. José Carlos de Toledo

Agência Financiadora: CNPQ

SÃO CARLOS

2013

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da
Biblioteca Comunitária/UFSCar**

A323ip

Alástico, Gabriel Pedro.

Impactos das práticas da acreditação no desempenho hospitalar : um *survey* em hospitais do estado de São Paulo / Gabriel Pedro Alástico. -- São Carlos : UFSCar, 2014. 204 f.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2013.

1. Gestão da qualidade. 2. Acreditação hospitalar. 3. Desempenho Hospitalar. 4. ONA (Organização Nacional de Acreditação). 5. *Survey*. I. Título.

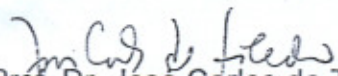
CDD: 658.562 (20^a)



FOLHA DE APROVAÇÃO

Aluno(a): Gabriel Pedro Alastico

TESE DE DOUTORADO DEFENDIDA E APROVADA EM 17/12/2013 PELA
COMISSÃO JULGADORA:


Prof. Dr. José Carlos de Toledo
Orientador(a) PPGE/UFSCar

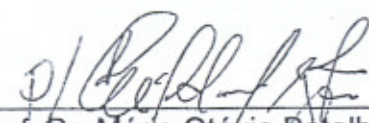

Prof. Dr. Moacir Godinho Filho
PPGE/UFSCar


Prof. Dr. Geovani Gurgel Áciole da Silva
DMed/UFSCar


Prof. Dr. Marcel Andreotti Musetti
EESC/USP


Profª Drª Isabel Cristina Kowal Olm Cunha
EPE/UNIFESP




Prof. Dr. Mário Otávio Batalha
Coordenador do PPGE

Aos meus pais Carlos Alberto e Ada Maria
E ao meu irmão Matheus, minha família querida,
Pilar de apoio e sustentação em todos os momentos
da minha vida

AGRADECIMENTOS

“O Senhor está conosco, Ele é meu refúgio, minha fortaleza, socorro presente na angústia. Nele sempre confiarei.” *Salmo 91:2*

A Deus, pelas graças, bênçãos, perseverança e pela saúde concedidas ao longo desses anos de doutorado;

Aos Meus Pais, Carlos Alberto e Ada Maria, esteios da minha vida e dos momentos de dificuldade, pela compreensão que me proporcionaram;

Ao meu irmão, Matheus Marsili Alástico, que sempre acreditou em mim;

A Sérgio de Campos Toledo, amigo de todas as horas e irmão de coração, sempre presente com seus conselhos, incentivos e momentos de companheirismo;

Aos meus tios e avós, pelo carinho e apoio proporcionados;

Ao Professor José Carlos de Toledo, que, para mim, antes de Orientador, é meu querido mestre e fonte de inspiração, pela orientação e ensinamentos para a vida e para a tese, sempre com muita paciência, serenidade, força e motivação nos momentos de dificuldade;

Ao Professor Edemilson Nogueira, pelas dicas, conversas sinceras e debates acalorados sobre os jogos do nosso Querido São Paulo Futebol Clube;

A Robson Lopes dos Santos, da Secretaria de Pós-graduação do DEP, pelas conversas descontraídas, incentivos e pela confiança depositada;

Aos colegas de Doutorado, em especial, do GEPEQ: Fabiane Letícia (pelas risadas, conselhos, incentivos e apoio nos momentos de dificuldade), Fabiano Soriano (pelos “causos” engraçados, apoio e conversas sinceras) e Germano Rosa (pela força e incentivos);

A todos os hospitais que participaram deste estudo, pela disponibilidade, paciência e compreensão para com os propósitos desta pesquisa;

Aos membros da Banca de Doutorado, pelas valiosas contribuições realizadas para o aprimoramento desta tese;

Ao CNPQ, pelo apoio financeiro concedido que tornou viável a realização do projeto que resultou nesta tese.

Vigie seus pensamentos, pois eles se tornarão palavras.

Vigie suas palavras, porque elas se tornarão atos.

Vigie seus atos, pois eles se tornarão hábitos.

Vigie seus hábitos, porque eles se tornarão seu caráter.

Vigie seu caráter, porque ele será o seu destino.

O que pensamos nos tornamos.

(Margaret Thatcher)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	16
1.1 Contexto e Justificativa	16
1.2 Objetivos	20
1.3 Estrutura do Trabalho	20
2 GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR	22
2.1 Sistemas de Gestão da Qualidade Hospitalar	22
2.1.1 Fatores Condicionantes para Implantação do SGQ Hospitalar.....	28
2.2 Acreditação Hospitalar	31
2.2.1 Histórico da Acreditação no Mundo	34
2.2.2 <i>Joint Commission International (JCI)</i>	36
2.2.2.1 Diretrizes do Processo de Acreditação da JCI	38
2.2.2.2 Manual Internacional JCI de Padrões de Acreditação Hospitalar	41
2.2.3 Histórico da Acreditação no Brasil	44
2.2.4 Organização Nacional de Acreditação (ONA)	46
2.2.4.1 Diretrizes do Processo de Acreditação Nacional	49
2.2.4.2 Manual Brasileiro de Acreditação: Requisitos e Práticas	53
2.2.4.3 Custos da Acreditação Hospitalar	58
2.2.5 Tendências da Acreditação Nacional para os Serviços Hospitalares	60
3 DESEMPENHO HOSPITALAR: CONCEITUAÇÃO E DIMENSÕES	63
3.1 Conceituação de Desempenho Hospitalar.....	63
3.2 Dimensões do Desempenho Hospitalar	65
3.2.1 Fatores Intervenientes do Desempenho Hospitalar	73
3.3 Medição do Desempenho Hospitalar	77
3.4 Indicadores do Desempenho Hospitalar	81
3.5 Dimensões e Subdimensões do Desempenho Hospitalar Influenciadas pelas Práticas da Acreditação	86
4 MÉTODO DE PESQUISA	92
4.1 Abordagem de Pesquisa	92
4.2 Escolha do Método de Pesquisa	93
4.3 Modelo Conceitual e Hipóteses de Pesquisa	94
4.4 Unidades de Estudo.....	101

4.5 Seleção da Amostra	102
4.6 Instrumento de Pesquisa.....	103
4.7 Pré-Teste e Procedimentos de Coleta.....	104
4.8 Técnicas de Análise de Dados	110
5 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS.....	117
5.1 Caracterização Demográfica da Amostra.....	117
5.2 Caracterização das Dimensões do Desempenho Hospitalar.....	120
5.3 Caracterização das Práticas de Acreditação.....	123
5.4 Dificuldades Enfrentadas em relação à Práticas de Acreditação.....	129
5.5 Perspectivas dos Hospitais da Amostra em relação à Práticas de Acreditação.....	132
5.6 Análises Multivariadas e Bivariadas de Pesquisa.....	135
5.6.1 Análise da Consistência Interna dos Constructos.....	136
5.6.2 Análise da Influência das Práticas de Acreditação no Desempenho Hospitalar sob Ação ou Ausência de Fatores Intervenientes.....	136
5.6.3 Refinamento de Dados.....	146
5.6.4 Formação dos Agrupamentos de Hospitais com Características Similares de Gestão (Práticas de Acreditação) e Desempenho.....	151
5.6.5 Análise do Perfil de Características de Gestão (Práticas de Acreditação) e Desempenho da Amostra e dos Agrupamentos de Hospitais.....	154
5.6.6 Avaliação das Hipóteses de Pesquisa.....	157
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	162
6.1 Quanto aos Objetivos de Pesquisa.....	162
6.2 Quanto à Comparação com o Estado da Arte.....	168
6.3. Quanto às Limitações da Pesquisa e Sugestões de Trabalhos Futuros.....	176
REFERÊNCIAS	178
APÊNDICES	190
Apêndice A: Modelo Conceitual de Pesquisa.....	191
Apêndice B: Questionário da Pesquisa <i>Survey</i>	192
Apêndice C: Correlações entre variáveis dos constructos, nível Acreditação.....	196
Apêndice D: Correlações entre variáveis dos constructos, nível Acreditação Plena.....	197
Apêndice E: Correlações entre variáveis dos constructos, Acreditação por Excelência.....	198
Apêndice F: Correlações entre variáveis dos constructos para hospitais de médio porte.....	199
Apêndice G: Correlações entre variáveis dos constructos para hospitais de grande porte....	200
Apêndice H: Correlações entre variáveis dos constructos para hospitais públicos.....	201

Apêndice I: Correlações entre variáveis dos constructos para hospitais privados.....	202
Apêndice J: Correlações entre variáveis para hospitais certificados entre 2010 e 2007.....	203
Apêndice K: Correlações entre variáveis para hospitais certificados entre 2006 e 2003.....	204

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 2.1. Papel da cultura e do projeto organizacional na implantação do SGQ.....	29
FIGURA 2.2. Modelo Conceitual dos fatores influenciadores de um SGQ Hospitalar.....	31
FIGURA 3.1. Modelo Conceitual do desempenho hospitalar.....	67
FIGURA 3.2. Estrutura de Avaliação do Desempenho Hospitalar.....	69
FIGURA 4.1. Modelo Conceitual Simplificado de Pesquisa.....	95
FIGURA 5.1. Dendograma da amostra estudada, segundo método de Ward.....	152

LISTA DE TABELAS

TABELA 2.1. Taxas para Acreditação Hospitalar da ONA	58
TABELA 2.2. Estimativa de Custos para adequação da Gestão Hospitalar à Acreditação da ONA	59
TABELA 5.1. Comparativo entre as proporcionalidades da população e da amostra segundo o nível de Acreditação	118
TABELA 5.2. Tendência geral das variáveis de desempenho dos hospitais estudados.....	122
TABELA 5.3. Tendência geral das práticas de Acreditação para os hospitais pesquisados .	124
TABELA 5.4. Tendência geral das práticas de Acreditação, segundo os níveis de Acreditação.....	126
TABELA 5.5. Práticas de maior frequência dentre aquelas com maior grau de implantação.....	128
TABELA 5.6. Práticas de menor frequência dentre aquelas com menor grau de implantação	128
TABELA 5.7. Principais dificuldades dos hospitais da amostra quanto às práticas de Acreditação	130
TABELA 5.8. Principais dificuldades dos hospitais da amostra quanto às práticas de Acreditação, segundo o nível de Acreditação	131
TABELA 5.9. Principais perspectivas dos hospitais da amostra para as práticas de Acreditação	134
TABELA 5.10. Principais perspectivas dos hospitais da amostra quanto às práticas de Acreditação, segundo o nível de Acreditação	134
TABELA 5.11. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos, em nível geral	137
TABELA 5.12. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato Acreditação	137
TABELA 5.13. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato Acreditação Plena	137
TABELA 5.14. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato Acreditação por Excelência	137
TABELA 5.15. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato hospitais públicos	138
TABELA 5.16. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato hospitais privados	138
TABELA 5.17. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato médio porte	138
TABELA 5.18. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato grande porte	138
TABELA 5.19. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato tempo de Acreditação entre 3 e 6 anos (2007 a 2010)	138
TABELA 5.20. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato tempo de Acreditação entre 7 e 10 anos (2003 a 2006)	138

LISTA DE TABELAS

TABELA 5.21. Correlações entre variáveis dos constructos, sem estratificação	141
TABELA 5.22. Formação dos fatores entre os constructos práticas de Acreditação e desempenho hospitalar	147
TABELA 5.23. Fatores e cargas fatorial por variáveis	148
TABELA 5.24. Formação dos fatores entre os constructos, sem estratificação	154

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 4.1. Taxa de retorno da pesquisa (questionários respondidos por dia).....	108
GRÁFICO 5.1. Distribuição dos Hospitais da Amostra segundo a Propriedade.....	118
GRÁFICO 5.2. Distribuição dos Hospitais da Amostra segundo o Porte.....	119
GRÁFICO 5.3. Classificação dos hospitais da amostra segundo o tempo de Acreditação....	119
GRÁFICO 5.4. Projeções bidimensional dos fatores 1 e 2.....	149
GRÁFICO 5.5. Projeções bidimensional dos fatores 1 e 2, segundo as variáveis de estudo.....	150

LISTA DE QUADROS

QUADRO 2.1. Requisitos do nível Acreditação e suas respectivas Práticas de Acreditação.....	56
QUADRO 2.2. Requisitos do nível Acreditação Plena e suas respectivas Práticas de Acreditação.....	57
QUADRO 2.3. Requisitos do nível Acreditação por Excelência e suas respectivas Práticas de Acreditação.....	58
QUADRO 3.1. Dimensões do Desempenho Hospitalar segundo Autores.....	70
QUADRO 3.2. Influência da Acreditação nas Dimensões do Desempenho hospitalar, segundo autores da literatura	90
QUADRO 4.1. Definições Operacionais das subdimensões inerentes ao desempenho hospitalar	96
QUADRO 4.2. Definições Operacionais das práticas da Acreditação: nível Acreditado.....	97
QUADRO 4.3. Definições Operacionais das práticas da Acreditação: nível Acreditado Pleno.....	98
QUADRO 4.4. Definições Operacionais das práticas da Acreditação: nível Acreditado por Excelência.....	99
QUADRO 4.5. Resultados obtidos no Pré-teste.....	106
QUADRO 4.6. Passos da fase de Procedimentos de Coleta de Dados.....	109
QUADRO 4.7. Valores do Coeficiente de Correlação associados à intensidade da relação entre as variáveis.....	111
QUADRO 5.1. Valores obtidos no cálculo do Alfa de Cronbach dos constructos.....	136
QUADRO 5.2. Resumo comparativo entre os resultados das Análises de Correlação.....	144
QUADRO 5.3. Resumo das características intrínsecas predominantes nos agrupamentos da Análise de Cluster.....	153
QUADRO 5.4. Comparativo das características de gestão (Acreditação) e desempenho entre os grupos.....	156
QUADRO 5.5. Comparativo dos resultados obtidos no teste de MANOVA.....	161
QUADRO 6.1. Resumo dos objetivos, hipóteses e conclusões da pesquisa.....	168
QUADRO 6.2. Resumo comparativo entre os resultados da tese e de outros autores.....	175

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
ACCREDIT	<i>(Accreditation Collaborative for the Conduct of Research, Evaluation and Designated Investigations through Teamwork)</i>
ANAES	<i>Nationale d'Accreditation et Évaluation en Santé</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APM	Associação Paulista de Medicina
BSI	British Standards Institution
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CCAH	Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais
CCHSA	<i>Canadian Council on Health Services Accreditation</i>
CID-10	Classificação Internacional de Doenças 2010
CIPA	Comissão Interna para Prevenção de Acidentes
CMMS	<i>Centers for Medicare and Medicaid Services</i>
CQH	Compromisso para Qualidade Hospitalar
CRM	Conselho Regional de Medicina
EUA	Estados Unidos da América
FCAV	Fundação Carlos Alberto Vanzolini
FMEA	Failure Modes and Effects Analysis
GLCSA	<i>Germanischer Lloyd Certification South America</i>
GQ	Gestão da Qualidade
IAHCS	Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IGQ	Instituto Qualisa de Gestão
IPASS	Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCAH	<i>Joint Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OPS	Organização Pan-Americana de Saúde
PIB	Produto Interno Bruto
QHR	<i>Quality Healthcare Resources</i>
SGQ	Sistema de Gestão da Qualidade
SMU	Serviço Médico de Urgência
SPA	Serviços de Pronto-Atendimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

RESUMO

A exigência dos atores sociais (Governo, Planos de Saúde, usuários e financiadores) para melhoria dos serviços tem conduzido os hospitais à busca de ações de melhoria de desempenho. No Brasil, isso vem ocorrendo em um contexto caracterizado pela precariedade em termos de gestão e eficiência dos processos. Esta tese analisa o impacto da adoção das práticas de Acreditação da ONA, uma das ações e certificações mais requisitadas atualmente, sobre o desempenho hospitalar e a influência de fatores intervenientes (porte e propriedade dos hospitais, tempo e nível de Acreditação) nesta relação. Um *survey* coletou informações de 32 hospitais Acreditados do Estado de São Paulo durante 6 meses a fim de avaliar a percepção dos gestores quanto à melhoria do desempenho hospitalar, comparando o desempenho atual da instituição com o desempenho anterior à adoção das práticas de Acreditação. A partir de técnicas estatísticas, determinou-se a significância de influência das práticas de Acreditação sobre o desempenho hospitalar e suas dimensões, identificando as práticas mais críticas à melhoria deste desempenho. Complementarmente, foram propostas ações gerenciais focadas em características comuns de gestão dos hospitais pesquisados, que podem ser implementadas pelos mesmos para que melhorarem seu desempenho. Houve influência estatisticamente significativa das práticas de Acreditação na Eficiência operacional dos hospitais, sob ação do porte e do tempo de Acreditação. As práticas mais críticas à melhoria do desempenho foram as de gestão de riscos e aquelas com foco em inovação. Ambas geram melhorias diretas na taxa de infecção hospitalar e de incidência de erros de medicação, respectivamente.

Palavras-chave: Acreditação Hospitalar. Desempenho Hospitalar. Gestão da Qualidade. ONA (Organização Nacional de Acreditação). *Survey*.

ABSTRACT

The demand for improving the health care services from social actors (Government, Insurance Companies, Patients and Payers) has carried out the hospitals to implement actions of performance improvement. In Brazil, it occurs in a context of deficiency in the management and efficiency of the processes. This thesis analyzes the implementation impact of NAO's Accreditation practices (the Brazilian certification most required in the health care services) on the hospital performance as well as the moderators factors (hospital ownership, hospital size, Accreditation level and Accreditation time) influence in this relationship. A survey research involving the 32 Accredited hospitals from Sao Paulo State was carried out during six months. The survey evaluated the managers' perception about the hospital performance improvement comparing the current hospital performance with the hospital performance before the adoption of Accreditation practices. A statistical analysis determined the statistical significance between the Accreditation practices and the hospital performance improvement. Moreover, the most critical Accreditation practices for improving the hospital performance were identified. Finally, managerial actions were proposed to improve the performance of hospitals clusters composed by hospitals with similar management characteristics. The statistical analysis results identified a significant influence of the Accreditation practices in operational efficiency under the action of size and Accreditation time of the hospitals. The critical practices to the hospital performance improvement are the risks management practices and the managerial innovation practices. The first improve the hospital infection rate and the latter improve the medication errors rate.

Key-words: Hospital Accreditation. Hospital Performance. Quality Management. NAO (National Accreditation Organization). Survey.

1. INTRODUÇÃO

Este capítulo apresenta a proposta geral e o delineamento das justificativas e dos objetivos que motivaram a realização deste trabalho, destacando a importância do contexto no qual a temática está inserida atualmente. Em seguida, descreve-se, brevemente, o escopo e o método de pesquisa utilizado e, por fim, relata-se a estrutura do trabalho.

1.1 Contexto e Justificativa

As mudanças no comportamento do consumidor, que passou a exigir cada vez mais em termos de qualidade, dos serviços que recebe, têm tornado os mercados de bens e serviços cada vez mais competitivos. Muitas empresas têm procurado incorporar, em seus negócios, processos e produtos que as diferenciem de outras do mesmo ramo. Assim com esta diferenciação, as empresas buscam tornarem-se mais competitivas e valorizadas pelo consumidor, conseguindo manter-se no mercado (VECINA; MALIK, 2007).

Esse cenário também é observado no setor hospitalar. Em geral, no Brasil e em outros países em desenvolvimento, o setor é caracterizado pela precariedade em termos de desempenho e de gestão. Normalmente, os clientes estão acostumados com serviços de baixa qualidade, prestados, principalmente, pelo setor público, no caso brasileiro (BURMESTER *et al.*, 2007). No Brasil, a taxa de infecção hospitalar, por exemplo, é de 15,6% das internações frente 5,4% dos países desenvolvidos. Logo, o gasto com antibióticos decorrentes do processo infeccioso é três vezes maior do que em países desenvolvidos, tornando o custo diário médio por usuário um dos mais elevados do mundo (COLOMBO *et al.*, 2009).

O Brasil investe por ano, em média, 8% de seu PIB, ou US\$ 506 *per capita* em Saúde, ante US\$ 5.003 *per capita* investidos pela França (11,2% do PIB), US\$ 7.538 *per capita* investidos pelos EUA (16% do PIB) e US\$ 4.627 *per capita* investidos pela Suíça (10,7% do PIB), os países de maior investimento *per capita* em saúde do mundo e ante a média mundial de 14,3% de gastos do PIB com o setor (OCDE, 2011).

Com tais investimentos, o Brasil ocupa apenas a 31ª posição do *ranking* de investimentos *per capita* em Saúde dos países da OCDE (Organização para Cooperação e

Desenvolvimento Econômico) que tem 34 membros e a 72^a posição no *ranking* de gastos *per capita* da OMS, atrás de Argentina, Uruguai e Chile (OCDE, 2013; OMS, 2013).

A ineficiência de desempenho pode ser observada também pela baixa taxa de ocupação de leitos (40% contra 70% dos EUA), mostrando que em caso de melhores desempenhos, isto é, com taxas de ocupação mais elevadas, a economia de gastos poderia chegar a 41%. Segundo estimativas, o custo anual de um leito desocupado é de US\$ 38 mil ou 18% do custo anual de uma internação. Como, no Brasil, a taxa de ocupação de leitos é considerada baixa, a economia gerada poderia ser utilizada para expandir a rede de atenção primária e aumentar a qualidade dos serviços hospitalares (IBGE, 2010).

A precariedade da gestão pode ser retratada pelo acúmulo de erros em procedimentos, pelo elevado tempo de espera por atendimento e falta de leitos nas UTIs. No Brasil, os leitos disponíveis para este fim são apenas 3,8% (a porcentagem recomendada pela OMS está entre 7% e 10%) (IBGE, 2010).

Apesar das deficiências de gestão e do desempenho ineficiente de processos e serviços, os hospitais, pressionados pelo governo, seus usuários, planos de saúde, acionistas e pela sociedade, estão sendo impelidos a buscar alternativas que melhorem continuamente a qualidade dos serviços prestados (KRUK; FREEDMAN, 2008).

Neste contexto, surgem alternativas como Lean Health, Lean-Sigma, Pesquisa Operacional, Modelagem e Simulação de processos, etc. Destacam-se, ainda, outras duas vertentes, a avaliação do desempenho da instituição, via medição de indicadores para o atingimento de metas pré-definidas; e a avaliação formal das atividades e processos internos do hospital para obtenção do certificado de Acreditação que atesta a competência e a qualidade na prestação dos serviços hospitalares (GREENFIELD; PAWSEY; BRAITHWAITE, 2011; CUSTERS *et al.*, 2007; ALTÉS *et al.*, 2006; SURARATDECHA; OKUNADE, 2006; GARCÍA; PARDO, 2004).

Ao apresentar, a diferentes atores (usuários, governo, sociedade, planos de saúde, acionistas, financiadores), níveis avançados em termos de desempenho e de reconhecimento formal da qualidade da prestação de seus serviços, por meio da Acreditação, o hospital sinaliza que é capaz de estabelecer e cumprir objetivos e metas pré-definidas e coerentes com uma orientação estratégica específica e com a missão básica de satisfazer as necessidades dos usuários prestando-lhes atendimento livre de erros (ALTÉS *et al.*, 2006).

O objetivo principal da medição e avaliação do desempenho de um hospital é fornecer, à sociedade, ao Governo, aos acionistas e aos usuários, as informações sobre a qualidade dos serviços prestados. Dessa forma, tem as funções de (ALTÉS *et al.*, 2006):

- Fornecer aos tomadores de decisão os subsídios necessários para monitoramento dos processos e as ferramentas necessárias para torná-los mais eficientes.
- Auxiliar na definição de prioridades de ação na instituição, contribuindo para melhorá-la sob o ponto de vista de gestão.
- Monitorar a evolução da instituição em relação a metas e objetivos estratégicos, estimulando-a a, continuamente, manter padrões de desempenho mais elevados.
- Permitir, a partir da análise e do compartilhamento de experiências acumuladas em cada avaliação, a realização de avaliações cada vez mais eficientes.

A busca por padrões de desempenho mais elevados para os processos e as atividades de um hospital tem o intuito de monitorar seu funcionamento e permitir que decisões sobre financiamentos, organização e políticas setoriais baseiem-se em dados mais precisos. Nesse contexto, a Acreditação hospitalar é uma estratégia eficaz para obtenção de padrões de desempenho mais elevados, consistentes e duradouros.

A Acreditação é um método de avaliação voluntário, periódico e confidencial que visa garantir a qualidade da assistência por meio de padrões pré-estabelecidos que devem ser atendidos integralmente pela instituição. É um processo de abrangência nacional coordenado pela ONA (Organização Nacional de Acreditação), instituição privada, sem fins lucrativos, que visa assegurar a implementação de um processo permanente de melhoria da qualidade dos serviços prestados, estimulando as Organizações de Saúde, em geral, a buscarem padrões de desempenho mais elevados quanto à sistemática de gestão (ONA, 2010).

Em março de 2013, havia 161 hospitais Acreditados pela ONA. Nos próximos anos, este número deve elevar-se para mais de duzentos hospitais, pois, há cinquenta e quatro instituições com processo de certificação em andamento (ONA, 2013). Com uma sistemática disciplina de avaliação orientada pelo cumprimento, pelo hospital, de práticas (itens de verificação) pré-estabelecidas no Manual Brasileiro de Acreditação, esta certificação atesta a competência e a qualidade da assistência hospitalar prestada aos usuários (ONA, 2010).

Apesar da esperada associação entre as práticas da Acreditação expressas no Manual e a melhoria do desempenho hospitalar, há, nacionalmente, carência de estudos que busquem comprovar a relação entre ambos (LA FORGIA E COUTTOLENC, 2009).

Internacionalmente, as pesquisas existentes são contraditórias quanto a conclusões e resultados, sendo incapazes de demonstrar, por meio de significância estatística, a relação positiva entre as práticas da Acreditação e a melhoria do desempenho hospitalar (BRAITHWAITE *et al.*, 2011; JAAFARIPOOYAN *et al.*, 2011; SCHMALTZ *et al.*, 2011; JARDALI *et al.*, 2008; MACINATI, 2008; SMITS *et al.*, 2007; PETERSON *et al.*, 2006).

Dessa forma iniciativas realizadas para demonstrar a influência das práticas da Acreditação no desempenho hospitalar são oportunas (JAAFARIPOOYAN *et al.*, 2011; MACINATI, 2008).

Com o intuito de reduzir as contradições entre resultados e conclusões de trabalhos internacionais e a carência nacional deste tipo de pesquisa, esta tese buscou avaliar a influência das práticas de Acreditação sobre o desempenho hospitalar e suas dimensões, determinando as práticas mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar e as dimensões de desempenho mais influenciadas. Adicionalmente, buscou-se determinar o grau de influência de fatores intervenientes, como porte e propriedade dos hospitais, tempo e nível de Acreditação, nessa relação.

A partir de tais objetivos, hipóteses de pesquisa foram propostas no capítulo 2 e testadas por meio da realização de uma pesquisa de campo tipo *survey* nos sessenta e três hospitais do Estado de São Paulo, Acreditados, em março de 2013, pela ONA, há, pelo menos, três anos. A *survey* obteve, por meio de um questionário de questões fechadas, dados referentes à percepção dos gestores de cada hospital sobre o desempenho atual da instituição em comparação com os anos anteriores à obtenção do certificado de Acreditação.

Os dados levantados foram analisados por meio de técnicas estatísticas (Análise de Correlação, Análise dos Componentes Principais, Análise de Cluster, Análise Fatorial e Análise Multivariada de Variância) que, aliadas ao tamanho da amostra, aumentaram a validade interna das conclusões e o poder estatístico dos testes de hipóteses.

Dessa forma, foi possível gerar, aos gestores hospitalares, orientações a respeito das práticas de gestão que devem ser focalizadas por serem mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar da instituição para que esta se torne mais eficiente em termos de gestão, atendimento aos usuários e aproveitamento dos recursos disponíveis.

Concentrando a gestão nas práticas mais influentes sobre o desempenho, o hospital pode satisfazer melhor e de forma mais equilibrada, os atores envolvidos (sociedade, governo, Planos de Saúde, usuários, profissionais). Complementarmente, os hospitais pesquisados foram divididos, por meio da técnica de Análise de *Cluster*, em agrupamentos de características comuns em termos de práticas e desempenho. Para cada grupo, foram propostas ações gerenciais focadas nessas características, para melhorar o desempenho.

Como contribuição teórica, foi possível gerar evidências empíricas, estatisticamente significativas, para a temática, contribuindo para reduzir as contradições em termos de estudos e resultados que caracterizam o tema abordado.

1.2 Objetivos

Esta tese tem como objetivo principal:

- Avaliar a influência das práticas de Acreditação sobre o desempenho hospitalar em uma amostra do Estado de São Paulo.
- Identificar as dimensões do desempenho hospitalar mais influenciadas pelas práticas de Acreditação.
- Identificar as práticas de Acreditação mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar.
- Avaliar o grau de influência de fatores intervenientes, como porte e propriedade dos hospitais, tempo e nível de Acreditação, na relação existente entre as práticas da Acreditação e o desempenho hospitalar.

Os objetivos secundários desta tese são:

- Identificar agrupamentos de hospitais com perfis similares de gestão em termos de práticas de Acreditação e de desempenho, destacando as características de cada grupo.
- Propor ações e recomendações gerenciais focadas nas características de gestão identificadas visando melhorar o desempenho dos agrupamentos.

1.3 Estrutura do Trabalho

Esta tese está estruturada em seis capítulos. O primeiro, a introdução, apresenta as justificativas de pesquisa, os objetivos, e uma breve descrição do método.

O capítulo 2 aborda um dos constructos centrais de pesquisa, isto é, a Gestão da Qualidade hospitalar e as práticas de gestão a serem adotadas em tais serviços segundo a perspectiva da ONA e do processo de Acreditação Nacional.

São abordados nesse capítulo, os determinantes da GQ hospitalar, as principais certificações de Gestão da Qualidade do setor hospitalar, a nível nacional e internacional, focalizando, especialmente, o processo nacional de Acreditação, suas práticas, requisitos e

diretrizes, bem como a Acreditação internacional *Joint Commission*, a certificação, mundialmente, mais adotada pelos hospitais.

O capítulo 3 realiza uma revisão bibliográfica sistematizada de outro constructo de pesquisa, o desempenho hospitalar. É realizada uma síntese sobre as conceituações de desempenho hospitalar, explorando definições e modelos. Na seção 3.3, o constructo desempenho hospitalar é explicado ao longo de suas dimensões e subdimensões, segundo trabalhos da literatura identificados por meio de uma revisão sistematizada, de forma a mostrar a complexidade envolvida na delimitação de tal constructo.

O capítulo 3 apresenta, ainda, fatores intrínsecos que, de acordo com diferentes autores, afetam o desempenho hospitalar e que, portanto, devem ser considerados quando da medição e avaliação do desempenho. Ao final, são abordadas formas e métodos de medição e monitoramento do desempenho hospitalar, com ênfase sobre os indicadores hospitalares.

O capítulo 4 apresenta o método de pesquisa utilizado, bem como a justificativa da escolha, a técnica de pesquisa, a população de estudo, critérios para a composição e a seleção da amostra e as técnicas estatísticas de análise de dados selecionadas. Este capítulo apresenta e descreve, ainda, a composição do modelo conceitual de pesquisa em termos das variáveis envolvidas, constructos e relacionamentos entre variáveis, além de descrever e especificar as hipóteses de pesquisa analisadas na tese, bem como os respectivos problemas de pesquisa envolvidos em cada uma das hipóteses propostas.

O capítulo 5 reúne os resultados obtidos a partir do tratamento estatístico dos dados coletados na pesquisa de campo, tais como o teste de confiabilidade do questionário estruturado realizado no teste piloto, o grau de relacionamento entre as variáveis e constructos, a identificação dos agrupamentos de hospitais com características comuns em termos de práticas e desempenho e a validade das hipóteses propostas.

O capítulo 6 contém as principais inferências estatísticas obtidas, as ações e recomendações gerenciais para que os agrupamentos hospitalares identificados melhorarem seu desempenho e as práticas de Acreditação mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar. Por fim, descrevem-se as contribuições do estudo e suas implicações para a teoria e para trabalhos futuros, bem como as limitações de pesquisa apresentadas por esta tese.

2. GESTÃO DA QUALIDADE E ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Este capítulo aborda o constructo de pesquisa, Práticas de Acreditação, ou seja, as práticas de gestão a serem aplicadas em serviços hospitalares segundo a perspectiva da ONA e do processo de Acreditação Nacional. São abordados, os determinantes da GQ hospitalar, suas particularidades, as principais certificações de Gestão da Qualidade do setor hospitalar, a nível nacional e internacional, destacando, especialmente, o processo de Acreditação da ONA, suas práticas, requisitos e diretrizes, bem como a Acreditação internacional *Joint Commission*, a certificação, mundialmente, mais adotada pelos hospitais.

2.1 Sistemas de Gestão da Qualidade Hospitalar

No final do século XX, o setor hospitalar experimentou diversas mudanças, como novas tecnologias, novos desafios, concorrência acirrada, recursos escassos, processos mais complexos e usuários mais exigentes. Esta realidade demanda um Sistema de Gestão da Qualidade ágil e abrangente, focado em resultados. Uma adequada gestão do sistema hospitalar (gestão estratégica, gestão das informações, gestão de pessoas, de processos, de materiais, clínica e de infra-estrutura) é importante para que o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) hospitalar funcione de modo harmonioso (RUIZ; SIMON, 2004).

Este SGQ propicia a organização do fluxo de trabalho do hospital, otimizando a qualidade dos resultados (exames clínicos, redução de índices de infecção, coleta e análise de sangue, internações e prescrições) e assegurando a padronização e a melhoria das práticas de trabalho (GREENFIELD; PAWSEY; BRAITHWAITE, 2011).

O SGQ hospitalar contribui, ainda, para redução do desperdício de materiais, recursos financeiros, tempo e espaço e garante um bom relacionamento entre as equipes multifuncionais e atendimento de qualidade aos usuários. Além de aprimorar a administração hospitalar e a gestão de recursos e processos, o SGQ possibilita a potencialização do talento humano, visando uma mudança comportamental das pessoas no ambiente de trabalho, no sentido de conferir, independentemente da hierarquia ou da competência, ampla participação, distribuindo responsabilidades e canalizando esforços a fim de que não somente as tarefas

necessárias sejam executadas, mas que todo trabalho seja coordenado e controlado para se atingir os objetivos do hospital (LORENZI *et al.*, 2007).

O potencial da gestão da qualidade e da melhoria de processos pode atingir todos os processos (administrativos, de apoio, assistenciais, médico-sanitários, etc.). Segundo Lorenzi *et al.* (2007), para melhorar a gestão da qualidade dos serviços hospitalares, um hospital deve se conscientizar de que:

1. As ferramentas da qualidade podem funcionar nos serviços de saúde.
2. As equipes multifuncionais são valiosas na melhoria dos processos, pois auxiliam na tomada de decisão e por conter profissionais de diferentes setores do hospital e reunir pontos de vista distintos, podem discutir meios de aumentar a satisfação dos usuários e definir ações corretivas para solução de problemas com maior probabilidade de sucesso.
3. Há abundância de dados úteis para melhoria da qualidade dos serviços.
4. Custos da má qualidade são elevados e economias estão ao alcance.
5. Há necessidade de submeter seus profissionais a treinamentos.
6. Hospitais podem necessitar de uma definição mais ampla de qualidade.
7. Como na indústria, a Direção deve incentivar a melhoria da qualidade.

D’Innocenzo *et al.* (2006) afirmam que um hospital deve focar sua gestão em três fatores para uma adequada Gestão da Qualidade:

- Estruturas: recursos que estão à disposição para se oferecer o serviço (área física, equipamentos, instalações, recursos humanos, etc.). Envolve, ainda, a organização da equipe médica, de enfermagem e outros profissionais, bem como as funções de ensino e pesquisa, os processos de revisão e métodos de pagamento pelos cuidados.

- Processos: significam "o próprio atendimento", a maneira como os medicamentos são usados, quais procedimentos são realizados, como os diagnósticos são realizados. Envolve atividades relacionadas aos cuidados com a saúde (diagnóstico, reabilitação e tratamento dos usuários). Os processos geram rotinas e procedimentos que auxiliam a reduzir a variabilidade dos serviços, o que é fundamental para a Qualidade.

- Resultados: são as conseqüências do atendimento, como o prolongamento da vida, o alívio à dor, satisfação do usuário com o atendimento e os resultados.

Porém, segundo D’Innocenzo *et al.* (2006), a relação entre a utilização de recursos e a qualidade do atendimento prestado exige um SGQ hospitalar que apresente:

* Uma estratégia de assistência que deve combinar a eficiência clínica em que os serviços são programados e controlados utilizando-se uma quantidade prevista de recursos

como materiais, equipamentos e recursos humanos produzindo maior eficácia no atendimento ao usuário, com a eficiência em serviços de diagnósticos e tratamentos.

* Uma estratégia de assistência que inclua os custos e os benefícios recebidos pelos usuários (bem-estar físico, psíquico e social) e pela sociedade (custos com programas de seguro e assistência pública).

* O planejamento de um sistema de monitoração do atendimento ao usuário, por meio da definição de padrões adaptáveis às peculiaridades clínicas e organizacionais, os quais permitam ao hospital prevenir, identificar e corrigir os seus erros.

O SGQ hospitalar envolve funcionários de todos os níveis, desde a Alta Administração até profissionais de apoio, no planejamento, medição e controle dos serviços prestados, visando fornecer um serviço livre de falhas e que atenda às expectativas dos usuários. Este SGQ é caracterizado pelos elementos (MACINATI, 2008):

- Liderança e Comprometimento para com a Qualidade: Alta Administração e a Qualidade devem estar comprometidos com o SGQ para liderar a mudança cultural exigida. A instituição deve ser estimulada a atingir elevados padrões de desempenho em nível individual e organizacional.
- Planejamento Estratégico da Qualidade: a Qualidade deve ser compreendida pela Alta Administração como meta estratégica. Com a Qualidade como parte integrante do planejamento, o hospital será capaz de identificar seus pontos fortes e fracos, além de otimizar a utilização de recursos (materiais, financeiros, mão-de-obra, equipamentos).
- Treinamento dos recursos humanos: os profissionais devem se conscientizar de que a qualidade do serviço hospitalar depende, principalmente, das habilidades individuais e de trabalho em equipe. A Alta Administração deve fornecer apoio e recursos necessários para prestação dos serviços, além de comunicar claramente metas e expectativas e de oferecer programas de capacitação em práticas e procedimentos da Qualidade que devem ser seguidos, visando à padronização das atividades.
- Informações e Dados: a manutenção de dados e informações confiáveis é necessária para que medições e dados sejam comparados a padrões de referência e que seja possível avaliar o desempenho das atividades, tendo como foco principal: o usuário, um padrão excelente de qualidade para os serviços e a melhoria contínua destes. Informações médicas de usuários e

indicadores fornecem subsídios à instituição, possibilitando a tomada de decisões baseada em fatos e identifiquem oportunidades de melhoria.

- Coordenação Organizacional: busca mudar o foco da gestão de uma abordagem voltada para estrutura para uma abordagem focada em processos, a fim de se coordenar serviços e responsabilidades em prol da qualidade final do serviço. A mudança de foco deve ser apoiada pelo setor da Qualidade, o qual por meio de indicadores, relatórios de desempenho clínico e ações de Melhoria Contínua contribuirá para que os serviços tenham níveis de desempenho cada vez mais elevados.
- Gestão de fornecedores: estimular uma política de compra que privilegie a qualidade, ao invés de preço, dos recursos adquiridos, mantendo uma relação de proximidade e fidelidade com seus fornecedores.
- Gestão de Processos: ao considerar os hospitais como um conjunto interdependente de processos, o SGQ deve monitorá-los por meio de protocolos de atendimento, prontuários médicos, fichas de atendimento, procedimentos operacionais padrão, entre outros, a fim de manter a Melhoria Contínua da Qualidade dos serviços prestados.

Para Lagioia *et al.* (2008), com um SGQ hospitalar bem planejado em termos de ações, recursos e procedimentos pode-se obter vantagem competitiva quanto à qualidade e custos. François e Pomey (2005) afirmam que o SGQ induz uma série de mudanças no ambiente hospitalar, em termos de:

- Gestão: o hospital passa a ter uma gestão mais profissional, isto é, seus usuários passam a ser considerados como “clientes” e que, portanto, desejam se beneficiar com um atendimento rápido, eficaz e livre de erros. Por isso, o padrão de desempenho dos serviços prestados deve ser “zero defeito”, ou seja, devem ser executados sem erros. Isto é possível por meio de trabalho coletivo, no qual profissionais trabalham em equipe, tendo a consciência de que se cada um realizar sua atividade sem erros, o resultado final será a prestação de um serviço com qualidade. As relações internas entre os profissionais de níveis hierárquicos diferentes também sofrem uma transformação, pois são abertos, via reuniões da Qualidade, espaços para diálogos e cooperação nos quais profissionais de níveis hierárquicos mais baixos podem participar de projetos de melhoria, com sugestões.

Dessa forma, é realizada uma gestão participativa com maior autonomia aos profissionais, valorizando-os e motivando-os para a Qualidade.

- Estrutura: o SGQ propicia o surgimento de estruturas específicas novas para o hospital, como documentos da Qualidade (protocolos, fichas técnicas, procedimentos e fichas de informação sobre os usuários, prontuários de usuários) e novos cargos (diretor da Qualidade, equipes da Qualidade). Prontuários, por exemplo, constituem-se em uma importante ferramenta de avaliação da qualidade dos serviços, fornecendo informações para processos judiciais e convênios de saúde. Os registros dos prontuários são utilizados para fins de faturamento/cobrança, ou para obtenção de dados sobre as atividades e para análise institucional.
- Práticas profissionais: A partir de elementos específicos do SGQ (documentos da Qualidade e cargos), produz-se a padronização dos procedimentos e dos serviços hospitalares. Enfermeiros e médicos devem obedecer às regras prescritas pela Gestão da Qualidade referentes à higiene e segurança, transfusão, prescrição, protocolos de atendimento, etc.
- Valores culturais: o SGQ hospitalar provoca mudanças em valores culturais, pois introduz uma abordagem mais humanizada e calcada no respeito pelos usuários, na preservação da individualidade e da dignidade dos mesmos. Os usuários tornam-se o foco de todas as atividades, tendo importante influência sobre o modo pelo qual são prestados os serviços.

O SGQ implica mudanças no estilo de gestão e no comportamento das pessoas, de todos os níveis hierárquicos. Além disso, sua implantação deve estar acima de disputas políticas e de projetos pessoais para que seus métodos e conceitos passem a ser a forma natural de gerenciar o trabalho. O SGQ significa comprometimento com metas e resultados que garantam a sobrevivência e o crescimento da Organização (NOGUEIRA, 2008).

As mudanças demandadas por este sistema só serão possíveis com o apoio da Alta Administração, o qual se traduz por (NOGUEIRA, 2008):

- Dar o exemplo: dominar a metodologia e utilizá-la nas suas próprias atividades, estimulando os subordinados a fazerem o mesmo. Cobrar a utilização do método nas atividades rotineiras.

- Fornecer condições financeiras, materiais e humanas, para o prosseguimento do processo de implantação do sistema, para educação e treinamento, e dar demonstrações de que as ações são prioritárias para a Alta Administração, independentemente das eventuais dificuldades.
- Acompanhar com proximidade todo o processo, definindo diretrizes, discutindo e aprovando propostas, acompanhando planos de ação para o atingimento das metas e desenvolvimento das ações em todos os níveis

A Gestão da Qualidade hospitalar propicia uma visão planejada, focada no futuro e de caráter holístico em que a Organização é um conjunto de processos dotado de indicadores de desempenho e da Qualidade que, alinhados a uma política da Qualidade, ao planejamento estratégico e a uma gestão participativa, transparente e focada em resultados, melhora a eficiência da gestão interna e dos serviços prestados (KLUCK *et al.*, 2008).

Assim, o SGQ consegue aprimorar indicadores tradicionais (despesa com medicamentos, média de permanência em internação, taxa de cirurgias ambulatoriais, taxa de internações, percentual de ocupação, etc.), alinhando-os ao treinamento e ao programa de Melhoria Contínua da Qualidade dos serviços (KLUCK *et al.*, 2008).

De acordo com Nogueira (2008), não existe uma forma única de se iniciar a implantação de um SGQ hospitalar, pois a implantação deverá refletir as peculiaridades e características de cada uma delas. Esse autor destaca duas formas para se iniciar o processo de implantação, o Gerenciamento por Diretrizes, ou o Gerenciamento da Rotina.

A primeira forma prevê o estabelecimento de uma ‘meta de sobrevivência’ para que, a partir dela, gerar planos de ação específicos em cada setor, atingindo todos os níveis da Organização. O Gerenciamento por Diretrizes promove o alinhamento dos esforços e o comprometimento de todos para com a meta proposta (NOGUEIRA, 2008).

A outra forma de se iniciar a implantação de um SGQ hospitalar é o Gerenciamento da Rotina, o qual está centrado na padronização dos processos de trabalho. Isto é conseguido por meio do estabelecimento de fluxogramas e de procedimentos de atividades consideradas prioritárias em cada setor e da determinação e monitoração de indicadores de desempenho dos processos principais. É uma forma eficiente de conhecer o desempenho atual e assegurar a previsibilidade dos desvios nos resultados, quando comparados com as metas propostas (NOGUEIRA, 2008).

A eficácia de um SGQ hospitalar está atrelada à harmônica compatibilização de diferentes fatores quando da implantação do mesmo. Esses fatores, que definem o sucesso ou insucesso do SGQ para esse tipo de serviço, são tratados subseqüentemente.

2.1.1 Fatores Condicionantes para Implantação do SGQ Hospitalar

Segundo Lagioia *et al.* (2008), o aumento da pressão sobre os hospitais para melhoria dos custos e da eficiência, da competitividade e das exigências dos usuários em relação aos serviços e à segurança, intensificou o processo de adoção de SGQ hospitalar.

Porém, à medida que este processo se intensificou, intensificaram-se também os casos de insucesso na implantação deste SGQ. Em geral, tal insucesso não se deveu aos princípios da Gestão da Qualidade, mas às estratégias de implantação ineficientes que desprezaram fatores-chave determinantes ao sucesso do SGQ (WARDHANI *et al.*, 2009).

Wardhani *et al.* (2009) identificaram esses fatores-chaves em uma revisão sistematizada de artigos da base de dados *Medline*. Foram encontrados quinhentos e trinta e três publicações abordando temas como: GQ em serviços hospitalares, administração hospitalar e métodos e padrões para implantação da GQ hospitalar.

Como o foco de interesse da pesquisa desses autores era utilizar apenas artigos sobre os fatores condicionantes para implantação do SGQ hospitalares, dos quinhentos e trinta e três artigos encontrados, quatrocentos e vinte e sete foram descartados por tratarem de outros temas como: ações de melhoria da GQ e projetos para redução do tempo de espera e de internação dos usuários. Dessa forma, sobraram cento e seis artigos.

Das cento e seis publicações restantes, setenta e duas foram descartadas pelo fato de apenas descreverem o processo de implantação do SGQ hospitalar. Outras dezesseis publicações foram, ainda, excluídas por não se tratarem de pesquisas empíricas, por não retratarem casos práticos ou por não apresentarem revisão bibliográfica sobre os fatores condicionantes de implantação do SGQ nos serviços hospitalares.

Por fim, dos dezoito artigos restantes, foram excluídos outros quatro por terem sido publicados antes do ano de 1993. Dessa forma, Wardhani *et al.* (2009) analisou os fatores-chave de implementação do SGQ contidos em quatorze artigos. Cada um apresentou distintos métodos de pesquisa, objetivos, formas de medição, tamanho de amostragem, além de diferentes tipologias hospitalares e diferentes números de entrevistados.

Com base em tal análise, Wardhani *et al.* (2009) definiu como fatores-chave para implantação de um SGQ de sucesso em hospitais:

- **Cultura Organizacional:** consiste em crenças, valores, normas e comportamentos compartilhados dentro do hospital. A associação da cultura organizacional com equipes de trabalho, disposição da instituição

em realizar mudanças e correr os riscos associados às mesmas, favorece a implantação com êxito do SGQ.

- Projeto Organizacional: envolve fatores como o porte do hospital, sua resolubilidade, posse (público ou privado), autonomia aos funcionários e o grau de envolvimento do usuário na missão e estratégias do hospital. Tais fatores influenciam no processo de implantação do SGQ. Por exemplo, hospitais privados, de médio ou pequeno porte, na maioria dos casos não possuem um SGQ. Para aqueles que apresentam SGQ, o processo de implantação é tradicional, isto é, obedece rigorosamente aos trâmites burocráticos de adoção. Em hospitais de grande porte, o processo de implantação é mais ágil, inovador, isto é, obedece menos à burocracia.

A influência da cultura e do projeto organizacional é ilustrada na figura 2.1.

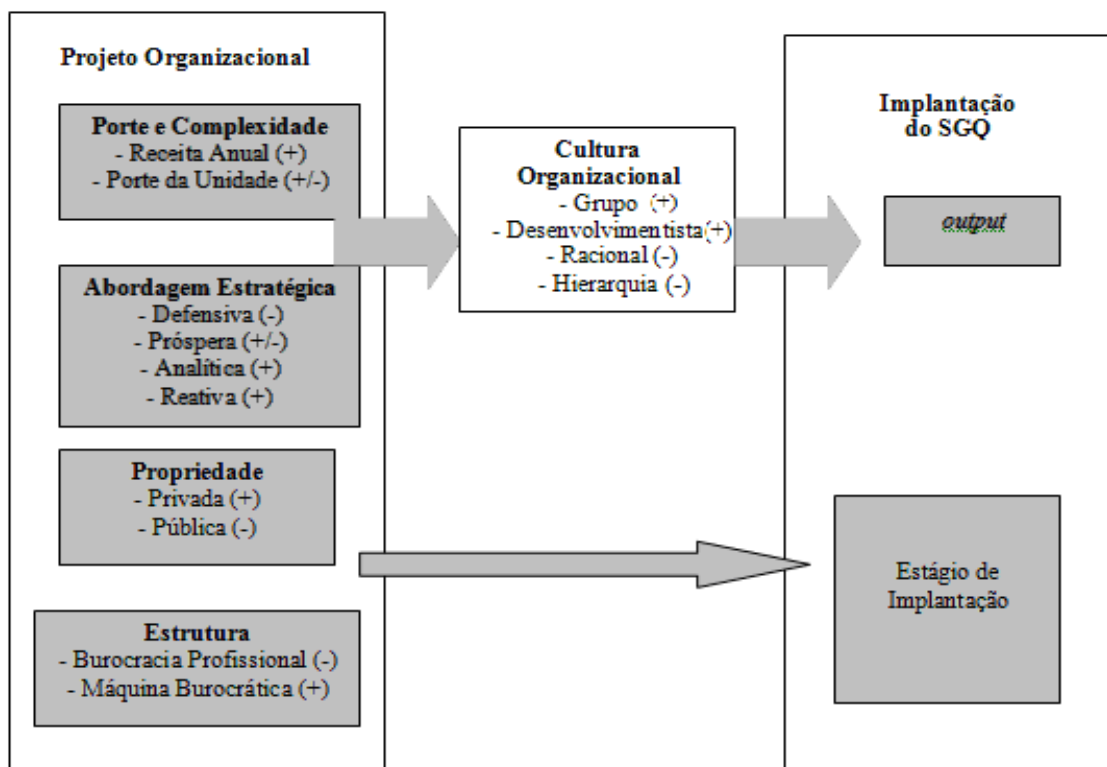


FIGURA 2.1. Papel da cultura e do projeto organizacional na implantação do SGQ

Fonte: Wardhani *et al.* (2009)

- Liderança para a Qualidade: consiste na realização de esforços por parte da Alta Administração, visando integrar a Melhoria da Qualidade aos processos e à Organização como um todo, para incorporar as práticas de Melhoria da Qualidade às rotinas e procedimentos do hospital. Essa liderança pode ser desempenhada por vários profissionais como chefes de

enfermagem, médicos-chefe, membros da Alta Administração, ou por um profissional eleito via votação. É importante que as ações relativas à Qualidade tenham o apoio da Alta Administração.

- **Envolvimento dos Médicos:** os médicos também devem se conscientizar de que a qualidade também os beneficia, dá mais efetividade a seu trabalho, melhora sua imagem e cria um ambiente mais adequado para o exercício de suas atividades. A Alta Administração deve impedir que as práticas de Melhoria da Qualidade sejam prejudicadas pelo não-comprometimento desses profissionais. Os médicos devem compreender que manter um bom relacionamento com usuários, com o pessoal técnico e administrativo é fator de bem-estar e de realização profissional. Aqueles que não compreendem isso colocam em risco o próprio hospital, pois, seus usuários estão cada vez mais exigentes e cientes de seus direitos. Para que os médicos se comprometam para com a Gestão da Qualidade devem ser sensibilizados a respeito, sobre seus objetivos, resultados e estratégia. A sensibilização inicial deve ser aprofundada em reuniões com a Alta Administração, nas quais deverão ser expostas a nova filosofia, a metodologia de implantação, as vantagens, o valor e a responsabilidade de cada funcionário dentro do processo. É importante que eles percebam que tal processo não se trata apenas de um programa, mas sim de uma transformação da cultura organizacional. Algumas formas de facilitar o envolvimento dos médicos com a Gestão da Qualidade são: divulgar artigos e exemplos práticos de aplicação da Gestão da Qualidade na área da saúde; destinar, durante as reuniões clínicas, de dez a quinze minutos para realização de palestras sobre temas da qualidade em saúde realizada pelo coordenador, membros da Alta Administração, ou convidados externos; incluir médicos em grupos de melhorias que possam beneficiá-los diretamente; atuar na melhoria de processos dos quais os médicos são clientes; divulgar resultados e atividades advindos da Gestão da Qualidade.
- **Estrutura para a Qualidade:** o hospital deve apoiar a implantação do SGQ oferecendo uma estrutura composta por um departamento de Garantia da Qualidade auxiliado por uma equipe da Qualidade e por um orçamento financeiro voltado às práticas de Gestão da Qualidade. Esta estrutura deve conter grupos de melhoria constituídos por médicos e enfermeiros.

- Suportes Técnicos: capacidade que o hospital em utilizar as ferramentas da Qualidade (Gráficos de Controle, Métodos de Resolução de Problemas, Diagrama de Pareto, Diagrama de Causa-e-Efeito, etc.). O suporte técnico envolve, ainda, educação e treinamento dos profissionais para resolução de problemas, análise de dados, relatórios e ferramentas da Qualidade.

A figura 2.2 ilustra o modelo conceitual de fatores-chave que influenciam a implementação de um SGQ hospitalar.

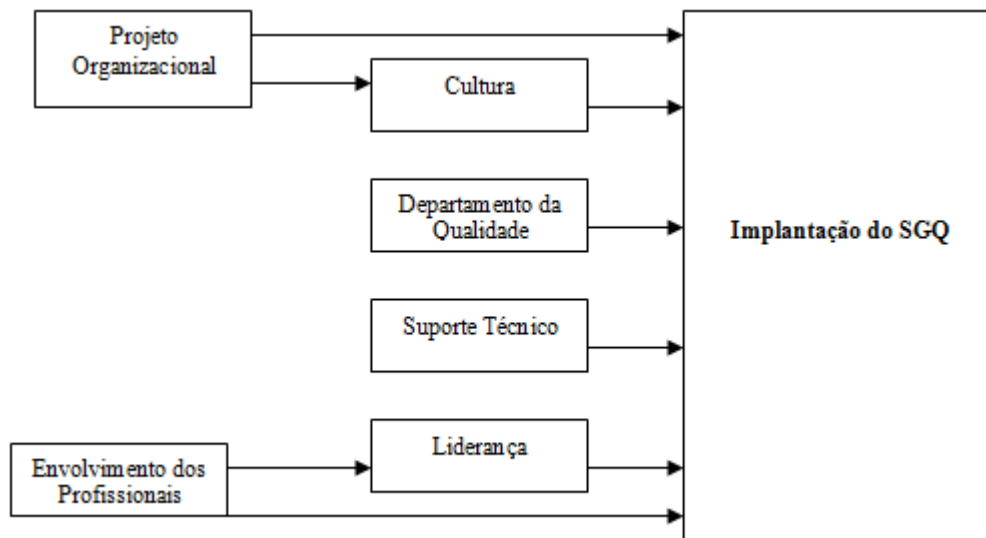


FIGURA 2.2. Modelo Conceitual dos fatores influenciadores da implementação de um SGQ hospitalar
 Fonte: Wardhani *et al.* (2009)

Nas últimas décadas, a GQ obteve notoriedade no setor de Saúde com o surgimento de iniciativas para sistematização de práticas de gestão das instituições do setor, especialmente dos hospitais. Essas iniciativas ficaram conhecidas como Acreditação e auxiliaram os hospitais a implantarem uma GQ eficiente e cuja eficácia produz melhorias no atendimento e na padronização das práticas de gestão (COUTO; PEDROSA, 2007).

2.2 Acreditação Hospitalar

A Acreditação, diferentemente da norma ISO 9001, aplicáveis a instituições de diversos setores, é uma certificação própria e específica da Saúde (NOGUEIRA, 2008).

Acreditar significa endossar ou aprovar oficialmente, conceder reputação a, tornar digno de confiança. O termo tem como noções centrais a confiança e a qualidade, além de se caracterizar como um processo que introduz nas instituições a cultura da Qualidade, analisando e atestando o nível em que a mesma se encontra em cada instituição. Assim, Acreditação é um processo de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico, reservado e sigiloso, que visa garantir a qualidade da assistência por meio do reconhecimento da existência de padrões previamente aceitos (HORTALE *et al.*, 2002).

Dentre as vantagens dessa certificação está a melhoria do gerenciamento da organização e da qualidade da assistência prestada ao usuário, em termos de segurança e eficiência. Além disso, trata-se de um diferencial de mercado, pois produz reconhecimento social à instituição certificada de que esta busca a melhoria contínua da qualidade de seus serviços, criando e desenvolvendo positivamente a integração com a sociedade e estimulando a cidadania (FELDMAN *et al.*, 2005).

Para Feldman *et al.* (2005), o atendimento aos padrões pré-estabelecidos pelos programas de Acreditação torna-se referência para a sociedade, pois indica que a instituição presta serviços livres de erros e sem resultados adversos que prejudiquem os usuários.

A Acreditação originou-se nos Estados Unidos, em 1951, com a criação da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais (CCAH) e a consequente tentativa de introduzir e enfatizar a Qualidade na cultura hospitalar a nível nacional. Posteriormente, a Acreditação foi se estendendo a países como Canadá, França e Brasil (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

O processo de Acreditação nos Estados Unidos tem um caráter voluntário e é coordenado pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), a qual tem ação restrita ao território norte-americano e não utiliza o uso de sua metodologia fora desse contexto (ANTUNES; RIBEIRO, 2005). No Brasil e no Canadá o processo tem caráter voluntário sendo coordenado, respectivamente, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e pelo *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA). Já na França, a certificação é compulsória, obrigatória por lei, sendo conduzida pelo governo via *Agence Nationale d'Accreditation et Évaluation en Santé* (ANAES) (TOUATI; POMEY, 2009).

Segundo Bonato (2007), a Acreditação objetiva melhorar a qualidade dos serviços hospitalares com base em duas variáveis:

- Avaliação de padrões de referência pré-estabelecidos e previamente divulgados pela Organização coordenadora do processo de Acreditação.

- Os indicadores, isto é, os instrumentos que o avaliador usará para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição.

De acordo com a mesma autora, a Acreditação hospitalar insere uma dimensão nova nessas Organizações, que resulta em auto-avaliação e revisão interna determinando um processo de intercomunicação entre os diversos setores da instituição que se empenham em melhorar o trabalho da equipe, visando oferecer assistência médica integrada e de qualidade.

Um Programa de Acreditação hospitalar proporciona tem como efeitos (BONATO, 2007):

- Busca da Qualidade: permite à instituição demonstrar sua eficácia, incentivando-a a funcionar de acordo com os padrões pré-estabelecidos. Sinaliza o compromisso da Organização com a qualidade dos serviços.
- Formação de equipes de melhoria: a preparação para a Acreditação é uma fase chave do desenvolvimento para todos os funcionários e profissionais envolvidos. A formação de uma equipe de melhoria estimula a motivação para se alcançar melhores resultados.
- Função educativa para a equipe de funcionários e profissionais: o processo é instrutivo para os participantes das instituições e para os aplicadores do instrumento de Acreditação. Oferece às instituições a oportunidade de revisar suas práticas correntes, analisá-las segundo uma nova perspectiva e modo para melhorá-las. Compreender a gestão da assistência, em uma situação diária, freqüentemente proporciona idéias novas e informações abundantes que podem ser utilizadas pelos hospitais.
- Instrumento útil de gerenciamento: a Acreditação pode servir como um instrumento de gerenciamento, o que contribui para aumentar sua popularidade. No Processo de Acreditação, a auto-análise ou auto-avaliação proporciona uma base para o desenvolvimento organizacional.

A avaliação para Acreditação não é neutra, pois o avaliador e o solicitante influem na mesma de acordo com seus interesses. O objetivo da avaliação, os critérios e os atores envolvidos no processo, e a divulgação de seus resultados é um processo com início e fim, com limites que atravessam diversos momentos (BONATO, 2007).

O histórico da Acreditação a nível mundial e as particularidades do processo de Acreditação Nacional e norte-americano, o mais prestigiado e procurado do setor, são abordados nas seções subsequentes.

2.2.1 Histórico da Acreditação no Mundo

A Acreditação Hospitalar originou-se nos EUA e, aos poucos, foi se estendendo para outros países. O processo de Acreditação norte-americano surgiu a partir de iniciativas da corporação médica. Em 1910, Ernest Codman desenvolveu um sistema de padronização de práticas hospitalares baseado na avaliação do resultado final, por meio do qual se avaliava a efetividade do tratamento médico (ANTUNES, 2004).

Tal programa foi adotado e disseminado pelo país por meio do Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) e baseava-se em cinco padrões oficiais de prestação dos serviços hospitalares, a saber (QUINTO NETO, 2000):

- Médicos que trabalham em hospitais devem organizar-se em grupo (equipe médica).
- Médicos devem dispor de certificados e licenças reconhecidas e ética profissional.
- A equipe médica deve reunir-se pelo menos uma vez por mês e revisar todos os registros médicos para analisar os serviços médicos.
- Os médicos devem registrar, precisamente, os casos e tratamentos de cada usuário.
- Disponibilidade de instalações de diagnóstico e terapêutica, incluindo radiologia e serviço de laboratório.

Em 1950, o sucesso do programa, o número crescente de instituições participantes e o aumento dos custos de manutenção, levaram à criação da *Joint Commission Accreditation of Hospitals* (JCAH) que seria responsável pela coordenação do processo de Acreditação no país. Em 1952, o programa foi aperfeiçoado por meio da inclusão de outros padrões (Educação, Avaliação e Consultoria) e lançou-se o Programa Oficial de Acreditação. No ano seguinte, foi lançado o Manual para Acreditação de Hospitais que, desde então, Acredita hospitais nos EUA (QUINTO NETO, 2000).

Em 1970, a *Joint Commission* buscou modificar o padrão de exigência em favor de padrões ótimos da qualidade da assistência focados em Estrutura, Processos e Resultados. Embora os hospitais não fossem obrigados a adotarem a Acreditação da *Joint Commission*, havia um amplo incentivo para que a adesão ocorresse o que resultou em mais de 80% de instituições Acreditadas (ANTUNES, 2004).

Em 1987, refletindo o escopo das atividades da Acreditação o nome da Organização coordenadora mudou para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization* (JCAHO). A JCAHO teve sua atuação focada na ênfase à assistência clínica por meio do monitoramento de indicadores de desempenho, ao desempenho organizacional e finalmente assumiu o papel de educação com monitoramento. Por fim, em 1994, a JCAHO criou padrões internacionais para o crescimento fora dos EUA (FORTES, 2007).

O pioneirismo norte-americano foi seguido, posteriormente, por Canadá e Austrália. A Acreditação só chegou à Europa na década de 80, na Catalunha, em 1981, e, ao final da década, a metodologia chegou Inglaterra. No início da década de 90 chegou à França. O crescimento da demanda mundial quanto aos conceitos de melhoria da qualidade, fez com que diversos países tenham desenvolvido e aplicado métodos de Acreditação, atingindo um total de trinta e seis países, vinte e sete, deles, representados com seus respectivos anos (e instituições) de início de atividades (FORTES, 2007):

- 1959 – Canadá.
- 1974 – Austrália.
- 1986 – Taiwan.
- 1989 – Nova Zelândia.
- 1990 – Inglaterra.
- 1994 – África do Sul.
- 1995 – Finlândia, Coreia, Indonésia.
- 1996 – Argentina e Espanha.
- 1997 – República Tcheca, Japão.
- 1998 – Brasil, Polônia, Suíça.
- 1999 – França, Malásia, Holanda, Tailândia, Zâmbia.
- 2000 – Portugal e Filipinas.
- 2001 – Irlanda, Itália e Alemanha.

Em 1991, ocorreu o lançamento do Manual de Acreditação de Hospitais para a América Latina e Caribe publicado pela Federação Brasileira de Hospitais, Federação Latino-Americana de Hospitais e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Diversos países latino-americanos, dentre eles, o Brasil, criaram seus programas próprios de Acreditação baseados no modelo proposto pela OPAS (KLUCK. PROMPT, 2004).

As atividades do processo de Acreditação se assemelham em diversos países. A Acreditação Nacional, por exemplo, apresenta similaridades com a de países europeus, como

Espanha, Portugal e República Tcheca. A Acreditação Nacional e a Acreditação norte-americana, mais prestigiada e procurada no mundo, são abordadas nas seções subseqüentes.

2.2.2 Joint Commission International (JCI)

A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO)* é uma Organização sem fins lucrativos, formada por profissionais de diversas áreas, como médicos, enfermeiros, terapeutas, psicólogos e administradores. Esta agência foi pioneira na concessão de certificações da Qualidade no setor da Saúde e busca desenvolver padrões de Qualidade em serviços de saúde e avaliar instituições quanto a sua adequação a estes padrões (JOINT COMMISSION, 2012).

A *Joint Commission* tem reconhecida a sua liderança na implantação de programas de melhoria de desempenho e de sistemas de avaliação na área da Saúde, são mais de dezoito mil prestadores de serviços em saúde nos Estados Unidos certificados pela JCAHO, voluntariamente, atendendo aos seus padrões de Qualidade. As atividades internacionais da *Joint Commission* são prestadas pela *Joint Commission International (JCI)* e *QHR (Quality Healthcare Resources)* (JOINT COMMISSION, 2012).

A missão da JCI é promover a Melhoria Contínua da Segurança e da Qualidade de prestação dos serviços de Saúde na comunidade internacional, por meio da capacitação dos profissionais, auditorias, consultorias e Acreditação. A JCI está presente em mais de trinta e nove país. Nos EUA, 85% dos hospitais e mais de dezenove mil Organizações de Saúde são Acreditadas pela JCI. Mais de trezentos hospitais, ao redor do mundo, possuem tal certificação. No Brasil, vinte e três hospitais são Acreditados pela JCI (JCI, 2013).

A JCI tem como visão oferecer, aos cidadãos, Organizações de Saúde com os mais altos padrões de segurança, qualidade e valores éticos na prestação dos serviços (JOINT COMMISSION, 2012).

A JCI fornece certificados de Acreditação para diversos tipos de Organização de Saúde, como: Hospitais, Ambulatórios, Laboratórios, atenção primária à saúde e assistência domiciliar. O processo de Acreditação realizado pela JCI busca estimular as Organizações de Saúde a alcançarem e excederem padrões, por meio da Acreditação e da educação voltada para a melhoria da Qualidade (JCI, 2012).

São padrões ótimos, e não mínimos, para a verificação das Organizações de Saúde, por meio de indicadores quantitativos clínicos e banco de dados nacionais, que também estão sendo incorporados ao processo de Acreditação. Trata-se de um processo aberto, onde se fornecem perguntas e são analisadas respostas (JCI, 2012).

Os padrões da *Joint Commission* são voltados para os resultados e para a melhoria contínua dos processos de assistência aos usuários do hospital, contemplando os direitos e deveres de cada indivíduo, garantindo que os cuidados prestados sejam os mais adequados, onde se priorizam o conhecimento e participação do usuário nas decisões, de modo que todas as necessidades deste sejam plenamente atendidas (JCI, 2012).

Ainda de acordo com tais autores, esses mesmos padrões relacionam-se, também, com a infra-estrutura e o ambiente nos quais os cuidados são prestados, sendo que os profissionais responsáveis devem ser qualificados e os processos definidos (JCI, 2012).

Segundo Karaarslan (2009), as características da Acreditação da *Joint Commission* envolvem:

- Programas educacionais e publicações facilmente disponíveis.
- Processo participativo durante a visita.
- Organização durante todo o processo representada por um membro designado.
- Avaliadores têm por anos de experiência em suas áreas e formação teórica.
- Método de avaliação e processo decisório justos.
- Agenda programada com horários rígidos e cumprida para maximizar o uso do tempo dos representantes e da equipe do hospital.
- Relatórios públicos de desempenho dos hospitais.

Segundo a JCI (2012), o certificado de Acreditação propicia como vantagens:

- Foco na Melhoria Contínua dos serviços de Saúde e segurança dos usuários, aumentando a confiança destes.
- Respeito aos direitos dos usuários e de seus familiares, envolvendo-os no processo de assistência.
- Estímulo aberto à cultura de aprendizagem por meio da elaboração anual de relatórios sobre eventos sentinela e foco no gerenciamento de risco.
- Os padrões da Acreditação JCI foram desenvolvidos por especialistas de diversas partes do mundo, sendo aplicável a qualquer país.

- A Acreditação possui padrões voltados para educação dos profissionais de Saúde, auxiliando a Organização a realizar práticas sustentáveis.

Os serviços com Acreditação ajudam a informar e proteger o consumidor, oferecem melhoria na educação e nos serviços. Nos EUA, 85% dos hospitais são Acreditados pela *Joint Commission*. No Brasil, apenas 23 hospitais possuem tal certificado o que representa 0,36% do número total de hospitais do país (JCI, 2013).

O processo de avaliação para Acreditação JCI obedece a um roteiro pré-definido de etapas e regras, as Diretrizes Internacionais de Acreditação, abordadas a seguir.

2.2.2.1 Diretrizes do Processo de Acreditação da JCI

O processo inicia-se quando uma determinada Organização de Saúde manifesta interesse em participar do processo de Acreditação da JCI. Assim, a Organização de Saúde entra em contato com a JCI e envia-lhe a taxa de inscrição no processo. Em troca a Organização recebe o Manual Internacional de Padrões de Acreditação e um formulário a ser preenchido com informações da instituição requerente do processo (EPLING *et al.*, 2008).

O valor da taxa de inscrição a ser paga depende do porte da Organização e do número de setores que a compõem. Em média, o valor é de vinte e seis mil dólares. Concluídas tais etapas, a JCI atua como uma empresa de consultoria para a Organização de Saúde e auditores agendando uma visita de preparação à instituição (JCI, 2012).

Na visita de preparação, são observados a conformidade da gestão da Organização aos padrões do Manual de Acreditação, além dos pontos fortes e fracos existentes e das oportunidades de melhoria. Os auditores atuam no sentido de orientar e capacitar os profissionais da instituição para as não conformidades sejam sanadas e para que a instituição consiga obter, futuramente, o certificado de Acreditação (JCI, 2011).

Durante a visita, uma equipe composta por três auditores realiza uma inspeção completa em cada setor da Organização, avaliando a conformidade de cada área aos padrões de Acreditação. As não conformidades são descritas em um relatório, sendo que a Organização de Saúde tem prazo de seis meses para saná-las até a primeira visita de avaliação. Cada padrão é avaliado de acordo com uma escala de pontuação que varia de zero a dois pontos, sendo que (JOINT COMMISSION, 2011):

- Zero ponto: significa padrão não-conforme.

- Um ponto: significa padrão parcialmente conforme.
- Dois pontos: significa padrão plenamente conforme.

Caso ao final da visita de preparação, o resultado indique um percentual maior ou igual a 65% de padrões com pontuação dois, a Organização será considerada em conformidade plena, sendo-lhe concedido o prazo de quatro meses para adequação dos padrões em conformidade parcial (JOINT COMMISSION, 2011).

Caso o percentual de padrões com pontuação dois seja inferior a 65%, a Organização será considerada em conformidade parcial, e, como penalidade, lhe será concedido um prazo de dois a três meses para adequação dos padrões parcialmente conformes (JOINT COMMISSION, 2011).

Caso seja observada a existência de, pelo menos, um padrão não-conforme, isto é, com pontuação zero, a Organização será considerada em não-conformidade e, como penalidade, terá um prazo inferior a dois meses para realizar as adequações necessárias (JOINT COMMISSION, 2011).

Encerrados a fase de preparação e os prazos de adequação estabelecidos, inicia-se a fase de primeira auditoria. Nesta fase, uma equipe de auditores da JCI avalia, novamente, a Organização de Saúde. São avaliados registros, procedimentos documentados e práticas de trabalho. São realizadas entrevistas com diferentes profissionais da instituição a fim de obter evidências sobre o cumprimento dos padrões (JOINT COMMISSION, 2011).

A Organização de Saúde é avaliada, quantitativamente, pontuando-se cada padrão em uma escala de zero a dois pontos. Caso a instituição apresente uma porcentagem maior ou igual a 65% dos padrões com pontuação dois, receberá a Acreditação Preliminar e doze meses para adequar os padrões em conformidade parcial (JOINT COMMISSION, 2011).

Se Organização apresentar 65% de padrões em conformidade, receberá a Acreditação Preliminar, mas, como penalidade, terá de seis a onze meses para adequação dos padrões em conformidade parcial. Se a Organização apresentar, pelo menos, um padrão não-conforme (pontuação zero), não receberá a Acreditação Preliminar e, como penalidade, terá prazo inferior a seis meses para realizar as adequações (JOINT COMMISSION, 2011).

O *status* de Acreditação Preliminar permanecerá até a fase seguinte, a segunda auditoria, realizada analogamente à primeira. Ao seu final, será definido se a Organização será ou, não, Acreditada. A Organização tem até trinta dias, após a emissão do relatório final com o resultado do processo, para contestá-lo e requerer uma nova auditoria (JOINT COMMISSION, 2011).

Para isso deve enviar à JCI uma solicitação formal, contendo os pontos de avaliação contestados e propondo uma nova data para realização de outra auditoria. A JCI, juntamente com um Comitê Especialista, decide sobre a validade e a pertinência da solicitação, podendo indeferir ou acatar a solicitação (JOINT COMMISSION, 2011).

A certificação tem validade de três anos. Neste período, a Organização Acreditada será submetida à auditorias de manutenção cuja periodicidade de realização pode ser de um, dois ou três anos. A validade do certificado não ocorre automaticamente e se a Organização estiver interessada em renová-lo, deverá submeter-se novamente a todo o processo de Acreditação (JCI, 2012).

Para renovar a validade do certificado, a Organização deve preencher o formulário de Requisição de Recertificação no site da JCI. Esta devolve a requisição à instituição, propondo uma data para realização da auditoria de recertificação que pode ocorrer imediatamente após o término do prazo de validade da primeira certificação (JCI, 2011).

As diretrizes de Acreditação da JCI são norteadas pelas políticas de Confidencialidade do processo e de Divulgação dos resultados deste aos interessados (Governo, Sociedade, usuários, Organizações de Saúde em geral e Gestores). A confidencialidade do processo busca preservar a imagem das instituições participantes mantendo sob sigilo informações referentes a (JOINT COMMISSION, 2011):

- Detalhes do Relatório final que descreve todo o processo de Acreditação realizado na Organização. Este sigilo é quebrado apenas pelo Governo.
- As evidências utilizadas durante o processo para comprovar a conformidade a determinado padrão.
- Planos de Ação elaborados e implantados para resolução de eventos sentinela.
- Agenda de datas nas quais transcorreram as fases do processo.
- Nomes dos profissionais da Organização de Saúde que criticaram práticas e padrões de trabalho realizados pela instituição.

A política de divulgação dos resultados do processo busca fornecer informações sobre a evolução e andamento do mesmo para Organizações Acreditadas, não Acreditadas, Estados e para o país em geral. A divulgação é realizado a partir de dois meio de comunicação: Relatório da Qualidade e pelo *site* da JCI.

No Relatório da Qualidade são divulgadas informações como (JOINT COMMISSION, 2011):

- *Status* do processo de Acreditação das Organizações participantes.
- Número atualizado de Organizações de Saúde Acreditadas.
- Organizações de Saúde que perderam a certificação.
- Organizações de Saúde que receberam a certificação.
- Novos padrões e serviços incluídos no processo.
- Normas que definem a negação ou expedição do certificado à Organização.

As diretrizes de Acreditação hospitalar da JCI estão presentes e disponíveis à consulta no Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar. Esse Manual funciona como um roteiro orientativo para a condução das etapas de Acreditação, instruindo os hospitais quanto aos padrões exigidos e as regras legais que regem o processo (JCI, 2011).

2.2.2.2 Manual Internacional JCI de Padrões de Acreditação Hospitalar

O instrumento utilizado pela *Joint Commission*, para a Acreditação Hospitalar Internacional, é o Manual Internacional de Padrões de Acreditação. Neste Manual, existem cerca de quinhentos padrões que devem ser avaliados nas auditorias de certificação. Os padrões estão agrupados em onze sessões relacionadas à assistência prestada aos usuários e à gestão dos processos do hospital (PRICE, 2009).

As sessões focalizam requisitos para a qualidade da assistência e para um ambiente seguro aos usuários, acompanhantes e profissionais. Das onze sessões do Manual, seis, referem-se à assistência ao usuário e outras cinco, à gestão dos processos da instituição (JCI, 2011). Cada uma delas é apresentada a seguir (JCI, 2011):

- Sessões voltadas à assistência prestada aos usuários:
 1. Acesso e Continuidade da Assistência: descreve processos capazes de garantir o adequado e contínuo acesso dos usuários ao hospital; a adequada admissão do usuário segundo suas necessidades e a oferta de serviços da instituição ; a sistematização das rotinas e procedimentos voltados a assegurar o adequado gerenciamento dos processos de referência, contra-referência, transferências internas e externas e Alta hospitalar.

2. Direitos do Paciente e Familiares: aborda os processos para: identificar, proteger e promover os direitos do usuário; informar os usuários sobre seus direitos; incluir os familiares do usuário, quando oportuno, nas decisões sobre a assistência prestada ao usuário; educar os profissionais quanto aos direitos do usuário; e estabelecer o código de ética do hospital.
3. Avaliação do Usuário: aborda a sistematização dos processos de avaliação inicial do usuário e das políticas e procedimentos para a adequada operacionalização dos serviços diagnósticos; análises clínicas, anatomia patológica, radiografia e outros serviços de diagnóstico por imagem.
4. Cuidados ao Usuário: aborda as políticas e procedimentos que estabelecem o processo de planejamento da assistência ao usuário. Sistematiza os processos de armazenamento, dispensação e utilização de medicamentos, o planejamento, monitoramento e registros das atividades de cirurgia e anestesia, as rotinas de assistência a usuários de risco (emergência, unidades intensivas ou especializadas), planejamento da assistência nutricional e de reabilitação e para usuários em estado de saúde terminal.
5. Educação dos Pacientes e Familiares: abrange a definição e a aplicação de processos educacionais para usuários e familiares, segundo as necessidades identificadas e o perfil de atividades realizadas no hospital.
6. Educação dos Usuários e Familiares: aborda modelos e processos de estrutura de gestão e operação para realização de programas e atividades de melhoria (GQ e implantação de indicadores de processos). Aborda, ainda, o estabelecimento de métodos para controle e investigação das ocorrências identificadas como eventos sentinela e reações adversas, além da implantação de métodos e instrumentos de avaliação e monitoramento do desempenho das diferentes atividades realizadas no hospital.
 - Sessões voltadas à gestão dos Processos do hospital:
7. Prevenção e Controle de Infecções: aborda a implementação de políticas e procedimentos voltados à vigilância, prevenção e controle de infecção hospitalar, além da implementação de processos para a efetiva capacitação dos profissionais, usuários e acompanhantes, nessa área.
8. Governança, Liderança e Gestão: abrange a implementação de políticas e procedimentos capazes de configurar os modelos e os métodos de gestão da instituição; o planejamento estratégico e o plano diretor; a discussão e a

definição dos processos de planejamento, controle e gestão com lideranças; a implantação da estrutura hierárquica administrativa com a definição das responsabilidades e o gerenciamento efetivo dos serviços.

9. Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança: Discute o planejamento e programas voltados para a estrutura predial e componentes físico-estruturais dos serviços; a implementação de processos voltados para o efetivo gerenciamento das estruturas prediais, sistemas de emergência, etc. Focaliza, ainda, a capacitação dos profissionais para atuar de forma segura no ambiente hospitalar e diante de situações de emergência.
10. Educação e Qualificação dos Profissionais: abrange a implementação de processos para garantir o adequado cumprimento da regulamentação nessa área e a qualificação dos profissionais.
11. Gerenciamento da Informação: aborda os processos para configurar o modelo e o formato do sistema de informação da instituição; a sistematização de procedimentos para criação e manutenção dos requisitos de segurança, confiabilidade e integridade das informações; a implementação de políticas e procedimentos para identificar e garantir a adequada manutenção do formato e do conteúdo dos prontuários; e a definição e sistematização dos métodos e processos de gestão da informação necessários ao suporte das atividades clínicas e gerenciais.

A conformidade com os padrões inerentes a cada uma dessas onze sessões é verificada nas auditorias de Acreditação, por meio de observação, entrevista com profissionais, gestores e usuários do hospital, além de análises documentais. Para obter o certificado de Acreditação, o hospital deve atender todos os padrões (EPLING *et al.*, 2008).

De acordo com a porcentagem de padrões em conformidade total, o hospital Acreditado pode ser classificado em três categorias distintas (JCI, 2011):

- Acreditação: o hospital apresenta conformidade total em relação a todos os padrões de Acreditação avaliados pelos auditores.
- Acreditação Provisória: o hospital apresenta conformidade total em relação a mais de 65% dos padrões de Acreditação. Para que o hospital seja classificado como Acreditado, deverá adequar os padrões em conformidade parcial em um prazo de quatro meses até uma nova auditoria.
- Acreditação Condicional: conformidade total inferior a 65% dos padrões de Acreditação. Para que o hospital seja classificado como Acreditado, deverá

adequar os padrões em conformidade parcial em um prazo de dois a três meses até a realização de uma nova auditoria.

Serão considerados não Acreditados, os hospitais que apresentarem, durante a segunda auditoria, pelo menos uma não-conformidade. Dessa forma, pode-se observar que a Acreditação da JCI não ocorre por meio de níveis, estando condicionada a exigências de adequação a serem cumpridas dentro de um determinado prazo (JCI, 2011).

Anualmente, os hospitais Acreditados pela JCI devem atingir metas estabelecidas por esta quando da obtenção do certificado. São metas anuais e o não atingimento pode levar à perda da Acreditação (PRICE, 2009).

As metas estabelecidas pela JCI referem-se a (JCI, 2012):

- Identificação correta dos usuários.
- Comunicação Efetiva (sanar problemas de falhas de comunicação entre os setores, os profissionais, os usuários e acompanhantes).
- Administração Segura de Medicamentos de Alta-Vigilância.
- Cirurgias realizadas no local de intervenção correto.
- Procedimentos realizados sem falhas e no usuário correto.
- Redução da taxa de infecção hospitalar.
- Redução de lesões causadas nos usuários decorrentes da queda dos mesmos

O processo de Acreditação hospitalar, seus padrões e diretrizes, contidos no Manual Internacional, realizado pela *Joint Commission*, inspirou o surgimento de diversos processos de Acreditação pelo mundo, cada qual com suas peculiaridades e variações conforme a realidade do país. O processo brasileiro é abordado na seção subsequente.

2.2.3 Histórico da Acreditação no Brasil

No Brasil, as primeiras iniciativas relacionadas à Acreditação Hospitalar ocorreram no início da década de 90. A primeira, ocorrida na Associação Paulista de Medicina (APM), iniciou a avaliação dos hospitais por meio do número de estrelas em uma sistemática semelhante à do setor hoteleiro. A avaliação da qualidade da assistência ocorrida por meio do monitoramento de indicadores de desempenho hospitalar (SCHIESARI, 1999).

A dificuldade principal referia-se à preocupação com o monitoramento do período entre as visitas de inspeção para a Acreditação, dificuldade encontrada também pelo sistema norte-americano. A solução proposta foi estimular que os hospitais implementassem programas de GQ, ao invés da realização de visitas randômicas. Tal sistemática não se assemelhava ao modelo de Acreditação, apesar da existência de um roteiro de visitas inspirado em instrumentos de Acreditação (SCHIESARI, 1999).

O processo de Acreditação brasileiro tornou-se possível com a publicação do Manual da Acreditação de Hospitais para a América e Caribe em 1991. Em 1990, foi firmado um convênio entre a OPAS e a Federação Latino-Americano de Hospitais para a elaboração do Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina, que foi estruturado em padrões e níveis de complexidade, de forma que a avaliação final estava atrelada ao nível atingido (ONA, 2012).

Em 1992, foi realizado o primeiro seminário nacional de Acreditação com a participação de profissionais de diversas Organizações de Saúde do país, sendo apresentado a primeira versão do Manual Brasileiro de Acreditação e discutidas as mais distintas propostas a respeito do modelo de Acreditação mais apropriado para o Brasil (KLUCK; PROMPT, 2004).

Em 1997, o Ministério da Saúde lançou o programa “1997: O Ano da Saúde no Brasil – Ações e Metas Prioritárias”, visando utilizar indicadores de desempenho e de resultado das ações e dos programas de avaliação dos serviços de Saúde. O programa brasileiro de Acreditação foi concebido com o intuito inicial de melhorar a segurança de atendimento de usuários e profissionais, melhorar a eficiência (produtividade, utilização, etc.) dos hospitais e estimular a melhoria contínua da qualidade dos serviços (ONA, 2012).

Em dezembro de 1997, foi realizado, pela *Joint Commission International* (JCI), um seminário para estabelecer um programa nacional de Acreditação hospitalar, visando envolver todos os hospitais universitários do país. Tal iniciativa buscou inserir o Brasil no contexto global de avaliação externa dos serviços de Saúde (SCHIESARI, 1999).

Em abril de 1998, o Ministério da Saúde coordenou o programa brasileiro de aplicação e monitoramento do manual de Acreditação a ser adotada. Para tal, foi realizado um teste piloto com dezessete hospitais distribuídas por todas as cinco regiões do Brasil. Em dezembro do mesmo ano, foi lançada uma nova versão do Manual de Acreditação e discutidas as normas técnicas de regulamentação dos atores que estariam envolvidos no processo de Acreditação Nacional (Agências Acreditadoras, relação entre Agência Acreditora e o Ministério da Saúde, código de ética e perfil do auditor) (KLUCK; PROMPT, 2004).

Em 1999, foi criada, judicialmente, a ONA, Organização responsável pela coordenação do processo de Acreditação, que passou a definir padrões e monitorar tal processo nacionalmente. A realização do processo de Acreditação ficou a cargo das Agências Acreditoras, responsáveis pela capacitação dos avaliadores (auditores), pela elaboração de estratégias de avaliação e de melhorias, realizando visitas de avaliação nas Organizações de Saúde interessadas em obter o certificado (ONA, 2010).

A Agências Acreditoras tem o poder de determinar se a Organização de Saúde está apta ao recebimento da Acreditação. Elas são subordinadas à ONA que aprova, reconhece e fiscaliza a atuação dessas Agências (ONA, 2010).

Até março de 2013, havia 312 Organizações de Saúde Acreditadas pela ONA, dispersas por 19 Estados do Brasil. O Estado com maior número de certificações é São Paulo (155) seguido por Minas Gerais (58), Rio de Janeiro (18) e Paraná (14). Em 2012, houve cancelamento de seis certificações (ONA, 2013).

Das trezentas e doze Organizações Acreditadas, cento e sessenta e uma são hospitais. Há quarenta e cinco hospitais no nível Acreditação, cinquenta e um hospitais estão no nível Acreditação Plena e sessenta tem Acreditação por Excelência. Nos próximos anos, o número de hospitais Acreditados pela ONA deve ser superior a duzentos, pois cinquenta e quatro hospitais estão com o processo de certificação em andamento (ONA, 2012).

A coordenação de todo esse processo é de responsabilidade da ONA, Organização Nacional de Acreditação, abordada na próxima seção.

2.2.4 Organização Nacional de Acreditação (ONA)

A ONA é uma Organização privada sem fins lucrativos que tem como principais objetivos a implementação de um processo permanente de melhoria da qualidade de assistência à saúde, estimulando os serviços de saúde a cumprirem elevados padrões de qualidade, segundo o processo de Acreditação. Tem a função de estabelecer e monitorar o processo de Acreditação, operacionalizado pelas Agências Acreditoras (ONA, 2010).

A missão da ONA é promover o desenvolvimento do processo de Acreditação, visando aprimorar a qualidade da assistência à saúde no Brasil. A Organização tem como valores: Credibilidade, Legitimidade, Qualidade, Ética e Resultado. Sua visão é tornar o Sistema Brasileiro de Acreditação e a Organização Nacional de Acreditação referências

nacionais e internacionais, por meio de uma metodologia reconhecidamente sólida e confiável, comprometida com a viabilização de um processo de Melhoria Contínua, Qualidade e Produtividade no setor de Saúde (ONA, 2010).

Diferentemente do modelo norte-americano (JCAHO), que se baseia em um trinômio – avaliação, educação e consultoria – o modelo brasileiro (ONA) se baseia em um binômio – educação e avaliação. O Sistema Nacional de Acreditação se constitui no conjunto de estruturas, processos e entidades, que tem por finalidade a viabilização do processo de Acreditação no Brasil. É um sistema independente, privado, constituído de forma representativa por todos os atores que compõem os diversos segmentos sociais relacionados com a saúde, com a sociedade civil e com o Ministério da Saúde (SCHIESARI, 1999).

Esse sistema é composto por uma Organização Nacional de Acreditação (entidade líder e controladora: ONA) e objetiva a normatização, coordenação e implantação do processo de Acreditação nas Organizações de Saúde brasileiras. Há, também, as Instituições Acreditoras que tem a função de executar as atividades do Processo de Acreditação (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

A ONA tem, ainda, como atribuições e competências (ONA, 2010):

1. regulamentar o Processo de Acreditação no país.
2. coordenar a implantação, implementação e desenvolvimento em nível nacional, de um processo permanente de melhoria da qualidade da assistência por meio de certificações periódicas.
3. promover o desenvolvimento e a disseminação de instrumentos para atender ao processo de auto avaliação e ao aprimoramento contínuo da assistência à saúde.
4. definir critérios e credenciar Instituições Acreditoras.
5. estabelecer os padrões básicos a serem utilizados nacionalmente pelas Agências Acreditoras.
6. estabelecer as diretrizes gerais de treinamento e capacitação dos avaliadores.
7. controlar e avaliar o Processo de Acreditação.
8. estimular a criação de Instituições Acreditoras.
9. estimular as Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde a procurarem o grau de satisfação dos seus usuários como instrumento básico para a Gestão da Qualidade.

O processo nacional de Acreditação é operacionalizado pelas Agências Acreditoras que são Organizações de direito privado credenciadas pela ONA, com a responsabilidade de proceder a avaliação e certificação dos serviços no Processo Nacional de Acreditação (ONA, 2010).

As atribuições e competências das Agências Acreditoras são (ONA, 2012):

- Avaliar a Qualidade dos serviços de Saúde.
- Certificar as Organizações de Saúde com a Acreditação.
- Capacitar os avaliadores (auditores) para o processo de avaliação.

Para que essas atribuições sejam possíveis é necessário que as Agências Acreditoras realizem as seguintes tarefas (ONA, 2012):

- Seguir os procedimentos e padrões apresentados pela ONA e expressos no Manual Brasileiro de Acreditação.
- Realizar a avaliação com fins de certificação das Organizações de Saúde de acordo com as diretrizes e requisitos mantidos pelo Manual de Acreditação.
- Observar o código de ética que rege o processo de Acreditação.

As Agências Acreditoras podem, facultativamente, ministrar palestras ou conferências de sensibilização, além de realizar diagnósticos das Organizações de Saúde. São exemplos de Agências Acreditoras credenciadas pela ONA (ONA, 2012):

- DNV (Det Norske Veritas).
- GLCSA (Germanischer Lloyd Certification South America).
- FCAV (Fundação Carlos Alberto Vanzolini).
- IAHC (Instituto de Acreditação Hospitalar e Certificação em Saúde).
- IGQ (Instituto Qualisa de Gestão).
- IPASS (Instituto Paranaense de Acreditação em Serviços de Saúde).

Para fins de Acreditação, as Organizações de Saúde são Organizações jurídicas e legalmente constituídas nas quais se prestam serviços de assistência médica, hospitalar, hemoterápico, laboratório e patologia clínica, ambulatorial e pronto atendimento, diagnóstico e terapia, atenção primária à saúde e assistência domiciliar, de caráter estatal ou privado, com ou sem fins lucrativos, sob a responsabilidade de uma diretoria. Como o processo de Acreditação nacional é voluntário, cabe à Organização de Saúde analisar os benefícios de obtenção da Acreditação e decidir quanto à adesão (ONA, 2010).

Segundo a ONA (2012), a Acreditação hospitalar tem como vantagens:

- Segurança aos usuários e profissionais dos hospitais Acreditados.
- Melhoria da Eficiência do hospital (produtividade, utilização, etc.).
- Melhoria Contínua da qualidade dos serviços hospitalares.
- Práticas compatíveis à realidade dos hospitais brasileiros.

O processo de avaliação para Acreditação da ONA obedece a um roteiro pré-definido de etapas, as Diretrizes Nacionais da Acreditação Brasileira, tema da seção a seguir.

2.2.4.1 Diretrizes do Processo de Acreditação Nacional

O processo inicia-se quando a Organização de Saúde manifesta interesse em ser avaliada por uma Agência Acreditadora. Após o contato com a Agência, a Organização preenche um formulário preliminar e repassa à Agência seu alvará de funcionamento, a licença sanitária, e o registro do responsável técnico no CRM (Conselho Regional de Medicina). Após a análise da documentação, o contrato de Avaliação é encaminhado à Organização de Saúde. Uma cópia do mesmo é encaminhada à ONA (ONA, 2012).

A seguir a Agência prepara o processo de realização da visita, indicando a equipe de avaliadores à direção da Organização, para aprovação. O avaliador-líder e sua equipe entram em contato com a Alta Administração da Organização de Saúde para montagem do plano de visita (ONA, 2010).

O processo avaliatório da Acreditação dá-se a partir de padrões previamente estabelecidos, isto é, compara-se o que é encontrado nos serviços com o padrão considerado como referência. Assim, verifica-se se o serviço atinge ou não os critérios preconizados como desejáveis. Os itens de verificação apontam as fontes onde os avaliadores podem procurar as provas, ou o que o hospital puder apresentar para indicar que cumpre determinado padrão. Essas fontes podem ser documentos da Organização, entrevistas com as chefias de serviço, usuários e familiares, prontuários médicos, registros dos usuários, etc. (ONA, 2010).

A fase de avaliação e visita tem duas etapas: a pré-visita e a visita propriamente dita. Na fase da pré-visita, o hospital prepara-se para o processo com a divulgação interna e distribuição do Manual de Acreditação, que contém os critérios básicos para a Acreditação oficial e os itens de verificação avaliados pelos auditores, aos funcionários (ONA, 2010).

A visita somente ocorrerá após a solicitação formal voluntária do hospital à Instituição Acreditadora. A duração da visita formal dos avaliadores é variável em função do porte. Todos os setores do hospital são avaliados durante a visita, levando em consideração uma programação definida juntamente com a Alta Administração do hospital (ONA, 2010).

Durante a avaliação, podem surgir quatro tipos de ocorrência (ANTUNES; RIBEIRO, 2005):

I. Não conformidade maior:

- ausência ou incapacidade total da Organização Prestadora de Serviços de Saúde em atender ao requisito do padrão ou à norma como um todo.
- um grande número de não conformidades “menores”, constatadas ao longo da avaliação da organização em um único item do padrão ou distribuídas de tal forma que afetem a coerência e funcionamento do sistema.
- uma situação que possa, com base nas evidências objetivas disponíveis, gerar dúvidas significativas quanto à qualidade que está sendo fornecida.

II. Não conformidade menor:

- falta de cumprimento a requisitos do Sistema da Qualidade que o julgamento e/ou experiência da equipe de avaliadores indiquem que provavelmente não implicará em uma “quebra” do Sistema da Qualidade.
- uma não adequação ou não implantação de parte de um requisito da norma de referência, que é evidenciada pela equipe auditora.

III. Observação:

- uma falha localizada, comprovadamente não generalizada, falha esta que não possui uma relevância e impacto sobre a atividade auditada.
- desconforto da equipe de avaliadores.
- falha potencial.

IV. Pontos Fortes:

- qualquer fato positivo evidenciado durante a avaliação.

Terminada a avaliação, a equipe de auditores emitirá o Relatório de Avaliação com os resultados das pesquisas, que será apresentado à Organização de Saúde. Esta terá até noventa dias para ajustar não-conformidades e solicitar, se for o caso, uma nova visita à Agência Acreditadora. Ao final desta nova visita, a equipe de auditores elabora um novo Relatório de Avaliação (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

O processo de avaliação é considerado encerrado após a aprovação do Relatório de Avaliação pela Agência Acreditadora, emissão de seu parecer final sobre o resultado final da avaliação, entrega do mesmo à Organização de Saúde avaliada e dos documentos correspondentes à ONA (ONA, 2010).

O certificado é emitido e tem validade de dois anos para a Acreditação e para a Acreditação Plena e três anos para a Acreditação por Excelência” (ONA, 2012).

Durante o período de validade do certificado, a Organização de Saúde está sujeita a dois mecanismos distintos de controle para avaliação da manutenção do desempenho obtido no processo de avaliação: avaliação anual simplificada de manutenção da Acreditação e a detecção de eventos sentinela (FELDMAN *et al.*, 2005).

A avaliação anual simplificada de manutenção da Acreditação analisa os documentos e a estrutura da instituição certificada. Tais análises podem, em caso de desacordo, gerar um relatório de não-conformidade documental, por meio do qual serão estabelecidas as exigências necessárias para a adequação dos documentos apresentados, estabelecendo-se um prazo, em comum acordo, para reapresentação dos mesmos, refazendo-se tal ciclo de avaliação documental (ONA, 2012).

Caso as divergências ou prazos acordados sejam cumpridos, prevalece o relatório de não-conformidade documental, podendo até levar a instituição a um rebaixamento de nível de Acreditação, ou seja, poderá passar de Acreditado Pleno para Acreditado por Excelência, ou deste para Acreditado, ou de Acreditado para não Acreditado (ONA, 2012).

Avaliada e aprovada a parte documental, passa-se à análise *in loco* das estruturas e processos da Organização. A equipe de avaliadores poderá utilizar relatórios já emitidos na Acreditação inicial, ou de manutenções da Acreditação anteriores (ONA, 2010).

A avaliação *in loco* pode gerar, em caso de divergências, a um relatório de não-conformidade física no qual são estabelecidos, em comum acordo, prazos para adequação da estrutura vigente e dos processos. Após o término do prazo, ambos são reavaliados para determinar se atendem as exigências. Se o prazo não for cumprido, ou as exigências não forem atendidas, a Organização não mantém o certificado (THIMMING, 2008).

Caso seja possível manter a Organização em um nível de Acreditação mais baixo, este nível será informado à mesma. O mesmo procedimento ocorre em caso de perda do certificado. Não havendo exigências, ou caso hajam, que tenham sido atendidas de forma adequada, o Acreditador emite um relatório de conformidade a partir do qual será elaborado o relatório de manutenção da Acreditação pela Organização de Saúde (THIMMING, 2008).

Dessa forma, é mantido o nível de Acreditação pela Organização, e a avaliação periódica possibilitará que a instituição melhore seu padrão de qualidade dos serviços, obrigando-a a revisar, periodicamente, sua estrutura e seus procedimentos (ONA, 2010).

Com relação ao segundo mecanismo de controle do processo de Acreditação, detecção de eventos-sentinela, a ocorrência de um evento sentinela sinaliza que a qualidade dos serviços pode estar necessitando de melhorias e, conseqüentemente, que estruturas e processos estão causando ou aumentando o risco de danos aos usuários. A identificação de um

evento-sentinela em uma Organização Acreditada exige a investigação imediata das causas, o planejamento de ações corretivas e a verificação dos resultados, a fim de evitar ou reduzir o potencial de uma nova ocorrência futura (ANTUNES, 2009).

Um evento-sentinela é qualquer evento imprevisto que pode resultar em dano para os clientes internos e externos da Organização, como: elevação da taxa de mortalidade, elevação da taxa de infecção hospitalar, suicídio do usuário, troca de bebês após o nascimento, etc (ONA, 2010).

As informações relativas aos eventos-sentinela são confidenciais. A Agência Acreditadora manterá um Banco de Dados de Eventos-Sentinela das Organizações de Saúde certificadas sob sua responsabilidade e repassará essas informações para a ONA a fim de permitir a obtenção de conhecimentos acerca de incidentes, das causas, das alternativas e das estratégias para reduzi-los ou evitá-los (ANTUNES, 2009).

A ONA recomenda à Alta Administração da Organização de Saúde que, em caso de ocorrência de evento-sentinela, adote as seguintes providências (ANTUNES, 2009):

- Designe, imediatamente, um ou mais colaboradores para analisar as causas e apresentar um plano de ação para corrigir as anomalias detectadas.
- Comunique a detecção do evento-sentinela à Agência Acreditadora, em um prazo de cinco dias úteis da ocorrência ou do conhecimento do fenômeno, por meio do Relatório de Comunicação de Evento-Sentinela.
- Encaminhe à Agência Acreditadora o Relatório de Análise das Causas de Evento-Sentinela.

Caso a Agência Acreditadora ou a ONA sejam informadas sobre o evento-sentinela por meio de outras fontes (clientes externos, clientes internos ou imprensa) imediatamente fará contato com a Alta Administração da Organização Acreditada a fim de encorajá-la a apresentar os referidos documentos. Se a anomalia informada for grave, em termos de riscos aos usuários, a Agência Acreditadora acionará sua instância deliberativa correspondente, para que esta delibere sobre o assunto e defina as providências que devem ser tomadas, estando preparada para enviar à Organização Acreditada, um ou mais avaliadores, com o propósito de analisar a situação e sugerir medidas corretivas (ANTUNES, 2009).

Se a Alta Administração da Organização Acreditada no prazo de até trinta dias da ocorrência ou conhecimento do evento-sentinela, não apresentar os documentos necessários à Agência Acreditadora, será classificada como “Organização Acreditada sob Observação” e a Agência, consultada a sua instância deliberativa correspondente, procede a comunicação pública dessa condição, após a anuência da ONA (THIMMING, 2008).

Inexistindo evidências de medidas da Alta Administração em promover as correções necessárias, em um prazo máximo de noventa dias, a Organização Acreditada receberá a comunicação correspondente à perda de sua condição de Organização Acreditada, seguindo-se de comunicação pública (mídia), após a anuência da ONA (THIMMING, 2008).

O processo de recertificação será desencadeado por iniciativa da Organização Acreditada, devido ao término da validade do certificado anteriormente obtido. O processo de recertificação poderá ser acionado antecipadamente ao término da validade do certificado, em qualquer tempo, como forma de acesso antecipado a um nível de Acreditação superior ao vigente, desde que efetuado com a mesma Agência Acreditadora (THIMMING, 2008).

Todo o processo de avaliação para concessão do certificado de Acreditação obedece aos padrões e requisitos do Manual Brasileiro de Acreditação, o qual funciona como um roteiro orientativo de condução das etapas de avaliação, instruindo tanto a Agência quanto as Organizações de Saúde (ONA, 2010).

2.2.4.2 Manual Brasileiro de Acreditação: Requisitos e Práticas

Para Sistema Brasileiro de Acreditação, as Organizações de Saúde são sistemas interligados de estruturas e processos em que o funcionamento de um componente interfere sobre o conjunto e o resultado final. Assim, no processo de avaliação e na lógica do processo de Acreditação, não se avalia um setor ou um departamento isoladamente (ONA, 2010).

Para avaliar a qualidade assistencial das Organizações de Saúde, é utilizado como instrumento de avaliação o Manual Brasileiro de Acreditação, composto por oito seções, cada uma com seus fundamentos e subseções. As seções agrupam os serviços, processos ou atividades com características semelhantes e que têm afinidades entre si. As subseções são cinquenta e nove e tratam do escopo de cada serviço, processo ou atividade, possuindo o mesmo grau de importância dentro do processo de avaliação (ONA, 2010).

As seções interagem entre si, permitindo que a Organização seja avaliada como um sistema. O processo de avaliação varia conforme o perfil e as características da Organização avaliada, sendo analisadas apenas as seções e subseções referentes aos processos e serviços existentes na mesma (ONA, 2010).

As seções e subseções do Manual Brasileiro de Acreditação são (ONA, 2010):

- Liderança e Administração: apresenta subseções relacionadas ao sistema de governança da Organização de Saúde. As subseções contêm padrões ligados à liderança, diretrizes administrativas, planejamento institucional e relacionamento com o cliente. São, ao todo, cinco subseções: Direção e Liderança; Gestão de Pessoas; Gestão Administrativa e Financeira; Gestão de Material e Suprimentos; Gestão da Qualidade.
- Serviços Profissionais e Organização de Assistência: agrupa subseções com padrões relacionados à organização dos serviços que prestam assistência direta ao usuário, como apoio ao diagnóstico, apoio técnico, apoio administrativo e ensino e pesquisa. Dispõe de três subseções: Corpo Clínico; Enfermagem; Corpo Técnico Profissional.
- Serviços de Atenção ao Usuário: subseções que contêm padrões relacionados aos serviços assistenciais, ou seja, aqueles em que existe contato direto com o usuário, processo ou serviço assistencial, equipe médica e multiprofissional e insumos tecnológicos. Tem vinte e uma subseções: Atendimento ao Usuário; Internação; Transferência, Referência e Contra-Referência; Atendimento Ambulatorial; Emergência; Atendimento Cirúrgico; Anestesiologia; Obstetrícia; Neonatologia; Tratamento Intensivo; Reabilitação e Atendimento Multiprofissional; Mobilização de Doadores; Triagem e Coleta; Transfusão e Procedimentos Hemoterápicos; Terapia Dialítica; Medicina Nuclear; Radioterapia; Quimioterapia; Cardioangiologia Invasiva e Hemodinâmica; Assistência Farmacêutica; Assistência Nutricional.
- Serviços de Apoio ao Diagnóstico: reúne subseções que contem padrões relacionados a todos os componentes, serviços e atividades voltados a processos de diagnóstico realizados na Organização de Saúde. Ao todo, dispõe de oito subseções: Processo Pré-Analíticos; Processos Analíticos; Processos Pós-Analíticos; Métodos Diagnósticos Neurológicos; Anatomia Patológica e Citologia; Diagnóstico por Imagem; Radiologia e Endoscopia.
- Serviços de Apoio Técnico: agrupa subseções com padrões relativos às atividades e serviços relacionados a apoio técnico e ação técnica especializada da Organização de Saúde. São sete subseções: Sistema de Informação do Usuário; Gestão de Equipamentos e Tecnologia Médico-

Hospitalar; Prevenção, Controle de Infecções e Eventos Adversos; Segurança e Saúde Ocupacional; Processamento e Liberação; Processos de Apoio Laboratorial; Assessoria Técnica aos Usuários.

- Serviços de Abastecimento e Apoio Logístico: agrupa subseções com padrões referentes a atividades e serviços relacionados aos processos de abastecimento e apoio logístico da Organização de Saúde. Há oito subseções: Lavanderia; Processamento de Materiais e Esterilização; Qualidade da Água; Materiais e Suprimentos; Armazenamento e Transporte; Higiene; Gestão da Segurança; Gestão de Resíduos.
- Infra-Estrutura: as subseções prevêm padrões à gestão e manutenção da infra-estrutura. Há três subseções: Gestão de Projetos Físicos; Gestão da Estrutura Físico-Funcional; Gestão da Manutenção Predial
- Ensino e Pesquisa: reúne subseções com padrões para funções educativas e de investigação da Organização, permitindo um diagnóstico da estrutura disponibilizada para treinamento, educação permanente, ao processo de formação de recursos humanos e à geração de novos conhecimentos. Formada por três subseções: Educação Continuada; Ensino; Pesquisa.

A escala de classificação proposta no Manual Brasileiro de Acreditação obedece ao princípio do “tudo ou nada”, isto é, o padrão deve ser integralmente cumprido. Os padrões buscam avaliar a estrutura, o processo e os resultados da Organização de Saúde. Cada padrão apresenta uma lista de itens de orientação (requisitos) que são traduzidos em práticas e que auxiliam na identificação do que se procura avaliar e na preparação para o processo de Acreditação. De acordo com o grau de cumprimento dos padrões e requisitos do Manual, a Organização de Saúde pode ser classificada em três níveis distintos (ONA, 2010).

Cada nível classificatório é crescente, ou seja, do inicial ao mais desenvolvido, sendo que o nível superior sempre incorpora requisitos dos níveis anteriores (ONA, 2010).

Os níveis de classificação previstos pelo processo de Acreditação da ONA, seus respectivos requisitos e as práticas associadas a esses requisitos, são (ONA, 2010):

Acreditação (Estrutura):

É o nível de classificação mais básico com que uma Organização de Saúde poderá ser Acreditada. Prevê requisitos relacionados à estrutura (física e profissional) da instituição. As exigências deste nível contemplam o atendimento a requisitos básicos da qualidade na assistência, nas especialidades e nos serviços da Organização, com os recursos

humanos compatíveis com a demanda, a qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e um responsável técnico habilitado para cada setor da instituição. Requisitos:

- Habilidade do corpo funcional.
- Atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários.
- Estrutura básica (recursos) para garantir uma assistência adequada.

Os requisitos do nível Acreditado estão ligados à estruturação da Gestão de Riscos e, no Quadro 2.1, são associados às suas respectivas práticas de Acreditação.

Requisitos (Nível Acreditação)	Práticas Associadas aos Requisitos
R1: Habilidade do corpo funcional	Manter equipes de profissionais habilitados, capacitados e compatíveis, em quantidade e especialidades, com a demanda
R2: Estrutura básica (recursos) para garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas	Manter instalações físicas e equipamentos adequados e compatíveis, em quantidade, com a demanda dos serviços
R3: Atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários	<p>P3.1: Mapear riscos sanitários, ambientais, assistenciais, profissionais e ocupacionais de atividades e processos com foco na segurança</p> <p>P3.2: Aplicar procedimentos documentados de prevenção de riscos e eventos adversos</p> <p>P3.3: Uso de dispositivos de gestão à vista para prevenção de riscos e eventos adversos</p> <p>P3.4: Nomeação de Comissão de Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos para monitorá-los periodicamente.</p> <p>P3.5: Aplicar iniciativas de Farmacovigilância e Tecnovigilância (registros, capacitação e conscientização e Comissão de Gerenciamento)</p> <p>P3.6: Gerenciar estoques e suprimentos (medicamentos, materiais, etc.) com foco na segurança para evitar faltas ou desabastecimento</p>

QUADRO 2.1. Requisitos do nível Acreditação e suas respectivas Práticas de Acreditação

Fonte: Próprio Autor e ONA (2012)

Acreditação Plena (Processos):

As exigências deste nível contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna. Em geral, prevê requisitos relacionados à documentação e sistematização de processos e procedimentos da Organização de Saúde. Requisitos:

- Identificação, definição, padronização e documentação dos processos e de suas interações sistêmicas.
- Existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados.
- Definição de indicadores para os processos identificados.
- Medição e avaliação dos resultados dos processos.
- Programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impacto nos processos.

Os requisitos adicionais de Acreditação Plena estão ligados à estruturação da Gestão por Evidências e estão associados à respectivas práticas de Acreditação (quadro 2.2).

Requisitos (Nível Acreditação Plena)	Práticas Associadas aos Requisitos
R1: Identificação, definição, padronização e documentação dos processos do hospital e suas interações sistêmicas	Elaborar e manter mapas de processos do hospital
R2: Existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados	Documentar, atualizar, disponibilizar e aplicar procedimentos e registros na realização de rotinas e atividades.
R3: Definição de indicadores para os processos identificados	Uso de indicadores para medição do desempenho dos processos do hospital
R4: Avaliação dos resultados dos processos	Realizar Análise Crítica de processos com foco na melhoria do desempenho dos indicadores, dos serviços e na resolução de problemas
R5: Programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impacto nos processos	Definir, a partir dos resultados dos indicadores, as temáticas de capacitação dos profissionais e oportunidades de melhoria

QUADRO 2.2. Requisitos do nível Acreditação Plena e suas respectivas Práticas de Acreditação
Fonte: Próprio Autor e ONA (2012)

Acreditação por Excelência (Resultados e Melhoria Contínua):

Neste nível, a Organização deve apresentar evidências de Melhoria Contínua com foco em inovações gerenciais em estrutura, novas tecnologias, capacitação profissional, ações assistenciais e procedimentos e evidências de disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas na busca da excelência. Deve utilizar perspectivas de medição organizacional alinhadas às estratégicas e correlacionadas aos indicadores dos processos, além de comparações desses indicadores com referenciais externos e evidências de tendência favorável para os indicadores. A Organização deve, ainda, apresentar inovações e melhorias decorrentes do processo de análise crítica. Requisitos:

- Utilização de um sistema de informação baseado em taxas e indicadores, que permita análises comparativas com referenciais e a obtenção de informação estatística sobre tendências e sustentação de resultados.
- Definir e adotar ações de inovação e Melhoria Contínua de processos e procedimentos.
- Manter evidências de ações de melhoria e inovações.
- Identificar oportunidades de melhoria de desempenho dos processos e práticas da Organização, comparando-as com outras ações de melhoria implantadas em oportunidades cuja solução mostrou-se bem sucedida.

Os requisitos adicionais de Acreditação por Excelência estão ligados ao estabelecimento de uma gestão com foco em inovações gerenciais e estão associados às respectivas práticas de Acreditação (quadro 2.3).

Requisitos (Nível Acreditado por Excelência)	Práticas Associadas aos Requisitos
R1: Evidências de ações de melhoria e inovações.	P1.1: Adotar inovações em práticas gerenciais para o setor hospitalar P1.2: Realizar Análises Críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria focadas em inovação
R2: Utilização de um sistema de informação baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais e a obtenção de informação estatística sobre tendências positivas e sustentação de resultados	Avaliar indicadores de desempenho internamente com base em referenciais externos pertinentes (hospitais do exterior, padrões internacionais, hospitais referências, etc.)
R3: Identificar oportunidades de melhoria de processos e práticas, comparando-as com outras ações de melhoria implantadas e bem sucedida.	Planejar, investir e melhorar continuamente em termos de estrutura, novas tecnologias e capacitação profissional em procedimentos mais atualizados e/ou inovadores

QUADRO 2.3. Requisitos do nível Acreditação por Excelência e suas respectivas Práticas de Acreditação
Fonte: Próprio Autor e ONA (2012)

Há 312 Organizações de Saúde Acreditadas, das quais, 161 são hospitais Acreditados (5% do total de hospitais do país). Sessenta hospitais têm Acreditação por Excelência (40%), 51 Acreditação Plena (32%) e 45 hospitais tem nível Acreditação (28%). Há cinquenta e quatro processos certificações em andamento (ONA, 2012).

Para que um hospital participe da Acreditação nacional, é necessário realizar de adequações na gestão. Para implementá-las, a instituição deve incorrer em distintos custos inerentes à Acreditação. Esses custos são abordados na seção subsequente.

2.2.4.3 Custos da Acreditação Hospitalar

Os custos das etapas do processo de Acreditação, desde o Diagnóstico Organizacional (etapa opcional) até a Avaliação Final e de Manutenção, são proporcionais ao número de leitos e ao número de setores do hospital (tabela 2.1) (ONA, 2012).

Taxas para Acreditação Hospitalar (2012)			
Leitos	Taxa de Diagnóstico Organizacional (R\$ 16,90/leito)	Taxa de Avaliação para Acreditação (R\$ 23,30/leito)	Taxa de Manutenção/ano (R\$ 9,70/leito)
Até 50 leitos	R\$ 845,00	R\$ 1.165,00	R\$ 485,00
De 51 a 100 leitos	R\$ 861,90 – 1.690,00	R\$ 1.188,30 – 2.330,00	R\$ 494,70 – 970,00
De 101 a 300 leitos	R\$ 1.706,90 – 5.070,00	R\$ 2.353,30 – 6.990,00	R\$ 979,70 – 2.910,00
Mais de 301 leitos	A partir de R\$ 5.086,90	A partir de R\$ 7.013,30	A partir de R\$ 2.919,70

TABELA 2.1. Taxas para Acreditação Hospitalar da ONA
Fonte: ONA (2012)

O custo final de cada fase é resultado do produto entre o número de leitos, a tarifa por leito e o número de setores a serem Acreditados e auditados (ONA, 2010). Por

exemplo, um hospital com oitenta e dois leitos e dez setores (Centro Cirúrgico, UTI Adulto, UTI Pediátrica, Pronto-Atendimento, Atendimento de Emergência, Farmácia, Diagnóstico por Imagem, Radiologia, Lavanderia e Nutrição) interessado em obter a Acreditação Plena terá que desembolsar R\$ 48.872,00. Este montante seria composto pelas seguintes despesas:

- Custo da Etapa de Diagnóstico Organizacional:

R\$ 16,90 (tarifa por leito) x 82 leitos x 10 setores = R\$ 13.858,00

Esta etapa é opcional e cabe ao hospital decidir sobre sua realização.

- Custo da Etapa de Avaliação para Acreditação:

R\$ 23,30 (tarifa por leito) x 82 leitos x 10 setores = R\$ 19.106,00

- Custo da Etapa de Manutenção do certificado de Acreditação: como esta etapa deve ocorrer anualmente e o certificado de Acreditação Plena pleiteado pelo hospital é válido por dois anos, tem-se o seguinte cálculo:

R\$ 9,70 (tarifa por leito) x 82 leitos x 10 setores x 2 anos = R\$ 15.908,00

Em relação aos custos para adequação da gestão de um hospital aos requisitos de Acreditação Plena, podem-se realizar as estimativas apresentadas pela tabela 2.2.

Requisitos serem adequados	Estimativas de Custo
Estruturação da Gestão de Risco	R\$ 7.800,00
Adequação Estrutural (instalações físicas, equipamentos, dimensionamento da equipe de profissionais)	Custo Variável (de 3% a 6% da receita mensal da Unidade)
Elaboração da documentação (registros, procedimentos operacionais documentados, etc.)	R\$ 8.000,00
Implantação de indicadores	R\$ 6.000,00
Realização de Capacitação	R\$ 8.700,00
Reuniões para ajustes de padrões e rotina de trabalho dos setores	R\$ 6.000,00
Auditorias Internas de Monitoramento	R\$ 12.250,00
Estimativa de Custo Total*	R\$ 48.750,00
Tempo para Adequação	3 anos

TABELA 2.2. Estimativa de Custos para adequação da Gestão hospitalar à Acreditação da ONA

Fonte: RD CONSULTORIA (2011)

(*) A estimativa final dos custos de adequação da gestão exclui custos relativos à mudanças/reformas estruturais

Portanto, é possível determinar uma estimativa de custos de, aproximadamente, quarenta e nove mil reais. Os requisitos incluídos em tal montante referem-se àqueles necessários para um hospital obter a Acreditação Plena. Dentre os custos é possível observar despesas referentes a reuniões para ajustes de padrões, práticas e setores de trabalho da Unidade, ao todo, somam cerca de cem horas e perfazem um custo de R\$ 6.000.

A estimativa de custos realizada desconsidera as despesas referentes à adequação da estrutura hospitalar, isto é, as necessidades de reforma das instalações físicas,

compatibilização da equipe de profissionais e do número de equipamentos disponibilizados com a demanda atendida. Tais custos foram excluídos por variarem de hospital para hospital, sendo necessária uma visita *in loco* para um Diagnóstico Organizacional. Porém, os custos de adequação da estrutura podem variar entre 3% e 6% da receita mensal do hospital.

A estimativa de custos realizada é enxuta e considera a participação e o envolvimento da Alta Administração como fundamental para o sucesso da adequação. Cada profissional participante do processo deve dedicar cerca de uma hora e meia diária à adequação. É recomendável que 10% dos profissionais, ou, pelo menos, um profissional de cada setor, participem do processo de adequação.

Em geral, os custos de adequação alteram-se de nível para nível de Acreditação, sendo os custos de capacitação e de investimento em tecnologia de informação aqueles que mais sofrem variação entre os níveis de Acreditação da ONA.

Apesar dos custos de adequação e de avaliação para Acreditação da ONA, são esperados benefícios que refletem positivamente na rotina e nos processos do hospital, em sua imagem perante os usuários e os concorrentes. A Acreditação Nacional amplia-se ano a ano em termos de adeptos e de reconhecimento por parte das Organizações de Saúde quanto a seus benefícios, revelando perspectivas promissoras de futuro, abordadas na seção a seguir.

2.2.5 Tendências da Acreditação Nacional para os Serviços Hospitalares

A divulgação realizada pela ONA e a disponibilização do Manual de Acreditação aos hospitais via Ministério da Saúde, possibilita uma rápida disseminação dos conceitos e princípios da Acreditação Nacional. O apelo educacional deste processo tem como conseqüências futuras o mau uso da sistemática e interpretações inadequadas pelos hospitais interessados em participar da Acreditação (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Nesse cenário, a solução foi intensificar, via Agências Acreditoras, a administração de cursos preparatórios de formação dos profissionais envolvidos nos serviços hospitalares em auditores internos em uma estratégia para homogeneizar os conhecimentos sobre a sistemática de Acreditação. Porém, tal estratégia que, inicialmente, revelou-se benéfica para a evolução da Acreditação, deu margem à realização de consultorias o que corrompe o propósito inicial da ação (QUINTO NETO, 2004).

Tal situação pode gerar dúvidas quanto à observância das normas reguladoras que proíbem a concomitância de consultoria pela Agência Acreditora durante o processo de avaliação. O caráter voluntário da Acreditação brasileira tende a atrair Organizações com maior grau de comprometimento. Mas, a não vinculação a programas de estímulo, seja por pagamento diferenciado, seja por outros tipos de vantagem, limita a participação de hospitais devotados à GQ e aos princípios da Acreditação (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Ao contrário de outros países, o processo brasileiro é contestado por fontes pagadoras e pelo público. Ambos questionam o princípio da Confidencialidade, que garante o sigilo das informações das Organizações participantes. Dessa forma há um movimento incipiente de busca pelo acesso aos resultados das avaliações. Em outros países, o sigilo das avaliações foi quebrado em nome do interesse público (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008).

Apesar dos esforços de diferentes atores do processo nacional de Acreditação (ONA, Agências Acreditoras, hospitais), o mesmo ainda é incipiente. Por isso, cada um desses atores tende a enfrentar dificuldades. As Agências Acreditoras que utilizam modelos externos de avaliação tendem, eventualmente, a misturar padrões e práticas em um primeiro momento. Já profissionais ligados à certificação ISO ou a prêmios de GQ, podem ter dificuldade na clara separação de suas funções (BORBA; KLIEMANN NETO, 2008).

Apesar da dificuldade no cumprimento dos padrões, estes começam a orientar as práticas de diversos hospitais como instrumentos de avaliação e de gestão. Dessa forma, as perspectivas para a segunda década dos anos 2000 são de que a Acreditação altere os rumos das práticas associadas aos serviços hospitalares (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Sinais claros dessa tendência de assimilação de padrões e mudança de práticas são: estímulo à formação de comissões de avaliação e melhoria da assistência, formação de auditores internos ONA, conhecimento dos padrões, utilização do Manual de Acreditação para o planejamento estratégico institucional, etc (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Apesar dos esforços, há falta de incentivos governamentais e dos compradores privados para que um hospital adote tal certificação. Tal fato se deve a falta de casos que comprovem a melhoria dos resultados da assistência hospitalar por meio das práticas propostas pela Acreditação (QUINTO NETO, 2004).

Outros desafios a serem enfrentados demandam a necessidade de visão de longo prazo. Em geral, são desafios relacionados à busca pelo controle eficaz de custos e melhoria da eficiência dos processos e atividades dos hospitais. Isto implica uma nova disposição gerencial que utilize informações e ferramentas que auxiliem na redução de custos, erros médicos e elevem o desempenho (CAMPOS, GASTAL E COUTO, 2008).

A implantação do Seis Sigma é uma alternativa de destaque no enfrentamento de tal desafio. A disseminação de aplicação desta ferramenta em hospitais configura-se como tendência, especialmente em hospitais do setor privado (BOARIN PINTO *et al.*, 2010).

O Seis Sigma é uma estratégia gerencial disciplinada e quantitativa baseada em técnicas estatísticas que busca aumentar a lucratividade das Organizações, sejam elas do setor de serviços ou bens de consumo, por meio da melhoria da qualidade dos processos e da redução do nível de defeitos/erros em produtos ou serviços (BOARIN PINTO *et al.*, 2010).

O uso do Seis Sigma, tem gerado, aos hospitais, as seguintes melhorias de aumento da lucratividade, redução dos desperdícios, redução de erros em faturas, aumento da eficiência e redução do tempo de internação dos usuários (BOARIN PINTO *et al.*, 2010).

O cumprimento de requisitos legais e a garantia de acesso e de integralidade na assistência apresentam-se como desafios de longo prazo para os hospitais. Assim, a criação de sistemas regulatórios surge como importante tema a ser futuramente avaliado. No setor privado, a preocupação regulatória é anterior e sua regulamentação gerou melhorias na eficiência e no controle de acesso (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Quanto à garantia da integralidade da assistência hospitalar, não há integração entre os componentes do setor (hospitais, Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto-Atendimento, etc.). O Estado não tem atuado para promover a integração entre os envolvidos, nem para incentivar relacionamentos que produzam retorno financeiro às partes. Para isto, seria fundamental identificar todos os atores envolvidos, as insuficiências na remuneração de cada um e o aporte financeiro que necessitam (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007).

Essa desfragmentação e a omissão do Estado favorecem a busca por novas formas de financiamento na medida em que todos os atores do setor estão insatisfeitos. Terceirizações, alianças e parcerias surgem como novas formas de relacionamento e devem ganhar destaque a médio e longo prazo, podendo reverter o cenário insatisfatório e gerar ganhos administrativos e financeiros aos envolvidos (VECINA NETO; MALIK, 2007).

Com o distanciamento entre o setor privado e o SUS, há o fechamento de leitos hospitalares, o que representa não só um redimensionamento da demanda de usuários, mas também, a incapacidade de se construir uma visão realista e coerente de futuro durante toda a primeira década do século XXI (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

Para a segunda década do século, hospitais privados que dispõem de tecnologias sofisticadas e as operadoras da assistência médica supletiva ligadas à medicina de grupo deverão buscar a implementação de práticas como a atenção gerenciada e gestão de casos (VECINA NETO; MALIK, 2007).

3. DESEMPENHO HOSPITALAR: CONCEITUAÇÃO E DIMENSÕES

Este capítulo focaliza a revisão bibliográfica do constructo de pesquisa desempenho hospitalar. Inicialmente, são realizadas conceituações de desempenho focalizadas, especificamente, para os serviços hospitalares, explorando definições e modelos de desempenho hospitalar. Na seção 4.2, o desempenho hospitalar é explicado ao longo das dimensões que o compõem, segundo diferentes trabalhos publicados na literatura, de forma a mostrar a complexidade envolvida na delimitação de tal constructo.

O capítulo apresenta, ainda, fatores intrínsecos (intervenientes) que, segundo a literatura, afetam o desempenho hospitalar e que devem ser considerados na medição e avaliação do desempenho hospitalar. Ao final do capítulo, são abordados métodos de medição e monitoramento do desempenho hospitalar, com ênfase para os indicadores hospitalares.

3.1. Conceituação de Desempenho Hospitalar

A complexidade de conceituação de desempenho hospitalar pode ser expressa pelo caráter variado de sua definição por diversos autores (SMITS *et al.*, 2007).

Para a OMS (2003), desempenho são resultados obtidos de processos, atividades e indivíduos que permitem investigação e comparação com metas e padrões pré-estabelecidos. Assim, de acordo com a mesma Organização, o desempenho de um hospital deve basear-se na competência profissional, na aplicação e conhecimentos atuais, na disponibilização de recursos e tecnologias necessárias à prestação do atendimento, na eficiência de utilização dos recursos a um mínimo risco para o paciente, na satisfação deste, na disponibilidade dos serviços a todos os usuários e nos resultados dos processos do hospital.

O desempenho hospitalar pode ser relacionado ao grau de obtenção de metas específicas, clínicas e administrativas. A meta principal dos hospitais é melhorar o estado de saúde dos usuários, mas há outras metas relacionadas a processos e serviços, as quais estão ligadas às funções tradicionais dos hospitais como diagnóstico, tratamento, assistência e reabilitação e ensino e pesquisa, no caso dos hospitais universitários (OMS, 2003).

Essas funções se expandiram e envolvem, também, o atendimento ambulatorial (que não requer internação) em contraposição às internações, a integração do hospital com a

comunidade e com outros hospitais e instituições da Rede de Saúde. Assim, o desempenho hospitalar passou a incluir também estes novos elementos (OMS, 2003).

Para Guisset *et al.* (2002), o desempenho hospitalar deve considerar a percepção da natureza e da função do hospital (missão, seu relacionamento com o ambiente, etc). Para Veillard *et al.* (2005), um desempenho hospitalar satisfatório é aquele que mantém o estado de funcionamento que corresponde a normas dos clientes, dos profissionais e sociais.

Li e Benton (1996) afirmam que o significado de desempenho hospitalar varia conforme os interesses, objetivos e interpretações de diferentes atores (Governo, financiadores, sociedade e usuários). Para esses autores, sob a ótica dos usuários, o desempenho hospitalar consiste na qualidade do serviço prestado (acessibilidade, ausência de falhas, baixo tempo de espera por atendimento, etc.). Para a equipe médica, significa atingir os resultados clínicos desejados (cura do usuário, cirurgia bem sucedida, etc.).

A Alta Administração associa desempenho hospitalar aos resultados financeiros da instituição e à viabilidade financeira dos investimentos a serem realizados. Os financiadores valorizam o baixo custo das iniciativas e o nível de satisfação dos usuários. Todas essas definições sobre desempenho hospitalar são altamente dependentes das partes interessadas, baseando-se nos valores e expectativas de cada uma delas (LI; BENTON, 1996).

É possível observar diferentes variações do que representa o desempenho hospitalar para os hospitais. Tais variações foram reunidas, por Chouaid *et al.* (2006), em três diferentes abordagens segundo as quais o desempenho hospitalar pode ser analisado:

- Abordagem de Legitimação Social: o desempenho hospitalar é eficiente quando satisfaz as necessidades dos usuários, respeita a ética, normas e valores da sociedade.

- Abordagem de Processos Internos: o desempenho hospitalar é eficiente quando melhora, continuamente, a qualidade da assistência prestada e considera as necessidades e expectativas dos usuários, focalizando-os. Dessa forma, a Organização busca prestar assistência terapêutica e de diagnóstico de modo a produzir os melhores resultados para o estado de saúde do usuário e a utilizar os conhecimentos médicos mais atualizados e modernos disponíveis. Além disso, deve oferecer assistência ao menor custo possível e sem riscos à segurança do usuário, visando maximizar a satisfação deste.

- Abordagem de Relações Humanas: está focada na capacidade de uma Organização em satisfazer as necessidades tanto dos usuários quanto de seus profissionais.

Além das abordagens propostas por Chouaid *et al.* (2006), outros autores associam o desempenho hospitalar à prestação de um serviço livre de erros. Shaw (2003)

avalia o desempenho hospitalar a partir dos resultados clínicos e administrativos obtidos pela instituição e os compara com os obtidos por hospitais concorrentes ou de outros países.

Para a JCAHO (2011), desempenho hospitalar resume-se à manutenção de um equilíbrio entre Fazer Certo (prestar assistência aos usuários de forma eficiente, livre de erros) e Fazer Bem (além de eficiente e livre de erros, a assistência prestada aos usuários deve oferecer condições e recursos necessários a um atendimento imediato, responsivo, que zele pela segurança dos usuários, satisfazendo suas necessidades e expectativas).

A partir das definições apresentadas por diversos atores, é possível observar que desempenho hospitalar é o resultado decorrente da capacidade que uma Organização Hospitalar tem de manter, em equilíbrio, as seguintes funções (CHOUAID *et al.* 2006):

- Função Assistencial: capacidade de a Organização obter resultados favoráveis em termos de melhoria do estado de saúde dos usuários, minimizando os custos dos atendimentos e maximizando a satisfação dos usuários atendidos.

- Função Adaptativa: é a capacidade de a Organização adquirir os recursos (materiais, equipamentos, profissionais, instalações, etc.) necessários ao atendimento prestado aos usuários de modo a satisfazer a necessidade destes e implementar inovações.

- Função Prestação de Serviços: é a capacidade de utilizar de maneira ótima os recursos disponíveis e maximizar fatores como: produtividade, qualidade, acessibilidade e humanização dos procedimentos realizados durante o atendimento aos usuários.

A complexidade inerente à definição de desempenho hospitalar pode ser representada por seu desmembramento em múltiplas dimensões que devem ser focalizadas e monitoradas pelos hospitais e das quais dependem a eficácia do desempenho hospitalar.

3.2. Dimensões do Desempenho Hospitalar

Apesar da reconhecida importância do Desempenho e de sua medição para a gestão de hospitalar, a literatura sobre essa temática é bastante heterogênea. Os estudos existentes adotam diferentes abordagens, modelos e dimensões para o desempenho hospitalar. Essa heterogeneidade dificulta a compreensão e análise do Desempenho associado a esse tipo de Organização. Em geral, a literatura mostra que o desempenho hospitalar pode ser descrito segundo dimensões multidimensionais compostas por múltiplos fatores (MACINATI, 2008).

Para Macinati (2008), o Desempenho hospitalar está atrelado a três dimensões:

- Financeira: consiste nos resultados financeiros da instituição. Está ligada a fatores como lucratividade, crescimento anual de receitas e redução anual de custos.

- Eficiência Operacional: capacidade de transformar recursos disponíveis (materiais, equipamentos, profissionais) em serviços que satisfaçam as necessidades dos usuários. Está associada à produtividade, tempo de espera, tempo de duração da consulta, etc.

- Resultados: fatores decorrentes da assistência prestada, como mortalidade, satisfação dos clientes (usuários, acionistas, financiadores, profissionais, Governo, etc.).

Para La Forgia e Couttolenc (2009), os resultados de um hospital são derivados das dimensões de Orientação ao Usuário, Qualidade do Tratamento, Equidade, Eficiência e Satisfação dos Clientes (usuários, profissionais, financiadores, fornecedores, etc.). Tais dimensões sofrem a influências do ambiente no qual a Organização está inserida. Este ambiente se divide em três tipos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009):

- Ambiente Externo: é composto por políticas, regulamentos, condições de mercado e mecanismos de pagamento que, juntos, são decisivos para a conformação do sistema de incentivos de um hospital.

- Ambiente Organizacional: determinado por estruturas e pelo sistema de governança que permitem ao hospital responder aos incentivos produzidos pelo ambiente externo. Esses elementos incluem a estrutura e a formalidade dos mecanismos de responsabilização, a amplitude da autoridade para tomada de decisões, o grau de exposição ao mercado e a disciplina financeira.

- Ambiente Interno: influenciado pelo ambiente externo e organizacional, é nesse âmbito que recursos são convertidos em serviços prestados. Elementos comportamentais importantes incluem práticas de gerenciamento de recursos (humanos, materiais, clínicos, financeiros, etc.), características estruturais da prestação de serviços como instalações, equipamentos e mão de obra e processos de tratamento.

Segundo La Forgia e Couttolenc (2009), dimensões propostas e a ação de diferentes ambientes formam o Modelo Conceitual do desempenho hospitalar (Figura 3.1).

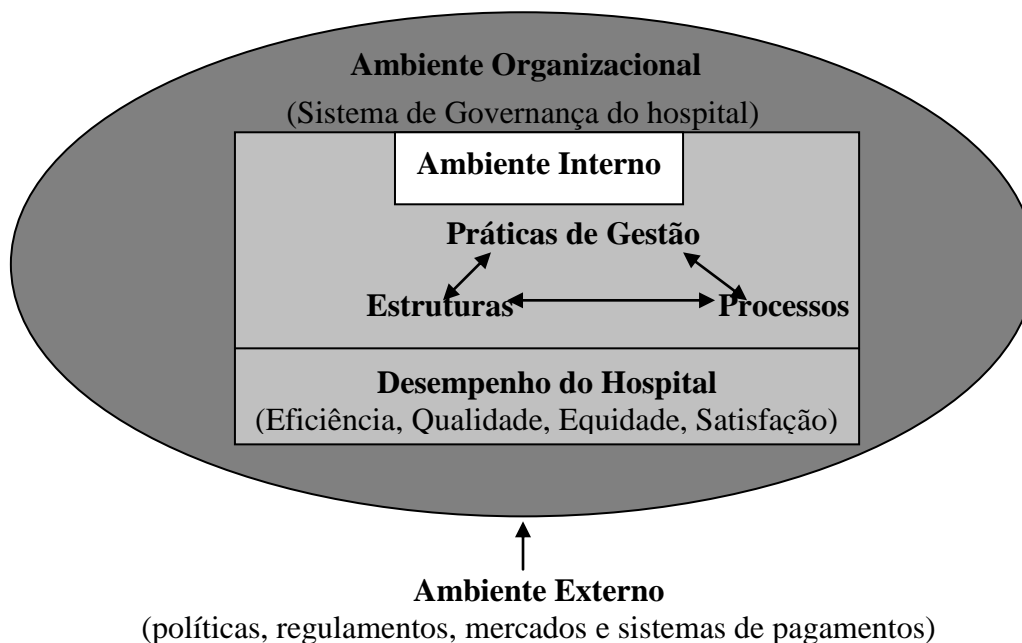


FIGURA 3.1. Modelo Conceitual do desempenho hospitalar

Fonte: LA FORGIA; COUTTOLENC (2009)

A OCDE (Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico) propõe que o desempenho hospitalar seja avaliado mediante as dimensões de Eficiência, Equidade (disponibilidade dos serviços e responsividade do atendimento) e de Resultados (produto final da assistência prestada no cumprimento dos padrões necessários à boa prática e às expectativas dos usuários) (HURST; HUGHES, 2001).

A OPS (Organização Pan-americana de Saúde) associa ao desempenho hospitalar as dimensões de Eficiência, Efetividade, Equidade, Aceitabilidade e Satisfação. Já a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) uma matriz de avaliação do desempenho hospitalar composta pelas dimensões (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003):

- Efetividade: grau com que a assistência, serviços e ações atingem os resultados esperados.
- Acesso: facilidade de obtenção, pelos usuários, dos serviços necessários, no lugar e no momento certo.
- Eficiência: relação entre o produto da assistência prestada e os recursos utilizados.
- Aceitabilidade: grau com que os serviços oferecidos estão de acordo com valores e expectativas dos usuários do hospital.
- Continuidade: Capacidade do hospital em prestar serviços de forma ininterrupta e coordenada.

- Adequação: grau com que os cuidados e intervenções são baseados no conhecimento técnico-científico.

- Segurança: capacidade de o hospital identificar, evitar ou minimizar riscos potenciais à saúde dos usuários e profissionais.

Veillard *et al.* (2005) propõe uma estrutura para avaliação do desempenho hospitalar, representada na figura 3.2, que é composta pelas seguintes dimensões:

- Efetividade Clínica: produção de resultados clínicos convenientes, com benefícios ao cliente e de acordo com o estado do conhecimento. É formada por subdimensões como Conformidade dos Processos de Cuidados, Resultados dos Processos de Cuidados, Cuidados Adequados.

- Eficiência: otimização dos recursos disponíveis para o máximo de resultados. É formada por subdimensões como Adequação do Serviço, Inputs relacionados com os Resultados, Uso da tecnologia disponível para os melhores resultados.

- Orientação para o Pessoal: grau de qualificação do pessoal para os cuidados necessários, oportunidade de capacitação e aprendizagem contínua, trabalho em condições adequadas e satisfação com seu trabalho. É composta pelas subdimensões: Ambiente de Trabalho, Reconhecimento das Perspectivas e Necessidades Individuais, Atividades de Promoção da Saúde, Segurança, Respostas Comportamentais e Estado de Saúde.

- Estrutura de Gestão Responsiva: grau de responsabilidade do hospital em resposta às necessidades de continuidade dos cuidados, assegurar a coordenação e continuidade dos cuidados, promover a saúde, a inovação e prestar cuidados a todos os usuários independente de raça, gênero ou nível de renda. Apresenta como subdimensões: Continuidade do Tratamento, Orientação para a Saúde Pública.

- Segurança: o hospital tem estrutura adequada e processos de redução e prevenção ou redução do risco para usuários, profissionais e ambiente. Tem como subdimensões: Segurança do Usuário, Segurança dos Profissionais, Segurança do Ambiente.

- Centralidade no Cliente: os usuários são o centro da assistência e os serviços devem responder às suas necessidades, expectativas e direitos. É formada pelas subdimensões: Orientação e Respeito aos Usuários.

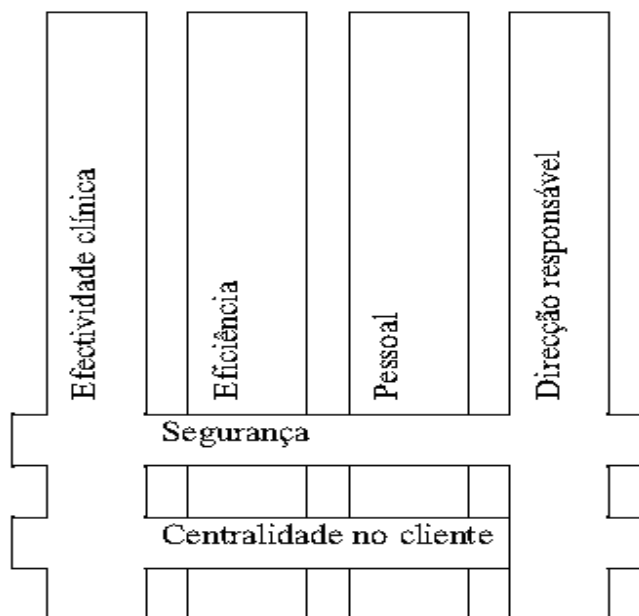


FIGURA 3.2. Estrutura de Avaliação do Desempenho Hospitalar
 Fonte: VEILLARD *et al.* (2005)

Na Estrutura de Avaliação do Desempenho Hospitalar, figura 3.2, proposta por Veillard *et al.* (2005), duas dimensões (Segurança e Centralidade no Cliente) são atravessadas por quatro outras dimensões (Efetividade Clínica, Eficiência, Pessoal e Direção Responsável), demonstrando que as dimensões do desempenho hospitalar estão interrelacionadas. Por exemplo, Segurança relaciona-se com a Eficiência e a Efetividade Clínica (no que se refere à segurança dos usuários em tratamento a riscos e eventos adversos), com a dimensão Pessoal (no que se refere à segurança dos profissionais contra os riscos inerentes à prestação dos serviços) e com Direção Responsável (apoio e gerenciamento dos riscos e eventos adversos potencialmente presentes nos serviços prestados) (VEILLARD *et al.*, 2005).

A dimensão, Centralidade no Cliente, também atravessa as quatro dimensões (Efetividade Clínica, Eficiência, Pessoal e Direção Responsável). Assim, relaciona-se com a dimensão Direção Responsável na medida em que o hospital oferece aos usuários em alta hospitalar a continuidade do tratamento em domicílio. Está relacionada com a dimensão Pessoal quanto ao contato interpessoal entre profissionais e usuários (empatia, cortesia, presteza, cordialidade, etc.) e com a dimensão Efetividade Clínica quanto às orientações e à continuidade do tratamento dos usuários durante internação (VEILLARD *et al.*, 2005).

No quadro 3.1 são apresentadas as dimensões que compõem o desempenho hospitalar, segundo os trabalhos mais relevantes encontrados na revisão bibliográfica sistematizada sobre o constructo desempenho hospitalar.

Autores	Dimensões do Desempenho Hospitalar
MBNQA (2011)	- Financeira - Orientação para os Clientes (usuários, profissionais, fornecedores, Governo, concorrentes, etc.) - Processos Internos - Resultados (<i>Outcomes</i>)
Minvielle <i>et al.</i> (2008)	- Mercado - Orientação para os Clientes (usuários, profissionais, fornecedores, Governo, concorrentes, etc.) - Processos Internos - Resultados (<i>Outcomes</i>)
Giraldes (2007)	- Acesso - Eficiência - Financeira - Qualidade da Assistência
Lopes (2007)	- Eficiência - Efetividade - Orientação para o Pessoal - Orientação para os Usuários - Segurança
Smits <i>et al.</i> (2007)	- Eficiência - Efetividade - Financeira - Orientação para os Clientes (usuários, profissionais, fornecedores, Governo, concorrentes, etc.) - Resultados (<i>Outcomes</i>)
Altés <i>et al.</i> (2006)	- Eficiência - Efetividade - Equidade - Orientação para os Usuários - Resultados (<i>Outcomes</i>)
Lai (2003)	- Eficiência - Efetividade - Financeira - Orientação para o Pessoal - Orientação para os Usuários
OMS (2003)	- Financeira - Eficiência Operacional - Efetividade - Orientação para o Pessoal - Orientação para os Usuários
Nadzam e Loeb (1998)	- Efetividade - Equidade - Financeira - Eficiência - Efetividade - Financeira - Orientação para os Clientes (usuários, profissionais, fornecedores, Governo, concorrentes, etc.)
Sicotte <i>et al.</i> (1998)	- Eficiência - Efetividade - Financeira - Orientação para os Clientes (usuários, profissionais, fornecedores, Governo, concorrentes, etc.)
Li e Benton (1996)	- Eficiência - Efetividade - Financeira - Mercado - Orientação para os Usuários

QUADRO 3.1. Dimensões do Desempenho Hospitalar segundo Autores

A OMS (2003) reuniu as diferentes dimensões do desempenho hospitalar abordadas por diversos autores (52 autores de diferentes regiões do mundo, como Europa Central e Ocidental, Austrália, África do Sul, América do Norte, etc.) e propôs um modelo de medição do desempenho hospitalar composto de seis dimensões. Este modelo foi adaptado por Kruk e Freedman (2008) para melhor se adequar à realidade dos hospitais de países emergentes (em desenvolvimento). Os autores propõem cinco dimensões de desempenho:

1) Dimensão Financeira: considera fatores ligados às atividades e resultados financeiros da Organização. Tem como subdimensões: lucratividade, receita, redução mensal de custos, custos por paciente, retorno financeiro, crescimento anual da receita, preços, despesa com terceirizações, Liquidez e Dispendios Mensais, etc.;

2) Dimensão de Efetividade: consiste na obtenção do resultado clínico desejado após o tratamento do paciente por meio da prestação de serviços seguros, eficazes e que atendam às necessidades dos usuários. Essa dimensão pode ser avaliada a partir de indicadores como: taxa de mortalidade, taxa de alta inferior a 48 horas, taxa de altas superior a 48 horas, taxa de reinternações, etc. Tem como subdimensões:

Eficácia: é a habilidade de cura, isto é, melhorar o estado de saúde do usuário por meio da aplicação da ciência e da tecnologia nas condições mais favoráveis (controladas). Pode ser avaliada pela taxa de reinternação, taxa de incidência de erros de medicação, taxa de incidência de erros de prescrição, incidência de reinternações 30 dias após a Alta, incidência de mortes após 30 dias de internação, taxa de mortalidade, etc.

Segurança dos usuários: evitar a exposição dos usuários a perigos e eventos adversos que afetem sua integridade física ou da equipe de profissionais. Pode ser representada por indicadores como: taxa de infecção hospitalar, número de notificações de eventos adversos/mês, incidência de quedas de usuários, presença de procedimento avaliação de risco pré-internação de paciente, etc.

3) Dimensão da Eficiência Operacional: capacidade de aproveitar ao mínimo de desperdício, os recursos disponíveis para a assistência aos usuários. Subdimensões:

Produtividade: a qual pode ser avaliada por indicadores como, número de atendimentos diários, tempo médio de consulta médica, tempo de permanência em internação, rotatividade de leitos, etc.

Custos: representada pelos dispendios incorridos por casos (por atendimento, internação, etc.). Incluem, para cada caso, custos com medicamentos, pessoal, exames, e outros custos incorridos durante o curso completo do tratamento, ou da internação dos usuários. Exemplos: custo por usuário por dia de internação, custo total por internação.

4) Dimensão de Orientação aos Usuários: capacidade de o hospital satisfazer as necessidades e expectativas de seus usuários. É composta pelas subdimensões:

Satisfação dos usuários: presença de uma sistemática de medição do nível de satisfação dos usuários, visando à identificação de oportunidades de melhoria nos serviços e atendimentos prestados. Envolve, ainda, a capacidade que o hospital tem de atender às necessidades e expectativas de seus usuários quanto aos serviços, comodidade e orientações.

Atendimento às necessidades dos usuários: capacidade de identificar as necessidades específicas de cada usuário, respeitando as singularidades de cada caso atendido.

Tratamento de reclamações: envolve a presença de uma sistemática de coleta e tratamento de reclamações advindas dos usuários, de modo a utilizar tais reclamações como forma de aprendizagem e para identificação de oportunidades de melhoria nos serviços.

5) Dimensão de Orientação ao Pessoal: é a capacidade de desenvolver e capacitar os profissionais, satisfazendo suas necessidades e expectativas e mantendo um ambiente de trabalho de envolvimento e motivação. É composta pelas subdimensões: satisfação dos profissionais (nível de satisfação com o trabalho e com o hospital onde trabalham), clima organizacional (respeito entre os profissionais, coesão e reconhecimento entre os profissionais, equilíbrio entre vida profissional e vida pessoal, troca de experiências entre os profissionais, equilíbrio entre trabalho e níveis de estresse) e desenvolvimento profissional (absenteísmo, rotatividade, retenção, premiação, treinamento). Pode ser avaliada por indicadores como: taxa de rotatividade dos profissionais, taxa de retenção de profissionais, indicador de medição do clima organizacional, indicador de satisfação, etc.

O desempenho hospitalar descrito segundo multi-dimensões busca abranger e integrar as mais variadas interfaces de relacionamento realizadas pelos hospitais, considerando desde seus processos internos, de cujos resultados dependem o funcionamento do hospital, até a interação com o ambiente para obtenção de recursos (relacionamento com clientes externos, com o mercado, etc.) e, por fim, a manutenção de um ambiente de suporte ao envolvimento e participação dos profissionais (GUISSET *et al.*, 2002).

O desempenho hospitalar pode ser compreendido como resultado interativo de um todo submetido à influência concomitante e contínua de diferentes dimensões e não como sendo dependente da ação de apenas uma dimensão isolada. Além de compreender as dimensões do desempenho hospitalar, deve-se considerar os fatores intervenientes que o influenciam e que são intrínsecos aos hospitais, bem como avaliar e monitorar o desempenho para melhorá-lo continuamente (MINVIELLE *et al.*, 2008; SMITS *et al.*, 2007; LAI, 2003).

Isso é pode ser realizado por meio da medição do desempenho hospitalar e da utilização de indicadores que permitem identificar o progresso em relação a metas e objetivos, bem como as oportunidades de melhoria a serem priorizados para a obtenção de um desempenho mais eficaz. Os fatores intervenientes no desempenho hospitalar, a medição deste desempenho e seus indicadores são abordados nas seções subseqüentes.

3.2.1 Fatores Intervenientes no Desempenho Hospitalar

Segundo Lai (2003), Dong (1997), Carman *et al.* (1996), o desempenho hospitalar é influenciado pela ação de fatores intervenientes que variam de acordo com as diferenças entre o ambiente, a organização do trabalho, a estrutura e a governança dos hospitais. Esses fatores são abordados nesta seção e referem-se à propriedade e porte hospitalar e ao nível e ao tempo de Acreditação da instituição.

Propriedade Hospitalar

Estudos internacionais têm identificado, empiricamente, a influência da propriedade hospitalar (público, privado) no desempenho. Mutter e Rosko (2008), ao analisarem uma amostra de 869 hospitais norte-americanos, constataram diferenças de desempenho entre hospitais públicos e privados, sendo que os últimos apresentaram maior desempenho em termos de custos e eficiência.

Chang *et al.* (2004) e Lien *et al.* (2008) sugerem, em *survey* realizado, respectivamente, com 43 e 357 hospitais de Taiwan, que hospitais privados são mais eficientes do que hospitais públicos na medida em que apresentaram maiores quocientes entre insumos processados (usuários, profissionais, materiais, medicamentos) e outputs produzidos (número de altas, número de óbitos, exames realizados, etc.).

Resultados similares a tais pesquisas foram obtidos por Werblow *et al.* (2010) e Majumdar (1998) em *surveys* realizados em hospitais alemães e indianos, respectivamente. Ambos afirmam que os hospitais privados são mais eficientes em termos de qualidade, custos e aproveitamento de recursos. Em contrapartida, Herr (2008), Tiemann e Schreyogg (2009),

Daidone e D'Amico (2009), Grosskopf, Margaritis e Valdmanis (2001), Sari (2003), apesar de identificarem diferenças significativas de desempenho conforme a propriedade hospitalar, indicam que hospitais públicos possuem desempenho superior ao de hospitais privados.

No Brasil, 47% dos hospitais são públicos, 50,2% são privados e 2,8% universitários (CNES, 2012; IBGE, 2012). Neste país, Calvo (2002) comparou a eficiência operacional de hospitais públicos e privados financiados pelo SUS no Estado do Mato Grosso. A análise das taxas de utilização de recursos para os hospitais eficientes sugeriu que hospitais públicos economizavam mais recursos financeiros, enquanto hospitais privados economizavam no número de médicos. La Forgia e Couttolenc (2009) analisaram o desempenho de 428 hospitais públicos brasileiros e concluíram que os hospitais públicos, especialmente os federais, apresentam o desempenho mais baixo, enquanto os hospitais privados com fins lucrativos são os de desempenho mais elevado.

Para Tieman, Schreyogg e Busse (2012), a influência da propriedade hospitalar no desempenho pode ser explicada por três fatores:

- Direitos de Propriedade: hospitais privados são administrados para gerar retorno financeiro a seus proprietários. Os processos do hospital são monitorados visando à minimização de desperdícios e à otimização da utilização de recursos para produzir retornos financeiros mais elevados e maior eficiência operacional. Hospitais públicos não objetivam lucros, havendo menor ênfase no monitoramento dos processos e no controle de custos e redução de desperdícios, contribuindo para desempenhos hospitalares menos elevados.

- Atuação Pública: diferentemente dos hospitais privados, os hospitais públicos podem ser administrados com a interferência de governantes e políticos que podem impor metas e objetivos ao hospital contraproducentes a uma gestão mais eficiente em termos de redução de custos, utilização de recursos, minimização de desperdícios, etc.

- Atuação dos Agentes: agentes (gestores) podem contrariar metas e objetivos estabelecidos pela Alta Administração do hospital quanto a maximização de lucros e redução de custos e desperdícios, decidindo por elevar a dispêndios e a utilização dos recursos o que aumenta os gastos hospitalares e reduz os lucros, no caso dos hospitais privados.

Chang *et al.* (2004) e Carter *et al.* (1997) justificam que diferenças de desempenho decorrentes da propriedade não se devem à forma pela qual os hospitais são gerenciados, mas ao fato de que há hospitais que priorizam o atendimento de quadros clínicos de baixa complexidade, transferindo quadros de alta complexidade, além de oferecer um escopo limitado de serviços na medida em que há hospitais que realizam apenas atendimentos ambulatoriais ou pronto-atendimento, não realizando cirurgias ou internações em UTI.

Porte do Hospital

Existem, no Brasil, 6.307 hospitais com predomínio de hospitais de pequeno porte (59,7%), os quais são seguidos pelos hospitais de médio porte (30,4%) e, finalmente, por hospitais de grande porte (9,9%) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013). Um hospital com mais de cento e cinquenta leitos é considerado de grande porte, hospitais que possuem entre 51 e 150 leitos são de médio porte, e hospitais com até cinquenta leitos são considerados de pequeno porte (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998).

Para La Forgia e Coutollenc (2009), o porte é um importante fator de interferência no desempenho hospitalar, isto é, desempenhos superiores estão fortemente ligados ao tamanho hospitalar, medido pelo número de leitos. Aumentos de escala levam a ganhos importantes no desempenho hospitalar, pois reduzem custos operacionais e permitem maior especialização do trabalho, dos equipamentos e das instalações (POSNETT, 2002).

O desempenho tende a melhorar com o aumento do porte do hospital, desde que as vantagens advindas dos ganhos de escala sejam maiores do que o tempo e os esforços realizados para coordenar e controlar o trabalho em hospitais de maior porte. Para efeitos de ganhos de escala em desempenho, o porte hospitalar deve estar entre 150 e 250 leitos (POSNETT, 2002). Já para Lai (2003), um hospital consegue otimizar retornos de escala e atingir elevados níveis de desempenho quando possui entre 150 e 350 leitos.

Estudos realizados por Watcharasriroj e Tang (2004), em uma amostra de 92 hospitais públicos tailandeses de diferentes portes, indicam que hospitais de grande porte apresentam desempenho significativamente superior aos hospitais de pequeno porte. Resultados similares também foram obtidos por McCallion *et al.* (1999) e Jardali *et al.* (2008). No Brasil, Marinho e Façanha (2001) compararam o desempenho de hospitais públicos brasileiros e concluíram que instituições com mais de 200 leitos apresentaram melhor desempenho em termos de eficiência operacional, custos e qualidade.

Quanto maior a escala de operações de um hospital, representada pelo número de leitos, maiores são os aumentos na redução dos custos e nos níveis de desempenho hospitalar (LA FORGIA; COUTOLLENC, 2009). Além da economia de escala, Watcharasriroj e Tang (2004) afirmam que hospitais de maior porte têm desempenho superior devido à capacidade de atrair usuários em potencial por meio da disponibilização de tecnologias mais avançadas, de instalações mais confortáveis e da padronização de processos de trabalho a qual reduz esforços de coordenação e controle dos mesmos pelos gestores,

elevando, em contrapartida, esforços para o planejamento e gestão das relações do hospital com seu ambiente externo (fornecedores, Governo, planos de saúde, financiadores, etc.).

O tempo consumido em atividades como gestão financeira, gestão pessoal e coordenação dos setores é significativamente maior em hospitais de pequeno porte do que em hospitais de grande porte. O contrário é verdadeiro para as atividades de planejamento dos recursos e de relacionamento externo. Gestores de hospitais de grande porte dedicam mais tempo à adoção de práticas e programas que melhorem o desempenho hospitalar e a qualidade dos serviços prestados. Consequentemente, os hospitais de grande porte tendem a apresentar melhores desempenhos do que os hospitais de porte menor (COUTOLLENC *et al.*, 2004).

Maior o porte, mais complexa a estrutura hierárquica do hospital e maior o número de profissionais, gerando a necessidade de formalização, padronização e monitoramento de processos e procedimentos. Em hospitais maiores, há tendência de maior especialização de equipes de profissionais e dos setores quanto ao cumprimento de responsabilidades gerenciais, visando tornar mais eficiente a comunicação e a coordenação do hospital. Tal fato pode gerar mudanças nas formas de comunicação, coordenação e integração do hospital, melhorando o desempenho (COUTOLLENC *et al.*, 2004).

Para Jardhali *et al.* (2008), os valores e benefícios da Acreditação variam de acordo com o porte hospitalar e são melhor assimilados em hospitais de grande porte, pois, hospitais de pequeno porte apresentam maior limitação financeira para lidar com os custos de auditorias de avaliação e manutenção do certificado. Além disso, por apresentarem valores culturais mais homogêneos, hospitais de pequeno porte têm maior dificuldade em superar a resistência dos profissionais em adotarem novas práticas e padrões de trabalho à suas rotinas.

Tempo de Acreditação

O desempenho hospitalar é afetado pelo tempo em que o hospital está Acreditado (SCHMALTZ *et al.*, 2011). Carman *et al.* (1996), Weiner *et al.* (1997) e Lai (2003) destacam que quanto maior a longevidade de implantação das práticas da Acreditação, maior é a tendência a um melhor desempenho hospitalar.

Em geral, a influência das práticas da Acreditação no desempenho hospitalar torna-se significativa a partir do terceiro ano de adoção desse certificado, pois, a partir de tal ano, a sistemática de gestão, suas rotinas e práticas de trabalho se encontrarão devidamente

consolidadas e incorporadas às atividades dos profissionais e dos setores do hospital, produzindo efeitos significativos em seu desempenho (LAI, 2003; SCHMALTZ *et al.*, 2011).

No primeiro ano, o desempenho hospitalar não é afetado pelas práticas implantadas com a Acreditação. Já no segundo ano de Acreditação, a influência gerada por tais práticas sobre o desempenho hospitalar ainda é considerada pouco significativa, pois as mesmas não estão plenamente consolidadas pela instituição, a qual se encontra, durante estes anos, em fase de adaptação às práticas inseridas pela Acreditação (LAI, 2003).

Nível de Acreditação

Segundo Lai e Tsay (2003), o desempenho hospitalar é afetado, significativamente, conforme o nível de Acreditação em que o hospital está classificado. Um *survey* realizado pelos mesmos autores em 582 hospitais mostra que hospitais classificados em níveis mais elevados de Acreditação apresentam desempenhos superiores a hospitais classificados em níveis de Acreditação inferiores.

Para La Forgia e Couttolenc (2009), as diferenças no desempenho hospitalar decorrentes do nível de Acreditação tornam-se significativas na medida em que os requisitos e padrões de cada nível são crescentes em complexidade e escopo, isto é, partem da conformidade a padrões mínimos referentes à regulamentação e licenciamento hospitalar (Nível 1: Acreditação) até o mais alto nível de excelência que permite comparações com instituições internacionais (Nível 3: Acreditação por Excelência). Além disso, o nível seguinte sempre incorpora requisitos dos níveis anteriores, fazendo com que o nível classificatório mais elevado seja mais desenvolvido do que os níveis inferiores (ONA, 2010).

3.3 Medição do Desempenho Hospitalar

A medição do desempenho hospitalar é uma prática central para melhoria contínua da qualidade e do desempenho dos serviços hospitalares, pois possibilita determinar o nível de desempenho atual da instituição, comparando-o a metas e padrões mais elevados que se pretende atingir e identificar oportunidades de melhoria (OMS, 2003).

Assim, a medição do desempenho hospitalar busca monitorar um conjunto de atividades e programas voltados a atingir metas e objetivos pré-definidos, promovendo a conjunção entre orientação estratégica, tipo de governança e de estrutura disponível (equipamentos, profissionais, instalações físicas) para o cumprimento da missão, metas e objetivos pré-estabelecidos pelo Governo e pela Sociedade (KRUK; FREEDMAN, 2008).

Os hospitais possuem diversas metas e *stakeholders* com objetivos, interesses e valores distintos que influenciam a medição do desempenho hospitalar, a qual pode ocorrer para fins de (OMS, 2003):

- Pesquisa: dados sobre estrutura, atividades e eficiência do hospital podem ser utilizados para avaliação do desempenho hospitalar e para elaboração de planos de ação para melhoria deste desempenho.
- Melhoria dos serviços: o hospital pode comparar seu desempenho com o de outros hospitais a fim de estimular a melhoria do mesmo.
- Escolha por parte dos usuários: os usuários podem utilizar informações sobre o desempenho hospitalar, como tempo de espera por atendimento e leitos disponíveis, para escolher o hospital que lhe prestará atendimento.
- Gerenciamento de recursos: gestores hospitalares necessitam de dados sobre o desempenho, custos e demanda por atendimento a fim de decidirem, com base em evidências, sobre a melhor aplicação dos recursos.
- Prestação de contas: governo e sociedade estão exigindo, crescentemente, maior transparência e prestação de contas sobre o desempenho hospitalar por parte dos hospitais dos quais fazem uso.

Porém, a medição do desempenho hospitalar não deve ser tratada como um conjunto de técnicas ou dados estatísticos. Deve conferir à administração um caráter menos intuitivo e mais racional, proporcionando evidências sobre práticas, valores, pontos fortes e fracos dos setores da instituição e oportunidades de melhoria que permitam identificar oscilações no planejamento, antecipar mudanças estratégicas e prever melhorias de desempenho futuras, subsidiando a tomada de decisão (MINOTTO, 2003).

Nesse sentido, a medição do desempenho deve adequar-se aos objetivos e metas do hospital, acompanhar as mudanças no ambiente, considerar o perfil dos usuários e as políticas governamentais locais (ALTÉS *et al.*, 2006). Dessa forma, a eficácia na medição do desempenho hospitalar está atrelada a subdimensões como objetivos organizacionais, cultura

nacional, interesse dos atores sociais (Governo, financiadores, planos de saúde, usuários, etc.) e o tipo de medição a ser utilizado (RABBANI, 2010).

Segundo a OMS (2003), há quatro tipos de medição do desempenho hospitalar:

- Inspeção Reguladora: busca avaliar o hospital quanto ao cumprimento de requisitos mínimos referentes à segurança de usuários e profissionais e ao cumprimento de requisitos legais (licenciamentos, códigos sanitários, regulamentações, etc.).

- Pesquisas sobre as experiências dos usuários: identificam o que é valorizado pelos usuários do hospital e pela comunidade. Buscam avaliar questões relacionadas à satisfação e experiência dos usuários quanto aos serviços hospitalares prestados.

- Avaliações por Terceiros: refere-se a abordagens sistematizadas de conformidade a padrões pré-definidos para processos, procedimentos, instalações físicas e recursos humanos, aplicáveis ao setor industrial (ISO 9001), ou, especificamente, aos serviços hospitalares (Acreditação). Tratam-se de abordagens voluntárias, independentes e que utilizam padrões explícitos que combinam auto-avaliação interna com revisões externos (auditorias, visitas, pesquisas e avaliações).

- Indicadores estatísticos: auxiliam na padronização da sistemática de gestão hospitalar em condições pré-determinadas, podendo reduzir o tempo de internação e os custos e tornando possível a realização de comparações de resultados internos ou entre hospitais. São ferramentas úteis para medir o grau de atingimento de metas e objetivos, fornecendo evidências necessárias a tomada de decisões que melhorem o desempenho do hospital.

De acordo com Sitzia (1999), estudos internacionais apresentam cinco princípios sobre a medição do desempenho hospitalar:

- Falhas de medição do desempenho resultam, mais freqüentemente, de falhas em sistemas e processos do que de falhas individuais relacionadas à competência ou ao conhecimento dos profissionais.

- A avaliação do desempenho hospitalar deve comparar métodos de medição de desempenho confiáveis com padrões válidos estabelecidos por Organizações independentes, governamentais ou por hospitais considerados referências no setor.

- A eficácia da medição do desempenho hospitalar depende da precisão e confiabilidade dos dados coletados sobre os usuários, os processos e as atividades do hospital.

- A realização de comparações válidas de desempenho entre hospitais requer a padronização de métodos e critérios de avaliação principalmente se a comparação ocorrer entre hospitais de países diferentes.

Para Minotto (2003), uma sistemática de medição do desempenho hospitalar bem-sucedida e eficaz requer como condições:

- Comprometimento da Alta Administração.
- Motivação e Envolvimento dos profissionais de todos os setores do hospital quanto à participação na sistemática de medição de desempenho.
- Foco nos usuários: a medição do desempenho hospitalar deve levar em consideração os interesses, o perfil, as necessidades e expectativas dos usuários do hospital.
- Visão de Futuro a longo prazo: deve haver a conscientização de que os resultados e benefícios decorrentes da medição, análise e melhoria do desempenho hospitalar ocorrerão a longo prazo, favorecendo a obtenção de objetivos estratégicos do hospital.
- Foco em Resultados: os resultados da medição do desempenho hospitalar devem ser continuamente melhorados e monitorados, visando o atingimento de níveis e metas de desempenho cada vez mais elevados e a melhoria na qualidade dos serviços prestados.
- Aprendizagem Contínua: experiências positivas e negativas devem gerar aprendizagem ao hospital e esta deve ser compartilhada por todos os seus profissionais, de modo que erros sejam tratados como oportunidade de aprendizado e não de punição.
- Tomada de Decisão baseada em Fatos: decisões devem basear-se na análise de dados e informações.
- Enfoque Pró-Ativo e Resposta Rápida: problemas em potencial a serem resolvidos ou evitados devem ser identificados e analisados quanto às suas possíveis causas, visando a implementação de ações preventivas à sua ocorrência dos mesmos.

Dois estratégias podem ser utilizadas pelos hospitais para avaliação do desempenho hospitalar e para a gestão deste. A primeira é estabelecer metas e padrões, avaliando, periodicamente, se a instituição conseguiu atendê-los (CHOUAID *et al.*, 2006). Neste caso, as iniciativas mais importantes e mais utilizadas são a realização de benchmarking hospitalar e a implantação da Acreditação (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O *benchmarking* hospitalar é uma prática usual que envolve a comparação de hospitais com base em medidas de desempenho. Os hospitais consideram as medidas de desempenho de outros hospitais similares mais motivantes do que os padrões, já que atingi-las parece mais viável e há motivação em superar concorrentes (PETTERSEN; NYLAND, 2006).

Já a segunda iniciativa, a adoção do certificado de Acreditação, obriga os hospitais a examinarem suas atividades, avaliar e comparar os serviços com padrões pré-estabelecidos em termos de estruturas, processos e desempenho, visando à melhoria da qualidade dos serviços prestados (JAAFARIPOOYAN *et al.*, 2011).

A segunda estratégia, a mais utilizada, é avaliar o desempenho por meio da medição de indicadores os quais mostram a evolução do desempenho hospitalar ao longo do tempo e determinam o grau que ações e serviços realizados atingem os resultados desejados (CHOUAID *et al.*, 2006).

Uma medição de desempenho realizada por meio de indicadores permite o melhor conhecimento dos objetivos estratégicos do hospital, da comunicação e das alocações de recursos, além de estabelecer prioridades estratégicas. É possível monitorar as atividades do hospital, influenciando as decisões e o comportamento organizacional, visando à melhoria da qualidade dos serviços e do desempenho dos processos (MIRANDA; SILVA, 2002).

3.4 Indicadores Hospitalares

Indicadores são parâmetros mensuráveis que fornecem informações relevantes sobre um fenômeno. Podem fornecer importantes subsídios para a medição do desempenho hospitalar sobre sua eficiência e evolução, indicando o grau de realização em cada dimensão de desempenho a ser avaliada, bem como os processos e atividades que podem apresentar problemas e que necessitam de uma avaliação mais direta (CHOUAID *et al.*, 2006).

Um indicador deve ter disponibilidade (os dados de cálculo devem ser de fácil obtenção para diferentes áreas e épocas), ter confiabilidade (ser capaz de fornecer o mesmo resultado, mesmo se medido por pessoas diferentes, em meios diferentes e em circunstâncias similares), deve ter validade, simplicidade (fácil de calcular), sensibilidade (distinguir as variações do fenômeno que examina) e abrangência (sintetizar o maior número de fatores que afetam a situação que se deseja medir) (KLUCK *et al.*, 2002).

Além de tais características, os indicadores devem ter utilidade prática para contribuir rapidamente na tomada de decisão, devem estar inseridos na rotina do hospital e serem facilmente compreendidos (DUARTE, 2009). Dessa forma, é possível quantificar informações, determinar a evolução em relação a metas e objetivos, fornecer subsídios para a identificação de oportunidades de melhoria, projeções futuras e para estabelecer relações de causa e efeito que poderiam não ficar evidentes (PURBEY; MUKHERJEE; BHAR, 2007). Os indicadores podem ser expressos por proporção, taxa ou razão e constituem-se em base para a Gestão do desempenho hospitalar, pois possibilitam o planejamento, análise crítica do desempenho e melhoria contínua de processos e atividades (VIEIRA, 2008).

É importante que os indicadores estejam adequados aos objetivos, metas e à missão do hospital, pois, assim, permitem a mensuração das atividades e o atingimento de diversos objetivos. A sistemática de medição do desempenho hospitalar deve ser dinâmica para acompanhar as mudanças do ambiente e ter indicadores adequados às características multifatoriais inerentes à composição do desempenho hospitalar (ALTÉS *et al.*, 2006).

Goldstein e Ward (2004) afirmam ser complexo realizar a medição do desempenho hospitalar em razão da dificuldade de encontrar indicadores que avaliem, adequadamente, todas as suas dimensões. Os indicadores de desempenho hospitalar podem receber diferentes tipos de classificação (ROTTA, 2004). Lai (2003) e Chan (1996) classificam os indicadores hospitalares em três tipos fundamentais:

- Indicadores Financeiros: mensuram os resultados financeiros do hospital, relacionando-se com a dimensão financeira do desempenho hospitalar. Exemplos: lucratividade, liquidez, endividamento, etc.

- Indicadores Operacionais: mensuram resultados inerentes aos processos do hospital. Refletem, em geral, a produtividade hospitalar. Exemplos: taxa de ocupação de leitos, taxa de rotatividade de leitos, número de usuários atendidos por dia, tempo de espera por atendimento, custos por paciente, etc.

- Indicadores de Qualidade da Assistência: mensuram os resultados advindos da assistência prestada. Exemplos: satisfação dos usuários, taxa de mortalidade, taxa de infecção hospitalar, taxa de readmissões, taxa de complicações cirúrgicas, tempo de permanência em internação, etc.

A OMS (2003) classifica os indicadores hospitalares em dois segmentos gerais:

- Indicadores Externos: ligados a informações demográficas, geográficas, políticas, legais, econômicas, tecnológicas, culturas, sobre condições de saúde e de mercado.

- Indicadores Internos: estão relacionados a informações sobre atividades gerenciais internas ao hospital ligadas à sua estrutura, processos e serviços prestados. Exemplos: capacidade planejada, capacidade operacional, número de consultórios, número de salas cirúrgicas, número de atendimentos, taxa de ocupação de leitos, tempo de permanência, taxa de rotatividade de leitos, número de enfermeiros por leito, lucratividade, etc.

Chen (1999) divide os indicadores hospitalares em três categorias:

- Indicadores de Estrutura: relacionam-se ao tipo e número de equipamentos disponíveis aos usuários, taxa de profissionais por usuário, número de leitos e número de profissionais.

- Indicadores de Processos: estão focados na qualidade dos serviços (taxa de infecção, taxa de reinternação hospitalar) e de eficiência (custos por usuário, ocupação de leitos, rotatividade de leitos, etc.).

- Indicadores de Resultados: relacionam-se ao resultado gerado pela assistência prestada no estado de saúde dos usuários. Exemplos: taxa de mortalidade, taxa de altas por período, nível de satisfação dos usuários quanto aos serviços prestados, etc. Os indicadores de resultados envolvem, também, o desempenho operacional da instituição, como lucratividade, rotatividade de profissionais, satisfação dos profissionais, etc.

Para a MBNQA (2011), os indicadores hospitalares dividem-se em:

- Resultados de Satisfação dos Usuários: avaliam a satisfação dos usuários quanto aos serviços prestados e quanto ao relacionamento com os profissionais do hospital.

- Resultados Financeiros: avaliam o desempenho financeiro da instituição quanto a participação de mercado, nível de endividamento, crescimento anual de receitas, lucratividade, etc.

- Resultados de Satisfação da Equipe de Profissionais: avaliam a satisfação dos profissionais do hospital quanto a rotina e atividades de trabalho.

- Resultados Operacionais: medem o desempenho do hospital em termos de eficiência, reunindo indicadores como produtividade, tempo de permanência em internação, rotatividade de leitos, etc.

Marinho e Façanha (2001) e Calvo (2002) propõem a classificação dos indicadores hospitalares em duas categorias: insumos e tipo de produtos. Na primeira classificação, há 7 grupos de indicadores; para a segunda, 3 grupos. O primeiro grupo de insumos refere-se à mão-de-obra e avaliam as subdimensões do trabalho realizado pelos vários funcionários do hospital (MARINHO; FAÇANHA, 2001; CALVO, 2002). Segundo Calvo (2002), exemplos de indicadores desse primeiro grupo são: horas de trabalho dos médicos, de pessoal auxiliar, de pessoal administrativo e de pessoal de apoio.

O segundo grupo de insumos refere-se à estrutura do hospital, sendo alguns de seus indicadores: número de leitos e de ambulatórios, a área física e os equipamentos. O terceiro grupo avalia as despesas gerais e os indicadores são: dispêndios financeiros de custeio e manutenção, excluídos os gastos com mão-de-obra e capital (compras de material de consumo, de medicamentos e de alimentos). O quarto grupo envolve serviços de apoio utilizados pelo hospital, tais como segurança, lavanderia e limpeza. O quinto grupo envolve serviços auxiliares de diagnose e terapia (exames laboratoriais, as radiografias e a fisioterapia) (MARINHO; FAÇANHA, 2001; CALVO, 2002).

As informações sobre o usuário compreendem o sexto grupo de classificação. Exemplos dessas informações são: idade, sexo, local de residência, antecedentes médicos, consultas anteriores, internações e diagnóstico inicial. Os insumos ambientais, sétimo e último grupo da classificação insumos, são os fatores relativos ao ambiente geral de operação do hospital, que geralmente não são controlados pela administração do hospital (e.g., localização geográfica, natureza administrativa, quadro de morbidade e características socioeconômico culturais da população atendida) (MARINHO; FAÇANHA, 2001; CALVO, 2002).

Os grupos da classificação produtos são tratamento, processos e sociais. O primeiro grupo refere-se às subdimensões relacionadas às intervenções sobre os usuários do hospital (cirurgias, assistência ambulatorial, o número de internações, tempo de permanência, número de altas, número de óbitos, exames realizados, etc.) Os processos, segundo grupo, representam ações, estruturas e condições que estabelecem a qualidade dos serviços prestados. Por fim, os produtos do terceiro grupo refletem a importância social do hospital no que diz respeito à disponibilidade de serviços em áreas distantes, isoladas e carentes e no atendimento de população de baixa renda (MARINHO; FAÇANHA, 2001; CALVO, 2002).

Apesar da diversidade de indicadores hospitalares existentes, Waggoner *et al.*, (1999) e Gilmore e Novaes (1997) observam que os indicadores e as dimensões de desempenho hospitalar podem ser privilegiados, pelo hospital, na realização da medição de desempenho, conforme os interesses da Alta Administração. Assim, ainda segundo esses autores, cabe a esta definir quais indicadores e dimensões devem ser medidos e monitorados, considerando-se os objetivos estratégicos e as metas do hospital.

De acordo com La Forgia e Couttolenc (2009), no ambiente hospitalar, entre 60% e 80% das falhas envolvem erros humanos ou incidentes evitáveis, como falhas em registros, em equipamentos, na qualificação profissional, na administração prescrita, etc. Estes eventos interferem diretamente no resultado final da assistência. Para melhorá-lo, Duarte (2009) recomenda que os indicadores hospitalares avaliem os processos de forma sistêmica, com ênfase no monitoramento do desempenho dos processos assistenciais, identificando oportunidades de prevenção e melhoria e de avaliação do custo-benefício das ações.

Goldstein e Ward (2004) indicam que a taxa de ocupação de leitos e o tempo de permanência em internação são os indicadores mais utilizados pelos hospitais para avaliação da eficácia dos processos. Ministério da Saúde (2008) recomenda que a medição de desempenho por indicadores contemple medições mais fáceis de obter, como taxa de mortalidade, taxa de infecção, proporção de cirurgias suspensas, cirurgias por sala, percentual de cesáreas, tempo médio de permanência em internação, percentual de cirurgias eletivas, taxa

de rotatividade de leitos, tempo de espera entre a marcação da consulta médica e o atendimento, número mensal de atendimentos ambulatoriais.

Para Minotto (2003), uma medição de desempenho hospitalar eficaz é realizada por meio de indicadores referentes à qualidade da assistência. O autor propõe a utilização dos indicadores de tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, incidência de queixas sem diagnóstico, incidência de erros em prontuários, taxa de infecção, taxa de complicações não-infecciosas e consumo de antibióticos.

Para Jung e Jacques (2006) e Bittar (1996), os indicadores mais utilizados para avaliar a qualidade da assistência hospitalar são: tempo de permanência em internação, taxa de readmissão imediata, taxa de infecção hospitalar e complicações cirúrgicas. Para Zucchi, Bittar e Haddad (1998), o monitoramento do desempenho hospitalar pode ser realizado por meio da medição do tempo de permanência em internação, taxa de rotatividade de leitos (relação do número de usuários que saíram do hospital durante determinado período e número de leitos disponíveis no mesmo período) e proporção de enfermeiros por leito.

Para Bruxel (1997), tem importância estratégica, para o hospital, a medição dos indicadores de lucratividade, nível de caixa, estoque em dias de consumo, proporção de profissionais por leito, taxa de ocupação de leitos, tempo médio de permanência, taxa de mortalidade, taxa de reinternações, taxa de cesáreas, número de exames realizados, taxa de rotatividade dos profissionais e satisfação dos usuários.

Para Silva *et al.* (2006), Marinho (2001) e Bittar (1996), os indicadores mais representativos do desempenho hospitalar são:

- Taxa de Ocupação de Leitos: é a relação entre o número de pacientes-dia em uma determinado período e o número total de leitos.

- Tempo Médio de Permanência em Internação: relação entre o número de pacientes-dia durante determinado período e o número de usuários que tiveram alta ou óbito no mesmo período.

- Taxa de Rotatividade de Leitos: é a medida de utilização de leitos em um determinado período.

- Taxa de Mortalidade: é a porcentagem entre o número total de óbitos ocorridos em um período e o total de usuários que tiveram alta ou óbito no mesmo período.

Segundo os mesmos autores, a taxa de ocupação de leitos e o tempo médio de permanência ajudam a explicar a variação dos custos hospitalares. Maiores taxas de ocupação resultam em custos mais baixos por paciente, pois os custos indiretos são distribuídos pelos leitos ocupados. Se uma ocupação maior resultar em poucas admissões, mas estadas longas,

os custos de hospedagem serão mais elevados em relação ao número de usuários e o custo médio por admissão será maior (MARINHO; MORENO; CAVALINI, 2001).

Elevadas taxas de rotatividade e ocupação indicam baixa ociosidade de leitos e, portanto, alta eficiência. Já baixos prazos de permanência podem significar altas precoces, óbitos prematuros ou inevitáveis que demandariam internações em hospitais especializados. Enquanto altos prazos de permanência podem, por outro lado, significar baixa capacidade de resolução dos casos atendidos (SILVA *et al.*, 2006).

Para Schuhmann (2008), os hospitais tendem a apresentar melhor desempenho quando possuem baixa taxa de ocupação, baixa taxa média de permanência, percentagens menores de custos com pessoal e maiores receitas ambulatoriais em relação às receitas totais.

Portanto, indicadores hospitalares monitorados de maneira contínua e adequada, tornam-se ferramentas importantes de avaliação do desempenho hospitalar, fornecendo uma visão abrangente e real da instituição e do ambiente no qual a mesma está inserida (ROTTA, 2004). Para compor uma sistemática sólida de medição, avaliação e melhoria do desempenho, La Forgia e Couttolenc (2009) recomendam que o monitoramento por indicadores seja complementar à adoção do certificado de Acreditação.

Assim, enquanto o monitoramento por indicadores fornece, regularmente, informações sobre a evolução do desempenho hospitalar ao longo de suas dimensões, a Acreditação e suas práticas, além de promoverem o monitoramento do mesmo com avaliações *in loco* realizadas a cada dois ou três anos, promovem também sua melhoria, afetando-o, diretamente, em dimensões específicas (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

As dimensões do desempenho hospitalar diretamente afetadas pela implantação da Acreditação e de suas práticas e a relação existente entre desempenho e Acreditação são abordados na seção subsequente.

3.5 Dimensões e Subdimensões do Desempenho Hospitalar Influenciadas pelas Práticas da Acreditação

Os estudos sobre o impacto causado pela Acreditação no desempenho hospitalar revela-se heterogênea em termos de resultados obtidos e das dimensões e subdimensões de desempenho afetadas (JAAFARIPOOYAN *et al.*, 2011).

Schmaltz *et al.* (2011), ao comparar indicadores de uma amostra de 154 hospitais dos EUA, observou que hospitais Acreditados demonstraram desempenho superior ao de hospitais não Acreditados, apresentando melhores resultados em 13 de 16 indicadores avaliados. A dimensão de desempenho significativamente mais afetada pelas práticas de Acreditação, segundo os autores, foi a de Efetividade quanto às subdimensões Segurança (erros de medicação, incidência de reação adversa a medicamentos, taxa de infecção) e Eficácia (taxa de mortalidade, taxa de reinternação, taxa de alta em 48 horas).

Os mesmos autores destacam, ainda, que a Acreditação gera como impacto-chave, no desempenho hospitalar, a realização de ações de preservação da segurança dos usuários (gestão de riscos), como mapeamento de riscos e eventos adversos dos serviços, uso de dispositivos de gestão à vista (pulseiras, carimbos, placas e identificação de leitos, etc.), uso de protocolos (procedimentos documentados) de prevenção de riscos e eventos adversos, uso de registros de ocorrência de eventos adversos, etc. Essas ações melhoraram, conseqüentemente, o desempenho da subdimensão Segurança da dimensão Efetividade.

A melhoria do desempenho hospitalar quanto à Efetividade, por meio das práticas de Acreditação, foi observada por Braithwaite *et al.* (2011), Jardali *et al.* (2008), Lopes (2007), Nishikuni e Minuci (2006), Smits *et al.* (2007) e Daucourt e Michel (2003).

Para Braithwaite *et al.* (2011) o principal impacto produzido pela Acreditação ao desempenho hospitalar é a geração de melhorias na segurança dos usuários quanto à gestão de riscos e eventos adversos que prejudiquem a saúde e a integridade física desses indivíduos. Jardali *et al.* (2008) a dimensão Efetividade apresentou diferenças estatísticas significativas independentes do porte dos 59 hospitais libaneses da amostra ($p < 0,04$), especialmente quanto às subdimensões Eficácia (reinternações) e Continuidade do Tratamento.

Lopes (2007), em um *survey* com 224 profissionais de um hospital Acreditado e 144 profissionais de um hospital não Acreditado, observou que a dimensão Efetividade (especialmente quanto à subdimensão Segurança) apresentou a segunda maior diferença estatística em termos de impacto gerado pela Acreditação no desempenho hospitalar, sendo superada apenas pela Eficiência Operacional. Smits *et al.* (2007) em um *survey* com 402 hospitais franceses observou que a dimensão Efetividade (subdimensão Eficácia) apresentou a segunda maior diferença estatística dentre as dimensões (Eficiência, Efetividade, Financeira, Orientação aos Clientes e *Outcomes*) atrás apenas da Dimensão de Orientação aos Clientes.

Nishikuni e Minuci (2006) avaliaram o desempenho da dimensão Efetividade de 146 hospitais brasileiros, comparando os resultados dos indicadores desta dimensão e os da dimensão Orientação ao Pessoal de hospitais com selo CQH (Compromisso da Qualidade

Hospitalar) e sem este selo. Nos resultados dos indicadores de Efetividade, os hospitais com selo obtiveram desempenho significativamente melhores, especialmente quanto à reinternações, taxa de mortalidade e taxa de infecção. Daucourt e Michel (2003) reforçam tal conclusão em *survey* realizado por meio da análise de relatórios com os resultados dos indicadores de 100 hospitais franceses. Tal análise revelou resultados estatisticamente significativos para Efetividade em relação às subdimensões Eficácia e Segurança.

A Dimensão de Eficiência Operacional do desempenho hospitalar é tida na literatura como a mais influenciada pelas práticas da Acreditação. Tal tendência foi observada nos trabalhos de Campos, Gastal e Couto (2008), Jardali *et al.* (2008), Macinati (2008), Lopes (2007), Nishikuni e Minuci (2006), Suraratdecha e Okunade (2006) e Dilber *et al.* (2005).

Nishikuni e Minuci (2006) ao analisarem uma amostra de 133 hospitais brasileiros, comparando-os, quanto à Eficiência Operacional desses hospitais, antes e depois da obtenção do selo CQH, obtiveram evidências estatisticamente significativas de que instituições, após a adoção do selo, passaram a apresentar melhores resultados. Esses autores afirmam que as principais diferenças observadas foram tempos médios de internação significativamente menores e taxas de rotatividade de leitos significativamente maiores.

A partir desses dados, os mesmos autores afirmam que a adoção do CQH produz melhorias significativas na dimensão Eficiência Operacional dos hospitais. Tal estudo, porém, restringiu-se à análise da evolução dos indicadores dessa dimensão ao longo do tempo, comparando os resultados antes e depois da adoção do selo do CQH.

Assim, o trabalho realizado nesta tese difere-se do estudo de Nishikuni e Minuci (2006) na medida em que busca avaliar o impacto da Acreditação sobre as dimensões que compõem o desempenho hospitalar, sem focalizar apenas uma delas, aferindo para tal, por meio de um questionário estruturado em escala *Likert*, a percepção dos gestores hospitalares a respeito das melhorias produzidas a partir da obtenção da Acreditação pelo hospital, em comparação ao período em que a instituição não possuía tal certificado.

Jardali *et al.* (2008), Macinati (2008), Suraratdecha e Okunade (2006), Campos, Gastal e Couto (2008) e Dilber *et al.* (2005) destacam, ainda, outras melhorias decorrentes da Acreditação associadas à Dimensão de Eficiência Operacional, como aumento da produtividade (número de atendimentos por dia, rotatividade de leitos, etc.) e redução de tempo de ciclo (taxa de cancelamento de cirurgias, tempo médio de internação, etc.). Já Lopes (2007) obteve diferenças significativas, quanto à redução de desperdícios para custos e medicamentos, entre hospitais com Acreditação e sem Acreditação.

Outra dimensão influenciada pelas práticas de Acreditação é a de Orientação aos usuários. Tal influência foi observada por Braithwaite *et al.* (2011), Jaafaripooyan *et al.* (2011), Macinati (2008) e Lopes (2007) os quais identificaram diferenças estatísticas significativas, especialmente, quanto à subdimensão de satisfação dos usuários. Para Macinati (2008), a Acreditação melhora a satisfação dos usuários e a capacidade do hospital em determinar e atender as necessidades e expectativas dos usuários, por meio da identificação do perfil da comunidade atendida. Isso ocorre, pois a Acreditação permite a definição do perfil epidemiológico da instituição no qual mapeia-se o perfil dos atendimentos prestados (tipos de doença mais atendidos, faixa etária de usuários mais atendida, gênero, etc.).

A dimensão Financeira do desempenho hospitalar, por sua vez, não sofre interferência das práticas de Acreditação (SCHMALTZ *et al.*, 2011; MACINATI, 2008; CAMPOS; GASTAL; COUTO, 2008). Schmaltz *et al.* (2011) comparou indicadores financeiros em um *survey* com hospitais Acreditados e não Acreditados e não identificou diferenças estatísticas significativas entre os hospitais. Macinati (2008) observou que as subdimensões da dimensão Financeira são as de menor correlação com as práticas de Acreditação, não havendo relação estatística significativa entre ambas.

Já para Campos, Gastal e Couto (2008), o desempenho financeiro de um hospital não é afetado diretamente pela Acreditação, mas sim por fatores como tipo de propriedade (pública, privada, lucrativa, não lucrativa, etc.), acesso a fontes de financiamento, tipo de procedimentos (predomínio de casos clínicos ou cirúrgicos), severidade dos casos atendidos, metodologia de custeio utilizada, sistema de informação dos usuários, poder de precificação do SUS e das operadoras de planos de saúde, etc.

Por fim, Orientação ao Pessoal é outra dimensão do desempenho hospitalar não afetada pelas práticas da Acreditação, conforme observado por Braithwaite *et al.*, (2011), Jardali *et al.* (2008), Lopes (2007) e La Forgia e Couttolenc (2009). Neste caso, Braithwaite *et al.* (2011) concluem que a relação entre tal dimensão e a Acreditação não é estatisticamente significativa ($p=0,110$). Jardali *et al.* (2008) e La Forgia e Couttolenc (2009) não observaram diferenças estatísticas significativas apresentadas pelos indicadores associados à Dimensão Orientação ao Pessoal (absenteísmo, satisfação e rotatividade de pessoal).

Lopes (2007), ao comparar a gestão de um hospital Acreditado com a de um hospital não Acreditado, concluiu que as diferenças estatísticas nos resultados obtidos para ambos os hospitais na dimensão de Orientação ao Pessoal não foram significativas. Para o autor, esta dimensão apresentou os resultados mais inferiores à mediana, evidenciando mudanças pouco significativas no desempenho de tal dimensão antes e depois da obtenção do

certificado de Acreditação, especialmente quanto às subdimensões de satisfação dos profissionais, comprometimento e envolvimento, proposição de sugestões de melhoria.

O Quadro 3.2 apresenta, em síntese, os trabalhos mais relevantes, dentre os 64 artigos encontrados na revisão bibliográfica sistematizada, sobre a relação de influência entre as práticas de Acreditação e as dimensões do desempenho hospitalar, indicando o grau de influência identificado segundo diferentes autores e o método utilizado pelos mesmos.

Dimensões do Desempenho Hospitalar	Grau de Influência das Práticas de Acreditação na Dimensão	Autores que Identificaram o Grau de Influência	Método Utilizado pelos Autores
Eficiência Operacional	Estatisticamente Significativa	Braithwaite <i>et al.</i> (2011)	Revisão bibliográfica sistematizada (42 referências)
		Schmaltz <i>et al.</i> (2011)	Survey em 154 hospitais dos EUA
		Nishikuni e Minuci (2006)	Survey em 146 hospitais brasileiros
		Lopes (2007)	Survey em 2 hospitais de Portugal - 1 Acreditado (224 profissionais entrevistados) e 1 hospital não Acreditado (144 profissionais entrevistados)
		Jardali <i>et al.</i> (2008)	Survey em 59 hospitais do Líbano
		Macinati (2008)	Survey em 148 hospitais da Itália
		Suraratdecha e Okunade (2006)	Survey em 80 hospitais da Tailândia
		Campos, Gastal e Couto (2008)	Estudo de Casos em 4 hospitais do Brasil
		Dilber <i>et al.</i> (2005)	Survey em 50 hospitais da Turquia
Financeira	Estatisticamente Não Significativa	Schmaltz <i>et al.</i> (2011)	Survey em 154 hospitais dos EUA
		Macinati (2008)	Survey em 148 hospitais da Itália
		Campos, Gastal e Couto (2008)	Estudo de Casos em 4 hospitais do Brasil
Efetividade	Estatisticamente Significativa	Braithwaite <i>et al.</i> (2011)	Revisão bibliográfica sistematizada (42 referências)
		Schmaltz <i>et al.</i> (2011)	Survey em 154 hospitais dos EUA
		Jardali <i>et al.</i> (2008)	Survey em 59 hospitais libaneses
		Lopes (2007)	Survey em 2 hospitais de Portugal - 1 Acreditado (224 respondentes) e 1 hospital não Acreditado (144 respondentes)

QUADRO 3.2. Influência da Acreditação nas Perspectivas do Desempenho hospitalar, segundo autores (Continua)

Dimensões do Desempenho Hospitalar	Grau de Influência das Práticas de Acreditação na Dimensão	Autores que Identificaram o Grau de Influência	Método Utilizado pelos Autores
Efetividade	Estatisticamente Significativa	Smits <i>et al.</i> (2007)	Estudo de Casos com 5 manuais de Acreditação (EUA, Canadá, França, Austrália e Brasil)
		Nishikuni e Minuci (2006)	<i>Survey</i> em 146 hospitais brasileiros
		Daucourt e Michel (2003)	<i>Survey</i> por meio da análise de indicadores de relatórios anuais de Acreditação de 100 hospitais franceses
Orientação aos Usuários	Estatisticamente Significativa	Braithwaite <i>et al.</i> (2011)	Revisão bibliográfica sistematizada (42 referências)
		Jaafaripooyan <i>et al.</i> (2011)	<i>Survey</i> em hospitais dos EUA, Austrália e Irã e entrevistas com 25 acadêmicos dos EUA e Reino Unido especialistas em Acreditação
		Macinati (2008)	<i>Survey</i> em 148 hospitais da Itália
		Lopes (2007)	<i>Survey</i> em 2 hospitais de Portugal
		Smits <i>et al.</i> (2007)	Estudo de Casos com 5 manuais de Acreditação (EUA, Canadá, França, Austrália e Brasil)
Orientação ao Pessoal	Estatisticamente Não Significativa	Braithwaite <i>et al.</i> (2011)	Revisão bibliográfica sistematizada (42 referências)
		Jardali <i>et al.</i> (2008)	<i>Survey</i> em 59 hospitais libaneses
		Lopes (2007)	<i>Survey</i> em 2 hospitais de Portugal
		La Forgia e Couttolenc (2009)	<i>Survey</i> em 146 hospitais do Brasil

QUADRO 3.2. Influência da Acreditação nas Dimensões do desempenho hospitalar, segundo autores

Portanto, a partir das informações apresentadas no Quadro 3.2, é possível observar o impacto das práticas da Acreditação em três dimensões do desempenho hospitalar (Eficiência Operacional, Efetividade e Orientação aos Usuários), com exceção da dimensão Financeira e de Orientação ao Pessoal.

4. MÉTODO DE PESQUISA

Este capítulo apresenta o método de pesquisa utilizado, bem como a justificativa da escolha, a técnica de pesquisa, a população de estudo, critérios para a composição e seleção da amostra e as técnicas estatísticas de análise de dados selecionadas. Em seguida, apresenta-se e descreve-se, a composição do modelo conceitual de pesquisa em termos das variáveis envolvidas, constructos e relacionamentos entre variáveis, além de descrever e especificar as hipóteses de pesquisa analisadas na tese, bem como os respectivos problemas de pesquisa envolvidos em cada uma das hipóteses propostas.

4.1 Abordagem de pesquisa

A escolha da abordagem de pesquisa baseou-se na busca de melhor responder os problemas e objetivos principais deste trabalho. Seguiu-se a recomendação de Gunther (2006) de que a abordagem de pesquisa adotada deve ser aquela capaz de melhor explicar o fenômeno estudado. Como os objetivos principais desta tese consistem em determinar a relação de influência entre as práticas da Acreditação e o desempenho hospitalar e impacto de fatores intervenientes nessa relação, optou-se pela realização da pesquisa quantitativa.

A abordagem quantitativa busca processar dados numéricos a fim de obter as inferências que emergem da compreensão sobre relacionamentos estabelecidos entre variáveis (GUNTHER, 2006). Assim, neste trabalho, as práticas da Acreditação e as dimensões do desempenho hospitalar são identificadas na literatura para, em seguida, se verificar o grau de relação existente entre ambas, a partir de testes realizados em um conjunto de elementos, visando à generalização das conclusões obtidas. Tal procedimento é avaliado, por Bryman (2006), como característico da pesquisa quantitativa.

O autor justifica que, em estudos quantitativos, mensura-se a relação de causa e efeito entre as variáveis, não havendo interação direta entre pesquisador e objeto e as variáveis estudadas estão bem definidas, pois a realidade é tida como uma série de fatos que podem ser medidos objetivamente e desvendados pelo pesquisador.

Isso faz com que, segundo Bryman (2006), o pesquisador consiga, a partir da literatura, identificar as variáveis de pesquisa que podem ser testadas para contribuir com a

teoria. Para Forza (2002), a principal contribuição de um estudo quantitativo é a generalização dos resultados, o que se mostra devidamente adequado àquilo que se planeja para esta tese.

Com a abordagem de pesquisa definida como quantitativa, escolheu-se, na seção a seguir, o método quantitativo que melhor se adéqua aos propósitos deste trabalho.

4.2 Escolha do Método de Pesquisa

O método de pesquisa realizado nesta tese é o *survey*. A pesquisa *survey* é normalmente realizada quando há interesse em produzir descrições quantitativas de uma população, utilizando um instrumento pré-definido, geralmente um questionário ou entrevistas. A *survey* possui três características (FREITAS *et al.*, 2000):

- É um método quantitativo que requer informações padronizadas sobre o objeto de estudo, sendo que este poder ser uma Organização, indivíduos, grupos ou comunidades.
- O principal modo de coletar as informações é por meio de questões estruturadas e pré-definidas.
- As informações são, geralmente, coletadas sobre uma fração da população em estudo (amostra), de forma que o tamanho desta seja grande o suficiente para permitir extensiva análise estatística, isto é, o número de unidades analisadas é representativo do objeto de estudo. Dessa forma, os resultados obtidos terão validação externa para realizar generalizações estatísticas ou testar a validade de hipóteses sobre a realidade estudada.

O *survey* examina padrões e relacionamentos entre conjuntos de variáveis para compreender a relevância de um fenômeno e como ele ocorre no âmbito de uma população. O foco de interesse é sobre o que está ou como e porque o fenômeno está acontecendo, não sendo possível controlar as variáveis dependentes e independentes (FORZA, 2002).

Considerando os objetivos de pesquisa, o *survey* realizado classifica-se como explanatório. O pesquisador, a partir de informações obtidas junto a hospitais Acreditados do Estado de São Paulo há, pelo menos três anos (amostra), buscou determinar a relação de influência entre as práticas da Acreditação (variáveis independentes) e o desempenho hospitalar (variável dependente), bem como o impacto de fatores intervenientes (variáveis de controle) nessa relação.

Quanto ao período de realização da coleta de dados, o *survey* desta tese é de corte transversal, pois os dados foram coletados em apenas um momento (março de 2013 a agosto de 2013).

O desenho do *survey* depende da definição de sua hipótese, a qual descreve o modelo teórico da pesquisa e suas variáveis de análise e de controle (FORZA, 2002). A partir da revisão bibliográfica, foram destacados os elementos que orientam a composição do modelo teórico e definidas as hipóteses a serem testadas. O modelo conceitual desta tese, bem como as hipóteses elaboradas e avaliadas, são abordados na seção subsequente.

4.3 Modelo Conceitual e Hipóteses de Pesquisa

Segundo Forza (2002), antes de se iniciar a pesquisa *survey*, deve-se estabelecer um modelo conceitual, no qual é necessário especificar:

- As variáveis envolvidas na pesquisa.
- A classificação das variáveis (dependentes, independentes, de controle).
- A relação existente entre as variáveis.
- A delimitação do escopo da pesquisa.

O modelo conceitual que orientou a pesquisa realizada nesta tese baseou-se em uma revisão bibliográfica sistematizada que buscou trabalhos sobre a influência entre os constructos. Para tal, foram pesquisadas, na base de dados dos *sites Science Direct e PubMed*, as palavras-chave “*hospital performance accreditation*” e “*performance accreditation*”. Como resultado, foram encontrados 64 artigos internacionais.

A composição do constructo práticas de Acreditação baseou-se nas práticas e requisitos contidos no Manual Brasileiro de Acreditação. Além disso, foi realizada, também, uma revisão bibliográfica sistematizada para trabalhos que abordavam a composição do desempenho hospitalar. Para a palavra-chave “*hospital performance*” foram obtidos 749 artigos nos bancos de dados dos *sites Science Direct e PubMed*.

As dimensões Financeira e de Orientação ao Pessoal, do desempenho hospitalar, foram excluídas do escopo da pesquisa por não terem apresentado diferenças estatísticas significativas em relação às práticas da Acreditação, segundo os trabalhos de

Schmaltz *et al.* (2011), Macinati (2008), Campos, Gastal e Couto (2008), Braithwaite *et al.*, (2011), Jardali *et al.* (2008), Lopes (2007) e Nishikuni e Minuci (2006).

As fontes para a pesquisa foram artigos científicos, dissertações acadêmicas, textos técnicos, documentos disponíveis na ONA, capítulos de livros e questionários respondidos por Gerentes da Qualidade dos hospitais.

O modelo conceitual com as variáveis analisadas, suas interrelações e o escopo da pesquisa estão no Apêndice A. A figura 4.1 retrata o modelo conceitual simplificado.

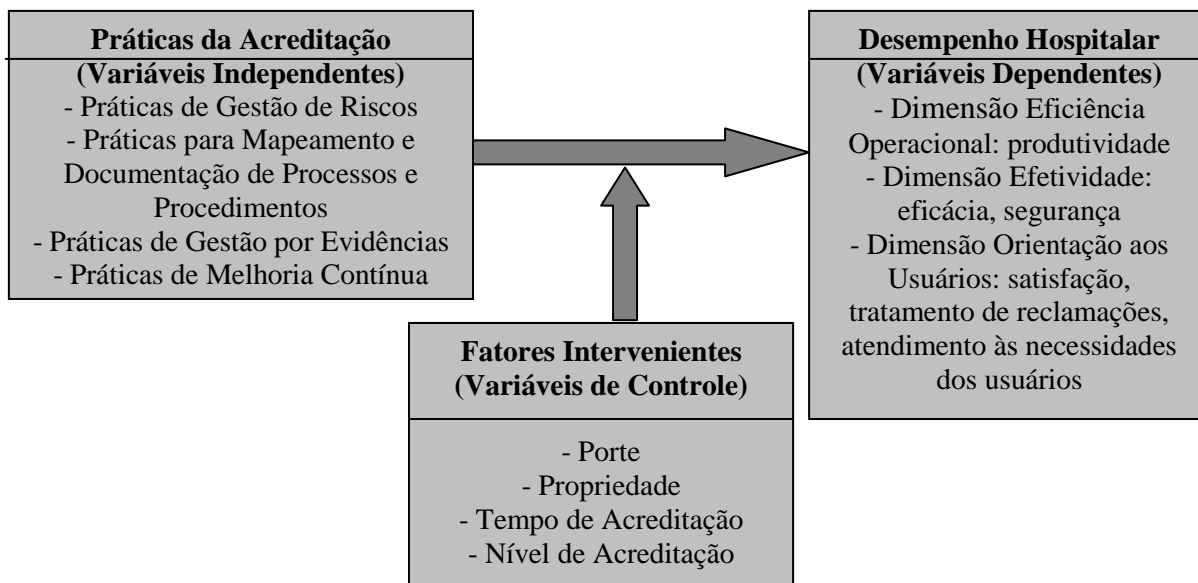


FIGURA 4.1. Modelo Conceitual Simplificado de Pesquisa

Foram analisadas a associação entre as práticas da Acreditação (variável independente) e o desempenho hospitalar (variável dependente) e a ação de fatores intervenientes (porte e propriedade, tempo e nível de Acreditação) nesta relação.

Antes de testar a relação entre os diferentes tipos de variáveis, Forza (2002) afirma que é necessário traduzi-las em elementos operacionais observáveis e/ou passíveis de medição, isto é, realizar a operacionalização dos constructos, por meio da apresentação de elementos que serão tomados como base de observação para análise de cada constructo.

A operacionalização dos constructos envolvidos nesta tese baseou-se na revisão bibliográfica dos capítulos 2 e 3. No Quadro 4.1 são apresentadas as definições operacionais dos constructos envolvidos na variável dependente (desempenho hospitalar). Já nos Quadros 4.2, 4.3 e 4.4, são apresentadas as definições operacionais dos constructos envolvidos na variável independente, Práticas da Acreditação, separadas por Nível de Acreditação (Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado por Excelência, respectivamente).

Variável Dependente: Desempenho Hospitalar (Dimensões Afetadas pelas Práticas da Acreditação)				
Dimensões da Variável Dependente	Variáveis da Dimensão (Subdimensões)	Definições Operacionais das Variáveis		Questões Correspondentes no Questionário
Dimensão Eficiência Operacional	Produtividade	V1	Aproveitamento de recursos (equipamentos, materiais, insumos, instalações, etc.)	Q1 (Bloco B)
		V2	Utilização de recursos (equipamentos, materiais, insumos, instalações, etc.)	Q2 (Bloco B)
		V3	Tempo médio de Permanência em internação	Q3 (Bloco B)
		V4	Rotatividade de leitos	Q4 (Bloco B)
Efetividade	Eficácia	V5	Incidência de erros de medicação	Q5 (Bloco B)
		V6	Evolução da taxa de mortalidade	Q6 (Bloco B)
	Segurança	V7	Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos	Q7 (Bloco B)
		V8	Notificação e tratamento de riscos e eventos	Q8 (Bloco B)
		V9	Evolução da taxa de infecção hospitalar	Q9 (Bloco B)
Orientação aos Usuários	Satisfação dos Usuários	V10	Nível de satisfação	Q10 (Bloco B)
		V11	Oportunidades de melhoria identificadas por meio do nível de satisfação	Q11 (Bloco B)
		V12	Condições durante o atendimento	Q12 (Bloco B)
	Atendimento às Necessidades dos Usuários	V13	Consideração de necessidades específicas dos usuários	Q13 (Bloco B)
	Tratamento de Reclamações	V14	Ocorrência de reclamações	Q14 (Bloco B)
		V15	Melhoria e aprendizagem geradas a partir de reclamações	Q15 (Bloco B)

QUADRO 4.1. Definições Operacionais das Dimensões inerentes ao desempenho hospitalar

Variável Independente: Práticas da Acreditação ligadas aos Requisitos de Acreditação, Acreditação Plena e Acreditação por Excelência					
Dimensões da Variável Independente	Variáveis Da Dimensão (Requisitos)	Definições Operacionais das Variáveis (Práticas de Acreditação do Nível Acreditação)		Nomenclaturas das Práticas	Questões Correspondentes no Questionário
Práticas do Nível Acreditado	R1: Habilitação do corpo funcional	V16	Manter equipes de profissionais habilitados, capacitados e compatíveis, em quantidade e especialidades, com a demanda dos serviços	Adequação dos recursos humanos	Q1 (Bloco C)
	R2: Estrutura básica (recursos) capaz de garantir assistência orientada para a execução coerente de suas tarefas	V17	Manter instalações físicas e equipamentos adequados e compatíveis, em quantidade, com a demanda dos serviços	Adequação da estrutura física e de equipamentos	Q2 (Bloco C)
	R3: Atendimento aos requisitos fundamentais de segurança para o cliente nas ações assistenciais e procedimentos médico-sanitários	V18	P3.1: Mapear riscos sanitários, ambientais, assistenciais, profissionais e ocupacionais de atividades e processos com foco na segurança	Mapeamento e gerenciamento de riscos	Q3 (Bloco C)
		V19	P3.2: Aplicar procedimentos documentados de prevenção de riscos e eventos adversos	Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos	Q4 (Bloco C)
		V20	P3.3: Uso de dispositivos de gestão à vista para prevenção de riscos e eventos adversos	Dispositivos de gestão à vista para gestão de riscos	Q5 (Bloco C)
		V21	P2.4: Nomeação de Comissão de Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos para monitorá-los.	Comissão de Gestão de Riscos	Q6 (Bloco C)
		V22	P2.5: Aplicar iniciativas de Farmacovigilância e Tecnovigilância (registros, capacitação e conscientização dos profissionais e Comissão)	Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância	Q7 (Bloco C)
		V23	P2.6: Gerenciar estoques e suprimentos com foco na segurança a fim de evitar faltas	Gestão de estoques com foco na segurança	Q8 (Bloco C)

QUADRO 4.2. Definições Operacionais das Práticas da Acreditação: Nível Acreditado

Variável Independente: Práticas da Acreditação referentes aos Requisitos dos Níveis: Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado por Excelência					
Dimensões da Variável Independente	Variáveis Da Dimensão (Requisitos)	Definições Operacionais das Variáveis (Práticas de Acreditação Do Nível Acreditação Pleno)		Nomenclaturas das Práticas	Questões Correspondentes no Questionário
Práticas do Nível Acreditado Pleno	R1: Identificação, definição, padronização e documentação dos processos do hospital e suas interações sistêmicas	V24	Elaborar e manter mapas de processos do hospital	Mapeamento de processos	Q9 (Bloco C)
	R2: Existência de normas, rotinas e procedimentos documentados e aplicados	V25	Documentar, atualizar, disponibilizar e aplicar procedimentos e registros na realização de rotinas e atividades.	Procedimentos documentados e registros	Q10 (Bloco C)
	R3: Definição de indicadores para os processos identificados	V26	Uso de indicadores para medição do desempenho dos processos do hospital	Indicadores de medição dos processos	Q11 (Bloco C)
	R4: Avaliação dos resultados dos processos	V27	Realizar Análise Crítica de processos com foco na melhoria do desempenho dos indicadores, dos serviços e na resolução de problemas	Análise Crítica para melhoria e resolução de problemas	Q12 (Bloco C)
	R5: Programa de educação e treinamento continuado com evidências de melhoria e impacto nos processos	V28	Definir, a partir dos resultados dos indicadores, as temáticas de capacitação dos profissionais e oportunidades de melhoria	Temáticas de capacitação e melhoria baseadas em indicadores	Q13 (Bloco C)

QUADRO 4.3. Definições Operacionais das Práticas da Acreditação: Nível Acreditado Pleno

Variável Independente: Práticas da Acreditação referentes aos Requisitos dos Níveis: Acreditado, Acreditado Pleno e Acreditado por Excelência					
Dimensões da Variável Independente	Variáveis Da Dimensão (Requisitos)	Definições Operacionais das Variáveis (Práticas de Acreditação do Nível Acreditação por Excelência)		Nomenclaturas das Práticas	Questões Correspondentes no Questionário
Práticas do Nível Acreditado por Excelência	R1: Evidências de ações de melhoria e inovações.	V29	P1.1: Adotar inovações em práticas gerenciais para o setor hospitalar	Inovações em práticas gerenciais	Q14 (Bloco C)
		V31	P1.2: Realizar Análises Críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria focadas em inovação	Análises Críticas focadas em inovação	Q16 (Bloco C)
	R2: Utilização de um sistema de informação institucional, baseado em taxas e indicadores, que permitam análises comparativas com referenciais adequados e a obtenção de informação estatística que mostrem tendências positivas e sustentação de resultados	V30	Avaliar indicadores de desempenho internamente com base em referenciais externos pertinentes (hospitais do exterior, padrões internacionais, hospitais referências, etc.)	Indicadores comparados a referenciais externos	Q15 (Bloco C)
	R3.1: Identificar oportunidades de melhoria de desempenho dos processos e práticas da Organização, comparando-as com outras ações de melhoria implantadas em oportunidades cuja solução mostrou-se bem sucedida.	V32	Planejar, investir e melhorar continuamente em termos de estrutura, novas tecnologias e capacitação profissional em procedimentos mais atualizados e/ou inovadores	Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação	Q17 (Bloco C)

QUADRO 4.4. Definições Operacionais das Práticas da Acreditação: Nível Acreditado por Excelência

Conforme recomendado por Forza (2002), uma vez definidos os constructos, as definições operacionais, as variáveis e suas interrelações e o escopo de pesquisa, foram propostas hipóteses que traduzem tais interrelações e os problemas de pesquisa identificados. Os problemas de pesquisa e suas respectivas hipóteses são apresentados a seguir:

Problema de Pesquisa 1 e Hipótese 1:

P1: O grau de implantação das práticas de Acreditação melhora o desempenho hospitalar percebido?

H0.1: Não existem diferenças estatísticas significativas entre o grau de implantação das práticas de Acreditação e a percepção de melhoria do desempenho hospitalar.

Problema de Pesquisa 2 e Hipótese 2:

P2: O grau de implantação das práticas de Acreditação melhora as dimensões do desempenho hospitalar percebido, consideradas isoladamente (Eficiência operacional, Efetividade e Orientação aos usuários)?

H0.2: Não existem diferenças estatísticas significativas entre o grau de implantação das práticas de Acreditação e a percepção de melhoria das dimensões do desempenho hospitalar, consideradas isoladamente.

Problema de Pesquisa 3 e Hipótese 3:

P3: Quais práticas de Acreditação são críticas à melhoria da percepção do desempenho hospitalar?

H0.3: Não existem evidências estatísticas de práticas de Acreditação que sejam críticas à melhoria da percepção do desempenho hospitalar.

Problema de Pesquisa 4 e Hipótese 4:

P4: O grau de implantação das práticas de Acreditação melhora o desempenho hospitalar percebido sob a ação de fatores intervenientes (porte, propriedade, tempo e nível de Acreditação)?

H0.4: Não existem diferenças estatísticas significativas entre o grau de implantação das práticas de Acreditação e a percepção de melhoria do desempenho hospitalar sob a ação de fatores intervenientes.

As hipóteses, variáveis e constructos foram avaliados na prática em observações realizadas junto às Unidades de Estudo desta tese, abordadas a seguir.

4.4 Unidades de Estudo

A seleção das Unidades de Estudo que compõem a população pesquisada nesta tese, baseou-se nos conhecimentos obtidos no capítulo 4 da revisão bibliográfica, o qual mostrou que, em geral, a influência das práticas da Acreditação no desempenho hospitalar torna-se significativa a partir do terceiro ano de adoção desse certificado, pois, a partir de tal ano, a sistemática de gestão, suas rotinas e práticas de trabalho se encontrarão devidamente consolidadas e incorporadas às atividades dos profissionais e dos setores do hospital, produzindo efeitos significativos em seu desempenho (LAI, 2003; SCHMALTZ *et al.*, 2011).

No primeiro ano de adoção, o desempenho hospitalar não é afetado pelas práticas de Acreditação. Já no segundo ano, a influência gerada por tais práticas sobre o desempenho hospitalar ainda é considerada pouco significativa, pois as mesmas não estão plenamente consolidadas pela instituição, a qual se encontra, durante estes anos, em fase de adaptação às práticas inseridas pela Acreditação (LAI, 2003).

Dessa forma, as Unidades de Estudo analisadas e que, portanto, constituem a população da pesquisa, são os hospitais Acreditados do Estado de São Paulo há, pelo menos, 3 anos, conforme recomendado por Schmaltz *et al.* (2011) e Lai (2003), o que resulta, em março de 2013, em uma população de 63 hospitais, sendo:

- 16 hospitais com Acreditação (25,4% da população de hospitais)
- 22 hospitais com Acreditação Plena (35% da população)
- 25 hospitais com Acreditação por Excelência (39,6% da população)

Tal população pode ser ainda classificada de acordo com o porte dos hospitais que a compõem. Neste caso a distribuição é:

- 31 hospitais de grande porte (com mais de 150 leitos)
- 29 hospitais de médio porte (entre 51 e 150 leitos)
- 3 hospitais de pequeno porte (até 50 leitos)

Essas Unidades de Estudo podem ser classificadas segundo a propriedade:

- 49 hospitais privados
- 14 hospitais públicos

A escolha por Unidades de Estudo localizadas no Estado de São Paulo justifica-se pela facilidade de acesso a tais instituições devido à proximidade das mesmas à Universidade Federal de São Carlos, onde a pesquisa foi desenvolvida e, ainda, pelo fato de

que São Paulo é o Estado que possui o maior número de hospitais Acreditados pela ONA do Brasil, concentrando, em março de 2013, 44% de tais Acreditações hospitalares do país.

As Unidades de Estudo foram analisadas por meio de uma amostra de tamanho representativo, possibilitando a generalização das análises e conclusões obtidas. Os critérios de seleção da amostra de Unidades, bem como a definição de seu tamanho e de seus estratos são abordados na seção subsequente.

4.5 Seleção da Amostra

Os hospitais, que compõem a população de estudo, e que, efetivamente, se dispuseram a participar desta pesquisa, formaram a amostra deste trabalho. Esta foi dividida em estratificações baseadas nos fatores intervenientes que atuam na relação entre desempenho hospitalar e práticas de Acreditação, apresentados no capítulo 4 desta tese. Dessa forma, a estratificação foi realizada de acordo com os seguintes estratos:

- **Porte Hospitalar:** os hospitais da amostra foram separados conforme o número de leitos e classificados em pequeno porte (até 50 leitos), médio porte (de 50 a 150 leitos) e grande porte (acima de 150 leitos).
- **Propriedade Hospitalar:** os hospitais da amostra foram divididos em dois tipos: hospitais públicos e hospitais privados.
- **Nível de Acreditação:** os hospitais da amostra foram divididos segundo os níveis em que estão Acreditados pela ONA, ou seja, Acreditação, Acreditação Plena e Acreditação por Excelência.
- **Tempo de Acreditação:** os hospitais da amostra foram divididos segundo o tempo em que estão Acreditados.

Os dados da amostra foram coletados por meio de instrumento de pesquisa e de procedimentos específicos e, posteriormente, submetidos a um conjunto de técnicas de tratamento estatístico, visando à geração de inferências e conclusões válidas, estatisticamente, a respeito do impacto da Acreditação no desempenho dos hospitais Acreditados de São Paulo.

O instrumento de pesquisa, bem como os procedimentos de coleta e as técnicas estatísticas utilizadas para análise dos dados são descritos nas seções subsequentes.

4.6 Instrumento de Pesquisa

O instrumento de pesquisa escolhido para a realização da coleta de dados foi um questionário estruturado em blocos de questões fechadas. A opção por questões fechadas justifica-se por estas gerarem respostas uniformes e, conseqüentemente, a possibilidade de realizar comparações, facilitando a transferência dos dados e a compreensão das questões.

No bloco A, estão questões voltadas à caracterização geral do hospital, como:

- Identificação do hospital.
- Identificação do cargo do respondente.
- Propriedade do hospital (público ou privado).
- Número de leitos hospitalares.
- Ano de obtenção do certificado de Acreditação.
- Nível de Acreditação do hospital.

O Bloco B mensura o constructo desempenho hospitalar ao longo de suas variáveis. Para cada variável, há uma questão fechada com respostas em escala *Likert* ordinal crescente, variando de 1 (desempenho melhorou muito abaixo das expectativas) a 5 (desempenho melhorou muito acima das expectativas). Avaliou-se a percepção dos respondentes em relação à melhoria observada nas dimensões do desempenho hospitalar que, segundo a literatura, são afetadas pelas práticas de Acreditação. Quinze assertivas referem-se a tal constructo. Suas variáveis com as respectivas questões são apresentadas no Quadro 4.1.

Neste bloco, as dimensões de desempenho hospitalar são avaliadas por meio de questões distribuídas ao longo das seguintes dimensões:

- Dimensão Eficiência Operacional: questões relativas à subdimensão Produtividade
- Dimensão Efetividade: questões relativas às subdimensões Eficácia e Segurança.
- Dimensão de Orientação aos Usuários: contém questões relativas às subdimensões de Satisfação, Atendimento às Necessidades dos Usuários e Tratamento de Reclamações.

No Bloco C, 17 assertivas remetem ao constructo práticas de Acreditação e avaliam o grau de implantação das práticas da Acreditação nos hospitais, de acordo com uma escala *Likert* ordinal crescente, variando de 1 (não implantado) a 5 (completamente

implantado e melhorado periodicamente). Cada prática corresponde a uma questão fechada. Dezesete variáveis referem-se a este constructo, conforme os Quadros 4.2, 4.3 e 4.4.

No Bloco D, há alternativas para possíveis dificuldades enfrentadas pelos hospitais quanto às práticas de Acreditação. O respondente deve identificar, dentre as dificuldades listadas, as três dificuldades principais enfrentadas. No Bloco E, estão listadas alternativas sobre possíveis tendências planejadas pelos hospitais quanto às suas práticas de gestão, sendo que o respondente deve identificar as três tendências consideradas principais pelo hospital. O questionário de pesquisa pode ser observado no apêndice B desta tese.

Com o questionário de pesquisa definido, o mesmo foi testado por meio de um teste piloto (pré-teste) para, então, posteriormente, iniciar, propriamente, os procedimentos de coleta. Ambas as etapas são abordadas nas seções seguintes.

4.7 Pré-Teste e Procedimentos de Coleta

Esta pesquisa adota como procedimento de coleta de dados o questionário auto-administrável. Para Synodinos (2003), o número de questões deste tipo de questionário não deve ser extenso e os respondentes deverão ser capazes de entender as alternativas sem a ajuda de um mediador. Além disso, a linguagem deve ser simples e cada questão deve corresponder a uma pergunta, evitando-se ambigüidades. As questões medem o grau de concordância do respondente quanto às assertivas, possibilitando a análise combinada de variáveis de estudo. Dessa forma, é importante definir bem o perfil ou cargo do respondente a fim de aumentar a confiabilidade das respostas obtidas (SYNODINOS, 2003).

Segundo Forza (2002), uma boa prática importante que deve ser observado em pesquisas *survey* é a realização de um pré-teste do questionário antes de seu envio a todas as Unidades de Estudo. Para o autor, o pré-teste auxilia na reformulação de questões mal-redigidas ou excessivas, em número, melhorando sua clareza e objetividade.

O pré-teste desta pesquisa foi realizado em duas etapas. A primeira com três professores da UFSCar (dois professores do Departamento de Engenharia de Produção e uma professora do Departamento de Enfermagem), um aluno de pós-graduação, nível doutorado, em engenharia de produção e uma aluna de pós-graduação, nível mestrado, em enfermagem. Na segunda etapa, participaram os Gerentes da Qualidade de cinco hospitais da população:

- Santa Casa de Valinhos: possui nível Acreditação e situa-se em Valinhos.

- Hospital São Francisco: tem Acreditação Plena, situado em Ribeirão Preto.
- Hospital do Câncer de Barretos: Acreditação Plena, situado em Barretos
- Centro Médico de Campinas: possui Acreditação por Excelência, localizando-se em Campinas.
- Hospital Nove de Julho: possui Acreditação por Excelência, situado em São Paulo.

A primeira fase transcorreu entre 15 de Janeiro e 18 de Fevereiro de 2013 com duração de 34 dias. Foram enviados *e-mails* individuais para cada professor/estudante, explicando os objetivos da pesquisa e solicitando a colaboração deles na avaliação do instrumento de pesquisa. Em anexo, estavam recomendações de preenchimento, uma mensagem de agradecimento pela participação na pesquisa e o questionário.

Após o retorno dos *e-mails*, foi realizada uma análise crítica de todas as observações, ponderando-se o que era factível. As melhorias propostas pelos respondentes e incorporadas ao questionário foram:

- No Bloco A, Caracterização Geral, retirou-se a questão em que deveriam ser assinalados os tipos de serviço prestados pelo hospital (UTI, banco de sangue, maternidade, laboratório, pronto-atendimento, etc.). Também foi retirada a distinção entre número de leitos particulares e número de leitos SUS, mantendo-se, apenas, a questão sobre o número total de leitos, sem distinções.
- As questões do Bloco B foram reduzidas, em número, em mais de 50% da quantidade inicial, passando de 34 para 15 questões.
- A lista de alternativas do Bloco D, sobre as possíveis dificuldades enfrentadas pelos hospitais em relação às práticas de Acreditação, foi reduzida, passando de quinze para oito alternativas.
- A lista de alternativas do Bloco E, sobre as possíveis tendências planejadas pelos hospitais para suas práticas de gestão, foi reduzida, passando de dezessete para dez alternativas.

A partir de tais sugestões, o questionário foi modificado e iniciada a segunda fase do pré-teste, a qual transcorreu entre 18 de Fevereiro e 04 de março de 2013 com duração de quatorze dias. Foram enviados *e-mails* aos Gerentes da Qualidade de cinco hospitais pertencentes à população. Dois Gerentes retornaram o questionário respondido após um dia, um respondeu após uma semana. Já dois Gerentes retornaram os questionários respondidos

após treze dias do primeiro contato, sendo que para ambos foi enviado um *e-mail*, reforçando a importância da colaboração dos respondentes no desenvolvimento da pesquisa.

Para Forza (2002), a confiabilidade dos dados é resultado da qualidade dos instrumentos de coleta de dados. A validação destes instrumentos ocorre pela checagem da consistência interna das escalas. Portanto, os questionários retornados foram analisados quanto a sua confiabilidade, a partir da verificação do valor de alfa de Cronbach. O alfa de Cronbach é usado para medir a confiabilidade dos constructos, isto é, o grau de consistência interna das respostas entre os respondentes para um único constructo (KLINE, 2010).

Um conjunto de variáveis tem validade se elas realmente medem determinado conceito, ao contrário de verificar os critérios internos que conduziram os respondentes para determinada resposta (HAIR *et al.*, 2009)

Hair *et al.* (2009) consideram baixa confiabilidade valores de alfa menores que 0,6 e 0,7; confiabilidade boa para valores entre 0,7 e 0,8; confiabilidade muito boa entre 0,8 e 0,9 e confiabilidade excelente para valores maiores que 0,9. O Quadro 4.5 apresenta os principais resultados obtidos no pré-teste.

Etapa	Quantidade de Participantes	Benefícios	Duração
Pré-teste com professores e alunos de pós-graduação	5 pessoas (3 professores e 2 estudantes)	- Retirada de duas questões do Bloco A - Redução do Bloco B de 34 para 15 questões - Redução do Bloco D de 15 para 8 questões - Redução do Bloco E de 17 para 10 questões	34 dias (15 de Janeiro a 18 de Fevereiro de 2013)
Pré-teste com profissionais dos hospitais	5 pessoas (5 Gerentes da Qualidade)	Calcular o alfa de Cronbach do questionário para medir a validade interna dos constructos: - Alfa do constructo desempenho hospitalar = 0,822 - Alfa do constructo práticas de Acreditação = 0,874 - Alfa de Cronbach do instrumento de pesquisa = 0,895	14 dias (18 de Fevereiro a 04 de Março de 2013)

QUADRO 4.5. Resultados obtidos no Pré-teste

Observou-se que a confiabilidade do questionário ($\alpha = 0,895$), a validade interna dos constructos, desempenho hospitalar ($\alpha = 0,822$) e Práticas de Acreditação ($\alpha = 0,874$), estavam adequadas, sendo classificadas como “muito boa”, segundo a escala de confiabilidade de Hair *et al.* (2009).

Como o questionário revelou-se adequado para medir as variáveis da pesquisa, iniciou-se a fase de coleta de dados. Esta fase apresentou três passos. O primeiro foi entrar em contato telefônico com a Área da Qualidade dos hospitais Acreditados, há pelo menos três anos, cadastrados no *site* da ONA. Nos contatos realizados com os 63 hospitais da população de estudo, foi realizada uma breve apresentação dos propósitos da pesquisa e foram obtidos os *e-mails* e os nomes dos profissionais ocupantes dos cargos de Gerente da Qualidade.

O segundo passo buscou atender a recomendação de Forza (2002) de que para aumentar a taxa de retorno dos questionários enviados por *e-mail*, quando a amostra não é probabilística, deve-se enviar um *e-mail* personalizado para cada potencial respondente, com o propósito da pesquisa, instruções de preenchimento e o questionário em anexo, a fim de que ele perceba que é importante e que a pesquisa preza pela confidencialidade.

Foram enviados *e-mails* personalizados para caixa de correio eletrônico de cada Gerente da Qualidade dos 63 hospitais Acreditados. No corpo do *e-mail* havia um breve convite de participação e, anexo, foram enviados o questionário e um ofício de pesquisa carimbado do Departamento de Engenharia de Produção, datado e assinado pelo pesquisador e pelo professor orientador da pesquisa.

No ofício eram realizadas uma breve apresentação da pesquisa, de seus propósitos e, ainda, eram reforçados o caráter de confidencialidade e sigilo das informações contidas nos questionários, reforçando-se, também, que, ao final da pesquisa, cada hospital participante receberiam um *feedback* dos resultados obtidos.

O terceiro passo teve duração de 5 meses (21 semanas), estendendo-se de 05 de março a 05 de agosto de 2013, e destinou-se a gerenciar o retorno dos questionários e realizar eventuais intervenções. Na primeira semana após o envio dos *e-mails*, houve um retorno de oito questionários, dos quais cinco foram recebidos após o segundo dia de envio e outros três recebidos após cinco dias. Como retorno ocorrido nas três semanas seguintes (semanas 3, 4 e 5) foi nulo, decidiu-se pela realização da primeira intervenção na coleta de dados.

A intervenção consistiu em retomar os contatos telefônicos a fim de identificar o *status* de preenchimento do questionário e sanar possíveis dúvidas que tivessem surgido durante o preenchimento do questionário. Além disso, os *e-mails* foram reenviados para a caixa eletrônica dos Gerentes que ainda não haviam respondido o questionário, porém, desta vez, o texto de apresentação escrito no corpo do *e-mail* foi sintetizado e o título dos *e-mails* foi alterado, deixando de ser “Pesquisa *Survey* sobre Acreditação” para se tornar “Universidade Federal de São Carlos e ONA: Ofício e Questionário de Acreditação”.

Com tais alterações, foi obtido um pico de cinco questionários retornados na sexta semana, bem como, um retorno mais freqüente de questionário se comparado ao retorno obtido nas semanas pré-intervenção (três questionários recebidos na semana 7, um na semana 8, um na semana 9 e mais um questionário na semana 10).

Como nas três semanas seguintes (semana 11, 12 e 13) não houve nenhum retorno, foi realizada uma segunda intervenção. Os contatos telefônicos foram realizados novamente a fim de cobrar maior agilidade no preenchimento do questionário. Os *e-mails* foram reenviados, porém, o envio foi repensado. Enquanto, nos envios anteriores, o horário escolhido para transmitir os *e-mails* foi o final do expediente (17:15h), o horário escolhido para enviá-los, nessa segunda intervenção, foi o de início do expediente (06:00h).

Por fim, decidiu-se modificar, novamente, o título do *e-mail*, desta vez para “Pesquisa ONA- Universidade Federal de São Carlos: última oportunidade” e no corpo do texto do *e-mail* acrescentou-se a frase de impacto “esta é a última oportunidade dos interessados participarem”. O intuito era destacar a necessidade de urgência no retorno dos mesmos e realizar um apelo final aos retardatários.

Com essas alterações, três questionários foram recebidos na semana 14 e outros três na semana 15. Na semana 16, não houve retornos, diferentemente, das semanas 17 (dois retornos) e 18 (dois retornos). O Gráfico 4.1 mostra o perfil de retorno dos *e-mails* ao longo das semanas de envios.

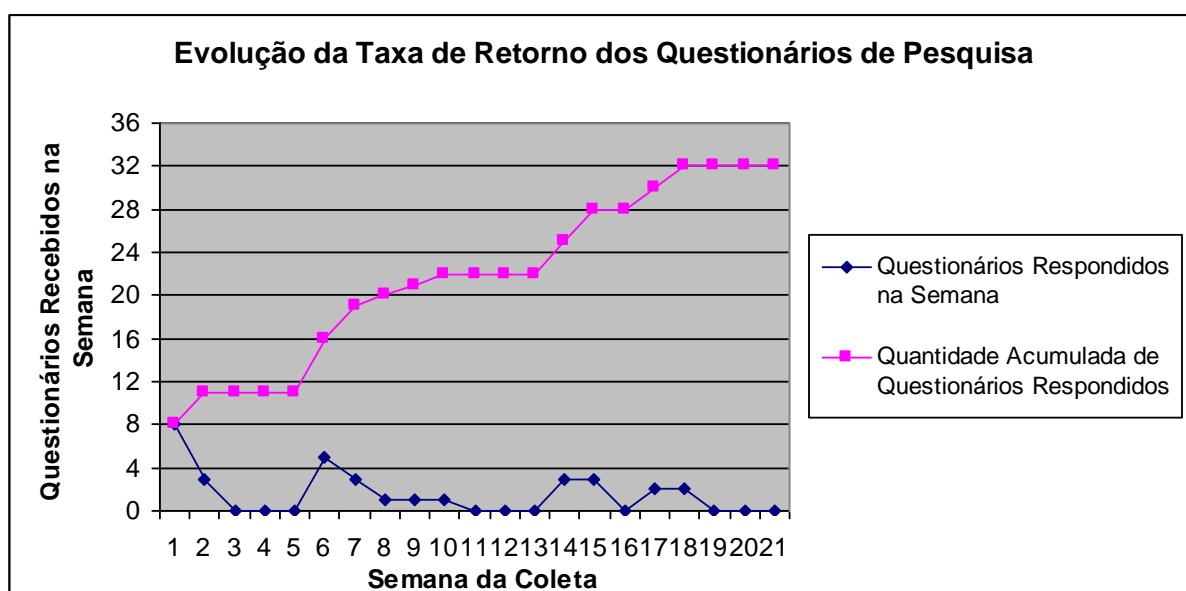


GRÁFICO 4.1. Taxa de retorno da pesquisa (questionários respondidos por dia)

Como não foram obtidos retornos de questionários nas semanas 19, 20 e 21 e cinco meses de coleta já haviam sido transcorridos, decidiu-se encerrar a etapa de procedimento de coleta de dados. Ao final dos cinco meses de coleta, a taxa de retorno obtida

foi de 50,8% (32 respondentes) considerada adequada por Malhotra e Grover (1998), segundo os quais, taxas de retorno superiores a 20% são consideradas satisfatórias.

O tamanho da amostra (n) também foi considerado representativo da população, pois, aplicando-se a expressão 2.1, recomendada por Martins e Domingues (2011), para o cálculo do tamanho da amostra de uma população finita de 63 elementos e nível de significância (α) de 0,05, foram obtidos os seguintes resultados

$$n = \frac{z^2 + (0,25 \cdot N)}{(z \cdot 0,25) + \epsilon^2 \cdot (N-1)} \quad (2.1) \text{ onde,}$$

$$z (\alpha = 0,05) = 1,96$$

$$N (\text{tamanho finito da população pesquisada}) = 63$$

$$\epsilon (\text{erro estimado}) = 2\%$$

Substituindo os valores das variáveis da expressão 2.1, obtém-se:

$$n = \frac{(1,96)^2 + (0,25) \cdot (63)}{(1,96)^2 \cdot (0,25) + (62) \cdot (0,02)^2}$$

$$n = 19,886 \approx 20 \text{ elementos}$$

O tamanho da amostra também se mostrou representativo da população quando calculado, por meio do software *Statistica 8.0*, para uma população finita de 63 elementos, poder de teste de 0,8 e nível de significância (α) de 0,05, resultando em uma amostra de 24 elementos. Com 32 questionários respondidos, a amostra foi considerada representativa.

O poder de teste da amostra, calculado via *software*, é igual a 0,9144, o qual, por se tratar de um valor superior a 0,8, é, segundo Hair *et al.* (2009) e Forza (2002), considerado capaz de capturar grandes e médios efeitos (erros e diferenças existentes entre a amostra e sua população), gerando conclusões verdadeiras.

O Quadro 4.6 exibe os passos dos procedimentos de coleta mês a mês.

Etapa	Março	Abril	Maió	Junho	Julho	Agosto
Contatar as Áreas da Qualidade dos hospitais para obtenção do nome e e-mail do Gerente da Qualidade	X					
Enviar e-mails personalizados para cada Gerente da Qualidade dos 63 hospitais Acreditados da população de estudo	X					
Gerenciar o retorno dos questionários e realizar eventuais intervenções	X	X	X	X	X	X

QUADRO 4.6. Passos da fase de Procedimentos de Coleta de Dados

Os dados coletados da amostra foram submetidos a técnicas estatísticas, visando gerar inferências e conclusões válidas sobre o impacto da Acreditação no desempenho de hospitais Acreditados de São Paulo. As técnicas estatísticas utilizadas na análise de dados são descritas nas seções seguintes, conforme sua seqüência de aplicação.

4.8 Técnicas de Análise de Dados

Um dos objetivos da pesquisa é identificar se as práticas de Acreditação interferem no desempenho hospitalar. Sob o ponto de vista estatístico, o objetivo da pesquisa é verificar se as variáveis do constructo práticas de Acreditação se relacionam com as variáveis do constructo desempenho hospitalar. Em caso de relacionamento entre as variáveis (significância estatística) é possível determinar o tipo de associação (positiva ou negativa) e sua intensidade (coeficiente de correlação): leve, pequena, moderada, alta ou muito forte.

A tradução do objetivo de pesquisa em termos estatísticos determinou as técnicas utilizadas na análise dos dados. Realizaram-se dois tipos de análise, multivariada e bivariada. Para Manly (2008), a análise multivariada estuda as interrelações entre as variáveis, visando à redução ou sumarização dos dados para explicar a relação entre elas, ou seja, caso haja relação entre as práticas de Acreditação e o desempenho hospitalar, ou ação de fatores intervenientes nesta relação, é possível compreender esses fenômenos.

Ainda a partir dos objetivos de pesquisa, optou-se pela realização da Análise Multivariada exploratória, aplicando-se as técnicas de Análise dos Componentes Principais, Análise de *Cluster*, Análise Fatorial e Análise Multivariada de Variância (MANOVA).

A análise bivariada correlaciona as variáveis, identificando o número de variáveis correlacionadas, ou seja, a partir do teste de correlação é possível verificar se desempenho hospitalar e práticas de Acreditação estão correlacionados ou não. A técnica de análise bivariada adotada nesta tese foi a Correlação de Spearman.

A análise dos dados foi realizada por meio da utilização do software *Statistica 8.0*. Já a parte descritiva (gráficos), será realizada por meio do *Excel*. As técnicas de análise de dados escolhidas (multivariada e bivariada) são descritas na seção subsequente.

Análise Bivariada – Correlação de Spearman

A utilização da técnica de correlação de Spearman, buscou identificar se há associação entre as variáveis. Esta técnica foi aplicada em razão das escalas ordinais das variáveis. Para Hair *et al.* (2009), caso as variáveis estejam associadas, elas exibem covariação. Segundo os autores, a covariação existe quando uma variável é coerente e muda,

sistematicamente, conforme a outra. O coeficiente de correlação é utilizado para avaliar essa correlação. Coeficientes baixos indicam covariação baixa e relação fraca entre as variáveis. Coeficientes altos indicam covariação elevada e relação forte entre as variáveis.

A primeira análise a ser realizada visa processar a correlação de Spearman entre as variáveis dos constructos práticas de Acreditação e desempenho hospitalar a fim de identificar se a correlação existente é, estatisticamente, significativa, isto é, se p valor é inferior a 0,05. Caso a correlação seja significativa, será analisado o valor deste coeficiente. O tamanho do coeficiente de correlação pode ser utilizado para determinar o grau de associação entre variáveis. O Quadro 4.7 relaciona valores do coeficiente de correlação ao grau de associação entre as variáveis. O sinal dos valores (positivo ou negativo) traduz se a associação for diretamente proporcional ou inversamente proporcional.

Valores do Coeficiente	Intensidade de Associação
+/- 0,91 a +/- 1,00	Muito Forte
+/- 0,71 a +/- 0,90	Forte
+/- 0,41 a +/- 0,70	Moderada
+/- 0,21 a +/- 0,4	Fraca, mas definida
+/- 0,01 a +/- 0,2	Leve, quase imperceptível

QUADRO 4.7. Valores do Coeficiente de Correlação associados à intensidade da relação entre as variáveis
Fonte: Hair *et al.* (2009)

O resultado esperado da aplicação desta técnica é determinar quais variáveis se relacionam com significância estatística e destas, indicar a natureza (positiva ou negativa) e a intensidade dessa associação (análise de correlação). Assim, pode-se afirmar se as práticas de Acreditação se relacionam ou não com as subdimensões inerentes ao desempenho hospitalar.

Identificado o grau de relação entre as variáveis da Acreditação (práticas) e as dimensões do desempenho hospitalar, os dados foram refinados por meio da técnica de Análise dos Componentes Principais a fim de transformar os complexos interrelacionamentos encontrados em um conjunto de variáveis menor e de melhor compreensão.

Análise Multivariada - Análise dos Componentes Principais

A Análise dos Componentes Principais analisa, estatisticamente, conjuntos de características para construir um novo conjunto de variáveis, menos numeroso que o original e que resumisse adequadamente a informação contida nas variáveis originais. A técnica busca reduzir o espaço de variáveis criando eixos ortogonais (projeções) que são combinações lineares das variáveis originais denominados componentes principais.

É medido o poder de cada variável no seu respectivo componente, o que permite diminuir a estrutura de variáveis originais numa nova estrutura menor que a inicial. As unidades amostrais (ou objetos) são distribuídas em gráficos bidimensionais ou tridimensionais onde os eixos ortogonais são os componentes principais.

Análise de Componentes Principais busca simplificar a descrição de um conjunto de variáveis interrelacionadas. Nesta técnica, as variáveis não são discriminadas como independentes ou dependentes, sendo tratadas apenas como variáveis. Trata-se de um método que transforma variáveis originais em novas variáveis não correlacionadas.

Cada componente principal é uma combinação linear das variáveis originais. Uma medida da quantidade de informação explicada por cada componente principal é a sua variância. Por esta razão, os componentes principais são ordenados em ordem decrescente da sua variância, ou seja, o componente principal que contém mais informação é o primeiro, sendo o último àquele componente principal com menos informação

Dessa forma, a Análise dos Componentes Principais foi aplicada a fim de melhorar a compreensão das diferentes correlações entre as práticas de Acreditação e as variáveis de desempenho hospitalar observadas na Análise de Correlação e identificar o grau de influência de cada variável, independentemente do constructo, nos perfis dos hospitais.

Assim, por meio da combinação bidimensional de projeções ortogonais, a Análise dos Componentes Principais identifica diferentes possibilidades de agrupamentos de hospitais por aproximar, a cada projeção bidimensional, os hospitais que demonstram similaridades de perfis de gestão (Acreditação) e desempenho por estarem sujeitos à influência, em intensidade semelhante, de um mesmo conjunto de variáveis.

Com o intuito de reunir os hospitais da amostra em agrupamentos de instituições com características similares em práticas de gestão (Acreditação) e desempenho e identificar a composição dos agrupamentos que melhor representa a realidade dos dados, realizou-se a Análise de Cluster por método hierárquico, descrita na sessão subsequente.

Análise Multivariada - Análise de *Cluster*

A Análise de *Cluster* busca promover o agrupamento de objetos ou pessoas com características similares. A análise pode ser realizada com base na similaridade ou

dissimilaridade entre as variáveis, resultando em elevada homogeneidade interna (dentro dos grupos) e elevada heterogeneidade externa (entre os grupos) (FÁVERO *et al.*, 2009).

As características de cada objeto são combinadas em uma medida de similaridade calculada para todos os pares de objetos, possibilitando a comparação entre eles por meio da medida de similaridade e a associação dos semelhantes por meio do processo de agrupamento. Uma medida de associação pode avaliar o grau de concordância entre cada par de respondentes (HAIR *et al.*, 2009).

Na Análise de Cluster, as formas de agrupamento podem ser realizadas por meio de dois métodos: procedimentos hierárquicos e procedimentos não-hierárquicos. Os procedimentos hierárquicos de agrupamento podem ser classificados como aglomerativos ou divisivos, ambos envolvem a construção de um dendograma, que consiste em uma estrutura hierárquica do tipo árvore (BUENO & AGUIAR, 2004).

Nos processos aglomerativos, cada objeto inicia com seu próprio agrupamento. Os dois agrupamentos mais próximos são combinados em um novo conjunto, gerando a redução do número de agrupamentos, geralmente, em uma unidade em cada etapa. Os processos aglomerativos reduzem os dados originais a um único agrupamento, incluindo todos os indivíduos (BUENO & AGUIAR, 2004).

Nos processos divisivos, considera-se, inicialmente, um grande agregado, contendo todas as observações. Nas etapas subseqüentes, as observações mais distintas entre si, são separadas, formando agrupamentos menores. Repete-se esse procedimento até que cada observação por si própria constitua um agrupamento (BUENO & AGUIAR, 2004).

Nos procedimentos não-hierárquicos, os indivíduos são designados aos grupos num processo em que o número de agrupamentos deve ser previamente definido. Este procedimento escolhe objetos-chaves entre os objetos a serem classificados em igual número de grupos a dividir. Esses objetos-chaves são determinados como centros dos agrupamentos, os demais objetos são divididos nesses grupos e, na seqüência, por processo iterativo, são mudados os centros até se chegar ao melhor agrupamento (MANLY, 2008).

Na Análise de *Cluster*, a definição do número de agrupamentos a serem formados não obedece a um critério estatístico ou método de seleção definido. É recomendado observar as medidas de similaridades ou distâncias entre os grupos em cada etapa, avaliando estas medidas excedem um valor determinado ou se houve uma variação brusca entre os valores da etapa. Em caso de variação brusca, considera-se a solução anterior, pois a combinação ocasionou uma queda significativa de similaridade (MANLY, 2008).

Ao interpretar os agrupamentos, Hair *et al.* (2009) recomenda que cada um seja analisado em termos de variável estatística de agrupamento a fim de nomear ou indicar um rótulo que descreva a natureza das observações. Segundo esses autores, a identificação do perfil e a interpretação dos agrupamentos permitem conhecer suas características e avaliar a correspondência dos agregados obtidos com os encontrados na teoria.

Considerando as características e métodos de agrupamento inerentes à técnica de Análise de *Cluster*, definiu-se, para esta tese, a realização da Análise de *Cluster* hierárquica de aglomeração, pois se pretendeu determinar agrupamentos de hospitais que apresentem os maiores graus de similaridade entre si em termos de práticas e/ou desempenho.

Para explorar e analisar as características das práticas de Acreditação e de desempenho hospitalar de cada agrupamento identificado na Análise de *Cluster*, foi realizada a técnica de Análise Fatorial das variáveis.

Análise Multivariada - Análise Fatorial

A Análise Fatorial sintetiza as informações de um grande número de variáveis em um número muito menor de variáveis ou fatores, identificando as variáveis latentes (não facilmente identificáveis) e promovendo a combinação de variáveis e fatores a fim de simplificar a compreensão dos dados (HAIR *et al.*, 2009). Trata-se de uma técnica de interdependência em que as variáveis são simultaneamente consideradas a fim de estudar as interrelações existentes, reduzir ou sumarizar os dados (MANLY, 2008).

A partir de tal combinação ocorre a geração de fatores extraídos por meio da Análise dos Componentes Principais. A Análise dos Componentes Principais busca uma combinação linear de variáveis com a máxima variância. O resultado da extração de fatores pela Análise dos Componentes Principais gera um solução inicial em que os fatores não estão correlacionados e cuja interpretação é complexa. Então, utiliza-se o procedimento de rotação dos fatores, pois permite observar outra visão da estrutura dos dados (MANLY, 2008).

A rotação ortogonal está entre os tipos de rotação mais utilizados, pois os fatores são rotacionados de modo a serem independentes uns dos outros e a correlação entre os fatores é zero. Assim, obtêm-se, em cada fator, apenas características daquele fator, evitando-se a participação de uma variável em mais de um fator (HAIR *et al.*, 2009).

Uma dificuldade da Análise Fatorial é determinar quantos fatores são necessários para resumir as variáveis analisadas. Por isso, a Análise Fatorial é referida como exploratória, pois se inicia sem nenhuma suposição sobre o número de fatores que existem ou a natureza destes fatores (MANLY, 2008). Hair *et al.*, (2009) sugerem que se calcule a porcentagem da variância das variáveis originais para explicar cada fator.

Para esses autores, uma solução fatorial deve explicar, no mínimo, 60% da variância total. Cada variável possui uma carga fatorial (participação na variância) em todos os fatores extraídos. Porém, há variáveis com maior carga em um dado fator do que em outro.

São consideradas, apenas, cargas fatoriais maiores que 0,6. O critério mais utilizado para a escolha da quantidade de fatores subjacentes é igualá-la ao número de auto-vetores maiores que 1. O auto-vetor de um fator indica o quanto a variância dos dados é absorvido por ele. Se um componente tem um auto-vetor menor que 1, então, ele possui uma variabilidade menor do que um item original do conjunto de dados (MANLY, 2008).

A partir dessa técnica, busca-se explorar e analisar o perfil de características de desempenho e práticas de Acreditação dos agrupamentos formados na Análise de *Cluster*. Tal análise é estendida, também, para a massa de dados em geral não estratificada, visando determinar, também, as práticas de Acreditação mais críticas ao desempenho hospitalar.

Compreendidas as características das práticas de Acreditação e o perfil de desempenho dos agrupamentos e da massa geral de dados não estratificada, buscou-se avaliar a validade das hipóteses propostas na seção 2.3 desta tese, visando determinar se existem diferenças estatísticas entre as variáveis dos constructos de pesquisa. A técnica estatística escolhida para tal foi a Análise Multivariada de Variância (MANOVA).

Análise Multivariada – Análise Multivariada de Variância (MANOVA)

A Análise Multivariada de Variância (MANOVA) é uma técnica estatística utilizada, freqüentemente, para explorar, simultaneamente, as relações entre diversas variáveis independentes categóricas (geralmente chamadas de tratamentos) e duas ou mais variáveis dependentes métricas. Como tal, representa uma extensão da Análise Univariada de Variância (ANOVA), tornando-se útil quando o pesquisador planeja uma situação experimental (manipulação de várias variáveis não métricas) para testar hipóteses referentes à variância em respostas nos grupos sobre duas ou mais variáveis dependentes métricas (HAIR *et al.*, 2009).

Assim como a ANOVA, a MANOVA identifica diferenças entre grupos. Porém, diferentemente da ANOVA, estas diferenças são observadas ao longo de duas ou mais variáveis dependentes, o que permite o julgamento de efeitos observados (diferença observada devido a um tratamento ou variabilidade aleatória de amostras) (HAIR *et al.*, 2009).

A MANOVA é mais poderosa que os testes univariados, pois pode identificar diferenças combinadas não encontradas em testes univariados. Múltiplas variáveis estatísticas são formadas e fornecem dimensões de diferenças entre os grupos melhor do que variáveis isoladas. Em casos com grande número de variáveis dependentes, o poder estatístico dos testes de ANOVA excede ao poder obtido no teste único da MANOVA (HAIR *et al.*, 2009).

Assim, a MANOVA atende aos propósitos de pesquisa, pois avalia a validade de hipóteses referentes à busca de diferenças estatísticas significativas entre o grau de implantação das práticas de Acreditação e a percepção de melhoria no desempenho hospitalar ou em cada uma de suas dimensões. Assim, há uma classe independente de variáveis (práticas de Acreditação) e outra classe dependente de variáveis (desempenho hospitalar).

Essa técnica auxilia, ainda, na avaliação da significância da ação de fatores intervenientes (variáveis categóricas), como porte e propriedade dos hospitais e tempo e nível de Acreditação, sobre a influência exercida pelas práticas de Acreditação no desempenho.

5. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Este capítulo descreve e analisa os dados obtidos no *survey* realizado nesta pesquisa. As quatro primeiras seções descrevem, respectivamente, os resultados quanto à caracterização demográfica da amostra, às dimensões do desempenho hospitalar, às práticas da Acreditação e às principais dificuldades enfrentadas e perspectivas dos hospitais em relação às práticas da Acreditação. A última seção apresenta os resultados da aplicação das técnicas estatísticas nos dados da pesquisa.

5.1 Análise Descritiva da Pesquisa - Caracterização Demográfica da Amostra

Esta seção descreve o perfil da amostra em relação ao porte, propriedade (público ou privado), tempo e nível de Acreditação dos hospitais e a compara à população estudada quanto à proporção de hospitais de cada nível de Acreditação.

Ao todo, 32 hospitais formaram a amostra. Os respondentes foram os Gerentes da Qualidade, os quais participaram do processo de implantação das práticas de Acreditação no hospital. O perfil de distribuição da amostra ao longo dos níveis de Acreditação revelou:

- Acreditação (8 hospitais; 25% da amostra)
- Acreditação Plena (13 hospitais; 40,6% da amostra)
- Acreditação por Excelência (11 hospitais; 34,4% da amostra)

Se comparadas, população e amostra mantêm, de modo geral, uma proporcionalidade aproximada quanto à quantidade de hospitais pertencentes a cada nível de Acreditação. Na população considerada, 16 hospitais (25% de 63) pertencem ao nível Acreditação. Já na amostra, há 8 hospitais pertencentes a este nível, ou 25% dos hospitais da amostra, o que mantêm a mesma proporcionalidade da população.

Em relação ao nível Acreditação Plena, a população apresenta 22 hospitais (35% de 63), enquanto a amostra possui 13 hospitais, o que corresponde a 40,6% da amostra. Desta forma, a proporção de hospitais respondentes do nível Acreditação Plena superou em 5,6% a proporção de hospitais do mesmo nível da população.

Em relação ao nível Acreditação por Excelência, a população apresenta 25 hospitais (40% de 63), já a amostra possui 11 hospitais, o que corresponde a 34,4% da

amostra. A proporção de hospitais respondentes do nível Acreditação por Excelência, apesar de não se igualar, está próxima da proporção de hospitais do mesmo nível da população.

A Tabela 5.1 compara a distribuição de hospitais na população e na amostra. No gráfico 5.1 é retratada a estratificação dos hospitais respondentes segundo o nível de Acreditação.

Dados da População		Dados da Amostra	
População total	63 hospitais	Amostra total	32 hospitais
Total de hospitais com Acreditação	16 (25% do total)	Total de hospitais respondentes com Acreditação	8 (25% da amostra)
Total de hospitais com Acreditação Plena	22 (35% do total)	Total de hospitais respondentes com Acreditação Plena	13 (40,6% da amostra)
Total de hospitais com Acreditação por Excelência	25 (40% do total)	Total de hospitais respondentes com Acreditação por Excelência	11 (34,4% da amostra)

TABELA 5.1. Comparativo entre as proporcionalidades da população e da amostra segundo o nível de Acreditação

Em relação à propriedade, a amostra registrou nove hospitais públicos e vinte e três privados, havendo predominância dos últimos (72%). Entre os hospitais públicos, há quatro hospitais no nível Acreditação, três com Acreditação Plena e dois com Acreditação por Excelência. Já, dentre os hospitais privados, há quatro no nível Acreditação, dez hospitais com Acreditação Plena e nove com Acreditação por Excelência. No gráfico 5.1, é expressa a distribuição dos hospitais da amostra segundo a propriedade.

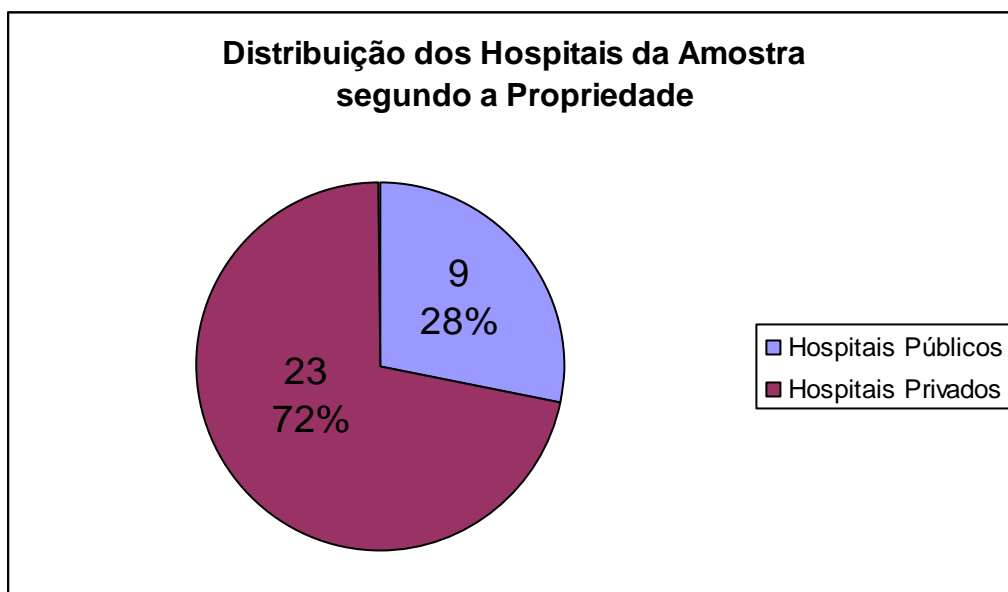


GRÁFICO 5.1. Distribuição dos Hospitais da amostra segundo a propriedade

Em relação ao porte, observa-se (gráfico 5.2) que a amostra apresenta predominância de hospitais de grande e médio porte, que contabilizam 16 e 14 hospitais, respectivamente, havendo apenas dois hospitais de pequeno porte.

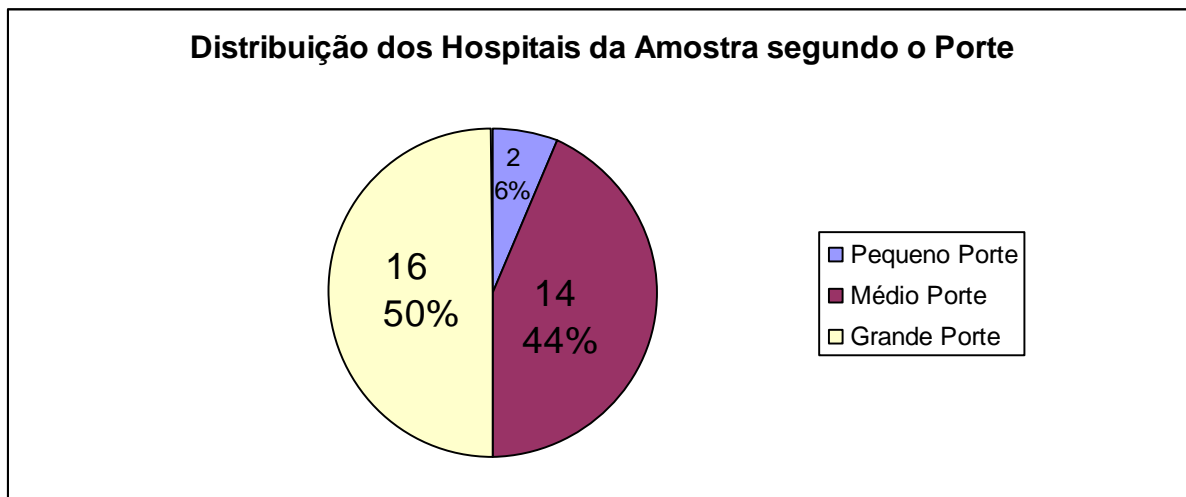


GRÁFICO 5.2. Distribuição dos hospitais da amostra segundo o porte

Em relação ao tempo de Acreditação, os hospitais da amostra foram classificados em três classes distintas: - hospitais certificados pela ONA entre três e seis anos atrás (entre 2007 e 2010); - hospitais certificados entre sete e dez anos atrás (entre 2006 e 2003); - hospitais certificados há mais de dez anos (anterior a 2003).

A amplitude de cada classe (três anos) foi definida a partir da diferença entre o hospital com maior tempo de certificação (12 anos) e o de menor tempo de certificação (3 anos). A diferença gerou uma amplitude de nove anos e três classes com duração de três anos.

Dezessete hospitais são certificados pela ONA entre três e seis anos atrás, doze são certificados entre sete e dez anos atrás e três são certificados há mais de dez anos (conforme gráfico 5.3). Na amostra, há predominância de hospitais certificados entre três e seis anos e uma menor incidência de hospitais com certificação há mais de dez anos.

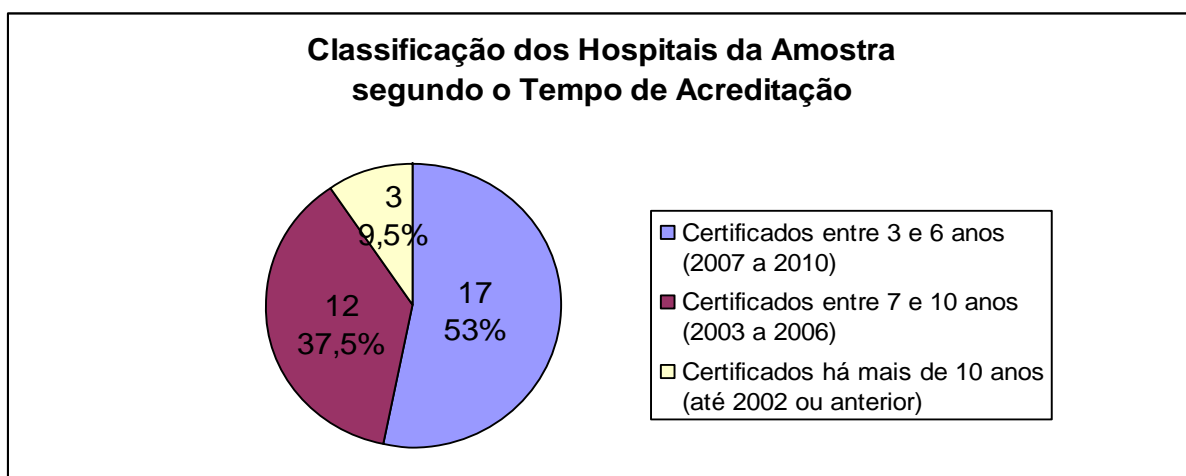


GRÁFICO 5.3. Classificação dos hospitais da amostra segundo o tempo de Acreditação

Em resumo, o perfil da amostra coletada apresentou maior incidência de hospitais com Acreditação Plena (40,6%), privados (72%), de grande porte (50%) e certificados pela ONA entre 2007 e 2010, ou seja, entre três e seis anos atrás (53%). Em contrapartida, a amostra registrou menor incidência de hospitais com Acreditação (25%), públicos (28%), de pequeno porte (6%) e certificados há mais de uma década (9,5%).

Como o perfil predominante da população é de hospitais com Acreditação por Excelência (39,6%), privados (78%), de grande porte (78%) e certificados entre três e seis anos atrás pela ONA, a amostra coletada, preservou essas mesmas características, com exceção da predominância de hospitais com Acreditação por Excelência, pois, na amostra, a maior incidência é de hospitais com Acreditação Plena.

As características da amostra em comum com as da população são:

- Proporção de hospitais privados superior à de hospitais públicos: enquanto na população esta proporção é de 78% (49 hospitais em 63), a proporção de privados na amostra é de 72%.
- Maior proporção de hospitais de grande porte: enquanto na população esta proporção é de 49,2%, na amostra este percentual é de 50%.
- Menor proporção de hospitais de pequeno porte: enquanto na população esta proporção é de 4,8%, na amostra este percentual é de 6%.
- Maior incidência de hospitais certificados pela ONA entre três e seis anos atrás (2007 a 2010).

5.2 Caracterização das Dimensões do Desempenho Hospitalar

Esta seção descreve as variáveis do desempenho hospitalar que receberam as maiores pontuações na escala de percepção e, conseqüentemente, indicam as principais melhorias obtidas pelos hospitais.

A escala utilizada para aferir as variáveis das dimensões do desempenho hospitalar avaliou o grau de melhoria percebida em tais dimensões após a adoção da Acreditação. A escala variou entre 1, melhoria muito abaixo das expectativas, e 5, melhoria muito acima das expectativas.

Os coeficientes de variação revelam que as respostas de cada hospital ao longo das variáveis variaram entre 0,258 e 0,889, conforme tabela 5.2. Além disso, o coeficiente médio de variação das respostas foi de 0,546, o qual, segundo classificação recomendada por Gomes (2009), é considerado muito alto por ser superior a 0,30. Dessa forma, as análises realizadas consideram a mediana como medida de tendência central, pois o valor do coeficiente de variação revela que as respostas não foram homogêneas.

As percepções variaram no intervalo entre 3, melhoria percebida ocorrida dentro das expectativas, e 4, melhoria percebida ocorrida acima das expectativas, demonstrando que a melhoria no desempenho hospitalar em decorrência da Acreditação atendeu às expectativas dos hospitais (vide tabela 5.2.).

Os valores máximos das respostas indicam que para todas as variáveis, exceto para a variável “Incidência de erros de medicação”, houve pelo menos uma resposta de percepção de melhoria muito acima das expectativas.

Os valores mínimos indicam que, para variáveis como “Utilização de recursos” e “Oportunidades de melhoria identificadas pelo nível de satisfação”, o menor valor atribuído foi 1 (melhoria muito abaixo das expectativas).

Tal fato reforça a heterogeneidade das respostas indicadas pelo coeficiente de variação e pela falta de unanimidade sobre a melhoria percebida nas variáveis do desempenho hospitalar pós-Acreditação, pois, para uma mesma assertiva, há respondentes que a classificam como abaixo ou muito abaixo das expectativas e outros como acima ou muito acima das expectativas. As variáveis “Utilização de recursos” e “Oportunidades de melhoria identificadas por meio do nível de satisfação” obtiveram amplitudes de respostas iguais a 4, as maiores dentre as variáveis do constructo desempenho hospitalar.

Os valores percentuais, uma forma mais clara de indicar atribuição de valores às variáveis, foram calculados pela frequência da pontuação 4 multiplicado por 4 e somando o produto com o produto da frequência da pontuação 5 por 5. O resultado foi dividido pelo tamanho da amostra (32) e por 5 (amplitude da escala *Likert*). Para identificar as variáveis de desempenho hospitalar com maior percepção de melhoria, foram destacadas as de percentual superiores a 45%. Em relação às variáveis de menor percepção de melhoria foram selecionadas aquelas de percentuais inferiores a 20%.

Variáveis	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente De Variação	Pontuação Máxima	Pontuação Mínimo	% de implantação
Notificação e tratamento de riscos e eventos	3,781	4	0,751	0,563	5	2	60%
Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos	3,719	4	0,812	0,660	5	2	57,5%
Evolução da taxa de infecção hospitalar	3,594	4	0,756	0,572	5	2	47%
Oportunidades de melhoria identificadas por meio do nível de satisfação	3,437	3	0,948258	0,899	5	1	40%
Melhoria e aprendizagem geradas a partir de reclamações	3,437	3	0,948	0,899	5	2	38%
Incidência de erros de medicação	3,250	3	0,762	0,581	4	2	35%
Nível de satisfação	3,437	3	0,670	0,448	5	2	34%
Tempo de internação	3,437	3	0,801	0,641	5	2	32,5%
Condições durante o atendimento	3,406	3	0,615	0,378	5	3	29%
Rotatividade de leitos	3,219	3	0,751	0,563	5	2	28%
Evolução da taxa de mortalidade	3,344	3	0,653	0,426	5	2	26%
Ocorrência de reclamações	3,219	3	0,553	0,305	5	2	21%
Aproveitamento de recursos	3,250	3	0,508	0,258	5	3	18%
Consideração de necessidades específicas dos usuários	3,219	3	0,751	0,563	5	2	16%
Utilização de recursos	3,125	3	0,660	0,435	5	1	15,6%

TABELA 5.2. Tendência geral das variáveis de desempenho dos hospitais estudados

Por tal critério, três variáveis obtiveram as maiores melhorias de desempenho após a adoção da Acreditação: “Evolução da taxa de infecção hospitalar”, “Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos” e “Notificação e tratamento de riscos e eventos adversos”. Essas três variáveis compõem a dimensão Efetividade do desempenho hospitalar.

As variáveis “Utilização de recursos”, “Consideração das necessidades específicas dos usuários” e “Aproveitamento de recursos” obtiveram as menores melhorias

percebidas pós-Acreditação, com percentuais de 15,6%, 16% e 18%, respectivamente. Enquanto a primeira e a última variável compõem a dimensão Produtividade, do desempenho hospitalar, a segunda compõe a dimensão Orientação aos Usuários.

5.3 Caracterização das Práticas de Acreditação

Esta seção destaca as práticas de Acreditação com maior grau de adoção segundo estratificação por porte, propriedade, tempo de Acreditação, nível de Acreditação e geral (sem estratificação).

A escala para aferir o grau de implantação das práticas de Acreditação variou entre 1, prática não implantada, e 5, prática totalmente implantada e melhorada.

Em uma análise geral (sem estratificação), os coeficientes de variação revelam que as respostas de cada hospital para o nível de implantação variaram entre 0,362 e 2,048 (vide tabela 5.3). O coeficiente médio de variação das respostas foi de 0,750, o qual, segundo classificação de Gomes (2009), é muito alto por ser superior a 0,30. Dessa forma, as análises realizadas nesta seção consideram a mediana como medida de tendência central.

Uma justificativa viável para explicar essa variação entre as respostas está no fato de que tal análise, por ser geral, desconsidera qualquer tipo de distinção entre os hospitais. Como estes pertencem a diferentes níveis de Acreditação, o estágio de implantação das práticas, conseqüentemente, será distinto de um nível de Acreditação para outro.

O intervalo de variação dos graus de implantação das práticas reforça a justificativa, pois varia entre 1, prática não implantada, e 5, prática totalmente implantada e melhorada periodicamente, mostrando que os hospitais estão em diferentes estágios de implantação, o que já se esperava pelos diferentes níveis de Acreditação.

Os valores máximos das respostas (5) indicam que, para todas as práticas, houve pelo menos uma resposta de implementação máxima, isto é, implementação total e melhorada periodicamente. Os valores mínimos variam de 1 (prática não implantada) a 3 (parcialmente implantada) mostrando estágios incipientes de adoção para diferentes práticas.

Neste caso, as práticas que apresentaram maior grau de incipiência, registrando pontuação igual a 1, foram: “Adotar inovações em práticas gerenciais” e “Comparar indicadores com referenciais nacionais e internacionais”. Estas práticas obtiveram amplitudes de respostas iguais a 4, as maiores variações observadas dentre as práticas do constructo.

Tal fato reforça a falta de unanimidade sobre o nível de implantação das práticas de Acreditação, dado que, para uma mesma assertiva, há respondentes que o classificam como “prática não implantada” e outros como “prática totalmente implantada e melhorada periodicamente”.

Os valores percentuais, uma forma mais clara de indicar atribuição de valores às variáveis, foram calculados pela frequência da pontuação 4 multiplicado por 4 e somando o produto com o produto da frequência da pontuação 5 por 5. O resultado foi dividido pelo tamanho da amostra (32) e por 5 (amplitude da escala *Likert*). Para identificar a tendência das práticas de Acreditação com os maiores graus de implantação, foram destacadas as práticas com percentual superiores a 80%. Em relação às práticas de menor implantação foram selecionadas aquelas de percentuais inferiores a 55%.

Práticas de Acreditação	Média	Mediana	Desvio Padrão	Coefficiente De Variação	Máximo	Mínimo	%
Dispositivos de gestão à vista para gestão de risco	4,531	5	0,842	0,708	5	1	88%
Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos	4,437	4	0,619	0,383	5	3	85%
Mapeamento de riscos	4,344	4	0,601	0,362	5	3	83%
Comissão de Gestão de Riscos	4,437	5	0,801	0,641	5	2	82%
Procedimentos documentados e registros	4,375	4	0,707	0,500	5	3	79%
Mapeamento de processos	4,312	4	0,693	0,480	5	3	79%
Adequação da estrutura física e de equipamentos	4,220	4	0,751	0,563	5	2	77,5%
Indicadores de medição dos processos	4,312	4	0,738	0,544	5	3	77%
Gestão de estoques e suprimentos com foco na segurança	4,125	4	0,660	0,435	5	3	73%
Temáticas de capacitação e melhoria baseadas em indicadores	4,281	5	0,851	0,725	5	3	70,6%
Análise Crítica para melhoria e resolução de problemas	4,125	4	0,833	0,693	5	2	70%
Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação	4,062	4	0,801	0,641	5	3	64,4%
Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância	3,906	4	0,995	0,991	5	2	59,4%
Adequação dos recursos humanos	3,906	4	0,856	0,733	5	2	58%
Indicadores comparados a referenciais externos	3,594	4	1,266	1,604	5	1	51%
Análises Críticas focadas em inovação	3,625	4	0,833	0,693	5	2	45,6%
Inovações em práticas gerenciais	3,125	3,5	1,431	2,048	5	1	43%

TABELA 5.3. Tendência geral das práticas de Acreditação para os hospitais pesquisados

As práticas de maiores graus de adoção foram “Uso de dispositivos de gestão à vista” (88%), “Aplicar procedimentos documentados de prevenção de riscos e eventos adversos” (85%), “Mapeamento e gerenciamento de riscos” (83%) “Nomeação de comissão de gerenciamento de riscos e eventos adversos” (82%).

Tais três práticas formam parte dos requisitos nível Acreditação, o mais básico, e estão ligadas à estruturação da gestão de riscos. É possível que, por se tratarem de práticas associadas a requisitos básicos da Acreditação, estas já estejam plenamente incorporadas, implantadas e são melhoradas continuamente, justificando os percentuais encontrados.

As práticas “Adotar inovações em práticas gerenciais para o setor hospitalar” (43%), “Análises críticas sistemáticas com melhorias focadas em inovações” (45,6%) e “Comparar indicadores com referenciais nacionais e internacionais” (51%) têm menor grau de implantação.

Essas três práticas compõem parte dos requisitos do nível Acreditação por Excelência, o mais avançado. É possível que, por se tratarem de requisitos associados ao nível mais avançado e por estarem ligadas a inovações em gerenciamento e melhoria contínua, tais práticas ainda não tenham sido adotadas ou assimiladas pela maioria dos hospitais respondentes.

A análise conjunta de ambos os constructos (desempenho hospitalar e práticas de Acreditação) revela coerência entre os resultados obtidos. As variáveis do desempenho hospitalar que apresentaram as melhorias mais relevantes (“Evolução da taxa de infecção hospitalar”, “Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos” e “Notificação e tratamento de riscos e eventos adversos”) foram as da subdimensão Segurança. Já as práticas de Acreditação com grau mais avançado de adoção (“Uso de dispositivos de gestão à vista para prevenção de riscos e eventos adversos”, “Aplicar procedimentos documentados de prevenção de riscos e eventos adversos”, “Mapeamento e gerenciamento de riscos” e “Nomeação de comissão de gerenciamento de riscos e eventos adversos”) estão ligadas aos requisitos de gestão de riscos, o que pode sugerir que os três maiores percentuais atingidos no constructo desempenho hospitalar foram possíveis devido à implantação destas três práticas.

As práticas de Acreditação com graus superiores de implantação, segundo o nível de Acreditação, obedecendo aos mesmos critérios da análise não estratificada, são apresentadas na Tabela 5.4.

Nível de Acreditação	Práticas mais implantadas	% de implantação	Práticas menos implantadas	% de implantação
Acreditação	Comissão de Gestão de Riscos	90%	Inovações em práticas gerenciais	40%
	Procedimentos documentados e registros	90%	Indicadores comparados a referenciais externos	35%
	Dispositivos de gestão à vista para gestão de riscos	82,5%	Análises Críticas focadas em inovação	30%
Acreditação Plena	Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos	92,3%	Inovações em práticas gerenciais	48%
	Dispositivos de gestão à vista para gestão de riscos	90,8%		
	Mapeamento de processos	85%		
	Procedimentos documentados e registros	85%	Análises Críticas focadas em inovação	48%
Acreditação por Excelência	Indicadores de medição dos processos	93%	Inovações em práticas gerenciais	40%
	Dispositivos de gestão à vista para gestão de riscos	89%		
	Mapeamento de riscos	87%		
	Adequação da estrutura física e de equipamentos	87%		
	Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos	85%		
	Temáticas de capacitação e melhoria baseadas em indicadores	85%		
	Gestão de estoques com foco na segurança	85%		
	Comissão de Gestão de Riscos	84%		
	Adequação dos recursos humanos	84%		

TABELA 5.4. Tendência geral das práticas de Acreditação, segundo os níveis de Acreditação

Observa-se que o número de práticas próximas ao grau máximo de implantação aumenta à medida que cresce o nível de Acreditação dos hospitais da amostra, passando de três práticas no nível Acreditação para quatro no nível Acreditação Plena e nove no nível Acreditação por Excelência. Apesar desta tendência, a prática “Uso de dispositivos de gestão à vista para prevenção de riscos e eventos adversos” mostrou-se próxima ao grau máximo de implementação nos três níveis de Acreditação

Duas práticas (“Dispositivos de gestão à vista para gestão de riscos” e “Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos”) tiveram destaque em comum entre os níveis de Acreditação e estão associadas aos requisitos de gestão de riscos do nível Acreditação.

Nos hospitais com Acreditação, as três práticas de maiores graus de implantação pertencem aos requisitos deste nível. Já entre as cinco práticas de maior grau de implantação dos hospitais com Acreditação Plena, duas pertencem a este nível (“Mapeamento de processos” e “Procedimentos documentados e registros”) e outras duas estão associadas aos requisitos do nível Acreditação.

Os hospitais do nível Acreditação por Excelência apresentaram o maior número de práticas, nove, com grau superior de implantação. Entre estas práticas, sete pertencem ao nível Acreditação e duas (“Indicadores de medição dos processos”, “Temáticas de capacitação e melhoria baseadas em indicadores”) ao nível Acreditação Plena, mostrando que, no nível mais elevado de Acreditação, as práticas dos níveis anteriores já se encontram sistematizadas e incorporadas à rotina dos processos.

Independente do nível de Acreditação, as práticas com menor grau de implantação estão associadas à inovação gerencial, sendo pertencentes aos requisitos de Acreditação por Excelência. Porém, o grau de implantação destas práticas aumenta com a elevação do nível de Acreditação. Dessa forma, há três práticas de inovação gerencial com percentual de implantação inferior a 55% no nível Acreditação. Enquanto há apenas duas práticas no nível Acreditação Plena.

Como as práticas de inovação gerencial estão associadas aos requisitos de Acreditação por Excelência, observou-se que apenas uma destas práticas está entre as de menor grau de implantação (“Inovações em práticas gerenciais”), enquanto as demais atingiram graus intermediários de implantação (entre 65% e 70%).

A análise das práticas de Acreditação com maior grau de implantação, segundo estratificação por propriedade, porte, tempo e nível de Acreditação, apresentou onze práticas mais implantadas, independentemente da estratificação. Três práticas, em especial, apareceram com maior frequência dentre as onze práticas destacadas:

- “Uso de dispositivos de gestão à vista para prevenção de riscos e eventos adversos”: 23,4% das indicações das práticas mais implantadas.
- “Nomeação de Comissão de Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos para monitorá-los periodicamente”: representou 17% das indicações das práticas mais implantadas.
- “Aplicar procedimentos documentados de prevenção de riscos e eventos adversos”: representou 15% das indicações das práticas mais implantadas.

Conforme Tabela 5.5, estas três práticas representam, conjuntamente, 55,4% do total da frequência das práticas que apareceram com os maiores graus de implantação.

Práticas que apareceram como as de maiores graus de implantação	Frequência com que as práticas apareceram entre as de maior grau de implantação	Frequência em percentual
Uso de dispositivos de gestão à vista para prevenção de riscos e eventos adversos	11	23,4%
Nomeação de Comissão de Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos para monitorá-los periodicamente	8	17%
Aplicar procedimentos documentados de prevenção de riscos e eventos adversos	7	15%
Documentar, atualizar, disponibilizar e aplicar procedimentos e registros na realização de rotinas e atividades	5	10,6%
Elaborar e manter mapas de processos do hospital	4	8,5%
Mapear riscos sanitários, ambientais, assistenciais, profissionais e ocupacionais de atividades e processos com foco na segurança	4	8,5%
Outras	8	17%

TABELA 5.5. Práticas de maior frequência dentre aquelas com maior grau de implantação

Em relação às práticas de menor grau de implantação, independentemente da estratificação, três práticas apresentaram maior destaque:

- “Adotar inovações em práticas gerenciais para o setor hospitalar”: representou 30,5% das indicações das práticas menos implantadas.
- “Avaliar indicadores de desempenho internamente com base em referenciais externos pertinentes”: representou 25% das indicações das práticas menos implantadas.
- “Realizar Análises Críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria focadas em inovação”: representou 25% das indicações das práticas menos implantadas.

Conforme a Tabela 5.6, tais práticas representam, conjuntamente, 80,5% do total da frequência das práticas que apareceram com os menores graus de implantação.

Práticas que apareceram como as de menores graus de implantação	Frequência com que as práticas apareceram entre as de menor grau de implantação	Frequência em percentual
Adotar inovações em práticas gerenciais para o setor hospitalar	11	30,5%
Avaliar indicadores de desempenho internamente com base em referenciais externos pertinentes	9	25%
Realizar Análises Críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria focadas em inovação	9	25%
Manter equipes de profissionais habilitados, capacitados e compatíveis, em quantidade e especialidades, com a demanda dos serviços	3	8,5%
Outras	4	11%

TABELA 5.6. Práticas de menor frequência dentre aquelas com menor grau de implantação

Em resumo, sob perspectiva da análise estatística descritiva, os resultados revelam que os menores graus de implantação ocorreram para práticas associadas aos requisitos de Acreditação por Excelência que estão, basicamente, ligados à questão da

inovação, o que pode sinalizar que os hospitais com Acreditação do Estado de São Paulo, independente do nível, seguem a mesma tendência, observada por Melo e Tanaka (2002), dos demais hospitais brasileiros. Estes autores afirmam que há falta de interesse dos hospitais e, ainda, uma perspectiva de possibilidade limitada para adoção de inovações sejam em práticas organizacionais ou gerenciais, limitando o exercício criativo do trabalho gerencial.

A análise descritiva mostra ainda que os graus mais elevados de implantação incidem sobre as práticas do nível Acreditação que são, basicamente, ligadas à Gestão de Riscos de profissionais e usuários. Tal observação pode justificar os resultados obtidos no constructo desempenho hospitalar em que a maior melhoria percebida pelos respondentes ocorreu na subdimensão Segurança da dimensão Efetividade. Uma possível relação significativa entre ambos os resultados será investigada em seções subseqüentes.

5.4 Dificuldades enfrentadas em relação à Práticas de Acreditação

Para cada hospital, foram indicadas as três principais dificuldades enfrentadas sob o ponto de vista das práticas de Acreditação. Para tal, o questionário de pesquisa disponibilizou oito alternativas de possíveis dificuldades que poderiam ser assinaladas pelos respondentes. Tais alternativas resumiam-se à:

- Resistência, falta de envolvimento e de conscientização dos profissionais para a importância da aplicação, manutenção, monitoramento e melhoria das práticas da Acreditação (registros, protocolos, indicadores, etc.).
- Dificuldade em determinar as oportunidades de melhoria dos processos e as temáticas a serem abordadas nos programas de capacitação.
- Falta de participação e apoio da Alta Administração nas ações de incentivo e monitoramento das práticas da Acreditação adotadas ou em implantação.
- Falta de Apoio da Alta Administração em fornecer os investimentos e recursos para manutenção e melhoria contínua das práticas da Acreditação.
- Falta de Apoio da Alta Administração em fornecer investimentos e recursos necessários para inovações gerenciais (FMEA, *Lean*, Seis Sigma, *Lean-Sigma*, etc.).

- Dificuldade em estabelecer indicadores que traduzam a verdadeira realidade de desempenho dos processos.
- Dificuldade de consolidação da Gestão por Evidências (basear o processo de tomada de decisão e de melhoria contínua dos processos em dados e indicadores de desempenho).
- Dificuldade de realizar investimentos em estrutura (instalações, profissionais, equipamentos, novas tecnologias, sinalizações, etc.).

Conforme a Tabela 5.7, as quatro principais dificuldades enfrentadas foram:

- Resistência, falta de envolvimento e de conscientização dos profissionais para a importância da aplicação, manutenção, monitoramento e melhoria das práticas da Acreditação implantadas: 28,2% das indicações.
- Dificuldade de consolidação da Gestão por Evidências: frequência de 14,6% das indicações.
- Dificuldade em estabelecer indicadores que traduzam a verdadeira realidade de desempenho dos processos: 13,6% das indicações.
- Dificuldade de realizar investimentos em estrutura: frequência de 13,6% das indicações, o terceiro maior índice.

Conforme a Tabela 5.7, tais dificuldades representam 70% do total da frequência das dificuldades identificadas como principais para as práticas de Acreditação.

Principais dificuldades enfrentadas pelos hospitais quanto às práticas de Acreditação	Frequência com que as dificuldades foram identificadas entre as principais	Frequência em percentual
Resistência, falta de envolvimento e de conscientização dos profissionais para a importância da aplicação, manutenção, monitoramento e melhoria das práticas da Acreditação implantadas	27	28,2%
Dificuldade de consolidação da Gestão por Evidências	14	14,6%
Dificuldade em estabelecer indicadores que traduzam a verdadeira realidade de desempenho dos processos	13	13,6%
Dificuldade de realizar investimentos em estrutura (instalações, profissionais, equipamentos, novas tecnologias, sinalizações, e outros dispositivos)	13	13,6%
Outras	29	30%

TABELA 5.7. Principais dificuldades dos hospitais da amostra quanto às práticas de Acreditação

A resistência e falta de envolvimento e conscientização dos profissionais para com as práticas de Acreditação obteve quase 30% das respostas para as maiores dificuldades dos hospitais, sendo a principal barreira identificada para a implantação dos requisitos de Acreditação. Tal fato reforça as conclusões de Jardali *et al.* (2008) e François e Pomey (2005) que afirmam ser tal dificuldade a maior barreira à implantação das práticas de Acreditação em ambientes hospitalares. Para reduzir a resistência dos profissionais em adotar os princípios e

práticas de Acreditação, tais autores recomendam realizar palestras explicativas sobre a Acreditação, seus requisitos, vantagens e benefícios à rotina de atividades dos profissionais e para o hospital; promover a capacitação dos profissionais para os requisitos e práticas de Acreditação, envolver a participação da Alta Administração nas iniciativas de divulgação (palestras, reuniões, premiações) dos resultados obtidos com a Acreditação, manter um sistema de premiação e reconhecimento de ações e iniciativas relacionadas à Acreditação realizadas pelos profissionais como forma de reconhecer os esforços dispendidos e reforçar a importância das práticas de Acreditação e do envolvimento dos profissionais nas mesmas.

Na estratificação por níveis de Acreditação (tabela 5.8), podem ser observados resultados similares entre os estratos e a análise anterior. Entre os três estratos, há uma dificuldade em comum dentre as principais identificadas em cada nível, a resistência e falta de envolvimento dos profissionais, mantendo o resultado observado na primeira análise.

Nível de Acreditação	Principais dificuldades enfrentadas pelos hospitais quanto às práticas de Acreditação	Frequência com que as dificuldades foram identificadas entre as principais	Frequência em percentual
Acreditação	Resistência, falta de envolvimento e de conscientização para as práticas de Acreditação	8	33,3%
	Dificuldade em determinar as oportunidades de melhoria dos processos e as temáticas dos programas de capacitação	3	12,5%
	Dificuldade em estabelecer indicadores que traduzam a verdadeira realidade de desempenho dos processos	3	12,5%
	Dificuldade de realizar investimentos em estrutura	3	12,5%
Acreditação Plena	Resistência, falta de envolvimento e de conscientização para as práticas de Acreditação	11	30,5%
	Dificuldade de realizar investimentos em estrutura	7	28,2%
	Dificuldade de consolidação da Gestão por Evidências	6	15,4%
Acreditação por Excelência	Resistência, falta de envolvimento e de conscientização para as práticas de Acreditação	8	24%
	Dificuldade em estabelecer indicadores que traduzam a verdadeira realidade de desempenho dos processos	6	18%
	Dificuldade em determinar as oportunidades de melhoria dos processos e as temáticas a serem abordadas nos programas de capacitação dos profissionais	5	15%
	Dificuldade de consolidação da Gestão por Evidências	5	15%

TABELA 5.8. Principais dificuldades dos hospitais da amostra quanto às práticas de Acreditação, segundo o nível de Acreditação

Em relação aos hospitais do nível Acreditação, as três principais dificuldades encontradas quanto às práticas de Acreditação são:

- Resistência, falta de envolvimento e de conscientização dos profissionais para a importância da aplicação, manutenção, monitoramento e melhoria das práticas da Acreditação implantadas (registros, protocolos, indicadores, etc.): obteve frequência de 33,3% das indicações, a principal dificuldade.
- Dificuldade em determinar as oportunidades de melhoria dos processos e as temáticas dos programas de capacitação: frequência de 12,5% das indicações.
- Dificuldade em estabelecer indicadores que traduzam a verdadeira realidade de desempenho dos processos: 12,5% das indicações.
- Dificuldade de realizar investimentos em estrutura: esta dificuldade obteve frequência de 12,5% das indicações.

Em relação aos hospitais dos níveis Acreditação Plena e Acreditação por Excelência, as três principais dificuldades encontradas quanto às práticas de Acreditação são:

- Resistência, falta de envolvimento e de conscientização dos profissionais para a importância da aplicação, manutenção, monitoramento e melhoria das práticas da Acreditação implantadas: esta dificuldade obteve frequência de 24% das indicações, tornando-a a principal dificuldade identificada pelos hospitais do nível Acreditação por Excelência.
- Dificuldade de realizar investimentos em estrutura: frequência de 28,2% das indicações, a segunda mais identificada pelos hospitais com Acreditação Plena.
- Dificuldade de consolidação da Gestão por Evidências: obteve frequência de 15,4% das indicações, sendo a terceira maior dificuldade do nível.

5.5 Perspectivas dos Hospitais para as Práticas de Acreditação

Os respondentes indicaram as três principais tendências (perspectivas) para as práticas de Acreditação. O questionário de pesquisa disponibilizou dez alternativas de possíveis perspectivas que poderiam ser assinaladas:

- Manter o nível atual de Acreditação.
- Obter nível superior de Acreditação.
- Ampliar a base de indicadores de desempenho utilizados, por meio da implantação de um número maior de indicadores associados aos processos.
- Consolidar a Gestão por Evidências de melhoria dos processos baseada na Análise Crítica dos indicadores.
- Realizar investimentos em estrutura (contratação de profissionais, instalações físicas, equipamentos, aparelhagem, novas tecnologias), adequando-a às necessidades dos serviços do hospital.
- Adotar inovações em práticas de gestão.
- Realizar análise comparativa dos resultados dos indicadores do Hospital com os de hospitais nacionais de reconhecida Excelência.
- Realizar análise comparativa dos resultados dos indicadores do Hospital com referenciais internacionais.
- Obter certificação internacional específica dos serviços de saúde.
- Obter outras certificações (Série ISO 9001, Série 14001, OHSAS 18001).

Conforme tabela 5.9, as três principais perspectivas foram:

- Consolidar a Gestão por Evidências de melhoria dos processos baseada na Análise Crítica dos indicadores: esta tendência obteve frequência de 22% das indicações, a principal perspectiva identificada pelos hospitais.
- Obter nível superior de Acreditação: esta tendência obteve frequência de 20% das indicações, a segunda perspectiva mais identificada.
- Obter certificação internacional: obteve frequência de 12,5% das indicações, a terceira perspectiva mais identificada pelos hospitais.

Tais perspectivas representam 54,5% do total da frequência das tendências identificadas quanto às práticas de Acreditação. Outra perspectiva destacada foi “Realizar investimentos em estrutura (contratação de profissionais, instalações físicas, equipamentos, aparelhagem, novas tecnologias), adequando-a as necessidades dos serviços do hospital” que obteve 11,4% de frequência.

Principais perspectivas identificadas pelos hospitais para suas práticas de Acreditação	Frequência com que as perspectivas foram identificadas entre as 3 perspectivas principais	Frequência em percentual
Consolidar a Gestão por Evidências de melhoria dos processos baseada na Análise Crítica dos indicadores	21	22%
Obter nível superior de Acreditação	19	20%
Obter certificação internacional específica dos serviços de saúde	12	12,5%
Realizar investimentos em estrutura (contratação de profissionais, instalações físicas, equipamentos, aparelhagem, novas tecnologias), adequando-a as necessidades dos serviços do hospital	11	11,4%
Outras	33	34,1%

TABELA 5.9. Principais perspectivas dos hospitais da amostra para as práticas de Acreditação

Conforme a tabela 5.9, existe coerência entre as dificuldades atuais e as perspectivas identificadas. A dificuldade de consolidação da Gestão por Evidências foi a segunda maior. Para sanar este problema, a perspectiva de consolidar a Gestão por Evidências apresentou-se como a principal meta quanto às práticas de Acreditação. A dificuldade de realização de investimentos em estrutura foi a terceira maior. Para saná-la, a perspectiva de realização de investimentos em estrutura foi a quarta mais citada.

A estratificação por níveis de Acreditação (tabela 5.10) revela uma perspectiva em comum, dentre as principais identificadas em cada nível: a busca pela consolidação da Gestão por Evidências.

Nível de Acreditação	Principais perspectivas identificadas pelos hospitais para suas práticas de Acreditação	Frequência com que as perspectivas foram identificadas entre as 3 perspectivas principais	Frequência em percentual
Acreditação	Obter nível superior De Acreditação	6	25%
	Consolidar a Gestão por Evidências	6	25%
	Adotar inovações em práticas de gestão	5	21%
Acreditação Plena	Obter nível superior de Acreditação	11	28,2%
	Consolidar a Gestão por Evidências	10	25,6%
	Obter certificação internacional específica dos serviços de saúde	5	12,8%
Acreditação por Excelência	Obter certificação internacional específica dos serviços de saúde	7	21%
	Realizar investimentos em estrutura, adequando-a às necessidades dos serviços	6	18%
	Consolidar a Gestão por Evidências	5	15%

TABELA 5.10. Principais perspectivas dos hospitais da amostra quanto às práticas de Acreditação, segundo o nível de Acreditação

Em relação ao nível Acreditação, as três principais perspectivas foram:

- Obter nível superior de Acreditação: com frequência de 25% das indicações, foi a principal perspectiva identificada neste nível. É possível que esta tendência relaciona-se ao fato de que o nível de Acreditação atual ocupado por estes hospitais seja o mais inferior dos três níveis existentes.

- Consolidar a Gestão por Evidências: com frequência de 25% das indicações, também foi a perspectiva mais identificada neste nível.
- Adotar inovações em práticas de gestão: com frequência de 21% das indicações, foi a terceira perspectiva mais identificada

Para o nível Acreditação Plena, as três principais perspectivas foram:

- Obter nível superior de Acreditação: esta tendência obteve frequência de 28,2% das indicações, a principal perspectiva identificada.
- Consolidar a Gestão por Evidências: esta tendência obteve frequência de 25,6% das indicações, sendo a segunda tendência futura mais identificada.
- Obter certificação internacional: obteve frequência de 12,8% das indicações, a terceira perspectiva mais identificada.

Para o nível Acreditação por Excelência, as três principais perspectivas foram:

- Obter certificação internacional: obteve frequência de 21% das indicações, sendo a tendência futura mais identificada pelos hospitais deste nível.
- Realizar investimentos em estrutura, adequando-a às necessidades dos serviços: obteve 18% das indicações, a segunda principal tendência.
- Consolidar a Gestão por Evidências: obteve 15% das indicações, a terceira principal perspectiva identificada pelos hospitais.

5.6 Análises Multivariadas e Bivariadas dos Dados

Nessa seção são apresentados os resultados obtidos ao avaliar os constructos da pesquisa por meio de técnicas multivariadas (Análise dos Componentes Principais, Análise de *Cluster*, Análise Fatorial e Análise Multivariada de Variância). Essas técnicas avaliam se há influência significativa do constructo práticas de Acreditação sobre o constructo desempenho hospitalar e de que forma se relacionam. As seções subsequentes abordam cada uma dessas técnicas, segundo o conteúdo de suas contribuições para os objetivos propostos para esta Tese. Analisa-se, inicialmente, a validade interna dos constructos.

5.6.1 Análise da Consistência Interna dos Constructos

O primeiro passo da pesquisa multivariada é calcular o valor do Alfa de Cronbach e comparar com os parâmetros da literatura para verificar a validade interna dos constructos. Caso os valores dos coeficientes sejam considerados aceitáveis, há indicações de que o conjunto de variáveis de um determinado constructo tem validade e elas realmente medem determinado conceito (HAIR *et al.*, 2009). No Quadro 5.1, são apresentados os valores dos Alfas de Cronbach calculados.

	Valores Calculados na Pesquisa	Parâmetros (HAIR <i>et al.</i> , 2009)	Avaliação
Alfa de Cronbach Global	0,8901	$0,8 < \alpha < 0,9$	Muito Bom
Alfa de Cronbach do Constructo desempenho hospitalar	0,8024	$0,8 < \alpha < 0,9$	Muito Bom
Alfa de Cronbach do Constructo práticas de Acreditação	0,8694	$0,8 < \alpha < 0,9$	Muito Bom

QUADRO 5.1. Valores obtidos no cálculo do Alfa de Cronbach dos constructos

O valor do Alfa de Cronbach do constructo práticas de Acreditação indica que há consistência interna nas respostas dos respondentes para o constructo. Logo, as variáveis são capazes de representar a realidade em um grau considerado muito bom (Alfa de 0,8694).

O constructo desempenho hospitalar também se mostra capaz de retratar a realidade deste constructo, pois o Alfa calculado foi de 0,8024, considerado muito bom, segundo a escala de Hair *et al.* (2009). A capacidade geral do instrumento de pesquisa em representar fielmente a realidade dos constructos envolvidos na pesquisa também é muito boa, apresentado um Alfa de 0,8901, ou seja, as variáveis desta pesquisa possuem validade interna.

Confirmada a validade interna dos constructos, a relação entre as variáveis de estudo pode ser investigada, o que é realizado, a seguir, por meio do coeficiente de *Spearman*.

5.6.2 Análise da Influência das Práticas de Acreditação no Desempenho Hospitalar sob Ação ou Ausência de Fatores Intervenientes

A análise de correlação de *Spearman* mede a força de associação entre as variáveis (HAIR *et al.*, 2009). Inicialmente, foi medido o coeficiente de correlação entre os constructos, sem estratificação. Posteriormente, os coeficientes de correlação foram

calculados segundo estratificações por porte, propriedade, tempo e nível de Acreditação. Por fim, foi realizada a análise de correlação entre as variáveis em cada estrato e no geral.

A avaliação da intensidade dos coeficientes de correlação baseou-se na escala de Hair *et al.* (2009), a qual prevê: $+0,91$ a $+1,00$ (intensidade muito forte), $+0,71$ a $+0,90$ (intensidade alta), $+0,41$ a $+0,70$ (intensidade moderada), $+0,21$ a $+0,40$ (intensidade fraca, porém definida) e $+0,01$ a $+0,20$ (intensidade leve, quase imperceptível). Nas tabelas 5.11, 5.12, 5.13 e 5.14, são apresentados os valores obtidos para os coeficientes de correlação de Spearman entre os constructos de forma geral e também por nível de Acreditação.

Coefficiente de Correlação	0,054
p-value	0,210
Status de p-value	Não significativo

TABELA 5.11. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos, em nível geral

Coefficiente de Correlação	0,042
p-value	0,631
Status de p-value	Não significativo

TABELA 5.12. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato Acreditação

Coefficiente de Correlação	0,036
p-value	0,597
Status de p-value	Não significativo

TABELA 5.13. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato Acreditação Plena

Coefficiente de Correlação	0,086
p-value	0,245
Status de p-value	Não significativo

TABELA 5.14. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato Acreditação por Excelência

Conforme a tabela 5.11, o coeficiente de correlação entre os constructos, sem estratificação, é de 0,054, ou seja, a intensidade da relação é leve, quase imperceptível, o que significa que quando se aumenta o grau de implantação das práticas de Acreditação, aumenta-se a melhoria percebida nas dimensões do desempenho hospitalar, mas esta influência não é significativa. Não houve indicativo de relação entre ambos os constructos estudados.

Quando se observam os valores dos coeficientes de correlação por nível de Acreditação, o cenário de correlação leve, quase imperceptível, se mantém para os três níveis. Para o nível Acreditação foi obtido coeficiente de correlação de 0,042 e p-value de 0,631. Para o nível Acreditação Plena o coeficiente de correlação entre os constructos foi de 0,036 com p-value de 0,597. Por fim, para o nível Acreditação por Excelência o coeficiente de correlação e o p-value obtiveram os valores de 0,086 e 0,245, respectivamente.

Portanto, assim como ocorreu na análise geral, a análise para cada nível de Acreditação apresentou uma correlação positiva entre desempenho hospitalar e práticas de Acreditação, porém esta é leve, quase imperceptível e esta influência não é significativa.

Nas tabelas 5.15 e 5.16, são apresentados os coeficientes de correlação de Spearman e o *p-value* para ambos os constructos segundo a propriedade dos hospitais.

Coeficiente de Correlação	0,092
p-value	0,256
Status de p-value	Não significativo

TABELA 5.15. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato hospitais públicos

Coeficiente de Correlação	0,052
p-value	0,301
Status de p-value	Não significativo

TABELA 5.16. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato hospitais privados

Os valores apresentados nas tabelas 5.15 e 5.16 mantêm o cenário observado nas análises anteriores, ou seja, correlação leve, quase imperceptível (intensidade de 0,092 e *p-value* de 0,256 para públicos e intensidade de 0,052 e *p-value* de 0,301 para privados). A correlação entre os constructos é positiva, leve (quase imperceptível) e não significativa.

Conforme as Tabelas 5.17 e 5.18, a análise dos coeficientes de correlação para o porte não se modificou. Não houve cálculo para o estrato pequeno porte, pois a amostra possui apenas dois hospitais nesta categoria.

Coeficiente de Correlação	0,083
p-value	0,205
Status de p-value	Não significativo

TABELA 5.17. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato médio porte

Coeficiente de Correlação	0,016
p-value	0,787
Status de p-value	Não significativo

TABELA 5.18. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato grande porte

A correlação é leve, quase imperceptível (intensidade de 0,083 e *p-value* de 0,205 para médio porte e intensidade de 0,016 e *p-value* de 0,787 para hospitais privados), positiva e não significativa.

Conforme as tabelas 5.19 e 5.20, a análise dos coeficientes de correlação para o tempo de Acreditação não se modificou. Não houve cálculo para o estrato “tempo de Acreditação superior a 10 anos (anterior a 2003)”, há apenas três hospitais.

Coeficiente de Correlação	0,019
p-value	0,749
Status de p-value	Não significativo

TABELA 5.19. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato tempo de Acreditação entre 3 e 6 anos (2007 a 2010)

Coeficiente de Correlação	0,157
p-value	0,520
Status de p-value	Não significativo

TABELA 5.20. Coeficiente de correlação de Spearman entre os constructos no estrato tempo de Acreditação entre 7 e 10 anos (2003 a 2006)

A correlação é leve, quase imperceptível (intensidade de 0,019 e *p-value* de 0,749 para certificação entre 2007 e 2010 e intensidade de 0,157 e *p-value* de 0,520 para certificação superior a dez anos ou anterior a 2003), positiva e não significativa.

Em resumo, independentemente do nível de análise (estratificada ou não), não foi observada correlação estatisticamente significativa entre as práticas de Acreditação e o desempenho hospitalar. As correlações analisadas apresentaram como características o fato de serem positivas (quanto maior o grau de implantação das práticas de Acreditação, maior a melhoria percebida no desempenho hospitalar), de intensidade leve, quase imperceptível (variando entre 0,019 e 0,092) e não significativas sob o ponto de vista estatístico.

Uma vez compreendida, de forma agregada, como se comportam os constructos correlacionados, buscou-se observar as correlações entre todas as variáveis. Na tabela 5.21, há os coeficientes de correlação entre as variáveis, sem estratificação.

Estão destacados, em negrito, os coeficientes com significância estatística (*p-value* < 0,05) e intensidade moderada (entre 0,41 e 0,70), alta (0,71 a 0,90) ou muito forte (0,91 a 1,00). As variáveis V1 a V15 compõem o constructo desempenho hospitalar, já as de V16 a V32 compõem o constructo práticas de Acreditação (vide Quadros 5.1, 5.2, 5.3 e 5.4).

Na análise por variáveis, sem estratificação, há vinte e seis correlações significantes, das quais, 25 correlações são moderadas e apenas uma de intensidade alta. As práticas “Avaliar indicadores com base em referenciais externos” e “Mapear e gerenciar riscos e eventos adversos” foram aquelas de maior número de correlações com as variáveis de desempenho hospitalar, com 5 e 4 correlações, respectivamente.

A prática “Adequação da estrutura física e de equipamentos” apresentou correlação moderada e positiva (0,433) com a variável “Nível de satisfação”. Tal observação pode gerar indícios de que, quanto maior a compatibilização entre estrutura e demanda atendida, maior é o nível de satisfação percebido dos usuários. Desta forma, ao se adequar a estrutura à demanda, maior a responsividade de atendimento dos serviços, o tempo de espera dos usuários torna-se menor, o que elevado do nível de satisfação dos mesmos.

Esta correlação também foi observada por Macinati (2008) que obteve associação positiva (0,323) entre o dimensionamento da estrutura física com a melhoria percebida no nível de satisfação dos usuários, o que reforça a correlação obtida nesta tese.

“Mapeamento e gerenciamento de riscos e eventos adversos” teve correlação positiva e moderada com “Incidência de erros de medicação” (0,546), “Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos” (0,451), “Evolução da taxa de infecção hospitalar” (0,491) e “Oportunidades de melhoria identificadas por nível de satisfação” (0,513).

Tais correlações também foram observadas por Peterson *et al.* (2006) que ao analisar os benefícios da adoção de práticas de gestão de riscos obteve correlações positivas e significantes ($p\text{-value} = 0,001$), variando entre 0,3 e 0,5, entre sua adoção e a melhoria no resultado dos indicadores de erros de medicação, indicadores de riscos e infecção hospitalar.

Quanto maior o grau de implantação e assimilação da prática de mapeamento e gerenciamento de riscos e eventos adversos maior será a capacitação e a habilidade dos profissionais em realizar procedimentos assistenciais junto aos usuários sem o cometimento de erros, o que tem reflexos positivos na melhoria de indicadores associados à incidência de erros de medicação, à incidência de riscos e eventos adversos e na melhoria da taxa de infecção hospitalar, pois o nível de falhas em procedimentos assistenciais será menor.

A relação entre “Mapeamento e gerenciamento de riscos e eventos adversos” e “Oportunidades de melhoria identificadas por meio do nível de satisfação” significa que quanto maior o grau de implantação da gestão de riscos, mais as insatisfações dos usuários são tratadas como oportunidades de melhoria e utilizadas para minimizar a incidência de falhas na assistência, além de tornar-se um *feedback* para a verificação da eficácia da sistemática de gerenciamento de riscos implantada.

“Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos” apresentou correlação positiva e moderada com “Incidência de erros de medicação” (0,528), “Notificação e tratamento de riscos e eventos” (0,435) e “Evolução da taxa de infecção hospitalar” (0,528).

Esta correlação também foi observada por Peterson *et al.* (2006) que obteve correlações positivas e significantes, variando entre 0,81 e 0,84, entre a adoção de protocolos de prevenção de riscos e eventos adversos e a melhoria nos resultados dos indicadores de notificação de eventos adversos, erros de medicação e infecção hospitalar, reforçando o resultado obtido nesta tese.

A relação positiva entre “Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos”, “Incidência de erros de medicação” e “Evolução da taxa de infecção hospitalar” significa que quanto maior o grau de implementação e aplicação dos procedimentos documentados de prevenção de riscos e eventos adversos, maior será a padronização dos procedimentos e métodos utilizados nos serviços prestados aos usuários, conseqüentemente, menor a probabilidade de incidência de erros, o que reflete na melhoria percebida para a taxa de erros de medicação e para a taxa de infecção hospitalar.

	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
V1	0.068	-0.091	0.181	0.013	0.040	0.171	0.044	0.138	-0.070	-0.134	-0.079	-0.040	-0.115	0.041	0.301	-0.003	0.326
V2	0.147	-0.009	0.164	-0.125	0.027	0.102	0.174	0.264	-0.055	-0.353	-0.027	-0.133	0.016	0.046	-0.068	0.222	-0.176
V3	0.059	0.205	0.321	0.009	0.149	0.145	0.015	0.063	0.087	-0.048	0.228	0.119	0.200	-0.120	0.191	-0.082	0.316
V4	0.143	0.213	-0.045	-0.268	0.058	0.020	-0.193	0.064	0.238	0.151	-0.051	-0.136	-0.091	0.041	-0.056	0.143	-0.030
V5	0.226	0.129	0.546	0.528	0.307	0.122	0.543	0.282	0.212	0.150	0.167	0.368	0.312	0.018	0.737	0.604	0.633
V6	0.154	0.118	0.398	0.209	0.301	0.163	0.286	0.323	0.004	0.130	0.249	0.368	0.181	0.298	0.404	0.140	0.398
V7	0.362	0.351	0.451	0.405	0.508	0.129	0.490	0.529	0.257	0.056	0.176	0.270	0.223	0.280	0.511	0.623	0.408
V8	0.341	0.407	0.344	0.435	0.494	0.361	0.278	0.085	0.360	0.404	0.154	0.199	0.144	0.237	0.564	0.394	0.555
V9	0.393	0.031	0.491	0.528	0.071	0.343	0.613	0.450	0.071	0.125	0.236	0.346	0.203	0.233	0.541	0.364	0.468
V10	0.116	0.433	0.366	0.083	0.171	0.026	0.040	0.023	-0.095	-0.042	0.018	0.019	0.095	-0.010	0.205	-0.030	-0.007
V11	0.127	0.137	0.513	0.345	0.227	0.358	0.379	0.200	-0.291	-0.146	0.015	0.109	0.130	0.084	0.523	0.288	0.156
V12	0.348	0.344	0.201	-0.012	0.175	0.363	0.202	0.044	-0.186	-0.003	-0.156	-0.168	-0.198	0.114	0.164	0.143	-0.156
V13	0.109	0.219	-0.144	-0.221	0.008	0.062	-0.222	0.136	0.073	0.218	-0.103	-0.150	-0.191	0.039	0.171	0.000	0.196
V14	0.135	0.221	-0.092	-0.100	0.170	-0.219	0.068	0.292	-0.013	0.048	-0.067	-0.008	-0.002	-0.331	0.247	0.186	0.076
V15	0.252	0.229	0.106	0.155	0.043	-0.150	0.114	0.003	-0.181	-0.061	-0.298	-0.068	-0.150	0.140	0.339	0.537	0.001

TABELA 5.21. Correlações entre variáveis dos constructos, sem estratificação

A relação entre “Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos” e “Notificação e tratamento de riscos e eventos” pode ser interpretada como: quanto maior o grau de implementação e aplicação dos procedimentos documentados de prevenção de riscos e eventos adversos na rotina dos serviços, maior a conscientização dos profissionais para a importância de notificar eventuais não conformidades ocorridas na assistência, o que gera melhoria na ocorrência de notificações de eventos adversos.

Com os procedimentos documentados assimilados pelos profissionais, maior a padronização dos serviços prestados, menor a probabilidade de ocorrência de não conformidade, conseqüentemente, menor a abertura de registros de notificação e, desta forma, maior a melhoria percebida da taxa de notificações de riscos e eventos adversos.

A variável “Dispositivos de gestão à vista para gestão de riscos” obteve correlação positiva e moderada com “Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos” (0,508) e “Notificação e tratamento de riscos e eventos” (0,494). Tal associação pode ser interpretada como: quanto maior o uso de dispositivos de gestão à vista (pulseiras de identificação, carimbos de prontuários, placas) na rotina de atividades do hospital, maior a prevenção de riscos, reduzindo a probabilidade de ocorrência de eventos adversos. Conseqüentemente, haverá reflexos positivos quanto a melhorias percebidas nos indicadores de riscos e eventos adversos e de ocorrência de notificação de riscos e eventos adversos.

A variável “Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância” tem correlação positiva e moderada com “Incidência de erros de medicação” (0,543), “Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos” (0,490) e “Evolução da taxa de infecção hospitalar” (0,613). Quanto maior a aplicação de iniciativas de farmacovigilância e tecnovigilância (registros, capacitação, conscientização e comissão de controle), maior a postura preventiva dos profissionais à ocorrência de erros na assistência e maior o monitoramento dos eventos adversos ocorridos. Em conseqüência, há melhoria percebida nos indicadores de erros de medicação, riscos e eventos adversos e da taxa de infecção hospitalar.

A variável “Gestão de estoques com foco na segurança” correlaciona-se positivamente, de forma moderada, com “Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos” (0,529) e “Evolução da taxa de infecção hospitalar” (0,450).

Esta correlação também foi observada por Macinati (2008) e Miller *et al.* (2005). Para Macinati (2008) há correlação positiva e significativa, variando entre 0,094 e 0,104, entre práticas de gestão de estoque com foco no controle de custos e de faltas e a melhoria percebida do desempenho dos indicadores de riscos e eventos adversos e infecção hospitalar.

Já Miller *et al.* (2005), analisou estatisticamente a relação entre as práticas de Acreditação da *Joint Commission* e a melhoria apresentada nos resultados dos indicadores hospitalares. Dessa forma, os autores obtiveram correlações positivas e significantes ($p\text{-value} = 0,02$), variando entre 0,102 e 0,716, entre práticas de gestão de estoque com foco no controle de custos e de faltas e a melhoria percebida do desempenho dos indicadores de riscos e eventos adversos e infecção hospitalar.

Quanto maior o grau de implantação da prática de gestão e estoque com foco na segurança, menores os riscos de falta de medicamentos e materiais, menor a possibilidade de desabastecimento. Conseqüentemente, gera-se uma percepção positiva quanto à melhoria do desempenho de indicadores de riscos (possivelmente, aqueles ligados à falta de medicamentos e materiais).

Se não há falta de medicamentos ou materiais, a taxa de infecção hospitalar também é melhorada, pois os profissionais terão à disposição os insumos necessários a um tratamento adequado dos usuários, com menor possibilidade de ocorrência de infecções.

“Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação” tem correlação positiva e moderada com “Incidência de erros de medicação” (0,633), “Notificação e tratamento de riscos” (0,555) e “Taxa de infecção hospitalar” (0,468).

A realização de investimentos em novas tecnologias, instalações físicas e em métodos inovadores de capacitação contribui para a melhoria do atendimento aos usuários, reduzindo a possibilidade de ocorrência de erros na assistência prestada. Tal fato justifica a melhoria percebida no desempenho dos indicadores de erros de medicação e de incidência de riscos e eventos adversos como sendo decorrente desses investimentos realizados.

A análise das correlações entre as variáveis de cada constructo foi realizada, segundo os mesmos critérios, para diferentes estratificações (porte, propriedade tempo e nível de Acreditação), conforme Apêndices C, D, E, F, G, H, I, J e K. Os principais resultados de cada tipo de estratificação são apresentados no quadro 5.2.

Conforme este quadro, a correlação mais freqüente entre as de mais alta intensidade foi entre incidência de erros de medicação e comparação externa de indicadores, atingindo esta condição em quatro das dez análises (sem estratificação, estrato grande porte, estrato privado e estrato 2007 a 2010).

A correlação da prática de comparação externa de indicadores com a melhoria percebida nos resultados de indicadores hospitalares também foi observada por Schmaltz *et al.* (2011), Macinati (2008) e Peterson *et al.* (2006).

Macinati (2008), obteve correlações positivas e significantes (*p-value* < 0,01), variando entre 0,092 e 0,163, entre a comparação externa de indicadores e melhorias nas taxas de erros de medicação e de infecção hospitalar.

Estratificação	Estratos	Maiores Correlações	Variável de desempenho com mais correlações	Variável de Práticas de Acreditação com mais correlações
Sem estratificação	Geral (sem distinção de hospitais)	Indicadores comparados a referenciais externos X Incidência de erros de medicação (0,737)	Incidência de erros de medicação (6 correlações) Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos (6 correlações) Evolução da taxa de infecção hospitalar (6 correlações)	Indicadores comparados a referenciais externos (5 correlações)
Nível de Acreditação	Acreditação	Adequação da estrutura física e de equipamentos X Rotatividade de leitos (0,873)	Incidência de erros de medicação (3 correlações)	Análises Críticas focadas em inovação (4 correlações)
	Acreditação Plena	Análises Críticas focadas em inovação X Incidência de erros de medicação (0,832)	Evolução da taxa de infecção hospitalar (5 correlações)	Indicadores comparados a referenciais externos (3 correlações) Análises Críticas focadas em inovação (3 correlações)
	Acreditação Por Excelência	Evolução da taxa de mortalidade X Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação (0,826)	Incidência de erros de medicação (6 correlações)	Indicadores comparados a referenciais externos (6 correlações)
Porte	Médio Porte	Evolução da taxa de infecção hospitalar X Indicadores comparados a referenciais externos (0,844)	Incidência de erros de medicação (5 correlações) Evolução da taxa de infecção hospitalar (5 correlações)	Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância (3 correlações) Análises Críticas focadas em inovação (3 correlações)
	Grande Porte	Indicadores comparados a referenciais externos X Incidência de erros de medicação (0,813)	Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos (8 correlações)	Dispositivos de gestão à vista para gestão de riscos (5 correlações)

QUADRO 5.2. Resumo comparativo entre os resultados das Análises de Correlação (Continua)

Estratificação	Estratos	Maiores Correlações	Variável de desempenho com mais correlações	Variável de Práticas de Acreditação com mais correlações
Propriedade	Público	Adequação da estrutura física e de equipamentos X Tempo médio de internação (0,846) Adequação da estrutura física e de equipamentos X Rotatividade de leitos (0,846)	Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos (5 correlações)	Adequação da estrutura física e de equipamentos (4 correlações)
	Privado	Indicadores comparados a referenciais externos X Incidência de erros de medicação (0,687)	Incidência de erros de medicação (7 correlações) Evolução da taxa de infecção hospitalar (7 correlações)	Mapeamento e gerenciamento de riscos (4 correlações) Indicadores comparados a referenciais externos (4 correlações) Gestão de estrutura e novas tecnologias com foco em inovação (4 correlações)
Tempo de Acreditação	Certificação entre 2007 a 2010	Indicadores comparados a referenciais externos X Incidência de erros de medicação (0,862)	Incidência de erros de medicação (5 correlações)	Indicadores comparados a referenciais externos (6 correlações)
	Certificação entre 2003 a 2006	Incidência de erros de medicação X Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação (0,940)	Notificação e tratamento de riscos e eventos (7 correlações) Evolução da taxa de infecção hospitalar (7 correlações)	Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos (5 correlações)

QUADRO 5.2. Resumo comparativo entre os resultados das Análises de Correlação

Schmaltz *et al.* (2011) obteve correlações positivas e significantes ($p\text{-value} = 0,001$), variando entre 0,293 e 0,421, entre a comparação externa de indicadores e melhorias nas taxas de erros de medicação, indicadores de riscos e eventos adversos, notificação de eventos adversos e taxa de infecção hospitalar. Mesmo resultado de Peterson *et al.* (2006), porém, com significância ($p\text{-value} = 0,039$) e intensidades (variação entre 0,64 e 0,93) diferentes. Dessa forma, os três trabalhos reforçam os resultados observados nesta tese.

Ainda conforme o quadro 5.2, “Evolução de erros de medicação” e “Evolução da taxa de infecção hospitalar” estiveram com maior frequência entre as variáveis de desempenho hospitalar com maior número de correlações significativas com as práticas de Acreditação (seis e cinco ocorrências, respectivamente), sendo responsáveis por 70,4% das correlações significativas mais observadas nas variáveis de desempenho hospitalar com 32 e 30 correlações, respectivamente.

Para as práticas de Acreditação, as variáveis ligadas às práticas de inovação (“Indicadores comparados a referenciais externos”, “Análises Críticas focadas em inovação” e “Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação”) apresentaram-se com maior frequência nas relações de maior intensidade (oito das dez correlações obtidas).

As variáveis de inovação em gestão “Indicadores comparados a referenciais externos”, “Análises Críticas focadas em inovação” foram responsáveis por 58% das correlações significativas mais observadas no constructo práticas de Acreditação, considerando todos os estratos, totalizando 24 e 10 correlações, respectivamente.

Em geral, as variáveis de desempenho hospitalar de correlações mais fortes e frequentes foram as da dimensão Efetividade. Já as variáveis do constructo práticas de Acreditação que apresentaram as correlações mais fortes e frequentes foram as de inovação.

Para refinar os dados e simplificar a descrição das interrelações, foi realizada a Análise dos Componentes Principais das variáveis, transformando interrelacionamentos mais complexos em um conjunto de variáveis menor e de melhor compreensão.

5.6.3 Refinamento de Dados

Foi realizado o método de análise dos componentes principais com a matriz rotacionada, a varimax. Formaram-se 9 fatores com *eigenvalues* (autovalores) maiores que 1 (critério de Hair *et al.* (2009)), explicando 80,72% da variância dos dados.

Para refinar o resultado e compreender melhor as interrelações, foram eliminadas as variáveis que concentravam parcelas menores da variância dos dados, isto é, foram desconsideradas as variáveis que não apresentaram carga fatorial mínima de 0,60 em, pelo menos, um dos nove fatores formados. Os fatores formados na análise de componentes, bem como as cargas superiores a 0,60, estão expressos na Tabela 5.22.

Variáveis	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	Fator 7	Fator 8	Fator 9
Aproveitamento de recursos									
Utilização de recursos				-0,621					
Tempo médio de internação									
Rotatividade de leitos									
Incidência de erros de medicação	-0,711								
Evolução da taxa de mortalidade									
Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos	-0,734								
Notificação e tratamento de riscos e eventos									
Evolução da taxa de infecção hospitalar	-0,615								
Nível de satisfação									
Condições durante o atendimento		0,735							
Consideração de necessidades dos usuários			-0,692						
Ocorrência de reclamações									
Melhoria e aprendizagem por meio de reclamações		0,616							
Adequação dos recursos humanos									
Adequação da estrutura física e de equipamentos									
Mapeamento e gerenciamento de riscos	-0,767								
Procedimentos documentados para riscos	-0,783								
Dispositivos de gestão à vista para gestão de riscos									
Comissão de Gestão de Riscos									
Sistemática de Farmacovigilância E Tecnovigilância	-0,732								
Gestão de estoques com foco na segurança	-0,616								
Mapeamento de processos									
Procedimentos documentados e registros									
Indicadores de processos									
Análise Crítica para resolução de problemas									
Análises Críticas focadas em inovação	-0,662								
Indicadores comparados a referenciais externos	-0,631								
Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação	-0,657								
Variância explicada	26,78%	39,66%	47,97%	55,52%	62,05%	67,80%	72,74%	76,86%	80,72%

TABELA 5.22. Formação dos fatores entre os constructos práticas de Acreditação e desempenho hospitalar

Com isso, o conjunto original foi reduzido, sem perda significativa de informações e de variância, de 32 para 14 variáveis. Esta redução contribuiu para melhoria da compreensão das interrelações entre as variáveis. Uma nova análise de componentes principais com matriz rotacionada, varimax, revelou apenas 4 fatores (*eigenvalue* >1) e representatividade de 73,4% da variância das 14 variáveis remanescentes, estando adequada, pois os critérios de Hair *et al.* (2009) determinam representatividade superior a 60%.

O fator 1 reúne 40,44% da variância original, o fator 2 12,67%, o fator 3 12,27% e o fator 4 8,06%. Na tabela 5.23, há os fatores e suas respectivas cargas.

	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4
V3	-0,291	0,180	-0,761	-0,280
V5	-0,795	-0,004	-0,101	0,244
V7	-0,757	0,013	-0,167	0,054
V9	-0,678	0,082	0,101	-0,437
V12	-0,278	0,800	0,187	-0,405
V13	0,026	0,635	-0,555	0,103
V15	-0,334	0,574	0,633	0,096
V18	-0,777	-0,129	-0,096	-0,254
V19	-0,764	-0,295	0,107	0,049
V22	-0,747	-0,222	0,208	-0,316
V23	-0,620	-0,388	0,034	-0,248
V30	-0,791	0,201	-0,063	0,332
V31	-0,724	0,129	0,316	0,422
V32	-0,666	-0,049	-0,421	0,311

TABELA 5.23. Fatores e cargas fatorial por variáveis

Conforme o gráfico 5.4, a projeção entre os fatores 1 e 2, responsável por concentrar o maior volume da variância total (53,11%), produz três grupos de hospitais. O grupo 1 é formado por treze hospitais (H1, H2, H3, H6, H7, H11, H15, H18, H19, H20, H26, H29 e H31). O grupo 2 tem treze hospitais (H8, H9, H10, H14, H16, H17, H21, H23, H 24, H25, H27, H28 e H30). O Grupo 3 contém seis hospitais (H4, H5, H12, H13, H22 e H32).

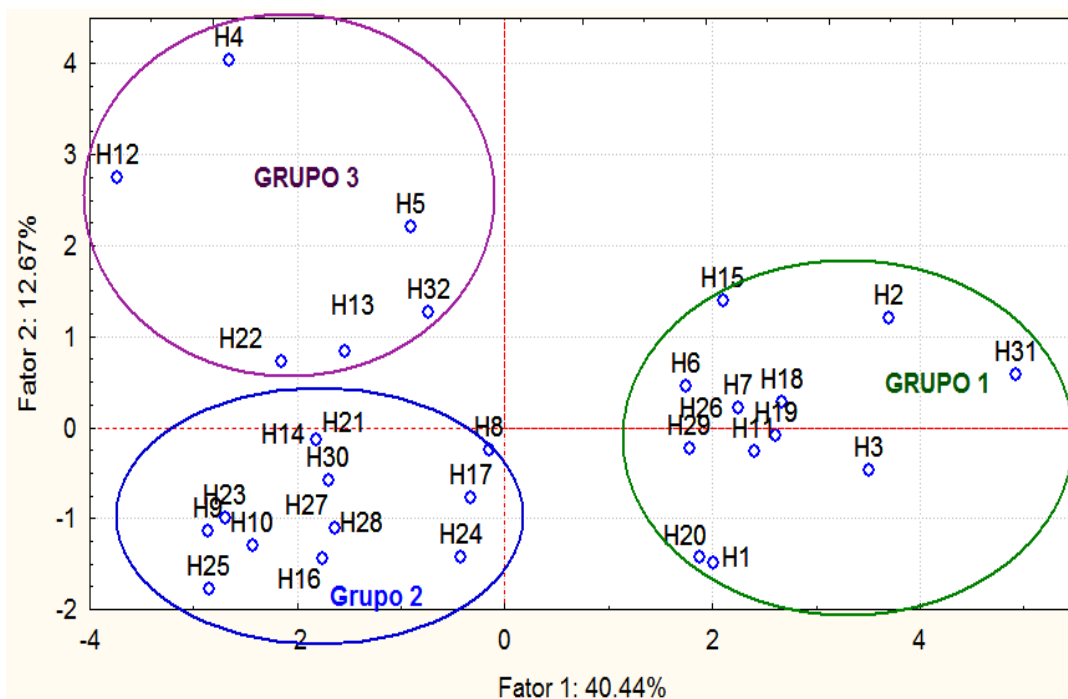


GRÁFICO 5.4. Projeções bidimensionais dos fatores 1 e 2

No Grupo 1, há maior proporção de hospitais com Acreditação Plena, de médio porte, privados e certificados entre 2007 e 2010.

No Grupo 2, há maior proporção de hospitais com Acreditação Plena e por Excelência, de grande porte, privados e certificados entre 2006 e 2003 e anteriormente a 2003.

No Grupo 3, há maior proporção de hospitais do nível Acreditação (três hospitais, predominância de hospitais privados (quatro), de médio porte (três) e certificados entre 2006 e 2010 (quatro).

No gráfico 5.5, estão as variáveis críticas e de maior influência em cada grupo. O Grupo 3 é influenciado por V3 (Tempo médio de Permanência em internação), V9 (Evolução da taxa de infecção hospitalar), V30 (Indicadores comparados a referenciais externos) e V31 (Análises Críticas focadas em inovação).

O grupo possui elevada percepção de melhoria no tempo médio de internação de usuários e na taxa de infecção hospitalar, bem como elevados graus de implementação das práticas de Acreditação “Indicadores comparados a referenciais externos” e “Análises Críticas focadas em inovação”. Além disso, a variável mais importante deste grupo é V9, pois a mesma forma ângulo de 0° com o eixo “Fator 1” e apresenta carga superior a 0,60 (0,678).

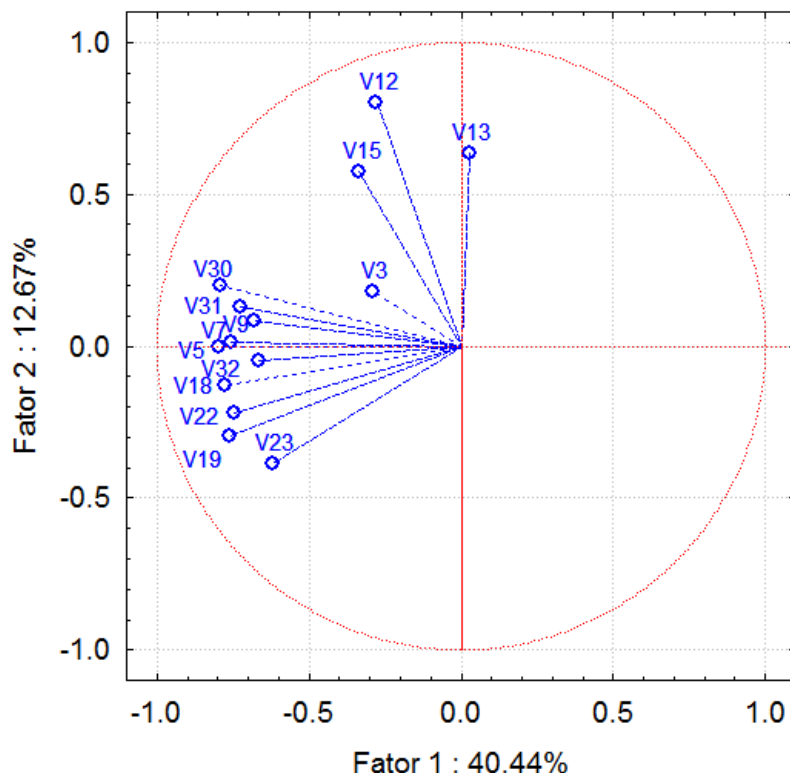


GRÁFICO 5.5. Projeções bidimensional dos fatores 1 e 2, segundo as variáveis de estudo

Os hospitais H4 e H12 estão, graficamente, mais distantes do agrupamento, pois apresentam influência mais significativa das variáveis “Condições durante o atendimento” e “Melhoria e aprendizagem geradas a partir de reclamações”, respectivamente. Em H4, a melhoria percebida nas condições de atendimento (conforto, orientações, acompanhamento) atingiu nível máximo. Em H12, a máxima melhoria percebida foi na identificação de oportunidades de melhoria e aprendizagem via reclamações, ou seja, as reclamações são uma importante referência para definição de ações de melhoria nos serviços.

Os hospitais do Grupo 2 são influenciados pela ação de V5 (“Incidência de erros de medicação”), V7 (“Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos”), V18 (“Mapeamento e gerenciamento de riscos”), V19 (“Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos”), V22 (“Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância”), V23 (“Gestão de estoques com foco na segurança”) e V32 (“Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação”).

Essas variáveis atingiram graus máximos de implantação, nos casos de V18, V19, V22, V23 e V32, e de percepção de melhoria no desempenho (casos de V5 e V7). V5 e V7 têm maior importância para os resultados do grupo, pois estão entre as maiores cargas fatoriais e formam ângulos de 0° com o eixo “Fator 1”.

Os hospitais H8, H17 e H24 encontram-se mais à periferia do Grupo 2, aproximando-se da região ocupada pelo Grupo 1. Este fato se deve ao nível intermediário de implementação da prática “Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância” (V22) e à melhoria percebida (dentro das expectativas) das variáveis de desempenho V3 (“Tempo de Permanência em internação”), V9 (“Evolução da taxa de infecção”), V12 (“Condições durante o atendimento”) e V13 (“Consideração de necessidades específicas dos usuários”).

Os hospitais do Grupo 1 reuniram-se no mesmo grupo em função da ação das variáveis V3 (“Tempo médio de Permanência em internação”), V9 (“Evolução da taxa de infecção hospitalar”), V12 (“Condições durante o atendimento”), V15 (“Melhoria e aprendizagem geradas a partir de reclamações”), V30 (“Indicadores comparados a referenciais externos”) e V31 (“Análises Críticas focadas em inovação”).

Tais variáveis apresentaram graus intermediários de implantação, variando entre implantado ou parcialmente implantado, nos casos de V30 e V31. A mesma tendência ocorreu para a percepção de melhoria de desempenho, a qual variou entre “melhoria conforme as expectativas” e “melhoria abaixo das expectativas”, para as variáveis V3, V9, V12 e V15.

Os hospitais H1, H20 e H31 estão mais à periferia do Grupo 2. No caso dos dois primeiros hospitais, o fato se deve ao nível mínimo de implantação atingido pelas práticas V30 e V31. Já para o hospital H31, foram registrados graus de implantação e de melhoria percebida igual a 2 (implantação parcial e melhoria abaixo das expectativas, respectivamente) para as variáveis V5, V7 e V22, deslocando o hospital à periferia do grupo.

Para determinar se a composição dos agrupamentos identificados na Análise de Componentes Principais é adequada, foi realizada a Análise de *Cluster*, descrita a seguir.

5.6.4 Formação dos Agrupamentos de Hospitais com Características Similares de Gestão (Práticas de Acreditação) e Desempenho

Esta seção determina a adequação dos agrupamentos identificados na Análise dos Componentes Principais e descreve o perfil dos grupos quanto às características intrínsecas (propriedade, porte, tempo e nível de Acreditação), reunindo-os quanto à similaridade de desempenho hospitalar e práticas de Acreditação.

A Análise de *Cluster* busca agrupar os casos segundo as suas similaridades. Um *cluster* representa um padrão similar de comportamento de seus integrantes.

Foi utilizado o procedimento hierárquico de agrupamento pelo método de *Ward*. Conforme a figura 5.1, formaram-se três *clusters* com composição similar à identificada na Análise dos Componentes Principais, à exceção de H13, o qual foi agrupado no Grupo 3 na Análise de Componentes Principais, mas classificado no Grupo 2 pela Análise de *Cluster*.

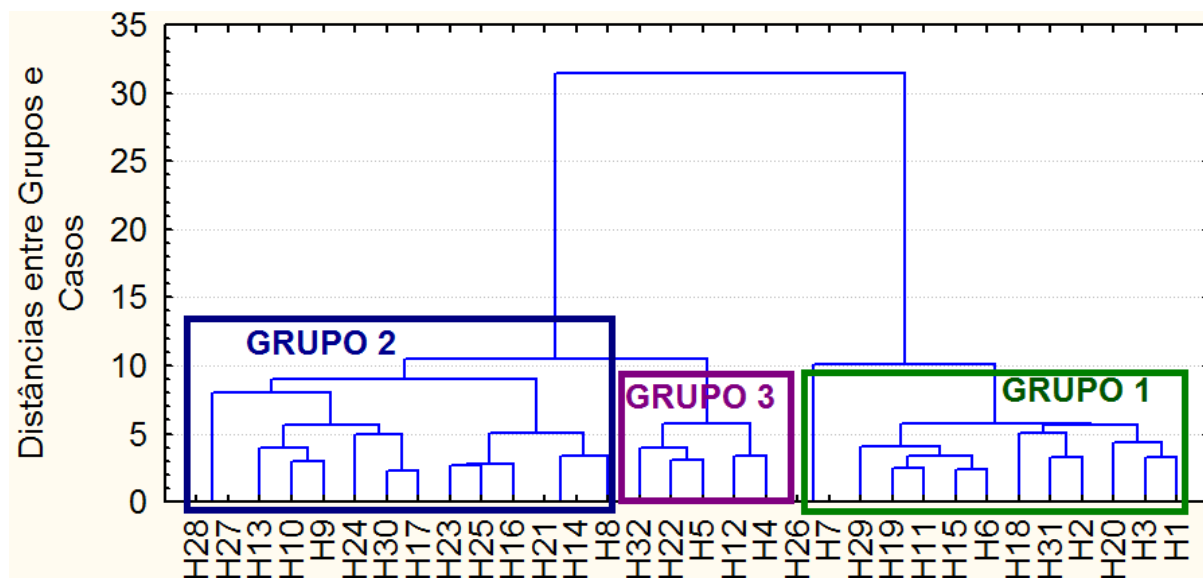


FIGURA 5.1. Dendrograma da amostra estudada, segundo método de Ward

A numeração dos grupos da Análise dos Componentes Principais foi mantida na Análise de Cluster pela similaridade de composição dos grupos entre ambas as Análises.

Mais à esquerda do dendrograma há o Grupo 2, composto por quatorze hospitais (H8, H9, H10, H13, H14, H16, H17, H21, H23, H 24, H25, H27, H28 e H30).

Este grupo é caracterizado por reunir hospitais privados (64%), de grande porte (57%), com elevados níveis de Acreditação (Acreditação Plena e Acreditação por Excelência correspondem a 93% dos hospitais do grupo) e maior longevidade de adoção das práticas de Acreditação (57% dos hospitais tem entre sete e doze anos de certificação).

No Grupo 2, os hospitais de maior proximidade em distância euclidiana (próxima de 0) e, conseqüentemente, maior similaridade em termos de desempenho e práticas de Acreditação são H14 e H21, os quais tem Acreditação Plena, são privados e administrados por uma equipe gestora em comum. A mesma situação é observada para justificar a alta similaridade (distância euclidiana próxima de 0) entre H27 e H28 que possuem Acreditação por Excelência, são públicos e administrados por uma mesma equipe gestora. Os hospitais H17 e H30 também apresentaram elevada similaridade (a terceira menor distância 2,27).

O Grupo 3 ocupa a região central do dendrograma e reúne cinco hospitais (H4, H5, H12, H22 e H32). O grupo caracterizado por hospitais de médio porte (60%), com menor

longevidade de adoção das práticas de Acreditação (80% dos hospitais tem entre três e seis anos de certificação) e ainda por conter a maior proporção de hospitais públicos e no nível Acreditação (60% e 40%, respectivamente) dos três agrupamentos identificados.

Neste grupo, os hospitais que apresentaram maior grau de similaridade em termos de desempenho e práticas de Acreditação foram H5 e H22 (distância euclidiana de 3,12) que são hospitais de médio porte e certificação recente (ocorrida entre 2007 e 2010).

O Grupo 1, mais à direita, contém treze hospitais (H1, H2, H3, H6, H7, H11, H15, H18, H19, H20, H26, H29 e H31). Caracteriza-se por hospitais privados (69%), de médio porte (54%), com baixa e média longevidade de adoção das práticas de Acreditação (92% tem entre três e dez anos de certificação) e por conter maior proporção de hospitais com Acreditação Plena (38,4%) ante a Acreditação e a Acreditação por Excelência (30,8%, cada).

Os hospitais que apresentaram maior grau de similaridade dentro deste grupo foram H27 e H28 (distância euclidiana próxima de 0). Ambos tem Acreditação por Excelência, são públicos, de grande porte, com certificação recente (ocorrida entre 2007 e 2010) e são administrados por uma equipe gestora em comum.

Outra similaridade relevante neste grupo ocorre entre H6 e H15 (segundo menor distância do grupo com 2,36). Em comum a ambos, está apenas o fato de que são de médio porte, pois são diferentes em propriedade (público e privado, respectivamente), níveis de Acreditação (Acreditação e Acreditação Plena, respectivamente) e tempo de Acreditação (certificação ocorrida entre 2007 e 2010 e entre 2006 e 2003, respectivamente).

No quadro 5.3, há uma síntese do perfil das características intrínsecas predominantes de propriedade, porte, tempo e nível de Acreditação relativas a cada grupo.

Grupo	Nível de Acreditação	Porte	Perfil quanto à Propriedade	Tempo De Acreditação
Grupo 1	Acreditação Plena	Médio	Privados	Baixa/Média longevidade de adoção das práticas de Acreditação (entre 3 e 10 anos de certificação)
Grupo 2	Níveis mais elevados de Acreditação (Plena e por Excelência)	Grande	Privados	Alta longevidade de adoção das práticas de Acreditação (entre 7 e 12 anos de certificação)
Grupo 3	Acreditação	Médio	Públicos	Baixa longevidade de adoção das práticas de Acreditação (entre 3 e 6 anos de certificação)

QUADRO 5.3. Resumo das características intrínsecas predominantes nos agrupamentos da Análise de Cluster

Com o intuito de explorar e analisar as características das práticas de Acreditação e de desempenho hospitalar de cada agrupamento identificado na Análise de Cluster, foi realizada a técnica de Análise Fatorial das variáveis.

5.6.5 Análise do Perfil de Características de Gestão (Práticas de Acreditação) e Desempenho da Amostra e dos Agrupamentos de Hospitais

Nesta etapa, a Análise Fatorial visa explorar e analisar o perfil de características de desempenho e práticas de Acreditação dos grupos formados. Tal análise é estendida, também, para a massa de dados em geral não estratificada, visando identificar, também, a influência e a correlação existentes entre as variáveis dos constructos pesquisados.

Para os dados gerais, sem estratificação, a Análise Fatorial foi realizada com a matriz rotacionada pelo método varimax. Formaram-se quatro fatores (*Eigenvalue* > 1), representando 73,44% da variância total (tabela 5.24). O teste de esfericidade de Bartlett foi igual a 0, ou seja, é significativo e possível aplicar a análise fatorial. A Análise Fatorial considerou as cargas fatoriais maiores que 0,60, quando elas são significativas ($p < 0,05$).

	F1	F2	F3	F4
V5	0,747	0,046	0,135	0,351
V30	0,819	0,210	0,147	0,212
V31	0,805	0,272	-0,248	0,188
V32	0,714	-0,173	0,371	0,206
V12	-0,023	0,917	0,246	0,117
V15	0,318	0,792	-0,351	-0,011
V13	0,134	0,261	0,681	-0,415
V3	0,076	-0,039	0,854	0,196
V9	0,193	0,369	0,143	0,688
V19	0,556	-0,061	-0,103	0,600
V22	0,295	0,141	-0,078	0,798
V23	0,246	-0,117	-0,013	0,723
V18	0,383	0,077	0,214	0,704
V7	0,595	0,077	0,244	0,430
<i>Eigenvalue</i>	5,661	1,774	1,718	1,128
Variância explicada	40,43%	53,11%	65,38%	73,44%

TABELA 5.24. Formação dos fatores entre os constructos, sem estratificação

O fator 1 (F1) mostra relação direta entre as variáveis V5 (“Incidência de erros de medicação”), V30 (“Indicadores comparados a referenciais externos”), V31 (“Análises Críticas focadas em inovação”) e V32 (“Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação”). Dessa forma, F1 descreve um processo que poderia ser denominado de “Inovação com foco na redução de erros de medicação”.

Tal fato sinaliza que os hospitais buscam adotar inovações em práticas variadas como em reuniões de Análise Crítica, na comparação do desempenho a referenciais externos e

nos investimentos em novas tecnologias, instalações e estrutura para melhorar o desempenho dos indicadores que têm, na incidência de erros de medicação, a melhoria mais significativa.

O fator 2 (F2) mostra relação direta entre variáveis de desempenho hospitalar que são V12 (“Condições durante o atendimento”) e V15 (“Melhoria e aprendizagem geradas a partir de reclamações”). F2 descreve um processo que poderia ser denominado de “Foco nos usuários”, pois suas variáveis formam a dimensão Orientação aos usuários.

Os hospitais pesquisados demonstram valorizar, como meta crítica, a melhoria das condições de atendimento (conforto e orientações) dos usuários, tornando-os o foco dos serviços. Esta valorização envolve, ainda, a análise das reclamações recebidas que são consideradas importantes fontes de aprendizagem e oportunidades de melhoria dos serviços.

O fator 3 (F3) indica relação direta entre V3 (“Tempo médio de Permanência em internação”) e V13 (“Consideração de necessidades específicas dos usuários”). Logo, F3 descreve um processo que poderia ser denominado de “Humanização no internamento”.

Na medida em que os hospitais consideram as necessidades específicas de cada usuário internado, as singularidades de cada tratamento e de cada quadro clínico demandam tempos de internação distintos. Casos de maior complexidade requerem mais tempo de internação, enquanto caso de menor complexidade requerem menos tempo de internação.

O fator 4 (F4) mostra relação direta entre V9 (“Evolução da taxa de infecção hospitalar”), V18 (“Mapeamento e gerenciamento de riscos”), V19 (“Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos”), V22 (“Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância”) e V23 (“Gestão de estoques com foco na segurança”). Dessa forma, F4 descreve um processo que poderia denominar-se “Estruturação de Gestão de Riscos”.

Neste caso, V18, V19, V22 e V23 referem-se a práticas de sistematização e formalização da gestão de riscos, pois os riscos inerentes aos serviços são identificados e documentados (V18) e têm associados, a si, procedimentos padronizados de prevenção (V19) e ações de monitoramento, como a gestão de estoques contra faltas e desabastecimentos (V23) e a sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância (V22). Tais práticas, em associação, produzem reflexos positivos quanto à melhoria percebida da taxa de infecção hospitalar.

A Análise Fatorial também foi realizada para os Grupos 1, 2 e 3. O quadro 5.4 compara os pontos fortes e fracos da gestão (Acreditação) e desempenho dos três grupos.

Agrupamento	Pontos Fortes da Gestão (Acreditação)	Pontos Fracos da Gestão (Acreditação)	Pontos Fortes de Desempenho	Pontos Fracos de Desempenho
Grupo 1 (Hospitais privados, com Acreditação Plena, de médio porte e média longevidade De certificação)	Mapeamento e gerenciamento de riscos	Indicadores comparados a referenciais externos	Evolução da taxa de infecção hospitalar	Tempo médio de Permanência em internação
	Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos	Análises Críticas focadas em inovação	Condições durante o atendimento	Incidência de erros de medicação
	Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância	Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação		Consideração de necessidades específicas dos usuários
	Gestão de estoques com foco na segurança			
Grupo 2 (Hospitais privados, com níveis elevados de Acreditação, de grande porte e alta longevidade de certificação)	Mapeamento e gerenciamento de riscos	Análises Críticas focadas em inovação	Tempo médio de Permanência em internação	Condições durante o atendimento
	Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos			
	Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância		Incidência de erros de medicação	
	Gestão de estoques com foco na segurança		Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos	
	Indicadores comparados a referenciais externos		Consideração de necessidades específicas dos usuários	Melhoria e aprendizagem geradas a partir de reclamações
	Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação			
Grupo 3 (Alta proporção de hospitais públicos e de hospitais com Acreditação, de médio porte e baixa longevidade de certificação)	Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos	Mapeamento e gerenciamento de riscos	Tempo médio de Permanência em internação	Mapeamento e gerenciamento de riscos
	Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância		Incidência de erros de medicação	
			Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos	
	Indicadores comparados a referenciais externos	Análises Críticas focadas em inovação	Evolução da taxa de infecção hospitalar	Análises Críticas focadas em inovação
			Condições de atendimento	
			Consideração de necessidades específicas dos usuários	

QUADRO 5.4. Comparativo das características de gestão (Acreditação) e desempenho entre os grupos

Em síntese, hospitais com Acreditação Plena, de médio porte, privados e de média longevidade de certificação (Grupo 1) apresentaram, como pontos fortes, práticas de gestão (Acreditação) relacionadas a uma sistemática bem consolidada de gestão de riscos e eventos adversos, mas dificuldades significativas de adoção de práticas focadas em inovação. Quanto ao desempenho, destaque positivo para os resultados da taxa de infecção hospitalar, mas baixa melhoria percebida para erros de medicação e tempo médio de internação.

Hospitais com níveis de Acreditação mais elevados, de grande porte, privados e de alta longevidade de certificação (Grupo 2) tem, como pontos fortes, uma sistemática bem consolidada de gestão de riscos e eventos adversos e a ênfase na adoção de práticas de gestão focadas em inovação, mas há dificuldades significativas em melhorar as condições de atendimento dos usuários e em considerar as reclamações destes como oportunidade de melhoria dos serviços. Quanto ao desempenho, destaque para desempenhos elevados em erros de medicação, indicadores de riscos e tempo médio de internação.

O Grupo 3, por ser formado por hospitais de médio porte, baixa longevidade de certificação e elevadas proporções de hospitais públicos e no nível Acreditação, demonstrou melhoria significativamente elevada para todos os indicadores de desempenho avaliados (erros de medicação, riscos e eventos adversos, infecção hospitalar e tempo médio de internação). A melhoria menos significativa está relacionada à consideração das necessidades específicas dos usuários, sugerindo dificuldades para prestação de atendimentos humanizados, sugerindo dificuldade na prestação de atendimentos que considerem as necessidades específicas dos usuários, a qual caracteriza, em geral, os hospitais públicos brasileiros.

Compreendidas as características das práticas de Acreditação e de desempenho de cada agrupamento e dos hospitais, sem estratificação, buscou-se avaliar a validade das hipóteses propostas na seção 5.3 desta tese, visando determinar a significância estatística entre os constructos de pesquisa. A técnica utilizada foi a Análise Multivariada de Variância (MANOVA), a qual tem seus resultados descritos na próxima seção.

5.6.6 Avaliação das Hipóteses de Pesquisa

A Análise Multivariada de Variância é uma técnica de dependência (uma ou mais variáveis podem ser explicadas por outras variáveis conhecidas como independentes) que avalia a significância estatística de diferenças para múltiplas variáveis dependentes com

base em variáveis categóricas (variáveis independentes). Dessa forma, tal técnica estatística avalia a diferença entre grupos ao longo de múltiplas variáveis dependentes simultaneamente.

Avaliou-se a significância estatística entre os constructos, de forma não estratificada e segundo o porte, a propriedade, o tempo de Acreditação, o nível de Acreditação e os agrupamentos formados na Análise de *Cluster*. Foi avaliada, ainda, a significância dos constructos para os processos que melhor representam a amostra (F1: “Inovação com foco na redução de erros de medicação”, F2: “Foco nos usuários”, F3: “Humanização no internamento” e F4: “Estruturação de Gestão de Riscos”) e a significância das dimensões do desempenho hospitalar isoladamente, para identificar as mais influenciadas pela Acreditação.

A análise sem estratificação não revelou evidências estatísticas de que o grau de implantação das práticas de Acreditação influencia, significativamente, a percepção de melhoria do desempenho hospitalar ($p\text{-value} = 0,966$). Logo, aceitou-se H0.1. Não houve, ainda, evidências significativas de influência de fatores intervenientes (aceitou-se H.04), como porte ($p\text{-value} = 0,087$), propriedade ($p\text{-value} = 0,815$), tempo ($p\text{-value} = 0,086$) e nível de Acreditação ($p\text{-value} = 0,538$).

Para os processos identificados na Análise Fatorial como os que melhor representam o perfil dos hospitais da amostra (F1: “Inovação com foco na redução de erros de medicação”, F2: “Foco nos usuários”, F3: “Humanização no internamento” e F4: “Estruturação de Gestão de Riscos”), a MANOVA não gerou evidências de melhoria significativa, independente de porte, propriedade, tempo e nível de Acreditação.

Quanto aos agrupamentos, houve significância estatística de influência entre os constructos para os seguintes processos:

- “Inovação com foco na redução de erros de medicação”: melhoria significativamente elevada para hospitais públicos, com Acreditação, de médio porte e com baixa longevidade de certificação (Grupo 3). Este resultado é justificado pela adoção recente das práticas de Acreditação e por se tratarem de hospitais públicos. Estes, em geral, lidam com uma gestão deficiente, devido à falta de práticas de gestão sistematizadas. Assim, quando práticas sistematizadas são introduzidas, geram alta percepção de melhoria.

A melhoria deste processo foi significativamente baixa para hospitais privados, com Acreditação Plena, médio porte e média longevidade de certificação (Grupo 1). Este resultado se justificaria pela média longevidade e pelo nível mais intermediário de Acreditação que sugerem a pré-existência de uma gestão já sistematizada, o que reduz a percepção de melhoria para a introdução de práticas de inovação sobre os erros de medicação.

- “Foco nos usuários”: melhoria significativamente elevada para hospitais públicos, com Acreditação, de médio porte e baixa longevidade (Grupo 3). O Grupo 3, por ter elevada presença de hospitais públicos e do nível mais básico de Acreditação, pode ter apresentado, anteriormente à Acreditação, dificuldades de proporcionar condições adequadas para o atendimento dos usuários. Esta dificuldade teria sido sanada a partir da adoção da Acreditação, pois suas práticas auxiliam a promover a compatibilização entre os recursos oferecidos (instalações físicas, equipamentos e profissionais) e a demanda.

- “Estruturação de Gestão de Riscos”: melhoria significativamente elevada para hospitais privados, com elevados níveis de Acreditação, grande porte e alta longevidade de certificação (Grupo 2), em comparação a hospitais privados, com Acreditação Plena, médio porte e média longevidade (Grupo 1).

O Grupo 2, por ser composto por hospitais dos mais elevados níveis de Acreditação, tem maior tendência a apresentar graus mais avançados, e consolidados, de implantação das práticas de gestão de riscos, as quais correspondem ao nível de Acreditação.

No Grupo 1, 31% dos hospitais tem Acreditação e, portanto, estão em fase de implantação ou consolidação dos requisitos básicos de Acreditação e, conseqüentemente, das práticas inerentes à gestão de riscos. Tal fato pode justificar os baixos graus de implantação dessas práticas no Grupo 1 e, conseqüentemente, a melhoria percebida, significativamente baixa, da taxa de infecção hospitalar nestes hospitais.

Em relação às dimensões do desempenho hospitalar isoladamente, houve significância na percepção de melhoria da dimensão Eficiência operacional de acordo com o porte dos hospitais ($p\text{-value} = 0,002$, rejeitou-se H_0) e o tempo de Acreditação ($p\text{-value} = 0,041$, rejeitou-se H_0).

Para o tempo de Acreditação, a significância ocorreu entre hospitais certificados entre 2007 e 2010 e anteriormente a 2003 para a variável “Utilização de recursos com minimização de desperdícios” ($p\text{-value} = 0,0006$) que mostrou melhoria de desempenho significativamente alta em hospitais com certificação anterior a 2003.

Tal contraposição se deve ao fato de que em hospitais com mais tempo de Acreditação há maior incorporação, à rotina das atividades, de seus conceitos e práticas. Conseqüentemente, os resultados percebidos quanto à minimização de desperdícios é maior. Em contrapartida nos hospitais certificados entre 2007 e 2010, a adoção da Acreditação é mais recente e seus conceitos e práticas estão em consolidação ou produzindo os primeiros resultados recentemente, o que reduz a percepção de melhoria.

Na estratificação por porte, a percepção de melhoria da Eficiência operacional ocorreu para a variável “Rotatividade de leitos” ($p\text{-value} = 0,004$) e revelou-se elevada em hospitais de pequeno porte, dentro das expectativas para os de médio porte e baixa para hospitais de grande porte.

Hospitais de pequeno porte possuem melhoria na rotatividade de leitos significativamente melhor do que os demais, pois, em geral, a demanda e a complexidade dos quadros clínicos atendidos em pequenos hospitais são menores do que em hospitais de médio e grande porte. Logo, menor o período de internação dos usuários, maior a rotatividade de leitos e maior a sensibilidade desta taxa à percepções de melhorias decorrentes da Acreditação. Análise análoga também ocorre entre hospitais de médio e grande porte.

Para os agrupamentos, houve significância de melhoria para as dimensões:

- Efetividade: a melhoria para “Incidência de erros de medicação”, “Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos”, “Notificação e tratamento de riscos e eventos” e “Evolução da taxa de infecção hospitalar” significativamente alta para hospitais públicos, com Acreditação, de médio porte e baixa longevidade (Grupo 3) mas significativamente baixa para hospitais privados, com Acreditação Plena, médio porte e média longevidade (Grupo 1).

Para o Grupo 3, o resultado justifica-se pela adoção recente da Acreditação e por se tratarem de hospitais públicos. Estes, em geral, lidam com uma gestão deficiente pela falta de práticas sistematizadas, o que gera maiores desperdícios. Com a Acreditação, adotam-se práticas sistematizadas que geram desperdícios menores elevando a percepção de melhoria.

A melhoria foi significativamente baixa para hospitais privados, com Acreditação Plena, médio porte e média longevidade de certificação (Grupo 1). Em razão da média longevidade e do nível intermediário de Acreditação, os conceitos e práticas da Acreditação já estão incorporados à rotina das atividades, o que reduz a percepção de melhoria para minimização de desperdícios.

- Orientação aos usuários: a melhoria ocorreu para as variáveis “Nível de satisfação”, “Oportunidades de melhoria identificadas por meio do nível de satisfação”, “Condições durante o atendimento”, “Ocorrência de reclamações” e “Melhoria e aprendizagem geradas a partir de reclamações”, sendo significativamente alta para hospitais públicos, com Acreditação, médio porte e de baixa longevidade de certificação (Grupo 3).

O Grupo 3 (hospitais públicos, com Acreditação e baixa longevidade de certificação) tem, em geral, dificuldade em oferecer as condições mais adequadas de atendimento, o que reduz o nível de satisfação dos usuários e eleva a incidência de reclamações. A implantação das práticas de Acreditação e a recente implantação destas

tendem compatibilizar os recursos disponíveis e a demanda de usuários, o que produz condições mais adequadas de atendimento, refletindo positivamente para uma percepção de melhoria significativa e relativa das variáveis associadas à satisfação (nível de satisfação, ocorrência de reclamações, aprendizagem, etc.). O Quadro 5.5 resume os resultados obtidos.

Estratificação	Significância Estatística	Dimensão do Desempenho Hospitalar com Significância Estatística de Melhoria Percebida	Status da Melhoria Percebida
Porte	Houve Significância	Eficiência operacional (Rotatividade de leitos)	- Alta: hospitais de pequeno porte - Dentro das Expectativas: hospitais de médio porte - Baixa: hospitais de grande porte
Tempo de Acreditação	Houve Significância	Eficiência operacional (Utilização de recursos)	- Alta: hospitais com mais de 10 anos de certificação (anterior a 2003) - Baixa: hospitais com certificação entre 3 e 6 anos atrás (entre 2010 e 2007)
Propriedade	Não Houve Significância	Não Houve	Não Observada
Nível de Acreditação	Não Houve Significância	Não Houve	Não Observada
Sem Estratificação	Não Houve Significância	Não Houve	Não Observada
Agrupamentos (Grupos 1, 2 e 3)	Houve Significância	Efetividade (Incidência de erros de medicação, Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos, Notificação e tratamento de riscos e eventos, Evolução da taxa de infecção hospitalar)	- Alta: Grupo 3 (hospitais públicos, com Acreditação, médio porte e baixa longevidade de certificação) - Baixa: Grupo 1 (hospitais privados, com Acreditação Plena, médio porte e média longevidade de certificação)
		Orientação aos usuários (“Nível de satisfação”, “Oportunidades de melhoria identificadas por meio do nível de satisfação”, “Condições durante o atendimento”, “Ocorrência de reclamações”, “Melhoria e aprendizagem geradas a partir de reclamações”)	- Alta: Grupo 3 (hospitais públicos, com Acreditação, médio porte e baixa longevidade de certificação)

QUADRO 5.5. Comparativo dos resultados obtidos no teste de MANOVA

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este capítulo discute as principais contribuições desta pesquisa quanto aos objetivos propostos, à comparação com a literatura, às sugestões para pesquisas futuras e às limitações e contribuições deste estudo.

6.1 Quanto aos Objetivos de Pesquisa

Os objetivos principais da pesquisa eram avaliar a influência das práticas de Acreditação sobre o desempenho hospitalar, identificar as dimensões de desempenho mais influenciadas pelas práticas de Acreditação, identificar as práticas de Acreditação mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar e avaliar o grau de influência de fatores intervenientes (porte, propriedade, tempo e nível de Acreditação) nesta relação.

Para avaliar a influência das práticas de Acreditação sobre o desempenho hospitalar e o grau de ação de fatores como porte, propriedade tempo e nível de Acreditação, foram aplicadas as técnicas de Análise de Correlação, Análise dos Componentes Principais, Análise Fatorial e Análise Multivariada de Variância (MANOVA).

Na Análise de Correlação, foi observada uma relação estatisticamente não significativa entre práticas de Acreditação e desempenho hospitalar (*p-value* = 0,210), de intensidade leve, quase imperceptível.

O mesmo cenário foi observado para a correlação existente entre os constructos de pesquisa, segundo o porte dos hospitais (*p-value* = 0,205 para hospitais de médio porte e *p-value* = 0,787 para hospitais de grande porte), a propriedade dos hospitais (*p-value* = 0,256 para hospitais públicos e *p-value* = 0,301 para hospitais privados), o tempo de Acreditação (*p-value* = 0,749 para hospitais certificados entre 2007 e 2010 e *p-value* = 0,520 para hospitais certificados entre 2006 e 2003) e o nível de Acreditação (*p-value* = 0,631 para hospitais com Acreditação, *p-value* = 0,597 para hospitais com Acreditação Plena e *p-value* = 0,245 para hospitais com Acreditação por Excelência). A intensidade de tais correlações sob a ação dos fatores intervenientes também manteve-se leve, quase imperceptível.

A técnica de Análise dos Componentes Principais, aplicada a fim de refinar os dados coletados, reduziu a quantidade de variáveis de 32 para 14 sem perda significativa de representatividade (73,4% da variância total).

Com as variáveis remanescentes, foi realizado o teste multivariado de variância que não obteve evidências de que o grau de implantação das práticas de Acreditação melhora, significativamente, o desempenho hospitalar percebido, segundo análise sem estratificação (*p-value* = 0,966) e para a ação de fatores intervenientes, porte (*p-value* = 0,987), propriedade (*p-value* = 0,815), tempo (*p-value* = 0,086) e nível de Acreditação (*p-value* = 0,538).

Como não foram reveladas influências das práticas de Acreditação sobre a percepção de melhoria do desempenho hospitalar, independente de estratificações ou da ação de fatores intervenientes, optou-se por realizar a técnica de Análise Fatorial a fim de identificar o perfil de gestão (Acreditação) e desempenho dos hospitais da amostra, determinando os processos que melhor lhes caracterizava.

Na Análise Fatorial, foram determinados quatro processos (fatores) característicos dos hospitais: “Inovação com foco na redução de erros de medicação”, “Foco nos usuários”, “Humanização no internamento” e “Estruturação de Gestão de Riscos”.

O processo “Inovação com foco na redução de erros de medicação” é composto pelas variáveis “Incidência de erros de medicação”, “Indicadores comparados a referenciais externos”, “Análises Críticas focadas em inovação” e “Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação”.

O processo “Foco nos usuários” é formado pelas variáveis “Condições durante o atendimento” e “Melhoria e aprendizagem por reclamações”.

Já o processo “Humanização no internamento” contém “Tempo médio de Permanência em internação” e “Consideração de necessidades específicas dos usuários”, enquanto o processo “Estruturação de Gestão de Riscos” é formado por “Evolução da taxa de infecção hospitalar”, “Mapeamento e gerenciamento de riscos”, “Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos”, “Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância” e “Gestão de estoques com foco na segurança”.

Para cada processo, foi avaliada a influência das práticas de Acreditação sobre o desempenho hospitalar, por meio da MANOVA. Porém, não houve significância estatística para nenhum dos processos, considerando porte, propriedade, tempo e nível de Acreditação.

Para o objetivo de identificar as dimensões do desempenho hospitalar, isoladamente, mais influenciadas pelas práticas de Acreditação, aplicou-se a MANOVA sem estratificação e com estratificação por porte, propriedade, tempo e nível de Acreditação.

Houve significância estatística para a influência das práticas de Acreditação sobre a dimensão Eficiência operacional, por porte ($p\text{-value} = 0,002$) e tempo de Acreditação ($p\text{-value} = 0,041$).

Para o porte dos hospitais, a percepção de melhoria da Eficiência operacional ocorreu para a variável “Rotatividade de leitos”. Foi elevada em hospitais de pequeno porte, dentro das expectativas dos de médio porte e baixa para os de grande porte. Hospitais de pequeno porte apresentaram melhoria na rotatividade de leitos significativamente melhor, pois, de modo geral, a demanda e a complexidade dos quadros clínicos atendidos em pequenos hospitais são menores do que em hospitais de médio e grande porte.

Se o tempo de internação dos usuários é menor, maior a rotatividade de leitos e maior a sensibilidade desta taxa à percepções de melhorias decorrentes da Acreditação. Analogamente, tal análise também ocorre entre hospitais de médio e grande porte.

Para o tempo de Acreditação, a significância ocorreu entre hospitais certificados entre 2007 e 2010 e anteriormente a 2003. Mais especificamente, para a utilização de recursos com minimização de desperdícios que apresentou melhoria de desempenho significativamente alta em hospitais certificados anteriormente a 2003.

Quanto maior a longevidade de adoção da Acreditação, maior a incorporação de seus conceitos e práticas. Conseqüentemente, os resultados percebidos quanto à minimização de desperdícios são melhores. Nos hospitais certificados entre 2007 e 2010, a adoção da Acreditação é mais recente e seus conceitos e práticas estão em consolidação ou produzindo os primeiros resultados recentemente, o que reduz a percepção de melhoria.

O objetivo de identificar as práticas de Acreditação mais críticas para a melhoria do desempenho hospitalar, foi atingido por meio da Análise Fatorial. Esta análise rejeitou $H_0.3$ (“Não existem evidências estatísticas de práticas de Acreditação que sejam críticas à melhoria da percepção do desempenho hospitalar”) e revelou, como práticas mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar:

- “Mapeamento e gerenciamento de riscos”, “Procedimentos documentados para riscos e eventos adversos”, “Sistemática de Farmacovigilância e Tecnovigilância” e “Gestão de estoques com foco na segurança”: tratam-se de práticas ligadas à Gestão de riscos e eventos adversos e obtêm influência na percepção de melhoria da taxa de infecção hospitalar.
- “Indicadores comparados a referenciais externos”, “Análises Críticas focadas em inovação” e “Gestão de estrutura, novas tecnologias e capacitação com foco em inovação”: tratam-se de práticas ligadas à gestão

com foco em inovações e demonstram influência quanto à melhoria percebida na taxa de incidência de erros de medicação.

Quanto ao objetivo complementar referente à identificação de agrupamentos de hospitais com perfis similares de gestão em termos de práticas (Acreditação) e de desempenho, foi realizada a Análise de Cluster, a qual identificou três agrupamentos distintos.

O Grupo 1 é predominantemente formado por hospitais com Acreditação Plena, de médio porte, privados e de média longevidade de certificação. Possui, como pontos fortes de gestão (Acreditação), práticas relacionadas a uma sistemática bem consolidada de gestão de riscos e eventos adversos, mas dificuldades significativas de gestão relacionadas à adoção de práticas focadas em inovação e de consideração das necessidades específicas dos usuários. Quanto ao desempenho, destaque positivo para os resultados da taxa de infecção hospitalar, mas baixa melhoria percebida para erros de medicação e tempo de internação.

Como recomendações de ações gerenciais para sanar as dificuldades de gestão (Acreditação) observadas no Grupo 1, propõem-se:

- Compatibilizar a equipe de profissionais, em número e especialidades, com a demanda, pois permitiria a prestação de serviços mais humanizados (focados nas necessidades específicas de cada caso) e auxiliaria, indiretamente, para a obtenção de melhores desempenhos quanto às taxas de erros de medicação e de tempo de internação.

- Destinar um percentual da receita financeira para a aquisição de novas tecnologias, novos métodos de capacitação e para realização de parcerias com hospitais padrão *benchmarking* a fim de receber orientações e *know-how* sobre práticas de gestão focadas em inovação que melhor se adéquem à realidade dos processos. Isso poderia recuperar a defasagem do Grupo 1 para as práticas associadas à inovações gerenciais e indiretamente melhorar o desempenho das taxas de erros de medicação e tempo de internação.

- Adotar a prática de desospitalização que, segundo Vecina Neto e Malik (2007), consiste em priorizar internações de quadros de alta complexidade, realizando o tratamento e a assistência de quadros de baixa e média complexidade no domicílio do usuário com o devido acompanhamento, evitando-se a internação. A prática pode ser estender a procedimentos cirúrgicos de baixa e média complexidade que, ao invés de realizados em regime de internação, são realizados em regime ambulatorial. Com isso, é possível obter melhorias de desempenho para o tempo médio de internação e gerar recursos financeiros para financiar a implantação de práticas focadas em inovações gerenciais.

- Buscar a adequação da gestão aos requisitos de Acreditação por Excelência, pois os requisitos deste nível orientam o processo de inovação em práticas gerenciais, auxiliando a reduzir as dificuldades de adoção dessas práticas.

No Grupo 2, há predominância de hospitais com níveis elevados de Acreditação (Plena e por Excelência), de grande porte, privados e alta longevidade de certificação. A sistemática de gestão de riscos e eventos adversos bem consolidada e a adoção de práticas de gestão focadas em inovação, são os pontos fortes do grupo. Há dificuldades significativas em melhorar as condições de atendimento dos usuários e em considerar suas reclamações como oportunidade de melhoria dos serviços. Quanto ao desempenho, há percepção elevada de melhoria quanto a erros de medicação, em indicadores de riscos e tempo de internação.

Como recomendações de ações gerenciais para sanar as dificuldades de gestão (Acreditação) observadas no Grupo 2, propõem-se:

- Investimentos em infra-estrutura (instalações físicas e equipamentos) e em recursos humanos (profissionais) para oferecer melhores condições de atendimento.
- Recorrer a terceirizações para flexibilização dos vínculos de trabalhos.
- Em reuniões de Análise Crítica, valorizar as reclamações recebidas de usuários, como fonte de identificação de oportunidades de melhoria. Tal ação estimularia a aprendizagem pelos hospitais e auxiliaria na identificação das necessidades e expectativas dos usuários em relação aos serviços, norteando a melhoria dos mesmos.

O Grupo 3 é predominantemente formado por hospitais de médio porte e baixa longevidade de certificação, concentrando elevadas proporções de hospitais públicos e com Acreditação. Este grupo, pelas características dos hospitais que o compõe, apresentou melhoria significativa para todos os indicadores de desempenho avaliados (erros de medicação, riscos e eventos adversos, infecção hospitalar e tempo médio de internação). A melhoria menos significativa está relacionada à consideração das necessidades específicas dos usuários, sugerindo dificuldades para prestação de atendimentos humanizados.

Como recomendações de ações gerenciais para sanar as dificuldades de gestão (Acreditação) observadas no Grupo 3, propõem-se:

- Pela elevada incidência de hospitais públicos, pode-se recorrer a terceirizações para flexibilizar vínculos de trabalho e obter recursos financeiros para compatibilização da estrutura (instalações, profissionais, equipamentos) com a demanda

- Adequar a gestão aos requisitos de Acreditação Plena por meio de parcerias com hospitais deste nível, pois seus requisitos auxiliam na prestação de atendimentos humanizados, que consideram as necessidades específicas do usuário.

Para os agrupamentos, houve significância quanto à melhoria dos processos:

- “Inovação com foco na redução de erros de medicação”: apresentou melhoria significativamente elevada para hospitais públicos, com Acreditação, de médio porte e com baixa longevidade de certificação (Grupo 3). A melhoria foi significativamente baixa para hospitais privados, com Acreditação Plena, médio porte e média longevidade (Grupo 1).

- “Foco nos usuários”: melhoria significativamente elevada para hospitais públicos, com Acreditação, de médio porte e baixa longevidade de certificação (Grupo 3).

- “Estruturação de Gestão de Riscos”: melhoria elevada e significativa em hospitais privados, níveis de Acreditação elevados, grande porte e alta longevidade, porém baixa e significativa em privados, com Acreditação Plena, médio porte e média longevidade.

Para as dimensões de desempenho, os grupos revelaram melhorias significativas de desempenho das seguintes dimensões e variáveis:

- Efetividade: melhoria alta e significativa para “Incidência de erros de medicação”, “Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos”, “Notificação e tratamento de riscos” e “Evolução da taxa de infecção hospitalar” para hospitais públicos, com Acreditação, de médio porte e baixa longevidade (Grupo 3). Melhoria significativamente baixa em hospitais privados, com Acreditação Plena, médio porte e média longevidade.

- Orientação aos usuários: a melhoria ocorreu para as variáveis “Nível de satisfação”, “Oportunidades de melhoria identificadas por meio do nível de satisfação”, “Condições durante o atendimento”, “Ocorrência de reclamações” e “Melhoria e aprendizagem geradas a partir de reclamações”, sendo significativamente alta para hospitais públicos, com Acreditação, médio porte e de baixa longevidade de certificação (Grupo 3).

Em síntese, houve evidências estatísticas de melhoria de desempenho conforme o grau de implantação das práticas de Acreditação, apenas para a dimensão Eficiência operacional nos estratos porte e tempo de Acreditação. Entre os agrupamentos, a significância ocorreu para as dimensões Efetividade e Orientação aos usuários.

O Quadro 6.1 sintetiza as conclusões geradas a partir dos objetivos de pesquisa propostos.

Objetivo de Pesquisa	Hipótese Correspondente	Resultado do Teste de Hipótese	Conclusão Obtida
Avaliar a influência das práticas de Acreditação sobre o desempenho hospitalar	H0.1: Não existem diferenças estatísticas significativas entre o grau de implantação das práticas de Acreditação e a percepção de melhoria do desempenho hospitalar	Aceitou-se H0.1	Não houve evidências estatísticas de que, de forma agregada, as práticas de Acreditação influenciam a percepção de melhoria do desempenho hospitalar
Identificar as dimensões do desempenho hospitalar mais influenciadas pelas práticas de Acreditação	H0.2: Não existem diferenças estatísticas significativas entre o grau de implantação das práticas de Acreditação e a percepção de melhoria das dimensões do desempenho hospitalar, isoladamente	Rejeitou-se H0.2	Houve evidência estatística de que as práticas de Acreditação melhoram a Eficiência operacional quanto à Rotatividade de leitos e Utilização de recursos sob ação do porte e do tempo de Acreditação, respectivamente
Identificar as práticas de Acreditação mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar	H0.3: Não existem evidências estatísticas de práticas de Acreditação que sejam críticas à melhoria da percepção do desempenho hospitalar.	Rejeitou-se H0.3	- Práticas de Gestão de riscos são críticas à melhoria da taxa de infecção hospitalar - Práticas de inovação gerencial são críticas à melhoria da incidência de erros de medicação
Avaliar o grau de influência de fatores intervenientes (porte, propriedade, tempo e nível de Acreditação) sobre a relação existente entre as práticas da Acreditação e o desempenho hospitalar	H0.4: Não existem diferenças estatísticas significativas entre o grau de implantação das práticas de Acreditação e a percepção de melhoria do desempenho hospitalar sob a ação de fatores intervenientes	Rejeitou-se H0.4	Houve evidências estatísticas de que a ação dos fatores porte e tempo de Acreditação influenciam a relação entre as práticas de Acreditação e o desempenho hospitalar

QUADRO 6.1. Resumo dos objetivos, hipóteses e conclusões da pesquisa

6.2 Quanto à Comparação com o Estado da Arte

Os resultados obtidos por esta pesquisa demonstraram evidências estatisticamente significativas de que o grau de implantação das práticas de Acreditação melhora a percepção do desempenho hospitalar da dimensão Eficiência operacional, segundo estratificação por porte e tempo de Acreditação, mais especificamente quanto às variáveis “Rotatividade de leitos” e “Utilização de recursos sem desperdícios”, respectivamente.

Essas conclusões reforçam os resultados encontrados pelos trabalhos de diferentes autores, como Campos, Gastal e Couto (2008), Jardali *et al.* (2008), Macinati

(2008), Lopes (2007), Nishikuni e Minuci (2006), Suraratdecha e Okunade (2006) e Dilber *et al.* (2005), e a tendência da literatura em identificar a Eficiência operacional como a dimensão do desempenho hospitalar mais significativamente influenciada pela Acreditação.

Campos, Gastal e Couto (2008), Macinati (2008) e Nishikuni e Minuci (2006) afirmam que os indicadores de eficiência operacional apresentaram a melhoria mais significativa dentre os demais indicadores, sendo que os resultados da taxa de rotatividade de leitos estão entre os indicadores de eficiência mais significativamente melhorados. Esta assertiva é similar à encontrada por esta tese, na qual observou-se melhorias significativas quanto à rotatividade de leitos, de acordo com o porte dos hospitais.

Campos, Gastal e Couto (2008) compararam os resultados de 15 indicadores hospitalares, distribuídos entre as dimensões Financeira, Orientação aos usuários, Eficiência operacional e Orientação ao pessoal, de 4 hospitais brasileiros no período entre o início do processo de implantação das práticas de Acreditação e a obtenção desta certificação. Foram observadas melhorias na produtividade quanto à rotatividade de leitos, utilização de recursos e tempo médio de internação.

Nishikuni e Minuci (2006) compararam os resultados de 15 indicadores hospitalares, distribuídos entre as dimensões, Orientação aos usuários, Eficiência operacional, Efetividade e Orientação ao pessoal, de 146 hospitais brasileiros, dos quais 13 possuíam o selo CQH (Compromisso para Qualidade Hospitalar) e 133 hospitais não possuíam tal selo. Foram encontrados desempenhos significativamente melhores ($p\text{-value} = 0,0001$) em hospitais que possuíam o selo para indicadores de Eficiência operacional e Efetividade, com destaques para tempo médio de internação, rotatividade de leitos, taxa de mortalidade e taxa de ocupação de leitos

Dessa forma, o trabalho destes autores também reforça a observação de que as práticas de Acreditação melhoram o desempenho da taxa de rotatividade de leitos. Os resultados obtidos pelos autores basearam-se em diferenças estatísticas ($p\text{-value} < 0,05$) observadas entre os resultados dos indicadores de hospitais com o CQH e sem o CQH.

Os resultados desta tese foram similares aos obtidos em ambos os trabalhos, os quais utilizaram uma escala *Likert* de 5 pontos para aferir a percepção de Gerentes da Qualidade dos hospitais participantes. Porém, a diferença está na validade interna dos resultados, a qual é maior nesta tese, pois esta realizou um número maior de observações (amostra de 32 hospitais). Já o trabalho de Campos, Couto e Gastal (2008) produziu os resultados a partir de observações realizadas em 4 hospitais do Estado de Minas Gerais-MG.

O trabalho de Nishikuni e Minuci (2006), apesar de apresentar uma amostra maior que a coletada nesta tese, avaliou, diferentemente desta tese, de modo comparativo o desempenho de hospitais certificados com o de não certificados. A certificação em questão, porém, foi o selo CQH e não a Acreditação da ONA.

Dessa forma, em relação a ambos os trabalhos, é possível reforçar o ineditismo nacional desta tese quanto aos procedimentos e ao questionário de pesquisa, pois houve a realização de um *survey* com hospitais certificados com Acreditação em que obteve-se uma amostra representativa de hospitais. Além disso, os resultados gerados basearam-se na percepção do Gerente da Qualidade dos hospitais participantes.

Macinati (2008), em *survey* realizado em 148 hospitais da Itália, observou melhoria significativa no desempenho das dimensões Eficiência operacional (produtividade), Orientação ao pessoal (participação) e Orientação aos usuários (satisfação), após a implantação das práticas de Acreditação. Tal resultado pode ser justificado pela existência, naquele país, de uma política nacional de Saúde que visa estimular a melhoria da eficiência e da qualidade dos serviços hospitalares, por meio de metas e foco na gestão de processos e na satisfação dos usuários.

Já Jardali *et al.* (2008), Lopes (2007), Suraratdecha e Okunade (2006) e Dilber *et al.* (2005) observaram reduções de custos por usuário internado geradas a partir da minimização de desperdícios (medicamentos, tempo e materiais), o que, também, foi observado nesta tese, a qual identificou melhorias significativas na minimização de desperdícios para hospitais certificados há mais de 10 anos (anteriormente a 2003) em relação aos certificados entre 3 e 6 anos atrás (2010 a 2007).

Jardali *et al.* (2008) utilizaram procedimentos de pesquisa similares aos desta tese ao aferir a percepção de melhoria na qualidade dos serviços de mil e quarenta e oito enfermeiros de 59 hospitais libaneses com Acreditação, por meio de uma escala *Likert* variando de 1 a 9. Observou-se melhoria significativa na utilização de recursos (tempo, mão de obra, equipamentos e instalações) ($p\text{-value} = 0,001$), o que reforça os resultados desta tese. A diferença está no fato de Jardali *et al.* (2008) avaliaram a associação entre Acreditação e melhoria percebida na qualidade do serviço hospitalar, não das variáveis de desempenho consideradas nesta tese.

Os resultados obtidos por Jardali *et al.* (2008) podem ser justificados pelo planejamento de longo prazo realizado pelo Ministério da Saúde do Líbano que implementou, em 2002, o programa nacional de Acreditação do país, visando melhorar a qualidade dos serviços hospitalares em um prazo de 10 anos.

Para Lopes (2007), as práticas de Acreditação, por sistematizarem a gestão de processos, produzem, indiretamente, melhoria significativa sobre a utilização de recursos. Para obter tal conclusão, foram coletadas as percepções, em uma escala *Likert* de 1 a 6, de 386 enfermeiros, mas de apenas 2 hospitais portugueses com Acreditação. Enquanto o autor focalizou a quantidade de entrevistados em detrimento do número de hospitais, esta tese buscou focalizar na participação do maior número possível de hospitais (32).

Os resultados obtidos por Lopes (2007) podem ser justificados pela criação, pelo Ministério da Saúde de Portugal em 1997, de uma política nacional de Saúde que visava, como objetivo prioritário, apoiar os hospitais do país na melhoria da qualidade dos serviços, tendo como principal pilar de sustentação o programa de Acreditação implementado no ano seguinte.

Suraratdecha e Okunade (2006) analisaram os resultados dos indicadores de eficiência operacional, de hospitais tailandeses com Acreditação, presentes em relatórios anuais do setor (1982 a 1997) e observaram melhorias significativas quanto à produtividade desses hospitais. Especialmente quanto à utilização da mão de obra (médicos, enfermeiros, farmacêuticos). Os autores restringiram a avaliação a indicadores de eficiência operacional e suas conclusões podem ser justificadas pelo planejamento estratégico iniciado pelo Ministério da Saúde tailandês em 2002, o qual por meio de planos de ação quinquenais, visa reduzir as desigualdades existentes entre hospitais públicos e privados em termos de utilização de recursos e controle de gastos, de forma a melhorar a eficiência operacional.

Já Dilber *et al.* (2005), ao analisarem o desempenho de 50 hospitais turcos com Acreditação por meio de uma escala para medir a percepção de chefes de enfermagem quanto a melhoria do desempenho hospitalar, observaram melhoria na eficiência operacional quanto à produtividade e utilização dos recursos. Observou-se que essa melhoria estava correlacionada diretamente às práticas de gestão de processos e de gestão por evidências. A amostra obtida pelos autores, porém, é de 33% da população, sendo inferior aos 50% recomendados por Forza (2002). Já os resultados desta tese foram análogos aos dos autores, porém foram obtidos a partir da percepção dos Gerentes da Qualidade em uma amostra de proporção mais próxima à população pesquisada (50,8% da população).

Os resultados desses autores podem ser justificados pela criação, pelo Ministério da Saúde da Turquia, de regras para regulamentação de aquisições e controle de gastos pelos hospitais por meio de licitações e pregões públicos, prestação de contas, etc.

Schmaltz *et al.* (2011), em trabalho realizado junto a hospitais dos EUA, destacam, como práticas de Acreditação mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar,

aquelas ligadas à segurança dos usuários e à gestão de riscos, como mapeamento de riscos e eventos adversos, uso de procedimentos documentados de prevenção de riscos e eventos adversos e uso de registros de eventos adversos. Esta observação reforça os resultados desta tese e pode ser justificada pela parceria entre a *Joint Commission* e a CMMS (*Centers for Medicare and Medicaid Services*), a qual exige a medição e publicação periódica de 16 indicadores de desempenho dos serviços hospitalares a fim de monitorar a melhoria da qualidade e identificar disparidades de desempenho.

Lopes (2007) obteve diferenças estatísticas significativas ($p = 0,001$) para as práticas de gestão de riscos dos usuários, como práticas de Acreditação mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar, reforçando os resultados desta tese. Apesar de obter resultados similares aos desta tese quanto à criticidade das práticas de gestão de riscos para a melhoria percebida no desempenho hospitalar, o autor, diferentemente desta tese, não obteve evidências de que práticas de inovação gerencial são críticas à melhoria de desempenho.

Se consideradas as diferenças significativas entre os agrupamentos formados na pesquisa desta tese, houve percepção de melhoria significativa, decorrente da adoção das práticas de Acreditação, para as dimensões Efetividade e Orientação aos usuários.

Os resultados da dimensão Efetividade, nesta tese, reforçam as conclusões de Braithwaite *et al.* (2011), Schmaltz *et al.* (2011), La Forgia e Couttolenc (2009), Jardali *et al.* (2008), Lopes (2007), Smits *et al.* (2007) e Daucourt e Michel (2003).

Para Schmaltz *et al.* (2011), a dimensão de desempenho mais influenciada pelas práticas de Acreditação foi a Efetividade quanto a erros de medicação e taxa de infecção hospitalar. Braithwaite *et al.* (2011) e Lopes (2007) afirmam que minimização da ocorrência de riscos e eventos adversos é a melhoria-chave produzida pelas práticas de Acreditação, o que também foi observada nesta tese, devido à melhoria percebida nos resultados dos indicadores de riscos e eventos adversos pelos respondentes da pesquisa.

Os resultados observados por Braithwaite *et al.* (2011), que pesquisaram a Acreditação na Austrália, podem ser justificados pelo fato de o Ministério da Saúde deste país ter formado uma equipe permanente de pesquisadores, acadêmicos e políticos denominada de ACCREDIT (*Accreditation Collaborative for the Conduct of Research, Evaluation and Designated Investigations through Teamwork*). A ACCREDIT tem como função avaliar e monitorar a efetividade e o cumprimento de metas pré-estabelecidas para os hospitais com Acreditação, auxiliando a promover a padronização e a melhoria dos serviços hospitalares.

Para Jardali *et al.* (2008), Smits *et al.* (2007) e Daucourt e Michel (2003) a Efetividade apresenta a evidência mais significativa de melhoria de desempenho.

Especialmente, para as taxas de incidência de riscos e eventos adversos e a de infecção hospitalar, o que reforça os resultados desta tese.

Smits *et al.* (2008) avaliaram as práticas de Acreditação presentes nos Manuais de Acreditação dos EUA, Canadá, França, Austrália e da Organização Panamericana de Saúde, determinando a ênfase das práticas de cada manual ao longo das dimensões de desempenho. O fato desses manuais, à exceção do Panamericano, estabelecerem metas anuais obrigatórias a serem atingidas pelos hospitais, pode justificar o resultado obtido por Smits *et al.* (2008).

Daucourt e Michel (2003) reforçam tal conclusão em *survey* realizado por meio da análise de relatórios com os resultados dos indicadores de 100 hospitais franceses com Acreditação. Tal análise revelou resultados estatisticamente significativos para Efetividade em relação às subdimensões Eficácia e Segurança. Os resultados destes autores podem ser justificados pela instituição, na França, desde 1996, da obrigatoriedade de adoção das práticas de Acreditação pelos hospitais do país a fim de reduzir a incidência de erros em procedimentos e melhorar a qualidade de prestação dos serviços.

Os resultados obtidos para os agrupamentos quanto à dimensão Orientação aos usuários, reforçam as conclusões de Jaafaripooyan *et al.* (2011), Macinati (2008) e Lopes (2007). Tais autores identificaram melhoria no nível de satisfação dos usuários após a Acreditação, o que também foi observado entre os agrupamentos formados nesta tese.

Para Braithwaite *et al.* (2011) e Macinati (2008), a Acreditação melhora não apenas a satisfação dos usuários, mas a capacidade do hospital em determinar e atender as necessidades e expectativas dos usuários, o que foi observado nesta tese, entre os agrupamentos, pois houve significância estatística de melhoria da variável “Condições de atendimento dos usuários”.

Jaafaripooyan *et al.* (2011) e Lopes (2007) identificaram melhorias significativas na ocorrência de reclamações e na aprendizagem adquirida pelos hospitais certificados, devido a tais reclamações. Tal fato foi confirmado pelos resultados desta tese, a qual obteve significância estatística nos agrupamentos, para as variáveis “Ocorrência de reclamações” e “Melhoria e aprendizagem geradas a partir de reclamações”.

O trabalho de Jaafaripooyan *et al.* (2011) pesquisou a percepção de diferentes profissionais ligados à Acreditação (acadêmicos, especialistas e profissionais de hospitais com Acreditação) de países desenvolvidos (EUA, Canadá, Reino Unido, França e Austrália) e em desenvolvimento (Irã). Dessa forma, questionários com questões abertas foram enviados por *e-mail*, dos quais 120 foram respondidos. Os resultados obtidos podem ser justificados pelo

predomínio de países desenvolvidos participantes na pesquisa, o que gerou conclusões similares às aquelas obtidas por Braithwaite *et al.* (2011) para a Acreditação australiana.

Em relação à ação de fatores intervenientes sobre a relação entre práticas de Acreditação e desempenho hospitalar, a tese identificou influência significativa da ação do porte e do tempo de Acreditação como potencializadores desta relação.

A influência do porte dos hospitais, apesar de significativa, contraria os resultados de Jardali *et al.* (2008), Watcharasriroj e Tang (2004), Marinho e Façanha (2001), McCallion *et al.* (1999) e Lai (2003). Tais trabalhos afirmam que a eficiência operacional é diretamente proporcional ao aumento do porte dos hospitais. Foi observado nesta tese o inverso, pois a percepção de melhoria do desempenho hospitalar mostrou-se elevada quanto à eficiência operacional para hospitais de pequeno porte, menos elevada (dentro das expectativas) para hospitais de médio porte e baixa percepção para os de grande porte.

Hospitais de pequeno porte possuem melhoria na rotatividade de leitos significativamente melhor do que os demais, pois, em geral, a demanda e a complexidade dos quadros clínicos atendidos em pequenos hospitais são menores do que em hospitais de médio e grande porte. Logo, menor o período de internação dos usuários, maior a rotatividade de leitos e maior a sensibilidade desta taxa à percepções de melhorias decorrentes da Acreditação. Análise análoga também ocorre entre hospitais de médio e grande porte.

Em relação ao tempo de Acreditação, os resultados obtidos por Schmaltz *et al.* (2011), Lai (2003), Weiner *et al.* (1997) e Carman *et al.* (1996) indicaram que quanto maior a longevidade de implantação das práticas da Acreditação, maior a tendência à melhoria do desempenho hospitalar. Esta tese observou a tendência de melhoria quanto à utilização de recursos, conforme eleva-se o tempo de Acreditação. Esta melhoria é significativamente elevada para hospitais certificados há mais de 10 anos (anteriormente a 2003) e significativamente baixa para hospitais certificados entre 3 e 6 anos atrás (2007 a 2010).

O Quadro 6.2 apresenta uma síntese comparativa entre os principais resultados desta tese e os resultados observados nos trabalhos de outros autores.

Fator de análise	Autores	Resultados obtidos pelos autores	Resultados obtidos na tese	Feedback da Comparação
Dimensões de desempenho hospitalar influenciadas pelas práticas de Acreditação	Campos, Gastal e Couto (2008)	Melhoria na produtividade quanto à rotatividade de leitos, utilização de recursos e tempo médio de internação	Melhoria na Eficiência operacional (utilização de leitos e rotatividade de leitos)	Reforça os resultados da tese
	Jardali <i>et al.</i> (2008)	Melhoria na utilização de recursos com minimização de desperdícios		Reforça os resultados da tese
	Macinatti (2008)	Melhoria de desempenho significativa (<i>p-value</i> = 0,01) para Eficiência operacional (produtividade), Orientação ao pessoal (participação) e Orientação aos usuários (satisfação)		Reforça, parcialmente, os resultados da tese
	Nishikuni e Minuci (2006)	Melhoria de desempenho significativa (<i>p-value</i> = 0,0001) para Eficiência operacional (tempo médio de internação, rotatividade de leitos e taxa de ocupação de leitos) e Efetividade (mortalidade)		Reforça, parcialmente, os resultados da tese
Práticas de Acreditação críticas à melhoria do desempenho hospitalar	Schmaltz <i>et al.</i> (2011)	- Práticas de gestão de riscos - Práticas de inovação gerencial	- Práticas de gestão de riscos - Práticas de inovação gerencial	Reforça os resultados da tese
	Lopes (2007)	- Práticas de gestão de riscos - Não obteve evidências para práticas de inovação gerencial		Reforça, parcialmente, os resultados da tese
Ação de fatores intervenientes	Jardali <i>et al.</i> (2008), Watcharasriroj e Tang (2004), Lai (2003)	Influência significativa diretamente proporcional ao aumento do porte	Influência significativa inversamente proporcional ao aumento do porte	Contradição com os resultados da tese
	Marinho e Façanha (2001), McCallion <i>et al.</i> (1999)			
	Carman <i>et al.</i> (1996)			
	Weiner <i>et al.</i> (1997)	Influência diretamente proporcional ao tempo	Influência diretamente proporcional ao tempo	Reforça os resultados da tese
	Lai (2003)			

QUADRO 6.2. Resumo comparativo entre os resultados da tese e de outros autores

6.3 Quanto às Limitações e Contribuições da Pesquisa e Sugestões de Trabalhos Futuros

Nesta seção são apresentadas as limitações desta pesquisa no que se refere à amostragem e ao método de análise de dados. Por fim, são realizadas sugestões para futuras pesquisas acadêmicas para a temática envolvendo a Acreditação e o desempenho hospitalar.

As escalas intervalares do questionário, que quantificam variáveis qualitativas, podem gerar certo grau de incerteza ao respondente definir a resposta mais adequada. No caso desta pesquisa, o intervalo da escala adotada para quantificação das variáveis variou de 1 a 5.

Uma escala com tal variação pode gerar respostas sem tendências definidas, já que há apenas uma opção de resposta, pontuação 2, entre a pontuação neutra (3) e o extremo inferior (1) e, também, uma opção de resposta, pontuação 4, entre a pontuação neutra (3) e o extremo superior (5). Há a dificuldade para definir se as respostas com pontuações 2 e 4 tendem mais à melhoria dentro das expectativas ou à baixa percepção (para a pontuação 2) e se tendem mais à melhoria dentro das expectativas ou à alta percepção (para a pontuação 4).

Essa limitação da escala pode produzir lacunas durante a quantificação das variáveis. Tal fato foi observado, nesta pesquisa, na Análise dos Componentes Principais na qual se retiraram, por variância inferior a 0,60, 18 das 32 variáveis originais. Para minimizar tal limitação, recomenda-se a utilização de uma escala com maior amplitude de variação, como, por exemplo, de 1 a 7. Porém, haveria necessidade de aumentar o tamanho da amostra.

Outra limitação está em apenas um profissional de cada hospital ter respondido o questionário. Portanto, um único profissional representou a percepção de toda a instituição acerca das questões envolvidas nesta tese.

Segundo Hair *et al.* (2009), para a aplicação de técnicas estatísticas multivariadas, é recomendável que o tamanho da amostra seja cinco vezes maior do que o número de variáveis avaliadas pelo questionário de pesquisa, visando tornar os resultados estatísticos mais parcimoniosos, isto é, que representem melhor o comportamento das variáveis. O fato de esta pesquisa não atender a tal condição gera mais uma limitação.

Quanto a sugestões de pesquisa para trabalhos futuros, recomenda-se a ampliação do espaço amostral de pesquisa para além do Estado de São Paulo, visando elevar o número de observações, o tamanho da amostra e a validade das inferências estatísticas.

Pesquisas futuras poderiam realizar um *survey* com os mesmos propósitos desta pesquisa, porém, com profissionais de, pelo menos, três hospitais padrão *benchmarking*, determinando suas principais práticas e se esta condição está relacionada à baixa influência

sobre o desempenho. Outra possibilidade seria um *survey* com hospitais do Estado de São Paulo com Acreditação e sem Acreditação a fim de comparar os resultados e determinar se hospitais com Acreditação tem desempenho significativamente superior aos sem Acreditação.

A partir da carência identificada na literatura nacional e das contradições em resultados e conclusões observadas na literatura internacional, esta tese desenvolveu uma revisão teórica para apoiar hipóteses de pesquisa e analisá-las segundo técnicas estatísticas.

Quanto à teoria, os resultados desta tese contribuem para o entendimento da relação entre os temas Acreditação e desempenho hospitalar, por meio da geração de evidências empíricas sobre a influência existente entre as temáticas, além de auxiliar na redução da carência nacional de pesquisas sobre esta relação e, ainda, para reduzir as contradições de resultados e conclusões observadas em trabalhos internacionais.

Para a Acreditação nacional, a contribuição está em reforçar as evidências de que as práticas de Acreditação produzem melhorias na eficiência operacional dos hospitais, um dos intuits iniciais de lançamento da Acreditação no país, especialmente, quanto à rotatividade de leitos e utilização de recursos sem desperdícios.

Os outros intuits da Acreditação Nacional, quando de seu lançamento (melhoria da segurança dos usuários e estímulo à melhoria contínua da qualidade dos serviços), também foram observados nesta tese. As práticas de gestão de riscos são as mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar e produzem melhorias significativas sobre a taxa de infecção hospitalar. Já o estímulo à melhoria contínua, ocorre na medida em que a adoção da Acreditação (conceitos e práticas) produz, nos hospitais, uma mentalidade de busca contínua pela melhoria de processos e serviços, sistematizando atividades e rotinas. Dessa forma, esta tese auxilia para a divulgação dos benefícios da Acreditação.

Para os gestores hospitalares, a contribuição desta tese está em ter identificado as práticas de gestão (Acreditação) mais críticas à melhoria do desempenho hospitalar e que, portanto, devem ser focalizadas pelos gestores a fim de elevar o desempenho. Neste caso, as práticas de gestão de riscos melhoram os resultados da taxa de infecção hospitalar, enquanto as práticas de inovação gerencial melhoram os resultados do indicador de erros de medicação.

Para os hospitais participantes da pesquisa, contribui-se com a identificação dos pontos fracos de gestão e de desempenho dos hospitais, propondo ações gerenciais para sanar as dificuldades identificadas.

REFERÊNCIAS

ALTÉS, A.G.; ZONCO, L.; BORRELL, C.; PLASÈNCIA, A. Measuring the performance of health care services: a review of international of experiences and their application to urban contexts. **Gaceta Sanitaria**, v. 20, n. 4, p. 316-324, jul/ago. 2006.

ANTUNES, A.T. Um estudo da acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O.V. **Hospitais administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. 212 p.

ANTUNES, F.L. **Implantação de um processo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA: Um estudo de caso em um hospital de grande porte**. 2009. 113 p. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

ANTUNES, F.L.; RIBEIRO, J.D. Acreditação Hospitalar: Um Estudo de Caso. **Revista Produção**, Florianópolis-SC, v. 5, n. 1, p. 1-27, 2005.

BITTAR, O.V. Produtividade em hospitais de acordo com alguns indicadores hospitalares. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 53-60, fev. 1996.

BOARIN PINTO, S.H.; ENGBRUCH, F.; OLIVEIRA, B.L.; COSTA, E.M.; JÚNIOR, J.C. Implementação de programas de qualidade: Um *survey* nos hospitais de grande porte do Brasil. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 30., 2010, São Carlos. **Anais...** São Carlos: Universidade Federal de São Carlos, 2010. p. 1-14.

BONATO, V.L. **Gestão em Saúde: Programas de Qualidade em Hospitais**. 1. ed. São Paulo-SP: Ícone, 2007. 119 p.

BORBA, G.S.; KLIEMANN NETO, F.J. Gestão Hospitalar: identificação das práticas de aprendizagem existentes em hospitais. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 44-60, mar. 2008.

BRAITHWAITE, J.; WESTBROOK, J.; JOHNSTON, B.; CLARK, S.; BRANDON, M.; BANKS, M.; HUGHES, C.; GREENFIELD, D.; PAWSEY, M.; CORBETT, A.; GEORGIU, A.; CALLEN, J.; OVRETVEIT, J.; POPE, C.; SUNOL, R.; SHAW, C.; DEBONO, D.; WESTBROOK, M.; HINCHCLIFF, R.; MOLDOVAN, M. Strengthening organizational performance through accreditation research: a framework for twelve interrelated studies: the ACCREDIT project study protocol. **BMC Research Notes**, Londres, v. 4, n. 390, p. 1-9, 2011.

BRUXEL, R. **Monitoramento da gestão estratégica com o emprego de indicadores: o caso de três hospitais**. mar. 1997. 118 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Escola de Administração, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1997.

BRYMAN, A. Integrating quantitative and qualitative research: how is it done? **Qualitative Research**, v. 6, n. 1, p. 97-113, 2006.

BUENO, Y.M.; AGUIAR, D.D. Determinantes do grau de envolvimento na atividade exportadora e suas implicações nas exportações brasileiras de carne de frango. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 11, n. 2, p. 211-220, mai/ago. 2004.

BURMESTER, H.; PEREIRA, J.C.; SCARPI, M.J.; Modelo de Gestão para organizações de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, Porto Alegre, v. 9, n. 37, p. 125-132, out/dez.2007.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE (CNES). **Estabelecimentos Cadastrados: Brasil 2012**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Tot_Es_Estado.asp>. Acesso em: 19 jun. 2013.

CALVO, M.C. **Hospitais públicos e privados no Sistema Único de Saúde do Brasil: o mito da eficiência privada no Estado do Mato Grosso em 1998**. 2002. 223 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

CAMPOS, L.I.; GASTAL, F.L.; COUTO, R.C. **Impacto da implantação do sistema de gestão da qualidade em hospitais acreditados com excelência pelo sistema brasileiro de Acreditação**. abr. 2008. 133 p. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar) – Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CARMAN, J.A.; SHORTELL, S.M.; FOSTER, R.W.; HUGHES, E.X.; BOERSTLER, H.; O'BRIEN, J.L.; O'CONNOR, E.F. Keys for successful implementation of total quality management in hospitals. **Health Care Management Review**, v. 21, n. 1, p. 48-60, 1996.

CARTER, R.B.; MASSA, L.J.; POWER, M.L. An examination of the efficiency of proprietary hospitals versus non-proprietary hospitals ownership structures. **Journal of Accounting and Public Policy**, v. 16, n. 1, p. 63-87, 1997.

CHAN, P.N. **A study on the relationship between quality of care and operating performance in Taipei Medical Region Hospitals**. 1996. 150 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Public Health Institute, National Taiwan University, Taipei, 1996.

CHANG, H.; CHENG, M.A.; DAS, S. Hospital ownership and operating efficiency: evidence from Taiwan. **European Journal of Operational Research**, v. 159, n. 2, p. 513-527, dez. 2004.

CHEN, F.G. **The impact of the implementation of total quality management on hospitals' operating performance**. 1999. 82 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Business Management Research Institute, Yuan-Ze University, Taipei, 1999.

CHOUAID, C.; HEJBLUM, G.; GUIDET, B.; VALLERON, A.J. De l'évaluation de la qualité des soins à la performance des soins. **Revue des Maladies Respiratoires**, v. 23, n. 4, p. 87-98, set. 2006.

COLOMBO, A.L.; JANINI, M.; SALOMÃO, R.; MEDEIROS, E.S.; WEY, S.B.; PIGNATARI, A.C. Surveillance programs for detection and characterization of emergent

pathogens and antimicrobial resistance. Results from the Division of Infectious Diseases UNIFESP, **Anais da Academia Brasileira de Ciências**, v. 81, n. 3, p. 571-587, 2009.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G. Qualidade Total Aplicada a Hospitais. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G. (Coord). **Hospital: Acreditação e Gestão em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 103-118.

COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G. Avaliação das Metodologias Certificáveis de Garantia da Qualidade. In: COUTO, R.C.; PEDROSA, T.G. (Coord). **Hospital: Acreditação e Gestão em Saúde**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007. p. 301-313.

COUTTOLENC, B.F.; DIAS, L.H.; NICOLELLA, A.C.; FATHEAZAM, S.; MACHADO, C.A. **Estudo de custos, eficiência e mecanismos de pagamento Fase II (eficiência e mecanismos de pagamento): em busca da excelência fortalecendo o desempenho hospitalar no Brasil**. Relatório Final para o Banco Mundial, São Paulo, mai. 2004.

CUSTERS, T.; KLAZINGA, N.S.; BROWN, A.D. Increasing performance of health care services within economic constraints: working towards improved incentive structures. **German Journal for Quality in Health Care**, v. 101, n. 6, p. 381-388, ago. 2007.

D'INNOCENZO, M.D.; ADAMI, N.P.; CUNHA, I.O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 59, n. 1, p. 84-88, jan./fev. 2006.

DAIDONE, S.; D'AMICO, F. Technical efficiency, specialization and ownership form: evidences from a pooling of Italian hospitals. **Journal of Productivity Analysis**, v. 32, n. 143, p. 203-216, out. 2008.

DAUCOURT, V.; MICHEL, P. Results of the first 100 accreditation procedures in France. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 15, n. 6, p. 463-471, dez. 2003.

DILBER, M.; BAYYURT, N.; ZAIM, S.; TARIM, M. Critical factors of total quality management and its effect on performance in health care industry: a Turkish experience. **Problems and Perspectives in Management**, v. 4, n.1, p. 220-234, 2005.

DONG, Y.C. **A study of the relationship between implementation of quality management and technical efficiency in hospitals accredited above district teaching hospitals**. 1997. 121 p. Dissertação (Mestrado em Gestão em Saúde) – Administration Department, National Taiwan University, Taipei, 1997.

DUARTE, E.M. **Modelo sistêmico de avaliação de desempenho hospitalar por meio de indicadores assistenciais: O caso do indicador de atenção à dor aguda no perioperatório**. abr. 2009. 144 p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

EPLING, T.; JIMENEZ, L.; SIBAYAN, A.; BAILEY, L. Preparing for Joint Commission Unannounced Visit. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, New York, v. 23, n. 3, p. 10, jun. 2008.

FÁVERO, L.P.; BELFIORI, P.; SILVA, F.L.; CHAN, B.L. **Análise de dados**. 1 ed. Rio de Janeiro: Campus, 2009. 544 p.

FELDMAN, L.B.; GATTO, M.F.; CUNHA, I.K. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões à acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo-SP, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FORTES, M.R. **A acreditação no contexto dos sistemas de saúde: as propostas de política e suas diversas creditações**. 2007. 145 p. Dissertação (Mestrado em Medicina Social) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

FORZA, C. Survey research in operations management: a process-based perspective. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 22, n. 2, p. 152-194, 2002.

FRANÇOIS, P.; POMEY, M.P. Implantation de La Gestion de La Qualité dans lês hopitaux français, jeux d'acteur et transformations induites. **Revue Epidemiologique Santé Publique**, Paris, n. 53, p. 4-11, 2005.

FREITAS, H.; OLIVEIRA, M.; SACCOL, A.Z.; MOSCAROLA, J. O método de pesquisa *survey*. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 105-112, jul/set. 2000.

GARCÍA, C.M.; PARDO, I.V. Strategies and performance in hospitals. **Health Policy**, v. 67, n. 1, p. 1-13, jan. 2004.

GILMORE, C.M.; NOVAES, H.M. **Manual de gerência da qualidade**. 3 ed. São Paulo: Organização Pan-Americana de Saúde, 1997. 243 p.

GIRALDES, M.R. Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 471-490, jun. 2007.

GOLDSTEIN, S.M.; WARD, P.T. Performance effects of physicians' involvement in hospital strategic decisions. **Journal of Service Research**, v. 6, n. 4, p. 361-372, 2004.

GOMES, F.P. **Curso de Estatística Experimental**. 15. ed. Piracicaba-SP: Editora FEALQ, 2009. 451 p.

GREENFIELD, D.; PAWSEY, M.; BRAITHWAITE, J. What motivates professionals to engage in the accreditation of healthcare organizations?. **International Journal of Quality in Health Care**, v. 23, n. 1, p. 8-14, 2011.

GROSSKOPF, S.; MARGARITIS, D.; VALDMANIS, V. The effects of teaching on hospital productivity. **Socio-Economic Planning Sciences**, v. 35, n. 3, p. 189-204, set. 2001.

GUISSET, A.L.; SICOTTE, C.; LECLERCQ, P.; D'HOORE, W. Définition de la performance hospitalière: une enquête auprès des divers acteurs stratégiques au sein des hôpitaux. **Sciences Sociales et Santé**, v. 20, n. 2, p. 65-104, 2002.

GUNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão?. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-210, mai/ago. 2006.

HAIR, J.F.; TATHAM, R.L.; ANDERSON, R.E.; BLACK, W. **Análise Multivariada de Dados**. 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009. 688 p.

HEALY, J.; MCKEE, M. Monitoring hospital performance. **Euro Observer Newsletter of the European Observatory on Health Care System**, v. 2, n. 2, p. 1-3, 2000.

HERR, A. Cost and technical efficiency of German hospitals: does ownership matter?. **Health Economics**, v. 17, n. 9, p. 1057-1071, set. 2008.

HORTALE, V.A.; OBBADI, M.; RAMOS, C.L. A acreditação e sua implantação na área de ensino pós-graduado em Saúde Pública. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 18, n. 6, p. 1789-1794, nov./dez. 2002.

HURST, J.; HUGHES, M.J. Performance measurement and performance management in OECD health systems. **OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers**, Paris, n. 47, p. 1-69, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Estatística da Saúde: Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 2010**. Rio de Janeiro-RJ: 2010. 162 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Série MS33: leitos hospitalares 2012**. Disponível em:
< <http://seriesestatisticas.ibge.gov.br/series.aspx?vcodigo=MS33>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

JAAFARIPOOYAN, E.; AGRIZZI, D.; HAGHIGHI, F.A. Healthcare accreditation systems: further perspectives on performance measures. **International Journal for Quality in Health Care**, p. 1-12, set. 2011.

JARDALI, F.E.; JAMAL, D.; DIMASSI, H.; AMMAR, W.; TCHAGHCHAGHIAN, V. The impact of hospital accreditation on quality of care: perception of Lebanese nurses. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 20, n. 5, p. 363-371, out. 2008.

JOINT COMMISSION. **2011 Standards for Behavioral Health Care**. Oakbrook Terrace: Department of Publications, 2011. 500 p.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Joint Commission International Accreditation Standards Guide**. 4 ed. Oakbrook Terrace: Department of Publications, 2011. 292 p.

JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI). **Joint Commission Internacional (JCI): Organizações Acreditadas**. 2012. Disponível em:
<<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/JCI-Accredited-Organizations/>>.

JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI). **Sobre a Joint Commission Internacional**. 2012. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/about-jci/>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI). **Custos da Acreditação**. 2012. Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Cost-of-Accreditation/>>. Acesso em: 19 jun. 2012.

JOINT COMMISSION INTERNACIONAL (JCI). **Joint Commission Internacional Accreditation**. 2012. Disponível em:

<<http://pt.jointcommissioninternational.org/enpt/Accreditation-and-Certification-Process/>>.

Acesso em: 19 jun. 2011.

JOINT COMMISSION. **About the Joint Commission**. 2012. Disponível em:

<http://www.jointcommission.org/about_us/about_the_joint_commission_main.aspx>.

Acesso em: 19 jun. 2012.

JUNG, G.; JACQUES, E. Análise do desempenho hospitalar: uma abordagem através do balanced scorecard e do pensamento sistêmico. In: ENCONTRO DA ANPAD, 30., 2006. **Anais...** Salvador: ANPAD, 2006. p. 1-15.

KARAARSLAN, I. Joint Commission on International Accreditation workshop: Planning, development and provision of health services. **Clinical Biochemistry**, v. 42, n. 4, p. 284-287, mar. 2009.

KLINE, R.B. **Principles and practice of structural equation modeling**. 3 ed. New York: Guilford Press, 2010. 432 p.

KLUCK, M.; GUIMARÃES, J.R.; FERREIRA, J.; PROMPT, C.A. A Gestão da Qualidade Hospitalar do Hospital das Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. **Revista de Administração em Saúde**, Porto Alegre, v. 10, n. 40, p. 97-102, jul-set. 2008.

KLUCK, M.; GUIMARÃES, J.R.; FERREIRA, J.; PROMPT, C.A. Definição de indicadores para a gestão da qualidade assistencial. **Revista da Associação Latina de Análise de Sistemas de Saúde**, v. 49, p. 10-12, 2002.

KLUCK, M.; PROMPT, C.A. O programa brasileiro de acreditação hospitalar na gestão da qualidade assistencial. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O.V. **Hospitais administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2004. 212 p.

KRUK, M.E. FREEDMAN, L.P. Assessing health system performance in developing countries: a review of the literature. **Health Policy**, n. 3, v. 85, p. 263-276, mar. 2008.

LA FORGIA, G.M.; COUTTOLENC, B.F. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. 1. ed. São Paulo: Editora Singular, 2009. 496 p.

LAGIOIA, U.T.; FILHO, J.R.; FALK, J.A.; LIBONATI, J.J. A gestão por processo gera melhoria da qualidade e redução de custos: O caso da unidade de ortopedia e traumatologia do hospital das clínicas da Universidade Federal de Pernambuco. **Revista Contabilidade & Finanças**, São Paulo, v. 19, n. 48, p. 77-90, set./dez. 2008.

LAI, M.C. **An investigation into the relationship between total quality management practice and performance in a Taiwan public hospital**. set. 2003. 411 p. Tese (Doutorado em Filosofia) – Faculty of Arts and Sciences, Australian Catholic University, Fitzroy, 2003.

LAI, M.C.; TSAY, W.D. Total quality management practices and hospitals performance: Evidence in Taiwan. In: ANNUAL MEETING OF THE WESTERN DECISION SCIENCES INSTITUTE, 32., abr. 2003, Hawaii. **Proceedings...** Hawaii, 2003. p. 637-643.

LI, L.X.; BENTON, W.C. Performance measurement criteria in health care organizations: Review and future research directions. **European Journal of Operational Research**, v. 93, n. 3, p. 449-468, set. 1996.

LIEN, H.M.; CHOU, S.Y.; LIU, J.T. Hospital ownership and performance: evidence from stroke and cardiac treatment in Taiwan. **Journal of Health Economics**, v. 27, n. 5, p. 1208-1223, set. 2008.

LOPES, M.C. **A gestão da qualidade no hospital: impacto da Acreditação nas práticas críticas de gestão da qualidade para a performance hospitalar.** set. 2007. 111 p. Dissertação (Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde) – Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, Lisboa, 2007.

LORENZI, N.; PINSON, W.; STARMER, J.M. Integration Quality Management Efforts in a Complex Organization: A Panel Discussion. **Quality Management in Health Care**, Chicago, v.2, n.16, p.182-186, abr/jun.2007.

MACHADO, S.P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, jul/ago. 2007.

MACINATI, M.S. The relationship between quality management systems organizational performance in the Italian National Health Service. **Health Policy**, v. 85, n.2, p. 228-241, fev. 2008.

MAJUMDAR, S. Assessing comparative efficiency of the state-owned, mixed and private sectors in India. **Public Choice**, v. 96, n. 2, p. 1-24, 1998.

MALCOLM BALDRIGE NATIONAL QUALITY AWARD (MBNQA). **Health Care Criteria for Performance Excellence.** Gaithersburg, 2011. 88 p.

MALHOTRA, M.K.; GROVER, V. An assessment of survey research in POM: from constructs to theory. **Journal of Operations Management**, v. 16, n. 4, p. 407-425, 1998.

MANLY, B.J. **Métodos estatísticos multivariados: uma introdução.** 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2008. 229 p.

MARINHO, A. **Hospitais universitários: indicadores de utilização e análise de eficiência.** 1 ed. Brasília: IPEA, 2001. 34 p.

MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. **Hospitais universitários: avaliação comparativa de eficiência técnica.** 1 ed. Brasília: IPEA, 2001. 34 p.

MARINHO, A.; MORENO, A.B.; CAVALINI, L.T. **Avaliação descritiva da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS).** 1 ed. Brasília: IPEA, 2001. 35 p.

MARTINS, G.A.; DOMINGUES, O. **Estatística Geral e Aplicada**. 4. ed. São Paulo: Editora Atlas, 2011. 680 p.

MCCALLION, G.; MCKILLOP, D.G.; GLASS, J.C.; KERR, C. Rationalizing Northern Ireland hospital services towards larger providers: Best-practice efficiency studies and current policy. **Public Money & Management**, v. 19, n. 2, p. 27-32, 1999.

MELO, C.; TANAKA, O.Y. O desafio da inovação na gestão em saúde no Brasil: uma nova abordagem teórico-empírica. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 36, n.2, p. 195-211, mar./abr. 2002.

MILLER, M.R.; PRONOVOST, P.; DONITHAN, M.; ZEGER, S.; ZHAN, C.; MORLOCK, L.; MEYER, G.S. Relationship between performance measurement and Accreditation: implications for quality of care and patient safety. **American Journal of Medical Quality**, v. 20, n.5, p. 239-252, set./out. 2005.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Rede Interagencial de Informação para a Saúde (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**. Brasília, 2008. 349 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. **Resultado do Processo Avaliativo 2010-2012**. Brasília, abr. 2013. 85 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de Avaliação do Desempenho do Sistema de Saúde. **Relatório Final do Projeto: Desenvolvimento de Metodologia de Avaliação do Sistema de Saúde Brasileiro**. Brasília, ago. 2003. 258 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Estado da Saúde. **Terminologia Básica para atividades de auditoria e controle**. Brasília, 1998. 39 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Série Histórica de Gastos com Saúde: 1995 a 2012**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/PORTAL/SAUDE/PROFISSIONAL/AREA.CFM?ID_AREA=1671>. Acesso em: 19 jun. 2013.

MINOTTO, R. **A estratégia em organizações hospitalares**. 2 ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2003. 196 p.

MINVIELLE, E.; SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; JEANTET, M.; PREAUBERT, N.; BOURDIL, A.; RICHARD, C. Hospital performance: competing or shared values. **Health Policy**, v. 1, n. 87, p. 8-19, 2008.

MIRANDA, L.C.; SILVA, J.G. Medição de desempenho. In: SCHMIDT, P. (Coord). **Controladoria: agregando valor para a empresa**. 1 ed. Porto Alegre: Bookman, 2002. p. 131-154.

MUTTER, R.; ROSKO, M. The impact of ownership on the cost-efficiency of US hospitals. In: BLANK, J.; VALDMANIS, V. (Coord). **Evaluating hospital policy and performance: contributions from hospital policy and productivity research**. 1 ed. New York: Elsevier, 2008. p. 113-138.

NADZAM, D.M.; LOEB, J.M. Measuring and improving the performance of health care providers: Accreditation in the 21st century. **American Journal of Infection Control**, v. 26, n. 2, p. 126-135, abr. 1998.

NISHIKUNI, Y.Y. MINUCI, E.G. **Comparação das médias dos indicadores: hospitais selados e os gerais**. 1. ed. São Paulo-SP: Compromisso com a Qualidade Hospitalar (CQH), 2006.

NOGUEIRA, L.C. **Gerenciando pela qualidade total na Saúde**. 3. ed. Belo Horizonte-MG: Livrocerto, 2008. 134 p.

ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO E DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (OCDE). **OCDE Health Data 2012: frequently requested data**. Disponível em: <http://www.oecd.org/document/60/0,3746,en_2649_33929_2085200_1_1_1_1,00.html>. Acesso em: 19 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **World Health Statistics 2012**. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat/2011/en/index.html>>. Acesso em: 19 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). WHO Regional Office. **How can hospital performance be measured and monitored?**. Copenhagen, ago. 2003. 17 p.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). WHO Regional Office. **Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: A need for clarifying the concepts and defining the main dimensions**. Copenhagen, jan. 2003. 20 p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Manual das organizações prestadoras de serviços de saúde**. Brasília: 6 ed., 2010. 203 p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **NO 1/3.14: Documentos de Avaliação**. Brasília, 2010. 90 p.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **ONA atinge 300 certificações válidas, com segurança e qualidade em serviços de saúde**. 2012. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Noticia/158/ONA-atinge-300-certificacoes-validas-com-seguranca-e-qualidade-em-servicos-de-saude>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Histórico**. 2012. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/23/Historico>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Organizações Certificadas**. 2012. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas>>. Acesso em: 16 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Instituições Acreditadoras**. 2012. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/28/Instituicoes-Acreditadoras>>. Acesso em: 18 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **O que é Acreditação?**. 2012. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/27/O-que-e-Acreditacao>>. Acesso em: 19 jun. 2012.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Diagnóstico Organizacional**. 2012. Disponível em: <<https://www.ona.org.br/Pagina/33/Avaliacao-e-Certificacao>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

PETERSON, E.D.; ROE, M.D.; MULGUND, J.; DELONG, E.R.; LYTTLE, B.L.; BRINDIS, R.G.; SMITH, S.C.; POLLACK, C.V.; NEWBY, L.K.; HARRINGTON, R.A.; GIBLER, W.B.; OHMAN, E.M. Association between hospital process performance and outcomes among patients with acute coronary syndromes. **The Journal of the American Medical Association**, v. 295, n. 16, p. 1912-1920, abr. 2006.

PETTERSEN, I.J.; NYLAND, K. Management and control of public hospitals: the use of performance measures in Norwegian hospitals. A case-study. **International Journal of Health Planning and Management**, v. 21, n. 2, p. 133-149, abr./jun. 2006.

POSNETT, J. Are bigger hospitals better?. In: MCKEE, M.; HEALY, J. (Coord). **Hospitals in a changing Europe: European observatory on health care systems series**. 1 ed. Buckingham: Open University Press, 2002. p. 100-118.

PRICE, C. The Joint Commission Safety Goals: Applying Practice, Policy and Monitoring your Unit. **Journal of PeriAnesthesia Nursing**, New York, v. 24, n. 3, p. 4, jun. 2009.

PURBEY, S.; MUKHERJEE, K.; BHAR, M. Performance measurement system for healthcare processes. **International Journal of Productivity and Performance Management**, v. 56, n. 3, p. 241-251, 2007

QUINTO NETO, A. Processo de Acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 12, n. 1, p. 83-87, 2004.

QUINTO NETO, A. **Processo de Acreditação: A Busca da Qualidade nas Organizações de Saúde**. 1 ed. Porto Alegre: Dacasa, 2000. 136 p.

RABBANI, F. **Science and practice of balanced scorecard in a hospital in Pakistan: Feasibility, context, design and implementation**. 2010. 96 p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Department of Public Health Sciences, Karolinska Institute, Stockholm, 2010.

RD CONSULTORIA. **ONA: Diagnóstico Organizacional**. 2011. Disponível em: <<http://www.rdconsultoria.com.br/ona.asp>>. Acesso em 15 jun. 2012.

ROTTA, C.G. **Utilização de indicadores de desempenho hospitalar como instrumento gerencial**. 2004. 143 p. Tese (Doutorado em Administração Hospitalar) – Departamento de Prática de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

RUIZ, U.; SIMON, J. Quality Management in Health Care: a 20-year journey. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 17, n. 6, p. 323-333, 2004.

SARI, N. Efficiency outcomes of market concentration and managed care. **International Journal of Industrial Organization**, v. 21, n. 10, p. 1571-1589, 2003

SCHIESARI, L.C. **Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas**. 1999. 162 p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

SCHIESARI, L.C.; KISIL, M. Avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, Porto Alegre, v. 5, n. 18, p. 7-17, jan./mar. 2003.

SCHMALTZ, S.P.; WILLIAMS, S.C.; CHASSIN, M.R.; LOEB, J.M.; WACHTER, R.M. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission Accreditation. **Journal of Hospital Medicine**, v. 6, n. 8, p. 454-461, out. 2011.

SCHUHMANN, T.M. Hospital financial performance: trends to watch. **Healthcare financial management**, v. 62, n. 7, p. 59-66, jul. 2008.

SHAW, C. Evaluating accreditation. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 15, n. 6, p. 455-456, 2003.

SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, A.P.; BARNSLEY, J.; BÉLAND, F.; LEGGAT, S.G.; DENIS, J.L.; BILODEAU, H.; LANGLEY, A.; BRÉMOND, M.; BAKER, G.R. A conceptual framework for the analysis of health care organizations' performance. **Health Services Management Research**, v. 11, n. 1, p. 24-48, 1998.

SICOTTE, M.R. Avaliação da eficiência e da qualidade em hospitais. **Acta Médica Portuguesa**, Lisboa, v. 20, n. 1, p. 471-490, jun. 2007.

SILVA, M.O.; BARRETO, I.G.; SOUSA, M.V.; LUCENA, W.L. Uma análise comparativa dos indicadores de desempenho de uma entidade de saúde pública de Caruaru-PE: um aplicativo estratégico do balanced scorecard. In: CONGRESSO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 3., 2006, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2006. p. 1-16.

SMITS, P.A.; CHAMPAGNE, F.; CONTANDRIOPOULOS, D.; SICOTTE, C.; PREVAL, J. Conceptualizing performance in accreditation. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 20, n. 1, p. 47-52, nov. 2007.

SURARATDECHA, C.; OKUNADE, A.A. Measuring operational efficiency in a health care system: A case study from Thailand. **Health Policy**, v. 77, n. 1, p. 2-23, jun. 2006.

SYNODINOS, N.E. The art of questionnaire construction: some important considerations for manufacturing studies. **Integrated Manufacturing Systems**, v. 14, n. 3, p. 221-237, 2003.

THIMMING, R.A. **Aplicação do modelo de sistemografia para a elaboração de um método de acreditação de instituição de saúde**. 2008. 221 p. Tese (Doutorado em Engenharia Mecânica) – Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

TIEMANN, O.; SCHREYOGG, J. Effects of ownership on hospital efficiency in Germany. **Business Research**, v. 2, n. 2, p. 115-145, dez. 2009.

TIEMANN, O.; SCHREYOGG, J.; BUSSE, R. Hospital ownership and efficiency: a review of studies with particular focus on Germany. **Health Policy**, v. 104, n. 2, p. 163-171, fev. 2012.

TOUATI, N.; POMEY, M.P. Accreditation at a Crossroads: Are we on the right track?. **Health Policy**, 2009.

VECINA NETO, G.; MALIK, A.M. Tendências na Assistência Hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12, n.4, p. 825-839, jul/ago. 2007.

VEILLARD, J.F.; CHAMPAGNE, N.; KLAZINGA, V.; KAZANDJIAN, O.A.; ARAH, A.L.; GUISSSET, A.L. A performance assessment framework for hospitals: the WHO Regional Office for Europe PATH Project. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 17, n. 6, p. 487-496, 2005.

VIEIRA, E.F. **Características da medição de desempenho organizacional: um estudo descritivo nos hospitais do Estado do Rio Grande do Norte**. 2008. 105 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Contábeis) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.

WAGGONER, D.B.; NEELY, A.D.; KENNERLY, M.P. The forces that shape organizational performance measurement systems: an interdisciplinary review. **International Journal of Production Economics**, v.60-61, p. 53-60, 1999.

WARDHANI, V.; UTARINI, A.; DIJK, J.P.; POST, D.; GROOTHOFF, J.W. Determinants of Quality Management Systems implementation in hospitals. **Health Policy**, n. 89, p. 239-251, 2009.

WATCHARASRIROJ, B.; TANG, J.S. The effects of size and information technology on hospital efficiency. **Journal of High Technology Management Research**, v. 15, n. 1, p. 1-16, fev. 2004.

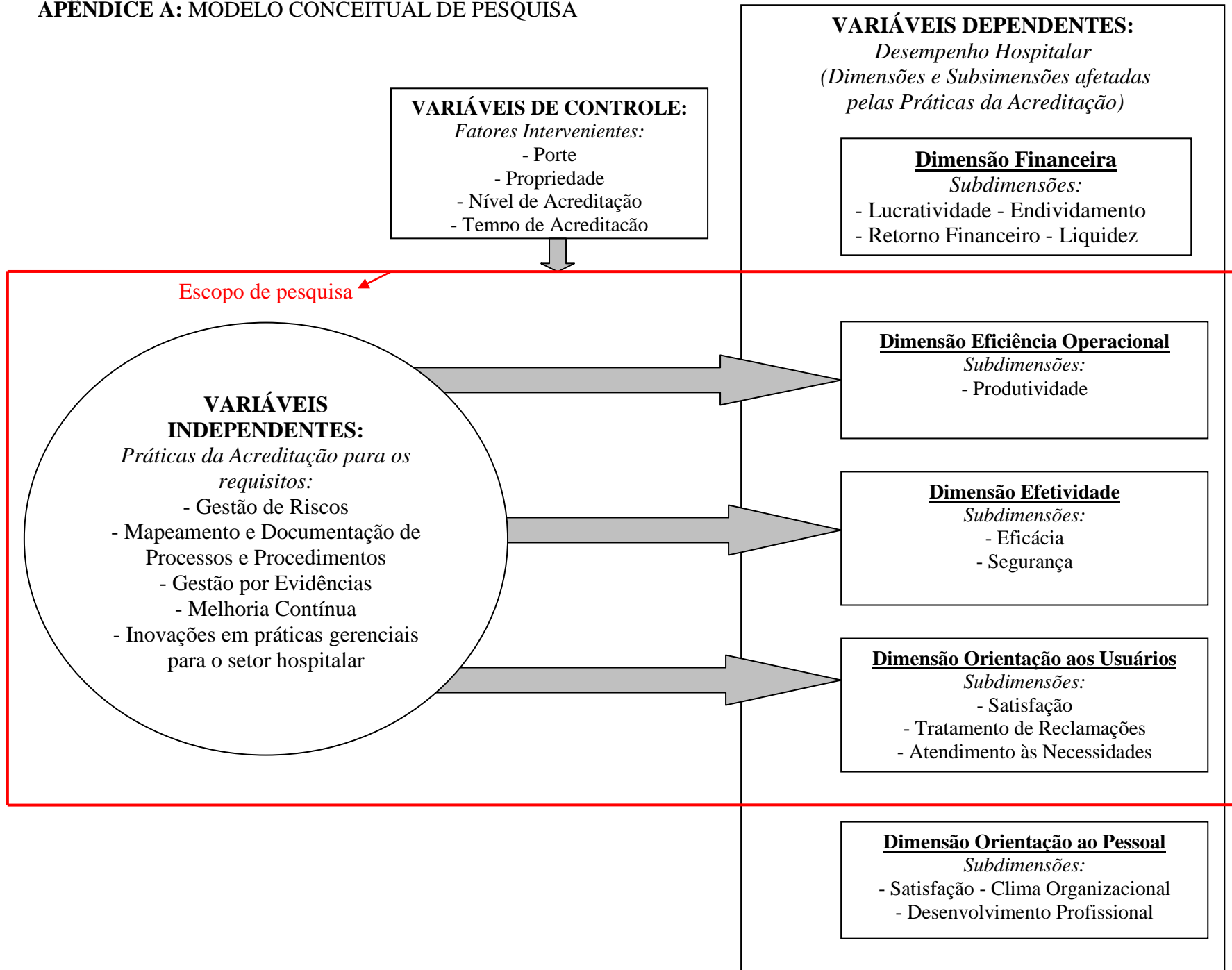
WEINER, B.J.; SHORTELL, S.M.; ALEXANDER, J.A. Promoting clinical involvement in hospital quality improvement efforts: The effects of top management, board and physician leadership. **Health Services Research**, v. 32, n. 4, p. 491-510, out. 1997.

WERBLOW, A.; KARMANN, A.; ROBRA, B.P. Effizienz, Wettbewerb und regionale Unterschiede in der stationären Versorgung. In: **KRANKENHAUSREPORT, K. Schwerpunkt: Krankenhausversorgung in der Krise?**. 1 ed. Stuttgart: Schattauer, 2010. p. 41-70.

ZUCCHI, P.; BITTAR, O.V.; HADDAD, N. Produtividade em hospitais de ensino no Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 4, n. 5, p. 311-316, nov. 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A: MODELO CONCEITUAL DE PESQUISA



APÊNDICE B: QUESTIONÁRIO ESTRUTURADO DA PESQUISA SURVEY

A) Dados Gerais:	
Nome do Hospital:	
Cargo do Respondente:	
O Hospital é: () Público () Privado	
Número Total de Leitos:	
O Hospital é Acreditado desde:	Nível Atual de Acreditação:
Ano de Obtenção do Nível de Acreditação Atual:	

B) Desempenho Hospitalar							
Melhoria percebida do desempenho do hospital após a Acreditação (independente do nível de Acreditação) nas dimensões a seguir, conforme a escala:							
(1) = melhorou muito abaixo das expectativas (2) = melhorou abaixo das expectativas (3) = melhorou dentro das expectativas (4) = melhorou acima das expectativas (5) = melhorou muito acima das expectativas							
B1) Dimensão do Desempenho Hospitalar: Eficiência Operacional			Melhoria Percebida				
B1.1) Subdimensão: Produtividade			1	2	3	4	5
1. O aproveitamento dos recursos disponíveis (equipamentos, instalações, insumos, medicamentos, materiais, etc.) para produzir os melhores resultados <i>ao paciente</i>							
2. A utilização dos recursos disponíveis de modo a minimizar desperdícios (tempo, recursos financeiros, materiais, medicamentos, etc.)							
3. O Tempo Médio de Permanência em Internação							
4. A Taxa de Rotatividade de Leitos							
B2) Dimensão do Desempenho Hospitalar: Efetividade			Melhoria Percebida				
B2.1) Subdimensão: Eficácia			1	2	3	4	5
5. A incidência de erros de medicação aos pacientes							
6. A taxa de mortalidade							
B2.2) Subdimensão: Segurança			Melhoria Percebida				
			1	2	3	4	5
7. Os indicadores que medem riscos e eventos adversos (flebite, quedas, úlcera por pressão, extubação acidental, saída espontânea de sonda, etc.)							
8. O número de notificações de riscos e eventos adversos realizadas, em relação à meta mensal estipulada							
9. A taxa de infecção hospitalar							
B3) Dimensão do Desempenho Hospitalar: Orientação aos Usuários			Melhoria Percebida				
B3.1) Subdimensão: Satisfação			1	2	3	4	5
10. O nível de satisfação dos pacientes							
11. A utilização dos dados de satisfação dos pacientes na definição de oportunidades de melhoria do atendimento e no projeto de novos serviços							
12. O atendimento aos pacientes e seus familiares (orientações e conforto das instalações)							

B3.2) Subdimensão: Atendimento às Necessidades dos Usuários	Melhoria Percebida				
	1	2	3	4	5
13. A consideração das necessidades específicas de cada paciente pelos profissionais na prestação dos serviços					
B3.3) Subdimensão: Tratamento de Reclamações dos Usuários	Melhoria Percebida				
	1	2	3	4	5
14. A ocorrência mensal de reclamações recebidas de pacientes					
15. A aprendizagem e melhorias geradas à prestação dos serviços a partir da análise crítica das reclamações dos pacientes					

C) Práticas da Acreditação					
Indique o status de implantação das práticas da Acreditação a seguir, de acordo com a escala:					
(1) = não implantado (2) = começando a implantar (3) = parcialmente implantado (4) = consideravelmente implantado (5) = completamente implantado e melhorado periodicamente					
C1) Segurança e Legislação	Status de Implantação				
	1	2	3	4	5
1. Manutenção de equipes de profissionais habilitados, capacitados e compatíveis, em quantidade e especialidades, com a demanda dos serviços					
2. Apresentar instalações físicas e equipamentos adequados e compatíveis, em quantidade, com a demanda dos serviços					
3. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, assistenciais, profissionais e ocupacionais					
4. Elaboração e uso de Protocolos para prevenção de riscos e eventos adversos					
5. Uso de Dispositivos de gestão à vista (carimbos, pulseiras de identificação, placas de identificação de leitos, etc.) para auxiliar a prevenção de riscos e eventos adversos					
6. Comissão de Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos para monitorá-los, medi-los e responsabilizar-se pela Gestão da Segurança dos pacientes					
7. Iniciativas de Farmacovigilância e Tecnovigilância (registros, capacitação e conscientização dos profissionais e Comissão de Gerenciamento)					
8. Gerenciamento de estoques e suprimentos (medicamentos, materiais, etc.) com foco na segurança, isto é, para evitar desabastecimentos e falta principalmente nos meses em que a demanda por atendimento é elevada					
C2) Gestão de Processos	Status de Implantação				
	1	2	3	4	5
9. Os processos, suas interações, seus fornecedores e clientes (internos e externos) e as interações fornecedores-clientes dos processos estão identificados e documentados					
10. Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada pelos profissionais					
11. As ocorrências em serviços e processos são registradas e, periodicamente, analisadas em reuniões de Análise Crítica					

12. Nas reuniões de Análise Crítica, são definidas oportunidades de melhoria e estas são implantadas e evidenciadas para melhoria de desempenho dos serviços					
13. Os indicadores são continuamente melhorados e utilizados para definição das temáticas de capacitação dos profissionais e para identificação de oportunidades de melhoria					
C3) Inovação e Excelência na Gestão	Status de Implantação				
	1	2	3	4	5
14. Inovações em abordagens de gestão (<i>Lean, Seis Sigma, Lean-sigma, FMEA, etc</i>)					
15. Indicadores de desempenho são avaliados internamente com base em referenciais externos pertinentes (hospitais do exterior, padrões internacionais, hospitais referências, etc.)					
16. Análises Críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria focadas em inovação					
17. Planejamento, Melhoria Contínua e investimentos em estrutura, novas tecnologias e capacitação profissional contínua em procedimentos mais atualizados e/ou inovadores					

D) Dificuldades Enfrentadas pelo Hospital em relação às Práticas de Acreditação	
Assinale as 3 principais(ou maiores) dificuldades enfrentadas pelo Hospital em relação às práticas da Acreditação. (Favor ler todas as alternativas e assinalar apenas as 3 maiores dificuldades no seu caso.)	
1. Resistência, Falta de envolvimento e de Conscientização dos profissionais para a importância da aplicação, manutenção, monitoramento e melhoria das práticas da Acreditação implantadas (registros, protocolos, indicadores, etc.)	
2. Dificuldade em determinar as oportunidades de melhoria dos processos e as temáticas a serem abordadas nos programas de capacitação dos profissionais do hospital	
3. Falta de participação ou apoio da Alta Administração nas iniciativas de incentivo e monitoramento das práticas da Acreditação adotadas ou em implantação	
4. Falta de Apoio da Alta Administração em fornecer os investimentos e recursos necessários à manutenção e melhoria contínua das práticas da Acreditação	
5. Falta de Apoio da Alta Administração em fornecer investimentos e recursos necessários para inovações gerenciais (<i>FMEA, Lean, Seis Sigma, Lean-Sigma, etc.</i>)	
6. Dificuldade em estabelecer indicadores que traduzam a verdadeira realidade de desempenho dos processos	
7. Dificuldade de consolidação da Gestão por Evidências (basear o processo de tomada de decisão e de melhoria contínua dos processos em dados e indicadores de desempenho)	
8. Dificuldade de realizar investimentos em estrutura (instalações, profissionais, equipamentos, novas tecnologias, sinalizações, e outros dispositivos)	

E) Perspectivas (tendências) em relação às Práticas da Acreditação	
Assinale as 3 principais perspectivas (tendências) para o Hospital em relação às práticas da Acreditação:	
1. Manter o nível atual de Acreditação	
2. Obter nível superior de Acreditação	
3. Ampliar a base de indicadores de desempenho utilizados, por meio da implantação de um número maior de indicadores associados aos processos do Hospital	
4. Consolidar a Gestão por Evidências de melhoria dos processos baseada na Análise Crítica dos indicadores (basear o processo de tomada de decisão e de melhoria contínua dos processos em dados e indicadores de desempenho)	
5. Realizar investimentos em estrutura (contratação de profissionais, instalações físicas, equipamentos, aparelhagem, novas tecnologias), adequando-a às necessidades dos serviços do hospital	
6. Adotar inovações em práticas de gestão (Exemplos: FMEA, Lean, Seis Sigma, Lean-Sigma)	
7. Realizar análise comparativa dos resultados dos indicadores do Hospital com os de Hospitais Nacionais de reconhecida Excelência	
8. Realizar análise comparativa dos resultados dos indicadores do Hospital com referenciais internacionais (hospitais do exterior, padrões internacionais, Associações internacionais (IQIP, CDC, OMS etc.))	
9. Obter certificação internacional específica dos serviços de saúde (por exemplo: <i>Joint Commission</i> , ou outras)	
10. Obter certificação ISO: () Série 9001 () Série 14001 () OHSAS 18001	

APÊNDICE C: Correlações entre variáveis dos constructos, nível Acreditação

	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
V1	0.370	-0.13	0.516	0.000	-0.52	0.258	0.258	0.293	0.494	-0.26	-0.45	0.000	-0.36	0.121	0.349	0.239	0.586
V2	0.657	0.441	0.500	0.000	-0.63	0.500	0.000	0.000	0.000	-0.500	0.000	-0.500	0.000	-0.585	0.000	0.000	0.378
V3	0.474	0.754	0.630	0.000	-0.611	-0.126	0.315	0.286	0.008	-0.315	0.073	-0.441	0.312	0.804	-0.071	0.007	0.667
V4	0.690	0.873	0.577	0.000	-0.291	0.000	0.000	0.218	0.207	0.000	0.333	0.000	0.408	-0.473	0.195	0.267	0.582
V5	-0.157	-0.068	0.717	0.418	-0.166	0.060	0.060	0.632	0.121	0.060	-0.621	0.418	-0.211	0.203	0.807	0.759	0.700
V6	0.000	0.378	0.000	-0.500	0.000	-0.500	0.500	0.000	-0.418	0.000	0.000	0.500	0.000	0.000	0.169	0.000	0.000
V7	-0.226	0.190	0.567	0.567	0.262	0.189	-0.189	0.571	-0.113	0.189	-0.218	0.378	0.000	0.199	0.680	0.720	0.310
V8	0.069	0.145	0.000	0.577	0.582	0.577	0.000	-0.218	-0.207	0.577	0.333	0.577	0.408	0.135	0.650	0.800	-0.145
V9	0.000	0.088	0.527	0.000	-0.619	0.059	0.761	0.177	-0.469	-0.410	-0.608	0.000	-0.207	-0.418	0.415	0.297	0.516
V10	0.339	0.643	0.567	0.000	-0.143	-0.189	0.378	0.286	-0.045	0.189	0.000	0.567	0.267	-0.177	0.638	0.611	0.619
V11	0.142	0.093	0.170	0.283	-0.150	0.510	0.793	-0.342	-0.582	0.057	-0.131	0.283	0.200	-0.384	0.592	0.621	0.150
V12	0.300	0.339	0.239	0.000	-0.105	0.538	0.538	-0.271	-0.607	-0.120	-0.069	0.418	0.000	-0.217	0.632	0.524	0.000
V13	0.560	0.708	0.468	0.000	0.022	0.000	0.000	0.177	0.168	0.293	0.270	0.585	0.331	-0.041	0.586	0.588	0.472
V14	0.539	0.568	0.176	-0.293	-0.310	0.117	0.761	-0.354	-0.469	-0.059	0.135	0.351	0.248	-0.466	0.375	0.297	0.206
V15	0.068	-0.136	0.226	0.283	-0.128	0.396	0.623	-0.171	-0.277	0.170	-0.327	0.510	0.040	-0.060	0.764	0.745	0.307

APÊNDICE D: *Correlações entre variáveis dos constructos, nível Acreditação Plena*

	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
V1	0.373	-0.085	-0.192	-0.365	0.267	0.190	0.289	0.329	-0.266	-0.266	-0.124	-0.368	-0.384	0.405	0.040	0.124	-0.083
V2	0.190	-0.076	0.082	-0.129	0.555	-0.012	0.353	0.341	-0.046	-0.280	-0.081	-0.226	-0.006	0.321	-0.012	0.123	-0.217
V3	0.219	0.273	0.542	-0.047	0.547	0.183	0.435	0.304	0.185	-0.180	-0.070	-0.092	-0.086	0.268	0.394	0.331	0.101
V4	0.021	0.196	0.459	-0.183	0.425	0.275	0.223	0.134	0.274	-0.065	-0.099	-0.082	-0.228	0.260	0.400	0.196	0.231
V5	0.359	0.036	0.285	0.586	0.176	-0.115	0.536	0.331	0.398	0.249	0.312	0.366	0.496	-0.135	0.767	0.832	0.602
V6	0.091	-0.091	0.273	-0.155	0.329	0.432	0.279	0.392	0.184	0.184	0.188	0.111	-0.145	0.501	0.244	0.083	0.170
V7	0.702	0.321	0.333	0.270	0.616	0.065	0.577	0.425	0.209	0.024	0.154	0.161	0.165	0.274	0.573	0.753	0.384
V8	0.360	0.318	0.308	0.180	0.351	0.234	0.197	0.041	0.483	0.316	0.162	0.293	0.058	0.078	0.595	0.525	0.637
V9	0.660	-0.153	0.419	0.585	0.479	0.300	0.796	0.804	0.215	0.427	0.652	0.482	0.510	0.450	0.392	0.592	0.301
V10	0.093	0.328	0.310	0.000	0.072	-0.259	0.102	0.031	-0.237	-0.479	-0.283	-0.391	-0.048	-0.171	-0.272	-0.118	-0.519
V11	0.312	0.139	0.542	0.140	0.479	0.183	0.552	0.327	-0.065	-0.276	-0.021	-0.208	0.040	0.172	0.110	0.209	-0.142
V12	0.415	0.381	0.329	-0.104	0.305	0.183	0.311	0.072	-0.093	-0.350	-0.218	-0.438	-0.225	-0.043	-0.063	0.051	-0.233
V13	0.210	0.135	0.030	-0.318	0.141	0.361	0.052	-0.104	-0.196	-0.196	-0.236	-0.284	-0.560	0.282	0.278	0.157	0.315
V14	-0.079	0.135	-0.365	0.058	-0.225	0.781	-0.392	-0.364	0.421	0.112	0.105	0.181	0.243	-0.615	0.202	0.341	0.131
V15	0.132	0.324	0.000	0.140	-0.023	0.681	-0.091	-0.207	-0.161	-0.372	-0.147	-0.048	0.040	-0.266	0.248	0.460	0.020

APÊNDICE E: *Correlações entre variáveis dos constructos, Acreditação por Excelência*

	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
V1	-0.168	-0.181	0.371	0.454	0.287	0.181	0.136	0.036	-0.227	0.104	0.113	0.213	0.371	-0.411	0.707	-0.174	0.718
V2	-0.389	-0.418	-0.190	-0.524	-0.332	0.000	-0.118	0.167	-0.175	-0.442	-0.043	0.041	-0.143	0.000	-0.467	0.442	-0.632
V3	-0.229	-0.210	0.060	0.152	0.244	0.237	-0.384	-0.277	0.041	0.210	0.648	0.544	0.582	-0.315	0.101	-0.597	0.420
V4	0.048	0.094	-0.532	-0.520	-0.329	-0.310	-0.542	0.062	0.034	0.257	-0.008	-0.162	0.000	0.059	-0.704	0.153	-0.587
V5	0.257	0.211	0.792	0.607	0.738	0.465	0.765	0.093	0.124	0.171	0.258	0.316	0.414	0.008	0.677	0.263	0.668
V6	0.271	0.162	0.553	0.677	0.428	0.162	0.153	0.162	0.000	0.249	0.370	0.509	0.553	0.031	0.633	-0.031	0.826
V7	0.199	0.357	0.406	0.373	0.472	0.065	0.605	0.648	0.678	0.056	0.333	0.280	0.365	0.200	0.199	0.240	0.490
V8	0.446	0.640	0.607	0.805	0.744	0.474	0.511	0.178	0.433	0.544	0.138	0.020	0.212	0.538	0.650	0.003	0.649
V9	0.239	0.214	0.699	0.807	0.416	0.643	0.364	0.100	0.120	0.069	0.267	0.478	0.146	0.541	0.691	-0.069	0.499
V10	0.060	0.324	0.295	0.474	0.514	0.647	0.000	-0.259	0.271	0.467	0.370	0.191	0.221	0.307	0.331	-0.467	0.306
V11	-0.232	-0.135	0.487	0.634	0.186	0.568	0.056	0.114	-0.260	-0.021	0.045	0.271	0.092	0.185	0.791	-0.120	0.465
V12	0.472	0.543	0.371	0.454	0.287	0.543	0.239	0.036	0.151	0.418	-0.038	0.000	-0.124	0.754	0.236	0.209	-0.103
V13	-0.212	0.146	-0.456	-0.116	-0.095	-0.146	-0.506	-0.218	0.041	0.322	-0.149	-0.435	-0.122	-0.111	-0.091	-0.542	0.003
V14	0.000	0.280	0.191	0.235	0.148	0.280	0.317	-0.168	-0.117	-0.108	-0.524	-0.551	-0.574	0.478	0.365	0.108	-0.053
V15	0.423	0.447	0.197	0.242	-0.056	-0.026	0.176	0.299	-0.121	0.033	-0.445	-0.282	-0.359	0.732	0.144	0.627	-0.159

APÊNDICE F: *Correlações entre variáveis dos constructos para hospitais de médio porte*

	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
V1	-0.219	-0.367	-0.087	0.308	0.174	0.264	-0.072	-0.037	0.202	0.173	-0.150	-0.113	-0.150	0.145	0.107	0.192	0.000
V2	-0.065	-0.039	0.208	0.124	0.091	-0.099	0.065	0.350	0.070	-0.453	-0.011	-0.178	0.224	0.108	-0.275	0.101	-0.330
V3	0.263	0.325	0.431	0.077	0.459	0.031	0.129	-0.003	0.296	0.203	0.425	0.064	0.490	0.135	-0.259	-0.228	0.069
V4	-0.088	0.205	0.361	-0.084	0.084	0.083	-0.220	0.007	0.257	0.043	0.284	-0.020	0.222	0.142	-0.250	-0.255	0.092
V5	0.239	-0.243	0.276	0.664	0.529	0.199	0.804	0.378	0.372	0.592	0.287	0.508	0.483	0.311	0.601	0.608	0.528
V6	-0.043	-0.006	0.417	-0.003	-0.002	0.197	0.099	-0.041	-0.156	0.275	0.204	0.488	0.038	0.354	0.450	0.060	0.361
V7	0.050	0.113	0.176	0.290	0.528	0.044	0.556	0.553	0.392	0.169	0.234	0.192	0.380	0.137	0.003	0.286	0.049
V8	0.272	0.229	0.351	0.311	0.351	0.546	0.248	-0.163	0.560	0.692	0.280	0.282	0.116	0.074	0.263	-0.075	0.620
V9	0.299	-0.199	0.537	0.669	0.103	0.294	0.690	0.442	-0.011	0.337	0.208	0.624	0.338	0.478	0.844	0.781	0.459
V10	0.444	0.669	0.261	-0.051	0.583	-0.208	0.294	0.029	-0.014	0.206	0.262	0.246	0.398	0.066	-0.187	-0.019	-0.257
V11	0.019	0.005	0.511	0.287	0.229	0.085	0.347	0.397	-0.256	-0.206	-0.036	0.390	0.142	0.488	0.312	0.497	-0.263
V12	0.274	0.454	0.373	0.021	0.466	0.223	0.214	-0.080	-0.347	-0.093	-0.081	0.243	-0.101	0.253	0.019	-0.021	-0.394
V13	-0.023	0.354	-0.195	-0.432	0.118	-0.206	-0.180	-0.264	0.221	0.389	0.241	-0.036	0.066	-0.250	-0.264	-0.451	0.177
V14	0.135	0.259	-0.098	-0.177	-0.100	-0.532	0.222	-0.238	-0.026	-0.077	-0.091	0.169	0.047	-0.405	0.158	0.116	0.000
V15	-0.048	-0.083	0.160	0.280	0.055	-0.090	0.119	0.058	-0.347	-0.121	-0.179	0.328	-0.030	0.282	0.408	0.610	-0.207

APÊNDICE G: *Correlações entre variáveis dos constructos para hospitais de grande porte*

	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
V1	0.059	-0.101	0.117	-0.072	0.258	0.063	-0.045	0.346	0.052	-0.030	-0.010	0.067	-0.071	0.241	0.319	-0.076	0.398
V2	0.283	-0.192	0.001	-0.372	0.292	0.285	0.403	0.258	-0.095	-0.138	0.049	-0.027	-0.118	0.250	-0.034	0.358	-0.247
V3	-0.234	-0.053	0.173	-0.022	0.093	0.114	-0.052	0.068	-0.091	-0.273	0.131	0.122	0.049	-0.226	0.304	-0.115	0.396
V4	0.388	0.088	-0.314	-0.471	-0.283	-0.088	0.141	0.052	-0.096	-0.048	-0.339	-0.409	-0.374	-0.155	-0.103	0.224	-0.257
V5	0.220	0.515	0.782	0.552	0.382	0.015	0.511	0.279	0.279	-0.011	0.172	0.368	0.294	-0.025	0.813	0.630	0.687
V6	0.236	0.138	0.345	0.267	0.516	0.063	0.297	0.567	0.052	-0.030	0.182	0.223	0.203	0.241	0.488	0.196	0.556
V7	0.492	0.435	0.602	0.507	0.557	0.104	0.679	0.513	0.100	-0.109	0.078	0.209	0.114	0.340	0.740	0.744	0.630
V8	0.433	0.499	0.390	0.550	0.632	0.261	0.507	0.123	0.176	0.212	0.073	0.068	0.133	0.242	0.746	0.548	0.645
V9	0.109	-0.128	0.216	0.495	0.239	0.233	0.357	0.437	0.301	0.141	0.228	0.084	0.066	0.253	0.304	0.111	0.457
V10	-0.365	0.098	0.519	0.430	0.067	0.260	0.046	0.033	-0.163	-0.236	-0.107	-0.103	-0.079	0.129	0.465	-0.044	0.104
V11	0.041	0.195	0.492	0.535	0.566	0.560	0.398	0.124	-0.153	0.148	0.150	0.043	0.243	0.042	0.630	0.245	0.365
V12	0.412	0.217	0.071	0.113	0.258	0.504	0.505	0.084	0.052	0.183	-0.128	-0.404	-0.203	0.209	0.159	0.229	-0.153
V13	0.305	0.052	-0.114	0.116	0.137	0.309	0.051	0.019	-0.171	0.048	-0.278	-0.267	-0.338	0.331	0.354	0.170	0.138
V14	0.000	0.061	-0.273	0.119	0.041	-0.040	-0.019	-0.363	0.161	0.371	0.057	-0.110	0.059	-0.107	0.180	0.220	-0.037
V15	0.499	0.559	0.004	0.178	0.089	-0.305	0.308	0.029	0.029	0.116	-0.353	-0.319	-0.182	0.232	0.240	0.529	0.072

APÊNDICE H: *Correlações entre variáveis dos constructos para hospitais públicos*

	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
V1	0.277	0.231	0.113	-0.170	-0.661	-0.655	-0.111	0.371	0.371	-0.060	-0.478	-0.478	-0.172	-0.171	0.053	-0.108	0.443
V2	0.293	0.000	0.400	0.000	0.000	0.500	0.342	0.000	0.000	-0.474	0.474	0.000	0.354	-0.352	-0.328	0.237	-0.342
V3	0.548	0.846	0.551	0.245	0.082	0.164	0.500	0.327	0.327	-0.207	-0.155	-0.155	-0.110	-0.132	0.613	0.435	0.303
V4	0.548	0.846	0.551	0.245	0.082	0.164	0.500	0.327	0.327	-0.207	-0.155	-0.155	-0.110	-0.132	0.613	0.435	0.303
V5	0.181	0.528	0.678	0.088	0.146	-0.390	0.529	0.389	-0.096	-0.278	-0.509	0.046	-0.128	-0.206	0.841	0.801	0.419
V6	0.309	0.546	0.387	0.387	0.245	-0.382	0.421	0.744	0.363	0.621	-0.052	0.362	0.287	-0.011	0.603	0.347	0.399
V7	0.437	0.717	0.784	0.592	0.505	0.241	0.667	0.593	-0.037	-0.091	-0.137	0.228	0.049	0.155	0.757	0.722	0.390
V8	0.443	0.777	0.327	0.498	0.439	0.195	0.419	0.303	0.005	0.185	-0.185	-0.185	-0.005	-0.054	0.667	0.389	0.362
V9	0.279	0.208	0.265	0.592	0.306	0.204	0.339	0.334	0.334	0.387	0.194	0.581	0.165	0.615	0.268	0.174	0.418
V10	-0.134	0.179	0.063	0.063	0.188	-0.250	0.122	-0.123	-0.123	0.000	-0.474	0.119	-0.341	0.226	0.632	0.344	0.403
V11	0.270	0.446	0.136	0.427	0.583	0.000	0.460	-0.106	-0.355	0.276	-0.230	-0.230	0.182	-0.317	0.637	0.585	0.408
V12	-0.239	0.125	-0.265	-0.061	0.306	0.204	-0.139	-0.512	-0.512	-0.194	-0.387	-0.387	-0.433	-0.041	0.344	0.077	-0.020
V13	-0.005	0.256	-0.104	0.202	0.082	-0.273	-0.059	-0.054	-0.054	0.155	-0.569	-0.155	-0.419	0.367	0.526	0.072	0.564
V14	-0.443	-0.231	-0.624	-0.340	0.189	-0.189	-0.221	-0.557	-0.124	0.478	0.060	0.060	0.057	-0.342	0.053	-0.161	-0.277
V15	0.118	0.371	0.005	0.182	0.303	-0.303	0.266	-0.160	-0.198	0.240	-0.431	-0.240	-0.051	-0.239	0.658	0.436	0.468

APÊNDICE I: *Correlações entre variáveis dos constructos para hospitais privados*

	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
V1	-0.129	-0.318	0.142	0.187	0.362	0.385	0.128	0.090	-0.131	-0.092	0.097	0.098	-0.017	0.192	0.364	0.016	0.243
V2	0.025	-0.107	-0.008	-0.115	0.231	-0.041	0.173	0.390	-0.043	-0.260	-0.107	-0.136	-0.028	0.278	-0.066	0.244	-0.242
V3	-0.099	-0.048	0.216	-0.021	0.399	0.122	-0.002	0.011	0.043	0.098	0.410	0.279	0.389	0.001	-0.029	-0.311	0.256
V4	0.003	-0.018	-0.310	-0.412	0.011	-0.049	-0.362	0.012	0.247	0.291	0.012	-0.083	-0.038	0.147	-0.359	0.023	-0.183
V5	0.246	-0.062	0.466	0.804	0.486	0.248	0.621	0.271	0.379	0.360	0.405	0.480	0.531	0.131	0.687	0.483	0.686
V6	0.138	0.006	0.461	0.147	0.268	0.322	0.237	0.188	-0.068	-0.023	0.338	0.356	0.146	0.341	0.417	0.039	0.481
V7	0.319	0.149	0.226	0.333	0.663	0.111	0.417	0.514	0.375	0.145	0.326	0.313	0.304	0.402	0.349	0.507	0.408
V8	0.290	0.249	0.332	0.411	0.611	0.424	0.195	-0.004	0.468	0.527	0.263	0.297	0.174	0.367	0.524	0.354	0.609
V9	0.398	-0.123	0.558	0.638	0.165	0.315	0.781	0.532	0.077	0.151	0.332	0.330	0.310	0.251	0.631	0.459	0.489
V10	0.210	0.498	0.476	0.199	0.386	0.063	0.101	0.022	-0.017	0.040	0.224	0.036	0.335	0.053	-0.098	-0.230	-0.208
V11	0.005	-0.044	0.642	0.431	0.304	0.408	0.392	0.342	-0.192	-0.206	0.135	0.200	0.182	0.277	0.410	0.159	-0.008
V12	0.431	0.355	0.324	0.089	0.341	0.406	0.252	0.157	-0.078	0.062	-0.093	-0.180	-0.157	0.303	-0.052	0.078	-0.393
V13	0.078	0.110	-0.277	-0.336	0.155	0.110	-0.299	-0.156	0.178	0.318	0.073	-0.118	-0.076	0.084	-0.111	-0.081	-0.016
V14	0.244	0.305	0.000	0.107	-0.139	-0.369	0.162	-0.211	0.129	-0.003	-0.056	-0.049	0.044	-0.282	0.231	0.277	0.111
V15	0.202	0.114	0.058	0.260	-0.083	-0.234	0.048	0.086	-0.054	-0.124	-0.262	-0.095	-0.139	0.263	0.159	0.579	-0.197

APÊNDICE J: *Correlações entre variáveis para hospitais certificados entre 2010 e 2007*

	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
V1	-0.187	-0.100	0.456	0.245	0.128	0.353	-0.143	0.153	0.094	-0.140	0.183	0.271	0.241	-0.044	0.392	0.031	0.422
V2	0.520	0.282	0.345	0.163	-0.233	0.144	0.282	0.296	-0.207	-0.383	0.068	-0.158	0.200	-0.273	0.017	0.103	0.010
V3	-0.093	0.252	0.445	-0.068	-0.149	0.075	0.040	0.095	-0.077	-0.368	0.167	0.170	0.207	-0.417	0.337	-0.091	0.480
V4	0.272	0.324	-0.136	-0.463	-0.514	-0.073	-0.196	-0.227	0.165	0.066	-0.285	-0.233	-0.340	-0.331	0.039	0.265	0.123
V5	0.151	0.278	0.545	0.502	0.158	-0.083	0.375	0.387	0.267	-0.013	0.083	0.336	0.209	-0.052	0.862	0.697	0.595
V6	-0.387	0.061	0.227	-0.121	0.132	0.030	-0.045	-0.160	-0.051	-0.018	0.202	0.426	0.100	0.019	0.351	-0.224	0.387
V7	0.115	0.261	0.527	0.454	0.295	-0.013	0.217	0.384	0.108	-0.092	-0.015	0.332	0.022	0.225	0.822	0.716	0.590
V8	0.139	0.318	0.267	0.211	0.339	0.296	0.105	-0.212	0.315	0.201	-0.027	0.122	-0.124	0.255	0.644	0.535	0.568
V9	0.426	0.252	0.631	0.401	-0.140	-0.106	0.644	0.569	0.232	0.060	0.332	0.368	0.464	-0.194	0.495	0.343	0.563
V10	0.155	0.401	0.670	0.091	0.090	0.017	0.475	0.518	-0.246	-0.317	-0.120	0.054	0.054	0.148	0.504	0.232	0.100
V11	0.309	0.420	0.707	0.270	0.314	0.349	0.624	0.317	-0.142	-0.223	0.212	0.188	0.349	0.025	0.501	0.185	0.261
V12	0.506	0.533	0.340	-0.151	0.145	0.335	0.471	0.196	-0.160	-0.030	-0.155	-0.188	-0.132	0.126	0.205	0.307	-0.119
V13	0.300	0.368	0.254	-0.180	-0.069	0.216	-0.008	-0.142	0.091	0.121	-0.168	0.181	-0.205	0.138	0.505	0.472	0.395
V14	0.490	0.422	-0.011	-0.150	-0.239	-0.308	0.332	-0.066	0.074	0.172	0.105	0.152	0.163	-0.264	0.415	0.465	0.217
V15	0.508	0.390	0.026	-0.025	0.006	-0.258	0.337	0.147	-0.011	0.044	-0.344	-0.183	-0.166	0.184	0.356	0.721	0.003

APÊNDICE K: *Correlações entre variáveis para hospitais certificados entre 2006 e 2003*

	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	V29	V30	V31	V32
V1	0.071	-0.077	0.036	-0.183	-0.349	-0.288	0.036	0.071	-0.213	-0.117	-0.365	-0.210	-0.298	-0.068	0.069	0.000	0.212
V2	-0.495	-0.270	0.036	0.000	0.199	0.108	0.036	-0.141	0.256	-0.117	-0.183	-0.105	-0.171	0.000	0.069	-0.071	-0.071
V3	-0.361	0.077	0.149	0.066	0.431	0.305	-0.113	-0.157	0.243	0.390	0.428	0.204	0.271	0.190	-0.058	-0.089	-0.132
V4	-0.403	0.000	0.063	0.000	0.348	0.327	-0.168	-0.206	0.174	0.444	0.319	0.102	0.199	0.142	-0.076	-0.123	-0.206
V5	0.366	-0.064	0.512	0.674	0.539	0.342	0.781	0.749	0.260	0.343	0.180	0.362	0.556	0.420	0.654	0.654	0.940
V6	0.400	0.178	0.798	0.674	0.368	0.395	0.530	0.544	-0.163	0.285	0.427	0.668	0.472	0.514	0.705	0.688	0.457
V7	0.457	0.479	0.514	0.596	0.722	0.296	0.706	0.628	0.531	0.327	0.475	0.451	0.644	0.105	0.313	0.484	0.432
V8	0.551	0.569	0.618	0.699	0.854	0.618	0.618	0.551	0.399	0.667	0.569	0.545	0.755	0.289	0.355	0.555	0.301
V9	0.534	-0.073	0.661	0.751	0.273	0.760	0.661	0.643	0.110	0.207	0.313	0.732	0.351	0.611	0.665	0.629	0.352
V10	0.000	0.584	-0.082	-0.138	0.376	0.054	-0.381	-0.428	0.129	0.265	0.276	-0.053	0.161	-0.180	-0.467	-0.267	-0.481
V11	0.244	0.069	0.572	0.577	0.358	0.417	0.367	0.244	-0.309	0.166	-0.073	0.272	0.179	0.236	0.651	0.637	0.122
V12	0.243	0.399	0.217	0.157	0.257	0.310	-0.124	-0.243	-0.073	0.034	0.000	0.120	-0.037	0.088	-0.059	0.061	-0.426
V13	-0.372	0.132	-0.435	-0.415	0.085	-0.123	-0.435	-0.372	0.109	0.437	0.156	-0.338	0.109	-0.338	-0.502	-0.431	-0.312
V14	-0.191	0.208	-0.243	-0.246	0.134	-0.194	-0.243	-0.477	0.172	-0.367	-0.492	-0.472	-0.402	-0.458	-0.370	-0.285	-0.477
V15	0.440	0.216	0.464	0.404	0.139	0.099	0.164	0.062	-0.422	-0.231	-0.223	0.173	-0.045	0.202	0.423	0.470	0.123