

**FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS  
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO**

**KELLY ALVES**

**IMPACTO DA GESTÃO DA QUALIDADE NO DESEMPENHO DE  
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO  
PAULO**

**SÃO PAULO  
2015**

KELLY ALVES

**IMPACTO DA GESTÃO DA QUALIDADE NO DESEMPENHO DE  
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO  
PAULO**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento: Gestão em Saúde e Socioambiental.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik.

SÃO PAULO  
2015

Alves, Kelly.

Impacto da Gestão da Qualidade no desempenho de organizações hospitalares na região metropolitana de São Paulo / Kelly Alves 141 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Hospitais - São Paulo (SP) – Certificação/Acreditação. 2. Desempenho. 3. Gestão de qualidade total. 4. Prêmios I. Malik, Ana Maria. II. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8(816.11)

KELLY ALVES

**IMPACTO DA GESTÃO DA QUALIDADE NO DESEMPENHO DE  
ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES NA REGIÃO METROPOLITANA DE SÃO  
PAULO**

Dissertação apresentada à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Administração de Empresas.

Campo de Conhecimento: Gestão em Saúde e Socioambiental.

**Data de Aprovação: 04/05/2015**

**Banca Examinadora:**

---

Orientadora: Profa. Dra. Ana Maria Malik – FGV-EAESP

---

Profa. Dra. Laura Schiesari

---

Prof. Dr. João Mario Csillag– FGV-EAESP

## DEDICATÓRIA

À DEUS QUE ME ABRAÇOU NESTA JORNADA E DISSE:

*“Filha minha, atenta para as minhas palavras; aos meus ensinamentos inclina os ouvidos. Não os deixes apartar-se dos teus olhos; guarda-os no mais íntimo do teu coração. Porque são vida para quem os acha e saúde para o teu corpo” Prov 4:20-22.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus por me permitir atingir mais esta conquista e por colocar em meu caminho tantas pessoas que puderam me ajudar de formas diferentes no decorrer deste trabalho.

À minha querida mãe, um exemplo de mulher e ser humano, que sempre me incentivou a buscar meus ideais e não esmorecer diante das dificuldades.

À profa. Ana Maria Malik, uma pesquisadora admirável e ícone em conhecimento em gestão da qualidade, pela confiança em me escolher como uma de suas orientandas, pela amizade, carinho, paciência e ensinamentos.

Aos professores Laura Schiesari e Felipe Zambaldi pela colaboração e sugestões durante a fase de qualificação desta dissertação.

Ao professor João Mario Csillag por todas as contribuições para aperfeiçoamento do estudo.

À Operadora que autorizou e permitiu que essa pesquisa ocorresse em seus hospitais.

Aos profissionais que se dispuseram a participaram das entrevistas e questionários nessa pesquisa.

À Fundação Getúlio Vargas e aos professores da EAESP, por propiciarem as condições necessárias para a realização desta dissertação.

À equipe do GV saúde, sempre solícita e atenciosa para nos atender.

À CAPES, pelo suporte conferido durante estes 2 anos.

Aos meus colegas da GV que compartilharam experiências e conhecimentos nesse momento especial.

À Sandra Francisca Pereira que autorizou conciliar meus horários de trabalho com o do mestrado e sempre foi solícita em me ajudar a alcançar meu sonho.

Aos meus colegas de trabalho por todo o incentivo e apoio.

A toda minha família e amigos, pela torcida constante e grande carinho.

“É na crise que nascem as invenções, os descobrimentos e as grandes estratégias. Quem supera as crises supera a si mesmo (...).”

*Albert Einstein.*

## RESUMO

Levando em conta a necessidade de implantar medidas que orientem a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada pelas instituições de saúde e hospitais brasileiros, independentemente de perfil, porte, entidade mantenedora, complexidade e vinculação institucional, e admitindo que o processo de acreditação hospitalar é um modelo aproximado de consenso e racionalização para as instituições de saúde, especialmente na educação continuada dos profissionais, a fim de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos, este estudo procura responder a seguinte questão: Como a gestão da qualidade pode impactar no desempenho de organizações hospitalares? Para encontrar a resposta, parte-se de uma fundamentação teórica que analisou organização hospitalar e desempenho e modelos de avaliação de desempenho organizacional. Entre estes, os modelos de gestão da qualidade na saúde; avaliação em saúde; modelos de acreditação e certificação em saúde, processos de avaliação de desempenho em saúde e prêmios da qualidade. A metodologia consistiu da aplicação de questionários, desenhados com base em levantamento bibliográfico, a diretores e gerentes de instituições acreditadas e da realização de entrevistas com profissionais que trabalham diretamente com gestão da qualidade nesses hospitais. Buscou-se dessa forma avaliar o desempenho de organizações acreditadas utilizando a metodologia dos prêmios da qualidade baseados em fundamentos de excelência com padrões culturais e internalizados em organizações de classe mundial e reconhecidos internacionalmente. Concluiu-se que a acreditação favorece a mensuração de seus resultados, o aprimoramento da gestão de indicadores, como também a padronização e o incentivo para a melhoria contínua. Porém, o fato de ser acreditado não garante bons resultados em todos os critérios de excelência do modelo PNQ. Outras variáveis podem interferir no alcance de bons resultados, como a própria gestão das grandes operadoras de saúde, a associação com instituições de excelência e o reconhecimento por outros selos.

**Palavras-chave:** Acreditação. Hospitais. Gestão de qualidade. Prêmios Nacionais de Qualidade. Desempenho.

## ABSTRACT

Taking into account the need to take action in order to achieve the continuous improvement of quality of care provided by health institutions and hospitals in Brazil, regardless of their profile, size, supporting entity, complexity and institutional affiliation, and assuming that the process of hospital accreditation is a world wide consensus and rationalization for health institutions, especially in the continuous education of the professionals aiming to assure the quality of care through previously established standards, this study has the aim of answering the following question: How can quality management impact the performance of hospital organizations. To answer this question, we started with theoretical frameworks that analyzed hospitals, performance and organizational performance evaluation models; quality management in health; health evaluation; models of accreditation and certification in health and health performance evaluation processes. The methods consisted of questionnaires, designed based on literature review, applied to directors and managers of accredited institutions and of interviews with professionals that work directly with quality management in these hospitals. Thereby, we tried to evaluate the performance of accredited organizations using the methodology of quality awards that use fundamentals of excellence with cultural patterns and recognized world-class organizations. We concluded that accreditations favors standardization, the enhancement of continuous improvement and the process of performance measurement systems. However, being accredited does not guarantee good results in all the criteria of the Brazilian National Quality Prize (PNQ) model. Other variables can influence good results: organizational management, partnership with excellent institutions and recognition by other certifications.

**Keywords:** Accreditation. Hospitals. Quality management. National Quality Award. Performance.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide de Desempenho SMART .....	37
Figura 2 - Fases de Desenvolvimento pelo Modelo de Excelência EFQM .....	46
Figura 3 - Representação do Modelo de Excelência da Gestão do PNQ .....	50
Figura 4 - Princípios orientadores para acreditação ONA .....	60
Figura 5 - Distribuição por estado de instituições acreditadas pela ONA .....	61
Figura 6 - Distribuição por estado de instituições acreditadas pela JCI .....	62
Figura 7- Marco conceitual de desempenho hospitalar.....	63
Figura 8 - Estágios de Maturidade de Gestão.....	68
Figura 9 - Região Metropolitana de São Paulo.....	72

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Critérios de Excelência da FNQ.....	49
Quadro 2 – Resultado Comparativo entre os Hospitais .....	102
Quadro 3 – Resultado comparativo entre os hospitais dos indicadores.....	104

## LISTA DE TABELAS

Tabela 2.1 – Distribuição de Hospitais por Estado.....	26
Tabela 4.1 – Maiores Metr6poles Brasileiras.....	73
Tabela 4.2 – Resultado Diagn6stico PNQ do Hospital A.....	82
Tabela 4.3 – Resultado dos Indicadores do Hospital A.....	83
Tabela 4.4 – Resultado Diagn6stico PNQ do Hospital B.....	86
Tabela 4.5 – Resultado dos Indicadores do Hospital B.....	86
Tabela 4.6 – Resultado Diagn6stico PNQ do Hospital C.....	89
Tabela 4.7 – Resultado dos Indicadores do Hospital C.....	89
Tabela 4.8 – Resultado Diagn6stico PNQ do Hospital D.....	92
Tabela 4.9 – Resultado dos Indicadores do Hospital D.....	92
Tabela 4.10 – Resultado Diagn6stico PNQ do Hospital E.....	95
Tabela 4.11 – Resultado dos Indicadores do Hospital E.....	95
Tabela 4.12 – Resultado Diagn6stico PNQ do Hospital F.....	97
Tabela 4.13 – Resultado dos Indicadores do Hospital F.....	98
Tabela 4.14 – Resultado Diagn6stico PNQ do Hospital G.....	100
Tabela 4.15 – Resultado dos Indicadores do Hospital G.....	101
Tabela 5.1 – Resultado comparativo dos crit6rios de Excel6ncia.....	103

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo  
ACI – Accreditation Canada International  
ANAHP – Associação Nacional Hospitais Privados  
ACC - Acesso ao Cuidado e Continuidade ao Cuidado  
ACS - Colégio Americano de Cirurgiões  
ACSP – Associação Comercial de São Paulo  
ANS – Agencia Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
ASC - Anestesia e Cirurgia  
ASQC - Sociedade Americana de Controle de Qualidade  
CBA – Consorcio Brasileiro de Acreditação  
CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
CNS - Confederação Nacional de Saúde - Hospitais, Estabelecimentos e Serviços  
COP - Cuidado aos Pacientes  
CQH - Controle de Qualidade Médico Hospitalar  
SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas  
Emplasa – Empresa Paulista de Planejamento Metropolitano de São Paulo  
EFQM - European Foundation for Quality Management  
Fenasaude – Federação Nacional de Saúde Suplementar  
FMS - Gerenciamento e Segurança das Instalações  
FNH – Federação Nacional de Hospitais  
FUNDAP – Fundação do Desenvolvimento Administrativo  
GLD - Governo, Liderança e Direção  
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
IOM - Instituto de Medicina  
IPEG - Instituto Paulista de Excelência da Gestão  
IPSG - Metas Internacionais  
JCHA - Joint Comission of Accréditation of Hospitals  
JCAHO - Joint Commission on Accréditation of Healthcare Organizations  
JCI - Joint Commission International  
MBNQA - Malcolm Baldrige National Quality Award  
MCI - Gerenciamento da Comunicação e Informação  
MEG - Modelo de Excelência em Gestão  
MMU - Gerenciamento e Uso de Medicamentos  
NIST - Instituto Nacional de Normas e Tecnologia

ONA - Organização Nacional de Acreditação  
OPAS - Organização Pan-americana de Saúde  
PCI - Prevenção e Controle de Infecções  
PFE - Educação de Pacientes e Familiares  
PFR - Direitos dos Pacientes e Familiares Avaliação dos Pacientes  
PNQ - Prêmio Nacional da Qualidade  
PNGS - Prêmio Nacional da Gestão em Saúde  
QPS - Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente  
SEADE - Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados  
SQE - Educação e Qualificação de Profissional  
Unidas – União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
1.1	ESTRUTURA DO TRABALHO.....	12
1.2	PERGUNTA DA PESQUISA.....	13
1.3	OBJETIVOS.....	13
1.3.1	Objetivo geral.....	13
1.3.2	Objetivos específicos.....	13
<b>2</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>15</b>
2.1	ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	15
2.2	DESEMPENHO E AVALIAÇÃO DE DESEMPENHO ORGANIZACIONAL.....	20
2.2.1	Análise econômicas e financeiras .....	23
2.2.2	Modelo Tableau de Bord .....	23
2.2.3	Modelo de Martindell.....	25
2.2.4	Modelo de Buchele.....	26
2.2.5	Modelo Corrêa MADE-O.....	27
2.2.6	<i>Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique (SMART)</i> .....	29
2.2.7	Modelo <i>Balanced Scorecard (BSC)</i> .....	30
2.2.8	Modelo <i>Performance Measurement Questionnaire (PMQ)</i> .....	31
2.2.9	Modelo <i>Skandia Navigator</i> .....	31
2.2.10	Modelo IPMS.....	32
2.2.11	Modelo <i>SIGMA Sustainability Scorecard</i> .....	33
2.2.12	Modelo Prisma de Desempenho .....	34
2.2.13	Modelo da Administração de Qualidade Total ( <i>Total Quality Management</i> ).....	34
2.2.13.1	Premio EFQM .....	38
2.2.13.2	Prêmio Malcom Baldrige.....	40
2.2.13.3	Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) .....	40
2.2.13.4	Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS) .....	44
2.3	GESTÃO DA QUALIDADE EM SAÚDE.....	45
2.3.1	Modelos de acreditação e certificação.....	48
2.3.1.1	Acreditação ONA.....	52
2.3.1.2	Acreditação JCI.....	54
2.4	MENSURAÇÃO DA <i>PERFORMANCE</i> HOSPITALAR.....	55
<b>3</b>	<b>METODOLOGIA .....</b>	<b>59</b>
3.1	MÉTODOS DE COLETA DE DADOS .....	60
3.1.1	Entrevistas.....	60
3.1.2	Questionário PNQ .....	61
3.1.3	Definição dos respondentes do instrumento de pesquisa .....	62
3.2	MÉTODO DE ANÁLISE .....	63
<b>4</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>64</b>
4.1	RESULTADO DO PRÉ-TESTE.....	64
4.2	RESULTADO DO ESTUDO DE CASO PILOTO .....	64
4.3	DESCRIÇÃO DA AMOSTRA .....	64
4.3.1	Região Metropolitana de São Paulo .....	65

4.3.2	Hospitais Pertencentes à Operadora de Saúde .....	67
4.3.3	Operadora de Saúde W .....	69
4.3.4	Hospital A .....	73
4.3.4.1	Gestão da Qualidade do Hospital A .....	73
4.3.4.2	Resultado do Questionário PNQ do Hospital A.....	75
4.3.4.3	Resultado dos Indicadores do Hospital A.....	75
4.3.5	Hospital B .....	76
4.3.5.1	Gestão da Qualidade do Hospital B.....	76
4.3.5.2	Resultados do Questionário PNQ do Hospital B .....	78
4.3.5.3	Resultado dos Indicadores do Hospital B .....	79
4.3.6	Hospital C .....	80
4.3.6.1	Gestão da Qualidade do Hospital C.....	80
4.3.6.2	Resultados do Questionário PNQ do Hospital C .....	81
4.3.6.3	Resultados dos Indicadores do Hospital C.....	82
4.3.7	Hospital D.....	83
4.3.7.1	Gestão da Qualidade do Hospital D .....	83
4.3.7.2	Resultados do Questionário PNQ do Hospital D .....	84
4.3.7.3	Resultados dos Indicadores do Hospital D .....	85
4.3.8	Hospital E.....	86
4.3.8.1	Gestão da Qualidade do Hospital E.....	86
4.3.8.2	Resultados do Questionário PNQ do Hospital E.....	87
4.3.8.3	Resultados dos Indicadores do Hospital E.....	88
4.3.9	Hospital F.....	89
4.3.9.1	Gestão da Qualidade do Hospital F .....	89
4.3.9.2	Resultados do Questionário PNQ.....	90
4.3.9.3	Resultado dos Indicadores do Hospital F .....	91
4.3.10	Hospital G .....	91
4.3.10.1	Gestão da Qualidade do Hospital G .....	92
4.3.10.2	Resultados Questionário PNQ do Hospital G .....	93
4.3.10.3	Resultados dos Indicadores do Hospital G .....	94
<b>5.</b>	<b>DISCUSSÃO .....</b>	<b>95</b>
<b>6.</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>98</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>102</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....</b>	<b>114</b>
	<b>APÊNDICE B - FORMULÁRIO COM INSTRUÇÕES E QUESTIONÁRIO .....</b>	<b>116</b>
	<b>APENDICE C- PROTOCOLO DE PESQUISA.....</b>	<b>132</b>

## 1 INTRODUÇÃO

As organizações de saúde conhecidas pelo atendimento com excelência possuem um contexto complexo que demanda ações coerentes com o mundo globalizado para adaptar-se ao mercado, ter bom desempenho e segurança nos processos (MANZO, 2012). A preocupação com a saúde do consumidor e com as instituições que atendem o setor é pauta recorrente de inúmeras políticas públicas no mundo todo e em todos os estados e municípios brasileiros. Na definição de qualidade na prestação de serviços de saúde entram vários aspectos e características que devem ser contemplados para que a instituição se enquadre nesse critério.

Na definição de qualidade na prestação de serviços de saúde entram vários aspectos e características que devem ser contemplados para que a instituição se enquadre nesse critério.

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2001 apud D'INNOCENZO; *et. al.*, 2006) define a qualidade da assistência à saúde em função de um conjunto de elementos que incluem: alto grau de competência profissional, eficiência na utilização de recursos, mínimo de riscos e alto grau de satisfação dos pacientes, além de um efeito favorável na saúde. O Instituto de Medicina (IOM, 2001), por sua vez, considera para a qualidade critérios como equidade e utilização adequada de recursos. As sociedades profissionais, as associações de usuários e os consumidores diretos utilizam-se dessas definições para fazer valer seus direitos e desejos.

A Vigilância Sanitária associa qualidade com a proteção da população contra situações de risco e fatores nocivos associados à fabricação e a comercialização de produtos e de prestação e funcionamento de serviços em geral. No Brasil, a ANVISA e o sistema nacional de vigilância sanitária desempenham este papel, tendo inclusive desenhado normas referentes aos requisitos para os serviços de saúde possam funcionar (VIGILANCIA SANITÁRIA, 2015).

Praticamente todas as definições de qualidade na área de serviços de saúde estão associadas ao esforço em obter e/ou garantir a qualidade no desempenho. A European Organization for Quality (2010) define qualidade como a soma dos aspectos distintivos de um produto ou serviço que estabelecem a capacidade para satisfazer dada necessidade.

Nas últimas décadas, vários países se têm mobilizado em torno da aplicação de programas de

qualidade em organizações hospitalares, com o objetivo de melhorar seu sistema de gestão e aumentar sua eficiência (FRANCO; HERNANDEZ, 2013; ALARAKI, 2014; SCHNEIDER, 2014).

Entre os conceitos relacionados a qualidade (e subjacente a muitos de seus programas) está a avaliação. Os conceitos de avaliação apontados por Donabedian (2003) retomam a necessidade de monitorar a qualidade com base nos “sete pilares da qualidade”. Para este autor, a qualidade na assistência à saúde resulta basicamente de dois fatores: a ciência e a tecnologia aplicadas à assistência à saúde (envolvendo ciências e tecnologias biológicas, do comportamento e outras) e a real aplicação dessas à prática. Sendo assim, as práticas de saúde, à semelhança de outras práticas sociais, podem constituir-se em objeto de avaliação nas suas diversas dimensões, seja enquanto cuidado individual, seja nos níveis mais complexos de intervenção e de organização, seja ainda nos aspectos de políticas, programas, serviços ou sistemas.

Para que haja promoção da melhoria da assistência prestada à população, é necessário adotar um sistema de avaliação contínuo e sistematizado (D’INNOCENZO; ADAMI; CUNHA, 2006). Para isso, é necessária a adoção de medidas de desempenho (CUNHA; CORRÊA, 2013). Desde as últimas décadas do século passado são utilizados instrumentos de avaliação de desempenho nas organizações hospitalares do Sistema Único de Saúde (SUS) e da rede privada, com base na aplicação de conceitos e técnicas da qualidade total. Também são utilizados instrumentos de avaliação externa, entre os quais a acreditação, essa mais recente (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), a partir de 1989, considerou a acreditação das organizações de saúde como elemento estratégico no desenvolvimento da qualidade na América Latina (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). A acreditação é definida como um processo destinado a melhorar a qualidade, a eficiência e a eficácia de uma organização de saúde, incluindo suas estruturas, seus processos e seus resultados. Ou seja, ela é baseada na adesão a padrões fundados em evidências que produzirão um formato confiável de serviços de saúde, de maior qualidade, em um ambiente mais seguro. A resultante diminuição da variação de estruturas e processos administrativos e clínicos, semelhante à contribuição de diretrizes de prática clínica, é, portanto, um mecanismo poderoso para melhorar a qualidade dos cuidados de saúde e, finalmente, os resultados de saúde (ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL, 2014).

A adesão aos programas de acreditação hospitalar no Brasil tem aumentado muito lentamente a cada ano, desde 2000. Do total de mais de 6000 hospitais existentes em janeiro de 2011, 148 hospitais brasileiros possuíam Acreditação pela metodologia ONA, 23 pela JCI e 12 pela ACI. Em junho de 2014 eram 210 Acreditados pela ONA, 26 JCI e 28 pela ACI. (ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL, 2014); (ONA, 2014); (JCI, 2014).

As acreditadoras têm exigido das organizações maior eficácia e indicadores que demonstrem bom desempenho assistencial. Um dos objetivos claros desses processos é a redução dos fatores de risco claramente voltados para a aferição da segurança do paciente (BAHJAT, 2011). Ou seja, o propósito subjacente da acreditação está relacionado à obtenção de melhor desempenho. Porém alguns estudos apontam que esse tipo de programa não garante nem melhora o desempenho organizacional (NAVEH; STERN, 2005).

Diante das controvérsias frente ao resultado que a acreditação pode trazer em relação ao desempenho organizacional tivemos clareza da necessidade de novos estudos para obter conclusões mais embasadas. Além das acreditações, algumas organizações, principalmente fora do país, têm adotado Prêmios de Qualidade como sistema de avaliação externa. Esses prêmios são considerados métodos de avaliação de desempenho organizacional e indicam requisitos necessários para as organizações alcançarem a excelência, constituindo, portanto, importantes ferramentas de diagnóstico da situação real do desempenho dos sistemas de gestão das organizações (BOAS; COSTA, 2011). Portanto, o processo de avaliação realizado por meio de Prêmios de Qualidade pode ser uma maneira de aferir se os hospitais acreditados atingiram e possuem um bom desempenho institucional.

## 1.1 Estrutura do trabalho

O trabalho está estruturado em sete capítulos: introdução, referencial teórico, metodologia, resultados, discussão, conclusão e considerações finais.

O referencial teórico é dividido em quatro partes: a primeira apresenta uma revisão sobre a organização hospitalar, uma segunda sobre desempenho e modelos de avaliação de desempenho organizacional; a terceira, gestão da qualidade em saúde e os modelos específicos e a quarta mensuração da performance hospitalar. A metodologia descreve o levantamento bibliográfico, a metodologia taxonômica empregada, a definição da unidade de análise, as fontes de dados e os métodos de coleta utilizados nesse estudo. Também traz a definição dos respondentes, método de análise, os resultados obtidos, conclusão e considerações finais.

## 1.2 Pergunta da pesquisa

Com vistas a aprofundar o entendimento da influência da gestão da qualidade nas organizações em saúde, o presente estudo pretende responder a seguinte pergunta de pesquisa:

- *Como a gestão da qualidade pode impactar no desempenho das organizações hospitalares?*

## 1.3 Objetivos

### 1.3.1 Objetivo geral

Compreender como os resultados de desempenho são medidos e acompanhados em hospitais acreditados na região metropolitana de São Paulo.

### 1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar e compreender se o processo de gestão da qualidade após acreditação tem influenciado nos resultados e desempenho.

- Identificar como os resultados são medidos nessas instituições;
- Identificar se o tempo de acreditação influencia no desempenho;
- Identificar características gerais da instituição que possam influenciar na gestão de resultados e *performance*;
- Identificar se o tipo de acreditação influencia o desempenho;
- Identificar se o porte e a especialidade das organizações hospitalares influenciam no desempenho.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 Organização hospitalar

A origem da atenção hospitalar perde-se na antiguidade. Cinco séculos antes de Cristo já se tinha notícias da existência de estabelecimentos de saúde na Babilônia (SÁNCHEZ; SAMA, 1998). Os hospitais inicialmente tinham a caridade como missão. Eram locais para refúgio, pensão dos necessitados, idosos e enfermos, pouco tendo a oferecer além de atenção e serviços de enfermagem, permanecendo nessa configuração até o início do século XX.

Os hospitais inicialmente tinham a missão de caridade. Era um local para refúgio, pensão ou instituição dos necessitados, idosos e enfermos, pouco tendo a oferecer além de atenção e serviços de enfermagem, permanecendo nessa configuração até o início do século XX. Até o século XVIII, a principal função do hospital era separar e excluir os mais pobres e enfermos da sociedade, minimizando possíveis riscos sociais e epidemiológicos. Nessa ocasião não separava os doentes dos loucos, prostitutas, etc, não havendo, portanto, a função médica (FOUCAULT, 1979, p. 102).

Com a expansão do conhecimento médico e dos serviços de diagnóstico e tratamento, os hospitais se tornaram centros especializados para o tratamento da comunidade, contando com uma equipe de profissionais de saúde. As definições começaram a ser baseadas no tratamento da saúde e não exclusivamente na atividade de abrigo.

Uma instituição destinada ao diagnóstico e tratamento de doentes internos e externos; planejada e construída ou modernizada com orientação técnica; bem organizada e convenientemente administrada consoante padrões e normas estabelecidas, oficial ou particular, com finalidades diversas; grande ou pequena; custosa ou modesta para atender os ricos, os menos afortunados; os indigentes e necessitados, recebendo doentes gratuitos ou contribuintes; servindo ao mesmo tempo para prevenir contra a doença e promover a saúde, a prática, a pesquisa e o ensino da medicina e da cirurgia, da enfermagem e da dietética, e das demais especialidades afins. (ALMEIDA, 1983, p. 205).

A partir da década de 1970 iniciou-se um progresso tecnológico acelerado na área de saúde com prolongamento da esperança de vida, aumento da intensidade dos cuidados e do poder da pressão da indústria farmacêutica e de equipamentos médicos, e os hospitais passaram a consumir parte substancial dos recursos humanos, materiais e financeiros do setor saúde (ALVES, 1997). Com os aumentos dos custos, a função dos hospitais superou a atenção em saúde. Essa organização começou a ser vinculada com a responsabilidade por sua atividade econômica e sustentabilidade, a partir do planejamento de seus recursos, passando a ser conceituada como empresa.

De acordo com Ribeiro (1993, p. 30), o hospital contemporâneo possui muitas missões. Entre estas, empenhar-se em prolongar a vida dos ameaçados pela morte; formar e qualificar profissionais; recuperar a força de trabalho, a fim de devolvê-la ao mercado; e reproduzir capital, pois se constitui em uma empresa que realiza atividade econômica. Para o autor, um hospital “seja ele público ou privado, representa a emergência de interesses submersos da produção industrial na Saúde”, apesar de seu resultado mais aparente ser o cuidado ao doente.

Outros autores associam com a responsabilidade por bons resultados vinculada com a melhoria da qualidade. Neto e Malik (2011) descrevem o hospital como um centro de serviços com papel fundamental de disponibilização de recursos materiais, físicos e humanos, distribuindo-os adequadamente, coordenando ações e resultados. Para isso, a gestão deve ter como principal objetivo a melhoria contínua da qualidade, considerando que todos os serviços ali oferecidos são essenciais, devendo, portanto, ser coordenados de modo equilibrado e harmonioso, a fim de obter sucesso em seus resultados.

O hospital é uma estrutura de alto dinamismo operacional e elevado ritmo, desenvolvendo atividade caracteristicamente polimorfa, que envolve uma gama muito diversificada de tarefas. Além da atividade assistencial, funcionam ali setores que poderiam desenvolver-se isoladamente fora dele, com amplas possibilidades de viabilidade econômico-operacional, mas envolvendo, cada qual, aspectos especializados de funcionamento (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

O hospital engloba simultaneamente um hotel, uma farmácia, uma lavanderia e um restaurante. Cada um desses setores, funcionando de maneira independente, já envolveria a necessidade de administração eficiente para garantir sua viabilidade; cada qual exigiria pleno conhecimento do

que a comunidade oferece em termos de recursos e de infraestrutura e do que ela exige em termos de serviços especializados na área considerada (NOGUEIRA, 1999 ; GONÇALVES, E.L.; ACHÉ, C. A, 1999).

Outro ponto essencial se refere às diferenças entre as organizações hospitalares e os demais tipos de organização, sendo relevante destacar:

- a) dificuldade de definir e mensurar o produto hospitalar;
- b) existência frequente de dupla autoridade, gerando conflitos;
- c) preocupação dos médicos com a profissão e não com a organização;
- d) alta variabilidade e complexidade do trabalho, extremamente especializado e dependente de diferentes grupos profissionais;
- e) dinamismo tecnológico acentuado do setor;
- f) característica trabalho intensiva do setor;
- g) introdução de um novo serviço se soma aos anteriores e exige pessoal adicional para sua prestação;
- h) produtividade do trabalho depende de uma combinação adequada entre os vários tipos de profissionais;
- i) atribuição ao pessoal de nível superior e, principalmente, aos médicos, de funções mais complexas, envolvendo a gerência administrativa e comando técnico do trabalho dos auxiliares, além de sua normalização e supervisão;
- j) atribuição das funções mais simples ao pessoal auxiliar, que as executam em cumprimento das normas de trabalho;
- j) atuação das forças produtivas da ciência e da tecnologia em algumas áreas no sentido de elevar a produtividade do processo de trabalho, mas limitada a poucos procedimentos terapêuticos e diagnósticos (LEMOS; ROCHA, 2011).

Não obstante as especificidades da organização hospitalar, temos que levar em consideração as características em que está inserida no sistema de prestação de serviço do Brasil. Dois terços do gasto do setor e boa parte dos serviços produzidos correspondem aos hospitais. Eles são responsáveis por internações, oferecendo uma ampla gama de atendimentos ambulatoriais e o mercado de saúde se concentra nele empregando em média 56% de todos os profissionais de saúde (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009).

De acordo com dados de fevereiro de 2015 do CNES, o setor hospitalar brasileiro possui 6656

hospitais e 494.830 leitos (CNES, 2015). É composto por três subsetores principais:

- Hospitais públicos administrados por autoridades federais, estaduais e municipais.

Quase todos são inteiramente financiados pelo poder público. A maioria, 71% (1393) é de hospitais municipais e a maior parte dos restantes são entidades estaduais representando 23% (531). O governo federal opera 29% (663) dos hospitais por meio do Ministério da Saúde e do MEC.

- Hospitais privados conveniados ou contratados pelo SUS. Cerca de 70% das unidades privadas recebem financiamento público. Isso inclui a maior parte das instituições sem fins lucrativos (filantrópicas e beneficentes) e cerca de metade dos hospitais com fins lucrativos. As instituições filantrópicas vinculadas ao SUS operam por meio de convênios e são obrigadas a oferecer pelo menos 60% de seus leitos a pacientes do SUS. A maioria dos hospitais privados financiados pelo SUS também obtêm fundos de fontes privadas em maior ou menor extensão.

- Hospitais particulares com fins lucrativos e alguns filantrópicos não financiados pelo SUS. Essas instituições, administradas e custeadas de forma privada, constituem cerca de 20% de todas as unidades hospitalares e 30% de todos os hospitais privados (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2009 ; CNES, 2015).

Existem desigualdades na distribuição espacial dos recursos hospitalares. A maior concentração dos hospitais está na região sudeste, correspondendo a 35%, seguido da sul com 17%, nordeste 29%, centro oeste 12% e Norte 8%. Na região sudeste, o estado onde se encontra o maior número de hospitais é São Paulo correspondendo a 15,88% do total de hospitais do Brasil (Tabela 2.1).

Tabela 2.1 – Distribuição dos Hospitais por estado brasileiro

ESTADO	TOTAL	%
Acre	21	0,32%
Alagoas	76	1,14%
Amapá	11	0,17%
Amazonas	107	1,61%
Bahia	637	9,57%
Ceara	273	4,10%
Distrito Federal	63	0,95%
Espirito Santo	110	1,65%
Goiás	428	6,43%
Maranhão	239	3,59%
Mato Grosso	160	2,40%
Mato Grosso do Sul	115	1,73%
Minas Gerais	681	10,23%
Pará	235	3,53%
Paraíba	155	2,33%
Paraná	508	7,63%
Pernambuco	238	3,58%
Piauí	126	1,89%
Rio de Janeiro	499	7,50%
Rio Grande do Norte	99	1,49%
Rio Grande do Sul	344	5,17%
Rondônia	84	1,26%
Roraima	12	0,18%
Santa Catarina	255	3,83%
São Paulo	1057	15,88%
Sergipe	59	0,89%
Tocantins	64	0,96%
<b>TOTAL</b>	<b>6656</b>	<b>100,00%</b>

---

Fonte: CNES, fev. 2015.

## 2.2 Desempenho e avaliação de desempenho organizacional

Uma das principais características do conceito de desempenho é sua multidimensionalidade. De acordo com Jensen e Sage (2000), durante os últimos 60 anos abordagens relativas à medição do desempenho organizacional tornaram-se significativamente mais orientadas para sistemas, devido à globalização, à crescente complexidade dos negócios e aos avanços tecnológicos, frente às estratégias organizacionais. Segundo esses autores, os requisitos das informações sobre desempenho organizacional vêm evoluindo continuamente, desde os estudos de tempo e movimento de Taylor, até um dos modelos contemporâneos, verificado com os critérios de excelência dos Prêmios da Qualidade.

As primeiras correntes teóricas descrevem desempenho como superação de metas (CAMERON, 1980) (KANTER; BRINKERHOFF, 1981). Nos meados dos anos setenta do século XX surgem duas correntes: uma definindo o desempenho em função da eficiência de suas estruturas e processos e a outra relacionada à capacidade da empresa de obter recursos do ambiente e se adaptar a ele. Alguns autores relacionam o desempenho com a estratégia organizacional. Para Nadler, Hackman e Lawler III (1979 apud CHIAVENATO; SAPIRO, 2004, p. 305), o desempenho reflete na estratégia em termos de sua formulação e implementação, perante sua adequação às realidades externa e interna da organização.

Outros definem esse constructo de forma multidimensional. Tchouaket (2012) relaciona desempenho com a capacidade de atingir os objetivos esperados, de adaptação ao meio ambiente, de manter os valores da organização ou de produzir de forma adequada com os recursos disponíveis. Segundo o autor, a organização terá maior êxito à medida que for capaz de manter o equilíbrio entre as capacidades descritas.

A definição de desempenho foi adquirindo novos significados conforme a evolução da sua avaliação. A origem do conceito de avaliação de desempenho nas organizações pode ser tratada como uma evolução dos ideais positivistas propostos por Augusto Comte, que liderou uma revolução científica em que a matemática servia de respaldo para as experimentações e validações da ciência (LAVIERI; CUNHA; 2009).

No século XIX, o predomínio da avaliação de desempenho era com foco financeiro, por meio de indicadores financeiros, e orientada pelo curto prazo, o que gerava baixa perspectiva

temporal de análise (NETO; MALIK, 2011). Além disso, a compreensão dos objetivos da organização era limitada, pois outras medidas além das contábeis e financeiras não eram consideradas (ITTNER; LARCKER, 1998).

No final da década de 1970 e na década de 1980 culminou o descontentamento com as medidas de desempenho meramente financeiras (BOURNE et. al, 2000). As críticas ganharam notoriedade com o apoio da Administração Industrial (Administração de Operações) para encontrar medidas operacionais que pudessem complementar as financeiras (NEELY, 2005). Nesse mesmo período os preceitos da Administração da Qualidade Total no campo de Operações ganharam importância nas práticas industriais. Dessa forma, a preocupação passou a ser com a mensuração do desempenho dos processos e da eficiência da organização. “Nessa filosofia os resultados são tidos como consequência de uma melhoria dos processos produtivos” (LAVIERI; CUNHA, 2009, p. 5).

O uso de medidas financeiras e não financeiras passou a oferecer maior sustentação para o controle administrativo das organizações frente às incertezas oriundas das estratégias e do ambiente. Dessa forma, os pesquisadores da área de Avaliação de Desempenho passaram a buscar novos respaldos teóricos que sustentassem suas ideias. Com isso houve aproximação dos conceitos da área de Estratégia. Esta necessitava de uma análise dos fatores internos das organizações, elementos que pudessem abranger na avaliação de desempenho suas formulações, conceitos estratégicos de planejamento e objetivos e integração da visão interna e externa (avaliação de eficiência e efetividade) (VENKATRAMAN; RAMANUJAM, 1986).

De acordo com Chiavenato (1994), a eficácia é uma medida normativa do alcance dos resultados, enquanto eficiência é uma medida normativa da utilização dos recursos nesse processo. Ou seja, a eficiência está voltada para a melhor maneira pela qual as coisas devem ser feitas ou executadas (métodos), a fim de que os recursos sejam aplicados da forma mais racional possível. A aproximação da estratégia traz o conceito que a avaliação de desempenho nada mais é que uma forma que os gestores têm de realizar o controle gerencial global da organização e assim, podem operacionalizar a estratégia estabelecida (KAPLAN; NORTON, 2008). Há união entre a eficiência e a efetividade da organização, porque internamente há maior controle econômico e de recursos de sua operacionalização, ao mesmo tempo em que os interesses dos *stakeholders* são mais facilmente contemplados. (NEELY; GREGORY; PLATTS, 1995).

As décadas de 1980 e 1990 foram marcadas pela criação de modelos de maior complexidade, que buscava analisar as organizações de forma global e sistêmica, abrangendo não apenas uma perspectiva da organização, mas sim um conjunto de perspectivas que atuavam de maneira interligada e balanceada entre si. O mais popular modelo de avaliação de desempenho desenvolvido nesse período foi o Balanced Scorecard (BSC- KAPLAN; NORTON, 1992). Além desse, também surgiram o SMART – Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique (CROSS; LYNCH, 1988), o IPMS – Integrated Performance Measurement System (BITITCI; TURNER; BEGEMANN, 2000) e o Skandia Navigator (EDVINSSON; MALONE, 1997). Depois dessa fase em que sistemas novos ou alternativos de avaliação foram criados, posteriormente adotados e implementados pelas organizações, o campo de pesquisa teve um novo dilema no final dos 1990 e início dos anos 2000: como usar e gerir os dados oriundos desses sistemas de avaliação de desempenho (WAAL, 2003).

A necessidade da compreensão da avaliação de desempenho não somente como um gerador de medidas e indicadores, mas também como instrumento de gestão abriu novas perspectivas para a área juntamente com uma busca incessante por um modelo ideal. Os modelos até então desenvolvidos não atendiam os *stakeholders* de forma plena. Assim surgiu uma nova crise na área, que demandava um sistema de avaliação de desempenho baseado na transparência, controle e eficiência nas operações dessas organizações. A formulação dos novos modelos de avaliação de desempenho não partia mais da visão estratégica da organização para a elaboração de metas específicas e operacionais de desempenho. Os modelos passaram a considerar aspectos externos da organização, entendendo que ela deveria atender as necessidades e interesses de seus *stakeholders* para depois estabelecer suas estratégias (NEELY et.al., 2000).

Diante desse desenvolvimento, a seguir exploramos os principais modelos que deram suporte à evolução do campo de estudos para posteriormente desenvolver sua aplicação às organizações de saúde, em especial as organizações hospitalares.

### 2.2.1 Análise econômicas e financeiras

Não existe um conjunto único de medidas e indicadores financeiros que sirvam de base para a avaliação financeira de todas as organizações, mas esse tipo de abordagem é o mais comum para a grande maioria delas. Gulini (2005) identificou quatro tipos de análise financeira capazes de serem realizados numa avaliação de desempenho: (1) sistema contábil; (2) sistema de custos; (3) indicadores econômico-financeiros; (4) valor econômico adicionado.

O sistema contábil serve para monitoramento da situação da organização em determinado instante e costuma ser a fonte formal de informações mais importante para as organizações industriais, no sentido de suportar as tomadas de decisão pela alta gerência.

O sistema de custos auxilia os gestores a controlarem a organização; por meio da análise dos custos de capitais e operacionais, é possível avaliar a estrutura de custos da organização. Um dos modelos/indicadores que ganhou repercussão entre os gestores foi o ROI (*Return On Investment*), no qual o desempenho é avaliado calculando o quanto determinado investimento pode trazer de retorno para a organização. Alternativamente ao ROI, desde a década de 1960, as organizações têm utilizado o Valor Econômico Adicionado ou EVA (*Economic Value Added*). É um dos principais indicadores de avaliação de empresas e está relacionado com a tentativa de ter uma contabilidade baseada em valor, em que o valor de mercado da organização excede os recursos utilizados e os custos despendidos (STEWART, 1990).

Outro modelo utilizado é a Geração de Valor ao Acionista (GVA), da Fundação Getúlio Vargas (OLIVEIRA; MALIK, 2011), que avalia a geração de valor para o acionista. É mais abrangente, pois leva em consideração o custo de capital da empresa.

### 2.2.2 Modelo Tableau de Bord

O conceito de *Tableau de Bord* (TB) foi baseado na aviação. Sua concepção original é um painel de instrumentos semelhante àquele que um piloto de aeronave ou motorista de automóvel utilizam para observar a velocidade e demais parâmetros que vêm desenvolvendo.

De modo semelhante, nas organizações, trata-se de um painel contendo indicadores que permitam monitorar o seu desempenho, em relação aos objetivos e aos padrões previamente definidos.

Ele foi elaborado na década de 1930, tendo sido um dos primeiros modelos sobre o controle estruturado e balanceado das organizações (BESSIRE; BAKER, 2005). Alguns autores relatam que esse modelo foi utilizado primeiramente pelos engenheiros de produção, como meio para otimizar os processos a partir da melhor compreensão das relações de causa e efeito, isto é, as relações entre as ações e o desempenho do processo.

Esse método permite responder quatro perguntas:

- **quem?** Deve representar os responsáveis dentro da estrutura administrativa; como se dá a delegação das tarefas; e como funcionam os sistemas de comunicação e informação na empresa;
- **o quê?** Deve permitir saber as informações que interessam a uma determinada função e a uma determinada responsabilidade na organização;
- **como?** Deve assinalar as tendências ou os acontecimentos incomuns e orientar em direção a análises mais aprofundadas;
- **quando?** Deve ter a frequência necessária para comunicar uma mesma informação em um ou mais níveis hierárquicos, variando a natureza das informações. Deve-se ainda respeitar as características dos negócios e da estrutura de cada organização.

Segundo Guerny et. al. (1990), esse modelo sofreu evolução, passando pelos seguintes estágios: (a) primeiro, o Tableau de Bord financeiro, baseado em informações de caráter quantitativo e monetário, extraídas em sua maioria da Contabilidade Financeira; (b) depois, os sistemas automatizados de informações para a gestão; e finalmente (c) o Tableau de Bord de Gestão (TBG).

O TBG é caracterizado como um instrumento de ação a curto prazo, de demonstração rápida e estreitamente ligado aos pontos chave de decisão e às responsabilidades dentro da empresa. Distingue-se dos sistemas de informações gerenciais por sua característica menos ambiciosa e por sua grande facilidade de implantação. O TBG não pretende responder a todas as questões;

ao contrário, seleciona um número limitado de indicadores correspondentes às responsabilidades e problemas essenciais da organização, nos seus mais diferentes níveis.

Essa ferramenta é descentralizada para cada unidade ou departamento da organização, que recebem a estratégia e a repassam aos seus subordinados, realizando sempre o controle baseado no que foi estipulado de missão ou visão da organização. Assim, os objetivos definidos poderiam ser controlados setorialmente por meio de indicadores.

Dessa forma, seria possível a representação do que se passa na organização em um sistema que age como um monitor, servindo como referência para os administradores guiarem a empresa (LEBAS, 1994, p. 14).

### 2.2.3 Modelo de Martindell

Em 1950, Jackson Martindell, presidente do *American Institute of Management*, publicou *The Appraisal of Management*, onde descreveu uma ferramenta que permitiu a realização de uma análise completa de diferentes tipos de organização. O modelo de Martindell mensura, sob bases quantitativas, as principais dimensões organizacionais identificadas pelo autor com o pretexto principal de manter o controle da organização e combater o problema da má gestão. Para ele, o modelo deveria ter utilidade tanto para os empregados orientarem suas tarefas quanto para os usuários externos da informação da organização (CORREA, 1986).

Martindell (1950) estabeleceu a avaliação dos seguintes elementos:

- (1) capacidades do corpo diretivo da organização;
- (2) conselho diretivo interno e externo;
- (3) estrutura corporativa;
- (4) produto;
- (5) administração financeira;
- (6) unidade de comando;
- (7) impacto no mercado acionário;
- (8) política de dividendos e mercado acionário;
- (9) gestão de vendas;
- (10) princípios de excelência de gestão utilizados.

Esses elementos dariam origem às dimensões identificadas como relevantes para o desempenho da organização. Cada uma dessas dimensões recebe uma pontuação máxima, devendo a organização atingir uma pontuação total final mínima para ser considerada como bem avaliada, ou uma avaliação mínima para o andamento dos negócios sem ser necessário um plano de recuperação em alguma das dimensões.

#### 2.2.4 Modelo de Buchele

Robert Buchele, da Universidade do Havaí, publicou em 1970, *Business Policy in Growing Firms*, que considera um “manual para avaliação de empresas, seja como um todo, seja em alguns de seus aspectos” (BUCHELE, 1971, p. 15). O autor considera a necessidade de avaliar analiticamente as organizações e mensurar o seu desempenho quantitativamente (BUCHELE, 1971, p. 143) e a existência simultânea de dois focos que devem ser explorados pelos administradores: o primeiro, “a habilidade da empresa em aperfeiçoar incessantemente o desempenho de suas operações atuais”; e o segundo, que trata da situação futura da empresa, em termos de políticas e programas, análise das ameaças e oportunidades, capacidade de inovação, habilidade para desenvolver novos produtos e serviços e finalmente a possibilidade de atração e desenvolvimento por parte dos administradores (BUCHELE, 1971, p. 181).

Com base nestas premissas, Buchele (1971, p. 142-186) cria o método da avaliação direta, que consiste em realizar:

- **Análise das forças competitivas:** passado, presente e futuro, em que são avaliados:
  - Planos e objetivos
  - Produtos ou serviços
  - Capacidade de desenvolvimento de produtos ou serviços
- **Análise dos departamentos principais,** em que são avaliados:
  - Extensão do desenvolvimento dos departamentos
  - Registro do desempenho
  - Características da administração
- **Análise financeira,** em que são avaliados:
  - Tendências da situação geral

- Posição atual
- Aproveitamento das informações
- Estrutura do capital
- Valor da empresa
- **Análise da administração de cúpula**, em que são avaliados:
  - Identificação e registro da administração de cúpula
  - Tendências da capacidade da administração de cúpula
  - Sucessão administrativa

Em 1962 Buchele já entendia que as medidas financeiras eram insuficientes para avaliação completa da organização; ela poderia ser complementada até mesmo por meio de medidas simples, de caráter subjetivo, como entrevistas e julgamentos realizados pelo investigador. A análise do ciclo de vida aliada com a análise dos investimentos poderia informar se os investimentos estavam sendo feitos no momento adequado; essa análise também demonstra a capacidade de inovação da organização. A análise financeira não deveria estar exclusivamente baseada nos padrões tradicionais, mas também deveria ser considerada a gestão, permitindo avaliar os gestores da organização.

#### 2.2.5 Modelo Corrêa MADE-O

A metodologia de Corrêa (1986) foi desenvolvida na tese de doutorado de Hamilton Luiz Corrêa realizada na FEA – USP, posteriormente intitulada como MADE-O (Modelo de Avaliação do Desempenho Organizacional). O modelo desenvolvido aplica conceitos de avaliação global de organizações especificamente para empresas estatais. Entretanto, ele é flexível, podendo ser aplicado para outros tipos de organizações, incluindo organizações privadas. O modelo é formulado sob a sequência lógica de cinco etapas para o processo de avaliação de desempenho:

- (1) descrição da empresa;
- (2) definição do módulo;
- (3) formulação de indicadores;
- (4) definição de padrões;

- (5) avaliação e *feedback*;
- (6) verificação das causas de desempenho.

Assim, explorando cada uma dessas etapas, primeiramente, faz-se necessário o conhecimento da empresa e de sua natureza. Por isso, sua missão e objetivos são de fundamental importância para a avaliação de desempenho.

Na segunda etapa, os módulos são definidos. Os módulos são as áreas relevantes nas quais a empresa está dividida para efeito da organização, lembrando que isso não significa que cada uma representa um departamento da organização, mas sim, uma perspectiva de avaliação. O modelo propõe os seguintes módulos:

- (a) **Econômico-financeiro**: mede o desempenho econômico financeiro;
- (b) **Operacional**: mede a produtividade da organização;
- (c) **Recursos humanos**: avalia o desempenho das pessoas;
- (d) **Satisfação dos clientes**: mede o grau de inovação gerada internamente;
- (f) **Adaptação ao ambiente**: mede a capacidade da empresa de se adaptar ao ambiente presente e futuro;
- (g) **Avaliação técnica**: mede o nível de qualidade dos equipamentos, máquinas e tecnologias da empresa;
- (h) **Clima Organizacional**: mede a qualidade da interação entre as pessoas e setores e as consequências geradas por esta interação;
- (i) **Benefícios sociais**: mede os benefícios sociais gerados;
- (j) **Potencialidade gerencial**: mede a capacidade e potencialidade dos gerentes da empresa.

A terceira etapa consiste na formulação de indicadores em que, depois de escolhidos os módulos, definem-se as variáveis a serem medidas.

A quarta etapa consiste na definição dos padrões utilizados.

A partir de então, surge a necessidade de estabelecer parâmetros de comparação. O modelo sugere o levantamento de informações de empresas internacionais e nacionais similares.

Na quinta etapa, o avaliador realiza a avaliação propriamente dita, com uma visão abrangente da organização e identificando o nível de desempenho das áreas e de cada indicador.

O autor faz ressalvas com relação aos resultados obtidos pela mensuração do desempenho, devido a quatro tipos de bloqueios identificados: (a) devidos ao comportamento dos funcionários; (b) decorrentes de características gerenciais; (c) relativos ao ambiente político-social da empresa; e (d) devidos a limitações metodológicas (CORRÊA , 1986, p. 73).

#### 2.2.6 *Strategic Measurement Analysis and Reporting Technique (SMART)*

O sistema SMART tem seu nome originado das iniciais de seu nome completo em inglês: “*Strategic Measurement Analysis and Report Technique*”. Foi elaborado pelo Wang Laboratories Inc (GHALAYINI; NOBLE,1996) frente à insatisfação pelo tradicional uso das medidas financeiras. É um sistema de mensuração de desempenho que tem em seu conceito central os preceitos propostos anteriormente por Drucker (1954). O SMART integra medidas internas e externas da organização, e provenientes da alta administração, garantindo que a visão da organização seja transmitida e que façam parte dela os objetivos internos e externos das unidades de negócios (KENNERLEY; NEELY, 2002).

Suas medidas e objetivos têm níveis que se dividem (de cima para baixo): (1) no topo está a visão estratégica da organização, em que a diretoria designa o papel de cada unidade de negócios e aloca os recursos para essa unidade; (2) o objetivo para cada unidade de negócios é definido tanto em termos financeiros quanto de mercado; (3) no terceiro nível, objetivos mais tangíveis podem ser definidos para cada unidade de negócios em termos de satisfação do consumidor, flexibilidade e produtividade; (4) no quarto e último nível (departamental) a satisfação do consumidor, a flexibilidade e a produtividade são representados por critérios operacionais específicos, que abrangem a qualidade, a entrega, o tempo de processamento e o custo.



Figura 1 - Pirâmide de Desempenho SMART  
 FONTE: Adaptado de Ghalayini e Noble (1996)

### 2.2.7 Modelo *Balanced Scorecard* (BSC)

O *Balanced Scorecard* (BSC) foi desenvolvido em um projeto inicialmente intitulado “*Measuring Performance in the Organization of the Future*”, patrocinado pela empresa de consultoria KPMG, através de sua unidade de pesquisa, o Instituto Nolan Norton. O projeto teve início em 1990 e contou com a coordenação de David Norton e Robert Kaplan, hoje considerados responsáveis pela metodologia e autores de diversos livros sobre o assunto. Foi apresentado à comunidade na década de 1990, na *Harvard Business Review*. Trata-se de um sistema que tem como objetivo esclarecer a estratégia que a organização pretende adotar e transformar essa meta em ações específicas para que possa cumprir esses objetivos traçados e alcançar o máximo de benefícios em perspectivas não somente financeira (KAPLAN; NORTON, 1992).

O *Balanced Scorecard* apresenta quatro perspectivas diferentes que são: objetivos de curto e longo prazos, os resultados desejados e os vetores de desempenho desses resultados, as medidas concretas e as medidas subjetivas mais imprecisas. (KAPLAN; NORTON, 1997, p. 26).

Estas perspectivas são:

- Financeira – estratégia para crescimento, lucro e risco percebido pela perspectiva dos acionistas;
- Clientes – estratégia para criação de valor e diferenciação pela perspectiva do cliente;

- Processos de negócios internos – prioridades estratégicas para vários processos de negócios que levam à satisfação do cliente e do acionista;
- Aprendizado e crescimento – prioridades para criar uma atmosfera que dê apoio ao crescimento, à inovação e às mudanças organizacionais (DEBUSK et. al., 2003, p.217).

#### 2.2.8 Modelo *Performance Measurement Questionnaire* (PMQ)

Desenvolvido por Dixon, Nanni e Vollmann (1990), o PMQ tem como objetivo principal fornecer aos dirigentes de uma organização uma ferramenta capaz de identificar as necessidades de melhorias, bem como um conjunto de medidas de desempenho que apoiem a implantação dessas melhorias e as monitorem ao longo do tempo.

Neste sistema, tem-se o desenvolvimento de um questionário focado nas prioridades competitivas de mercado e no sistema atual de medidas de desempenho, traçando-se então as áreas de melhorias relacionadas a um conjunto de medidas apropriadas que foram enfatizadas pelo seu grau de importância para o resultado da organização. Este questionário é aplicado e analisado, sendo daí extraídos os principais argumentos para a definição de um novo sistema de avaliação de desempenho moldado à necessidade específica da organização naquele momento.

#### 2.2.9 Modelo *Skandia Navigator*

Dentro da perspectiva da chamada Gestão do Conhecimento, no início dos anos 1990, a Skandia, uma empresa sueca da área de seguros e de serviços financeiros, criou uma ferramenta de mensuração denominada Skandia Navigator, que passou a orientar a mensuração do desempenho na organização e se tornou uma das “forças-motrizes no movimento do capital intelectual”, pois permitiria “identificar os resultados para a empresa decorrentes de uma estratégia baseada na criação de conhecimento” (VON KROGH et al, 2001, p. 118).

O *Navigator* ou Navegador de Capital Intelectual (CI) “fornece uma imagem equilibrada do capital financeiro e intelectual” (VON KROGH et. al., 2001, p. 118). Ele consiste em cerca de

trinta indicadores-chave (SVELBY, 1998, p. 225), divididos em cinco áreas, sendo o foco financeiro referente aos resultados ocorridos (passado) e os focos nos clientes, nos recursos humanos e nos processos voltados ao que ocorre no momento na empresa (presente). O foco restante é referente à capacidade de renovação e de desenvolvimento da organização, competências que permitiriam vislumbrar o futuro. Cada um dos focos apresenta os chamados indicadores CI, que “traduzem cada foco em resultados utilizáveis, com a atenção voltada sobretudo à posição estratégica”, possibilitando o uso estratégico do conhecimento (VON KROGH et al, 2001, p. 118).

Seu propósito é oferecer uma taxonomia complementar de contabilidade e um novo enfoque de gestão, baseado na vivência e no fomento à criação do conhecimento. Nele fica retratado o equilíbrio entre o passado – foco financeiro, presente – foco consumidor, humano e dos processos, e futuro – foco renovação e desenvolvimento (MOURITSEN; LARSEN; BUKH, 2001).

#### 2.2.10 Modelo IPMS

O modelo de avaliação de desempenho IPMS (*Integrated Performance Measurement System*) foi desenvolvido por Bititci et al. (1998a; 1998b). Ele se baseou em grande parte na ideia de integração da avaliação de desempenho proposta por autores como Ghalayini e Noble (1996) e Ghalayini, Noble e Crowe (1997). Bititci et. al. (1998b) desenvolvem seu modelo partindo da premissa de que as organizações contêm quatro grande níveis de estruturas de controle integrados entre si:

- (1) Negócios;
- (2) Unidades de negócios;
- (3) Processos de negócios;
- (4) Atividades.

Os autores alegam que cada um desses níveis de estrutura considera quatro elementos:

- a) requerimentos dos *stakeholders*;
- b) monitoramento externo;
- c) objetivos;

d) medidas de desempenho.

### 2.2.11 Modelo SIGMA *Sustainability Scorecard*

O objetivo do modelo é garantir a criação de valor para uma empresa ou organização através do chamado *triple bottom line*, ou seja, o resultado econômico, o resultado da contribuição social e o resultado das ações ecológicas e ambientais (KAPLAN; NORTON, 2004, p. XIX). A analogia usada para demonstrar a importância dessa perspectiva é de que os três aspectos, econômico, social e ambiental, seriam as três únicas pernas de uma mesa, sendo que elas deveriam ter um equilíbrio entre si para que a própria mesa (a organização) estivesse equilibrada (BENNETT, 2014, p. 20). Partindo destes pressupostos, o *British Standards Institution*, o *Forum for The Future* e a organização *Accountability*, instituições britânicas, ao lado do *Department of Trade and Industry* do Reino Unido, criaram um *framework* para a mensuração e a avaliação de desempenho das organizações do mundo inteiro. (SIGMA, 2003, p. 13). Para esse fim, há duas grandes mudanças com relação aos tradicionais “*scorecards*”. A primeira delas é que se busca um enfoque de sustentabilidade, ao invés do financeiro; a segunda é que se busca um enfoque dos *stakeholders*, ao invés dos clientes (SIGMA, 2003, p.4).

O SIGMA *Sustainability Scorecard* é composto por quatro perspectivas básicas de avaliação de desempenho:

- **Perspectiva da Sustentabilidade:** “como nós entendemos o sucesso desta organização em termos de desenvolvimento sustentável e objetivo de sustentabilidade? Que indicadores de performance sociais, econômicos e ambientais são relevantes, de acordo com a missão, a visão e os valores da organização?”;
- **Perspectiva do Stakeholder Externo:** “quanto deve a organização se comprometer com, e ser responsável por, seus *stakeholders* a fim de alcançar sua contribuição para um desenvolvimento sustentável?”;
- **Perspectiva do Stakeholder Interno:** “como devem ser realizadas as atividades da administração e os processos da organização a fim de satisfazer seus *stakeholders* e alcançar sua contribuição para um desenvolvimento sustentável?”;

- **Perspectiva do Conhecimento e Habilidade:** “como a organização aprende, inova e melhora com o objetivo de obter excelência em suas atividades e processos administrativos para alcançar suas contribuições para o desenvolvimento sustentável?”.

#### 2.2.12 Modelo Prisma de Desempenho

O modelo Prisma de Desempenho surgiu diante da percepção de uma nova crise no campo da mensuração de desempenho (NEELY; KENNERLEY; ADAMS, 2000). Para os autores, o desempenho do negócio é um conceito multilateral. Assim, os autores propõem um modelo tridimensional, com cinco faces, chamado de *Performance Prism* ou Prisma de Desempenho.

Para Neely et. al. (2002), a metáfora parte da ideia de que um prisma reflete a luz branca em diversas outras cores e representa a complexidade escondida de algo que parece simples, mas não é, tal como a própria luz branca. Baseando-se nessa metáfora, os autores oferecem uma teorização para o presente modelo de avaliação de desempenho apoiando-se em cinco perspectivas, sendo cada um deles representado metaforicamente por um lado do prisma. Essas cinco perspectivas são: a satisfação dos *stakeholders* (investidores, clientes, intermediários, empregados, fornecedores, agentes reguladores e comunidade); as estratégias; os processos; as capacidades e as contribuições dos *stakeholders*.

A estratégia nessa sistemática é o resultado das vontades e necessidades dos *stakeholders* conjuntamente com as vontades e necessidades da própria organização.

#### 2.2.13 Modelo da Administração de Qualidade Total (*Total Quality Management*)

A gestão da qualidade, à semelhança de diversas outras práticas de gestão, utiliza jargão próprio. Há uma variedade de termos utilizados que variam segundo de acordo com o autor, país ou setor produtivo. Tal diversidade gera confusão, seja quando um termo é tido como

sinônimo de todos os outros, seja ainda quando se imagina que cada um apresente peculiaridade. Outro fator complicador é que autores de língua inglesa e japonesa foram traduzidos por distintos tradutores. Dessa forma, os termos tornaram-se ainda mais numerosos e nem sempre trazem correspondência clara em termos de significado (SCHIESARI, 1999).

A preocupação com a qualidade não é recente. Por volta de 2150 a.C., o código de Hamurabi já demonstrava enfoque na durabilidade e funcionalidade das habitações produzidas na época. Há relatos que fenícios, caso não fabricassem produtos segundo as especificações, tinham as mãos amputadas. Já os romanos desenvolveram técnicas de pesquisa altamente sofisticadas para a época e as aplicavam principalmente na divisão e no mapeamento territorial para controlar as terras rurais incorporadas ao império. Desenvolveram padrões de qualidade, métodos de medição e ferramentas específicas para medir a execução desses serviços (OLIVEIRA, 2004). A teoria da qualidade foi-se aperfeiçoando no decorrer do tempo, assumindo um perfil característico de acordo com as três fases da evolução da gestão da qualidade. A primeira evolução ocorreu um pouco antes da Revolução Industrial, principalmente nas indústrias bélicas, que, em decorrência da Primeira Guerra Mundial, necessitavam aumentar a produção de armamentos. Nessa primeira fase, a gestão da qualidade total é marcada pela inspeção. O foco principal estava na detecção de eventuais defeitos de fabricação, sem metodologia preestabelecida para executá-la (OLIVEIRA, 2004).

Na segunda fase, há preocupação com todos os processos de produção, admitindo-se que o grau de variabilidade do produto se deva às variações na matéria-prima, nas máquinas utilizadas e em seus respectivos operadores. Nesse período, o controle da inspeção foi aprimorado por meio da utilização de técnicas estatísticas, conhecidas como controle estatístico. Devido à crescente demanda mundial por produtos manufaturados, inviabilizou-se a execução da inspeção feita produto a produto como na era anterior, e a técnica de amostragem passou a ser utilizada (OLIVEIRA, 2004).

Na era da qualidade total, em que se enquadra o período atual, a ênfase passa a ser o cliente, que se torna o centro das atenções das organizações, cujos esforços são dirigidos para satisfazer as necessidades e expectativas do consumidor. Nesta fase, a gestão da qualidade é vista de forma sistêmica, de tal modo que os inter-relacionamentos e as interdependências sejam considerados entre todos os níveis da empresa (OLIVEIRA, 2004).

De acordo com Mers (1993) a gestão pela Qualidade Total é um sistema permanente e de longo prazo, voltado para o alcance da satisfação do cliente por meio de um processo de melhoria contínua dos produtos e serviços gerados pela empresa. Para que a gestão pela qualidade total efetivamente tenha controle sobre a qualidade, necessita da participação de todos os membros da empresa, incluindo gerentes, supervisores, trabalhadores e executivos, na busca do objetivo de melhoria contínua.

Segundo Ishikawa (1985), podemos focar a gestão pela qualidade total de duas maneiras distintas. A pequena qualidade é aquela que se limita às características de produtos e serviços consideradas importantes para seus usuários e compradores. A grande qualidade envolve a satisfação partilhada de várias pessoas, grupos e comunidades envolvidas na vida de uma organização.

A “grande” qualidade tem um enfoque bastante abrangente e total em relação à organização. Este enfoque exige uma mudança na filosofia tradicional em termos de produção nas empresas, de um foco baseado em custos e produtividade para outro fundado em qualidade e na visão do cliente consumidor. Este novo enfoque, segundo Garvin (1992:77) tem cinco pressupostos básicos:

- 1) qualidade é definida do ponto de vista do cliente;
- 2) qualidade é relacionada com a lucratividade em ambos os lados: do mercado e de custos;
- 3) qualidade é visualizada como uma arma competitiva;
- 4) qualidade é construída desde o processo de planejamento estratégico;
- 5) qualidade requer um compromisso que abranja todos os membros da organização.

Esta visão a respeito da gestão pela qualidade total é bastante próxima das necessidades dos consumidores e do movimento da concorrência. Portanto, tem uma ótica de melhoria contínua, uma vez que nem os consumidores deixam de ter mudanças em suas necessidades e nem os concorrentes estão parados sem reagir às variações do mercado e dos seus agentes. Portanto, as empresas, além de satisfazerem seus consumidores, devem também ser melhores que seus concorrentes diretos, sob pena de terem a sua *performance* mercadológica prejudicada.

Isso explica porque o controle da qualidade é um imperativo de competitividade, sendo sua prática uma estratégia de controle e melhoria dos processos produtivos

(YONG;WILKINSON,1999). Pode até ser vista como uma exigência do mercado através dos certificados obtidos com essas práticas (SCHMIDT, 2000). Os prêmios são considerados uma importante ferramenta de diagnóstico da situação real do desempenho dos sistemas de gestão das organizações (BOAS; COSTA, 2011).

Os Prêmios Nacionais de Qualidade foram instituídos pela primeira vez no Japão, em 1951, quando foi criado o Prêmio Deming de Qualidade. Nos EUA, o primeiro prêmio relacionado ao gerenciamento para a qualidade foi a medalha Edward, criada pela Sociedade Americana de Controle de Qualidade (ASQC) em 1959. Mais tarde, em 1987, por iniciativa do Instituto Nacional de Normas e Tecnologia (Nist), foi criado o Prêmio Malcolm Baldrige; este, por sua vez, era baseado na série de critérios que caracterizam a chamada gestão da qualidade (JURAN, 1994). Desde então, vários países instituíram prêmios nacionais como instrumento de divulgação de um modelo de gestão capaz de garantir o aumento da competitividade das empresas, a maioria baseando seus critérios e formas de avaliação nos dois prêmios citados anteriormente.

Há atualmente pelo menos 90 prêmios de qualidade ou excelência em negócios em cerca de 75 países. Dentre eles os mais difundidos estão: *Deming Prize* (Japão), *Malcolm Baldrige National Quality Award* (EUA), *EFQM Excellence Award* (europeu) (SHARMA; TALWAR, 2007, p.4-20). De forma geral, os prêmios têm se consolidado como referência em âmbito mundial para alcançar a excelência organizacional.

No Brasil, a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FNQ), entidade privada e sem fins lucrativos, foi criada em 1991, tendo sua primeira premiação ocorrida em 1992. O Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) foi criado como uma das estratégias definidas pelo Programa Brasileiro de Qualidade e Produtividade (PBQP). A partir do PNQ e como estratégia do PBQP, foram sendo criados paulatinamente vários prêmios setoriais de qualidade, baseados em critérios territoriais, como os prêmios estaduais do RS, RJ, BH, SE, MG ou em determinado setor econômico, como o Prêmio de Qualidade na Agricultura, o Prêmio ABES (Prêmio Nacional da Qualidade em Saneamento), o Prêmio de Qualidade ANTP (Associação Nacional de Transporte Público), o Prêmio Nacional de Gestão de Saúde (PNGS) entre outros. Para a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade, como para os demais, os sete critérios do prêmio pretendem representar um modelo sistêmico de gestão adotado por inúmeras organizações de classe mundial, construído sobre alguns fundamentos essenciais para a

obtenção da excelência do desempenho.

Outro prêmio, limitado ao estado de São Paulo é o IPEG (Instituto Paulista de Excelência da Gestão). Fundado em 16 de abril de 2001, é uma organização de direito privado, sem finalidade de lucro cujo principal objetivo é: "Contribuir com as Organizações Paulistas na jornada para a excelência da gestão, assegurando a prosperidade do cidadão, a integridade do meio-ambiente, a pujança econômica, a vanguarda tecnológica e a competitividade do Estado de São Paulo e do País" (IPEG, 2015).

O presente trabalho se propõe a apresentar um breve histórico das principais premiações conhecidas no Brasil: Prêmio Deming, Prêmio EFQM, Prêmio Malcolm Baldrige, PNQ e Prêmio Nacional Gestão em Saúde.

#### 2.2.13.1 Premio EFQM

A *European Foundation for Quality Management* (EFQM) foi criada em 1989 para aumentar a competitividade da economia europeia. O impulso inicial para sua formação foi dar resposta ao trabalho de W. Edwards Deming e ao desenvolvimento dos conceitos de Gestão da Qualidade Total. Tomou como referência o Modelo Malcolm Baldrige e, especialmente, o Prêmio Deming, mas com adequações para as necessidades do contexto europeu. É uma fundação sem fins lucrativos que todos os anos outorga o Premio Europeu de Qualidade, utilizando como critério o Modelo de Excelência EFQM.

O Modelo de Excelência da EFQM é um quadro que tem sido utilizado para impulsionar o desenvolvimento organizacional sustentável. Ele pode ser aplicado a qualquer organização, independentemente do tamanho ou setor. Baseia-se na observação e no aprendizado das principais organizações sobre o que as tornou bem sucedidas e o que estas precisam fazer para se manterem competitivas. Ele é baseado em nove critérios. Cinco destes são de Capacitação e quatro são de Resultados. Os critérios de "Capacitação" são os referentes a o que a organização faz e de que forma. Os critérios de "Resultados" abrangem o que uma organização alcança.

Os critérios de Capacitação são:

1. Liderança;
2. Pessoas;
3. Estratégia,
4. Parcerias e Recursos;
5. Processos, Produtos e Serviços.

Os critérios de Resultados são:

1. Resultado de pessoas;
2. Resultado de clientes;
3. Resultados sociais;
4. Resultado de negócios.

A EFQM estabeleceu diferentes níveis de reconhecimento, dependendo do nível de desempenho: comprometida com a excelência (a organização está na fase de aprendizagem baseada em ação de identificação, priorização e implementação de projetos de melhoria), reconhecida pela excelência (a organização, por meio de uma análise de desempenho validada externamente, reconhece suas realizações) e Premio em Excelência (reconhecimento das organizações que obtiveram melhores desempenhos da Europa).



Figura 2 - Fases de Desenvolvimento pelo Modelo de Excelência EFQM  
 Fonte: Autora com base no EFQM 2014.

### 2.2.13.2 Prêmio Malcom Baldrige

O *Malcolm Baldrige National Quality Award* (Prêmio Nacional da Qualidade Malcom Baldrige) foi criado nos Estados Unidos em agosto de 1987 pelo presidente Ronald Reagan, depois de aprovado pelo Senado, com o nome de um ex-secretário de Finanças do país. Tinha finalidade de estimular a qualidade dos produtos fabricados pelas empresas norte-americanas promovendo as seguintes metas:

- 1) auxiliar as empresas no aperfeiçoamento da qualidade e produtividade;
- 2) reconhecer os avanços de empresas que aperfeiçoam a qualidade de produtos e serviços, servindo de exemplo para outras;
- 3) estabelecer diretrizes e critérios que possam ser utilizados por empresas, organizações industriais, governamentais e outras, na autoavaliação de esforços em aperfeiçoamento da qualidade;
- 4) fornecer orientação específica a outras organizações norte-americanas que desejem aprender como gerenciar com alta qualidade, tornando acessível informação detalhada a respeito de como as organizações vencedoras foram capazes de modificar a própria cultura e atingir a excelência.

Os conceitos principais que fazem parte do Prêmio Malcom Baldrige são divididos em sete categorias, que configuram os critérios desenhados para ajudar as organizações a utilizar uma perspectiva para o desempenho organizacional que resulte em três metas distintas: a entrega de valor com melhoria contínua aos clientes, contribuindo para o sucesso de mercado; a melhoria das competências e efetividade da organização; e o aprendizado organizacional e pessoal. As sete categorias são: liderança; planejamento estratégico; foco no cliente e no mercado; mensuração, análise e conhecimento administrativo; foco em recursos humanos; administração de processos; resultados do negócio (INSTITUTE OF STANDARDS AND TECHNOLOGY, 2014).

### 2.2.13.3 Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ)

Em 1991 foi instituída em São Paulo, por um grupo formado por representantes de 39 organizações privadas e públicas, a Fundação para o Prêmio Nacional da Qualidade (FPNQ). Essa entidade sem fins lucrativos foi criada para administrar o Prêmio Nacional da Qualidade

(PNQ) e as atividades decorrentes do processo de premiação, em todo o território nacional (FNQ, 2015).

O PNQ é um prêmio concedido anualmente no Brasil a organizações tanto do setor privado como público. Tem como referência internacional o Prêmio Baldrige e procura identificar as práticas de excelência em gestão reconhecidas mundialmente aplicadas às empresas sediadas no Brasil (FNQ, 2013).

Busca promover o entendimento dos requisitos para alcançar a excelência do desempenho e, portanto, a melhoria da competitividade, a troca de informações sobre métodos e sistemas de gestão que alcançaram sucesso e benefícios decorrentes da utilização dessas estratégias. A participação no prêmio ocorre em uma das cinco diferentes categorias de premiação: grandes empresas; médias empresas; pequenas e microempresas; organizações sem fins lucrativos; e órgãos da administração pública.

O PNQ envolve critérios de excelência que representam um patamar mais elevado de qualidade, recomendando práticas de gestão de reconhecida eficácia. Pode ser aplicado a organizações de diferentes portes e ramos. Os critérios empregados pressupõem a avaliação dos processos relacionados e seu aprimoramento contínuo. Os oito critérios de excelência são destacados a seguir:

- 1) **Liderança** – aborda os processos gerenciais relativos à orientação filosófica da organização e controle externo sobre a direção; ao engajamento, pelas lideranças, das pessoas e partes interessadas na sua causa; e ao controle de resultados pela direção;
- 2) **Estratégias e planos** – analisa os processos gerenciais relativos à concepção e à execução das estratégias, inclusive aquelas referentes ao estabelecimento de metas e à definição e ao acompanhamento de planos necessários para o êxito das estratégias;
- 3) **Clientes** – trata de processos gerenciais relativos ao tratamento de informações de clientes e mercado e à comunicação com o mercado e com clientes atuais e potenciais;
- 4) **Sociedade** – envolve os processos gerenciais relativos ao respeito ao tratamento das demandas da sociedade e do meio ambiente e ao desenvolvimento social das comunidades mais influenciadas pela organização;
- 5) **Informações e conhecimento** – aborda os processos gerenciais relativos ao tratamento organizado da demanda por informações na organização e ao desenvolvimento

controlado dos ativos intangíveis geradores de diferenciais competitivos, especialmente os de conhecimento;

6) **Pessoas** – inclui os processos gerenciais relativos à configuração de equipes de alto desempenho, ao desenvolvimento de competências das pessoas e à manutenção do bem-estar;

7) **Processos** – engloba os processos gerenciais relativos aos processos principais do negócio e aos de apoio, tratando separadamente os relativos a fornecedores e os econômico-financeiros;

8) **Resultados** – trata os resultados da organização sob forma de séries históricas e acompanhados de referenciais comparativos pertinentes, para avaliar o nível alcançado, e de níveis de desempenho associados aos principais requisitos de partes interessadas, para verificar o atendimento.

Esses critérios foram desenhados não somente para servir como referencial para o processo de premiação, mas, principalmente, para permitir um diagnóstico, aplicável a qualquer tipo de organização, no que se refere ao sistema de gestão do desempenho (FNQ, 2013). Os oito critérios de Excelência se subdividem em 24 itens (Quadro 1).

Quadro 1 – Critérios de Excelência da FNQ

<b>1) Liderança</b>	1.1 Cultura organizacional e desenvolvimento da gestão 1.2 Governança 1.3 Levantamento de interesses e exercício da liderança 1.4 Análise do desempenho da organização
<b>2) Estratégias e Planos</b>	2.1 Formulação das estratégias 2.2 Implantação das estratégias 2.3 Clientes
<b>3) Clientes</b>	3.1 Análise e desenvolvimento de mercado 3.2 Relacionamento com clientes
<b>4) Sociedade</b>	4.1 Responsabilidade socioambiental 4.2 Desenvolvimento social
<b>5) Informações e Conhecimento</b>	5.1 Informações da organização 5.2 Conhecimento organizacional
<b>6) Pessoas</b>	6.1 Sistemas de trabalho 6.2 Capacitação e desenvolvimento 6.3 Qualidade de vida
<b>7) Processos</b>	7.1 Processos da cadeia de valor 7.2 Processos relativos a fornecedores 7.3 Processos econômico-financeiros
<b>8) Resultados</b>	8.1 Econômico-financeiros 8.2 Sociais e ambientais 8.3 Relativos a clientes e mercados 8.4 Relativos às pessoas 8.5 Relativos aos processos

Fonte: FNQ, 2014

O PNQ tem como referência o Modelo de Excelência da Gestão (MEG), cuja característica mais importante é ser um modelo sistêmico. Isto se traduz no benefício de buscar a estruturação e o alinhamento dos componentes da gestão das organizações pela ótica de um sistema. A figura 3 mostra essa característica do modelo. Com a missão de disseminar os fundamentos da Excelência em Gestão para o aumento da competitividade das organizações e do Brasil, a Rede Nacional da Gestão Rumo a Excelência reúne atualmente 54 Programas e Prêmios Regionais e Setoriais que utilizam o MEG em organizações que buscam a evolução da maturidade em direção a uma gestão competitiva. Para cumprir esse propósito, a rede busca o alinhamento de processos de avaliação com o PNQ.

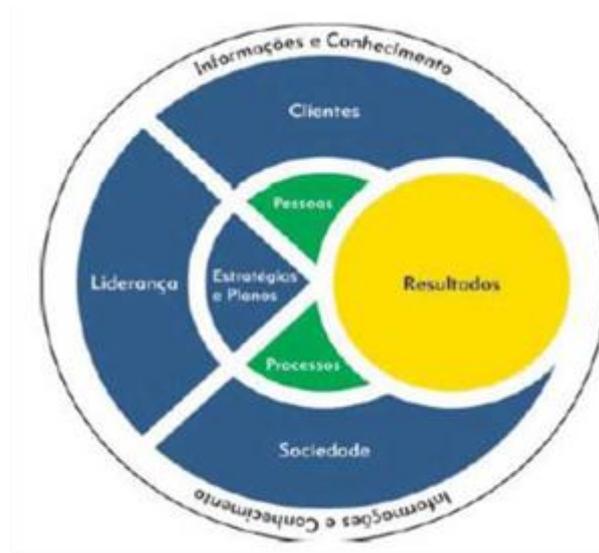


Figura 3 - Representação do Modelo de Excelência da Gestão do PNQ  
Fonte: FNQ (2014)

O modelo estabelece uma orientação integrada e interdependente para gerir uma organização, considerando que os vários elementos da organização e as partes interessadas interagem de forma harmônica e balanceada nas estratégias e resultados. Assim, o MEG permite que os vários elementos de uma organização possam ser implantados e avaliados em conjunto, de forma interdependente e complementar. O MEG baseia-se em um conjunto de fundamentos da excelência (Quadro 1), que expressam conceitos atuais que se traduzem em práticas encontradas em organizações de elevado desempenho, líderes de classe mundial. Os

fundamentos da excelência refletem valores reconhecidos internacionalmente e suas principais fontes de referências são o *Baldrige National Quality Program* e a *European Foundation for Quality Management*. Esses fundamentos da excelência, quando aplicados, trazem melhorias para os processos e produtos, redução de custos e aumento da produtividade para a organização, tornando-a mais competitiva. Além disso, potencializam a credibilidade da instituição e o reconhecimento público, aumentando o valor do empreendimento. A organização que adota enfoques de excelência se adapta mais facilmente às mudanças e tem mais condições de atingir e manter um desempenho de classe mundial. As organizações consideradas como referenciais de excelência em nível internacional são aquelas que têm prosperado e alcançado a liderança internacional nas respectivas áreas de atuação e são exemplos reconhecidos de atuação em harmonia com o meio ambiente e integração com a sociedade (FNQ, 2013).

As organizações que desejam participar necessitam elaborar um relatório da gestão, abordando os itens dos critérios de excelência. As organizações premiadas podem fazer uso do prêmio, na forma de troféu, para publicidade e devem compartilhar informações sobre as estratégias de desempenho que alcançaram sucesso e os benefícios decorrentes da utilização dessas práticas.

#### 2.2.13.4 Prêmio Nacional de Gestão em Saúde (PNGS)

O Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS) foi criado em 2003 por iniciativa do Controle de Qualidade Hospitalar (CQH). O Programa CQH, da Associação Paulista de Medicina e do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, administra o PNGS e conta com grupos de especialistas, que auxiliaram em seu lançamento e vêm contribuindo para o seu aprimoramento. O objetivo de sua criação foi estimular as organizações da área da saúde a avaliar e a buscar melhorias contínuas de seus sistemas de gestão (PNGS, 2014).

É um prêmio anual que reconhece e qualifica as organizações da área da saúde que buscam excelência em sua gestão, atingindo um atendimento adequado à população e resultados superiores de desempenho. A visão do PNGS é servir como modelo de referência para avaliação e orientação da gestão das organizações de saúde em todo o Brasil (PNGS, 2014). As instituições de saúde que podem se candidatar pertencem a quatro categorias distintas: Hospitais, Laboratórios de patologia clínica, Clínicas de especialidades médicas (clínicas de imagem, hemoterapia, ortopedia, oncologia, diálise etc.) e Atendimento Domiciliar.

O processo de avaliação ocorre em duas fases. Na primeira, as instituições participantes submetem ao PNGS um relatório de gestão avaliado por uma banca e por um corpo de juízes. A segunda consiste em uma visita às instalações. Ao participar do PNGS, a organização de saúde obtém um diagnóstico de seu sistema de gestão, que indica seus principais pontos fortes e oportunidades de melhorias. Isto possibilita a definição de planos de ação com base nas principais lacunas identificadas pelos avaliadores.

As modalidades de premiação do PNGS relacionam-se com o estágio de evolução da gestão. O nível I (Prata) mostra que há compromisso com a excelência e o nível II (Ouro) que está no rumo da excelência. A decisão para o reconhecimento do PNGS é baseada nos desempenhos relativos a Processos Gerenciais e Resultados, conforme a sua modalidade (nível). Os Critérios de Avaliação do Prêmio Nacional da Gestão em Saúde (PNGS) estão alinhados aos Critérios de Excelência do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ).

Entre eles, há os relacionados aos processos gerenciais e os voltados aos resultados organizacionais. Os itens de processos gerenciais solicitam informações relacionadas ao sistema de gestão da organização, sem prescrever práticas, métodos de trabalho ou ferramentas. São compostos por questões que investigam como a organização atende a determinados requisitos gerenciais, quais são e como funcionam as práticas de gestão que a organização adota para atendê-los.

Os de resultados organizacionais solicitam a apresentação de séries históricas de resultados, informações comparativas e explicações sobre resultados adversos. Para tanto, é requerida a apresentação de resultados decorrentes do sistema de gestão, observando-se pelo menos três períodos consecutivos para o Nível II e dois para o Nível I, coerentes com ciclos de planejamento e de análise do desempenho na organização.

### **2.3 Gestão da qualidade em saúde**

A gestão da qualidade na área da saúde segue filosofia semelhante à aplicada pelas indústrias. A adequação do produto ou serviço aos anseios do cliente é um fundamento de qualidade perfeitamente aplicável aos diversos serviços de assistência à saúde (ALGARTE;

QUINTANILHA, 2000). O aumento da complexidade desses serviços, impulsionado pela demanda tecnológica e pela explosão de novos conhecimentos, expostos ao aumento da expectativa de vida e ao maior número de pacientes portadores de doenças crônicas, vem fazendo subir os custos na área, de modo que o desafio atual da saúde é prestar atendimento humanizado com alta produtividade e baixo custo. É o que se espera dos resultados de programas de qualidade.

Juntamente com os programas de qualidade existem vários empreendimentos que demonstram o interesse em relação à avaliação da qualidade dos serviços de saúde e especialmente das instituições hospitalares. Assim, a discussão sobre qualidade permite que se amplie o campo conceitual e facilite a operacionalização da avaliação da qualidade dos serviços de saúde (ACURCIO, 1991; MALIK; TELES, 2001).

Existem diversas definições de avaliação. Ela consiste fundamentalmente em aplicar um julgamento de valor a uma intervenção por meio de um dispositivo capaz de fornecer informações cientificamente válidas e socialmente legítimas sobre ela ou qualquer um de seus componentes, permitindo aos diferentes atores envolvidos, que podem ter campos de julgamento diferente, se posicionar e construir (individual ou coletivamente) um veredicto capaz de ser traduzido em ação. Esse veredicto pode ser o resultado da aplicação de critérios e normas – avaliação normativa – ou ser elaborado a partir de um procedimento científico – pesquisa avaliativa (CONTANDRIOPOULOS, 2006, p.705-712).

Na área da saúde ela surge então, vinculada aos avanços da epidemiologia e da estatística, testando a utilidade de diversas intervenções particularmente direcionadas ao controle das doenças infecciosas e ao desenvolvimento dos primeiros sistemas de informação que orientassem as políticas sanitárias nos países desenvolvidos.

Alguns autores relatam que o primeiro marco da avaliação em saúde se deu no século XIX, na Guerra da Crimeia, quando Florence Nightingale desenvolveu métodos de coleta de dados com o objetivo de melhorar a qualidade do atendimento prestado aos feridos (NEUHAUSER, 2003; ROESSLER, 2005; RUELAS; POBLANO, 2005; MALIK, 2006).

Outros autores indicam que a avaliação em saúde passa a ter maior relevância com a publicação de Flexner, em 1910, sobre a avaliação do ensino médico nos Estados Unidos. A obra

impulsionou a reforma no ensino médico e também foi à diretriz para o trabalho de Codman “*A study in hospital efficiency: the first five years*”, publicado em 1916, que apresentou proposta de avaliação rotineira do estado de saúde dos pacientes para estabelecer os resultados finais das intervenções médicas intra-hospitalares. O autor considerou que a observação de tudo o que ocorria durante e após o tratamento era a melhor forma de avaliar a qualidade da assistência prestada. Baseado nesse conceito foi criado, em 1917, pelo Colégio Americano de Cirurgiões (ACS), o *Minimum Standard for Hospitals*, requisitos básicos para avaliação dos hospitais. Em 1928, o ACS assumiu a responsabilidade pela avaliação da qualidade das práticas cirúrgicas e dos hospitais, o *Hospital Standardization Program*, precursor da Joint Commission for Hospital Accreditation (JCHA) (BEST; NEUHAUSER, 2005; PAGLIOSA; ROS, 2008).

A partir da década de 1970, com os custos crescentes da atenção médica e o aumento da complexidade da atenção (uso indiscriminado de tecnologia e procedimentos médicos cada vez mais sofisticados), houve um impulso para a expansão de trabalhos e pesquisas de avaliação da qualidade e dos custos da atenção médica (REIS et. al., 1990, p. 50-61).

Um dos autores que mais se destacaram na publicação de estudos de avaliação da qualidade nos serviços em saúde foi Avedis Donabedian, que considerou que a avaliação da qualidade do cuidado médico poderia dar-se em três componentes: estrutura, processo e resultado. Em artigo publicado em 1978, considerou a avaliação dos serviços em duas dimensões:

1) desempenho técnico, ou seja, a aplicação do conhecimento e da tecnologia médica de modo a maximizar os benefícios e a minimizar os riscos, de acordo com as preferências de cada paciente;

2) relacionamento pessoal com o paciente, de modo a satisfazer os preceitos éticos, as normas sociais e as legítimas expectativas e necessidades dos pacientes. A partir da interação entre o cliente e o médico, existe um processo complexo que vai desde componentes comportamentais até componentes técnicos muito específicos.

Segundo Donabedian (1978, 852):

(...) o objetivo da avaliação da qualidade é determinar o grau de sucesso das profissões relacionadas com a saúde, em se autogovernarem, de modo a impedir a exploração ou a incompetência, e o objetivo da monitorização da qualidade é exercer vigilância contínua, de tal forma que desvios dos padrões possam ser precocemente detectados e corrigidos.

Quando se trata, contudo, de avaliar serviços ou programas, o que corresponde a situar a avaliação no campo das modalidades de intervenção social e, conseqüentemente, das ciências sociais, recorre-se à utilização de “procedimentos que, apoiados no uso do método científico, servem para identificar, obter e proporcionar a informação pertinente e julgar o mérito e o valor de algo de maneira justificável” – a chamada avaliação em sentido estrito ou avaliação sistemática (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994, 61).

Todo tipo de avaliação, uma vez que persegue a ideia central da avaliação da qualidade, leva em consideração o estabelecimento de um juízo, a atribuição de um valor a alguma coisa que, quando positiva, significa ter qualidade, na acepção atual do termo (DONABEDIAN, 1988). O modelo de avaliação da qualidade reúne um conjunto de padrões ou referenciais de qualidade, propostos com o objetivo de nortear as práticas de gestão, ou ainda determinados procedimentos técnicos de uma dada organização ou de parte dela. São modelos porque foram desenvolvidos por especialistas do assunto, fruto da experimentação em determinado contexto, seguida de reflexão e discussão intensa. Um modelo de avaliação pode ser externo ou interno. A distinção entre avaliação interna e externa está relacionada à sua condução por participantes de um programa ou serviço ou por pessoa(s) externa(s) a eles (SCHIESARI; KISIL, 2003).

Entre os modelos específicos de avaliação, gestão e garantia de qualidade utilizados no Brasil, como avaliação externa, estão sistemas de acreditação e certificação. Apesar das diferenças e semelhanças existentes entre os termos acreditação e certificação e suas respectivas práticas, seu uso tem levado ao emprego indistinto de muitos termos correlatos. É primordial que se atente à definição dos termos para que seja possível superar as dificuldades existentes para o aprimoramento da qualidade dos serviços

### 2.3.1 Modelos de acreditação e certificação

O termo Acreditação não faz parte da maioria dos dicionários da língua portuguesa, mas o verbo acreditar tem como uma de suas definições conceder reputação; tornar digno de crédito,

confiança; e o adjetivo acreditado tem como significado aquele/aquilo que tem crédito, que merece ou inspira confiança; autorizado ou reconhecido por uma potência junto a outra (FERREIRA, 2010; SCHIESARI, 1999).

Segundo o Glossário de Termos Comuns nos Serviços de Saúde do Mercosul publicado na Portaria n° 356 de 20 de fevereiro de 2002 (ANVISA, 2002):

Acreditação é um procedimento de avaliação dos estabelecimentos de saúde, voluntário, periódico e reservado que tende a garantir a qualidade da assistência integral, por meio de padrões previamente aceitos. Acreditação pressupõe avaliação da estrutura, de processos e resultados, e o estabelecimento será acreditado quando a disposição e organização dos recursos e atividades conformem um processo cujo resultado final é uma assistência à saúde de qualidade.

A acreditação é um sistema de avaliação externa desenvolvido para verificar a adesão dos serviços de saúde a um conjunto de padrões preestabelecidos. É geralmente um processo voluntário do qual as instituições decidem participar, e não decorre de imposição legal ou regulamentar. Considera-se um estabelecimento assistencial de saúde acreditado quando este se encontra em conformidade com os padrões de acreditação. Os padrões de acreditação são elaborados com o objetivo de estimular a melhoria contínua da qualidade dos serviços prestados aos usuários dos serviços de saúde (ROONEY; VAN OSTENBERG, 1999).

Em se tratando de avaliação da qualidade dos serviços de saúde baseada em padrões, existem três abordagens que atendem a diferentes propósitos e designam perspectivas distintas sobre o nível de qualidade: o licenciamento, a certificação e a acreditação (ROONEY; VAN OSTENBERG, 1999).

O licenciamento é um processo pelo qual uma entidade governamental ou seu agente designado – agências reguladoras, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) e os Conselhos Regionais ou Federal de representação de profissionais, no caso brasileiro – dá permissão a um profissional individual ou a uma instituição de saúde para operar ou se dedicar a uma ocupação ou profissão. A certificação é o procedimento por meio do qual uma terceira parte disponibiliza uma garantia escrita de que um produto, processo ou serviço está em conformidade com uma norma ou outro documento normativo específico (ROONEY; VAN OSTENBERG, 1999). Desse modo, é possível diferenciar a acreditação e a certificação de

sistemas de gestão, tanto em relação a objetivos como aos respectivos referenciais. A certificação (de sistemas de gestão, de produtos, de pessoas) é uma das atividades de avaliação da conformidade (certificação, inspeção, ensaio, calibração). A acreditação é o reconhecimento da competência técnica para exercer as atividades de avaliação da conformidade (ROONEY; VAN OSTENBERG, 1999). Contudo, na área da saúde, essa diferença se desvaneceu, e muitas vezes acreditação é utilizada como sinônimo de certificação.

Em 1951, foi criada nos Estados Unidos a *Joint Commission for Hospital Accreditation* (JCHA), fruto da união do *American College of Physicians*, da *American Hospital Association*, da *American Medical Association* e da *Canadian Medical Association*. A JCHA era uma empresa de natureza privada, sem fins lucrativos, cujo objetivo primário era conceder a acreditação aos que voluntariamente se submetiam à avaliação e eram aprovados no processo. Em 1987, o nome da organização mudou para *Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), para refletir a expansão do escopo das atividades.

As atividades da *Joint Commission* serviram de base a programas de acreditação de outros países. Em 1959, a *Canadian Medical Association* formou a própria organização de acreditação: o *Canadian Council of Hospital Accreditation* para acreditar hospitais canadenses (JOINT COMMISSION; 2014). A acreditação na Austrália iniciou-se em 1974 com a criação do *Australian Council on Healthcare Standards*. No Reino Unido, teve início em 1989, com o *Organisational Audit Program*, que a partir de 1995 começou a acreditar hospitais. Em 1998, o programa mudou de nome para *Health Quality Service*. Outra instituição britânica, o *Hospital Accreditation Programme*, criado em 1990, acredita hospitais comunitários com menos de 50 leitos. Na Espanha, a *Fundación Avedis Donabedian* assinou acordo com a *Joint Commission* em 1996 para estabelecer um programa de acreditação. O objetivo do acordo era facilitar aos hospitais espanhóis serem acreditados de acordo com os padrões e procedimentos utilizados para avaliar as instituições americanas de saúde (BOHIGAS, 2008).

No início dos anos 1990, a Organização Pan-americana de Saúde (Opas) publicou um manual de acreditação de hospitais para os países da América Latina. Em seguida foi criado um programa de acreditação de hospitais na Argentina pelo *Instituto Técnico de Acreditación de Establecimientos de Salud* (ITAES) (BOHIGAS, 2008).

Na Nova Zelândia foi criado em 1994 o *New Zealand Council of Accreditation*, similar ao

australiano. Na África do Sul fundou-se o *Council for Healthcare Accreditation of South Africa* a partir dos anos 1990 para acreditar os hospitais daquele país.

Fundada em 1994 pela The Joint Commission, a JCI é uma empresa privada, sem fins lucrativos. A JCI expande a missão da Joint Commission no mundo inteiro, ajudando instituições de saúde internacionais, de saúde pública, agências, ministérios da saúde e outros a melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos pacientes (BOHIGAS, 2008).

No Brasil, as primeiras iniciativas relacionadas à acreditação hospitalar surgiram em 1990, a partir de discussões realizadas pela Associação Paulista de Medicina, Sociedade Médica Paulista de Administração em Saúde, Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, entre outras entidades da área da saúde, dando origem ao Programa de Controle de Qualidade Médico-Hospitalar no Estado de São Paulo (CQH). O primeiro seminário nacional sobre acreditação ocorreu em abril de 1992, em Brasília, com a participação de representantes de diversas entidades nacionais da área da saúde, como órgãos de classes profissionais, provedores e compradores de serviços e órgãos com função reguladora, sob o patrocínio da Opas. No final desse ano, as entidades constituíram um conselho e uma comissão técnica, formando o Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar.

Outras iniciativas foram surgindo no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Paraná; em 1997, o Ministério da Saúde contratou um consultor para tentar unificar os vários esforços existentes no país, criando o Programa Brasileiro de Acreditação. O Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar foi lançado oficialmente em novembro de 1998 até que, em agosto de 1999, foi constituída juridicamente a Organização Nacional de Acreditação (ONA), responsável pelo monitoramento do processo de acreditação realizado pelas entidades acreditadoras (SCHIESARI, 1999).

Para esta dissertação, será aprofundado o estudo das especificações de duas acreditações: ONA e JCI, porque são esses os modelos utilizados nos hospitais analisados .

### 2.3.1.1 Acreditação ONA

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com sede em São Paulo, com atuação em todo o território nacional. É constituída por entidades de âmbito nacional, que têm afinidade com os princípios, os ideais e as finalidades do processo de acreditação. São membros fundadores e associados da ONA: Associação Nacional Hospitais Privados (ANAHP), Confederação Nacional de Saúde (CNS), Federação Nacional de Hospitais (FNH), Sociedade Brasileira de Análises Clínicas (SBAC), Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (Unimed do Brasil), Federação Nacional de Saúde Suplementar (Fenasaude) e União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde (Unidas) (ONA, 2014).

O manual é composto por padrões agrupados segundo área temática específica. Os padrões são apresentados em três níveis. Os requisitos do **Manual Brasileiro de Acreditação** abordam três conceitos nos três níveis: estrutura, processos e resultados. Os três conceitos são vistos e observados em cada um dos três níveis e separadamente em cada um deles (ONA,2010).

Além dessa base conceitual, os requisitos expressam fundamentos em melhores práticas em onze fundamentos:

- 1) Visão Sistêmica;
- 2) Liderança e Estratégias;
- 3) Orientação por Processos;
- 4) Desenvolvimento das Pessoas;
- 5) Foco no cliente;
- 6) Foco na prevenção;
- 7) Foco na Segurança,
- 8) Responsabilidade Socioambiental;
- 9) Cultura da Inovação;
- 10) Melhoria Contínua;
- 11) Orientação para Resultados.

O princípio para acreditação no nível 1 é a segurança. O padrão de exigência nessa etapa é atender requisitos formais, técnicos e de estrutura; executar atividades proporcionando a

segurança do cliente e paciente, conforme o perfil e porte da organização.

Para o nível 2, o princípio é a gestão integrada. O padrão de exigência é o gerenciamento das interações entre fornecedores e clientes; estabelecimento sistemático de medição do processo avaliando a efetividade; a promoção das ações de melhoria e o aprendizado.

Para o nível 3, o princípio é a excelência em gestão. O padrão de exigência é o desempenho dos processos alinhados e correlacionados às estratégias da organização; os resultados apresentam evolução de desempenho e a tendência favorável; as evidências de melhorias e as inovações, decorrentes de processo de análise crítica, assegurando o comprometimento com a excelência. Quando a organização cumpre integralmente com os requisitos do nível 1, ela é qualificada na condição de Acreditada. Quando cumpre integralmente com os requisitos dos níveis 1 e 2, é qualificada na condição de Acreditada Plena. Caso cumpra com os requisitos dos níveis 1, 2 e 3, é qualificada como Acreditada com Excelência. A figura 4 demonstra a relação entre os princípios orientadores e os níveis de complexidade a ser atendidos no processo de acreditação.



Figura 4 - Princípios orientadores para acreditação ONA  
Fonte: Autora com base ONA (2010).

Para a organização Acreditada, a validade da acreditação é de dois anos; para a Acreditação Plena dois anos; e para a Acreditada com Excelência, três anos. Porém, entre os períodos ocorrem avaliações de manutenção (ONA, 2014). Em junho de 2014, havia 61 organizações hospitalares Acreditadas, 57 Acreditadas Plenas e 92 Acreditadas com Excelência, totalizando 210 hospitais acreditados. Pode-se observar a distribuição desses hospitais por estado da

federação, conforme a figura 5.



Figura 5 - Distribuição por estado de instituições acreditadas pela ONA  
Fonte: autora com base em ONA (2014)

### 2.3.1.2 Acreditação JCI

A acreditação JCI tem o objetivo de estimular a demonstração de melhoria contínua e sustentada nas instituições de saúde pelo emprego de padrões de consenso internacional, de metas internacionais de segurança do paciente e de assistência ao monitoramento com indicadores (CBA, 2014; JCI, 2014).

As instituições de saúde que desejem ser acreditadas devem atender a determinados requisitos, cujos padrões estão distribuídos em dois grandes grupos, como segue:

1) Padrões com foco no paciente – Metas Internacionais (IPSG), Acesso ao Cuidado e Continuidade ao Cuidado (ACC), Direitos dos Pacientes e Familiares (PFR), Avaliação dos Pacientes (AOP), Cuidado aos Pacientes (COP), Anestesia e Cirurgia (ASC), Gerenciamento e Uso de Medicamentos (MMU), Educação de Pacientes e Familiares (PFE);

2) Padrões de Administração de Instituições de Saúde – Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QPS), Prevenção e Controle de Infecções (PCI), Governo, Liderança e

Direção (GLD), Gerenciamento e Segurança das Instalações (FMS), Educação e Qualificação de Profissionais (SQE) e Gerenciamento da Comunicação e Informação (MCI) (JCI, 2011).

A acreditação é válida por três anos, a menos que seja revogada pela JCI. A outorga tem efeito retroativo ao primeiro dia após a conclusão da avaliação da instituição. A JCI continua a monitorar as instituições acreditadas e programas certificados, em relação à conformidade com todas as Metas Internacionais de Segurança do Paciente e os padrões da JCI pertinentes, de forma regular ao longo de ciclo de 3 anos de acreditação. Ao final do ciclo, a instituição deve ser reavaliada para renovação de outorga de acreditação (JCI, 2011). Em junho de 2014, havia 26 instituições acreditadas, distribuídas de acordo com a Figura 3 (CBA, 2014).



Figura 6 - Distribuição por estado de instituições acreditadas pela JCI  
Fonte: autora com base em CBA (2014)

## 2.4 Mensuração da *performance* hospitalar

O desempenho dos serviços de saúde está fortemente associado à estrutura do sistema, na qual a arquitetura e o funcionamento deveriam ser capazes de garantir o atendimento das necessidades de saúde, decorrentes, em grande parte, de determinantes sociais, políticos e econômicos. Nesse modelo, tanto o arcabouço político, social e econômico como a conformação do sistema são condicionantes fundamentais que permeiam todo o seu funcionamento e adquirem caráter

contextual no processo de avaliação do desempenho (La FORGIA, COUTTOLENC; 2009; VIACAVA; et. al.; 2012).

Segundo La Forgia & Couttolenc (2009) o desempenho hospitalar está determinado por um modelo conceitual formado por três dimensões: (Figura 7). São elas:

- **Ambiente externo:** 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 pelo conjunto de estruturas e arranjos organizacionais que permitem ao hospital responder aos incentivos produzidos pelo ambiente externo;
- **Ambiente interno:** onde se observa a influencia dos ambientes externo e organizacional. Nesse âmbito recursos são convertidos em serviços prestados.

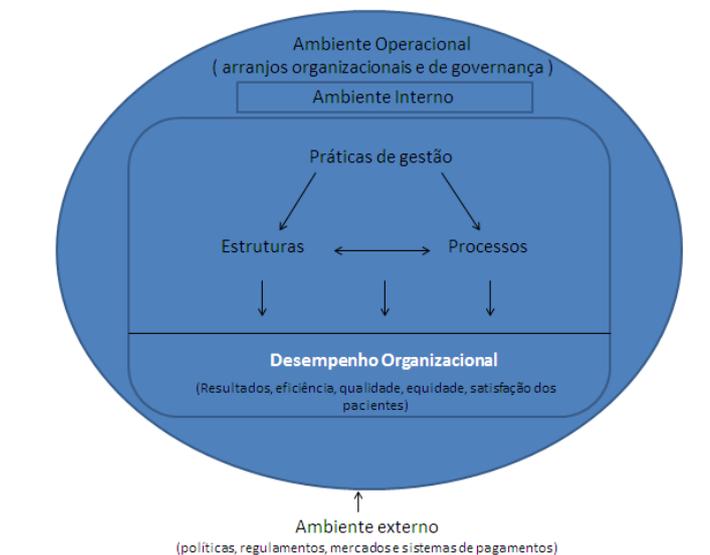


Figura 7 – Marco conceitual de desempenho hospitalar  
Fonte: autora com base La Forgia, Couttolenc; 2009.

Diante de um sistema complexo da *performance* hospitalar, o alcance de bons resultados não é fácil porém os princípios da gestão da qualidade total podem ser seu definidor. (TCHOUAKET et. al., 2012).

Tradicionalmente, os sistemas de medição de desempenho nas organizações de saúde têm sido focados exclusivamente no desempenho financeiro. Assim, a medição do desempenho dos sistemas não acompanha o processo ou os resultados da prestação de cuidados do paciente (HASSAN, 2005). As organizações de saúde utilizam processos avaliativos individualizados para a qualidade do serviço, eficácia clínica e desempenho financeiro. Embora o foco das novas medidas de desempenho seja principalmente relacionado a indicadores individuais, é necessário aplicar uma abordagem de avaliação de desempenho global que possibilite uma avaliação do progresso da organização a partir de múltiplas dimensões, a fim de determinar se os padrões de desempenho desejados estão de fato sendo alcançado em todos os níveis organizacionais (HASSAN, 2005).

Entre os muitos estudos sobre as práticas de gestão da qualidade nas empresas, identificaram-se hospitais cujas práticas de gestão da qualidade tiveram por base os Modelos de Excelência. Alguns estudos relacionaram as práticas de gestão da qualidade com a melhoria de qualidade e *performance* e evidenciaram diferenças nos resultados. Tarí, Molina e Castejón (2006), ao analisar a relação entre a gestão da qualidade e o desempenho, consideraram os resultados do modelo EFQM para avaliar a *performance* em 106 firmas certificadas na Espanha e concluíram pela existência de uma relação entre as práticas da qualidade e o impacto positivo dessas práticas nos resultados da qualidade. Lai (2003), num estudo da relação entre a prática da Gestão da Qualidade Total e o desempenho hospitalar, de 1997 a 2001, num hospital público de Taiwan, utilizou o *Malcolm Baldrige National Quality Award* (MBNQA) de 2001 para cuidados de saúde como instrumento de pesquisa para medir as práticas e a *performance* hospitalar. Concluiu que as características demográficas dos empregados não tinham impacto significativo nas práticas nem na *performance*, mas as iniciativas de qualidade, o envolvimento dos empregados e o compromisso da direção, assim como os elementos da gestão da qualidade total, foram determinantes na *performance* total do hospital.

Gowen III et. al. (2006), em estudo exploratório em hospitais nos Estados Unidos, com dados obtidos por observação de diretores de programas de qualidade, também concluíram que o impacto do compromisso e dos incentivos dos trabalhadores nos resultados é maior do que o impacto das outras práticas de gestão da qualidade. No entanto, evidenciam a importância dessas práticas para reduzir os erros e construir um programa de qualidade.

Contudo, existem estudos que concluem que os programas de melhoria da qualidade não afetam a *performance* da organização em geral, como o de Naveh e Stern (2005) realizado em 16 hospitais de Israel, com a aplicação de um questionário aos diretores, baseado em outros estudos e nos Critérios de *Performance* Malcolm Baldrige. Nesse estudo foram discutidas duas estruturas de programas de melhoria da qualidade: grande e limitada conforme o número de itens implementados. Nenhuma delas afetou a *performance*, mas houve evidentes casos de melhoria em seus resultados organizacionais resultantes de programas de melhoria da qualidade correlacionados positivamente com o número de itens implantados.

Diante das limitações dos estudos anteriores e da ausência de estudos semelhantes em território nacional, há necessidade de mais pesquisas para conclusões objetivas sobre a relação entre acreditação e desempenho das organizações hospitalares.

### 3 METODOLOGIA

Inicialmente foi realizada pesquisa bibliográfica nas bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS), SciELO, LILACS, Medline, Google Acadêmico e EBSCO, utilizando os seguintes uni termos: gestão da qualidade, qualidade em saúde, acreditação, desempenho organizacional, performance organizacional, desempenho hospitalar, performance hospitalar, avaliação de desempenho organizacional e de saúde. O levantamento também incluiu o acervo físico da biblioteca Karl A. Boedecker, da Fundação Getúlio Vargas, e o catálogo de dissertações e teses dessa universidade.

Para a classificação da pesquisa, toma-se como base a taxionomia apresentada por Vergara (2013), que a qualifica em relação a dois aspectos: quanto aos fins e quanto aos meios. Quanto aos fins, a presente pesquisa é exploratória e descritiva. Quanto aos meios de investigação ela pode ser classificada como investigação documental e estudo de caso.

Para alguns autores, o estudo de casos múltiplos é o mais recomendável por permitir alcançar uma melhor compreensão e melhor teorização sobre um conjunto mais amplo de casos. Além disso, há maior potencial de apresentar evidências mais convincentes, análise mais substancial e conclusões mais contundentes (EISENHARDT, 1989; YIN, 2005).

Por esses motivos nesta dissertação optou-se por realizar um estudo de casos múltiplos, tendo como unidade de análise sete hospitais acreditados, sendo três pela JCI e quatro pela ONA.

Para responder o problema da pesquisa, foram utilizados questionário desenhado com base nos critérios do Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ), entrevistas de acordo com a revisão bibliográfica sobre gestão da qualidade, acreditação e performance. Para complementar as informações, foi verificado o banco de dados de desempenho aos quais os hospitais forneceram acesso.

Optou-se pelo modelo Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ) devido a ele ser o mais difundido no contexto brasileiro e, entre os modelos nacionais, ser o que tem maior tempo de atuação como modelo de avaliação de desempenho. A última etapa consistiu da exposição dos resultados e da análise das fontes escolhidas para o estudo: o questionário PNQ, as entrevista e registro em arquivo.

Eisenhardt (1989), Stake (1995) e Creswell (2007) definem que a verificação aplicada ao estudo de caso se refere basicamente à triangulação dos dados, buscando a convergência das informações. Esta atitude está de acordo com a validade de construto. No caso, a triangulação tem sido compreendida como a adoção de múltiplas percepções para esclarecer o significado e, de certa forma, verificar a repetição de determinada observação ou interpretação alcançada por uma fonte de dados, em comparação com as demais utilizadas (EINSENHARDT, 1989; YIN, 2005).

### **3.1 Métodos de coleta de dados**

Alguns princípios do estudo de caso devem ser seguidos para garantir a validade do construto, validade interna e a confiabilidade. São esses:

- Utilização de múltiplas fontes de evidencia e não apenas uma;
- A manutenção de um encadeamento de evidencias

Para este trabalho foram utilizadas três fontes de evidência: entrevistas, registro em arquivo e questionário múltipla escolha (PNQ).

#### **3.1.1 Entrevistas**

Yin (2010) afirma que preparar-se para a coleta de dados de um estudo de caso pode ser uma tarefa complexa e difícil. Se a coleta não for realizada corretamente, todo o trabalho de investigação poderá ser posto em risco. Esse ainda ressalta que um protocolo para o estudo de caso é mais do que um instrumento, pois contém o instrumento, mas também os procedimentos e as regras gerais que devem ser seguidas ao se utilizar o instrumento. Em segundo lugar, o protocolo é dirigido a uma parte completamente diferente daquela de um instrumento. Em terceiro lugar, é desejável possuir um protocolo para o estudo de caso em qualquer circunstância.

As perguntas do roteiro de entrevistas contidas no protocolo tiveram com origem a revisão da

literatura apresentadas nos primeiros capítulos. No apêndice C há uma versão completa do protocolo.

Nesta pesquisa foi realizado, antes da realização das entrevistas, o estudo de caso-piloto, para refinar os planos de coleta de dados com relação ao conteúdo dos dados e aos procedimentos a serem seguidos.

Todas as entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas e codificadas.

### 3.1.2 Questionário PNQ

O questionário PNQ utilizado tinha as mesmas perguntas disponíveis na auto avaliação a ser realizada quando uma instituição se candidata para um diagnóstico inicial. No portal da FNQ é disponibilizado o *software* de diagnóstico, que reúne um conjunto de questões de múltipla escolha, cujas respostas indicarão o estágio de maturidade da organização (PNQ, 2013). Essas mesmas questões foram transcritas para facilitar as resposta dos respondentes e posteriormente lançadas no *software* para o cálculo do resultado.

Os resultados representam um pré-diagnóstico para a candidatura ao Premio Nacional da Qualidade. O diagnostico se dá em quatro estágios (Figura 8):

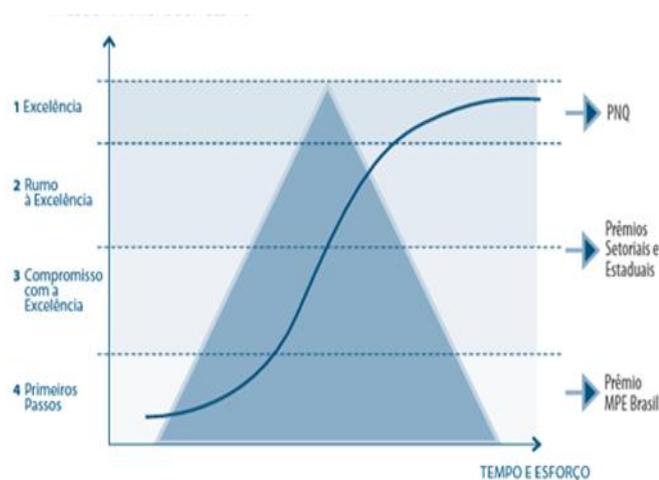


Figura 8: Estágios de Maturidade de Gestão

Fonte: PNQ (2013)

Foi feito pré-teste para validação semântica e de face. É recomendado o pré-teste para verificar o formato de resposta, o número de pontos de escala e as instruções para o respondente. (NETEMEYER; BEARDEN; SHARMA, 2003). Ele ainda contribuiu para o ajuste do instrumento de pesquisa ao aplicá-la e solicitar *feedback* (NETEMEYER; BEARDEN; SHARMA, 2003).

Foram aplicados nesse estudo dois pré-testes do questionário e um da entrevista. Após os pré-testes foram realizadas as adequações necessárias para aplicação do instrumento.

A coleta de dados foi feita em quatro etapas. Primeiramente, os respondentes foram informados por *e-mail* sobre a pesquisa e o questionário, que seria enviado via eletrônica. Depois foi encaminhado o instrumento, numa segunda-feira de manhã, período em que se presume que os profissionais estejam mais suscetíveis para responder (SAUNDERS; THOMHILL, 2009, p.614). Foi enviado um formulário com instruções e um questionário adaptado para esta pesquisa (Apêndice B). Passada uma semana, novamente foi enviado o instrumento *via e-mail* para resposta. As vantagens de o instrumento ser enviado desta forma são a agilidade maior, o custo mais baixo e a menor energia despendida.

Para respeitar as normas de ética em pesquisa é necessário seguir os critérios de respeito a confidencialidade e privacidade dos participantes; assim, para todas as etapas foi enviado, juntamente com o instrumento de pesquisa, um termo de confidencialidade, também fornecido no momento da entrevista (Apêndice A) (SERAKAN, 2003). Para cada organização hospitalar, foram enviados questionários para a população alvo.

Além disso, foi prometido o envio do perfil final de *performance* para as empresas que participassem.

### 3.1.3 Definição dos respondentes do instrumento de pesquisa

Para a realização do questionário, foram contatados os principais executivos da organização (diretor e gerentes); profissionais que tomam parte do processo de formulação e implantação das estratégias da organização. Essas características dos participantes foram explicadas às

entidades no momento em que foi feito o convite para participação na pesquisa.

Para as entrevistas, foi convidado um profissional que trabalhasse diretamente com a gestão da qualidade e que tivesse feito parte do processo de implantação e manutenção da acreditação das instituições participantes.

### 3.2 Método de análise

Para que a medição seja precisa, é essencial que se meça de fato o que se pretende medir e não outro aspecto diferente ou parecido (validade); assim, com a repetição, nas mesmas condições e com os mesmos respondentes, os resultados obtidos devem ser idênticos (fidelidade). (YIN, 2010)

Quatro testes são comuns a todos os métodos da ciência social e foram realizados nessa pesquisa:

- **Validade do construto:** forma de mensuração utilizada (fontes de coleta) e à triangulação realizada. Para isto o autor ressalta a importância do encadeamento das evidências e da revisão das informações obtidas pelos próprios informantes;
- **Validade interna:** busca do estabelecimento da relação causal pela qual se acredita que determinadas condições levem a outras condições, diferenciadas das relações espúrias;
- **Validade externa:** definição do domínio para o qual as descobertas do estudo podem ser generalizadas;
- **Confiabilidade:** demonstração de que as operações de um estudo – como os procedimentos para a coleta de dados pode ser repetida, com os mesmos resultados.

## **4 RESULTADOS**

### **4.1 Resultado do Pré-Teste**

Foi aplicado o questionário em dois hospitais que não faziam parte da amostra. A média de tempo para responder foi de 40 minutos. Os entrevistados comentaram que as perguntas eram repetitivas e por vezes as opções de resposta muito parecidas, a não ser por uma única palavra. Exceto isso, foi explicitado que o instrumento foi de fácil compreensão e resposta. Após essa contribuição foram destacadas algumas palavras nas questões de múltipla escolha, para diferenciá-las e facilitar a visualização das diferenças entre as questões.

### **4.2 Resultado do Estudo de Caso Piloto**

Foi aplicada entrevista ao profissional da área da qualidade. Foi observado que este possuía menos de dois anos de empresa e que não tinha feito parte do processo de acreditação. Esse profissional não soube responder adequadamente as perguntas relacionadas no protocolo. O tempo de duração dessa entrevista foi de 18 minutos. As questões, segundo o respondente, foram claras e objetivas, mas o que dificultou foi que ele tinha conhecimento sobre gestão da qualidade, mas não muito sobre a instituição. Outra dificuldade foi o acesso a documentos de antes da acreditação. Após esse pré-teste foi feita adequação da definição dos entrevistados, para que tivessem mais tempo de trabalho na instituição e feito parte tanto do processo da implantação da acreditação quanto de sua manutenção.

### **4.3 Descrição da Amostra**

Os sete hospitais da amostra localizam-se na região metropolitana de São Paulo, pertencendo à mesma operadora de saúde, apresentando, portanto finalidade lucrativa. Para descrevermos os resultados deste estudo, primeiramente será contextualizada a localização dos hospitais, seguida das características da operadora e de cada unidade (ressaltando as que são comuns, bem como as diferenças relevantes). Ao final, serão apresentados os resultados da aplicação do instrumento de pesquisa.

#### 4.3.1 Região Metropolitana de São Paulo

Os sete hospitais pesquisados localizam-se na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Essa região figura entre as cinco maiores aglomerações urbana do mundo, com seus 20.284.891 habitantes, sobre uma área de 7.947 km<sup>2</sup> de 248.222.36 km<sup>2</sup> do Estado de São Paulo, sendo mais de 2.200 Km<sup>2</sup> área urbanizada (IBGE, 2015; SEADE, 2015).

Reúne 39 municípios em intenso processo de conurbação. Esses municípios correspondem a Arujá, Barueri, Biritiba Mirim, Caieiras, Cajamar, Carapicuíba, Cotia, Diadema, Embu das Artes, Embu-Guaçu, Ferraz de Vasconcelos, Francisco Morato, Franco da Rocha, Guararema, Guarulhos, Itapeccerica da Serra, Itapevi, Itaquaquecetuba, Jandira, Juquitiba, Mairiporã, Mauá, Mogi das Cruzes, Osasco, Pirapora do Bom Jesus, Poá, Ribeirão Pires, Rio Grande da Serra, Salesópolis, Santa Isabel, Santana de Parnaíba, Santo André, São Bernardo do Campo, São Caetano do Sul, São Lourenço da Serra, São Paulo, Suzano, Taboão da Serra e Vargem Grande Paulista (SEADE, 2015) (Figura 9).



Figura 9 – Região Metropolitana de São Paulo.

Fonte: SEADE (2014)

Ela foi instituída através da Lei Federal Complementar nº 14 de 1973, que detalhou a figura da Região Metropolitana criada na Constituição Federal de 1967 sob uma definição sucinta e pouco precisa:

“A União, mediante lei complementar, poderá estabelecer regiões metropolitanas, constituídas por Municípios que, independente de sua vinculação administrativa, integrem a mesma comunidade socioeconômica, visando à realização de serviços de interesse comum” (Constituição Federal de 1967, Art.; 157 Parágrafo 10. Disponível em [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br) ( acessado em abril de 2015).

Numa visão conjunta com outras metrópoles brasileiras (Tabela 1), vemos que há nelas uma relação mais direta entre a população e produção, evidenciando uma grande desigualdade de tamanho e de peso econômico (IBGE, 2010). Este é o caso da Região Metropolitana do Rio de Janeiro com 8.147,356 Km<sup>2</sup> e 12.116,616 habitantes; Região Metropolitana do Belo Horizonte com 9 467 797 km<sup>2</sup> e 5783,773 habitantes e Região Metropolitana de Porto Alegre com 10 346,00 Km<sup>2</sup> e 4181,836 habitantes (IBGE, 2014). Apesar das outras regiões serem maiores em extensão, a Região Metropolitana de São Paulo é a mais populosa e o seu PIB superior ao das demais. A região exibe um Produto Interno Bruto (PIB) de R\$ 760,04 bilhões (2011). Em 2011 representava 56,32% do PIB paulista (SEADE, 2014).

Tabela 4.1: Maiores Metrôpoles Brasileiras

	Pop 2010 (Mi)	% Pop	PIB (R\$ Bi)	% PIB
BRASIL	190,8		3.675,00	
RM São Paulo	19,7	10,33%	610,68	16,62%
RM Rio de Janeiro	12,6	6,61%	232,81	6,33%
RM Belo Horizonte	1,9	2,57%	107,97	2,94%
RM Porto Alegre	3,9	2,04%	94,21	2,56%

Fonte: Censo 2010- IBGE

A Região Metropolitana de São Paulo é o maior polo de riqueza nacional. Sua renda *per capita* em 2011 atingiu cerca de R\$ 38.3484. A metrópole detém a centralização do comando do grande capital privado, concentrando a maioria das sedes brasileiras dos mais importantes complexos industriais, comerciais e principalmente financeiros, que controlam as atividades econômicas no país (SEADE, 2014; EMPLASA, 2015). Ela também é a região metropolitana com maior índice de desenvolvimento humano (IDHM) Em 2010, o IDHM foi de 0,794, o IDHM Renda (0,812), IDHM Longevidade (0,853) e o IDHM Educação (0,723) (ATLASBRASIL, 2015).

A análise da participação dos setores da atividade econômica na geração de riquezas indica o significativo predomínio dos serviços (69%) em relação à indústria (29%) e à agropecuária (2%) (Censo IBGE, 2014).

De acordo com o PNAD (2008), a população residente na região metropolitana de São Paulo com cobertura de plano de saúde correspondia a 40,1%. A média da despesa mensal familiar com assistência à saúde era de R\$ 220,72, correspondendo a 6,6% das despesas mensais da população paulista.

Na área da saúde, a capital concentra hospitais, clínicas e serviços médico-hospitalares, atraindo pessoas de todo o território nacional e até de outros países, que vêm em busca dos serviços de saúde da mais variada gama de especialidades de alta qualidade. (FUNDAP, 2015).

#### 4.3.2 Hospitais Pertencentes à Operadora de Saúde

A saúde suplementar passou a conviver com o sistema público, consolidado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), nascido a partir da Constituição Federal de 1988. Com o SUS, a saúde foi legitimada como um direito da cidadania, assumindo status de bem público (ANS, 2015).

O ano de 1923 é tido como o marco do início da Previdência Social no Brasil. A Lei Eloy Chaves, promulgada naquele ano, criava:

"(...) em cada uma das estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadorias e Pensões para os respectivos empregados."

Estas caixas funcionavam como fundos geridos e financiados por patrões e empregados que, além de garantirem aposentadorias e pensões – como destacado em suas denominações – também financiavam serviços médico-hospitalares aos trabalhadores e seus dependentes.

Embora este marco histórico não seja comumente apontado como a origem dos planos de saúde no Brasil, é difícil não notar a similaridade das antigas caixas com as atuais operadoras da modalidade autogestão. De fato, em 1944, o Banco do Brasil constituiu sua caixa de

aposentadoria e pensão - Cassi, que é o mais antigo plano de saúde no Brasil ainda em operação. (FIGUEIREDO; NETO, 2011).

O sistema de saúde brasileiro seguiu a trajetória de outros países latino-americanos (México, Chile, Argentina e Uruguai), desenvolvendo-se a partir da previdência social (ANS, 2015). Planos de saúde comerciais, com clientelas abertas, também surgem como planos coletivos empresariais através da modalidade medicina de grupo no ABC paulista nos anos 1950.

A Lei 9.656, de 1998, principal pilar da atual regulação do segmento suplementar de saúde no Brasil, envolveu ao todo 10 anos de negociações no Congresso Nacional, contados a partir do texto constitucional de 1988, que condicionava, sem explicitar os meios, o mercado privado de planos de saúde a uma estrita regulação do Estado. O artigo 197 desta lei define como de relevância pública as ações e serviços de saúde, estabelecendo a possibilidade de sua execução ser feita diretamente pelo ente público ou pela iniciativa privada, desde que sob sua fiscalização e controle.

No início da década de 1980, havia 20 milhões de beneficiários de planos de saúde, segundo as principais entidades então representativas do setor – a Associação Brasileira de Medicina de Grupo (Abramge), a Federação das Unimed e a Associação dos Serviços Assistenciais de Saúde Próprios de Empresas (Asaspe/ABRASPE) (FIGUEIREDO; NETO, 2011). Dados da Fundação Seade mostram um crescimento de 12 milhões de participantes desse mercado entre 1987 e 1993. Sua particularidade encontra-se no crescimento mais significativo dos planos individuais ou familiares, os chamados planos por adesão, frente aos planos empresariais. Ao final dos anos 1980, ocorreu a efetiva entrada das grandes seguradoras no ramo da saúde (FIGUEIREDO; NETO, 2011).

No final do ano de 1999 e início de 2000, iniciou o processo de decisão pela unificação, sob a responsabilidade do Ministério da Saúde, de todas as atribuições de regulação do setor e aprovação da Lei nº 9961/2000 de criação da Agência Nacional de Saúde Suplementar, que assumiu integralmente as ações de regulação da saúde privada no País, mediante implementação das ações de normatização, acompanhamento e fiscalização do setor (ANS, 2015).

A partir da criação da ANS, as entidades de natureza privada que operavam planos de

assistência à saúde foram segmentadas e classificadas, através da Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 39, de 27 de outubro de 2000 (ANS, 2015). Esta resolução regulamentou os ajustes da Lei 10.185 relativos às seguradoras em saúde e mediante as Resoluções Normativas em oito modalidades: Seguradora especializadas em saúde; Administradoras de benefícios; Cooperativas médicas; Instituições filantrópicas; Operadoras de auto-gestão; Medicina de Grupo; Odontologia de grupo e Cooperativas odontológicas.

Hoje, o setor brasileiro de planos e seguros de saúde é um dos maiores sistemas privados de saúde do mundo. O terceiro trimestre de 2013, o número de beneficiários chegou a 49,0 milhões de vínculos aos planos de assistência médica e 19,5 milhões a planos exclusivamente odontológicos. Até setembro, estes beneficiários proporcionaram às quase 1.500 operadoras ativas uma receita de R\$ 79,9 bilhões, dos quais R\$ 66,1 bilhões (82,7%) foram gastos com a assistência à saúde (ANS, 2013).

Em relação ao cadastro de operadoras ativas, a ANS registrava, em março de 2015, 1.425 no território nacional, sendo que 508 (35,6%) empresas estão ativas no estado de São Paulo. Destes, a maioria é formada por planos de Medicina de Grupo (123), seguidos das cooperativas médicas (81), autogestão (48), filantrópicas (31) e seguradoras (11) (ANS, 2015).

Para reduzir custos e assegurar atendimento, algumas operadoras passaram a investir, desde 1990, em redes próprias (NETO; MALIK, 2007). Apenas no período entre 2004 e 2005, o número de hospitais que pertencem às operadoras de saúde no Brasil subiu de 488 para 591 - um salto de 21% (ANS, 2015).

O surgimento das redes hospitalares pertencentes a operadoras no país tem sido uma tendência observada no mercado brasileiro (NETO; MALIK, 2007). Outro fenômeno verificado, que também ocorreu na operadora pesquisada, são as fusões e aquisições.

#### 4.3.3 Operadora de Saúde W

Neste estudo, a operadora proprietária dos hospitais pesquisados será chamada de Operadora W. Suas informações foram coletadas a partir de documentos internos, páginas da *internet* e entrevistas com profissionais.

No princípio, era uma casa de saúde surgida em 1972, na cidade do Rio de Janeiro. Cinco anos depois, esta se transformou na maior maternidade privada da cidade. Nesse mesmo período foram adquiridas duas novas clínicas no município. Em 1978, foi instituída a operadora de saúde, com recursos oriundos da empresa de serviços hospitalares. Em 1994, começaram processos de aquisição de hospitais e outros prestadores no Rio de Janeiro e em São Paulo. Em 2004, a empresa começou a trabalhar o conceito Gestão de Saúde, a partir do qual analisa, mapeia e trata o risco dos beneficiários, atuando preventivamente no controle de doenças. A partir de 2007, a operadora intensificou seu processo de aquisições e fusões pelo território nacional. Nesse mesmo ano adquiriu três outras operadoras. Em 2008, incorporou mais duas operadoras e uma casa de saúde. Em 2009, adquiriu uma operadora de atuação nacional. Em 2010, incorporou mais duas operadoras de atuação nacional com predominância na região da grande São Paulo. O ano de 2012 foi um marco na história da Operadora W, quando foi vendida para uma empresa de grande porte, norte-americana, do setor de saúde, pois até 2015 a saúde ainda é um dos poucos setores econômicos com predominância do capital nacional.

A missão, valores e visão desta operadora, divulgados em 2013, são respectivamente:

**MISSÃO:** Viabilizar a uma parte significativa da sociedade o acesso a uma medicina de alta tecnologia e qualidade.

**VALORES:**

- Estamos construindo uma empresa, e não um negócio;
- O cliente é hóspede em nossa empresa;
- Nosso produto deve ser original, tenhamos orgulho dele;
- Deve haver muito espaço para a opinião e nenhum para a dissidência. Sejam um time;
- A verdade tem que prevalecer para todos: clientes, colaboradores, investidores e fornecedores;
- Clientes, investidores e fornecedores são parceiros de nossas ideias e de nossos objetivos;
- Profissionalismo com ausência total de protecionismo. Sejam justos;
- A preocupação com o desenvolvimento de pessoal deve ser permanente;
- Não devemos ter preconceito;
- A seriedade de nossa empresa deve ser incontestável.

VISÃO: Ser a melhor, a maior e mais feliz das empresas.

Mesmo após o processo de aquisição pela empresa norte americana, os conceitos permaneceram os mesmos. Em março de 2015, esta operadora possuía como rede própria de 31 hospitais, 39 clínicas, seis ambulatórios e dois serviços de resgate. Além disso, possui uma das maiores redes credenciadas do Brasil, contando com 44 mil médicos, 3,3 mil hospitais, aproximadamente 11 mil clínicas e 12 mil laboratórios e centros de diagnóstico por imagem.

Em março de 2015, contava com 6,1 milhões beneficiários. Nesse mesmo mes, o total de procedimentos (internações, exames e consultas) realizado foi de 89.016.406.

No estado de São Paulo, a Operadora W atua desde 1986. Em março de 2015, nesse estado possuía como rede credenciada, 6.759 consultórios médicos e clínicas especializadas; 823 Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Tratamento; 262 hospitais; 362 clínicas especializadas e duas unidades de ambulatório.

Sua rede própria em São Paulo contava com 18 hospitais, dos quais 17 foram incorporados por processos de aquisição e fusão. Oito destes hospitais são acreditados, sendo seis pelo modelo ONA e três pelo JCI. Todos eles, por definição, são privados. Na amostra desta pesquisa estão presentes somente sete hospitais, pois quando do início da pesquisa junto à Operadora W, o 8º hospital ainda não fazia parte da rede.

Todos os hospitais pesquisados possuem organograma semelhante, com a presença de duas diretorias: a Diretoria Técnica, à qual estão subordinadas as gerências de atendimento, administrativo-financeira e de enfermagem e a Diretoria Clínica. Há apenas uma gerência da qualidade na rede, subordinada diretamente ao diretor regional, que dá suporte para toda rede assistencial do estado de São Paulo. Ou seja, ela não é subordinada aos diretores dos hospitais. Cada um dos oito hospitais acreditados tem uma equipe de qualidade direcionada para atividades de acreditação, que se reportam à gerência de qualidade e não às demais gerências e diretorias locais dos hospitais.

Todos os hospitais da rede, independentemente de serem acreditados, coletam indicadores semelhantes, tanto assistenciais como administrativos. Em reuniões mensais, cada diretor das unidades assistenciais apresenta seus resultados para o diretor regional e estes resultados são comparados com os demais da rede nacional.

Além do acompanhamento de indicadores, não foi identificado sistema de avaliação de

desempenho determinado pela operadora na sua rede assistencial.

Para todos os hospitais avaliados foram disponibilizados somente três indicadores: *turn over*, pesquisa de satisfação do cliente e acidente típico de trabalho. Esses indicadores se aproximaram dos padrões avaliados no modelo PNQ ao critério Resultado em relação às pessoas e clientes e mercado. Para os demais fatores do critério Resultado não foi disponibilizado para essa pesquisa.

O indicador *turn over* ou rotatividade de pessoal refere-se à relação entre as admissões e os desligamentos de profissionais ocorridos de forma voluntária ou involuntária, em um determinado período. Pode-se afirmar que a rotatividade de pessoal influencia significativamente os processos e resultados das empresas, pois é um aspecto muito importante na dinâmica organizacional (CHIAVENATO, 2010).

O indicador “Pesquisa de satisfação de clientes” é um sistema de administração de informações que continuamente capta a voz do cliente, através da avaliação da performance da empresa a partir do ponto de vista do cliente. Essas informações constituem uma das maiores prioridades de gestão para as empresas comprometidas com qualidade de seus produtos e serviços e, por conseguinte, com os resultados alcançados junto a seus clientes (ROSSI, SLONGO, 1998).

O acidente de trabalho é aquele que acontece no exercício do trabalho e que traz como consequência uma lesão corporal ou perturbação funcional, com perda ou redução da capacidade para o trabalho, de forma permanente ou temporária, ou até mesmo a morte. O indicador “Acidente de trabalho típico” mensura aquele que ocorre durante o desempenho laboral, como acidente de trajeto o que se dá durante o deslocamento entre a residência e o local de trabalho, como doença profissional aquela que foi produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho inerente à atividade e como doença do trabalho a adquirida ou desencadeada por condições especiais em que o trabalho é realizado e que com ele se relacione (DE OLIVEIRA SÊCCO, 2008).

Podemos observar algumas características individuais dos hospitais estudados descritos a seguir. Os sete hospitais desta pesquisa foram nomeados como Hospital A, B, C, D, E, F e G.

#### 4.3.4 Hospital A

Este hospital teve seu início em 1961, por um profissional médico, como um consultório. Dois anos depois, ampliou suas instalações e o consultório se transformou em pronto socorro. Em 1967, associou-se com mais três médicos. Por meio da nova sociedade, o pronto-socorro foi transformado em casa de saúde, alcançando maior complexidade na assistência. Em 1974, essa casa de saúde foi demolida para dar início à construção do Hospital e Maternidade A, inaugurado em 1976.

Com o decorrer do tempo, o hospital passou por três reformas de área física, sempre para ampliar sua estrutura, nos anos de 1996, 2005 e 2009. Nesse ano (2009), foi adquirido pela operadora de saúde W. Atualmente ele se caracteriza como um hospital geral, sem maternidade e referência em ortopedia, com 209 leitos, o que o caracteriza como hospital de grande porte. Seu faturamento médio anual é superior a R\$ 50.000.000,00 e o total de profissionais contratados diretamente é de 1020.

##### 4.3.4.1 Gestão da Qualidade do Hospital A

Mesmo antes de ter sido adquirido pela Operadora W, o Hospital A já possuía interesse em acreditação hospitalar. Para melhor compreensão deste processo de implantação e manutenção da acreditação, foi entrevistado o profissional da área da gestão da qualidade. A entrevista teve a duração de 52 minutos.

O entrevistado tem cinco anos de experiência em gestão da qualidade na rede assistencial da operadora. Antes do processo de aquisição, havia no hospital apenas um profissional voltado para acreditação, orientado para a obtenção do certificado no modelo ONA. O processo de gestão da qualidade teve início em 2006. Em 2010, já pertencente à Operadora W, a equipe de gestão da qualidade foi ampliada, de um para três profissionais, sendo que dois ficaram voltados para acreditação e o outro para protocolos clínicos gerenciados. Nessa nova configuração da Qualidade, passaram a focar suas estratégias para a obtenção da acreditação JCI. Em 2013 a obtiveram.

Segundo o entrevistado, os maiores benefícios após a acreditação foram a segurança dos processos, a conscientização dos profissionais e o amadurecimento dos processos assistenciais.

Antes da acreditação era algo que era imposto. E não se tinha muito fundamento. Então, as pessoas faziam as coisas de uma forma mecânica. Hoje em dia, eles têm uma conscientização do por que agir daquela forma. Sinto uma segurança maior nos processos. De você ver mesmo a evidência nas auditorias e nos processos. Das pessoas estarem conscientes de estarem realizando daquilo e o benefício daquilo trás, né?. (Entrevistado A).

(...) esse amadurecimento, ele foi implantado e não foi uma coisa, você deve fazer aquilo e aquilo tem que ser feito. Não, não. Eu faço por conta disso. Eu faço porque eu tenho essa resposta. Eu faço porque me sinto seguro e eu passo segurança. Então, é essa percepção que eu tenho nesses dois períodos (antes e pós acreditação). Eu falo de um âmbito geral. De um âmbito administrativo até o âmbito assistencial. De sair de cima, e paulatinamente, gradativamente vai chegando, e vai chegando de uma forma segura e consciente. (Entrevistado A).

O entrevistado percebe ainda que a acreditação influenciou a instituição para a busca de melhor desempenho, devido às comparações com outras instituições. Atualmente, a busca pela melhoria é constante e, de fato, consta que o desempenho melhorou após a acreditação.

A nossa instituição faz comparativo. Desempenho, hoje entendendo que talvez seja uma coisa, desculpe usar os termos até dos gladiadores. A gente vai lutar e mostrar que estamos fazendo um bom trabalho e as outras instituições também vão atrás disso. A gente sabe que o benefício de... Não vou falar a palavra comparação. Sabe, digo comparação, mas não competição. E esse comparativo estimula a gente a sempre estar buscando o melhor. E esse resultado bom. Significativamente para área da gestão melhor. Ele tem uma pontuação. Só que a gente vê que esse resultado, para nós aqui dentro, ele se faz muito mais importante. Então a comparação, ela é produtiva. Mas vejo que é muito mais produtivo quando você percebe que você evolui a cada dia.(...)Então é assim, o nosso desempenho uma vez acreditado não pode olhar mais para trás. A gente tem que ter isso na alma da gente. (...) Eu acredito que, com o selo, teve uma grande melhora. Mas acredito que o hospital está em mudanças e ele está implantando programas novos para novas buscas de selo de acreditação. O hospital, ele quer chegar, ele tem uma missão, uma visão, ele tem projetos e objetivos com datas pré-estabelecidas. Então, acredito que tenha o que fazer e que tenha muitas mudanças a serem feitas. (Entrevistado A).

Desde setembro de 2014, tem utilizado também como sistema de mensuração de desempenho o *Balanced Score Card* (BSC). As reuniões internas sobre o BSC são quinzenais, com os responsáveis pelos indicadores de cada categoria, para discussão das estratégias, para alcance e aprimoramento das metas pré-estabelecidas. Além disso, desde 2014, o hospital tem recebido consultoria de um hospital norte-americano de excelência, no sentido de se tornar um hospital cada vez mais especializado em cirurgia e ortopedia.

#### 4.3.4.2 Resultado do Questionário PNQ do Hospital A

Para complementar a pesquisa do Hospital A foi aplicado o questionário. O respondente atua nesse hospital há dois anos e meio e está no cargo há um ano e meio. Obteve-se o seguinte resultado:

Tabela 4.2 -Resultado Diagnóstico PNQ – Hospital A

<b>CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA</b>	<b>% de Performance</b>
LIDERANÇA	88,64%
ESTRATÉGIA E PLANOS	75%
CLIENTES	67,97%
SOCIEDADE	62,5%
INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS	50%
PESSOAS	65%
PROCESSOS	79,41%
<b>RESULTADO GERAL DE DESEMPENHO</b>	<b>72,32%</b>

Fonte: Resultado gerado pelo software E-MEG

Obteve-se que o resultado geral da performance, segundo esta forma de verificação, foi de 72,38%. Para os diferentes critérios individualmente, liderança foi o mais elevado, com 88,64% e o mais baixo se refere a informações e conhecimento com 50%.

Esses resultados permitem considerar que a organização apresenta práticas adequadas e disseminadas por quase todas as áreas e processos. Os principais resultados são decorrentes de estratégias e práticas gerenciais integradas e coerentes. Os principais resultados apontam tendências favoráveis e bom nível de desempenho em relação aos referenciais comparativos e ao atendimento dos requisitos das partes interessadas.

#### 4.3.4.3 Resultado dos Indicadores do Hospital A

A gestão dos indicadores se dá partir do meio eletrônico. Na entrevista com o profissional que atua na gestão da qualidade foram apresentados alguns indicadores, porém foi autorizada a divulgação somente dos indicadores: Pesquisa de Satisfação (de usuários), *Turn Over* e Acidentes Típicos de Trabalho (Tabela 4.3).

Tabela 4.3 - Resultado dos Indicadores do Hospital A

Indicador	2011	2012	2013	2014
Pesquisa de Satisfação	1,57	1,67	1,78	1,84
Turn Over	sem dados	2,2	2,16	1,72
Acidentes Típico de Trabalho	3,58	2,17	1,75	1,25

Fonte: Dados internos da Empresa A

É possível observar que os valores da Pesquisa de Satisfação aumentaram gradativamente do ano de 2011 até 2014, tendo como índices: 2011 (1,57); 2012 (1,61); 2013 (1,78) e 2014 (1,84). Para Acidentes Típicos de Trabalho de 2011 a 2014 ocorreu uma redução, seus índices tendo variado entre 2011 (3,58); 2012 (2,17); 2013(1,75); 2014 (1,25). Quanto ao *turn over*, como ele não era medido em 2011 pode-se observar redução apenas entre os anos de 2012 e 2014.

#### 4.3.5 Hospital B

Fundado em 1947 por quatro médicos, com a missão de oferecer à sociedade não apenas um hospital, mas um centro de referência em medicina. Em 1971, ele foi ampliado com a construção de um novo prédio, com 150 leitos distribuídos em enfermarias e apartamentos. Em 1988, o hospital mudou de nome, passando a ser chamado pelo nome atual. Em 2000, foi adquirido pela Operadora W e passou por modernização de suas instalações.

É um hospital geral de grande porte que, em 2014, totalizava 214 leitos. Seu faturamento é superior a R\$ 50.000.000,00 por ano. O total de profissionais contratados pela CLT é de 1000.

##### 4.3.5.1 Gestão da Qualidade do Hospital B

Em 2007 iniciou as primeiras iniciativas de gestão da qualidade, com o objetivo de conquistar a acreditação JCI, obtida em 2010. Já se submeteram a dois processos de avaliação, um para a conquista do selo e outro para mantê-lo.

Foi realizada entrevista com uma profissional que trabalha com gestão da qualidade neste hospital, com duração de 1h20min. A entrevistada tem experiência de quatro anos em gestão da qualidade na rede assistencial da operadora. Segundo seu relato, ela trabalha há 13 anos nesse hospital. No início, foi auxiliar de enfermagem; após a conclusão do curso superior em

enfermagem, teve a oportunidade de atuar como enfermeira na Clínica Médica, na UTI e no PS.

Segundo ela, os maiores benefícios da acreditação para a organização foram: a padronização e estruturação de processos, o envolvimento dos profissionais partindo da alta gestão e o fortalecimento da marca, pois, de acordo com a entrevistada, além da Operadora W o hospital B também atende outras operadoras e o objetivo é atrair outros clientes (tanto operadoras como pacientes e médicos).

A acreditação tanto traz benefício que a gente tem uma instituição mais estruturada, né?! As coisas funcionam melhor, existem padrões, começam a ter umas regras mais claras e definidas. É as pessoas começam a fazer as coisas não de cabeça porque tem um fluxo para ser seguido. Com certeza trás benefícios. (Entrevistado B).

Mudanças em vários escalões após a acreditação. Das lideranças com a questão de envolvimento. Da alto gestão que está empenhada em um processo final que a qualidade e segurança do paciente. Então você vê que de uma forma direta e indireta todos estão trabalhando nesse objetivo. Sim tem seus gaps e que precisam ser melhoradas, mas teve uma mudança bem importante. (Entrevistado B).

Eu acho. Eu sinto. Eu percebo que a acreditação tem muito foco, voltado para o paciente e o familiar, isso acontece, mas o primeiro benefício é para marca. Para marca hospitalar. Porque isso trás um impacto bom para o mercado. Ele se torna mais competitivo, ele se torna diferencial. (Entrevistado B).

Outra percepção da entrevistada foi que a acreditação influenciou a instituição para a busca de desempenho melhor devido a exigências das empresas acreditadoras, com amadurecimento na gestão de resultados e no acompanhamento dos indicadores.

Tem que ter uma melhoria no desempenho. Então o empenho vem. Graças a Deus o Hospital B entrou nesse processo. A instituição entrou nesse processo de acreditação. A instituição acredita e compra a ideia. Mas se uma instituição não fizer isso, não vai conseguir algo mais em longo prazo. (Entrevistado B).

Os indicadores são acompanhados de forma mensal, com a diretoria, alta gestão e o gestor responsável e cada gestor é responsável por mostrar seu resultado e apresentar um indicador quando esse não está dentro da meta. Quando fica alguma pendência desse indicador na próxima reunião o gestor é cobrado pela qualidade, qual ação foi feita e o que se resolveu e a gente vai controlando dessa maneira. E a gente também cada início de ano, fazemos uma análise crítica desse indicador, se tem necessidade dele ficar, se tem necessidade de melhoria de meta, a gente faz um trabalho anualmente com esse indicador e isso melhora a gestão dos resultados. (Entrevistado B).

Para essa entrevistada, os benefícios da acreditação não são de curto prazo. Somente após a segunda visita de acreditação a instituição fica de fato mais madura e com resultados melhores.

Eu acho que a partir da segunda acreditação a instituição começa a ter maior desempenho. Na reacreditação!!!A primeira você se prepara e está introduzindo. Está institucionalizando isso nas pessoas e elas estão começando a aprender a fazer as coisas corretas. Elas estão sendo auditadas, elas estão seguindo e fazendo. Então quando você chega no término do primeiro ciclo de acreditação as pessoas estão amadurecendo. A segunda após os 3 anos da primeira vez que foi acreditado você vê mais evidente o processo introduzido, seguido e feito...Eu acho que conforme o tempo vai passando e você vai sendo reacreditado as coisas começam a fazer parte da rotina, entra como uma osmose mesmo, as pessoas começam a fazer as coisas certas porque aquilo é correto e não tentam tanto burlar...A cultura fica mais consistente com o passar do tempo porque os gestores já sabem mais, os próprios gestores que estão trabalhando, a responsabilidade da qualidade é compartilhada. Os gestores já sabem trabalhar com algumas ferramentas. Então, acho fica mais fluido. E os resultados alcançados acabam sendo melhores. (Entrevistado B).

Não foi identificado, além do acompanhamento dos indicadores específicos da acreditação e os da operadora, outro acompanhamento dos resultados dessa instituição.

#### 4.3.5.2 Resultados do Questionário PNQ do Hospital B

O respondente atua nesse hospital há 10 anos e meio e está no cargo há sete anos. Obteve-se o seguinte resultado a partir da aplicação do questionário do PNQ:

Tabela 4.4 -Resultado Diagnóstico PNQ – Hospital B

CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA	% de Performance
LIDERANÇA	84%
ESTRATÉGIA E PLANOS	66%
CLIENTES	66%
SOCIEDADE	45%
INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS	72%
PESSOAS	61%
PROCESSOS	79%
<b>RESULTADO GERAL DE DESEMPENHO</b>	<b>68%</b>

Fonte: Resultado gerado pelo software E-MEG

O resultado geral de desempenho de acordo com esse modelo foi de 68%, sendo que entre os critérios o que obteve o percentual mais elevado foi liderança, com 84% e o mais baixo foi sociedade, com 45%.

#### 4.3.5.3 Resultado dos Indicadores do Hospital B

Através do banco de dados assistencial foi possível verificar melhora em alguns indicadores, como úlcera por pressão e tempo de triagem no Pronto Socorro. Porém, foi permitida a divulgação somente dos indicadores já mencionados, de Pesquisa de Satisfação (pacientes), *Turn Over* e Acidentes Típicos de Trabalho (Tabela 4.5). Foi calculada a média dos resultados do ano de 2010, depois de 2011 e assim até 2014, com os seguintes resultados:

Tabela 4.5 - Resultado dos indicadores do Hospital B

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Pesquisa de Satisfação	1,27	1,43	1,53	1,81	1,86
Turn Over	2,5	3,22	2,65	2,5	2,62
Acidentes Típico de Trabalho	1,83	1,25	2,17	2,08	2,33

Fonte: Dados internos do Hospital B

O indicador de Pesquisa de Satisfação do cliente de 2010 a 2014 mostrou um aumento gradual de 2010 com o índice de 1,17; 2011(1,43); 2012 (1,53); 2013(1,81) e 2014 (1,86). Os índices de *turn over* e de acidentes típicos de trabalho tiveram resultados com variações diferentes, no período. O *Turn Over* em 2010 apresentou o índice de 2,55; 2011(3,22); 2012(2,65);

2013(2,08) e 2014(2,33).

O índice de Acidentes Típicos de Trabalho em 2010 apresentou valores de 1,83; 2011(1,25); 2012 (2,17); 2013(2,08) e 2014(2,33).

#### 4.3.6 Hospital C

Inaugurado em 2006, pertencia a outra operadora, adquirida pela W em 2007. O Hospital C é de médio porte, especializado, contando com 93 leitos, (dos quais 19 de UTI), e dispõe de todo o suporte necessário para o atendimento de casos de média e alta complexidade.

Seu faturamento médio anual é superior a R\$ 50.000.000,00 e conta com cerca de 600 profissionais CLT.

##### 4.3.6.1 Gestão da Qualidade do Hospital C

Em 2007, esta unidade iniciou as primeiras iniciativas de gestão da qualidade tendo como objetivo a obtenção da acreditação JCI, conseguida em 2010. Foi realizada entrevista de duração de 54 minutos. A entrevistada trabalha com gestão da qualidade nesse hospital desde 2009. Segundo ela, os benefícios principais da acreditação para o hospital foram: maior assertividade nos processos, maior convencimento dos profissionais para fazer o certo, processo de melhoria contínua, possibilidade de aprendizado e boa imagem no mercado.

Eu acho que a acreditação trouxe melhora dos processos. Tem uma maior qualidade. Orienta funcionários. Eu acho que não tem dúvidas. Eu acho que a acreditação é importantíssima. Eu acho que mudou bastante coisa... Com acreditação você tem até mais força para convencer os profissionais que eles devem fazer da maneira correta. Correta entre aspas. Melhor!!! É estabelecido processos para que houvessem menos enganos e etc. Com certeza, houve uma melhora muito grande. A gente reclama porque também ficamos mais exigentes e a gente também acaba aprendendo mais coisa dentro da acreditação que você deve fazer de um jeito e não de outro. Coisas que para gente também a gente não tinha ideia e vai passar para o outro colega e a gente vai ficando mais exigente então a qualidade o tempo todo não está satisfeita. Mas é um processo de melhoria. Eu acho fundamenta. (Entrevistado C).

As pessoas estão mais abertas a aprender, elas não estão tão confiantes nas informações que elas tem, que elas trazem para cá, isso em todos os profissionais. É...acho que elas tem um coleguismo maior nesse sentido porque sabe que toda hora é um aprendizado. Então que vai ter uma informação que o outro vai passar. Houve uma

melhora generalizada nessa parte. (Entrevistado C).

Outra percepção da entrevistada foi que a acreditação influenciou a instituição para buscar um desempenho melhor devido à cobrança por resultados.

Eu acho assim que o desempenho quando você sente que tem alguém olhando, alguém medindo, alguém supervisionando, você tenta fazer. Você sabe que tem alguém que se importa como você faz. Então o desempenho fica melhor. É se você tem, o fato de você ter que apresentar indicadores todos os meses, todos acabam não atrasando o serviço, todos acabam fazendo melhor, porque terá alguém que verá aquele indicador, vou comparar com o mês anterior. Então o desempenho fica melhor (Entrevistado C)

Para a entrevistada, a melhora do desempenho é algo que deve ser esperado a médio e longo prazo.

Eu acho que houve uma melhoria significativa no desempenho mais na reacreditação, após dois anos. Eu acho, porque primeiro nós corremos atrás de estar fazendo certinho como mandava. Depois que a gente conseguiu isso, a própria agência de acreditação cobrou mais e aí a gente viu que não era só aquilo. Então aquilo lá finalizou. Então a gente teve que sedimentar aquilo que a gente achava que era o topo de atingir. A ideia para mim era essa: que o topo era esse, a gente atingiu porque foi acreditado. Não!!! Eu acho que na verdade era um básico e depois foi aprimorando. Então depois de dois anos, aquele básico tinha que acontecer porque tinha mais coisas inseridas e precisava do básico. Então acho que uns dois anos, depois começou a melhorar mais e ainda continua, né?! (Entrevistado B).

O Hospital C acompanha seus resultados através dos indicadores da acreditação e dos da operadora W. Esses resultados são apresentados todos os meses pelas lideranças. Alguns, deles são divulgados nos murais para visualização de todos os profissionais, Além desses, compara seus resultados clínicos com hospitais de outros países, considerados de excelência, da mesma especialidade, que inserem voluntariamente seus resultados num banco de dados específico, para o qual a inscrição é paga.

#### 4.3.6.2 Resultados do Questionário PNQ do Hospital C

O respondente atua nesse hospital há dois anos e está no cargo há um ano. Obteve-se o seguinte resultado:

Tabela 4.6 Resultado Diagnóstico PNQ – Hospital C

<b>CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA</b>	<b>% de Performance</b>
LIDERANÇA	85,23%
ESTRATÉGIA E PLANOS	100%
CLIENTES	79,69%
SOCIEDADE	25%
INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS	75%
PESSOAS	70%
PROCESSOS	84,56%
<b>RESULTADO GERAL DE DESEMPENHO</b>	<b>74,88%</b>

Fonte: Resultado gerado pelo software E-MEG

A *performance* global, de acordo com esse modelo, foi de 74,88%. O critério com maior pontuação neste caso foi liderança (85,23%) e menor, mais uma vez, sociedade, com 25%.

#### 4.3.6.3 Resultados dos Indicadores do Hospital C

Pode-se observar o acompanhamento e a gestão de vários indicadores além do uso de ferramentas da qualidade como causa raiz, carta controle, 5W2H e a metodologia PDCA para gestão desses indicadores. Foi possível averiguar processo de melhoria de vários indicadores, porém foram autorizados para divulgação nessa pesquisa somente os indicadores: Pesquisa de Satisfação, *Turn Over* e Acidentes Típicos de Trabalho (Tabela 4.7) Foi calculada a média dos resultados do ano de 2010, depois 2011 e assim até 2014.

Tabela 4.7: Resultado dos Indicadores do Hospital C

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Pesquisa de Satisfação	1,8	1,75	1,75	1,78	1,84
Turn Over	2,37	2,24	2,45	1,98	1,99
Acidentes Típico de Trabalho	2,08	1,92	1,67	1,25	2,08

Fonte: Dados internos do Hospital C

O indicador Pesquisa de Satisfação mostrou queda de 2010 para 2011, mas depois até 2014

manteve-se com sucessivos aumentos. Seu índice em 2010 correspondia a 1,8; 2011(1,75); 2012 (1,75); 2013 (1,78); 2014 (1,84).

O *turn over* teve oscilações entre 2010 e 2014. Seu índice em 2010 correspondia a 2,37, 2011 (2,24); 2012(2,45); 2013 (1,98) e 2014 (1,99).

O indicador Acidentes Típicos de Trabalho mostrou redução de 2010 a 2013, porém em 2014 o índice aumentou. O índice em 2010 correspondia a 2,08; 2011(1,92); 2012(1,67); 2013(1,25) e 2014 (2,08).

#### 4.3.7 Hospital D

Iniciou suas atividades como um pronto socorro em 1962. Em 1964 ampliou seu número de leitos de quatro para doze. Em 1969, com vinte leitos e após abertura de um Centro Cirúrgico, passou a denominar-se da forma atual. Em meados de 1970, chegou a sessenta e seis leitos.

Em 2014, o Hospital D contava com uma área de internação formada por apartamentos privativos e semi-privativos, uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Infantil e Neonatal, totalmente equipada com aparelhos de última geração e assistida permanentemente por especialistas intensivistas. Trata-se de hospital geral (destinado ao atendimento de pacientes nas mais variadas especialidades médicas) de grande porte de acordo com a classificação do Ministério da Saúde (2002), com o total de 113 leitos. Seu faturamento médio anual é superior a R\$ 50.000.000,00.

##### 4.3.7.1 Gestão da Qualidade do Hospital D

Iniciou seu processo de gestão da qualidade em 1998 e obteve acreditação ONA 1 em 2002. Desde então mantém o mesmo nível de acreditação. Em 2013 passou por um processo de aquisição pela operadora W. Após esse processo, os ocupantes dos cargos de alta gestão foram substituídos: só dois gerentes da gestão anterior permaneceram ao final desses dois anos. Para maior compreensão da gestão de qualidade nesse hospital foi entrevistado profissional que atua nessa área. A duração dessa entrevista foi de 48 minutos. O entrevistado trabalha com gestão da qualidade nesse hospital desde 2007.

Segundo o entrevistado, os benefícios principais da acreditação para o hospital foram:

padronização, controles, redução de custo e maior satisfação dos clientes.

A acreditação trouxe vários benefícios. Alguns como padronização de rotinas de trabalho, padronização de atendimento baseada em protocolos, literaturas científicas e os controles. Os controles melhoraram. Os controles financeiros, os controles administrativos e isso fez com que a gente reduzisse um pouco mais os custos...e teve também elevação no índice de satisfação dos clientes. (Entrevistado D).

Outra percepção do entrevistado foi que a acreditação influenciou a instituição para um desempenho melhor através do acompanhamento de seus resultados, tendo como consequência tanto a melhoria financeira como a assistencial.

Com a acreditação teve a definição de indicadores estratégicos e resultados estratégicos. Agente identificou uma evolução grande não só na parte financeira. (...) Mas a gente tinha também um indicador que a gente acompanhava que era o seguimento dos protocolos. Do que eu me lembro muito bem era relacionado a mortalidade esperada e não esperada dentro de uma UTI. (...) A gente conseguiu a ter a melhora mesmo no tratamento do paciente. (Entrevistado D).

O processo de melhoria para o entrevistado ocorre nos médio/longo prazos.

Dois anos e meio após a acreditação que agente teve melhora com processos. Quando entrei apesar deles terem ONA nível 1. Os processos não estavam bem estruturados. Ai a gente criou um projeto junto com a administração do hospital de gestão por processos. (...)Então até ter uma maturidade, mudança de cultura através desses indicadores. Demorou mais ou menos dois a dois anos e meio. (Entrevistado D).

O Hospital D tem acompanhado seus resultados através dos indicadores específicos da acreditação e dos da operadora W. Além desses, compara seus resultados clínicos com aqueles divulgados pela ANAHP (Associação Nacional de Hospitais Privados) referentes a seus hospitais associados.

#### 4.3.7.2 Resultados do Questionário PNQ do Hospital D

O respondente trabalha na instituição há sete anos e está no cargo há três anos. Obteve-se o

seguinte resultado:

Tabela 4.8. Resultado Diagnóstico PNQ – Hospital D

<b>CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA</b>	<b>% de Performance</b>
LIDERANÇA	60,23%
ESTRATÉGIA E PLANOS	66,67%
CLIENTES	59,38%
SOCIEDADE	31,25%
INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS	58,33%
PESSOAS	60%
PROCESSOS	59,56%
<b>RESULTADO GERAL DE DESEMPENHO</b>	<b>56,63%</b>

Fonte: Resultado gerado pelo software E-MEG

O desempenho geral de acordo com esse modelo foi de 56,63%. Quanto aos critérios, o maior foi estratégias e planos (com 66,67%), e o menor, da mesma forma que os anteriores, foi sociedade, com 31,25%.

#### 4.3.7.3 Resultados dos Indicadores do Hospital D

O hospital dispõe de um banco de dados com indicadores, porém não tem série histórica anterior a 2013, pois o sistema atualmente utilizado para gestão dos indicadores foi implantado após o processo de aquisição pela Operadora W. Foram verificados os mesmos indicadores dos outros hospitais: Pesquisa de Satisfação, *Turn Over* e Acidentes Típicos de Trabalho Foi realizada a média dos resultados para os dois anos, os que haviam dados (Tabela 4.9).

Tabela 4.9 - Resultado dos indicadores do Hospital D

Indicador	2013	2014
Pesquisa de Satisfação	1,58	1,56
Turn Over	sem dados	1,21
Acidentes Típico de Trabalho	sem dados	sem dados

Fonte: Dados internos do Hospital D

Não havia muitos indicadores disponíveis e para alguns não havia dados. A pesquisa de satisfação de 2013 a 2014 apresentou um pequeno declínio, de 1,58 para 1,56.

#### 4.3.8 Hospital E

Inaugurado no ano de 1974, iniciou suas atividades com Hospital e Maternidade. Na época pertencia a uma pequena operadora de saúde. Em 1981 passou pelo processo de aquisição por outra operadora, inicialmente exerceu a função de hospital de suporte para outros serviços até o final da década de 80. Em 2007 passou por novo processo de aquisição, por mais uma operadora de saúde, mantendo as mesmas características de atendimento geral.

Em 2009 foi adquirido pela Operadora W, e tornou-se referência para a operadora em uma área da Região Metropolitana, além de atender usuários de outros convênios. Apenas uma liderança foi mantida após o processo de aquisição pela Operadora W. Trata-se de hospital geral (destinado ao atendimento de pacientes nas mais variadas especialidades médicas) de grande porte de acordo com a classificação do Ministério da Saúde (2002), com o total de 240 leitos. Seu faturamento médio anual é superior a R\$ 50.000.000,00.

##### 4.3.8.1 Gestão da Qualidade do Hospital E

As iniciativas com gestão da qualidade tiveram início em 1998. Foi acreditado pela primeira vez pela ONA, no nível 1, em 2000; em 2001, passou a acreditado pleno (ONA 2) e a acreditado em excelência (ONA 3) em 2013.

Em 2009 foi adquirido pela Operadora W. Após esse processo, ocorreram mudanças na estruturação da gestão da qualidade, com aumento do número de funcionários (de um para três, sendo dois com atividades específicas para acreditação e o outro profissional para gerenciamento de protocolos clínicos). Além disso, ocorreu toda a reestruturação de processos para manutenção da acreditação, bem como a implantação de sistema eletrônico para auxílio da gestão da qualidade, com contratação de consultoria externa para orientação da certificação. Para obter maiores informações da gestão da qualidade nesse hospital, foi realizada entrevista com um profissional que trabalha com a área desde 2010 e no hospital desde 2007. Anteriormente trabalhou na UTI, como enfermeira assistencial.

Segundo a entrevistada, os benefícios principais da acreditação para o hospital foram: qualidade na assistência, segurança e mensuração de resultados, padronização de processos e processo contínuo de melhoria.

Com a acreditação você vai ter qualidade na assistência. Você vai ter segurança. Você vai conseguir mensurar isso com nível se foi fidedigno ou não. Se está efetivo aquele trabalho e se não está. O que eu posso fazer para mudar? Então é uma sequência de soluções. (Entrevistado E).

Tinha coisas que não tinha uma linha de pensamento único Hoje à gente trabalha muito com a continuidade da assistência. Então se eu não tenho um pensamento desde a entrada do paciente, na sua permanência e aí até sua saída e se aquilo foi certo. Eu não tenho um resultado satisfatório e com esse processo faz com que se tem um processo que não está certo e que está frágil a gente vai correr atrás para que isso fique correto. Então é uma maneira de você fazer a correção. É um processo contínuo. (Entrevistado E).

Outra percepção da entrevistada foi que a acreditação influenciou a instituição para acompanhar o desempenho.

Acredito que a acreditação influencie no desempenho. No conhecimento porque muitas vezes fazemos algum protocolo, mas não sabe o porquê ou mensura ou porque analisa. A acreditação vai te dando uma percepção porque você mensura pela qualidade e aí nas fragilidades você vai encontrar barreiras, segurança e aí senão consegue ter aquela, aquilo que a gente pensou, o que a gente pode fazer para que aquilo de fato aconteça ? então tem sim impacto no desempenho porque ela te norteia (Entrevistado E).

#### 4.3.8.2 Resultados do Questionário PNQ do Hospital E

O respondente trabalha na instituição há 14 anos e nesse cargo há 10. Obteve-se o seguinte resultado (Tabela 4.10):

Tabela 4.10 - Resultado Diagnóstico PNQ – Hospital E

<b>CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA</b>	<b>% de Performance</b>
LIDERANÇA	69,32%
ESTRATÉGIA E PLANOS	95,83%
CLIENTES	77,34%
SOCIEDADE	12,50%
INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS	91,67%
PESSOAS	55%
PROCESSOS	50%
<b>RESULTADO GERAL DE DESEMPENHO</b>	<b>58%</b>

Fonte: Resultado gerado pelo software E-MEG

A *performance* geral, de acordo com esse modelo foi de 58%. Em relação aos critérios, o maior pontuado foi estratégia e planos com 95,83% e o pior, mais uma vez, foi sociedade, com 12,5%.

#### 4.3.8.3 Resultados dos Indicadores do Hospital E

O banco de dados colocado à disposição pelo Hospital E, como os demais utiliza um sistema informatizado para gerenciamento dos indicadores.

Foi permitida a utilização somente dos seguintes indicadores: Pesquisa de Satisfação, *Turn Over* e Acidentes Típicos de Trabalho. Calculadas a média geral desses indicadores nos anos de 2010, 2011, 2012, 2013 e 2014. (Tabela 4.11).

Tabela 4.11 - Resultado dos indicadores do Hospital E

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Pesquisa de Satisfação	1,4	1,5	1,5	1,55	1,61
Turn Over	1,79	1,38	2,14	2,2	1,78
Acidentes Típico de Trabalho	1	0,91	0,83	0,91	1,25

Fonte: Dados internos do Hospital E

O indicador de Pesquisa de Satisfação do Cliente teve melhora progressiva de 2010 a 2014. Em 2010 tinha a media de 1,4, 2011 (1,5), 2012 (1,5), 2013 (1,55) e 2014 (1,61).

Para os outros indicadores ocorreram flutuações entre quedas e aumentos. O *turn over*, em 2010 apresentava o resultado de 1,79; 2011 (1,38); 2012 (2,14); 2013 (2,2) e 2014 (1,78).

O indicador Acidentes Típicos de Trabalho em 2010(1); 2011(0,91); 2012 (0,83); 2013 (0,91) e 2014 (1,25).

#### 4.3.9 Hospital F

O Hospital F foi fundado em 1945 numa pequena casa com apenas alguns leitos. Em 1984, com nova diretoria formada por médicos, o hospital passou por aprimoramentos técnicos em suas instalações e serviços até receber sua denominação atual em 1989. Em 1995, ele foi eleito a Empresa do Ano, pela Associação Comercial de São Paulo (ACSP). Em 2003, foi reconhecido pela sociedade como uma empresa de destaque nacional pela excelência em seus serviços, sendo premiado com o Selo Quality. Em 2005 foi adquirido pela Operadora W.

Atualmente, é um hospital geral de grande porte, com 199 leitos ativos, distribuídos em enfermarias, apartamentos, berçário, hospital dia e unidades de terapia intensiva (adulto, coronariana, pediatria e neonatal).

##### 4.3.9.1 Gestão da Qualidade do Hospital F

Em 2010, iniciou o processo de implantação da gestão da qualidade com o objetivo de obtenção da acreditação ONA. Sua primeira classificação foi acreditado pleno - ONA 2 em 2012; obteve o nível de excelência - ONA 3 em 2013, quando foi mais uma vez agraciado com o título de Destaque do Ano pela ACSP.

Foi entrevistado um profissional com atuação na gestão da qualidade nesse hospital desde 2011. A duração da entrevista foi de 58 minutos.

Segundo a entrevistada, os benefícios principais da acreditação para o hospital são a segurança do paciente, a padronização e o *marketing* do hospital.

Eu acho que traz benefício em relação a segurança do paciente. Eu só consigo enxergar esse benefício. (Entrevistado F).

Fora a cultura de segurança, outro benefício seria a padronização. Acho que agora todo mundo funciona da mesma forma, de manhã, de tarde, á noite, no final de semana. Eu acho que o hospital funciona da mesma forma. Acho que agora sim. (Entrevistado F).

O nosso hospital é de mercado ai tem carteira de outros convênios. Ai quando a pessoa vai escolher um hospital, se tiver um selo de certificação. Ela procura. Então assim, ele está sendo mais procurado e está mesmo. Por conta do processo de certificação. Porque tem o site. Ai você vê o selo e ai traz mais cliente. Eu acho que traz de fora e não da Operadora W. (...) Então melhora a imagem. (Entrevistado F).

Essa entrevistada não sabe se a acreditação trouxe benefícios financeiros, mas considera que a maturidade da instituição pós acreditação ocorre no médio e no longo prazos.

Não sei se traz beneficio financeiro. Eu acho que financeiramente tem mais encargos que benefícios. Então tem essa questão. Mas, os benefícios assistenciais tem, para os pacientes, é...processos. Depois dos 5 anos estamos começando a enxergar maturidade das pessoas em relação a segurança dos pacientes. (...). Mas no começo, na implantação. Mesmo na primeira certificação não era perceptível. Era tudo muito novo. Isso para todos. (...) Só depois da segunda visita. Ahh quando foi para o Nível 3. Primeiro foi para o nível 2 e depois foi 3. Ai para 3 já senti. Todos sentiram um impacto maior. (Entrevistado F).

#### 4.3.9.2 Resultados do Questionário PNQ

O respondente trabalha na instituição e está nesse cargo há um ano e meio. Obteve-se o seguinte resultado:

Tabela 4.12 - Resultado Diagnóstico PNQ – Hospital F

<b>CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA</b>	<b>% de Performance</b>
LIDERANÇA	73,86%
ESTRATÉGIA E PLANOS	87,5%
CLIENTES	82,03%
SOCIEDADE	12,5%
INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS	91,67%
PESSOAS	60%
PROCESSOS	76,47%
<b>RESULTADO GERAL DE DESEMPENHO</b>	<b>68,5%</b>

Fonte: Resultado gerado pelo software E-MEG

A *performance* geral de acordo com esse modelo foi de 68,5%. O critério com maior desempenho foi informações e conhecimentos, com 91,67%. O pior, mais uma vez, foi sociedade, com 12,5%.

#### 4.3.9.3 Resultado dos Indicadores do Hospital F

O banco de dados disponível no Hospital F é o utilizado pela rede da Operadora W,...um sistema informatizado onde se encontram vários indicadores. Assim como nos demais hospitais, foram disponibilizados somente os seguintes indicadores: Pesquisa de Satisfação, *Turn Over* e Acidentes Típicos de Trabalho. Foi calculada a média dos resultados para cada ano para o qual havia dados (Tabela 4.13).

Tabela 4.13 - Resultado dos Indicadores do Hospital F

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Pesquisa de Satisfação	1,6	1,62	1,56	1,58	sem dados
Turn Over	2,23	3,19	3,61	2,77	2,61
Acidentes Típico de Trabalho	2,83	1,58	1,33	0,66	1,33

Fonte: Dados internos do Hospital F

Para Pesquisa de Satisfação não foram encontrados dados no sistema eletrônico para o ano de 2014. Em 2010 era 1,6; 2011(1,62); 2012(1,56) e 2013(1,58).

O *turn over* em 2010 apresentava o índice de 2,23; 2011(3,19); 2012 (3,61);2013 (2,77) e 2014 (2,61). E note que o mais baixo foi o de 2010.

O índice de acidente típicos em 2010 apresentava o índice de 2,83; 2011 (1,58); 2012 (1,33), 2013 (0,66) e 2014 (1,33).

#### 4.3.10 Hospital G

O Hospital G foi inaugurado em 1944, na época com características clínicas e cirúrgicas, dispondo de 30 leitos. Em 1948, 20% das atividades ambulatoriais e clínicas realizadas eram gratuitas.

Em 1953, no local do hospital passou a funcionar uma Sociedade Hospitalar que, em 1977, deu lugar ao Hospital de uma operadora de saúde. Este se tornou uma referência em tecnologia médica, propiciando atendimento de alta qualidade em uma série de especialidades.

Em 2003, foi adquirido junto com a operadora à qual pertencia, tendo sido remodelado e modernizado. Atualmente, é um hospital geral, sendo referência em maternidade e atendimento

pediátrico, além de atender outras especialidades.

Possui 226 leitos, distribuídos entre enfermarias e apartamentos, o que o classifica como de grande porte.

O faturamento é superior a 50.000,00 e quantidade de funcionário CLT é de 1200.

#### 4.3.10.1 Gestão da Qualidade do Hospital G

Iniciou a implantação do processo de gestão da qualidade em 2010 e foi acreditado pela primeira vez em 2012 como acreditado pleno-ONA 2 ; em 2013 foi acreditado com excelência – ONA 3.

Para maior compreensão da gestão da qualidade nesse hospital, entrevistou-se um profissional que trabalha com o tema desde 2010. A duração da entrevista foi de 48 minutos.

Segundo ela, os benefícios principais da acreditação para o hospital são o amadurecimento das lideranças e institucional, aprendizado e priorização das ações:

Eu percebi o amadurecimento da empresa, dos líderes mesmo, da diretoria, da gerência. A gente começa ter um olhar diferente quando se fala em um processo de certificação. É acho que no começo fica todo mundo muito perdido, mas aos poucos a gente vai entendendo os processos, o porque das coisas, a importância dos alicerces que vamos construindo.(...).Acho que é um amadurecimento tanto dos profissionais, consequentemente da empresa (Entrevista G).

Acho que as cobranças começam a mudar o foco. Acho que o agir diferente nesse sentido. É cobrar aquilo que é importante e tentar resolver aquilo que precisa ser resolvido. Porque vejo assim, no começo todo mundo atira para todo lado. Não tinha um foco. (...)E aos poucos, eles vão começando a entender e começando a focar naquilo que é importante, começam a entender os processos. Antes da acreditação não tinha tanto foco, tinha uma ideia que algo era importante mas não como foco. Até mesmo porque a visita, os avaliadores acabam meio que dando um suporte, um estudo de caso todas as vezes que vem. Então é uma forma de você aprender. De você entender (Entrevistado F).

Por outro lado, a entrevistada acredita que a acreditação tem aspectos limitantes. A busca contínua pela melhoria pode trazer benefício, porém nem sempre as instituições têm como sustentar e fornecer todos os recursos necessários.

“Acho que acreditação pode influenciar tanto positivamente quanto negativamente. As duas formas. Porque quando você tem uma certificação você é obrigado entre outras a melhorar os processos, mas as vezes você não consegue ter os recursos necessários para que isso aconteça. Então isso é positivo e negativo. Você se vê obrigado por uma instituição que vem te fiscalizar e cobra você e por outro lado você não tem os recursos necessários. Por exemplo, financeiro. E isso pode ajudar mas ao mesmo tempo dificultar.” (Entrevistado G)

Para essa entrevistada, o processo de melhoria é perceptível a longo prazo pós acreditação.

Na minha percepção a instituição está mais ou menos como antes da acreditação. Não deveria né? Mas no momento é essa percepção que eu tenho. Acredito que o processo é a longo prazo (Entrevistado G).

O Hospital G tem acompanhado seus resultados através dos indicadores específicos da acreditação e dos demais seguidos pela operadora. Além disso, tem utilizado o BSC como outro método de acompanhamento de seus resultados.

#### 4.3.10.2 Resultados Questionário PNQ do Hospital G

A respondente atua no hospital há 20 anos e no cargo há sete. Obteve-se o seguinte resultado:

Tabela 4.14 -Resultado Diagnóstico PNQ – Hospital G

<b>CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA</b>	<b>% de Performance</b>
LIDERANÇA	86,36%
ESTRATÉGIA E PLANOS	75%
CLIENTES	56,25%
SOCIEDADE	52,34%
INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS	58,33%
PESSOAS	70%
PROCESSOS	66,18%
<b>RESULTADO GERAL DE DESEMPENHO</b>	<b>65,63%</b>

Fonte: Resultado gerado pelo software E-MEG

A *performance* geral de acordo com esse modelo foi de 65,63%, A maior pontuação foi obtida para o critério liderança (86,36%) e a menor, 52,34% , foi, mais uma vez, sociedade.

#### 4.3.10.3 Resultados dos Indicadores do Hospital G

O banco de dados disponível no Hospital G é o mesmo utilizado pela rede da operadora W, um sistema informatizado que disponibiliza vários indicadores. Foram autorizados para divulgação nessa pesquisa somente os seguintes: Pesquisa de Satisfação, *Turn Over* e Acidentes Típicos de Trabalho. Foi calculada a média dos resultados de cada ano em que havia dados (Tabela 4.15).

Tabela 4.15 Resultado dos indicadores Hospital G

Indicador	2010	2011	2012	2013	2014
Pesquisa de Satisfação	1,49	1,51	1,55	1,54	1,58
Turn Over	2,77	3,03	3,07	3,65	2,79
Acidentes Típico de Trabalho	2,67	3	2,83	3,17	3,58

Fonte: Dados internos do Hospital G

O Indicador Pesquisa de Satisfação teve uma progressiva melhora. Em 2010 apresentava a média de 1,49; 2011 (1,51); 2012 (1,55); 2013 (1,54) e 2014 (1,58).

O *turn over* em 2010 tinha como média de 2,77; 2011 (3,03); 2012 (3,07); 2013 (3,65) e 2014 (2,79).

Os acidentes típicos de trabalho em 2010 apresentaram a média de 2,67; 2011 (3); 2012 (2,83); 2013 (3,17) e 2014 (3,58).

## 5. DISCUSSÃO

Para todos os entrevistados, a percepção sobre o processo de acreditação foi favorável. Todos acreditam que ela tem impacto no desempenho hospitalar. Alguns citaram a boa imagem da organização hospitalar para os principais *stakeholders* (pacientes, equipe médica e outras operadoras), padronização de processos, melhoria contínua e segurança do paciente.

Apesar dos hospitais pertencerem à mesma Operadora e todos serem acreditados, pode-se observar algumas diferenças entre eles conforme o Quadro 2.

Características da Instituição	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Hospital F	Hospital G
Tipo de Acreditação	JCI	JCI	JCI	Acredita do - ONA 1	Acredita do em excelência - ONA 3	Acredita do em excelência - ONA 3	Acredita do em excelência - ONA 3
Tempo de Acreditação	1 ano e 9 meses	4 anos	4 anos	13 anos	15 anos	2 anos	2 anos
Tempo de existência da instituição	54 anos	68 anos	9 anos	53 anos	41 anos	70 anos	71 anos
Classificação por especialidade	Geral	Geral	Especializado	Geral	Geral	Geral	Geral
Porte	Grande	Grande	Médio	Grande	Médio	Grande	Grande
Ano do processo de fusão e aquisição	2009	2000	2007	2013	2009	2005	2003
Idade do Entrevistado	38 anos	50 anos	26 anos	34 anos	55 anos	36 anos	39 anos
Tempo na Instituição do Entrevistado	2 anos e meio	10 anos	2 anos	7 anos	14 anos	1 ano e meio	20 anos
Tempo no cargo entrevistado	1 ano e meio	7 anos	1 ano	3 anos	10 anos	1 ano e meio	7 anos
<b>Performance Geral de Acordo com PNQ</b>	<b>72,32%</b>	<b>68%</b>	<b>74,88%</b>	<b>56,63%</b>	<b>58%</b>	<b>68,5%</b>	<b>65,63%</b>

Quadro 2: Resultado Comparativo entre os Hospitais

Os hospitais com acreditação JCI apresentaram resultados superiores de *performance* geral de acordo com diagnóstico MEG. Porém pela classificação do diagnóstico todos se localizaram como *rumo à excelência*. Portanto, essas diferenças não impactaram a maneira pela qual o hospital se localizou de acordo com os critérios.

Mas pode-se verificar que o hospital com nível mais baixo de acreditação, Hospital D, apresentou o menor resultado de *performance* geral de acordo com a metodologia empregada nessa pesquisa.

De acordo, com esses resultados o tempo de acreditação, o porte, a especialidade e o tempo decorrido desde o processo de aquisição por parte da Operadora W parece não ter influenciado nos resultados de desempenho.

Os respondentes aos questionários com tempo menor de atuação no cargo foram os que apresentaram melhores resultados em relação à *performance* geral, de acordo com diagnóstico E-MEG. Isso pode significar que o grau de expectativa para os que possuem mais tempo no cargo seja maior.

Todos os hospitais apresentaram como critério de excelência com menor porcentagem de desempenho a sociedade, com exceção do Hospital A (onde este foi o segundo critério de pior de desempenho) (Tabela 5.1).

Tabela 5.1 – Resultado comparativo dos critérios de excelência

<b>CRITÉRIOS DE EXCELÊNCIA</b>	Hospital A	Hospital B	Hospital C	Hospital D	Hospital E	Hospital F	Hospital G
LIDERANÇA	88,64%	84%	85,23%	60,23%	69,32%	73,86%	86,36%
ESTRATÉGIA E PLANOS	75%	66%	100%	66,67%	95,83%	87,50%	75%
CLIENTES	67,97%	66%	79,69%	59,38%	77,34%	82,03%	56,25%
SOCIEDADE	62,50%	45%	25%	31,25%	12,50%	12,50%	52,34%
INFORMAÇÕES E CONHECIMENTOS	50%	72%	75%	58,33%	91,67%	91,67%	58,33%
PESSOAS	65%	61%	70%	60%	55%	60%	70%
PROCESSOS	79,41%	79%	84,56%	59,56%	50%	76,47%	66,18%
<b>RESULTADO GERAL</b>	<b>72,32%</b>	<b>68%</b>	<b>74,88%</b>	<b>56,63%</b>	<b>58%</b>	<b>68,50%</b>	<b>65,63%</b>

Fonte: Resultado gerado pelo software E-MEG

As instituições que apresentaram maiores valores na sua avaliação de desempenho, os hospitais A e C, possuem vínculo com organizações externas reconhecidas como de excelência. Este é um fator que pode ter influenciado no resultado. Além disso, outro fator que pode ter apresentado influência favorável nos resultados de *performance* são ter obtido “outros” selos de reconhecimento, levando em consideração que o hospital F foi um dos que apresentou maior resultado.

Com relação aos resultados comparativos dos indicadores pudemos observar que mesmo após a acreditação não ocorreu um padrão uniforme de melhoria dos indicadores de Pesquisa de Satisfação, *turn over* e acidentes de trabalho (Quadro 3).

Indicador	Hospital	Ano				
		2010	2011	2012	2013	2014
Pesquisa de Satisfação	Hospital A	Sem dados	1,57	1,61	1,78	1,84
	Hospital B	1,27	1,43	1,53	1,81	1,86
	Hospital C	1,8	1,75	1,75	1,78	1,84
	Hospital D	Sem dados	Sem dados	Sem dados	1,58	1,56
	Hospital E	1,4	1,5	1,5	1,55	1,61
	Hospital F	1,6	1,62	1,56	1,58	Sem dados
	Hospital G	1,49	1,51	1,55	1,54	1,58
Turn Over	Hospital A	Sem dados	Sem dados	2,2	2,16	1,72
	Hospital B	2,5	3,22	2,65	2,5	2,62
	Hospital C	2,37	2,24	2,45	1,98	1,99
	Hospital D	Sem dados	Sem dados	Sem dados	sem dados	1,21
	Hospital E	1,79	1,38	2,14	2,2	1,78
	Hospital F	2,23	3,19	3,61	2,77	2,61
	Hospital G	2,77	3,03	3,07	3,65	2,79
Acidentes Típico de Trabalho	Hospital A	sem dados	3,58	2,17	1,75	1,25
	Hospital B	1,83	1,25	2,17	2,08	2,33
	Hospital C	2,08	1,92	1,67	1,25	2,08
	Hospital D	Sem dados				
	Hospital E	1	0,91	0,83	0,91	1,25
	Hospital F	2,83	1,58	1,33	0,66	1,33
	Hospital G	2,67	3	2,83	3,17	3,58

Quadro 3: Resultado comparativo entre os hospitais dos indicadores

A pesquisa de satisfação apresentou uma tendência de melhoria em todos os hospitais, em especial para os hospitais A, B, C e E.

No índice de *turn over* houve flutuação (aumento e redução) para todos os hospitais. Porém comparando o ano de início da coleta de dados de cada hospital com o ano de 2014, os que mostraram piora no indicador foram os Hospitais A, C e E.

O indicador Acidentes Típicos de Trabalho teve redução entre o ano inicial de coleta e 2014 para os hospitais A e F.

Comparado com o resultado do percentual geral de *performance* do modelo PNQ, pode-se observar que o hospital que obteve maior porcentagem de desempenho (Hospital A) também possui melhores resultados em relação aos três indicadores cuja divulgação foi autorizada pela empresa. Entretanto, para os demais esse padrão não foi à norma.

## 6. CONCLUSÃO

Para responder a pergunta de pesquisa “Como a gestão da qualidade pode impactar no desempenho das organizações hospitalares?” foi possível constatar que a gestão da qualidade primeiramente auxilia as organizações a medirem seus resultados de desempenho e também contribui para o aprimoramento da gestão dos indicadores. Isso possivelmente ocorre em função da intensificação de sua utilização, da criação de novos indicadores e também do aprimoramento na análise, acompanhamento das causas para as fragilidades para o controle e alcance de metas e da utilização de ferramentas da qualidade mais sofisticadas. Ademais, há ampliação de suas medidas de resultados que, antes da implantação da gestão da qualidade, se concentravam em indicadores administrativos financeiros e após o processo passaram a considerar resultados clínicos. Algumas pesquisas pontuam a limitação do uso de indicadores exclusivamente administrativos financeiros e o fato de a gestão da qualidade passar a ser utilizada como método de superação dessa fragilidade (HASSAN, 2005; OLIVEIRA; MALIK, 2011).

A gestão por resultados, através da gestão da qualidade, passou a ser mais difundida em todos os níveis hierárquicos. Com isso, mais funcionários passaram a se responsabilizar por seus resultados gerais e processos de melhoria.

Em relação aos objetivos gerais e aos específicos propostos seguem as conclusões:

O estudo dos sete casos, (Hospitais A, B, C, D, E, F e G), mostrou a experiência dos processos de acreditação e sua *performance* de acordo com o modelo PNQ. Os sete hospitais apresentaram benefícios com a acreditação. Nenhum deles atingiu ainda o estágio de *maturidade de excelência*, mas todos possuem um sistema estruturado de gestão, sendo que para alguns critérios já apresentam bons resultados. Apesar de terem sido acreditados tanto pelo modelo ONA quanto pelo JCI, isso não garante que haja modelos estruturados para todos os critérios de excelência do Premio Nacional de Qualidade. Para o critério *sociedade*, nenhum hospital mostrou maturidade de gestão quanto à responsabilidade socioambiental e ao desenvolvimento social.

A ampliação da gestão empresarial para corresponsabilidade na solução dos problemas sociais e ambientais tem ocorrido gradualmente (BORGER, 2001, p.17), porém poucas organizações têm tido essa preocupação (SOUZA, 2002).

Os hospitais com acreditação JCI apresentaram resultados mais favoráveis para o modelo de mensuração de desempenho PNQ. No entanto, como todos foram classificados na categoria de maturidade de gestão “*rumo a excelência*” não há justificativa para valorizar essas diferenças. Outro fator, favorável para a obtenção de bons resultados foi à obtenção de outros selos de reconhecimento e o vínculo com outras instituições reconhecidas em excelência, seja recebendo consultorias ou participando em grupos de *benchmarking* e.

A localização desses sete hospitais na região metropolitana da grande São Paulo, considerada o maior polo econômico do país, pode ter influenciado na maturidade e gestão dos resultados desses serviços.

A obtenção de bons resultados e a disponibilidade de um sistema de gestão de resultados podem ter sido favorecidas pelo processo de acreditação, mas o fato desses hospitais pertencerem a uma grande operadora, com uma gestão voltada para resultados consolidada, também pode ser considerado outro fator para o alcance de metas e objetivos pré-estabelecidos. Levando em consideração a existência de reuniões quinzenais comparativas entre os diretores e o CEO para apresentação de seus resultados, estas podem ser consideradas um instrumento que favorece a gestão do desempenho.

Além dos resultados do questionário PNQ houve relatos de melhoria após o processo de acreditação, Tanto para instituições com a acreditação ONA quanto com JCI. Esse processo de melhoria está relacionado principalmente a resultados de desempenho de segurança ao paciente, boa imagem do hospital para os *stakeholders* (clientes internos, externos e outras operadoras contratantes), padronização dos processos assistenciais e administrativos e propagação da busca de melhoria contínua, como mostrado em outros estudos (ROONEY; VAN OSTEMBERG, 1999; BOHIGAS, 2008; MANZO, 2009; SCHIESARI, 2014).

A partir dos resultados dos indicadores disponibilizados pode-se constatar que, em relação à Satisfação do Cliente, houve melhoria para todos os hospitais, para os demais (acidentes típicos de trabalho e o *Turn Over*) não ocorreu o mesmo tipo de evolução de desfecho. Alguns estudos apontam que a gestão da qualidade favorece a satisfação do cliente entre outros indicadores (FELDMAN, L.B; CUNHA, I.C.K.O; 2006; MANZO, 2009). Além dos indicadores disponibilizados para divulgação na pesquisa foram apresentados outros à pesquisadora; muitos deles mostraram-se com bom desempenho após a acreditação em todos os hospitais da amostra

(Mortalidade por Sepsis; Giro de leito; Índice de ulcera por pressão, taxa de ocupação, entre outros).

Alguns dos hospitais (D e E) não disponibilizaram medidas de resultados de seus indicadores anteriores à acreditação, quando ainda não pertenciam à Operadora W. Este fator trouxe dificuldades para afirmar se o tempo de acreditação influenciou em seus resultados.

Os demais hospitais apesar de disporem de séries históricas de seus indicadores antes e após a acreditação, disponibilizaram poucos indicadores o que tampouco permite evidenciar o quanto a acreditação influencia nos resultados de *performance*.

Com relação aos indicadores disponibilizados e resultados do questionário PNQ não foi possível verificar diferenças significativas nos resultados de desempenho entre as organizações com acreditação JCI e ONA.

Além disso, as características gerais das instituições, como porte e especialidade, não foram determinantes para o resultado de desempenho nesses hospitais pesquisados.

## 7. COMENTARIOS FINAIS

A utilização da acreditação e certificações tem crescido, embora vagarosamente, no país. Frequentemente, ela tem se mostrado como um modelo de gestão, podendo ser favorável não somente para os requisitos exigidos nos manuais de suas respectivas certificações/acreditações, mas também para outros requisitos.

Além da acreditação, é importante que haja maturidade dos sistemas de gestão de resultado dos hospitais para conscientização de um sistema de gestão de desempenho. Há outros métodos de sistema de mensuração de desempenho utilizados por outras organizações que poderiam ser utilizados pelos hospitais com vistas à obtenção de bons resultados.

Como principal limitação do estudo, deve-se considerar que o universo utilizado para realização da pesquisa empírica representa apenas uma parcela da realidade dos hospitais acreditados brasileiros, além do viés de pertencerem todos à mesma operadora de saúde, por mais que os resultados possam em certo grau ser extrapolados.

Além disso, esta dissertação teve como limitação a disponibilidade restrita do banco de dados e indicadores para averiguar o 8º critério de excelência (*resultados*) e especificar a influência do tempo de acreditação no desempenho hospitalar. Mesmo assim, um ponto favorável a esta amostra foi o fato de a operadora ter autorizado a realização da investigação em seus serviços próprios.

Como recomendação para estudos futuros, sugere-se ampliar a amostra para diferentes tipos de hospital, situados em outras localidades do Brasil.

## REFERÊNCIAS

ACCREDITATION CANADA INTERNATIONAL - ACI. **About accreditation**. Disponível em: <http://www.internationalaccreditation.ca/accreditation.aspx>. Acesso em: 01 fev. 2014.

ACURCIO, F. A.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação de qualidade de serviços de saúde. **Saúde em Debate**, n. 33, p.50-53, dez. 1991.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Histórico sistema de saúde suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/quem-somos/historico>. Acesso em: 12 abr. 2015.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Legislação**. Disponível em: [http://www.ans.gov.br/index.php?option=com\\_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=380](http://www.ans.gov.br/index.php?option=com_legislacao&view=legislacao&task=TextoLei&format=raw&id=380). Acesso em: 12 abr. 2015.

AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR – ANS. **Dados do sistema de saúde suplementar**. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/aans/noticias-ans/numeros-do-setor/2349-dados-do-setor-de-planos-de-saude> . Acesso em 14 abr.2015.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. **Avaliação de serviços e programas sociais**. Petrópolis: Vozes, 1994.

ALARAKI, M. S. The impact of critical total quality management practices on hospital performance in the Ministry of Health hospitals in Saudi Arabia. **Quality Management In Health Care**. v. 23, n.1, p. 59-63, Jan./Mar. 2014.

ALGARTE, W. ; QUINTANILHA, D. **A história da qualidade e o programa brasileiro da qualidade e produtividade**. Rio de Janeiro: Inmetro/Senai, 2000.

ALMEIDA, T. R. R. Perspectivas de sobrevivência do hospital. **Revista Paulista de Hospitais**, São Paulo, n.5/6, p. 205, maio/jun.1983.

ALVES, A. **Financiamento e eficiência em dois hospitais privados filantrópicos paulistas**. 1997. 129f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

ANVISA. **Portaria nº 356, de 20 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/b35ca400474583c18ed9de3fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%BA+356-2002.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 18 mai. 2014.

ATLAS BRASIL. Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013>. Acesso em: 15 abr. 2015.

BAHJAT, Al-Awa. **Impact of hospital accreditation on patients' safety and quality indicators**. 131f. Thèse de Maîtrise. Ecole de Santé Publique - Université Libre de Bruxelles, France, 2011.

BENNETT, M. **Sustainable management: a European perspective**. Disponível em: <<http://www.iges.or.jp/en/be/pdf/report2/bennett.pdf>>. Acesso em: 22 fev. 2014.

BESSIRE, D.; BAKER, C. The French tableau de board and the American balanced scorecard: a critical analysis. **Critical Perspectives on Accounting**, v. 16, p. 645-664, 2005.

BEST, M.; NEUHAUSER, D. Heroes and martyrs of quality and safety: W Edwards Deming: father of quality management, patient and composer. **Quality & Safety Health Care**, v. 14, n. 4, p. 310-312, 2005.

BITITCI, U. S., CARRIE, A. S., TUNER, T. Integrated performance measurement systems: a reference model. In: SCHÖNSLEBEN, P.; BÜCHEL, A. (Ed.). **Organizing the extended enterprise**. London, UK: Chapman and Hall, p. 191-203, 1998.

BITITCI, U. S. et al. Integrated performance measurement systems: implementation case studies. In: BITITCI, U. S.; CARRIE, A. S. (Ed.). **Strategic management of the manufacturing value chain**. Norwell: Kluwer Academic, 1998.

BITITCI, U. S.; TURNER, T.; BEGEMANN, C. Dynamics of performance measurement systems. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 20, n. 6, p. 692-704, 2000.

BOAS, G. A. R. V.; COSTA, H. G. Análise comparativa de Prêmios de Excelência em Gestão. **VII Encontro Nacional de Excelência em Gestão**, Rio de Janeiro, 2011.

BORGER, F. G. **Responsabilidade social: efeitos da atuação social na dinâmica empresarial**. 2001. 244f. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia e Administração da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

BOHIGAS, L. **Acreditacion de hospitales y utilización de medicamentos**. Espanha: Carmen Lasasa, 2008.

BOURNE, M. et al. Designing, implementing and updating performance, measurement systems. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 20, n. 7, p. 754-771, 2000.

BUCHELE, R. B. **Políticas administrativas para empresas em crescimento**. (Manual para Avaliação). São Paulo: Atlas, 1971.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE – CNES. **Distribuição de estabelecimentos hospitalares**. Disponível em: [http://www.cns.org.br/links/DADOS\\_DO\\_SETOR.htm](http://www.cns.org.br/links/DADOS_DO_SETOR.htm). Acesso em: 27 fev. 2015.

CAMERON, K. Critical questions in assessing organizational effectiveness. **Organizational Dynamics**, Lincoln, v. 9, p. 66-80, 1980.

CHIAVENATO, I. **Recursos humanos na empresa: pessoas, organizações e sistemas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1994.

\_\_\_\_\_. **Gestão de Pessoas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

CHIAVENATO, I. ; SAPIRO, A. **Planejamento estratégico**. Rio de Janeiro: Campus, 2004.

CONSORCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). **Objetivos acreditação JCI**. Disponível em: <http://cbacred.org.br/institucional/historico.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. **Quantidade de hospitais acreditados pela JCI**. Disponível em: <http://cbacred.org.br/acreditacao/acreditacao/unidades-acreditadas-no-brasil.asp>. Acesso em: 20 jun. 2014.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Avaliando a institucionalização da avaliação. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 705-712, 2006.

CORRÊA, H. L. **O “Estado da arte” da avaliação de empresas estatais**. 1986. Tese (Doutorado em Administração) – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1986.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CROSS, K. F.; LYNCH, R. L. The SMART way to define and sustain success. **National Productivity Review**, v. 8, n. 1, p. 23-33, 1988.

CUNHA, J. A. C. da; CORRÊA, H. L. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **RAE: Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 53, n. 5, p. 485-499, set.-out. 2013.

DE OLIVEIRA SÊCCO, I. A. et. al. Acidentes de trabalho típicos envolvendo trabalhadores de hospital universitário da região sul do Brasil: epidemiologia e prevenção. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 5, p. 824-831, 2008.

DEBUSK, G. K.; BROWN, R. M.; KILLOUGH, L. N. Components and relative weights in utilization of dashboard measurement systems like the Balanced Scorecard. **The British Accounting Review**, v. 35, n. 3, p. 215-231, set. 2003.

D'INNOCENZO, M., et al. "Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde. **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde**. Martinari, 2010.

D'INNOCENZO, M.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. C. K. O. O movimento pela qualidade nos serviços de saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 1, p. 84-88, jan.-fev. 2006.

DIXON, J. R.; NANNI, A. J.; VOLLMANN, T. E. **The new performance challenge: measuring operations for world-class competition**. Homewwod: Dow Jones-Irwin, 1990.

DONABEDIAN, A. The quality of medical care. **Science**, v. 200, p. 856-864, 26 May 1978.

\_\_\_\_\_. The quality of care: how can it be assessed? **JAMA**, v. 260, n. 12, p 1743-8, 1988.

\_\_\_\_\_. **An introduction to quality assurance in healthcare**. New York: Oxford University, 2003.

DRUCKER, P. F. **The practice of management**. New York: Harper, 1954.

EDVINSSON, L.; MALONE, M. S. **Intellectual capital: realizing your company's true value by finding its hidden brainpower**. New York: Harper Business, 1997.

EMPRESA PAULISTA DE PLANEJAMENTO METROPOLITANO DE SÃO PAULO – EMPLASA. **Indicadores**. Disponível em: <http://www.emplasa.sp.gov.br/emplasa/Indicadores/gsp.asp>. Acesso em: 15 abr. 2015.

EUROPEAN ORGANIZATION FOR QUALITY. **About EOQ**. Disponível em: <http://www.eoq.org/index.php?id=427>. Acesso em: 04 fev. 2014.

EISENHARDT, K. M. Building theories from case-study research. **Academy of Management Review**, v. 14, n. 4, p. 532-550, Oct. 1989.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, abr./jun. 2005.

FELDMAN, L. B.; CUNHA, I. C. K. O. Identificação dos critérios de avaliação de resultados do serviço de enfermagem nos programas de acreditação hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, vol. 14, n. 4, jul./ago. 2006.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010.

FIGUEIREDO, L. F.; NETO, G. V. A estrutura dos serviços privados de saúde no Brasil. In: NETO, G. V.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FOUCAULT, M. O nascimento do hospital. **Microfísica do poder**, v. 10, p. 99-111, 1979.

FRANCO, S. C.; HERNANDEZ, A. M. Capital social e qualidade da atenção à saúde: as experiências do Brasil e da Catalunha. **Ciências e Saúde**, v. 18, n. 7, p. 1871-1880, 2013.

FUNDAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO ADMINISTRATIVO (FUNDAP). **Dados da região metropolitana de São Paulo**. Disponível em: [http://observasaude.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/Condio%20de%20Vida%20e%20Sade/Informa%C3%A7%C3%A3o%20Demogr%C3%A1fica/RMSP\\_%20Crtrz%C3%A7SEADE.pdf](http://observasaude.fundap.sp.gov.br/RgMetropolitana/Condio%20de%20Vida%20e%20Sade/Informa%C3%A7%C3%A3o%20Demogr%C3%A1fica/RMSP_%20Crtrz%C3%A7SEADE.pdf). Acesso em: 02 abr. 2015.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS (SEADE). **Dados da região metropolitana de São Paulo**. Disponível em: [http://produtos.seade.gov.br/produtos/divpolitica/historico/regs\\_antteriores.xls](http://produtos.seade.gov.br/produtos/divpolitica/historico/regs_antteriores.xls). Acesso em: 04 dez. 2014.

\_\_\_\_\_. **Dados de desemprego da região metropolitana de São Paulo**. Disponível em: [http://produtos.seade.gov.br/produtos/ped/pedv98/pdf/rmsp\\_slides-fev2015.pdf](http://produtos.seade.gov.br/produtos/ped/pedv98/pdf/rmsp_slides-fev2015.pdf). Acesso em: 12 abr. 2015.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE QUALIDADE (FNQ). **Histórico**. Disponível em: <http://www.fnq.org.br>. Acesso em: 04 jan. 2015.

\_\_\_\_\_. **Critérios de excelência: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional**. 20. ed. FNQ: São Paulo, 2013.

GARVIN, D. A. **Gerenciando a qualidade**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 1992.

GHALAYINI, A. M.; NOBLE, J. S. The changing basis of performance measurement. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 16, n. 8, p.63-80, 1996.

GHALAYINI, A. M.; NOBLE, J. S.; CROWE, T. J. An integrated dynamic performance measurement system for improving manufacturing competitiveness. **International Journal of Production Economics**, v. 48, n. 3, p. 207-225, Feb. 1997.

GONÇALVES, J. E. L.; ACHÉ, C. A. O hospital-empresa: do planejamento à conquista do mercado. **RAE: Revista de Administração de Empresas**, v. 39, n. 1, jan.-mar. 1999.

GOWEN III, C. R. et al. Exploring the efficacy of healthcare quality practices, employee commitment, and employee control. **Journal of Operations Management**, v. 24, n. 6, p. 765–778, 2006.

GUERNY, J.; GUIRIEC, J. C.; LAVERGNE, J. **Principes et mise en place du tableau de bord de gestion**. 6. ed. Paris: DELMAS, 1990.

GULINI, P. L. **Ambiente organizacional, comportamento estratégico e desempenho empresarial**: um estudo no setor de provedores de internet de Santa Catarina. 2005. Dissertação (Mestrado em Administração) - Universidade do Vale do Itajaí, Biguaçu, 2005.

GURGEL JUNIOR, G. D. G.; VIEIRA, M. M. F. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HASSAN, D. Measuring performance in the healthcare field: a multiple stakeholders' perspective. **Total Quality Management**, 2005.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA ( IBGE). **Dados da região metropolitana de São Paulo**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/perfil.php?sigla=sp>. Acesso em: 12 abr. 2015.

INSTITUTE OF MEDICINE ( IOM). **Crossing the quality chasm**: a new health system for the 21st century, March 1, 2001. Disponível em: <https://www.iom.edu/~media/Files/Report%20Files/2001/Crossing-the-Quality-Chasm/Quality%20Chasm%202001%20%20report%20brief.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2015.

INSTITUTE OF STANDARDS AND TECHNOLOGY. **Health care criteria for performance excellence**. Baldrige National Quality Award Excellence, Gaithersburg. Disponível em: [www.baldrige.nist.gov/eBaldrige/Step One.htm](http://www.baldrige.nist.gov/eBaldrige/Step One.htm). Acesso em: 16 maio 2014.

INSTITUTO PAULISTA DE EXCELENCIA DA GESTÃO ( IPEG). **Histórico**. Disponível em: <http://www.ipeg.org.br/ipeg/historico>. Acesso em: 14 mar. 2015.

ISHIKAWA, K. **What is total quality control?: the Japanese way**. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1985.

ITTNER, C. D.; LARCKER, D. F. Are nonfinancial measures leading indicators of financial performance?: an analysis of customer satisfaction. **Journal of Accounting Research**, v.36, p. 1-35, 1998. Supplement: Studies on Enhancing the Financial Reporting Model.

JENSEN, A .J., SAGE, A. P. A system management approach for improvement of organizational performance measurement systems. **Management**, Fevereiro, 2000.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS.

**About us**. Disponível em:

[http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint\\_commission\\_history.htm](http://www.jointcommission.org/AboutUs/joint_commission_history.htm). Acesso em: 20 jul. 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). **Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais**. Rio de Janeiro: CBA; JCAHO, 2011.

JURAN, J. M. The upcoming century of quality. **Quality Progress**, v. 27, n. 8, p. 29, 1994.

KANTER, R. M.; BRINKERHOFF, D. Organizational performance: recent development in measurement. **Annual Review of Sociology**, v. 7, p. 321-349, 1981.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. The balanced scorecard: measures that drive performance. **Harvard Business Review**, v. 70, n. 1, p.71-79, Jan.-Feb. 1992.

\_\_\_\_\_. **The execution premium**: linking strategy to operations for competitive advantage. Boston: Harvard Business School, 2008.

\_\_\_\_\_. Why does business need a balanced scorecard? **Journal of Cost Management**, v. 11, n. 3, p. 26, 1997.

\_\_\_\_\_. **The strategy focused organization**: how balanced scorecard companies thrive in the new business environment. Boston: Harvard Business School, 2004.

KENNERLEY, M.; NEELY, A. Performance measurement frameworks: a review. In: NEELY, A. (Org.). **Business performance measurement**: theory and practice. Cambridge: Cambridge University, 2002.

LA FORGIA, G. M. L.; COUTTOLENC, B. F. **Desempenho hospitalar no Brasil**: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009.

LAI, C. M. **An investigation into the relationship between total quality management practice and performance in a Taiwan Public Hospital.** 2003. 323f. Dissertation – School of Business and Informatics Faculty of Arts and Sciences of Australian Catholic University, Fistsroy, 2003.

LAVIERI, C. A.; CUNHA, J. A. C. da. A utilização da avaliação de desempenho organizacional em franquias. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 33., 2009, São Paulo. **Anais...** Rio de Janeiro: ANPAD, 2009.

LEBAS, M. J. Performance measurement and performance management. **International Journal of Production Economics**, v. 41, n. 1, p. 14, 1995.

LEMOS, V. M. F.; ROCHA, M. H. P. A gestão das organizações hospitalares e suas complexidades. In: CONGRESSO NACIONAL DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO, 7., 2011, Niterói. **Anais...** Niterói, RJ: UFF, 2011.

\_\_\_\_\_. Qualidade e avaliação nos serviços de saúde: uma introdução. In: D'INNOCENZO, M. (Org.). **Indicadores, auditorias, certificações: ferramentas de qualidade para gestão em saúde.** São Paulo: Martinari, 2006.

MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **RAE: Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.

MANZO, B. F. **Processo de acreditação hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde.** 2009. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Geral, 2009.

MANZO, B. F.; RIBEIRO, H. C. T. C; BRITO, M. J. M; ALVES, M. A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n.1, jan./fev. 2012.

MARTINDELL, J. **The scientific appraisal of management: a study of the business practices of the well managed companies.** New York: Harper, 1950.

MEARS, P. How to stop talking about, and begin progress toward, total quality management. **Business Horizons**, v. 36, n. 3, p. 11-14, 1993.

MOURITSEN, J.; LARSEN, H. T.; BUKH, P. N. Valuing the future: intellectual capital supplements at Skandia. **Accounting, Auditing and Accountability Journal**, v. 14, n. 4, p. 399-422, 2001.

NADLER, D.; HACKMAN, J. R.; LAWLER, E. E. **Managing organizational behavior**. [S.l.]: TBS The Book Service, 1979.

NAVEH, E.; STERN, Z. How quality improvement programs can affect general hospital performance. **International Journal of Health Care Quality Assurance**, v. 18, n. 4, p. 249-270, 2005.

NEELY, A. The evolution of performance measurement research: development from the last decade and a research agenda for the next. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 25, n. 12, p. 1264-1277, 2005.

NEELY, A.; ADAMS, C.; KENNERLEY, M. **The performance prism: the scorecard for measuring and managing business success**. London: Prentice Hall, 2002.

NEELY, A.; GREGORY, M.; PLATTS, K. Performance measurement system design: a literature review and research agenda. **International Journal of Operations & Production Management**, v. 15, n. 4, pp. 80-116, 1995.

NEELY, A.; KENNERLEY, M. P.; ADAMS, C. A. **The new measurement crisis: the performance prism as solution**. Cranfield: Cranfield School of Management, 2000.

NETEMEYER, R. G; BEARDEN, W. O.; SHARMA, S. **Scaling procedures: issues and applications**. Thousand Oaks: California Sage, 2006.

NETO, G. V.; MALIK, A. M.. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 825-39, 2007.

NETO, G. V.; MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

NEUHAUSER, D. Florence Nightingale gets no respect: as a statistician that is. **Quality and Safety Healthcare**, v. 12, 2003.

NOGUEIRA, L. C. **Gerenciamento pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte: FDG, 1999.

OLIVEIRA, O. J. **Gestão da qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Cengage Learning, 2004.

OLIVEIRA, A. E. M; MALIK, A.M. Avaliação de Resultados. In: NETO, G. V., MALIK, A. M. **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (ONA). **Institucional/Histórico**. Disponível em: <http://www.ona.org.br>. Acesso em: 30 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Serviços acreditados**. Disponível em: [http://www.ona.org.br/ona/site/internal\\_institucional.jsp?pagesite](http://www.ona.org.br/ona/site/internal_institucional.jsp?pagesite). Acesso em: 30 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde**. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010.

PAGLIOSA, F. L.; ROS, M. A. O relatório Flexner: para o bem e para o mal. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 32, n. 4, p. 492–499, 2008.

PRÊMIO NACIONAL DA GESTÃO EM SAÚDE (PNGS). **Critérios de avaliação**, Disponível em: [www.cqh.org.br/pngs/files/pngs/2014\\_9\\_17\\_Criterios%20PNGS%202004\\_Set\\_Rev\\_04.pdf](http://www.cqh.org.br/pngs/files/pngs/2014_9_17_Criterios%20PNGS%202004_Set_Rev_04.pdf). Acesso em: 9 set. 2014.

\_\_\_\_\_. **Histórico**. Disponível em: [http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p\\_ndoc=277](http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=277). Acesso em: 05 jul. 2014

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade da saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, p. 50-61, 1990.

RIBEIRO, H.P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.

RODRIGUES, E. A. A. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e da experiência brasileira**. 2004. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Osvaldo Cruz, Mato Grosso do Sul, 2004. Disponível em: <http://www.arca.fiocruz.br/xmlui/bitstream/handle/icict/4703/715.pdf?sequence=2>. Acesso em: 15 mar. 2015.

ROESSLER, I. F. et al. **Treinamento em avaliação de serviços, licenciamento sanitário e acreditação - Talsa**. São Paulo: ONA, 2005.

ROONEY, A. L.; VAN OSTEMBERG, P. R. **Licensure, accreditation and certification: approaches to health care quality**. Bethesda, MD: USAID Quality Assurance Project, 1999.

ROSSI, C. A. V.; SLONGO, L. A. Pesquisa de satisfação de clientes: o estado-da-arte e proposição de um método brasileiro. **Revista de Administração contemporânea**, v. 2, n. 1, p. 101-125, 1998.

RUELAS, E; POBLANO, O. **Certificación y acreditación en los servicios de salud**: modelos, estrategias y logros en México y Latinoamérica. México: Secretaría de Salud, 2005.

SÁNCHEZ, S. A. H.; SAMA, N. R. Elementos para la gerencia hospitalaria. **Revista Médica de Costa Rica y Centro América**, n. 545, p. 171-175, 1998.

SAUNDERS, M; THOMHILL, A. **Research Methods for Business Students**. London: Prentice Hall, 2009.

SCHIESARI, L. M. C. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil**: evolução histórica e referências externas. 1999. Tese (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

\_\_\_\_\_. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, out. 2014.

SCHIESARI, L. M. C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 5, n. 18, jan./mar. 2003.

SCHMIDT, M. L. G. Qualidade total e certificação ISO 9000: história, imagem e poder. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 20, n. 3, p. 16-23, 2000.

SCHNEIDER, E. C. Hospital quality management: a shape-shifting cornerstone in the foundation for high-quality health care. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 26, n. S1, p. 1. 2014. Disponível em: [http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/26/suppl\\_1/1.full.pdf](http://intqhc.oxfordjournals.org/content/intqhc/26/suppl_1/1.full.pdf). Acesso em: 9 set. 2014.

SERAKAN, U. **Research methods for business**: a skill building approach. 4 th ed., John [S.l.]: Wiley & Sons, 2003.

SHARMA, A. K.; TALWAR, B. Evolution of “Universal Business Excellence Model” incorporating Vedic Philosophy. **Measuring Business Excellence**, v. 11, n. 3, p. 4-20, 2007.

SIGMA. **The Sigma guidelines toolkit**: sustainability scorecard. 2003 p.4-20. Disponível em: [www.projectsigma.com](http://www.projectsigma.com). Acesso em: 10 fev. 2015.

SOUZA, R. S. Evolução e condicionantes da gestão ambiental nas empresas. **REAd**, v. 8, n. 6, ed. 30, nov.-dez. 2002. Edição Especial.

STEWART, G. B. **The quest for value**. New York: Harper Business, 1990.

STAKE, R. E. **The art of case study research**. Thousand Oaks, CA: Sage, 1995.

SVEIBY, K.E. **A nova riqueza das organizações: gerenciando e avaliando patrimônios de conhecimento**. 5. ed. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

TARÍ, J. J; MOLINA, F. J; CASTEJÓN, L. J. The relationship between quality management practices and their effects on quality outcomes. **European Journal of Operational Research**, p. 483–501, 2006.

TCHOUAKET, E. N. et al. Health care system performance of 27 OECD countries. **The International Journal of Health Planning and Management**, v. 27, n. 2, p. 104-129, 2012.

VENKATRAMAN, N.; RAMANUJAM, V. Measurement of business performance in strategy research: a comparison of approaches. **Academy of Management Review**, v. 11, n. 4, p. 801-814, 1986.

VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 14. ed. São Paulo: Atlas, 2013.

VIACAVA, F. (Coord.). **PROADESS: avaliação de desempenho do sistema de saúde brasileiro: indicadores para monitoramento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

VIGILANCIA SANITÁRIA. **Missão, visão e valores**. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/wsp/portal/anvisa/anvisa/agencia/>. Acesso em: 10 jan. 2015.

VON KROGH, G., ICHIJO, K. ; NONAKA, I. **Facilitando a criação do conhecimento: reinventando a empresa com o poder de inovação contínua**. Tradução de: Afonso Celso da Cunha Serra. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

WAAL, A. A. Behavioral factors important for the successful implementation and use of performance management systems. **Management Decision**, v. 41, n. 8, p. 688-697, 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

YONG, J.; WILKINSON, A. The state of total quality management: a review. **International Journal of Human Resource Management**, v. 10, n. 1, p. 137-161, 1999.

## **APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pesquisadora: Kelly Alves

**TITULO DA PESQUISA: O IMPACTO DA GESTÃO DA QUALIDADE NO DESEMPENHO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES DO ESTADO DE SÃO PAULO**

### **INTRODUÇÃO**

Você está sendo convidado (a) a participar de um estudo para pesquisa em gestão de saúde para o título de mestre na Fundação Getúlio Vargas de São Paulo intitulada: “O impacto da gestão da qualidade no desempenho das organizações hospitalares do Estado de São Paulo”. O objetivo principal desse estudo é identificar como hospitais no estado de São Paulo medem seus resultados após implantação de sistema de avaliação externa da qualidade – acreditação e se existe relação entre a acreditação e o desempenho nessas organizações.

### **DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS**

Etapas da Coleta de Dados:

A coleta de dados será realizada através de questionários, para gestores que tomam parte de decisões estratégicas da organização hospitalar acreditada.

Fica concedida ao participante a total liberdade de não participar do estudo e que, aceitando em fazê-lo, a qualquer momento poderá retirar seu consentimento para utilização das respostas na pesquisa.

### **BENEFICIOS**

Um dos benefícios da participação dos respondentes será a obtenção do diagnóstico do desempenho da instituição de acordo com a metodologia empregada nessa pesquisa. Além disso, os mesmos estarão contribuindo com o pesquisador, para avaliar, e conseqüentemente melhorar a gestão da qualidade praticada para melhor desempenho das organizações hospitalares.

### **CONFIDENCIALIDADE**

Garantimos que os participantes não serão identificados e que manteremos o caráter confidencial das informações pessoais, além do acesso aos resultados obtidos no trabalho final. Seu nome não será revelado em qualquer relatório ou publicação deste estudo.

### **PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA**

Sua decisão em colaborar para este estudo é voluntária.

### **DÚVIDAS**

Se você tiver dúvidas sobre os direitos como participante da pesquisa durante ou após o estudo, poderá entrar em contato com a pesquisadora no telefone 011-986225086, ou pelo e-mail: [kelly\\_eusp@yahoo.com](mailto:kelly_eusp@yahoo.com).

## DECLARAÇÃO

Li este consentimento informado e concordo em participar.

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

Ficou esclarecido que ao fazer devolução deste questionário respondido, confirma sua participação voluntária neste estudo.

Grata pela colaboração.

Kelly Alves (mestranda da FGV-SP)

## APÊNDICE B - FORMULÁRIO COM INSTRUÇÕES E QUESTIONÁRIO

### APENDICE – B – QUESTIONÁRIO adaptado diretamente dos Critérios de Excelência do FNQ.

#### Características Gerais das Empresas:

- 1) Nome da Empresa:
- 2) Cargo do Responsável pelo preenchimento:
- 3) Área:
- 4) Email:
- 5) Número de funcionários:
- 6) Qual o faturamento anual médio?

A) > 50 milhões de reais	B) > 25 milhões a 50 milhões	C) >5 milhões a 25 milhões	D) < ou = 5 milhões de reais
--------------------------	------------------------------	----------------------------	------------------------------

- 7) Qual o número de leitos?

A) Até 50 leitos	B) De 51 a 150 leitos	C) 151 a 500 leitos	D) Acima de 500
------------------	-----------------------	---------------------	-----------------

- 8) Qual o tipo de estabelecimento?

A) Hospital Geral	B) Hospital Especializado
-------------------	---------------------------

## 1. LIDERANÇA

### 1.1 Governança Corporativa

A organização possui sistemas de gestão e controles exercidos na administração para manter a confiança e proteger os interesses das partes interessadas?

A) A Organização não presta contas de suas ações e resultados.
B) A organização presta contas de suas principais ações e dos resultados obtidos, conferindo a transparência à gestão.
C) A organização possui um sistema de prestação de contas e avalia os principais riscos empresariais.
D) A organização possui um sistema de prestação de contas, avalia os principais riscos empresariais e atua sobre eles de forma a minimizá-los.
E) A organização possui um sistema, já refinado pelo menos uma vez, de prestação de contas, avalia os principais riscos empresariais e atua sobre eles de forma a minimizá-los.

### 1.2 – Ética

A organização estimula o comportamento ético e transparente com as partes interessadas?

A) A organização é ética, porém não existe processo definido para assegurar o relacionamento ético com as partes interessadas.
B) A organização possui processo definido para assegurar a ética no relacionamento interno (força de trabalho).
C) A organização possui processo definido para assegurar à ética nos relacionamentos interno e externo (clientes, fornecedores, acionista, sociedade).
D) A organização possui processo definido para assegurar à ética nos relacionamentos interno e externo e estimular sua aplicação em toda a cadeia de valor.
E) A organização possui processo definido e aperfeiçoado pelo menos uma vez para assegurar à ética nos relacionamentos interno e externo e estimular sua aplicação em toda a cadeia de valor.

### 1.3 – Valores e diretrizes

A Direção define valores e diretrizes para promover a cultura da qualidade e o atendimento às necessidades das partes interessadas – clientes, pessoas, acionistas, fornecedores, comunidade? (exemplos de valores: Missão, Visão, Política da Qualidade)?

A) A organização ainda não tem valores e diretrizes definidas.
B) A organização tem valores e diretrizes definidas, mas ainda não divulgados para as partes interessadas.
C) A organização tem valores e diretrizes definidas, divulgados para as partes interessadas, e assegura seu entendimento pela força de trabalho.
D) Os valores e as diretrizes estão consolidados e divulgados para todas as partes

interessadas, mas ainda não estão aperfeiçoados.
--

<b>E)</b> Os valores e as diretrizes estão consolidados e divulgados para todas as partes interessadas e já foram aperfeiçoados pelo menos uma vez.
---

#### 1.4 – Tomada de decisões

A Direção conduz reuniões com sua equipe, analisa o entendimento das necessidades das partes interessadas (clientes, empregados, fornecedores, acionistas e comunidade) e implementa e acompanha as ações definidas ?

<b>A)</b> A direção não realiza reuniões com a equipe.
--

<b>B)</b> A direção realiza reuniões esporádicas com a equipe.
--

<b>C)</b> A direção realiza reuniões sistemáticas com a equipe e considera as necessidades de algumas das partes interessadas.
--

<b>D)</b> A direção realiza reuniões sistemáticas com a equipe e considera as necessidades das principais partes interessadas, implementa e acompanha as ações definidas.
---

<b>E)</b> A direção realiza reuniões sistemáticas com a equipe e considera as necessidades das principais partes interessadas, implementa e acompanha as ações definidas. O sistema de reuniões já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.
---

#### 1.5 – Desenvolvimento da Liderança

Os Diretores e as Chefias são avaliados e passam por programas de desenvolvimento com base em habilidades exigidas para o exercício da sua função assegurando o alinhamento às estratégias?

<b>A)</b> As habilidades e competências necessárias para os diretores e as chefias exercerem a liderança ainda não estão definidas.
---

<b>B)</b> As habilidades e competências necessárias para os diretores e as chefias exercerem a liderança estão formalmente definidas.
---

<b>C)</b> Os diretores e as chefias são avaliados periodicamente com base nas habilidades e competências definidas.
---

<b>D)</b> Os diretores e as chefias são avaliados e submetidos periodicamente a programas de desenvolvimento com base nas habilidades e competências definidas.
---

<b>E)</b> Os diretores e as chefias são avaliados e submetidos periodicamente a programas de desenvolvimento com base nas habilidades e competências, que já foram aperfeiçoadas, ao menos uma vez, para alinhamento às mudanças.
---

#### 1.6 – Aprendizado organizacional e cultura de inovação

A organização desenvolve a melhoria e a inovação desde a concepção de novas ideias até a sua devida implantação?

<b>A)</b> A organização ainda não possui mecanismos para a melhoria e a inovação.
---

<b>B)</b> As melhorias e as inovações acontecem na organização de forma isolada e esporádica.
---

<b>C)</b> A organização possui mecanismos para estímulo a novas ideias. Muitas das
--

melhorias e inovações são decorrentes destes mecanismos.
<b>D)</b> A organização possui mecanismos para estímulo a novas ideias disseminadas por toda a organização. Há melhorias e inovações oriundas de diversas áreas da organização.
<b>E)</b> Os mecanismos para estimular a inovação e melhoria estão disseminados por toda a organização, e já foram aperfeiçoadas ao menos uma vez.

### 1.7 – Desempenho da organização

A Direção analisa regularmente o desempenho da organização para avaliar o alcance das estratégias?

<b>A)</b> Não há análise regular do desempenho da organização.
<b>B)</b> A direção analisa o desempenho considerando indicadores financeiros e de produção.
<b>C)</b> A direção analisa o desempenho considerando indicadores em diversas perspectivas (mercado, financeiros, produção, pessoas e sociedade).
<b>D)</b> A direção analisa o desempenho considerando indicadores em diversas perspectivas ( mercado, financeiros, produção, pessoas e sociedade), comparando-os aos referenciais selecionados.
<b>E)</b> O processo de análise do desempenho considera as diversas perspectivas e informações comparativas e já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 1.8 – Informações comparativas

A organização possui métodos para a comparação do seu desempenho?

<b>A)</b> A organização não possui métodos de comparação do seu desempenho
<b>B)</b> A organização compara seu desempenho com referenciais pertinentes para algumas áreas e processos.
<b>C)</b> A organização compara seu desempenho com referenciais pertinentes para as principais áreas e processos.
<b>D)</b> A organização analisa seu desempenho em relação aos referenciais pertinentes, define metas e promove melhorias com base nessas comparações.
<b>E)</b> A organização analisa seu desempenho em relação aos referenciais pertinentes, define metas e promove melhorias com base nessas comparações. Este processo já foi refinado ao menos uma vez.

## 2 – ESTRATÉGIAS E PLANOS

### 2.1- Formulação das estratégias

A Direção formula estratégias considerando as necessidades de partes interessadas, definindo ações para maximizar o seu desempenho?

<b>A)</b> Não há processo sistematizado para formulação das estratégias
<b>B)</b> As formulações das estratégias consideram as análises de ambiente externo e interno e ainda as necessidades das principais partes interessadas. Há o envolvimento das principais áreas nesse processo.
<b>C)</b> As estratégias consideram as análises de ambiente externo e interno e ainda as

necessidades das principais partes interessadas. Há envolvimento das principais áreas nesse processo.
<b>D)</b> As estratégias consideram as análises de ambiente externo e interno assegurando a coerência entre as estratégias e as necessidades das partes interessadas. Há envolvimento de todas as áreas nesse processo.
<b>E)</b> As estratégias consideram as análises de ambiente externo e interno assegurando a coerência entre as estratégias e as necessidades das partes interessadas. Há envolvimento de todas as áreas nesse processo. Esse processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

## 2.2 – Definição de indicadores e metas

A organização define indicadores para avaliar a implementação das estratégias e estabelece metas de curto e longo prazos?

<b>A)</b> Os indicadores analisados são operacionais e <b>não</b> estão alinhados às estratégias.
<b>B)</b> Os indicadores são definidos com base nas estratégias organizacionais, sendo estabelecidas metas de curto prazo.
<b>C)</b> Os indicadores estratégicos estão balanceados para atender as necessidades das diversas partes interessadas (há indicadores de clientes, mercado, etc.)
<b>D)</b> Os indicadores estratégicos estão balanceados para atender as necessidades das diversas partes interessadas (há indicadores de clientes, mercado, etc.) e estão desdobrados e alinhados aos níveis operacionais, sendo estabelecidas metas de curto e longo prazo.
<b>E)</b> Os indicadores estratégicos estão balanceados para atender as necessidades das diversas partes interessadas ( há indicadores de clientes, mercado, etc.) e estão desdobrados e alinhados aos níveis operacionais, sendo estabelecidas metas de curto e longo prazos. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

## 2.3 – Comunicação das estratégias e planos

As estratégias e planos são comunicadas para as partes interessadas a fim de estabelecer compromissos mútuos?

<b>A)</b> A organização não comunica suas estratégias e planos.
<b>B)</b> As estratégias e planos são comunicadas de forma sistemática para as pessoas da força de trabalho.
<b>C)</b> As estratégias e planos são comunicados de forma sistemática para as pessoas da força de trabalho e para algumas partes interessadas.
<b>D)</b> As estratégias e planos são comunicados de forma sistemática para as pessoas da força de trabalho e para as principais partes interessadas.
<b>E)</b> As estratégias e planos são comunicados de forma sistemática para as pessoas da força de trabalho e para as principais partes interessadas. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

#### 2.4 – Desdobramento em plano de ação

As estratégias são desdobradas em plano de ação com alocação de recursos necessários à sua implementação?

A) Não estão definidos os planos de ação alinhados às estratégias.
B) As estratégias estão desdobradas em planos de ação.
C) As estratégias estão desdobradas em planos de ação. Os recursos necessários são alocados e há acompanhamento dos planos.
D) As estratégias estão desdobradas em plano de ação. Os recursos necessários são alocados e há uma metodologia para acompanhamento dos planos e monitoramento sistemático de sua efetividade em relação ao alcance das metas.
E) As estratégias estão desdobradas em plano de ação, com os recursos necessários alocados e que são acompanhados e monitorados sistematicamente em relação ao alcance das metas. Esse processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 3 – CLIENTES

#### 3.1 – Segmentação, necessidades e expectativas dos clientes.

A organização identifica, analisa e compreende as necessidades de seus clientes?

A) Não existe critério de segmentação e definição dos clientes-alvo.
B) Os clientes estão segmentados, porém não são definidos os clientes-alvo.
C) Os clientes estão segmentados. São identificados os clientes-alvo, sendo suas necessidades e expectativas identificadas e tratadas.
D) Os clientes estão segmentados. São identificados os clientes-alvo, sendo suas necessidades e expectativas identificadas e tratadas, considerando os clientes atuais, potenciais e da concorrência.
E) Os clientes estão segmentados. São identificados os clientes-alvo, sendo suas necessidades e expectativas identificadas e tratadas, considerando os clientes atuais, potenciais e a concorrência. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

#### 3.2 - Divulgação de produtos e marcas

Os produtos e marcas são divulgados aos clientes e ao mercado para criar imagem positiva, se criar expectativas que não possam ser atendidas?

A) A organização ainda não possui mecanismos para divulgar produtos e marcas
B) A organização possui mecanismos para divulgar seus produtos e marcas
C) A organização possui mecanismos para divulgar seus produtos e marcas garantindo credibilidade, confiança e percepção de imagem, que é avaliada sistematicamente perante os clientes
D) A organização possui mecanismos para divulgar seus produtos e marcas garantindo credibilidade, confiança e percepção de imagem, que é avaliada sistematicamente perante os clientes. Com base nessas informações são definidas ações de melhoria, que são divulgadas aos clientes e mercado.
E) A organização possui mecanismos para divulgar seus produtos e marcas garantindo

credibilidade, confiança e percepção de imagem, que é avaliada sistematicamente perante os clientes. Com base nessas informações são definidas ações de melhoria, que são divulgadas aos clientes e mercado. Esse processo já foi refinado pelo menos uma vez.

### 3.3 – Canais de comunicação

São disponibilizados canais adequados para comunicação com os clientes?

A) A organização ainda não dispõe de canais estruturados de comunicação com os clientes para receber reclamações, sugestões ou solicitar informações.
B) Há canais e sistemática para recebimento e tratamento das reclamações, sugestões ou solicitações dos clientes.
C) Há canais e sistemática para recebimento e tratamento das reclamações, sugestões ou solicitações dos clientes, assegurando que serão pronta e eficazmente atendidas ou solucionadas.
D) Há canais e sistemática para recebimento e tratamento das reclamações, sugestões ou solicitações dos clientes, assegurando que serão pronta e eficazmente atendidas ou solucionadas. Os canais de comunicação com os clientes são apropriados para as características dos grupos ou segmentos de clientes
E) As reclamações e sugestões recebidas pelos canais de relacionamento são tratadas, assegurando que serão eficazmente atendidas ou solucionadas. Os canais de comunicação com os clientes são apropriados para as características dos grupos ou segmentos de clientes. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 3.4 Satisfação dos clientes

A satisfação, insatisfação e fidelização dos diversos grupos de clientes são avaliadas?

A) A organização não avalia a satisfação dos clientes de forma sistemática.
B) A organização avalia satisfação dos clientes de forma sistemática.
C) A organização avalia a satisfação, insatisfação e fidelização dos clientes, incluindo os clientes da concorrência. Esse processo é aplicado para os diversos grupos de clientes.
D) A organização avalia a satisfação, insatisfação e fidelização dos clientes, incluindo os clientes da concorrência. Esse processo é aplicado para os diversos grupos de clientes, sendo essas informações utilizadas para intensificar seu nível de satisfação.
E) A organização avalia a satisfação, insatisfação e fidelização dos clientes, incluindo os clientes da concorrência. Esse processo é aplicado para os diversos grupos de clientes, sendo essas informações utilizadas para intensificar seu nível de satisfação. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 3.5- Resultados relativos a clientes

Possui resultados relativos a seus clientes tais como satisfação dos clientes, fidelização, nível de reclamações e participação no mercado?

A) Os resultados são registrados há menos de 2 ciclos e não há comparação com referenciais externos.
B) Há 2 ciclos ou mais de acompanhamento dos principais resultados, havendo tendência favorável e nível de desempenho superior a algum referencial comparativo e com as expectativas de partes interessadas em alguns desses resultados.
C) Há 3 ciclos ou mais de acompanhamento dos principais resultados, havendo tendência favorável e nível de desempenho superior a algum referencial comparativo e com as expectativas de partes interessadas em <b>alguns</b> desses resultados.
D) Há 3 ciclos ou mais de acompanhamento dos principais resultados, havendo tendência favorável e nível de desempenho superior a algum referencial comparativo e com as expectativas de partes interessadas em <b>muitos</b> desses resultados.
E) Há 3 ciclos ou mais de acompanhamento dos principais resultados, havendo tendência favorável e nível de desempenho superior a algum referencial comparativo e com as expectativas de partes interessadas em <b>maioria</b> desses resultados.

## 4 – SOCIEDADE

### 4.1 – Aspectos sociais e ambientais

A organização identifica os aspectos, impactos sociais e ambientais de seus produtos, processos e instalações?

A) A organização não identifica os aspectos e impactos sociais e ambientais causados por seus produtos, processos e instalações.
B) A organização identifica os aspectos e impactos ambientais de sua atuação. Há ações para minimizar o consumo de recursos renováveis e conservação de recursos não renováveis.
C) A organização identifica os aspectos e impactos ambientais de sua atuação. Há ações para minimizar o consumo de recursos renováveis e conservação de recursos não renováveis. A força de trabalho é conscientizada e envolvida nessas questões.
D) A organização identifica os aspectos e impactos ambientais e sociais de sua atuação. Há ações para minimizar o de consumo de recursos renováveis e conservação de recursos não renováveis. A força de trabalho, parceiros e fornecedores são conscientizados e envolvidos nessas questões.
E) A organização identifica os aspectos e impactos ambientais e sociais de sua atuação. Há ações para minimizar o consumo de recursos renováveis e conservação de recursos não renováveis. A força de trabalho, parceiros e fornecedores são conscientizados e envolvidos nessas questões. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 4.2 – Desenvolvimento social

A organização possui ações para estimular o desenvolvimento social sustentável?

A) Não há esforços para o fortalecimento da sociedade e das comunidades vizinhas ou eles ocorrem de forma esporádica.
B) A organização direciona esforços para executar ou apoiar projetos sociais.
C) A organização direciona esforços para executar ou apoiar projetos sociais, envolvendo os parceiros e a força de trabalho na sua implementação.
D) A organização direciona esforços para executar ou apoiar projetos sociais, selecionados por critérios definidos, envolvendo os parceiros e a força de trabalho na sua implementação. É avaliado o grau de satisfação da sociedade ou comunidades vizinhas.
E) A organização direciona esforços para executar ou apoiar projetos sociais, selecionados por critérios definidos, envolvendo os parceiros e a força de trabalho na sua implementação. É avaliado o grau de satisfação da sociedade ou comunidade vizinhas. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

#### 4.3 – Resultados

Possui resultados relativos a ações sociais tais como não-conformidade ambiental, combate ao desperdício, preservação do meio ambiente, ações ou projetos comunitários, grau de envolvimento da força de trabalho e investimento em ações sociais?

A) Os resultados são registrados há pelo menos 2 ciclos e não há comparação com referenciais externos.
B) Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 2 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para alguns deles.
C) Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para <b>alguns</b> deles.
D) Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para <b>muitos</b> deles.
E) Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para <b>maioria</b> deles.

## 5- INFORMAÇÕES E CONHECIMENTO

### 5.1 – Informações da organização

A organização adota métodos para identifica e organizar as informações necessárias para a tomada de decisão?

A) Não existem mecanismos estruturados para a identificação das necessidades de informação.
B) Existem mecanismos para a identificação das informações necessárias para os

principais níveis da organização.
<b>C)</b> Existem mecanismos para a identificação das informações necessárias para os principais níveis da organização, sendo essas disponibilizadas para seus usuários.
<b>D)</b> Existem mecanismos para a identificação das informações necessárias para os principais níveis da organização, sendo essas disponibilizadas para seus usuários. São garantidas a atualização, confidencialidade e integridade das informações disponibilizadas.
<b>E)</b> Existem mecanismos para a identificação das informações necessárias para os principais níveis da organização, sendo essas disponibilizadas para seus usuários. São garantidas a atualização, confidencialidade e integridade das informações disponibilizadas. Esse processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 5.2 - Informações comparativas

A organização possui métodos para obter e manter atualizadas as informações comparativas?

<b>A)</b> Não existem mecanismos estruturados para a identificação de fontes de informações comparativas.
<b>B)</b> Existem mecanismos de identificação e métodos para coleta das informações comparativas.
<b>C)</b> Existem mecanismos de identificação e métodos para coleta das informações comparativas, que são analisadas e adaptadas à realidade da organização.
<b>D)</b> Existem mecanismos de identificação e métodos para coleta e atualização das informações comparativas, que são analisadas e adaptadas à realidade da organização.
<b>E)</b> Existem mecanismos de identificação e métodos para coleta e atualização das informações comparativas, que são analisadas e adaptadas à realidade da organização. Este processo já foi refinado pelo menos uma vez.

### 5.3 – Ativos intangíveis

A organização identifica e protege seus ativos intangíveis ( marcas, patentes, sistemas, processos, competências e talentos )?

<b>A)</b> Os principais ativos intangíveis não estão identificados.
<b>B)</b> Os ativos intangíveis são identificados e desenvolvidos.
<b>C)</b> Os ativos intangíveis são identificados, desenvolvidos e protegidos.
<b>D)</b> Os ativos intangíveis são identificados, desenvolvidos, protegidos e a organização compartilha o conhecimento relevante para agregação de valor ao negócio. Há mecanismos para a retenção de pessoas consideradas chave para o sucesso da

organização.
<b>E)</b> Os ativos intangíveis são identificados, desenvolvidos, protegidos e a organização compartilha o conhecimento relevante para agregação de valor ao negócio. Há mecanismos para a retenção de pessoas consideradas chave para o sucesso da organização. Esse processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

## 6. PESSOAS

### 6.1 – Sistemas de trabalho

A organização possui um sistema de trabalho que contribui para a melhoria do desempenho das pessoas e das equipes ?

<b>A)</b> A organização ainda não possui um sistema de trabalho que estimule a melhoria do desempenho das pessoas e das equipes.
<b>B)</b> O sistema de trabalho contribui para a melhoria do desempenho, com critérios de seleção para contratação e métodos de integração dos recém-contratados. O desempenho da força de trabalho é avaliado sistematicamente.
<b>C)</b> O sistema de trabalho contribui para a melhoria do desempenho, com critérios de seleção para contratação e métodos de integração dos recém-contratados. O desempenho e a satisfação da força de trabalho são avaliados sistematicamente.
<b>D)</b> O sistema de trabalho, incluindo a remuneração e os incentivos, contribui para a melhoria do desempenho, com critérios de seleção para contratação e métodos de integração dos recém-contratados. O desempenho e a satisfação da força de trabalho são avaliados sistematicamente.
<b>E)</b> O sistema de trabalho, incluindo a remuneração e os incentivos, contribui para a melhoria do desempenho, com critérios de seleção para contratação e métodos de integração dos recém-contratados. O desempenho e a satisfação da força de trabalho são avaliados sistematicamente. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 6.2 – Capacitação e desenvolvimento

O desenvolvimento das pessoas é planejado e realizado para atender as estratégias da organização?

<b>A)</b> Não há mecanismos de identificação das necessidades de capacitação das pessoas.
<b>B)</b> Há mecanismos para identificação das necessidades de capacitação das pessoas alinhados às estratégias da organização.
<b>C)</b> Existe programa de capacitação alinhado às estratégias da organização e que

considera as necessidades das pessoas.
<b>D)</b> Existe programa de capacitação alinhado às estratégias da organização e ao incentivo da cultura de excelência, que considera as necessidades das pessoas e o desenvolvimento de carreira. A eficácia dos programas de capacitação é avaliada.
<b>E)</b> Existe programa de capacitação alinhado às estratégias da organização e ao incentivo da cultura de excelência, que considera as necessidades das pessoas e o desenvolvimento de carreira. A eficácia dos programas de capacitação é avaliada. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 6.3 – Qualidade de vida

A organização cria um ambiente seguro e saudável para manter as pessoas satisfeitas e motivadas?

<b>A)</b> Os perigos e riscos relacionados à saúde ocupacional, segurança e ergonomia ainda não são identificados em todas as áreas da organização.
<b>B)</b> Os perigos e riscos relacionados à saúde ocupacional, segurança e ergonomia são identificados e tratados sistematicamente. Os fatores que afetam o bem estar, a satisfação e a motivação também são identificados e avaliados.
<b>C)</b> Os fatores que afetam a saúde ocupacional, o bem-estar, a satisfação e a motivação são identificados e avaliados, gerando ações para manter o clima organizacional favorável ao alto desempenho.
<b>D)</b> Os fatores que afetam a saúde ocupacional, o bem-estar, a satisfação e a motivação são identificados e avaliados, gerando ações para manter o clima organizacional favorável ao alto desempenho. Os serviços, benefícios, programas e políticas são compatíveis com o mercado de atuação da organização.
<b>E)</b> Os fatores que afetam a saúde ocupacional, o bem-estar, a satisfação e a motivação são identificados e avaliados, gerando ações para manter o clima organizacional favorável ao alto desempenho. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 6.4 – Resultados relativos às pessoas

Possui resultados relativos ao sistema de trabalho, capacitação e desenvolvimento e qualidade de vida, incluindo absenteísmo, rotatividade, clima organizacional e incidentes de trabalho, entre outros ?

<b>A)</b> Os resultados são registrados há menos de 2 ciclos e não há comparação com referenciais externos.
<b>B)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 2 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou

expectativas das partes interessadas para alguns deles.
<b>C)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência ( pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para alguns deles.
<b>D)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência ( pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para muitos deles.
<b>E)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para a maioria deles.

## 7 – Processos

### 7.1 – Principais processos

Os principais **processos** de prestação de serviços e de apoio, e seus requisitos, são identificados e monitorados por meio de indicadores de desempenho?

<b>A)</b> A organização identifica os requisitos aplicáveis aos processos, porém ainda não os controla de forma sistemática.
<b>B)</b> Os processos são monitorados por indicadores de desempenho para os requisitos identificados.
<b>C)</b> Os processos são monitorados por indicadores de desempenho para os requisitos identificados. São implementadas ações corretivas para tratamento das não-conformidades identificadas.
<b>D)</b> Os processos são monitorados por indicadores, analisados e melhorados, considerando melhores práticas de outras organizações. São implementadas ações corretivas para tratamento das não conformidades identificadas.
<b>E)</b> Os processos são monitorados por indicadores, analisados e melhorados, considerando melhores práticas de outras organizações. São implementadas ações corretivas para tratamento das não conformidades identificadas. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 7.2 – Resultados dos processos principais de negócios e dos processos de apoio

Possui resultados relativos ao desempenho dos processos tais como produtividade, cumprimento de prazos, índice de retrabalho, qualidade do produto ou do processo, índice de não conformidade, entre outros ?

<b>A)</b> Os resultados são registrados há menos de 2 ciclos e não há comparação com
--

referencias externas
<b>B)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 2 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para alguns deles.
<b>C)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para alguns deles.
<b>D)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para muito deles.
<b>E)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 2 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para maioria deles.

### 7.3 - Relacionamento com os fornecedores

A organização desenvolve e estimula melhorias no desempenho dos fornecedores?

<b>A)</b> Não existe metodologia de qualificação e seleção dos fornecedores.
<b>B)</b> Os fornecedores são qualificados e selecionados visando à melhoria do seu desempenho, que é regularmente monitorado por indicadores.
<b>C)</b> Os fornecedores, qualificados e selecionados, são avaliados por indicadores e informados sobre seu desempenho. Há canais de relacionamento com os fornecedores.
<b>D)</b> A seleção e qualificação de fornecedores incluem requisitos socioambientais. Os fornecedores são avaliados por indicadores e informados sobre seu desempenho. Há canais de relacionamento com os fornecedores, que são envolvidos e comprometidos com os princípios organizacionais.
<b>E)</b> A seleção e qualificação de fornecedores incluem requisitos socioambientais. Os fornecedores são avaliados por indicadores e informados sobre seu desempenho. Há canais de relacionamento com os fornecedores, que são envolvidos e comprometidos com os princípios organizacionais. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

### 7.4 – Resultados relativos aos fornecedores

Possui resultados relativos aos fornecedores tais como cumprimento de prazos, qualidade do produto e índice de não conformidade, entre outros?

<b>A)</b> Os resultados são registrados há pelo menos de 2 ciclos e não há comparação com
---

referenciais externos.
<b>B)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 2 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para alguns deles.
<b>C)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para alguns deles.
<b>D)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para muitos deles.
<b>E)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para a maioria deles.

#### 7.5 – Processos econômico- financeiros

A organização possui mecanismos que asseguram a sustentabilidade econômico-financeira?

<b>A)</b> Não existem mecanismos para assegurar recursos financeiros para atender às necessidades operacionais
<b>B)</b> O processo orçamentário e a gestão dos recursos financeiros asseguram o atendimento às necessidades operacionais.
<b>C)</b> O processo orçamentário e a gestão dos recursos financeiros asseguram o atendimento às necessidades operacionais. Os investimentos são avaliados com base nas estratégias e na viabilidade econômica financeira dos projetos.
<b>D)</b> O processo orçamentário e a gestão dos recursos financeiros asseguram o atendimento às necessidades operacionais. Os investimentos são avaliados com base nas estratégias e na viabilidade econômica financeira dos projetos. Os riscos financeiros são identificados e tratados.
<b>E)</b> O processo orçamentário e a gestão dos recursos financeiros asseguram o atendimento às necessidades operacionais. Os investimentos são avaliados com base nas estratégias e na viabilidade econômica financeira dos projetos. Os riscos financeiros são identificados e tratados. Este processo já foi aperfeiçoado pelo menos uma vez.

#### 7.6 – Resultados econômico-financeiros

O desempenho econômico financeiro é medido por indicadores tais como receitas, lucro

liquido, margem de contribuição, liquidez, endividamento, relação entre os recursos planejados e executados, redução de custos operacionais, entre outros?

<p><b>A)</b> Os resultados são registrados há menos de 2 ciclos e não há comparação com referenciais externos.</p>
<p><b>B)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 2 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para alguns deles.</p>
<p><b>C)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para alguns deles.</p>
<p><b>D)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para muitos deles.</p>
<p><b>E)</b> Há histórico para os principais resultados, havendo tendência (pelo menos 3 ciclos) favorável e nível de desempenho superior ao referencial comparativo ou expectativas das partes interessadas para a maioria deles.</p>

## APENDICE C- PROTOCOLO DE PESQUISA

### 1.VISÃO GERAL DO PROJETO DE ESTUDO DE CASO

1.1 Tema: O impacto da gestão da qualidade no desempenho de organizações hospitalares

1.2 Título: “ Impacto da gestão da qualidade no desempenho de organizações hospitalares na região metropolitana de São Paulo.”

1.3 Objetivos do estudo:

- Compreender como os resultados de desempenho são medidos e acompanhados em hospitais acreditados na região metropolitana de São Paulo;
- Identificar e compreender se o processo de gestão da qualidade após acreditação tem influenciado nos resultados e desempenho;
- Identificar como os resultados são medidos nessas instituições;
- Identificar se o tempo de acreditação influencia no desempenho;
- Identificar características gerais da instituição que possam influenciar na gestão de resultados e *performance*;
- Identificar se o tipo de acreditação favorece o desempenho;
- Identificar se o porte e a especialidade das organizações hospitalares influenciam no desempenho.

1.4 Questão de Pesquisa: Como a gestão da qualidade pode impactar no desempenho das organizações hospitalares?

### 2. PROCEDIMENTOS DE CAMPO

2.1 Aspectos metodológicos: pesquisa de natureza exploratória com uso do método de estudo de caso. Trata-se de uma investigação de caso múltiplo (sete casos).

2.2 Organizações estudadas: Organizações Hospitalares na região metropolitana de São Paulo

2.3 Unidade de análise: Organizações Hospitalares Acreditadas na região metropolitana de São Paulo.

2.4 Fontes de evidência: entrevista do tipo focada e *survey* e registro em arquivo.

2.5 Instrumento de coleta de dados: roteiro de entrevista e questionário baseado na metodologia PNQ.2.5 Entrevistados (Devido à confidencialidade das informações serão expostos somente os cargos):

- Diretores/Gerentes das Organizações Hospitalares;
- Analista de Qualidade das Organizações Hospitalares.

2.6 Executores da Pesquisa:

Pesquisadora: Kelly Alves;

Orientadora: Ana Maria Malik.

### **3. QUESTÕES DO ROTEIRO DE ENTREVISTA**

#### **Dados do entrevistado:**

Nome completo:

Área:

Cargo:

Funções principais:

Dados de Contato:

Data e Horário da entrevista:

#### **3.1 PERGUNTAS SOBRE A GESTÃO DA QUALIDADE**

1. Como foi implantada a gestão da Qualidade no Hospital?
2. Quais são os certificados/acreditações que vocês possuem?
3. Quanto tempo que foi para obter a acreditação e quando foi obtida?
4. Houve mudanças com a acreditação? Quais?

### **3.2 PERGUNTAS SOBRE MENSURAÇÃO DE DESEMPENHO**

1. Como são mensurados os resultados (desempenho) da organização?
2. O que vocês mensuram como resultado (desempenho)? Dados clínicos e administrativos financeiros? Outros?
3. É utilizado qual modelo de mensuração de resultado?
4. Qual é a periodicidade da mensuração dos resultados?
5. Utilizam algum método para realizar a gestão dos indicadores?
6. Quem são os responsáveis pela gestão dos indicadores?
7. Houve melhora ou piora dos indicadores após a acreditação?

### **3.3 PERGUNTAS Modelo *Survey* – Baseado metodologia PNQ**

#### APENDICE B

### **4. PLANO DE ANÁLISE DE DADOS E RELATÓRIO DO ESTUDO DE CASO**

4.1 Análise dos dados coletados: uso do padrão combinado que é a comparação com base empírica com os padrões previstos; a elaboração de explicações que consiste em analisar o estudo de caso para elaborar e tabulação dos eventos significativos (YIN, 2011).

4.2 Guia para relatório: apresentação escrita dos dados coletados e das conclusões relevantes.