

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

ANGELA ZERBIELLI

AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DA QUALIDADE DE UM GRUPO DE
HOSPITAIS PRIVADOS

SÃO PAULO
2019

ANGELA ZERBIELLI

AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DA QUALIDADE DE UM GRUPO DE
HOSPITAIS PRIVADOS

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de
Administração de Empresas de São Paulo da
Fundação Getulio Vargas, como requisito para
obtenção do título de Mestre em Gestão para a
Competitividade.

Linha de Pesquisa: Gestão em Saúde
Orientador: Prof.º Dra. Laura Schiesari

SÃO PAULO

2019

Zerbielli, Angela.

Avaliação das estratégias da qualidade de um grupo de hospitais privados / Angela Zerbielli. - 2019.

95 f.

Orientador: Laura Maria Cesar Schiesari.

Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Fundação Getulio Vargas, Escola de Administração de Empresas de São Paulo.

1. Serviços de saúde - Avaliação. 2. Serviços de saúde - Controle de qualidade. 3. Garantia de qualidade dos cuidados de saúde. 4. Hospitais - Administração. 5. Planejamento estratégico. I. Schiesari, Laura Maria Cesar. II. Dissertação (mestrado profissional MPGC) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo. III. Fundação Getulio Vargas. IV. Título.

CDU 64.024.8

ANGELA ZERBIELLI

AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE QUALIDADE DE UM GRUPO DE
HOSPITAIS PRIVADOS

Trabalho Aplicado apresentado à Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getulio Vargas, como requisito para obtenção do título de Mestre em Gestão para a Competitividade.

Área de concentração: Gestão em Saúde

Data da aprovação: ____/____/____

Banca Examinadora:

Prof.º Dra. Laura Schiesari
FGV-EAESP

Prof.º Dra. Ana Maria Malik
FGV-EAESP

Prof.º Dr. Evandro Penteado Villar Felix
Hospital do Coração - HCOR

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Arno e Beloni, pelo exemplo de vida, amor e dedicação.
Ao meu esposo Francisco pela colaboração na finalização desse trabalho, seu incentivo
nessa trajetória e seu amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus por me permitir realizar tantos sonhos neste plano; ao mesmo tempo que compreendi - por meio de ensinamentos diários - que o mundo é um espelho de mim mesma. O que posso dizer é que eu sei que a vida foi, realmente, muito boa comigo.

Agradeço a minha diretora, Dra. Helidea Lima por todo o apoio que ela tem proporcionado para o meu crescimento e formação. Estou certa, nesse sentido, de que sem essa amiga, a quem tenho para vida toda - não importa aonde estejamos – eu não teria conseguido finalizar esta etapa tão importante.

Não poço deixar de mencionar aqui, minhas colegas de trabalho e amigas que me acompanharam nessa trajetória: Adriana, Ana Cláudia, Deborah, Fernanda e Thamara. Obrigada por me encorajarem em todos os aspectos da vida diariamente. Gratidão por todos os ensinamentos!

Aos meus irmãos pelo amor e parceria.

A todos os meus amigos em especial a Simoní pela torcida constante e grande carinho.

Destaco todo o carinho e afeto que recebo dos meus sogros, Dona Margarida; e João Francisco. Também deixo o meu carinho aos meus cunhados, Luciana e Júnior.

À professora Dr^a. Laura Schiesari pela extrema dedicação na condução desse trabalho, por todo apoio e carinho.

Agradeço, portanto, a FGV EAESP não apenas pelos dois anos maravilhosos que estudei como mestrande, assim como a dedicação do seu corpo docente. Agradeço também aos meus colegas pelos conhecimentos compartilhados. Aliás, foram muitos os momentos que dividimos juntos.

Ademais, ressalto o apoio de todas às unidades e todos os seus profissionais que me auxiliaram nessa pesquisa.

RESUMO

A qualidade em saúde pode ser definida como o grau em que os serviços aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados para indivíduos e populações consistentes com o conhecimento atual segundo o Instituto de Medicina dos Estados Unidos. Porém a avaliação das estratégias utilizadas por instituições de saúde para avaliar esses resultados constitui grande desafio devido à complexidade e especificidade destas organizações.

O presente trabalho buscou identificar as dimensões necessárias para a avaliação das estratégias da qualidade por meio da revisão de instrumentos acessíveis utilizados em outros países ou setores, tais como diretrizes de prêmios da qualidade, manuais de creditações em saúde e políticas de saúde.

A partir da revisão criou-se um instrumento que foi aplicado em 5 hospitais pertencentes a uma rede de hospitais privados do Brasil, o que foi considerado um piloto para posterior aplicação nos demais hospitais. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, descritiva e exploratória.

Os principais desafios encontrados na pesquisa foram o desenvolvimento de um instrumento que consiga avaliar as estratégias da qualidade aplicadas de maneira sistêmica contemplando aspectos relevantes e a obtenção de respostas que descrevam a realidade das instituições sem o viés de interpretação do respondente.

Palavras chave: Qualidade, Qualidade em Saúde, Avaliações de Qualidade, Avaliação de Estratégias.

ABSTRACT

Health quality can be defined as the degree to which services increase the likelihood of desired health results for individuals and populations consistent with current knowledge according to the US Institute of Medicine. However, the assessment of the strategies used by health institutions to assess these results presents a great challenge due to the complexity and specificity of the organizations.

The present work sought to identify the necessary perspectives for the assessment of the quality strategies through the review of instruments available in the literature and applied worldwide. To that end, quality awards, health accreditation manuals and health policies guidelines were used.

From the review, an instrument was created which was applied in 5 hospitals belonging to a network of private hospitals in Brazil, which was considered a pilot to posterior application to the aforementioned network. It is a qualitative, descriptive, exploratory research.

The main challenges encountered in the research were the development of an instrument that can assess the quality strategies applied in a systemic way, including relevant aspects and obtaining answers that describe the reality of the institutions without the bias of the respondent's interpretation.

Keywords: Quality, Health Quality, Quality Assessments, Strategy Assessment.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Matriz de pontuação da EFQM	233
Figura 2 - Fases de Desenvolvimento pelo Modelo de Excelência EFQM.....	233
Figura 3- Modelo Conceitual do Plano Nacional de Saúde de Portugal.....	255
Figura 4 - Fundamentos da Excelência da FNQ.....	288
Figura 5 - Representação do Modelo de Excelência da Gestão do PNQ.....	299
Figura 6-Modelo de gestão da rede e os pilares da governança clínica do National Health Service (NHS).....	388
Figura 7 - Status das creditações na rede, por ano, até 2019.....	399
Figura 8 - Características dos hospitais da rede respondentes em 2019.....	433

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Liderança – Avaliação das Estratégias da Qualidade.....	499
Tabela 2 - Definição de Estratégias-Avaliação das Estratégias da Qualidade	511
Tabela 3 - Pessoas - Avaliação das Estratégias da Qualidade.....	533
Tabela 4 - Gestão de recursos e desenvolvimento sustentável - Avaliação das Estratégias da Qualidade	555
Tabela 5 - Processos, produtos e serviços - Avaliação das Estratégias da Qualidade	577
Tabela 6 - Melhoria da qualidade clínica - Avaliação das Estratégias da Qualidade.....	622
Tabela 7 - Programa da Qualidade - Avaliação das Estratégias da Qualidade.....	644
Tabela 8 - Controle de infecção - Avaliação das Estratégias da Qualidade.....	655
Tabela 9 - Segurança do Paciente - Avaliação das Estratégias da Qualidade	666
Tabela 10 - Comitê e comissões institucionais - Avaliação das Estratégias da Qualidade	707
Tabela 11- Ética - Avaliação das Estratégias da Qualidade	711
Tabela 12- Segurança da informação - Avaliação das Estratégias da Qualidade.....	722
Tabela 13- Análise dos resultados para a tomada de decisão - Avaliação das Estratégias de Qualidade	733

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAMGE - Associação Brasileira de Medicina de Grupo

AHRQ - Agency for Healthcare Research and Quality

ANAHP - Associação Nacional Hospitais Privados

BPM - Business Process Management

CAC - Colégio Americano de Cirurgiões

CCAH - Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais

CNS - Confederação Nacional de Saúde

CQC - Care Quality Commission

EA - Eventos Adversos

EFQM- European Foundation for Quality Management

EM - Elementos de Mensuração

EU - União Europeia

FENASAUDE - Federação Nacional de Saúde Suplementar

FMEA - Análise dos Modos de Falhas e seus efeitos

FNH - Federação Nacional de Hospitais

FNQ - Fundação Nacional da Qualidade

GLD - Governo, Liderança e Direção

HCAHPS - Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems

IOM - Institute of Medicine

IRAS - Infecções relacionadas a assistência à saúde

JCI- Joint Commission International

MARQUIS- Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies

MEG - Modelo de Excelência em Gestão

NHS - National Health Service

ONA- Organização Nacional de Acreditação

PNQ - Prêmio Nacional da Qualidade

PPH - Programa de Padronização Hospitalar

QI - Estratégias de Melhoria da Qualidade

QPS - Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente

RADAR - Results, Approaches, Deploy, Assess and Refine

SBAC - Sociedade Brasileira de Análises Clínicas

SIPOC – Suppliers, Inputs, Process, Outputs e Customers

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNIDAS - União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde

UNIMED - Confederação Nacional das Cooperativas Médicas

WHO - World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 Evolução da Qualidade no contexto organizacional	17
2.2 Avaliação Externa da Qualidade.....	17
2.3 Avaliação de Performance	20
2.4 Modelos de Excelência e Avaliação da Qualidade e Segurança.....	22
2.4.1 Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM)	22
2.4.2 Estratégias para a qualidade na saúde 2015-2020 Portugal.....	24
2.4.3 Projeto <i>Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies</i> (MARQUIS)	25
2.4.4 Modelo de Excelência da Fundação Nacional da Qualidade	26
2.4.5 Padrões da Joint Commission International	30
2.4.6 Organização Nacional de Acreditação (ONA).....	32
2.4.7 Padrões Care Quality Commission (CQC).....	34
3 OBJETIVOS	36
3.1 Objetivo Geral	36
4 METODOLOGIA.....	37
4.1 Tipo de Estudo.....	37
4.2 Campo de Estudo	37
4.3 População e amostra.....	42
4.3.1 Características dos hospitais respondentes.....	43
4.4 Instrumento para coleta de dados.....	44
4.5 Operacionalização da coleta de dados.....	46
3.6 Procedimento para coleta de dados	46
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
5.1 Dimensões do instrumento de avaliação das estratégias da qualidade	47
5.2 Avaliação das estratégias da qualidade utilizadas por um grupo de hospitais privados ..	49
5.3 Percepção dos respondentes sobre o instrumento para Avaliação das Estratégias da Qualidade utilizadas pelos hospitais pilotos	74
5.4 Análise das Limitações da pesquisa	78
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	80
7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82
APÊNDICE A – Avaliação do instrumento	89
APÊNDICE B – Instrumento para Avaliação de Estratégias da Qualidade	91

ANEXO A – Parecer número 100/2018 Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos-CEPH/FGV	94
--	-----------

1 INTRODUÇÃO

As estratégias da qualidade utilizadas pelos hospitais influenciam seu desempenho e não existe consenso sobre sua definição e mensuração (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Culturas diferentes têm valores e prioridades distintas: para algumas pessoas qualidade em saúde corresponde à existência de pessoal e instalações; para outros equidade, compaixão e melhores resultados clínicos. A cultura pode influenciar estas expectativas, havendo ainda outras diferentes percepções. O desafio dos gestores dos sistemas e das organizações de saúde é reconhecer expectativas legítimas e conciliá-las por meio de oferta de serviços adequados (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

Em quadro proposto por um grupo de autores na WHO em 2001, a qualidade dos sistemas de saúde foi definida como o nível de consecução dos objetivos intrínsecos dos sistemas de saúde para melhorar a saúde e expectativas legítimas da população (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).

A qualidade do atendimento foi definida pelo *Institute of Medicine* (IOM) como “o grau em que os serviços de saúde aumentam a probabilidade de resultados de saúde desejados para indivíduos e populações, consistentes com o conhecimento profissional atual” (WACHTER, 2013).

No início deste século, o IOM definiu seis objetivos de melhoria da qualidade para os sistemas de saúde do século 21, a saber:

- Segurança: Evitar lesões e danos aos pacientes decorrentes do cuidado, cujo objetivo é ajudá-los;
- Efetividade: Cuidado baseado no conhecimento científico, isto é, no uso sistemático de evidências para todos que dele possam se beneficiar, evitando seu uso por aqueles que provavelmente não se beneficiarão;
- Centrado no paciente: Cuidado respeitoso e responsivo às preferências, necessidades e valores individuais dos pacientes, e que assegura que os valores do paciente orientem todas as decisões clínicas. Respeito às necessidades de informação de cada paciente;
- Oportuno: Redução do tempo de espera e de atrasos potencialmente danosos tanto para quem recebe como para quem presta o cuidado;
- Eficiência: Cuidado sem desperdício, incluindo aquele associado ao uso de equipamentos, suprimentos, ideias e energia;

- Equidade: O objetivo do sistema de saúde é reduzir o peso da doença e dos eventos adversos, além de melhorar a saúde de todos os cidadãos. Qualidade do cuidado que não varia em decorrência de características pessoais, como gênero, etnia, localização geográfica e condição socioeconômica. (BRASIL, 2014)

Observa-se que o IOM ao abordar o tema qualidade em saúde, amplia o espectro de fatores nos quais os sistemas e serviços de saúde devem priorizar suas ações para garantir que os melhores resultados possíveis sejam obtidos para todos os *stakeholders*. Considera que o sistema que alcançar maiores ganhos nestas seis dimensões atenderia de forma mais apropriada às necessidades dos pacientes. (FELIX, 2016)

Nesse contexto Gouveia e Travassos (2010) observam que os termos segurança, qualidade e suas outras dimensões ainda não estão claramente diferenciados e os limites entre eles ainda são pouco claros colocando a segurança do paciente como parte da qualidade da atenção à saúde.

A avaliação da qualidade dos serviços e dos sistemas de saúde não é um processo recente. Vários são os pesquisadores que buscaram conceituar a qualidade em saúde e as diversas formas de mensurá-la.

Donabedian (2003) estabeleceu a qualidade como sendo produto de dois fatores: o conhecimento científico e a tecnologia disponível e sua avaliação poderia ser determinada por meio de sete pilares: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade.

Donabedian, em 1980, propôs um modelo de avaliação da qualidade baseado em estrutura, processo e resultado. A estrutura está definida como características dos recursos empregados na atenção à saúde e relacionados à rede de serviços, equipamentos e recursos humanos. O processo diz respeito às atividades do serviço de atenção à saúde, ou seja, como ocorre o cuidado em saúde em si, e como os recursos são utilizados. Já o resultado, expressa o estado de saúde do indivíduo ou da população como um produto da interação ou não com os serviços de saúde (DAMAZIO e GONÇALVES, 2012).

A partir dos conceitos de Donabedian, são discutidas a necessidade de análise integrada e avaliação da qualidade estabelecida com a quantidade e equidade das ações de saúde. (WALKER e WINT, 1987 apud DAMAZIO e GONÇALVES, 2012)

Para Spencer e Walshe (2008) há variações substanciais nacionais e internacionais no desenvolvimento de melhoria da qualidade dos cuidados em saúde. Requisitos legais para estratégias de melhoria de qualidade, juntamente com as atividades dos governos nacionais, associações e sociedades profissionais representam importante progresso, mas

as diferenças na implementação levam a diferentes níveis de avanço dentro das instituições.

Para Wagner et al (2014), hospitais são organizações complexas, hierárquicas e multiníveis e para assegurar e melhorar continuamente a qualidade e a segurança de cuidados de saúde e resultados dos pacientes tornam-se necessário ter estratégias para a qualidade em todos os níveis.

Estratégias da qualidade são ferramentas, procedimentos ou atividades que visam melhorar a assistência ao paciente. Os tipos de estratégias e o grau de implementação das mesmas variam nas diferentes áreas de um hospital. Para melhorar o atendimento ao paciente, não é o suficiente ter um sistema de gerenciamento da qualidade, pois os desfechos relacionados ao paciente dependem das atividades diretas dos profissionais no processo de atendimento clínico. (WAGNER, et al, 2014).

Neste sentido, alguns atores têm papel de destaque no alcance da melhoria da eficiência e da qualidade dos sistemas e serviços de saúde. Hospitais possuem uma posição central, tanto pela complexidade da assistência que prestam, quanto pela quantidade de recursos necessários para a realização das suas atividades. Não menos importante, a qualidade da assistência hospitalar tem recebido destaque crescente, em decorrência, principalmente, das consequências que sua ausência ocasiona aos indivíduos, famílias e sociedade. Por isso, faz-se necessária e fundamental a mensuração objetiva do desempenho hospitalar, da sua eficiência e da qualidade assistencial efetivamente entregue àqueles que necessitam de seus serviços. Uma metodologia de verificação adequada e confiável permitirá a avaliação, por exemplo, das políticas adotadas em relação à comparação entre modelos de gestão públicos e privados, entre sistemas e serviços de saúde, tanto por gestores, tomadores de decisão, quanto pela própria sociedade quanto ao melhor caminho a ser estabelecido, na busca daquilo que oferecer maior interesse (FELIX, 2016).

Progressivamente, mais do que um dever particular de um médico, gerente, departamento ou unidade, a qualidade hospitalar está sendo vista como um sistema e uma preocupação organizacional que abrange garantias institucionais de controles e compensações. A qualidade é uma “característica sistêmica” que requer continuamente avaliação, gerenciamento e melhorias dos processos de cuidados, acompanhados pelos padrões, instituições e sistemas apropriados para apoiar essas ações. Os hospitais são sistemas complexos caracterizados por múltiplas funções inter-relacionadas, especializações, processos dependentes do tempo e uso intensivo de recursos humanos.

De acordo com o IOM, assegurar qualidade requer o redesenho dos processos de atenção, bem como das interações intraorganizacionais (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Os autores afirmam que a coleta de dados confiáveis que mostram tanto as realizações como os problemas na área da qualidade dos hospitais brasileiros constitui um desafio. Há pouco consenso sobre como se deve colher tais informações e quais medidas ou indicadores deveriam ser usados. Cada um dos diversos sistemas de avaliação da qualidade e acreditação aplicados no Brasil apresentam diferenças de entendimento metodológico. (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Em muitos hospitais as informações sobre a qualidade, qualquer que seja sua definição, simplesmente não estão disponíveis ou os dados são colhidos de maneira desorganizada. Muitas vezes o esforço se concentra em um único departamento ou serviço e, normalmente, corresponde a preocupações de um pequeno grupo de profissionais dedicados. Os dados coletados por vezes são pouco analisados ou usados para embasar a definição de políticas de saúde. Nas entrevistas realizadas para a elaboração do trabalho de La Forgia e Couttolenc, os dirigentes hospitalares expressaram interesse em adotar sistemas de dados para a medição da qualidade, mas careciam de *know-how* ou não tinham motivação real para levar o projeto adiante. Muitos mostraram insatisfação com a falta de sistema unificado para orientar esse tipo de esforço (LA FORGIA e COUTTOLENC, 2009).

Diante deste contexto, o desenvolvimento de instrumento de avaliação de estratégias da qualidade constitui um passo importante para apoiar uma rede de hospitais privados no direcionamento de suas ações em busca da excelência. Isto permitiria revisão dos padrões clínicos e de melhoria da performance organizacional na busca por resultados mais homogêneos do que os apresentados pelas creditações.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Evolução da Qualidade no contexto organizacional

A maneira como as empresas definem, planejam, realizam, monitoram e melhoram continuamente a qualidade têm sofrido grandes modificações ao longo das últimas décadas, acompanhando assim mudanças políticas, econômicas e sociais.

Segundo Silva (2009), a qualidade deriva da palavra latina *qualitate* e “é sinônimo da procura contínua de melhoria em todas as vertentes, desde a política e estratégia da organização até os indicadores financeiros mais relevantes, passando pelos níveis de satisfação de todos os *stakeholders*”.

Enquanto que para um bem ou produto, a qualidade reflete-se na sua conformidade com os requisitos pré-estabelecidos que satisfazem as expectativas dos clientes, a percepção de qualidade de um serviço é muito distinta e abrangente, pois a produção e o consumo de um serviço ocorrem geralmente simultaneamente, dando maior relevância ao papel do prestador, visto que sua atuação e interação com o cliente irão ajudar a definir a qualidade do serviço (LOPES, 2014).

Para Donabedian (1978), a avaliação da qualidade deve basear-se em uma abordagem conceitual operacionalizada. A definição do que significa a “qualidade do cuidado” representa importante desafio, denotando muitas vezes juízo de valor, o que pouco contribui para o avanço sobre o tema.

A subjetividade na avaliação da qualidade de um serviço prestado é agravada pelo fato do cliente não ser apenas um simples consumidor, mas, sim, parte integrante do processo produtivo (Corte, 2009). Deste modo, a prestação de um mesmo serviço a clientes distintos pelo mesmo prestador ou por prestadores diferentes pode suscitar opiniões heterogêneas, uma vez que cada cliente é único e tem suas próprias necessidades, preferências e expectativas. (CRATO, 2010).

2.2 Avaliação Externa da Qualidade

Couttolenc e La Forgia (2009) sugerem que embora seja difícil definir e ainda mais difícil operacionalizar, a qualidade é geralmente aceita como fator determinante para julgar o desempenho de um hospital. A melhoria da qualidade envolve três tipos de intervenção: criar um ambiente de estímulo à qualidade por meio de um marco regulatório e de incentivos financeiros; assegurar os meios e instrumentos para apoiar a qualidade do

sistema de saúde; e estimular funcionários atuando na linha de frente a mudar seu comportamento.

Mumford et al (2015) avalia que sistemas de gestão da qualidade são complexos e requerem monitoramento para garantir o cumprimento das regras e regulamentos. Programas de credenciamento de serviços de saúde fornecem um mecanismo pelo qual os governos podem direcionar a melhoria da qualidade com o objetivo de que as organizações mantenham a conformidade com as legislações governamentais, regulamentos e diretrizes, como prática comercial normal.

Órgãos governamentais e agências da qualidade e segurança estão frequentemente engajadas no desenvolvimento ou revisões de padrões clínicos e organizacionais. Essas são tarefas que utilizam recursos humanos e financeiros consideráveis. Diferentes organizações produzem padrões de acordo com suas próprias referências e requisitos, e acreditam que processos mais inclusivos resultam em maior aceitação. No entanto, não se sabe quais são as melhores práticas baseadas em evidências para o desenvolvimento ou revisão de padrões de acreditação, uma vez que nenhum estudo publicado até o momento conseguiu identificar o processo, recursos e conhecimentos necessários para tal (GREENFIELD, et al, 2014).

Na busca, principalmente dos melhores resultados assistenciais, melhoria da qualidade e segurança no cuidado ao paciente, muitos serviços de saúde se submetem a avaliações externas a fim de certificarem que seus processos, estrutura e, algumas vezes, os resultados assistenciais, são adequados perante os padrões definidos pelas organizações avaliadoras, habitualmente, não governamentais. As avaliações são usadas para promover a cultura da melhoria contínua. Ocorrendo periodicamente, podem promover mudanças na estrutura e processos organizacionais, no comportamento do prestador do serviço de saúde e, conseqüentemente, nos resultados assistenciais aos pacientes. Partem do pressuposto que promovem a aderência aos padrões de melhores práticas científicas e resultarão numa maior qualidade assistencial (FODGREN et al., 2011).

A acreditação é um processo de avaliação externo internacionalmente reconhecido para avaliar e melhorar a qualidade, eficiência e eficácia das organizações de saúde. Simplificando, a acreditação é baseada na premissa de que a adesão a padrões baseados em evidências produzirá serviços de saúde de melhor qualidade e um ambiente cada vez mais seguro. É também uma forma de reconhecer publicamente que a

organização de cuidados em saúde atendeu aos padrões nacionais e internacionais de qualidade. (POMEY, 2005 apud NICKLIN, 2014).

Vários são os órgãos nacionais e internacionais que realizam acreditação, que hoje abrange mais de 70 países. A *International Society for Quality in Health Care* (ISQua) elaborou diretrizes internacionais para orientar os padrões de acreditação a serem seguidos e avalia os avaliadores, isto é, as organizações que elaboram padrões e sua aplicação nas organizações de saúde. Em algumas regiões, a acreditação das organizações de saúde continua voluntário, enquanto em outros tornou-se obrigatória pelo governo. Seu rápido crescimento nos últimos 40 anos é parcialmente atribuível à divulgação de deficiências na qualidade e segurança dos serviços de saúde e um foco crescente na segurança do paciente. (NICKLIN, 2014)

Embora existam diferenças em detalhes, processos e projetos de acreditação são semelhantes nos EUA, Canada, Austrália e partes da Europa. Uma mistura de métodos é utilizada para determinar o desempenho desses padrões, incluindo: externo, inquéritos de autoavaliação e medição de indicadores (GREENFIELD and BRAITHWAITE, 2008).

Não há evidências suficientes para estimular a adesão aos programas de acreditação. Muitos países embarcam em programas de acreditação sem qualquer evidência de que eles representem o uso mais apropriado dos recursos para melhorar a qualidade e há poucas evidências sobre a eficácia de diferentes sistemas e formas de implementá-los (GREENFIELD and BRAITHWAITE, 2008).

Greenfield and Braithwaite (2008) avaliaram 66 documentos sobre o impacto dos programas de acreditação divididos em 10 tópicos: atitude dos profissionais em relação a acreditação, promoção da mudança, impacto organizacional, impacto financeiro, indicadores de qualidade, avaliação do programa, satisfação do paciente, desenvolvimento profissional, divulgação ao cliente e questões de pesquisa.

Os resultados do estudo foram inconclusivos sobre o impacto na atitude dos profissionais (benefício da mesma para a qualidade assistencial), impacto organizacional e programas de acreditação (validade em relação à avaliação da qualidade e segurança assistencial) e pesquisas em Acreditação (GREENFIELD and BRAITHWAITE, 2008).

Impactos positivos foram demonstrados para os tópicos promoção da mudança, divulgação pública e desenvolvimento profissional. Hospitais acreditados apresentaram mudanças significativas nas práticas para a tomada de decisão e melhoria nas diretrizes clínicas. A pesquisa apontou ainda que a divulgação dos relatórios de Acreditação fornece

incentivos para a melhoria e aumenta a credibilidade das instituições junto à comunidade (GREENFIELD and BRAITHWAITE, 2008).

Não foi evidenciado impacto nas medidas da qualidade (melhoria dos indicadores de qualidade) e satisfação do paciente (GREENFIELD and BRAITHWAITE, 2008).

Os autores avaliam que os profissionais entendem que a acreditação é uma estratégia eficaz para garantir a qualidade, melhorar a comunicação, fortalecer o compromisso com as melhores práticas, aumentar a informação disponível para atividades de avaliação e cuidados de qualidade com maior foco nos consumidores, sendo um apoio para a realização das mudanças planejadas, desenvolvimento de pessoas e melhoria dos registros institucionais (GREENFIELD and BRAITHWAITE, 2008).

Por outro lado, a equipe entende os programas de creditações como burocráticos, que aumentam a carga de trabalho e estresse profissional (principalmente no nível da média gerência) e avaliam que falta consistência entre os avaliadores; dificultando, assim, a interpretação dos padrões (GREENFIELD and BRAITHWAITE, 2008).

Desta maneira, há ainda um questionamento se as creditações dos serviços hospitalares são realmente direcionadoras e resultam em melhoria da qualidade e segurança da assistência das organizações, assim como em outras dimensões, como financeira e organizacional. Apesar de muitos estudos mostrarem algum tipo de benefício, a ausência de estudos mais contundentes, controlados, com dados pré e pós-avaliações, não permite uma conclusão sobre o assunto (FELIX, 2016).

Frente às discussões inconclusivas relacionadas à creditação e seus impactos no desempenho organizacional, torna-se necessária a realização de novos estudos para obter conclusões mais embasadas. Além das creditações, algumas organizações, principalmente fora do país, têm adotado Prêmios de Qualidade como sistema de avaliação externa. Esses prêmios são considerados métodos de avaliação do desempenho organizacional e possuem aspectos considerados necessários para as organizações alcançarem a excelência (ALVES, 2018).

2.3 Avaliação de Performance

A excelência em uma organização está relacionada à sua capacidade de perseguir seus propósitos, em completa harmonia com os complexos ecossistemas com os quais interage e dos quais depende, sendo um alvo móvel. Mesmo quando se atinge níveis elevados de excelência, não se pode deixar de continuar a buscá-la continuamente, já que o processo é dinâmico e instável (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2016).

Uma organização em busca da excelência da gestão passa por etapas e diferentes níveis de maturidade das suas práticas. O caminho em busca da excelência apresenta marcos relevantes para a organização, que definem os estágios de maturidade para o sistema de gestão (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2016).

Modelos de Excelência de Gestão são modelos padronizados e genéricos, que desempenham um papel de referência para os tomadores de decisão a respeito de práticas a serem empregadas nas operações e processos organizacionais (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2016).

O planejamento, a revisão de processos e o acompanhamento de performance, assim como melhorias constantes, são vitais para o posicionamento das organizações no mercado. Sistemas da qualidade apoiam este ciclo com o objetivo de tornar a organização eficiente e os processos eficazes, potencializar os resultados e perenizar o sucesso da empresa, aumentando assim sua competitividade no mercado global (BONATO, 2011).

Este movimento introduziu inúmeras mudanças nas organizações, que otimizaram suas práticas com foco no cliente. Dentre estas mudanças destacam-se a visão sistêmica de processos e a transformação dos indivíduos, tanto por exigências do contexto organizacional e do negócio, quanto dos valores das diferentes gerações que atuam no mercado hoje. Neste cenário, autorrealização, desenvolvimento de novas capacidades, criatividade, inovação e alta produtividade constituem aspectos de grande relevância (BONATO, 2011).

No Brasil, La Forgia e Couttolenc (2009) não observaram relação entre eficiência e qualidade, sendo que hospitais considerados eficientes e ineficientes apresentavam grande variabilidade em seus índices de qualidade.

Nos serviços de saúde, qualidade e segurança assistenciais são fundamentais na obtenção dos melhores resultados aos pacientes. Desta forma, a mensuração da eficiência inclui aspectos relacionados à qualidade com que o serviço é prestado. Indicadores de produção, estrutura e custos não são suficientes para monitorar a eficiência organizacional. Para tanto é necessário avaliar a qualidade dos serviços prestados (FELIX, 2016).

2.4 Modelos de Excelência e Avaliação da Qualidade e Segurança

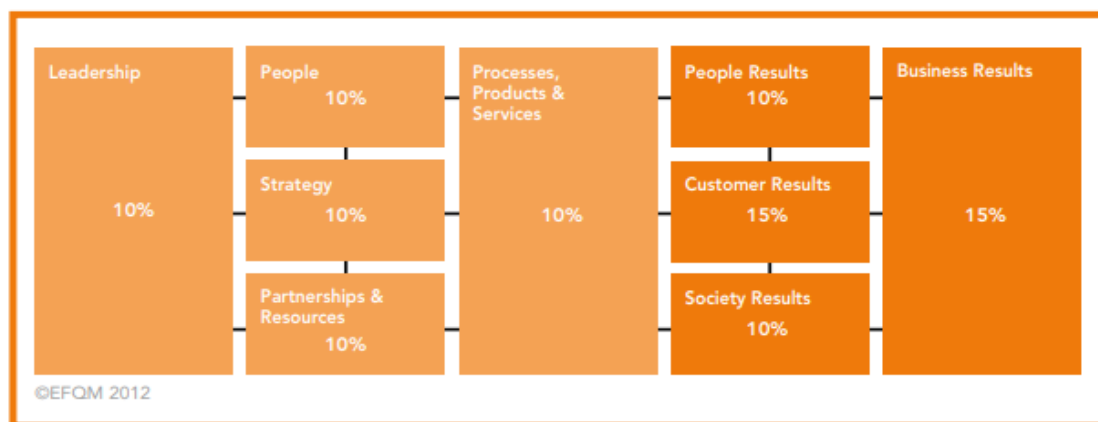
2.4.1 Modelo de Excelência da European Foundation for Quality Management (EFQM)

A *European Foundation for Quality Management* (EFQM) foi fundada em 1988 visando aumentar a competitividade da economia europeia. É uma fundação sem fins lucrativos que outorga o Prêmio Europeu da Qualidade utilizando os critérios do Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM).

O Modelo de Excelência da EFQM visa a impulsionar o desenvolvimento organizacional sustentável, isto é, não basta seguir critérios que avaliem a estratégia, a gestão dos processos, etc. É preciso ter resultados positivos em todos os sentidos, inclusive financeiro. 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 prático, não prescritivo e se baseia em nove critérios. Cinco destes são de capacitação e quatro são de resultados. Os critérios de "capacitação" correspondem ao que a organização faz e como o faz. São eles: Liderança; Pessoas; Estratégia; Parcerias e Recursos; Processos, Produtos e Serviços. Os critérios de "resultados" abrangem o que a organização alcança em termos de Pessoas; Clientes; Sociedade e Negócio (ALVES 2015).

Para a mensuração e avaliação do resultado, o modelo EFQM utiliza a metodologia "RADAR" (*Results, Approaches, Deploy, Assess and Refine* – Resultados, Abordagens, Desenvolvimento, Avaliação e Refinamento), que é a evolução dos métodos utilizados nas avaliações do prêmio europeu da qualidade. Esta metodologia torna a avaliação mais objetiva e tangível, fornecendo balizas mais claras para interpretação dos dados coletados (LIMA, 2014).

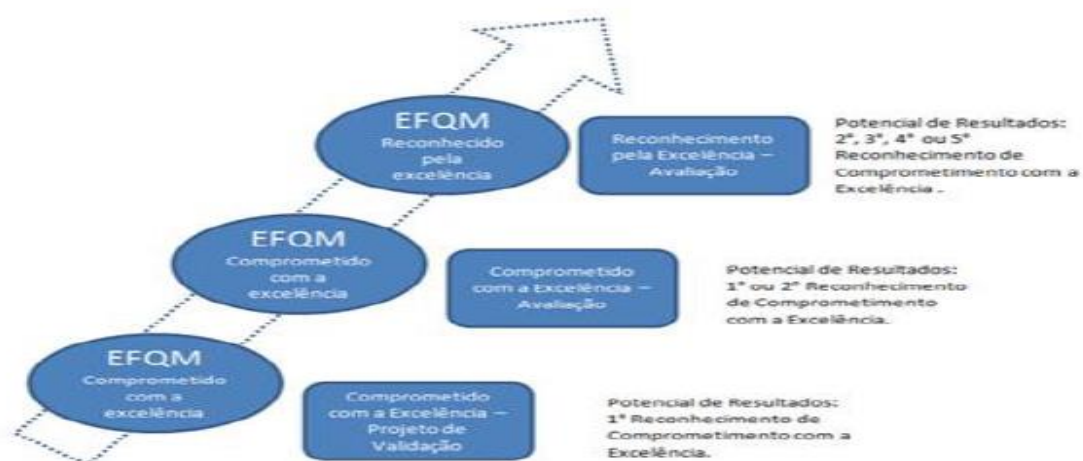
Figura 1 - Matriz de pontuação da EFQM



Fonte: EFQM, 2013

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 Prêmio em Excelência (reconhecimento das organizações que obtiveram melhor desempenho da Europa), (ALVES, 2015).

Figura 2 - Fases de Desenvolvimento pelo Modelo de Excelência EFQM



Fonte: Alves, 2015.

A maioria dos estudos relacionados ao EFQM privilegiou a avaliação dos resultados comerciais, apontando que a implementação do modelo contribuiu positivamente para a percepção das partes interessadas e para os resultados do negócio. (OLIVEIRA, 2018).

Para Boscolo (2014), o modelo EFQM ajuda organizações a estabelecer um sistema de gestão apropriado, identificando carências e definindo ações de melhoria. Seu uso facilita o desdobramento da visão e metas das organizações.

Em um estudo que aplicou o modelo EFQM em 12 instituições hospitalares brasileiras (acreditadas e não acreditadas), os autores avaliaram que a pontuação média total das organizações de saúde acreditadas era maior do que a obtida pelas não acreditadas. O modelo foi considerado genérico o suficiente para lidar com questões de saúde, no entanto, não cobre todas as áreas relevantes para o cuidado, sendo sua utilização considerada mais adequada quando complementar à acreditação, por exemplo. A terminologia empregada constitui barreira importante, já que reflete sua origem nas indústrias (BERSSANETI, et al, 2016).

2.4.2 Estratégias para a qualidade na saúde 2015-2020 Portugal

As Estratégias para a Qualidade na Saúde de Portugal 2015-2020 são uma extensão do Programa de Ação para a Saúde da União Europeia 2009-2015, que traçou a estratégia de intervenção no Sistema de Saúde.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015 -2020 leva em conta a alteração progressiva dos padrões demográfico e epidemiológico, em diferentes regiões do país, o desenvolvimento tecnológico e farmacológico que ocorre de forma rápida e onerosa; a enorme produção de novas evidências científicas; e a tendência de aumento da despesa global no setor da saúde, bem como a intensificação das ações em torno da segurança dos cuidados de saúde, com a criação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Além disso, reforça a necessidade de expansão da acreditação de instituições e unidades prestadoras de cuidados de saúde e da continuidade no investimento, até agora feito, na melhoria da qualidade clínica e da qualidade organizacional (DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE DE PORTUGAL, 2015).

Figura 3- Modelo Conceitual do Plano Nacional de Saúde de Portugal



Fonte: Direção geral de saúde de Portugal, 2015

As prioridades definidas dentro da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020 são:

- Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadoras e instituições;
- Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- Reforço da segurança dos pacientes;
- Reforço da investigação clínica;
- Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
- Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação.

2.4.3 Projeto *Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies* (MARQUIS)

O projeto MARQUIS foi financiado pela Comissão Europeia com o objetivo de pesquisar e comparar diferentes políticas e estratégias de melhoria da qualidade (QI) em sistemas de saúde em todos os estados membros da União Europeia (EU), considerando

a necessidade de garantir a qualidade dos sistemas inclusive quando os pacientes cruzam fronteiras para receber cuidados de saúde.

Segundo Lombarts, et al (2008), para a criação do questionário foram identificadas 7 estratégias como foco principal de atuação:

- Programas de gestão da qualidade organizacional;
- Sistemas de informações do paciente;
- Auditorias internas de padrões clínicos;
- Diretrizes clínicas e práticas assistenciais;
- Indicadores de desempenho;
- Avaliações externas.

Os países participantes deste estudo foram Espanha, França, Polônia, República Checa, Reino Unido, Irlanda, Bélgica e Países Baixos.

O questionário apresenta 4 seções: uma focada na melhoria da qualidade, e as outras três focadas em qualidade para questões médicas específicas, selecionadas com base no volume de atendimento e o uso de serviços mais relevantes dentro do hospital (como por exemplo emergência clínica e cirúrgica e serviços materno infantis). As três condições selecionadas foram Infarto agudo do miocárdio, apendicite aguda e partos.

Um total de 389 instituições responderam ao questionário sendo que as taxas de respostas variaram por países. A população do estudo consistia em hospitais públicos (80%) e privados (20%). Após a aplicação do questionário para validação dos dados foram realizadas visitas locais em uma amostra de 89 hospitais, sendo a confiabilidade validada pelo nível de concordância apresentando nos dois momentos.

Este estudo teve o mérito de mostrar a realidade de diferentes países, com sistemas de saúde distintos e triangulação de informações, apontando a importância de realizar estudos desta abrangência, que permitem visão mais aprofundada e comparativa da qualidade no continente europeu, apesar do estudo não ter envolvido todos os países e da grande variabilidade na participação das organizações (LOMBARTS, et al, 2008).

4.4.4 Modelo de Excelência da Fundação Nacional da Qualidade

Criada em 1991, por um grupo de representantes dos setores público e privado, a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) apoia as organizações na busca da excelência da gestão (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2016).

A Fundação Nacional da Qualidade dissemina o Modelo de Excelência da Gestão (MEG) como instrumento essencial para o desenvolvimento da competitividade, sustentabilidade, ética e inovação nas organizações brasileiras, e promove o Prêmio Nacional da Qualidade® (PNQ), (FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE, 2016).

O Modelo de Excelência em Gestão® (MEG) deve servir de referência para as organizações e tem como principal característica seu conceito integrador. A metodologia envolve autoavaliação e avaliação do nível de maturidade da gestão das organizações por meio de oito fundamentos da Gestão para a Excelência. São eles: Pensamento sistêmico; Compromisso com as partes interessadas; Aprendizado organizacional e inovação; Adaptabilidade; Liderança transformadora; Desenvolvimento sustentável; Orientação por processos e Geração de valor.

Os critérios refletem o trabalho de pesquisa de diversas organizações, públicas e privadas, universidades e especialistas do Brasil e do exterior. Os fundamentos se desdobram em um conjunto de processos que produzem os resultados almejados. Esse modelo faz parte de um movimento discutido em mais de 100 países no mundo, sendo que a FNQ representa o Brasil no esforço global pela melhoria da gestão.

O principal desafio da FNQ é “adaptar” esse modelo à realidade brasileira, de forma que as organizações públicas e privadas possam adotá-lo como referência na estruturação de seus processos, projetando suas ações a fim de que as mesmas consigam se desenvolver e contribuir para a evolução do sistema nacional.

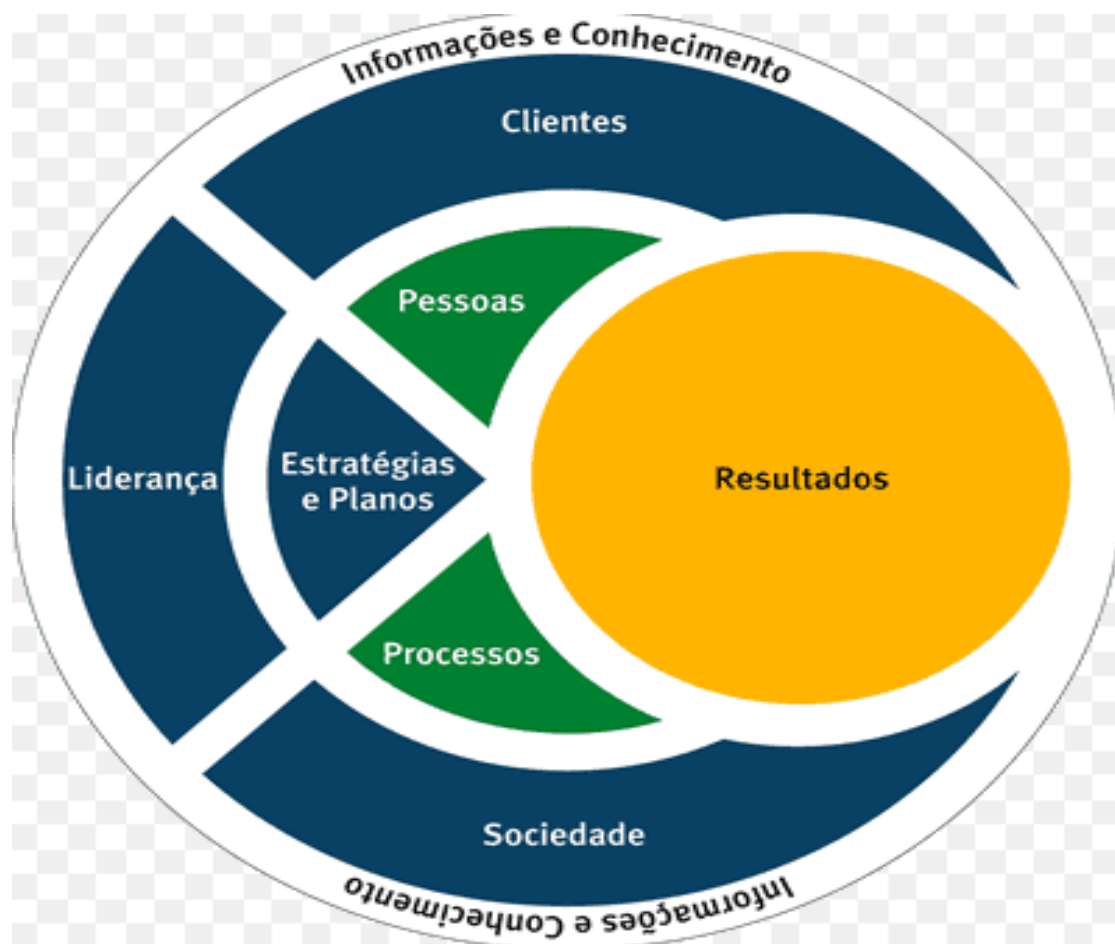
Figura 4 - Fundamentos da Excelência da FNQ

FUNDAMENTO	CONCEITO
PENSAMENTO SISTÊMICO	Reconhecimento das relações de interdependência e consequências entre os diversos componentes que formam a organização, bem como entre estes e o ambiente com o qual interagem.
COMPROMISSO COM AS PARTES INTERESSADAS	Gerenciamento das relações com as partes interessadas e sua inter-relação com as estratégias e processos numa perspectiva de longo prazo.
APRENDIZADO ORGANIZACIONAL E INOVAÇÃO	Busca e alcance de novos patamares de competência para a organização e sua força de trabalho, por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de conhecimentos, promovendo um ambiente favorável à criatividade, experimentação e implementação de novas ideias capazes de gerar ganhos sustentáveis para as partes interessadas.
ADAPTABILIDADE	Flexibilidade e capacidade de mudança em tempo hábil a novas demandas das partes interessadas e alterações no contexto.
LIDERANÇA TRANSFORMADORA	Atuação dos líderes de forma ética, inspiradora, exemplar, realizadora e comprometida com a excelência, compreendendo os cenários e tendências prováveis do ambiente e dos possíveis efeitos sobre a organização e a sociedade, no curto e longo prazos, mobilizando as pessoas em torno de valores, princípios e objetivos da organização, explorando as potencialidades das culturas presentes, preparando líderes e pessoas e interagindo com as partes interessadas.
DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	Compromisso da organização em responder pelos impactos de suas decisões e atividades, na sociedade e no meio ambiente, e de contribuir para a melhoria das condições de vida tanto atuais quanto para as gerações futuras, por meio de um comportamento ético e transparente, visando ao desenvolvimento sustentável.
ORIENTAÇÃO POR PROCESSOS	Busca da eficiência e eficácia dos conjuntos de atividades de agregação de valor para as partes interessadas.
GERAÇÃO DE VALOR	Alcance de resultados econômicos, sociais e ambientais, bem como de resultados dos processos que os potencializam, em níveis de excelência e que atendam as necessidades e expectativas das partes interessadas.

Fonte: Fundação Nacional da Qualidade, 2016.

A principal característica do Modelo de Excelência da Gestão (MEG) 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 (figura 9). Com a missão de disseminar os fundamentos da Excelência em Gestão e aumentar a competitividade das organizações e do Brasil, a Rede Nacional da Gestão Rumo à 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 (ALVES, 2018).

Figura 5 - Representação do Modelo de Excelência da Gestão do PNQ



Fonte: Fundação Nacional da Qualidade, 2013, p.14

O modelo pode orientar a gestão, integrando os vários elementos e partes interessadas da organização, por meio da promoção da interação harmônica e interdependente, visando ao desdobramento da estratégia, com foco nos resultados.

A aplicação do modelo, por meio de seus critérios e fundamentos, promove melhorias nos processos e produtos, redução de custos e aumento da produtividade para a organização, tornando-a mais competitiva. Além disso, potencializa a credibilidade da instituição e o reconhecimento público, aumentando o valor do empreendimento. As organizações consideradas como referências de excelência se adaptam mais facilmente às mudanças e tem mais condições de atingir e manter um desempenho de classe mundial (FNQ, 2013).

Para Schiesari (2014) os modelos relacionados aos prêmios foram os primeiros a abordar enfaticamente a liderança institucional. A noção de responsabilidade social e de coletividade também foram introduzidas em muitas empresas graças ao PNQ. Além disso, o monitoramento de indicadores, com o uso de séries históricas e benchmarking foi e é muito valorizado pelo prêmio, possibilitando o aprimoramento da avaliação de desempenho da organização e a comparação com outras.

Este instrumento proporciona visão ampla da organização, desde o papel do colaborador dentro da empresa até o da alta liderança. O líder tem importante papel, pois ele coordena processos e pessoas, base para o bom desempenho e sucesso da organização. Por isso a necessidade de um líder inovador, incentivador e interessado na opinião de seus clientes, tanto internos quanto externos (SARTORI e SILUK, 2011, p 7).

2.4.5 Padrões da Joint Commission International

A Avaliação da Qualidade na saúde iniciou-se no século passado, quando foi formado o Colégio Americano de Cirurgiões (CAC) que estabeleceu, em meados de 1924 o Programa de Padronização Hospitalar – PPH. Nele foi definido um conjunto de padrões mais apropriados para garantir a qualidade da assistência aos pacientes. Em 1918 foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos. De 692 hospitais com 100 leitos avaliados, apenas 89 cumpriram os padrões preconizados pelo PPH. Em contrapartida em 1950, o número de hospitais aprovados pela avaliação do PPH chegou a 3290 (SCHIESARI, 1999).

Em 1949, o Manual de Padronização apresentava 118 páginas, mas o Colégio Americano de Cirurgiões passou a ter dificuldade em mantê-lo. Em parte, devido à elevação dos custos, à sofisticação crescente da assistência médica, o aumento do número de instituições, a complexidade e a grande procura de especialidades não cirúrgicas após a Segunda Guerra Mundial. A partir daí o CAC iniciou parcerias com Associação Médica Americana, Associação Médica Canadense, Colégio Americano de Clínicos e Associação Americana de Hospitais para apoio e participação com outras organizações inteiramente dedicadas à melhoria e promoção da acreditação voluntária. (FELDMAN, GATTO, CUNHA, 2005)

Com a união destas organizações nos Estados Unidos, em 1951, foi criada a Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CAAH) que logo, em dezembro de 1952, delegou oficialmente o programa de Acreditação à *Joint Commission on Accreditation of Hospitals*. Esta era uma empresa de natureza privada, que na ocasião

procurou introduzir e enfatizar na cultura médico-hospitalar a qualidade em nível nacional. Esta “cultura da qualidade” divulgou-se nos espaços acadêmicos e institucionais, o que forçou a aprovação de leis mais complexas na área da saúde, bem como passaram a ser enfatizados os aspectos de avaliação, educação e consultoria hospitalar. Na década de 60, como a maior parte dos hospitais americanos já havia atingido os padrões mínimos preconizados inicialmente, a JCI buscou então modificar o grau de exigência. Com isso, em 1970, publicou o *Accreditation Manual for Hospital* contendo excelentes padrões de qualidade, considerando-se também os processos e resultados da assistência (SCHIESARI, 1999).

O manual utilizado para referência do instrumento aplicado neste trabalho foi a 6ª edição dos Padrões de Acreditação da *Joint Commission International* que contém padrões, propósitos e elementos de mensuração (EMs), publicado no Brasil em julho de 2017.

O processo de desenvolvimento de padrões da JCI é uma colaboração entre a JCI, organizações acreditadas e especialistas em qualidade e segurança. A 6ª edição leva em conta os avanços na ciência da melhoria da qualidade e segurança do paciente, assim como as experiências das organizações que usaram os padrões hospitalares da 5ª edição, para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados em suas organizações (JCI, 2017).

Os padrões utilizados como consulta foram os dos capítulos “Governo, Liderança e Direção” e “Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente”. Governo, Liderança e Direção (GLD) aborda a perspectiva de uma liderança eficaz para fornecer atendimento de excelência. Aqueles que governam, gerenciam e lideram uma organização têm tanto autoridade, como responsabilidade. Coletivamente e individualmente, eles são responsáveis pelo cumprimento de leis e regulamentos; e pela garantia do cumprimento das responsabilidades da organização junto à população. Ao longo do tempo, a liderança eficaz ajuda a superar barreiras percebidas e problemas de comunicação entre departamentos e serviços na organização, o que a torna mais eficiente e eficaz. Os serviços, conseqüentemente, passam a ser cada vez mais integrados. Isso resulta em melhores resultados para os pacientes (JCI, 2017).

Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QPS) avalia a estrutura para apoiar o crescimento contínuo da qualidade e a segurança dos pacientes. Esse capítulo descreve uma abordagem abrangente da qualidade e segurança do paciente que afeta todos os aspectos da operação da instalação. Esta abordagem descreve:

- Inclusão e participação em nível departamental no programa de melhoria

da qualidade e segurança do paciente;

- Utilização de dados objetivos e validados para medir o bom funcionamento dos processos;
- Utilização eficaz de dados e referências para avaliar como os processos funcionam;
- Implementação e sustentação de mudanças que resultem em melhorias.
- O capítulo aborda questões de mudança de cultura das organizações com identificação proativa e redução de variações com utilização de dados para se concentrarem em questões prioritárias, demonstrando melhorias sustentáveis (JCI, 2017).

Os padrões da JCI foram aplicados em diferentes culturas, com leis e regulamentos específicos segundo o país. Isso foi possível graças ao foco de cada padrão no princípio envolvido não na estrutura ou processo para se atingir o objetivo. Isso significa, por exemplo, que a expressão “no caso de uma emergência de incêndio, todos os funcionários e pacientes têm saída segura, pois há detecção precoce, mecanismos de supressão de incêndio estão disponíveis e saídas desbloqueadas” pode ser atendida por uma variedade de equipamentos e processos “equivalentes” (DONAHUE, VANOSTENBERG, 2000).

Estudo conduzido por SCHMALTZ et al (2011) nos anos de 2004 a 2008 entre instituições acreditadas pela *Joint Commission* e hospitais não acreditados apontou que as primeiras eram mais propensas a possuir maior número de leitos e ter fins lucrativos (menos propensos a serem entidades governamentais) com uma melhor performance.

Dentro da evolução histórica (entre 2004 e 2008) os hospitais credenciados pela *Joint Commission* melhoraram seu desempenho mais do que os hospitais não credenciados em 13 das 16 medidas de desempenho avaliadas.

2.4.6 Organização Nacional de Acreditação (ONA)

A ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos e de interesse coletivo, com sede em São Paulo e 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 (ANAHF), 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).

A ONA normatiza e coordena o processo de acreditação implementado pelas Instituições Acreditoras Credenciadas (IACs) através do Manual Brasileiro de Acreditação: Organizações prestadoras de serviços de saúde, Manual Brasileiro de Acreditação: Serviços odontológicos, Manual Brasileiro de Acreditação: Serviços para saúde (Selo de Qualificação) (ONA, 2018).

Para essa pesquisa foi utilizado como base o padrão de “Gestão da Qualidade e Segurança” da versão 2018-2022 do Manual de organizações Prestadoras de Serviços de Saúde, que teve sua publicação realizada em julho de 2018. O processo de revisão possuiu modelo participativo por meio de duas etapas: revisão por especialistas das IAC’s e de instituições de saúde reconhecidas no mercado e a segunda etapa realizada através de consulta pública por tempo determinado (ONA, 2018).

Os critérios são divididos em três níveis:

Nível 1: Atende ao princípio de “segurança” em todos os processos organizacionais;

Nível 2: Atende os princípios de Nível 1 e dispõe de um sistema de planejamento e organização focado na “gestão integrada”.

Nível 3: Atende os princípios de níveis 1 e 2 e demonstra uma cultura organizacional de melhoria contínua com maturidade institucional.

O padrão de “Gestão da Qualidade e Segurança” leva em consideração diretrizes para o planejamento e acompanhamento das atividades relativas à gestão e melhoria da qualidade e segurança do paciente, avaliando assim, os três níveis determinados pela ONA.

Para Schiesari (2014) os resultados das aplicações dos modelos de acreditação são muito variáveis, uma vez que para ser acreditado é preciso respeitar os padrões propostos e existe uma enorme diversidade na aplicação. Isso explica a grande variabilidade dos resultados encontrados. Pode-se dizer, no que tange à acreditação hospitalar, que a organização acreditadora tem influência importante sobre este fenômeno, sobretudo no caso da acreditação da ONA, realizada por intermédio de vários parceiros devidamente credenciados.

Estudo realizado em 5 hospitais acreditados pela metodologia ONA evidenciou que essas instituições tendem a ter processos identificados, padronizados e documentados

sugerindo maior organização e um melhor resultado assistencial. Em todos os hospitais pesquisados, a busca pela acreditação fez com que as instituições de saúde desenvolvessem ações de melhoria dos processos assistenciais, padronização e documentação das rotinas estabelecidas para a atenção aos pacientes. A gestão da qualidade está presente em todos eles. A manutenção contínua dos processos, alinhados diariamente pela gestão da qualidade, e a auditoria interna, feita periodicamente em toda a instituição, são fatores que motivam a melhoria contínua, resultando na percepção dos pacientes da existência de melhor assistência, a partir dos processos e padrões de segurança amplamente divulgados. Um dos aspectos mais destacados é o enfoque educativo e não punitivo do controle da qualidade, feito pela gestão da qualidade. Com isto, a manutenção do selo de acreditação é dependente de uma gestão da qualidade, alinhada às melhores práticas de assistência. A acreditação melhora a segurança, contribui para a mudança da atuação no atendimento ao paciente, aprimora a comunicação e a documentação interna e externa, além de promover a atualização contínua (EMÍDIO, 2013).

2.4.7 Padrões Care Quality Commission (CQC)

O *Care Quality Commission* é uma agência reguladora independente de saúde e assistência social na Inglaterra que monitora os serviços e elabora publicações de referência sobre temas centrais para a qualidade do cuidado.

Os padrões monitorados são:

- Cuidado centrado na pessoa;
- Dignidade e respeito;
- Consentimento;
- Segurança;
- Proteção contra abuso;
- Nutrição;
- Instalações e equipamentos;
- Serviço de atendimento ao cliente;
- Pessoas;
- Governança;
- Transparência;

Para fazer parte do *Care Quality Commission* é necessário registrar-se e realizar o envio de informações estabelecidas sobre os padrões instituídos pela organização. Os dados fornecidos são monitorados através de visitas realizadas pela comissão e também avaliação de reclamações realizadas pela equipe de saúde e pacientes do serviço.

Devido a uma série de falhas relatadas no atendimento dos serviços de saúde do NHS, o CQC reformulou a maneira como a provisão de cuidados de saúde e sociais era regulada e inspecionada para uma maior utilização de conhecimento especializado, bem como o fornecimento de maior número de informações e envolvimento ativo das partes interessadas, incluindo usuários do serviço (RICHARDSON, et al, 2018).

O trabalho de incentivo da transparência e o compartilhamento de experiências de todas as partes envolvidas levou a um aumento da oportunidade de compartilhamento mútuo e contínuo de informações. Por consequência, isso gera uma melhor avaliação de riscos dos serviços para criar um perfil detalhado de fornecedores e usuários que apoiam a oferta de processos mais focados e apropriados para o cliente final (RICHARDSON, et al, 2018).

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Avaliar as estratégias e políticas da qualidade utilizadas em uma rede de hospitais privados por meio do desenvolvimento de um questionário.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

Foi realizada uma pesquisa qualitativa com desenvolvimento de questionário de avaliação das estratégias da qualidade utilizadas por hospitais. O questionário foi aplicado em amostra intencional com característica de estudo piloto.

Este estudo piloto permitirá avaliar a aplicabilidade do questionário e aprimorá-lo para que possa ser utilizado como instrumento de gestão na rede de hospitais em que o estudo foi feito.

4.2 Campo de Estudo

Um questionário piloto para avaliação das estratégias da qualidade foi aplicado em 5 hospitais de uma rede de hospitais privados.

A rede de hospitais onde foi realizado teste piloto é uma das maiores empresas de hospitais privados do Brasil. Presta serviços médico hospitalares em todas as modalidades, tais como: clínica, cirurgia, exames laboratoriais e diagnóstico por imagem (radiologia, ultrassonografia, tomografia, ressonância magnética, mamografia etc.). Também atua na prestação de serviços de consultoria, gestão e administração de clínicas e complexos hospitalares, na área de pesquisa, ensino e no diagnóstico e tratamento de todos os tipos de câncer. Possui 39 hospitais distribuídos nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal, Pernambuco, Maranhão e Bahia; e mais 35 clínicas oncológicas presentes nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo, Ceará, Distrito Federal, Bahia, Pernambuco e Tocantins.

Os hospitais são organizados em regionais, sendo a regional do Rio de Janeiro composta por 14 hospitais, regional São Paulo com 15 hospitais, Distrito Federal com 3 hospitais e a regional Nordeste (composta pelos estados de Pernambuco, Maranhão e Bahia) com 6 hospitais.

A instituição atende anualmente mais de 3,39 milhões de pacientes na emergência; realiza 254 mil cirurgias; e, 25, 2 mil partos; além de 385 mil internações. Sua equipe é formada por mais de 41, 3 mil colaboradores próprios e 87 mil médicos parceiros.

O modelo de gestão adotado na organização utiliza a avaliação simultânea de três dimensões: melhoria do cuidado prestado ao cliente - Qualidade Técnica (QT); melhoria

da experiência de cuidado do paciente - Qualidade Percebida; e a melhoria do retorno do capital investido – Rentabilidade.

Para a melhoria contínua da qualidade técnica dos serviços, garantindo elevados padrões de atendimento, são utilizados os pilares da governança clínica. São eles (Figura 1):

- Efetividade da intervenção clínica;
- Auditoria clínica;
- Gestão eficiente dos riscos e dos eventos adversos;
- Educação e treinamento dos profissionais;
- Desenvolvimento e pesquisa clínica;
- Transparência.

Figura 6-Modelo de gestão da rede e os pilares da governança clínica do National Health Service (NHS)



Fonte: Relatório de acompanhamento anual (AMR), 2017.

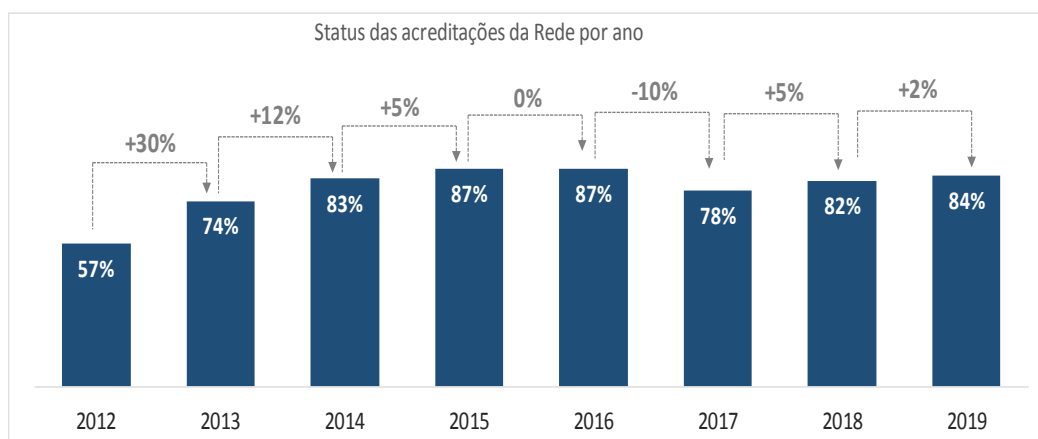
Um programa mínimo de qualidade que deve ser implementado por todos os hospitais entrantes da rede. Para as demais instituições são monitoradas e definidas metodologias de trabalho conforme o planejamento estratégico corporativo e institucional.

A Acreditação é utilizada como ferramenta de avaliação, uma vez que o olhar externo fortalece a instituição na padronização de informações, implementação de boas práticas, profissionalização da gestão e melhoria dos resultados assistenciais.

A organização conta com 84% de suas instituições acreditadas sendo que 34% possuem creditações internacionais (*Joint Commission* e *Qmentum*), e 66 % Nacional (ONA). Dentro desse cenário há dificuldades no alinhamento das práticas na medida em que novas unidades são adquiridas e/ou inauguradas.

Outro problema encontrado é a dificuldade de comparação das práticas de qualidade e segurança identificadas nas unidades já acreditadas uma vez que os padrões aplicados por diferentes avaliadores e metodologias variam.

Figura 7 - Status das creditações na rede, por ano, até 2019



Fonte: Elaboração própria

Os hospitais devem realizar um conjunto mínimo de atividades, tais como controle de documentos, gestão de risco (retroativa e prospectiva), gestão por processos, gestão de protocolos, auditorias, gestão por performance e interfaces.

Pensando em disponibilizar meios mais adequados para garantir a qualidade e a segurança do paciente nas unidades, foi desenvolvido selo próprio com avaliação de 22 padrões voltados para a busca pela excelência nas temáticas da gestão organizacional; atenção ao paciente e diagnóstico; e terapêutica. Os requisitos foram concebidos com base em legislações, padrões cobrados pelas certificações e boas práticas. Assim, todas as

unidades passarão por visitas anuais e receberão o resultado como prata, bronze e ouro com base no percentual de conformidades.

As visitas de avaliação são importantes pois são feitas por colaboradores corporativos considerados imparciais e ao mesmo tempo não são tidos como “fiscais” dentro dos hospitais, como por vezes os profissionais avaliadores externos são encarados. Isso permite que os colaboradores fiquem livres para apresentar respostas sem medo de sofrerem qualquer tipo de retaliação.

Como as avaliações são feitas pela mesma equipe, de maneira periódica e sistemática, tem sido possível avaliar de uma maneira mais linear as unidades, realizando comparativos de resultados e práticas inadequadas, que por vezes se repetem em todos os hospitais.

Anualmente são definidos períodos de auditorias clínicas a serem realizados pelos hospitais para que os mesmos avaliem seus resultados a longo prazo e definam ciclos de melhorias a serem trabalhados.

O gerenciamento de indicadores de desempenho é considerado fundamental para o direcionamento dos esforços de melhoria dos hospitais. Os itens de mensuração são monitorados continuamente para assegurar a relevância, metodologia de coleta definida e simplicidade na aplicação de maneira que eles sejam direcionadores.

O gerenciamento de indicadores é feito para direcionar esforços de melhoria nas instituições. As unidades dispõem de indicadores voltados para a rentabilidade, qualidade percebida e qualidade técnica. Os hospitais são separados por grupos conforme o seu perfil e as metas de acompanhamento são individualizadas dentro desses.

Os indicadores são divulgados para toda a equipe por meio de reuniões e relatórios com o objetivo de promover a transparência, incentivando a comparação dos resultados entre as unidades e fortalecendo o *benchmarking* interno. As análises críticas mensais destes indicadores estão disponíveis nas unidades hospitalares e os seus ciclos de melhorias são acompanhados corporativamente.

A premissa do grupo é a divulgação e comparação de todos os dados internamente, sejam eles de avaliações internas, auditorias clínicas, indicadores ou pesquisas; pois ao divulgar os resultados, há uma competição saudável e os hospitais tendem a sair da sua zona de conforto e buscar alternativas para melhoria contínua de suas práticas.

Outra questão relevante é a necessidade de reforçar sistemas para a prevenção de erros associados à assistência à saúde e redução de seus efeitos. A segurança do paciente por meio do gerenciamento de riscos e implementação de barreiras de mitigação de danos.

Dentro da proposta da Qualidade Corporativa para as instituições hospitalares há obrigatoriedade de constituição de núcleos de segurança do paciente formalizados e atuantes.

Há incentivo a notificações de eventos adversos que apesar de reativo aumenta a sensibilização da equipe para a importância do reconhecimento de riscos dentro do processo. Houve melhoria estatisticamente significativa da cultura de segurança com o aumento da notificação de não conformidades, circunstâncias de risco e *near mis*; e com redução do número de incidentes que atingiram o paciente.

O desafio é trabalhar a cultura não punitiva e fornecer retorno das ações com base nas notificações para que as equipes reconheçam que são importantes na implementação de barreiras, mitigação de novos incidentes da mesma natureza e fortalecimento da segurança do paciente.

É importante salientar que a notificação de eventos é apenas uma das abordagens da gestão de risco conhecida como reativa; e métodos proativos de reconhecimento aos riscos devem ser incentivados dentro das instituições como estímulo ao aprimoramento da cultura de segurança.

A percepção dos funcionários sobre a cultura da segurança é avaliada por meio do HSOPSC, instrumento desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ). Apesar dos questionamentos quanto ao entendimento real dos colaboradores sobre as perguntas, trata-se de importante ferramenta validada e quando aplicada com periodicidade apresenta-se como termômetro no aprimoramento da cultura da segurança.

Dentro da rede, o instrumento da AHRQ é aplicado desde 2014 em todos os hospitais, sendo que em 2018 (último ano da aplicação), 27.824 colaboradores responderam ao levantamento. Percebe-se que na avaliação dos resultados, o ganho maior é na análise individual e sua evolução na série histórica, do que no comparativo com as outras unidades da rede, pois as instituições consideradas “entrantes” que são as recém adquiridas ou inauguradas com poucas práticas de segurança instituídas, tendem a considerar sua segurança com resultados melhores do que outras avaliadas como mais maduras.

Isso acontece, pois, instituições com uma cultura de segurança mais imatura tendem a desacreditar que eventos acontecem em seu hospital dado o fato que os mesmos não são identificados ou são considerados “inerentes ao procedimento”, sendo que a partir do momento que boas práticas são instituídas os resultados tendem a baixar no segundo ciclo voltando a se reestabelecerem conforme mudanças forem implementadas.

Os maiores pontos com oportunidades de melhorias encontram-se na comunicação (principalmente na transferência de informações entre os turnos e unidades) e respostas não punitiva aos erros.

Muitas são as interfaces para a melhoria da qualidade e segurança do paciente dentro das organizações. Apesar de não haver clareza sobre como serão mensurados os benefícios advindos da implementação de programas de qualidade, o que se sabe é que o foco deve continuar a ser a busca de informações confiáveis que darão subsídios para avaliação das práticas e a reorganização do sistema com o paciente cada vez mais com foco no cuidado.

Dentro dessa heterogeneidade sociodemográfica, epidemiológica e de práticas assistenciais torna-se um desafio desenvolver atividades que foquem a avaliação das estratégias da qualidade dentro da rede de hospitais mencionada.

4.3 População e amostra

O instrumento piloto foi aplicado em 5 (cinco) hospitais pertencentes a rede de hospitais privados distribuídos nas seguintes regionais: Rio de Janeiro, São Paulo, Distrito Federal e Pernambuco.

A escolha da amostra intencional foi realizada pela diretoria da rede avaliada e o critério utilizado foi a possibilidade de testar o instrumento em diferentes realidades e contextos demográficos, buscando aproximar-se do universo de hospitais nos quais o instrumento será posteriormente utilizado.

Os hospitais onde o teste piloto foi aplicado são acreditados com excelência (nível 3 da metodologia ONA) e acreditados por metodologias internacionais (JCI e *Qmentum*) pois essas metodologias contemplam a avaliação de segurança, visão sistêmica e avaliação de melhorias acreditando, assim, que as equipes teriam mais familiaridade com as questões abordadas no instrumento.

Pela referida rede possuir mais hospitais dentro da grande São Paulo (15 no total), a diretoria optou pela aplicação do instrumento em 2 (duas) unidades entendidas com graus de maturidade diferentes (aqui utilizando-se do critério de Acreditação, uma unidade com acreditação internacional e outra com acreditação nacional).

O instrumento foi respondido pela Liderança do hospital juntamente com o Escritório de Qualidade mediante consentimento em participar da pesquisa e assinatura do termo.

4.3.1 Características dos hospitais respondentes

O hospital 1 localiza-se na regional Rio de Janeiro, foi fundado em 1969, adquirido pela rede em 2006, é certificado com excelência pela ONA. Possui 40% dos seus leitos de terapia intensiva e tem uma média de 6,19 funcionários por leito.

O hospital 2 está localizado na regional São Paulo, foi fundado em 2008 e adquirido pela rede em 2010. É certificado internacionalmente pela metodologia *Qmentum*. Possui 32% dos seus leitos de terapia intensiva e uma média de 6,19 funcionários por leito.

O hospital 3 pertence à regional São Paulo, foi fundado em 1958 e passou a integrar a rede em 2012. É certificado ONA com excelência, 33% dos seus leitos são de terapia intensiva e sua média de funcionários por leito é de 6,22.

O hospital 4 pertence à regional Nordeste, foi fundado em 1989 e adquirido pela rede em 2016. É certificado internacionalmente pela metodologia da JCI e 26% dos seus leitos são de terapia intensiva. Sua média de colaboradores por leito é de 5,55.

O hospital 5 fica na regional do Distrito Federal, foi fundado em 1969 e adquirido pela rede em 2012. É certificado com excelência pela metodologia ONA, possui 35% de leitos de terapia intensiva. Sua média de colaboradores por leitos é de 8,0.

Figura 8 - Características dos hospitais da rede respondentes em 2019

	Hospital 1	Hospital 2	Hospital 3	Hospital 4	Hospital 5
Fundado em	1.969	2.008	1.958	1.989	1.969
Pertence a Rede desde	2.006	2.010	2.012	2.016	2.012
Acreditação	ONA 3	Qmentum	ONA 3	JCI	ONA 3
Leitos operacionais	166	264	182	149	199
Leitos UTI	68	84	60	39	70
Funcionários	1.028	1.636	1.133	827	1.606
Atendimento pronto socorro	139.243	238.417	129.560	35.877	144.973
Internações	11.612	23.705	15.985	13.335	17.963
Cirurgias (exceto partos)	5.716	9.689	9.220	5.723	10.534

Fonte: Elaboração própria, 2019

4.4 Instrumento para coleta de dados

O instrumento da pesquisa foi elaborado com base na revisão de ferramentas utilizadas para avaliação dos modelos de gestão e da qualidade como: Modelo de Excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), Estratégia para a Qualidade na Saúde 2015-2020 de Portugal, Projeto *Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies* (Marquis), Modelo de Excelência da Fundação Nacional da Qualidade, Padrões Governo, Liderança e Direção (GLD) e Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente (QPS) do modelo de acreditação da *Joint Commission International* para hospitais, Subseção Gestão da Qualidade e Segurança do Manual Brasileiro de Acreditação para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e padrões do *Care Quality Commission*.

Do instrumento do EFQM foi retirado o importante conceito do trabalho das lideranças, pessoas, estratégias, parceiros e recursos, processos, produtos e serviços para o alcance dos resultados para as pessoas, clientes, sociedade e instituição. O EFQM utiliza a autoavaliação.

O Modelo de Excelência da Fundação Nacional da Qualidade corresponde à versão brasileira dos prêmios da qualidade, mantendo relação com os critérios do EFQM por meio de seu trabalho pautado em uma visão sistêmica essencial para a obtenção da excelência do desempenho.

Para o estudo o MEG foi utilizado como modelo complementar aos critérios EFQM.

O instrumento criado pelo Projeto *Methods of Assessing Response to Quality Improvement Strategies* (Marquis) contém perguntas específicas para avaliar o impacto das estratégias de melhoria da qualidade nos atendimentos dos hospitais e leva em consideração a opinião de pacientes, o sistema de segurança do paciente adotado e as avaliações internas dos padrões e práticas clínicas.

Desde instrumento foram utilizadas as questões condizentes com a melhoria dos padrões e práticas clínicas.

Para a elaboração do instrumento desta pesquisa, o documento português - As Estratégias para a Qualidade em Saúde 2015-2020-foi utilizado nos aspectos referentes a políticas amplas de saúde com o objetivo de reduzir a variação da prática clínica, aumentar a integração nos níveis de cuidados, alinhar incentivos financeiros com indicadores e trabalhar a melhoria contínua.

A riqueza do material está no foco que o programa dá ao alcance da equidade entre as instituições, envolvimento dos gestores em todos os níveis, maior envolvimento dos profissionais e capacitação desses na aplicação das diretrizes e avaliação das mesmas para ações integradas e melhoria da qualidade da informação.

As diretrizes são bastante amplas (por isso foi utilizado como suporte geral) e sua avaliação pautada somente no estudo de indicadores que são utilizados como balizadores do cumprimento das estratégias.

Os padrões Governo, Liderança e Direção (GLD) do modelo de acreditação da *Joint Commission International* para hospitais, foi consultado para a formulação das questões voltadas à estrutura da governança das instituições e o envolvimento dessas no cumprimento da missão da instituição e estratégias de alcance dos resultados desenhados em sua visão.

O intuito aqui é avaliar a integração da liderança nas atividades da instituição, principalmente naquelas voltadas à melhoria da qualidade do cuidado.

O capítulo Qualidade e Segurança do Paciente (QPS) direcionou os questionamentos pautados na implementação dos programas da qualidade e atividades desenvolvidas com relação à segurança do paciente, melhoria dos sistemas de informação (aprimoramento dos dados e comunicação) e ações para melhoria contínua.

A subseção Gestão da Qualidade e Segurança do Manual Brasileiro de Acreditação para Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde foi usada como item complementar nas questões específicas que tangem ao Programa de Qualidade instituído.

As questões voltadas para o envolvimento do paciente no cuidado foram inspiradas no modelo do *Care Quality Commission* pelo incentivo do modelo ao compartilhamento de experiências com a comunidade.

O instrumento aplicado nos hospitais pilotos foi construído de forma estruturada e as afirmações apresentadas utilizam escala de avaliação do tipo *Likert*, com 6 categorias de respostas: concordo totalmente; concordo; não concordo e nem discordo; discordo totalmente; e discordo e não se aplica.

A avaliação foi realizada em dois momentos: no primeiro deles o questionário foi disponibilizado por meio da ferramenta online *SurveyMonkey*®. No segundo a autora da pesquisa se reuniu com as instituições hospitalares de forma individual para uma discussão utilizando questionário estruturado a respeito das questões respondidas e sua relevância para a avaliação requerida.

4.5 Operacionalização da coleta de dados

Para realização do estudo buscou-se preservar os direitos dos respondentes observando-se as orientações da RESOLUÇÃO Nº 196 de 10 de outubro de 1996 e todas as suas Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde.

O projeto foi enviado ao Comitê de Ética de Pesquisa da Fundação Getúlio Vargas, recebendo o parecer favorável que se encontra no ANEXO A. Após o esclarecimento dos objetivos do trabalho pela autora, as instituições participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.6 Procedimento para coleta de dados

A aplicação do instrumento piloto foi realizada entre os dias 01 de fevereiro de 2019 e 10 de fevereiro de 2019 através da ferramenta online *SurveyMonkey*®.

Dos dias 11 a 25 de março foram realizadas reuniões para avaliação do instrumento em busca de oportunidades de melhorias com a utilização de perguntas direcionadas e assim aplicá-lo em todos os hospitais da rede.

Os dados obtidos por meio desta pesquisa são confidenciais e não serão divulgados de forma individual, visando assegurar o sigilo dos participantes. Os resultados gerados consideram apenas dados consolidados, sem nenhuma identificação dos participantes. As informações trocadas ficam resguardadas em sigilo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram analisadas as respostas dos 5 hospitais das regionais do Rio de Janeiro, São Paulo, Nordeste e Distrito Federal.

Em São Paulo o instrumento foi submetido a duas instituições hospitalares distintas, uma com certificação internacional e a segunda com certificação nacional.

Todos os hospitais submetidos responderam ao questionário.

5.1 Dimensões do instrumento de avaliação das estratégias da qualidade

O questionário foi formado por treze grandes perspectivas: liderança; estratégias; pessoas; gestão de recursos e desenvolvimento sustentável; processos, produtos e serviços; melhoria da qualidade clínica; programa de qualidade; controle de infecção; segurança do paciente; comitê e comissões institucionais; ética; segurança da informação e análise dos resultados.

Liderança: foram incluídos aspectos relacionados à identidade organizacional; definição e acompanhamento da gestão da organização; desempenho e promoção da cultura de excelência entre os colaboradores.

Estratégias: foi abordada a existência de estratégias baseadas na avaliação das partes interessadas, seu desenho a longo prazo e o limite final para a revisão e acompanhamento destas.

Pessoas: avaliou a definição de competências desejáveis às lideranças da instituição, o plano de sucessão, planos de desenvolvimentos individuais com base nos resultados esperados dos colaboradores, atração e retenção de pessoas, envolvimento dos colaboradores na elaboração e acompanhamento das estratégias e a comunicação institucional.

Gestão de recursos e desenvolvimento sustentável: incluiu o desenvolvimento de parceiros e fornecedores; a avaliação e acompanhamento para a otimização de recursos e garantia da sustentabilidade financeira; o controle de custos, avaliação e manutenção da estrutura física e equipamentos; abertura para inovação e o acompanhamento de resultados.

Processos, produtos e serviços: incluiu gestão por processos, conhecimento de processos estratégicos, avaliação dos riscos, estabelecimento de indicadores e seu monitoramento sistemático e o envolvimento do paciente no cuidado.

Melhoria da qualidade clínica: abordou a implementação e divulgação de diretrizes clínicas, capacitação a respeito dessas, monitoramento e discussão dos resultados da prática utilizada e da adesão pela equipe.

Programa da Qualidade: avaliou as atividades da qualidade como padronização de documentos; definição, acompanhamento e revisão de programa para as estratégias abordadas pela qualidade e segurança do paciente; qualidade dos dados acompanhados dentro da instituição e a sustentação das melhorias.

Controle de infecção: orientou-se na adoção de práticas mínimas de prevenção e controle de infecções relacionados ao processo cirúrgico, utilização de dispositivos invasivos, reprocessamento de materiais, higiene das mãos e monitorização do uso racional de antimicrobianos.

Segurança do Paciente: foram abordados temas relacionados à gestão de risco (prospectiva e reativa), sua análise, implementação de barreiras de mitigação, avaliação da cultura de segurança da instituição e indicadores de segurança do paciente.

Comitê e Comissões institucionais: levantou aspectos relacionados às comissões, tanto as obrigatórias por legislação; quanto as relacionadas às boas práticas institucionais.

Ética: abordou aspectos éticos relacionados às partes interessadas, conflitos de interesse, combate à corrupção e aplicação e monitoramento desses padrões.

Segurança da informação: foram abordados requisitos para a segurança da informação, avaliação de riscos e implementação de barreiras com foco na garantia da confidencialidade e integridade dos dados.

Análise dos resultados: incluiu as atividades necessárias para a avaliação dos resultados coletados, utilização destes para tomada de decisão, acompanhamento sistêmico, melhorias introduzidas, ganhos obtidos e divulgação às partes interessadas.

5.2 Avaliação das estratégias da qualidade utilizadas por um grupo de hospitais privados

Tabela 1 - Liderança – Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A identidade organizacional (Missão, visão e valores) encontra-se definida e divulgada pela liderança?	80%(4)	20%(1)	0%	0%	0%	0%
Os líderes definem a melhoria contínua da gestão organizacional bem como seu desempenho?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
Os líderes revisam e acompanham a melhoria contínua da gestão da organização bem como seu desempenho?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
Os líderes promovem a cultura de excelência entre as pessoas da organização?	60%(3)	0%	20%(1)	20%(1)	0%	0%

De acordo com os resultados observados na tabela 1, as instituições foram unânimes na concordância que a identidade organizacional se encontra definida e divulgada pela liderança. Os líderes, por sua vez, definem a melhoria contínua da gestão organizacional e realizam o acompanhamento.

As unidades do grupo avaliadas são incentivadas a definir e divulgar sua identidade organizacional como premissa do modelo de gestão instituído. O entendimento aqui concordante em sua totalidade pelos respondentes pode estar na avaliação de que a mesma existe e é cascadeada para a base operacional, mas a sua absorção por todos do hospital não é necessariamente homogênea por diversos fatores, como por exemplo, a rotatividade das pessoas e a constante formação de novos líderes.

Para o grupo de hospitais privados, a identidade organizacional é definida pela elucidação da missão (razão de existir da instituição), visão (aonde a instituição quer chegar) e valores (princípios que regem as ações e comportamentos).

A rede de hospitais possui uma missão, visão e valores corporativos e seus hospitais precisam definir a sua com base nesta. A revisão dos mesmos deve ser realizada periodicamente junto com o planejamento estratégico.

No que tange à promoção da cultura de excelência entre as pessoas dos hospitais, 60% (3 unidades) concordaram totalmente que os líderes promovem a cultura de excelência; 20% (1) não concordaram e nem discordaram; e outros 20% (1) discordaram.

A promoção da cultura de excelência deve ser realizada pelos hospitais nos fóruns estimulados pela liderança para discussão de estratégias e avaliação dos processos. A percepção de que a promoção não é realizada (1 unidade) e não concordam nem discordam (1 hospital) pode ser considerada pelo fato de que o formato dos encontros e o seus objetivos podem não estar claro para todos os participantes.

Para Elsbach (1996) apud (Silva e Nogueira, 2000), a identidade de uma organização reflete seus atributos centrais e diferenciadores, incluindo seus valores essenciais, cultura organizacional, modos de desempenho e de agir e produtos. No nível dos indivíduos que participam da organização, a identidade organizacional é fruto do seu esquema cognitivo ou da sua percepção dos atributos essenciais e diferenciadores da organização, sua situação, posicionamento no contexto e comparação com outras organizações.

Entretanto, nem sempre as pessoas estão conscientes desses atributos definidores da identidade organizacional; eles podem permanecer subliminares para elas até que a identidade seja ameaçada ou desafiada. Muitas vezes, alterações consideradas importantes ou significativas, no ambiente ou contexto, como as promovidas por novas leis ou normas que regulam o setor ou a atividade, ou as provocadas por redefinições de posicionamento e ação entre concorrentes, podem desvelar ou tornar mais evidente a identidade coletiva da organização (SILVA e NOGUEIRA, 2000).

Organizações consideradas de excelência possuem líderes que planejam o futuro e o tornam uma realidade, agindo como um modelo de referência dos seus valores e princípios éticos, inspirando confiança em todos os momentos. A liderança é flexível, se antecipa e reage em tempo hábil, a fim de garantir o sucesso contínuo (EFMQ, 2013).

A sobrevivência e o sucesso de uma organização estão diretamente relacionados à sua capacidade de atender às necessidades e às expectativas de seus clientes, as quais devem ser identificadas, entendidas e utilizadas para que os produtos possam ser desenvolvidos, criando o valor necessário para conquistá-los e retê-los. Por outro lado, para que haja continuidade em suas operações, a organização também deve atuar de forma responsável em relação à sociedade e às comunidades com as quais interage, contribuindo para o desenvolvimento socioambiental (FNQ, 2011).

A liderança, de posse de todas essas informações, estabelece os princípios da organização, pratica e vivencia os fundamentos da excelência, impulsionando, com seu exemplo, a cultura da excelência na organização. Os líderes, principais responsáveis pela obtenção de resultados que assegurem a satisfação de todas as partes interessadas e a perpetuidade da organização, analisam o desempenho da mesma e executam, sempre que necessário, as ações requeridas, consolidando o aprendizado organizacional (FNQ, 2011).

A disseminação da cultura de excelência requer das lideranças um alto grau de conhecimento da instituição e de formulação de estratégias que direcionam a organização na busca do melhor desempenho. Sua complexidade está na disseminação destas para todos os níveis da força de trabalho, de maneira que sejam entendidas, absorvidas e executadas.

Tabela 2 - Definição de estratégias-Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A instituição desenvolve suas estratégias baseadas na avaliação das necessidades das partes interessadas internas e externas (pacientes, colaboradores, acionistas, comunidade, etc)	40%(2)	20%(1)	40%(2)	0%	0%	0%
As estratégias da organização são desenvolvidas com base na sua capacidade atual e capacidade instalada para o alcance dos objetivos estratégicos?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
As estratégias da instituição são desenvolvidas, revisadas e atualizadas periodicamente?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
Há metas claras para os objetivos estratégicos?	20%(1)	80%(4)	0%	0%	0%	0%
A organização demonstra resultados positivos relacionados aos clientes por pelo menos 3 anos?	20%(1)	60%(3)	20%(1)	0%	0%	0%
A instituição discute e analisa as razões e fatores chave que determinam ou influenciam as tendências observadas nos resultados e o impacto desses na estratégia?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%

Todas as instituições participantes concordaram que as estratégias da instituição são desenvolvidas com base na sua capacidade atual e instalada. Sua revisão acontece

periodicamente. As metas para os objetivos estratégicos são claras e os resultados são acompanhados.

Dois hospitais (40%) não concordam e nem discordam que as estratégias são desenhadas com base na avaliação das partes interessadas.

Dentro dessa proposta, a avaliação das necessidades das partes interessadas, principalmente no que tange aos pacientes e à comunidade ainda não é bem conduzida pelas instituições. Primeiramente por se tratar de organizações privadas onde a população que frequenta não é referenciada, levando os hospitais a introduzirem uma gama de serviços para o atendimento de todos. Em segundo lugar, a comunidade onde o hospital está inserido nem sempre é a que faz uso dos seus serviços.

Os hospitais desenvolvem poucas atividades com foco no cliente. O planejamento leva em consideração elementos relacionados à satisfação do cliente, tais como hotelaria e infra-estrutura, mas a experiência do paciente propriamente dita ainda não é considerada, havendo pouca ênfase para a gestão clínica das linhas de cuidado, considerando o perfil epidemiológico da população.

Por se tratar de uma rede de hospitais, algumas decisões de estratégias são definidas pela administração corporativa e nem sempre a liderança que conduz os hospitais (respondentes deste questionário) é envolvida.

Com relação à demonstração de resultados positivos relacionados aos clientes por pelo menos três anos, 1 unidade não concordou e nem discordou. A coleta desses indicadores foi unificada pela rede em 2016 sendo monitorados diariamente. A manutenção favorável dos resultados é um desafio e passa por revisões constantes de planos de ações pois avaliar os fatores relacionados a esse processo e trabalhar as causas entre satisfação e percepção do cliente ainda é complexo para as instituições.

Um dos pilares da gestão de excelência é a compreensão do papel das diversas partes que influenciam os resultados da organização. Trata-se de entender a posição da empresa diante de fornecedores, acionistas, clientes, parceiros e demais elementos do ecossistema, criando melhores condições para gerar valor para os interessados e oportunidades para o negócio (FNQ, 2014).

Tabela 3 - Pessoas - Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A instituição define as competências desejáveis das lideranças atuais e futuras?	40%(2)	0%	40%(2)	20%(1)	0%	0%
Há processo de seleção de pessoas com potencial de liderança e sucessores?	0%	20%(1)	40%(2)	40%(2)	0%	0%
Planos de desenvolvimento individuais são elaborados a partir da avaliação de desempenho e acompanhados periodicamente pela liderança?	20%(1)	60%(3)	0%	20%(1)	0%	0%
A instituição define claramente os resultados individuais esperados para o alcance dos objetivos estratégicos?	40%(2)	60%(3)	0%	20%(1)	0%	0%
A média gerência é envolvida na revisão das estratégias?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
As pessoas estão alinhadas com os objetivos estratégicos da organização e assumem as responsabilidades?	0%	100%(5)	0%	0%	0%	0%
Os conhecimentos vitais para o alcance da missão e desdobramento das estratégias organizacionais são definidos e gerenciados?	20%(1)	60%(3)	0%	20%(1)	0%	0%
São utilizados métodos para atrair e reter pessoas?	0%	0%	60%(3)	40%(2)	0%	0%
As pessoas se comunicam eficazmente em toda a organização	0%	40%(2)	0%	60%(3)	0%	0%

No que tange à perspectiva pessoas destacam-se as posições não favoráveis à existência de processo de seleção de pessoas com potencial de liderança e sucessores (40% de respostas de discordância e de “não concordam e nem discordam”) e da utilização de métodos para atrair e reter as pessoas (40% de respostas de discordância e 60% de “não concordam e nem discordam”). Ambos os itens podem ser considerados práticas mais recentes, o que pode explicar a não existência nas unidades estudadas.

Destaca-se a discordância (60%) sobre a eficácia da comunicação nas instituições. Comunicação representa desafio em todas as realidades, efetiva ainda mais.

A rede em estudo define as competências desejáveis das lideranças e demais colaboradores, mas há vulnerabilidade na avaliação dessas competências, bem como no fornecimento de ferramentas para apoiar os gestores no desenvolvimento das mesmas, em todos os níveis hierárquicos.

Há ferramentas para avaliação de lideranças e potenciais sucessores definidos pelo departamento de gestão de pessoas, mas com o crescimento exponencial da organização, a demanda por novos gestores é mais rápida do que a formação dos mesmos, o que pode explicar a percepção dos respondentes sobre o processo de seleção e o plano de desenvolvimento individual.

O resultado da avaliação sobre comunicação dentro dos hospitais não é surpreendente visto que esse resultado desfavorável também é encontrado na pesquisa de clima e pesquisa de cultura de segurança aplicadas na rede. O entendimento do que é comunicado entre as lideranças e o que é entendido na base operacional representa grande desafio.

É preciso integrar e acompanhar as pessoas em todos os processos organizacionais ao longo de sua trajetória na empresa. Além disso, é essencial dispor de lideranças que sejam capazes de identificar e desenvolver talentos em suas áreas. Acima de tudo, é fundamental entender a importância dos programas de capacitação e de desenvolvimento baseados nas necessidades das áreas. As pessoas precisam ser estimuladas o tempo inteiro na busca de aprimoramento (FNQ, 2016).

A empresa que tem profissionais mais qualificados é considerada mais competitiva. Mas para ter os melhores profissionais, a empresa precisa atraí-los e manter-se atraente. Empresas atrativas não padecem pela falta de bons candidatos. Em compensação, os selecionadores precisarão de mais tempo para distingui-los, para escolher efetivamente os mais adequados ao alcance de seus objetivos (FAISSAL, et al, 2015).

Quando a instituição concorda que pessoas representam vantagens competitiva, ela se dedica a zelar pela permanência e satisfação delas a partir do esforço integrado da área de gestão de pessoas com os demais gestores que fazem parte da organização. O trabalho conjunto diminui a incidência de erros no processo de atração e seleção. Além do mais reforça a retenção, a partir da visão de ambos e do todo, indispensável à geração de resultados estratégicos (FAISSAL, et al, 2015).

A empresa deve trabalhar com mapeamento para detecção de profissionais que se destacam em suas atividades, na tentativa de evitar que sejam cobiçados por concorrentes. Ou seja, deve identificar permanentemente os profissionais que podem dar passos mais largos dentro da empresa. Sendo avaliado o potencial de cada um por meio da observação de itens como poder de análise, inovação, senso crítico e visão do todo (SOUZA, 2013).

A gestão de talentos deve ser concomitante à do processo sucessório, iniciando-se pelo mapeamento dos talentos e dos sucessores dos líderes atuais. Neste processo a área de Recursos Humanos deve apoiar o líder oferecendo acompanhamento e treinamento do profissional selecionado (WORK LIFE, 2015).

Em relação aos futuros líderes o plano sucessório pode ser um desafio para as organizações, pois vai depender da atuação de um líder comprometido para motivar os talentos no ambiente de trabalho. Para tanto, é necessário que seja agente facilitador para a permanência do funcionário talentoso, mantendo os interesses da empresa concomitantes ao valor do capital humano. “É importante que o processo esteja bem embasado para identificar quais colaboradores estão prontos e, assim, ter mais chances de acerto. Nesse processo, a participação do gestor desses colaboradores é muito importante” (WORKLIFE, 2015).

Estudo publicado por Pereira (2016) identificou que o plano de sucessão estimula empregados a pensarem em suas carreiras e se desenvolverem, pois, a empresa oferece o suporte de desenvolvimento, reconhece o potencial deles como futuro sucessores, e ainda oferece o estímulo necessário que precisam para buscar o autodesenvolvimento e direcionar suas carreiras. Por outro lado, percebe-se a importância da empresa conduzir o processo de carreira de maneira clara e transparente, para não gerar desmotivação ou expectativas frustradas.

Tabela 4 - Gestão de recursos e desenvolvimento sustentável - Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A organização adota políticas e processos para trabalhar eficazmente com os parceiros e fornecedores de acordo com a estratégia da instituição?	20%(1)	80%(4)	0%	0%	0%	0%
A organização implementa estratégias, políticas e processos econômico-financeiros para apoiar a estratégia da organização e garantir sua sustentabilidade e saúde financeira?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
A organização gerencia seus processos e controla a informação econômica e financeira para otimizar o uso de recursos?	40%(2)	40%(2)	0%	0%	0%	20%(1)
A organização gerencia seus recursos de modo a otimizá-los e gerencia seus custos?	40%(2)	40%(2)	0%	0%	0%	20%(1)

A organização aloca recursos de acordo com as necessidades de longo prazo?	40%(2)	20%(1)	20%(1)	0%	0%	20%(1)
A organização avalia, seleciona e valida investimentos em ativos tangíveis e intangíveis tendo em conta as suas repercussões económicas, sociais e ambientais a longo prazo?	20%(1)	20%(1)	40%(2)	0%	0%	20%(1)
A organização implementa estratégias, políticas e processos para a gestão sustentável de edifícios, equipamentos e materiais do ponto de vista financeiro e ambiental?	20%(1)	60%(3)	20%(1)	0%	0%	0%
Os líderes utilizam-se de informações precisas e suficientes que servirão de apoio para tomar decisões de uma forma oportuna?	20%(1)	40%(2)	20%(1)	20%(1)	0%	0%
A organização envolve os colaboradores na geração de ideias e inovação?	20%(1)	40%(2)	20%(1)	20%(1)	0%	0%
A instituição discute e analisa as razões e os fatores chave que determinam ou influenciam as tendências observadas e os impactos que os principais resultados podem ter nos indicadores de desempenho?	20%(1)	80%(4)	0%	0%	0%	0%
A organização demonstra resultados chave positivos ou sustentados por pelo menos 3 anos?	20%(1)	80%(4)	0%	0%	0%	0%

Na avaliação da perspectiva gestão de recursos e desenvolvimento sustentável, os hospitais concordaram que são adotadas políticas e processos para trabalhar com os parceiros e fornecedores. Também são implementados processos que apoiam a estratégia da organização na garantia da sustentabilidade financeira, sendo que as informações económicas são acompanhadas e o uso dos recursos e custos são otimizados. Os hospitais possuem indicadores económicos financeiros com resultados sustentados.

Na avaliação de viabilidade a longo prazo de ativos tangíveis e intangíveis, 40% (2) das instituições responderam que não concordavam e nem discordavam, enquanto que 20% (1) considerou não aplicável.

A organização possui políticas e processos bem definidos para trabalhar com seus fornecedores, mas o fato dessa atividade ser gerenciada corporativamente limitando a instituição no relacionamento e qualificação dos mesmos pode ter contribuído para que os respondentes optassem pela opção “concordo”.

Não há dúvidas do ganho em escala adquirido pela centralização da área de suprimentos corporativamente. Por outro lado, os hospitais perderam a autonomia no desenvolvimento dos fornecedores, o que faz com que a desqualificação de um fornecedor que possui um processo ruim seja morosa.

Nesse sentido, essa pergunta da forma que está colocada só faz sentido se a interface entre o corporativo e a unidade for melhor desenvolvida; e a autonomia quanto à qualificação dos fornecedores melhor trabalhada.

Com relação à sustentabilidade financeira, otimização de recursos e gerenciamento de custos são políticas definidas corporativamente e aplicadas a todas as instituições, mas ainda com oportunidades de aprimoramento e expansão para todas as áreas.

As instituições possuem cronogramas de manutenções preventivas para edifícios e equipamentos que são acompanhadas em relação ao seu cumprimento.

Com relação à disponibilização e uso das informações (dados e indicadores), elas existem e são utilizadas pelos gestores, mas com limitações ainda com relação ao tempo que se encontram disponíveis por serem ainda muito manuais; e o *input* ser pessoa/dependente, com suas análises ainda fragmentadas.

O acompanhamento e manutenção de resultados a longo prazo é também algo que pode ser amadurecido pelas lideranças principalmente com relação a sua conexão com o planejamento estratégico.

As iniciativas com relação ao envolvimento dos colaboradores na geração de ideias e inovação são ainda tímidas, concentradas em pequenos grupos e não realizadas por todos os hospitais. A organização demonstra interesse na ampliação, mas as ferramentas para o incentivo ainda são limitadas.

Todas as questões abordadas na perspectiva gestão de recursos e desenvolvimento sustentável são incentivadas corporativamente e aplicadas a todas as unidades que responderam ao questionário, sendo necessário uma avaliação mais profunda para o entendimento do hospital 5 (respostas não se aplicam).

Tabela 5 - Processos, produtos e serviços - Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
Processos são mapeados e documentados de maneira sistemática, com definição de responsáveis, método, periodicidade e controles para orientar seu funcionamento e monitorar sua aplicação?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%

Os processos estratégicos estão definidos?	60%(3)	40%(2)	0%	0%	0%	0%
As lideranças dos processos entendem seus papéis e responsabilidades no seu desenvolvimento, manutenção e melhoria?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
Há indicadores com metas definidas para o monitoramento do desempenho dos processos, permitindo avaliar a eficiência da operação, a eficácia das ações e sua contribuição para a estratégia da organização?	40%(2)	40%(2)	20%(1)	0%	0%	0%
A instituição utiliza benchmarkings apropriados para impulsionar a inovação, criatividade e melhoria?	60%(3)	40%(2)	0%	0%	0%	0%
Os serviços são definidos com base no mapeamento dos diferentes grupos de clientes atendidos	40%(2)	0%	40%(2)	20%(1)	0%	0%
Há gestão dos riscos inerentes a cada processo?	40%(2)	40%(2)	20%(1)	0%	0%	0%
Há monitoramento sistemático da melhoria dos processos em termos de eficiência e produtividade. São realizadas análises de melhoria dos processos considerando eficiência, eficácia, produtividade, alocação de recursos, assim como métodos para reduzir a variabilidade e aumentar a confiabilidade?	20%(1)	40%(2)	40%(2)	0%	0%	0%
A experiência do paciente e suas percepções são avaliadas continuamente garantindo processos alinhados para o atendimento dos mesmos?	40%(2)	40%(2)	20%(1)	0%	0%	0%
Os pacientes são envolvidos no cuidado e sabem claramente seu papel e sua responsabilidade nele	0%	40%(2)	40%(2)	20%(1)	0%	0%
A organização demonstra resultados positivos ou sustentados por pelo menos 3 anos?	0%	80%(4)	20%(1)	0%	0%	0%
São realizadas reuniões de análise crítica dos processos?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%

Fonte: Elaboração própria

Todas as instituições que responderam ao instrumento trabalham com a metodologia de gestão por processos (metodologia SIPOC – *Suppliers, inputs, process, outputs* e *customers* adaptado) incentivada corporativamente. Os hospitais reconhecem que seus processos são mapeados, possuem responsáveis, métodos e periodicidade de acompanhamento (40% concordaram totalmente e 60% concordaram). Os processos estratégicos estão definidos (60% concordaram totalmente e 40% concordaram) e as lideranças entendem seu papel no acompanhamento das melhorias (40% concordaram totalmente e 60% concordaram).

Os indicadores possuem metas definidas para o monitoramento, permitindo avaliar a eficiência da operação, a eficácia das ações e sua contribuição para a estratégia (40% concordaram totalmente, 40% concordaram e 20% não concordou e nem discordou). O benchmarking é uma prática bem instituída entre as unidades da rede e com referenciais externos (60% concordou totalmente e 40% concordou).

No acompanhamento dos processos a definição de indicadores e estabelecimento de metas não é suficiente para um desempenho favorável e fóruns de análises com o estabelecimento de ações de aprimoramento com acompanhamento periódico pelas lideranças torna-se imprescindível na busca incansável de bons resultados.

Dentro dessa perspectiva a manutenção contínua do acompanhamento desses dados, bem como o incentivo a análises bem estruturadas com geração de aprendizado coletivo contínuo pode ser aprimorado dentro de todos os hospitais avaliados.

Na avaliação da instituição de serviços com base no mapeamento dos diferentes grupos de clientes atendidos, 40% das instituições mantiveram uma resposta neutra e 20% (1) discordou.

A definição do escopo de serviços prestados não é definida pelos hospitais e sim pela área estratégica da rede. Nesse sentido a pergunta como está formulada não passa pelas atribuições dos hospitais.

O mapeamento dos clientes é realizado pelos hospitais respondentes para identificação do perfil epidemiológico e a partir deste a realização da construção de diretrizes clínicas de atendimento, protocolos e linhas de cuidado.

Torna-se cada vez mais importante que a instituição conheça a si própria e seus concorrentes. A utilização de ferramentas estratégicas quando bem aplicadas podem ajudar nesse suporte. A realização do Planejamento Estratégico com avaliação de cenário interno e externo, definição de objetivos estratégicos e formulação de ações para o seu alcance bem como o acompanhamento destes por indicadores permite uma visão ampla do negócio aos gestores da instituição.

O monitoramento e a avaliação estão no cerne da formulação de políticas. Eles fornecem um núcleo básico de ferramentas que as partes interessadas podem usar para verificar e melhorar a qualidade, eficácia e efetividade das políticas e programas em várias partes de diversas etapas da implementação (GERTLER, et al, 2018).

Dois hospitais (40%) mantiveram-se neutros (não concordaram e nem discordaram) com relação ao monitoramento sistemático dos processos, considerando eficiência, eficácia, produtividade, alocação de recursos, assim como métodos para

reduzir a variabilidade e aumentar a confiabilidade, o que pode estar relacionado ao desnivelamento entre diferentes processos da mesma instituição.

O principal desafio encontrado na gestão de processos no grupo de hospitais avaliado está na discordância entre diferentes processos existentes (principalmente entre processos primários e processos de apoio), o que torna necessária a abertura da pergunta para que seja possível a identificação dos problemas e assim uma ação mais assertiva.

Segundo a definição apontada pela ABNT NBR ISO 9000:2015 os processos são um “conjunto de atividades inter-relacionadas ou interativas que utilizam entradas para entregar o resultado pretendido”. Essas atividades se desdobram em um intervalo de tempo para “entregar” um resultado esperado, apresentando etapas e regras em sua execução.

Baldam, et al. (2011) apresenta o ciclo de *Business Process Management* (BPM) como o conjunto das etapas por meio das quais se desenvolve e se mantém o gerenciamento de processos de negócios em uma organização. As quatro atividades básicas são: i- planejamento de BPM, definição de atividades de BPM que contribuirão para o alcance das metas organizacionais; ii- modelagem e otimização de processos, atividades que permitem gerar informações sobre o processo atual e futuras melhorias; iii- execução de processos, atividades que garantirão a implementação e a execução dos processos; iv- controle e análise de dados, atividades relacionadas ao controle geral do processo.

As instituições concordaram totalmente (40%) e concordaram que a experiência do paciente e suas percepções são avaliadas continuamente garantindo processos alinhados para o atendimento dos mesmos. Um hospital (20%) não concordou e nem discordou.

Todas as instituições respondentes utilizam a mesma ferramenta para avaliação da experiência do paciente, sendo que a divergência nas respostas pode estar no entendimento das instituições sobre o conceito de experiência.

Dois hospitais (40%) mantiveram-se neutros e um (20%) discordou sobre o envolvimento do paciente no cuidado e se este sabe claramente o seu papel e sua responsabilidade.

Os conceitos de experiência e de envolvimento são abordagens recentes no Brasil e as respostas das unidades ainda são superficiais devido ao conhecimento sobre o assunto e existência de instituições com boas práticas no tema.

A rede aplica desde 2016 na alta dos pacientes internados nas unidades de internação e maternidade o questionário *Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems* (HCAHPS). Este instrumento foi desenvolvido para avaliação da experiência do paciente.

A experiência do paciente abrange a gama de interações que o paciente tem com o sistema de saúde sendo parte integrante da qualidade dos atenção em saúde e incluindo aspectos da prestação de cuidados valorizadas pelos clientes (AHRQ, 2017).

Trabalhamos também com o incentivo ao uso de Plano Terapêutico com o quadro de cuidados nos quartos dos pacientes para estimular seu envolvimento nas decisões de tratamento e cuidado, mas ainda encontramos muitas oportunidades de melhoria; principalmente, na interação multidisciplinar e estabelecimento de metas terapêuticas com o envolvimento do cliente junto à mensuração da adesão das mesmas.

Desde 2018 a rede participa do movimento mundial “*what matters to you?*”, incentivando os seus hospitais a elegerem um dia na semana para trabalhar essa ação. Percebemos que o movimento foi muito importante para fortalecer a empatia entre pacientes e colaboradores, propiciando um ambiente de trabalho mais leve e agradável.

A rede vem se mobilizando para as ações voltadas à experiência e cuidado centrado no paciente, mas ainda são iniciativas isoladas e fragmentadas.

Os termos “medicina centrada no paciente”, “cuidado centrado no paciente” ou “cuidado centrado na pessoa” são alguns dos nomes utilizados para definir muitas atividades distintas, não havendo consenso sobre uma definição exata. Em parte, isso acontece por ser uma área relativamente nova dentro das instituições, com um longo caminho ainda a ser percorrido. Além disso, se o cuidado é centrado na pessoa, sua forma dependerá das necessidades, das circunstâncias e das preferências do indivíduo que o recebe. O que é importante para uma pessoa pode ser desnecessário ou até mesmo indesejável para outra. O cuidado também deve mudar ao longo do tempo, à medida que as necessidades do indivíduo se alterem (PROQUALIS, 2016).

Ao invés de oferecer uma definição, que poderia ficar limitada dependendo do contexto, a Health Foundation (2014) identificou quatro princípios ligados ao cuidado centrado na pessoa:

- 1- Assegurar que as pessoas sejam tratadas com dignidade, compaixão e respeito.
- 2- Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento coordenado.
- 3- Oferecer um cuidado, apoio ou tratamento personalizado.

4- Apoiar as pessoas para que reconheçam e desenvolvam as suas próprias aptidões e competências, a fim de terem uma vida independente e plena.

Essas definições apresentam-se como simples e podem parecer óbvias se pensarmos que isso é o mínimo que deveríamos realizar dentro das instituições de saúde. No entanto, com a incorporação de novas tecnologias, movimentos de melhoria da qualidade e subespecialização da medicina, nós não apenas melhoramos os processos de diagnóstico e tratamento, bem como aprimoramos a segurança do paciente, como também nos distanciamos do paciente à medida que o fragmentamos em partes e burocratizamos o processo de atendimento.

Tabela 6 - Melhoria da qualidade clínica - Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A instituição implanta e divulga diretrizes de redução da variabilidade da prática clínica?	20%(1)	60%(3)	20%(1)	0%	0%	0%
A instituição identifica necessidades de capacitação dos profissionais sobre as diretrizes clínicas utilizadas para o uso adequado das mesmas?	20%(1)	60%(3)	20%(1)	0%	0%	0%
A instituição promove momentos de discussão dos protocolos clínicos?	60%(3)	20%(1)	0%	20%(1)	0%	0%
A instituição monitoriza o grau de implementação das diretrizes clínicas através de indicadores	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
A instituição realiza auditorias clínicas internas	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
A instituição acompanha a adesão às diretrizes clínicas?	60%(3)	40%(2)	0%	0%	0%	0%

Com relação às estratégias desenvolvidas para a melhoria da qualidade clínica, na alternativa - implantação e divulgação de diretrizes para redução da variabilidade da prática clínica, 80% “concordaram” e “concordaram totalmente” que são realizadas; 20% “não concordaram” e “nem discordaram”. Essa última resposta foi igual para a identificação das necessidades de capacitação dos profissionais sobre o uso adequado das diretrizes clínicas.

Na discussão de protocolos clínicos, 80% “concordaram” que são realizadas e 20% (1) “discordou”.

As práticas clínicas dentro dos hospitais são desenvolvidas baseadas no perfil de atendimento, riscos ao paciente e custos.

Algumas práticas clínicas são incentivadas corporativamente com base na avaliação contínua do perfil epidemiológico dos hospitais sendo que este vem alterando significativamente para uma população mais idosa com variações de comorbidades, sendo essas diretrizes mais complexas de definição e acompanhamento.

Em relação à identificação das necessidades de capacitação dos profissionais sobre as diretrizes clínicas utilizadas para o uso adequado elas são mapeadas e os treinamentos acontecem, mas há um *gap* na maneira como está configurado pois os treinamentos ainda são realizados por disciplinas e não multidisciplinares acarretando em uma fragmentação do aprendizado.

A implantação de práticas para redução da variabilidade clínica é um dos pilares da Governança Clínica trazidos pelo *National Health Service* (NHS). A implementação de diretrizes terapêuticas deve ser fundamentada em evidências científicas e práticas de consenso, racionalizadas quanto ao uso e organizadas de acordo com a aplicabilidade local. Acredita-se que, dentre as vantagens desse modelo de assistência, está o incremento significativo na segurança e na qualidade, diminuindo a variabilidade da conduta clínica, o que possibilita melhor previsibilidade de custos na internação (LIRA, ANTONIETTO, CARDOSO, 2015).

Para Lira, Antonietto e Cardoso (2015) a implementação de protocolos deve seguir alguns passos. Entre eles, podemos citar a discussão com todos os envolvidos. Há certa dificuldade em identificar na instituição quais são as instâncias em que a proposta deve ser apresentada para discussão. Notadamente, ela deve ser a mais ampla e democrática possível para aumentar o grau de adesão ao protocolo.

Para os autores, a divulgação e treinamento das equipes é talvez a atividade mais importante de todas para adesão às práticas clínicas, podendo demandar tempo e recursos para que isso ocorra (LIRA, ANTONIETTO, CARDOSO, 2015).

Uma das alternativas que se destaca por obter 100% das respostas “concordo totalmente” é o reconhecimento da realização da auditoria clínica pelos cinco hospitais que reforça a relevância desta prática na organização. Periodicamente são definidos ciclos de auditorias clínicas a serem realizados pelas instituições. Essas avaliações são “realizadas” por colaboradores locais e também por atores externos, uma vez que os

resultados destas auditorias são parte integrante dos critérios para o pagamento da participação de resultados da organização.

Tabela 7 - Programa da Qualidade - Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A organização utiliza metodologia de padronização e controle de documentos?	80%(4)	20%(1)	0%	0%	0%	0%
Possui um programa de qualidade e segurança do paciente que utiliza informações atualizadas para apoiar os cuidados dos pacientes, a educação dos profissionais de saúde, as pesquisas clínicas e a gestão	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
O programa de gestão da qualidade e segurança do paciente inclui a análise de dados para avaliar os cuidados oferecidos aos pacientes e auxiliar na gestão hospitalar?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
O processo de análise de dados inclui pelo menos uma análise anual do impacto das melhorias?	60%(3)	40%(2)	0%	0%	0%	0%
Os resultados de indicadores e auditorias clínicas são analisados quando demonstram tendências e variações indesejáveis evidentes?	80%(4)	20%(1)	0%	0%	0%	0%
Melhorias da qualidade e segurança são alcançadas e sustentadas sistematicamente?	40%(2)	40%(2)	0%	20%(1)	0%	0%

As instituições, “concordaram totalmente” (80%) e “concordaram” (20%) que são utilizadas metodologias de padronização e controle de documentos.

Todas as instituições possuem um programa da qualidade e segurança do paciente que utiliza informações para apoiar a melhoria do cuidado do paciente, assim como a educação dos profissionais e a gestão.

No Programa de Gestão da Qualidade há análise de dados para avaliar os cuidados oferecidos aos pacientes e auxiliar na gestão hospitalar, como acompanhamento de indicadores e auditorias clínicas que são avaliadas na demonstração de tendências e variações indesejáveis.

Um hospital (20%) discordou que a melhoria da qualidade e segurança são alcançadas e sustentadas sistematicamente.

A rotatividade dos colaboradores nos hospitais, a contratação de profissionais com formação precária e o estímulo constante à melhoria das práticas torna desafiadora a

manutenção e acompanhamento crescente dos resultados de melhoria da qualidade e segurança do paciente. Essa avaliação é subdimensionada entre as unidades.

Para La Forgia e Couttolenc (2009) apesar de um número indeterminado de instituições de saúde brasileiras ter desenvolvido iniciativas de melhoria da qualidade em departamentos ou serviços específicos, menos de 2% (estimados) já implementaram programas contínuos de aperfeiçoamento da qualidade, abrangendo toda a organização.

A experiência internacional recente - em resposta às pesquisas emergentes e uma crescente preocupação governamental com um “hiato da qualidade” (IOM 2000) – sugere que a melhoria da qualidade requer uma combinação de ações em três categorias: apoio sistêmico, mecanismos de responsabilização e desenvolvimento organizacional. Apesar de haver uma sobreposição entre essas categorias e entre os elementos que as compõe, um consenso está sendo construído de que as ações em cada área são necessárias para estimular, implementar e manter a prestação de serviços de alta qualidade (LA FORGIA, e COUTTOLENC (2009).

A chave para melhorar a qualidade é a contínua avaliação de dados de desempenho. É praticamente impossível alterar os processos dos serviços de saúde sem informações e análise. Os dados revelam problemas, assim como denunciam as áreas que necessitam de aperfeiçoamento. Assim os relatórios sólidos tornam-se ferramentas objetivas e poderosas para áreas com problemas específicos. Eles são o ponto de partida para trabalhar com a equipe no sentido de reconhecer e corrigir os problemas e substituí-los por processos que previnam a sua recorrência (LA FORGIA e COUTTOLENC (2009).

Tabela 8 - Controle de infecção - Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A organização adere às práticas de controle de infecção em sítio cirúrgico e monitoriza os resultados?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
A organização adere às práticas de controle de infecção por uso de dispositivos e monitoriza os resultados?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
A organização adere às boas práticas de reprocessamento de materiais?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%

A organização adere às boas práticas de higiene das mãos e monitora os resultados?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
A organização adere às práticas de uso racional de antimicrobiano e monitorização dos resultados?	80%(4)	20%(1)	0%	0%	0%	0%

Todas as instituições abordadas foram concordantes (100% das instituições responderam que concordavam ou concordavam totalmente quanto às estratégias avaliadas) a respeito de aplicação de práticas de prevenção e controle de infecções.

As práticas relacionadas à prevenção e controle de infecções são bem direcionadas e acompanhadas dentro dos hospitais por serem estas essenciais para a manutenção da qualidade e segurança do paciente e também por possuírem incentivo dos órgãos governamentais importantes como a ANVISA e coordenadorias de vigilância à saúde locais.

As Infecções relacionadas à assistência à saúde (IRAS) consistem em eventos adversos - EA ainda persistentes nos serviços de saúde. Sabe-se que as infecções elevam consideravelmente os custos do cuidado do paciente, além de aumentar o tempo de internação, a morbidade e a mortalidade nos serviços de saúde. A redução de IRAS a partir da implementação de medidas preventivas e práticas adequadas, é essencial às instituições (ANVISA, 2017).

Tabela 9 - Segurança do Paciente - Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A organização adota um sistema de notificações de incidentes?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
A organização realiza a análise de incidentes e eventos adversos?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
A organização realiza a análise prospectiva dos riscos assistenciais e implantação de barreiras de mitigação?	60%(3)	0%	0%	20%(1)	0%	0%
A organização implanta e monitora a adesão às metas de segurança do paciente?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%

A organização avalia a percepção da cultura de Segurança do paciente?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
A organização avalia e gerencia os indicadores de segurança do paciente?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
A organização prioriza e implementa ações para mitigação dos riscos que impactam na assistência e nos processos estratégicos?	80%(4)	20%(1)	0%	0%	0%	0%

As unidades respondentes foram concordantes com a implementação de estratégias de segurança do paciente relacionadas ao sistema de notificação de incidentes, análise de eventos adversos, adesão às metas nacionais de segurança, avaliação da cultura de segurança, uso de indicadores e implementação de ações para mitigação dos riscos.

Um hospital (20%) discordou sobre a realização da análise prospectiva dos riscos assistenciais.

A gestão de risco prospectivo é trabalhada na rede de maneira mais consolidada desde 2013, com a definição de ferramentas utilizadas e incorporação das mesmas à Política de Segurança do Paciente corporativa.

Há uma variação de práticas de gestão de risco prospectivas dentro dos hospitais principalmente relacionadas às unidades com incorporação mais recente, pois a análise prospectiva do risco não faz parte da etapa inicial de segurança sendo fundamental uma maior maturidade das unidades e uma gestão por processos mais consolidada para o seu sucesso.

Uma questão relevante é a necessidade de reforçar sistemas para a prevenção de erros associados à assistência à saúde e redução de seus efeitos. A segurança do paciente por meio do gerenciamento de riscos e implementação de barreiras prospectivas de mitigação de riscos previne a ocorrência de eventos e danos aos pacientes.

Conceitualmente, a gestão de risco é a aplicação sistemática de políticas, procedimentos e práticas de gerenciamento às tarefas de análise, avaliação, controle e monitoramento de risco. Em geral, o risco é o inverso da segurança. Define-se o risco como igual à combinação da probabilidade da ocorrência do dano e sua gravidade. Segurança é estar livre do risco inaceitável (LIRA, ANTONIETTO e CARDOSO, 2016).

Essa ideia se fortalece graças ao fato de que é necessário o conhecimento dos riscos para que se possa definir estratégias de mitigação. Dentro dessa perspectiva destacam-se diversos estudos que trazem à tona a incidência e prevalência de eventos

adversos (principalmente em hospitais) em diversos países, colocando o assunto em discussão nas agendas políticas de saúde.

A identificação prospectiva de riscos e perigos é um processo de reflexão sobre problemas de segurança que ainda não ocorreram (ou pelo menos não tinham sido percebidos) na organização. Trata-se de considerar explicitamente a possibilidade de falhas nos produtos e processos assistenciais, antes que elas ocorram, tendo por base a literatura sobre o tema, a vivência dos profissionais ou fontes externas, para evitar os problemas de segurança (GAMA, HERNANDEZ, 2018).

A utilidade do método deve-se principalmente ao fato de não esperar os efeitos danosos dos incidentes de segurança para agir preventivamente e proteger o cliente e a própria organização. Como limitação, esse método não aporta informação precisa sobre a frequência do problema, visto que os riscos são identificados mediante técnicas qualitativas. Apesar de seu interesse e necessidade, a identificação prospectiva também é o tipo de identificação de risco menos utilizada e desenvolvida nos serviços de saúde. O desconhecimento sobre a forma de realizar as técnicas de identificação prospectiva e a tendência de intervir somente naqueles aspectos que já afetaram o serviço fazem com que problemas frequentes e raros, alguns muito graves, não tenham nenhuma medida de controle efetivamente implantada (GAMA, HERNANDEZ, 2018).

As instituições respondentes possuem fluxo definido para notificação de circunstâncias de riscos e incidentes com um número anual crescente de relatos de riscos que foram corrigidos antes de chegar ao paciente e uma diminuição de incidentes com dano.

As notificações levaram a importantes discussões dentro dos Núcleos de Segurança e a melhorias nos processos, mas ainda encontramos desafios relacionados às respostas dos relatos e ações implementadas aos notificadores.

Para a gestão prospectiva de riscos é utilizada a matriz de risco (*A risk matrix for risk managers*), baseada no modelo inglês do *National Patient Safety Agency* (NHS) e a Pesquisa de Cultura de Segurança (HSOPSC desenvolvido pela AHRQ).

A matriz prospectiva de risco constitui hoje o maior desafio das instituições, pois apesar dos principais riscos serem de conhecimento dos setores e já possuírem barreiras de mitigação definidas, a cultura ainda é muito voltada à análise das falhas em relação à efetividade das medidas de prevenção.

Nesse sentido, percebemos que as falhas são inerentes aos processos e escapam ao controle dos indivíduos. Essa perspectiva trazida a partir do clássico *To Err is human*

– *Building a Safer Health Care System* e que foi aos poucos difundida, põe o foco no sistema ao invés do indivíduo e, dessa forma, coloca a possibilidade de análise dos sistemas na busca de vulnerabilidades, independente da ocorrência de erros. Passa-se de uma atitude reativa para uma atitude proativa, representada pelo redesenho dos sistemas afim de reduzir as possibilidades de erro, com a intenção de não deixar que eles causem dano ao paciente ou mitigar suas consequências (CAIXEIRO, 2011).

Esse novo enfoque aproximou o sistema de saúde de outras áreas igualmente complexas, que já adotavam esta perspectiva, como a aeronáutica e a nuclear, onde os componentes humanos e tecnológicos se inter-relacionam e as inúmeras interações que favorecem as inconsistências, a variabilidade das entradas, as restrições de tempo e o emprego de vários níveis hierárquicos para coordenação, aumentam a possibilidade de erro e tornam a sua recuperação mais difícil. É dessas áreas, também, que vêm os métodos e ferramentas para prospecção dos erros. (CAIXEIRO, 2011).

As equipes que trabalham dentro desse modelo dão grande importância à análise das falhas e procuram entender as razões por trás delas. As lições extraídas dessas análises dizem respeito principalmente à melhor forma de gerir cenários semelhantes no futuro. Assim, este é um modelo baseado principalmente em melhorar a detecção e a recuperação diante de situações arriscadas e, em segundo lugar, em melhorar a prevenção — isto é, evitar a exposição a situações difíceis quando possível (VINCENT e AMALBERTI, 2016).

Caixeiro (2011), em seu trabalho de avaliação do método Análise dos Modos de Falhas e seus efeitos (FMEA) para prospecção de riscos nos cuidados hospitalares, descreve que ao examinar os motivos para utilização de ferramentas prospectivas onde predominaram a ocorrência de eventos-sentinela, near-miss e outros desvios agudos observa uma tendência reativa, e não proativa conforme seria esperado na prospecção do risco com vistas à prevenção dentro de um programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente. O desenho e redesenho de processos novos e modificados, que representam essa proatividade, estavam presentes, mas de forma menos frequente.

Neste estudo, os principais problemas apontados para a utilização de ferramentas prospectivas foram o tempo e a dedicação dos profissionais. Alguns relatos chamam a atenção para a falta de uma cultura da prevenção, o que distinguiria o treinamento sobre as técnicas empregadas na aplicação do método, de uma educação sobre os riscos na prestação de cuidados, sua origem e a prevenção. (CAIXEIRO, 2011)

Tabela 10 - Comitê e comissões institucionais - Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A instituição possui Comissão de Farmácia e Terapêutica atuante e monitora as suas ações?	20%(1)	60%(3)	0%	20%(1)	0%	0%
A instituição possui Comissão de revisão de prontuários dos pacientes atuante e monitora as suas ações?	40%(2)	40%(2)	0%	20%(1)	0%	0%
A instituição possui Comissão de controle de infecção hospitalar atuante e monitora as suas ações?	80%(4)	0%	20%(1)	0%	0%	0%
A instituição possui Comissão de Revisão de óbitos atuante e monitora as suas ações?	60%(3)	40%(2)	0%	0%	0%	0%
A instituição possui Comissão de Hemoterapia atuante e monitora as suas ações?	40%(2)	40%(2)	0%	20%(1)	0%	0%
A instituição possui Núcleo de Segurança atuante e monitora as suas ações?	80%(4)	20%(1)	0%	0%	0%	0%

Na avaliação da atuação e monitoramento das comissões hospitalares, chama a atenção o percentual de discordância (20%) para existência de comissões atuantes e monitoramento de Farmácia e Terapêutica, revisão de Prontuários, Controle de Infecção e Hemoterapia principalmente por se tratar de comitês obrigatórios por legislação.

As respostas negativas referem-se a um hospital específico e podem estar relacionadas a visão crítica local de um estado com órgãos regulamentadores com atuação significativa.

Para Bittar, et al (2018), as comissões devem ser criadas visando à melhoria da qualidade do atendimento aos pacientes, do desempenho e da integração das diversas áreas e subáreas. Sem elas, a interação contínua entre as áreas torna-se impossível.

As comissões hospitalares constituem um desafio para as instituições, principalmente com relação ao cumprimento da frequência das suas reuniões, implementação e acompanhamento das ações discutidas.

A comissão de prontuário é a mais complexa delas, principalmente, no que tange à definição dos dados que serão avaliados dentro da amostra obrigatória por legislação, composição, desenvolvimento e estímulo à participação dos membros e a avaliação qualitativa das informações; o que por vezes gera uma quantidade de elementos que não evoluem para a etapa de análise e planos de ações para melhoria.

As comissões de farmácia e terapêutica, controle de infecção hospitalar e hemoterapia, são pouco valorizadas dentro dos hospitais por apresentarem conhecimentos específicos e por conta do entendimento de que já existem setores que fazem o acompanhamento destes temas (como setor de suprimentos, serviço de controle de infecção e serviço de hemoterapia) e assumem esta responsabilidade.

Tabela 11- Ética - Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
O hospital estabelece um arcabouço para o gerenciamento ético que promove uma cultura de práticas e tomada de decisão éticas capazes de garantir que os cuidados aos pacientes sejam prestados de acordo com normas comerciais, financeiras, éticas e legais que protejam os pacientes e seus direitos?	60%(3)	40%(2)	0%	0%	0%	0%
A organização estabelece padrões de conduta para assegurar um relacionamento ético com as partes interessadas, respeitar diversidade, evitar conflitos de interesses e combater a corrupção?	100%(5)	0%	0%	0%	0%	0%
A organização estabelece diferentes formas de comunicação considerando cada uma das partes interessadas?	20%(1)	80%(4)	0%	0%	0%	0%
A organização monitora a aplicação dos padrões de <i>compliance</i> ?	80%(4)	20%(1)	0%	0%	0%	0%

Obtivemos 100% de concordância em relação às estratégias implementadas para a promoção da cultura de práticas e tomadas de decisões éticas, relacionamento ético com as partes interessadas e estratégias de combate à corrupção e padrões de *Compliance*.

A ética, enquanto disciplina teórica, estuda os códigos de valores que determinam o comportamento e influenciam a tomada de decisões num determinado contexto. Estes códigos têm por base um conjunto tendencialmente consensual de princípios morais, que determinam o que deve ou não deve ser feito em função do que é considerado certo ou errado por determinada comunidade. No ambiente organizacional e na gestão de empresas em particular, a ética estuda os códigos morais que orientam as decisões empresariais, na medida em que estas afetem as pessoas e a comunidade envolvida, partindo de um conjunto socialmente aceito de direitos e obrigações individuais e coletivas. As empresas

consideradas éticas são geralmente aquelas cuja conduta é socialmente valorizada e cujas políticas se reconhecem sintonizadas com a moral vigente, subordinando suas atividades e estratégias a uma reflexão ética prévia e agindo posteriormente de forma socialmente responsável (ALMEIDA, 2007).

O clima organizacional é geralmente identificado como a atmosfera psicológica, social e humana que caracteriza a forma como as pessoas se relacionam entre si dentro da organização (ALMEIDA, 2007).

Almeida (2007) sugere que a percepção de cada indivíduo sobre o clima ético da organização a que pertence desempenha um papel determinante nos processos de decisão individual. De fato, diversos estudos sugerem a existência de uma relação entre o clima ético e o comportamento individual confirmando a pertinência do conceito e justificando-o como variável organizacional que ajuda a explicar as opções de natureza social que caracterizam a prática empresarial.

Os líderes e executivos responsáveis pela implementação de um Programa de *Compliance* precisam promover a ética e comportamento íntegro. No entanto, para a promoção da excelência da ética na saúde, é necessário um maior conhecimento não somente de comportamentos de promoção da ética, dos elementos básicos de um programa de *Compliance*, das leis, potenciais riscos com relação a conflito de interesse, anticorrupção, privacidade, mas essencialmente das características específicas daquele mercado, sua dinâmica em relação aos demais agentes e demais elos na área da saúde (ALCANTARA, 2017).

Tabela 12- Segurança da informação - Avaliação das Estratégias da Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A organização estabelece requisitos para segurança da informação?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
A organização avalia os riscos relacionados à segurança da informação?	40%(2)	40%(2)	20%(1)	0%	0%	0%
Os riscos são tratados com foco na garantia de confidencialidade, integridade, disponibilidade, autenticidade, confiabilidade e responsabilidade?	0%	80%(4)	20%(1)	0%	0%	0%

As organizações concordam (100% concordam totalmente e concordam) que são estabelecidos requisitos para a segurança da informação. No estudo, 80% concordam que os riscos são avaliados e tratados com foco na garantia de confidencialidade, integridade, disponibilidade, autenticidade, confiabilidade e responsabilidade.

A área de tecnologia da informação é monitorada corporativamente e todos os requisitos de segurança da informação possuem padrão único para todos os hospitais.

As estratégias de segurança da informação possuem um conjunto de regulamentos e normas destinadas a definir estratégias, regras, padrões e procedimentos, que constituem as ações a serem tomadas pela empresa para atingir seus objetivos e proteger as informações do negócio (LIMA, 2018).

As ações de segurança devem estar sempre alinhadas com as metas de negócio da companhia. Dessa forma, essa é uma via de mão dupla, já que as iniciativas de negócio devem considerar as questões de segurança da informação desde sua concepção (LIMA, 2018).

Tabela 13- Análise dos resultados para a tomada de decisão - Avaliação das Estratégias de Qualidade segundo liderança de um grupo de hospitais privados brasileiros, 2019.

Especificação das Estratégias	CT	C	NC E ND	D	DT	NA
A realização e efetividade das ações decorrentes das tomadas de decisão são acompanhadas de forma sistemática?	40%(2)	40%(2)	20%(1)	0%	0%	0%
As decisões e seus resultados são comunicados para as partes interessadas pertinentes?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
As melhorias introduzidas são compartilhadas com as partes interessadas diretamente envolvidas?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%
Os ganhos obtidos com as melhorias implementadas são divulgados às partes interessadas pertinentes?	40%(2)	60%(3)	0%	0%	0%	0%

Nas estratégias voltadas para a análise dos resultados foram encontrados 100% de concordância (CT e C) para as questões a respeito da comunicação dos resultados para as partes interessadas. As melhorias introduzidas e ganhos obtidos são compartilhados com as partes interessadas diretamente envolvidas.

Na questão de acompanhamento sistemático da efetividade das ações decorrentes da tomada de decisões, uma unidade (20%) não concordou e nem discordou do resultado.

Os hospitais possuem oportunidades de aperfeiçoamento com relação ao planejamento e avaliação de suas estratégias a longo prazo bem como no acompanhamento sistemático das ações implementadas.

Schout e Novaes (2007) afirmam que as avaliações de desempenho dos hospitais, do ponto de vista metodológico, dependem do desenvolvimento de indicadores aceitos como sensíveis, válidos e viáveis para as dimensões priorizadas em cada uma delas, e de identificação de parâmetros (benchmarking) que permitam diferenciar os desempenhos dos serviços sob análise, o que não é tarefa simples e muitas vezes subestimada. Para que medidas empíricas (dados) de estruturas, processos ou resultados da atenção possam se constituir efetivamente em indicadores, além de terem consistência científica, elas devem estar, de fato, relacionadas aos problemas que têm impactos sobre a saúde da população. São importantes para os gestores e consumidores e podem ser influenciadas por intervenções no âmbito do sistema de saúde.

5.3 Percepção dos respondentes sobre o instrumento para Avaliação das Estratégias da Qualidade utilizadas pelos hospitais pilotos

No envio do instrumento foi solicitado aos hospitais pilotos que além de responder a respeito das estratégias da qualidade aplicadas nas instituições, avaliassem também a estrutura das questões (com relação a conteúdo, estrutura, complexidade das perguntas, estrutura da escala de respostas, tempo e grau de dificuldade para respostas ao instrumento). Para tal foi inserido um campo para comentários no próprio instrumento.

Na devolutiva do instrumento não obtivemos as respostas necessárias para a melhoria do conteúdo apresentado. Elaboramos então perguntas direcionadas aos respondentes sobre a percepção do questionário e submetemos aos hospitais para que respondessem. Abaixo relatamos os resultados encontrados. As perguntas utilizadas encontram-se disponíveis no APÊNDICE A.

Para os representantes dos hospitais participantes, o instrumento para a avaliação das estratégias da qualidade implementadas permite maior entendimento sobre os modelos de gestão adotados pelos distintos hospitais dentro da rede. Além disso, poderá contribuir de forma relevante para a compreensão das prioridades em termos de acompanhamento.

“A principal contribuição do instrumento é a de padronizar e estruturar a avaliação nas diversas unidades independentemente do avaliador e

também identificar as fragilidades da instituição em cada um dos quesitos avaliados, porém, de forma macro”. (Hospital 2)

“O instrumento contribui para um melhor direcionamento do planejamento estratégico institucional ”. (Hospital 4)

A percepção daqueles que responderam o questionário traduz a ideia do instrumento que é oferecer uma avaliação global dos hospitais com relação às estratégias da qualidade adotadas, permitindo uma comparação rápida e objetiva dos hospitais de maneira a auxiliar a corporação no planejamento das linhas de atuação.

Para os respondentes, os aspectos mais interessantes do instrumento são a amplitude e abrangência, não se restringindo apenas às questões diretamente ligadas à assistência do paciente como questionários dessa natureza vistos em literatura.

“A abrangência dos tópicos avaliados, ou seja, avalia desde aspectos relacionados à Liderança, Processos, Sustentabilidade Financeira, Ética, chegando aos aspectos relacionados à avaliação dos Resultados ”. (Hospital 2)

Espera-se com o instrumento o despertar dos hospitais para a análise sistêmica de suas estratégias, não se restringindo a setores. Será necessário provoca-los cada vez mais à busca do nivelamento de conhecimento e gestão dos processos e a eliminação de ilhas de excelência.

Os aspectos considerados menos interessantes do instrumento, foram o grande número de questões, o que tornou a ferramenta extensa e cansativa, a baixa especificidade das perguntas, o que pode dificultar a distinção dos pontos de melhorias e avaliação do perfil dos hospitais.

A validação por especialistas antes da submissão do instrumento aos hospitais poderia ter contribuído para a reformulação das questões, buscando assim uma maior objetividade e especificidade.

Dentre as sugestões destacam-se o agrupamento de perguntas consideradas repetitivas e a inclusão de evidências objetivas do cumprimento do requisito ou padrão.

A reformulação das perguntas de maneira a deixar a linguagem mais acessível a diferentes atores dos hospitais deve ser considerada. Algumas questões se repetem em diferentes níveis hierárquicos, estrutura essa proposital para avaliar o desdobramento das informações.

Um manual contendo as evidências objetivas que devem ser buscadas para a resposta das questões pode auxiliar os hospitais a identificar de maneira mais fácil o cumprimento dos requisitos.

Foi relatada a importância de tornar a escala de resposta das questões mais quantitativa por meio do percentual de cumprimento do requisito, o que tornaria a avaliação menos subjetiva e um campo para as notas e observações gerais da avaliação.

A sugestão de inclusão de escala para avaliação percentual do cumprimento de requisitos deve ser considerada na revisão do instrumento, pois ajudará de maneira significativa o acompanhamento da evolução dos hospitais ao longo do tempo, o que será de grande valia, pois oferecerá um *ranking* de desempenho, servindo como base para a definição dos hospitais que precisam de um acompanhamento mais periódico.

Na abordagem de como o instrumento poderia contribuir para o corporativo da rede avaliada ter mais informações sobre os hospitais, foram sugeridos aspectos como uma aplicação periódica (anual) com envolvimento da alta direção nas respostas e um acompanhamento sistemático.

Também foi sugerido um direcionamento específico às unidades de negócio (processos do hospital) para identificação das áreas com maior necessidade de atuação e estímulo ao amadurecimento da visão sistêmica, reflexão das práticas e maior disseminação dos conceitos da qualidade e excelência através de um instrumento adaptado a avaliação por processo.

O instrumento tem o objetivo de avaliar os hospitais de maneira sistêmica e assim oferecer um resultado sobre a avaliação das estratégias da qualidade das instituições. Sua aplicação por processos fragmentaria o resultado e fugiria do objetivo inicial que é um comparativo entre as unidades.

Todos os hospitais abordados consideraram o instrumento útil. Relataram, ainda, que o utilizariam uma vez que o mesmo envolve questionamentos importantes e de impacto em qualidade técnica, percebida no âmbito econômico-financeiro e de gestão de pessoas.

Um dos hospitais relatou que usaria o instrumento em cada unidade de negócio da instituição para avaliar separadamente o grau de maturidade e necessidades específicas de cada setor. Para esta finalidade seria necessária uma adaptação das questões pois as mesmas foram formuladas de forma abrangente e para avaliação sistêmica.

Na avaliação da escala de respostas utilizada foi relatada dificuldade de identificação da alternativa mais adequada para algumas questões, o que poderia trazer

maior subjetividade à avaliação. Foi sugerida inserção de legenda para esclarecimento do que considerar em cada resposta auxiliando assim o respondente e trazendo maior precisão ao resultado.

A grande vantagem da escala de *Likert* é sua facilidade de manuseio, pois facilita que um respondente emita um grau de concordância sobre uma afirmação qualquer. No entanto, mesmo diante de pontos positivos, a escala de *Likert* apresenta dificuldades significativas. De acordo com os críticos, perguntas com o modelo *Likert* solicitam do respondente pelo menos duas dimensões a serem analisadas: conteúdo e intensidade (COSTA, 2011).

A escala pode aumentar o nível de complexidade quando a avaliação tiver muitos pontos, mas também pode aumentar a possibilidade de respostas condizentes com as perguntas. Muitos pesquisadores invertem o tipo de formulação e escala para ter certeza que o respondente está atento e não respondeu sem entender (COSTA, 2011).

Ao questionarmos os hospitais sobre um número grande de respostas consideradas neutras (33 respostas “não concordo e nem discordo”) e o que poderíamos fazer para eliminar esse tipo de respostas, foi relatada a importância de deixar algumas perguntas mais objetivas podendo disponibilizar manual de orientação para o preenchimento contendo explicação dos termos empregados, de alguns “jargões” e duplas interpretações utilizadas pela qualidade não acessíveis a todos os respondentes.

Um manual de orientação deve ser considerado na revisão do instrumento pois permitirá aos hospitais o direcionamento das respostas, levando a um resultado mais fidedigno, ao mesmo tempo em que o corporativo alinharia a busca de evidências objetivas entre os responsáveis pela aplicação, reduzindo a variabilidade relacionada aos avaliadores.

Alguns hospitais relataram que utilizaram a opção “não discordo e nem concordo” para situações onde determinado requisito existe na instituição, porém entendem que não esteja completamente implantado, aderido ou com resultados considerados bons; o que reforça a necessidade de reestruturação da escala de respostas.

Uma instituição sugeriu o uso de escala direta como “sim”, “não” e não se aplica”.

A mudança de escala pode ser considerada devendo ser avaliada a melhor opção para o instrumento. A utilização de respostas como “conforme”, “não conforme”, “parcial conforme” e “não se aplica” pode ser interessante, podendo ser vinculadas às perguntas com respostas “não conforme” e “parcial”, junto à justificativa da equipe para a escolha, amadurecendo, assim, o senso crítico dos respondentes.

5.4 Análise das Limitações da pesquisa

O fato do estudo piloto ter sido realizado em 5 hospitais de uma rede como um projeto não nos deixa afirmar com certeza sobre o percentual de adesão às estratégias de qualidade na rede como um todo. A utilização desta metodologia de demonstração dos resultados para um número pequeno de respondentes não é usual, uma vez que um hospital discordante sobre o assunto abordado acaba tendo um peso importante em relação ao resultado geral.

Trata-se de um projeto piloto, sendo que o instrumento deverá ser aprimorado para aplicação em todos os hospitais. Além disso, o desenvolvimento e aplicação do instrumento nas unidades de negócio não seguiu as etapas de elaboração e validação de um instrumento, já que o intuito é sua utilização atrelada ao processo de gestão, considerando a finalidade de um mestrado profissional.

Pela limitação do tempo não foi possível a submissão do instrumento a especialistas, pois por se tratar de tema abrangente e complexo poderia gerar uma falta de consenso entre os mesmos não havendo tempo hábil para tal.

A contribuição técnica dos especialistas seria de grande valia no auxílio da validação das dimensões escolhidas, critérios e escalas, mas não se pode afirmar que auxiliaria na complexidade das perguntas, pois a mesma é vista justamente pelos usuários. A realização deste piloto parece ser a opção adequada para aprimoramento do instrumento.

Para a próxima fase de aplicação em todas os hospitais da rede a escala precisará ser alterada para uma escala mais objetiva (talvez utilizando “sim”, “não” e “não se aplica” ou “conforme”, “não conforme” e “parcial conforme”) ou acrescentando ao instrumento uma legenda a respeito da escala e o que deverá ser considerado para cada item, tornando as respostas mais precisas e aproveitando melhor o senso crítico dos respondentes.

Outro fator importante a ser considerado nas futuras aplicações do instrumento é o envolvimento não só da alta liderança e Qualidade, como também incluir a participação das médias gerências e profissionais diretamente envolvidos no processo assistencial, para se obter visão mais ampla e precisa das práticas e seu desdobramento até a base operacional.

O envolvimento dos profissionais nas respostas pode ser suscitar contribuições sobre novas formas de executar o trabalho. A construção coletiva tem grande valor e

poder transformador, pois ao assumir o papel de agente da mudança, o profissional passa a ser mais um guardião das conquistas (SILVA, 2018).

Em organizações de saúde, principalmente hospitais, o envolvimento dos profissionais torna-se ainda mais importante, pois o sucesso da organização depende dessas equipes. Profissionais de saúde são detentores de conhecimentos específicos que exigem longo tempo de formação e treinamento, ainda mais em hospitais de alta complexidade. Para que as equipes assistenciais possam atingir o potencial, que vem do seu conhecimento, elas devem ser convidadas a participar da construção dos novos modelos (SILVA, 2018).

Outra limitação observada do instrumento é o fato de tratar-se de uma autoavaliação, podendo levar a conformidade superior ao que seria encontrado *in loco*, em uma avaliação externa por exemplo. Outros riscos da autoavaliação são o fato de que o respondente pode considerá-la como intervenção e ter dificuldade de distanciamento crítico nas respostas e dificuldade de envolver técnicos, parceiros e destinatários da intervenção (CAPUCHA, et al, 1996).

Consideramos ser importante manter a auto avaliação do instrumento pois a mesma leva à reflexão das práticas utilizadas por parte dos respondentes, pensamos que nas aplicações futuras deverão ser incluídos dados comprobatórios dos requisitos avaliados e uma avaliação local complementar à auto avaliação.

Consideramos ser importante manter a auto avaliação do instrumento pois a mesma leva a reflexão das práticas utilizadas por parte dos respondentes, pensamos que nas aplicações futuras deverão ser incluídos dados comprobatórios dos requisitos avaliados e uma avaliação local complementar a autoavaliação.

Outro achado relevante do estudo é o grau de positividade das respostas que podem ter sido influenciadas pelo fato do pesquisador pertencer à Qualidade Corporativa da rede de hospitais avaliados e os respondentes podem ter se sentido constrangidos em dar respostas mais transparentes.

E por fim o grau de neutralidade encontrado em algumas perguntas realizadas, já comentado na discussão do instrumento, foi interpretado por algumas instituições como sendo uma resposta para quando o hospital tinha a prática, mas a mesma não era bem aplicada, necessitando ser aprimorada, o que demonstra mais uma vez a necessidade de alteração da escala de respostas e disponibilização de manual para o preenchimento do questionário.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com relação ao instrumento foram introduzidas perguntas que abordam as estratégias da qualidade não somente voltadas para o cuidado clínico, como elementos de outros instrumentos de natureza semelhante, como o Projeto Marquis. Várias das dimensões referem-se à gestão, não se restringindo à avaliação da qualidade e suas estratégias. Muitos dos tópicos abordados correspondem a temas e práticas recentes na gestão, sobretudo da área da saúde. Considerou-se a importância dos hospitais trabalharem o desenvolvimento do seu capital intelectual, formação de novos líderes (levando em consideração que o instrumento foi aplicado em uma rede em plena expansão), construção, implementação e avaliação de estratégias e visão sistêmica do negócio.

Desenvolver e aplicar um instrumento de avaliação de estratégias da qualidade em uma rede de hospitais privados é uma prática desafiadora, sobretudo considerando a diversidade de organizações que compõem a rede.

A pesquisa para a elaboração do instrumento permitiu identificar estudos a respeito de materiais e métodos para a avaliação da qualidade. No entanto, a maior parte deles mostrou-se muito genérico, pouco específico para avaliações em saúde e com uma linguagem de difícil aplicabilidade para o público alvo deste trabalho.

Muitas são as características que distinguem as instituições hospitalares das demais, o que levou a constante revisão do instrumento na preocupação de desenvolver algo que fosse completo no sentido de avaliar todas as práticas e não tão extenso levando os respondentes à fadiga e desestímulo nas respostas.

O instrumento foi muito bem recebido pelos hospitais participantes e em nenhuma delas houve resistência ou dificuldade de retorno tanto para as respostas ao questionário, quanto na avaliação do mesmo, o que aponta de maneira geral a relevância do assunto dentro das instituições.

A aplicação do instrumento pode ser limitada pela distância hierárquica entre o topo e a base da organização, o que dificulta uma interpretação sistêmica da aplicação das estratégias da qualidade dentro das instituições. Espera-se nas aplicações futuras introdução de visitas para comprovação das práticas.

O instrumento foi considerado muito extenso por alguns respondentes, com algumas questões de avaliação amplas e repetitivas (aqui podendo ter viés de interpretação dos respondentes).

Os respondentes relataram dificuldades na aplicação da escala utilizada (Escala *Likert*) para o tipo de pergunta realizada, por se tratar de escala ampla, gerando dúvidas na interpretação de algumas respostas, podendo levar a viés de compreensão da resposta mais adequada à questão.

De maneira geral as respostas apresentaram um alto nível de concordância entre si por tratar-se de práticas já definidas e incentivadas dentro da rede avaliada. Apesar disso é provável que na visita local será possível encontrar resultados diferentes pois muitas das questões ainda são abordadas de maneira gerencial, não permeando a base operacional em muitos hospitais.

Destacam-se o alto grau de concordância das respostas às perspectivas de Controle de infecção e Segurança do paciente, o que está alinhado ao trabalho contínuo realizado pela rede no fortalecimento dessas práticas nos últimos anos através de desenvolvimento de diretrizes, discussões constantes em câmaras técnicas de especialistas para alinhamento de conceitos e processos, acompanhamento de indicadores e busca ativa de subnotificações. Como consequência há crescente maturidade das unidades nesses requisitos.

As perspectivas pessoas e gestão de recursos e desenvolvimento sustentável chamam a atenção pela divergência nas respostas entre os respondentes.

Gestão de pessoas é sempre um ponto nevrálgico dentro das instituições e com o crescimento exponencial do grupo de hospitais, acompanhar o desenvolvimento e retenção dos profissionais é desafiador, dadas as particularidades locais.

Com relação à Gestão de recursos, o resultado é bastante surpreendente, mas pode estar correlacionado ao fato das perguntas serem voltadas à análise e planejamento de um modo geral, o que ainda apresenta fragilidade entre as lideranças.

Para a rede, as respostas ao instrumento são de grande valia pois permitirão avaliação uniforme dos hospitais com identificação daqueles que possuem melhores práticas da qualidade e direcionamento de esforços às perspectivas que precisam ser desenvolvidas corporativamente.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY (AHRQ). Department of Health e Human Service. What Is Patient Experience?, 2017. Disponível em: <https://www.ahrq.gov/cahps/about-cahps/patient-experience/index.html>. Acesso em: 22 de julho de 2019.

ÂLCANTARA, E. Compliance e ética na saúde. CBEXS, 2017. Disponível em: <http://cbexs.com.br/compliance-etica-na-saude-responsabilidade-de-todos-nos/>. Acesso em: 19 abr. 2019.

ALMEIDA, F. J. R. Ética e Desempenho Social das Organizações: um Modelo Teórico de Análise dos Fatores Culturais e Contextuais. Revista de Administração Contemporânea, v. 11, n. 3, p. 105-125, jul./set. 2007.

ALVES, K. Impacto da Gestão da Qualidade no Desempenho de Organizações Hospitalares na Região Metropolitana de São Paulo. Tese (Doutorado em Administração de Empresas). Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, p.141, 2015.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR ISO 9000:2015 – Sistema de gestão da qualidade – fundamentos e vocabulário. Rio de Janeiro, 2015.

BALDAM, R. et al. Gerenciamento de processos de negócios: BPM - business process management. São Paulo: Érica, 2011.

BERSSANETI, FT et al. Is there any link between accreditation programs and the models of organizational excellence?. Rev Esc Enferm USP, São Paulo, v. 50, n. 4, p. 648-655, dez./jun. 2016. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000500016>. Acesso em: 03 abr. 2019.

BITTAR, O.J.N.V et al. Relato de caso: Sistemas de informação em saúde e sua complexidade. Ver. Adm. Saúde. São Paulo, v. 18, n. 70, p. 1-18, jan/mar. 2018.

BONATO, V.L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. O Mundo da Saúde, São Paulo, 2011;35(5):319-331.

BOSCOLO, J.P.A.C. Aplicação do Modelo EFMQ em uma organização de ensino do terceiro setor. Graduação (Engenharia de Produção). Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, São Paulo, p.149, 2014.

BRAITHWAITE, J. et al. Health service Accreditation as a predictor of clinical and organizational performance: a blinded, random, stratified study. Quality Safety BJM. Australia, v.19, p. 14-22, set. 2016.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente. Brasília: Anvisa, 2014.

BRASIL, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde. Brasília: Anvisa, 2017.

CAIXEIRO, F.T.O. A aplicação do método Análise dos Modos de Falhas e seus efeitos (FMEA) para a prospecção de riscos nos cuidados hospitalares no Brasil. Dissertação (Mestre em Ciências na área de Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011, p. 87.

CAPUCHA, L. et al. Metodologias de avaliação: o estado da arte em Portugal. Sociologia, problemas e práticas, Portugal, n. 22, p. 9-27, 1996. undefined. Disponível em: <<https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/840/1/2.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

CARE QUALITY COMMISSION. Our strategy for 2016 to 2021. Disponível em: <<https://www.cqc.org.uk/>>. Acesso em: 10 set. 2018.

CORTE, M.R.A. Qualidade dos Serviços Hoteleiros na Ilha do Porto Santo. Dissertação (Mestrado em Gestão e Engenharia Industrial). Universidade Técnica de Lisboa, 2009. Disponível: <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/1434/1/TFM%20Romana%20Corte.Pdf>. Pdf. Acesso em 14/04/2019.

COSTA, F. J. Mensuração e desenvolvimento de escalas: aplicações em administração. Rio de Janeiro: Ciência Moderna, 2011.

CRATO, Celia. Qualidade condição e competitividade. 1 ed. Porto: SPI - Sociedade Portuguesa de Inovação, 2010. 96 p.

DAMAZIO, L.F, GONÇALVES, C.A. Desafios da Gestão Estratégica em Serviços de Saúde. Elsevier, Rio de Janeiro, 2012.

DESPACHO n.º 14223/2009. D.R. II.a Série. 120 (2009-06-24) 24667-24669 — Procede à aprovação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde.

DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE DE PORTUGAL. Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Portugal, 2015. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Documents/2015/Junho/PNS-2020.pdf>. Acesso realizado em 14/04/2019.

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

DONABEDIAN A. An introduction to quality assurance in health care. New York: Oxford University Press, 2003.

DONAHUE, K.T, VANOSTENBERG, P. Joint Commission International accreditation: relationship to four models of evaluation. International Journal for Quality in Health Care, Illinois, USA, v. 12, n. 3, p. 243–246, fev. 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/intqhc/12.3.243> . Acesso em 18/04/2019

ELSBACH, K. D., KRAMER, R. M. Members' responses to organizational identity. Administrative Science Quarterly, v. 41, p. 442-476, 1996.

EMÍDIO, L.F. Acreditação Hospitalar: Estudo de casos no Brasil. *Perspectivas em Gestão*, João Pessoa, v. 3, n. 1, p. 98-113, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/pgc>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

ESAG JR CONSULTORIA EM ADMISNITRAÇÃO. A função do planejamento estratégico no crescimento empresarial. Disponível em: <<http://esagjr.com.br/planejamento-estrategico-no-crescimento-empresarial/>>. Acesso em: 18 abr. 2019.

EUROPEAN FOUNDATION FOR QUALITY MANAGEMENT. EFMQ excellence model. Brussels, 2013. Disponível em: <<https://www.efqm.org/>>. Acesso em: 10 set. 2018.

FAISSAL, R. et al. Atração e seleção de pessoas. Rio de Janeiro, 3 edição. FGV editora, 2015.

FELDMAN, L.B, GATTO, M.A.F, CUNHA, I.C.K.O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-2019, ago./nov. 2005. Disponível em: <<http://www.cofen.gov.br/wp-content/uploads/2017/03/Feldman-2005.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

FELIX, E.P.V. Existe trade-off entre eficiência e qualidade nas organizações hospitalares? Tese (Doutorado em Administração de Empresas). Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, p.155, 2016.

FLODGREN, G.; et al. Effectiveness of external inspection of compliance with standards in improving healthcare organisation behaviour, healthcare professional behaviour or patient outcome. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, n. 11, 2011.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. Critérios de excelência da gestão: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional. 19 ed. São Paulo, 2011.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. Critérios de excelência da gestão: avaliação e diagnóstico da gestão organizacional. 20 ed. São Paulo, 2013.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. Gestão para a Excelência: um guia completo para implementar na empresa. São Paulo, 2014.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. Despertando o pleno potencial das pessoas. São Paulo, 2016.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE. Modelo de excelência da gestão (MEG): Guia de referência de excelência em gestão. São Paulo, 2016.

GAMA, Z. A. S; HERNANDEZ, P. J. S. Inspeção de boas práticas de serviços de saúde no Brasil. 1 ed. Natal, Rio Grande do Norte: UFRN, 2018. 264 p.

GERTLER, P.J, et al. Avaliação de impacto na prática. 2 ed, Washington DC: Banco Interamericano de Desenvolvimento Mundial, 2018.

GÔUVEA, C.S.D, TRAVASSOS, C. Indicadores de segurança do paciente para hospitais de pacientes agudos: revisão sistemática. *Cad. Saúde Pública*, 26(6):1061-1078. Rio de Janeiro, 2010.

GREENFIELD, D. et al. A mechanism for revising accreditation standards: a study of the process, resources required and evaluation outcomes. *BMC Health Services Research*, Australia, v. 14, n. 571, p. 1-6, 2014.

GREENFIELD, D., BRAITHWAITE, J. Health sector Accreditation research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*. Australia, v.20, n.3, p.172-183, mar.2008

INSTITUTE FOR HEALTHCARE IMPROVEMENT. Iniciativas. Disponível em: <http://www.ihl.org/Engage/Initiatives/Completed/5MillionLivesCampaign/Pages/default.aspx>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2019.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL (JCI). Padrões de acreditação da Joint Commission International para hospitais. 6 ed, 2017.

JUNQUEIRA, L. A. P. A mudança organizacional no setor público de saúde: delineamento de uma metodologia. *Revista de Administração Pública*, v. 26, n. 2, p. 139–144, 1992.

LA FORGIA, G. M., COUTTOLENC, B. F. Desempenho hospitalar no brasil: em busca da excelência. São Paulo: Singular, 2009. 496 p.

LIMA, A. Gestão da segurança e infraestrutura de tecnologia da informação. 1 ed. São Paulo: SENAC, 2018.

LIMA, G. Aplicação do modelo de excelência EFQM na avaliação de sistemas de gerenciamento de facilidades. Monografia (especialista em Gerenciamento de Facilidades). Escola Politécnica da Universidade de São Paulo. São Paulo, p.154, 2014.

LIRA, A. C. O.; JUNIOR, A. E. A.; CARDOSO, L. F.. Organização e funcionamento dos serviços de saúde. 1 ed. São Paulo: 2015.

LOMBARTS, M. J. M. H. et al. Application of quality improvement strategies in 389 European hospitals: results of the MARQuIS project. *BMJ Journals*, Netherlands, v. 18, p. i28–i37, nov. 2008.

MENDES, M.F. O impacto dos sistemas QAS nas PME portuguesas. Dissertação (Mestrado em Engenharia Industrial - Qualidade, Segurança e Manutenção). Universidade do Minho. Portugal, p.177, 2007. Disponível em: <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/7967/1/Tese.pdf>. Acesso realizado em 15/03/2019.

MUMFORD, V. et al. Counting the costs of Accreditation in acute care: an activity-based costing approach. *BMJ open*, Australia, p. 1-10, 07./ago. 2015.

NICKLIN, W. The Value and Impact of Health Care Accreditation: A Literature Review. Disponível em Accreditation Canada: <<http://accreditation.ca>>. Acesso em: 14/04/2019

OLIVEIRA, J.M.M.F. O Modelo de Excelência da EFQM operacionaliza a Gestão da Qualidade Total e tem influência positiva na Performance Organizacional? Dissertação (Mestrado em Gestão). Escola Superior de Tecnologia e Gestão do Instituto Politécnico de Leiria, p.189, 2018.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. 2014.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. 2018.

PEREIRA, A.F.B. A gestão de pessoas na crise econômica e o desenvolvimento de potenciais líderes- O caso da Vale S.A. Monografia (Administração de Empresas). Universidade Federal do Maranhão, São Luis, p. 114, 2016.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA (PUC). Balanced Scorecard de Kaplan & Norton. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/9450/9450_4.PDF. Acesso em: 12/05/2019.

PORTER, M. E., TEISBERG, E. O. Repensando a saúde: Estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Ed. Artmed, Porto Alegre, 2007.

PROQUALIS. Simplificando o cuidado centrado na pessoa: O que todos devem saber sobre o cuidado centrado na pessoa. Rio de Janeiro, 2016. Acesso feito em 06/10/2018. Disponível em: <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Simplificando-o-cuidado.pdf>

RICHARDSON, E. et al. User involvement in regulation: A qualitative study of service user involvement in Care Quality Commission inspections of health and social care providers in England. Health Expectations, Manchester, UK, v. 22, p. 245–253, jun./out. 2018. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/hex.12849>>. Acesso em: 19 abr. 2019.

SARTORI, T e SILUK, J.C.M. Modelo de Excelência em Gestão (meg): Aplicação em uma Empresa de Software de Santa Maria (rs). Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos11/39714427.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2019.

SCHIESARI, L.M.C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente?. Ciência & Saúde Coletiva, São Paulo, v. 19, n. 10, p. 4229-4234, 2014. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2014.v19n10/4229-4234/pt>>. Acesso em: 16 abr. 2019.

SCHIESARI, L.M.C. Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas. Faculdade de Saúde Pública da USP - Dissertação de Mestrado. 1999.

SCHMALTZ, S. P. et al. Hospital performance trends on national quality measures and the association with Joint Commission accreditation. *Journal of hospital medicine*, v. 6, n. 8, p. 454-461, 2011.

SCHOUT, D. NOVAES, H.M.D. Do registro ao indicador: gestão da produção da informação assistencial nos hospitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 12, n. 4, p. 935-944, jan. 2007. Disponível em: <<https://www.scielo.org/pdf/csc/2007.v12n4/935-944/pt>>. Acesso em: 04 set. 2018.

SILVA, C.L.M., NOGUEIRA, E.E.S. Instituições, Cultura e Identidade Organizacional. AMPAD, Paraná, 2000. Disponível em: <http://www.anpad.org.br/admin/pdf/eneo2000-53.pdf>, acesso realizado em 12/05/2019.

SILVA, G. E. S. A busca pelo cuidado baseado em valor em um hospital universitário. Dissertação (Mestrado em Gestão para a Competitividade). Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, p. 117, 2018.

SILVA, M. Â. Desenvolvimento e implementação de um Sistema de Gestão da Qualidade. Dissertação (Mestrado em Engenharia e Gestão Industrial). Universidade de Aveiro, Portugal, p.154, 2009. Disponível: <http://hdl.handle.net/10773/1715>. Acesso em 14/04/2019

SOUZA, C. L. Recrutamento e retenção de talentos como Gestão Estratégica. *Revista Administração e Negócios*, out. 2013.

SPENCER, E; WALSHE, K. National quality improvement policies and strategies in European healthcare systems. *BMJ Journals*, Manchester, UK, v. 18, p. 22-27, 08./oct. 2008. Disponível em: <<http://qualitysafety.bmj.com>>. Acesso em: 10 set. 2018.

THE EUROPEAN ORGANIZATION FOR QUALITY. Eoq certifications. Disponível em: <<http://www.eoq.org/home.html>>. Acesso em: 14 nov. 2018.

VINCENT, C., AMALBERTI, R. Cuidado de Saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano. Publicações Proqualis. Rio de Janeiro, 2016.

WACHTER, R. M. Compreendendo a Segurança do Paciente. Porto Alegre: Artmed, 2013.

WAGNER, C. et al. DUQuE quality management measures: associations between quality management at hospital and pathway levels. *International Journal for Quality in Health Care*, Netherlands, v. 26, n. 1, p. 66-73, fev. 2014.

WORK LIFE BRASIL. Robert Half. Os desafios de um plano sucessório – quem serão os próximos líderes? *Carreira, Gestão de pessoas, Sucessão*. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. A background for national quality policies in health system. Copenhagen: Serviço Regional Oficial da Europa, 2002.

ZINK, K. J. & SCHIMIDT, A. (1998). Practice and Implementation of Self-assessment. *International Journal of Quality Science*. 3 (2), pp. 147-170.

APÊNDICE A – Avaliação do instrumento

AVALIAÇÃO DO INSTRUMENTO

AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS DE QUALIDADE DE UM GRUPO DE HOSPITAIS PRIVADOS

Este questionário é para um estudo acadêmico realizado no âmbito do Mestrado de Gestão para Competitividade em Saúde da Fundação Getúlio Vargas. O estudo está somado ao questionário já respondido por vocês intitulado Avaliação das estratégias de qualidade de um grupo de hospitais privados no Brasil e pretende avaliar a relevância do instrumento.

1 - Qual seria a contribuição do instrumento?

2 - Que aspectos acharam mais interessantes?

3 - Que aspectos acharam menos interessantes do questionário?

4- Acrescentaria ou tiraria alguma coisa?

5- Na sua opinião como o instrumento poderia contribuir para o corporativo ter mais informações das unidades?

6- Você utilizaria o questionário para aplicar na sua unidade? Ele seria útil?

7- O que acharam da escala?

8 - Nós tivemos um número mais importante do que eu imaginava do concordo e nem discordo, como devo interpretar? Por quê colocaram?

9- Como vocês abordariam para não ter respostas neutras?

APÊNDICE B – Instrumento para Avaliação de Estratégias da Qualidade

LIDERANÇA	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
A identidade organizacional (Missão, visão e valores) encontra-se definida e divulgada pela liderança						
Os líderes definem a melhoria contínua da gestão organizacional bem como seu desempenho.						
Os líderes revisam e acompanham a melhoria contínua da gestão da organização bem como seu desempenho.						
Os líderes promovem a cultura de excelência entre as pessoas da organização?						
ESTRATÉGIAS	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
A instituição desenvolve suas estratégias baseadas na avaliação das necessidades das partes interessadas internas e externas (pacientes, colaboradores, acionistas, comunidade, etc)						
As estratégias da organização são desenvolvidas com base na sua capacidade atual e capacidade instalada para o alcance dos objetivos estratégicos?						
As estratégias da instituição são desenvolvidas, revisadas e atualizadas periodicamente?						
Há metas claras para os objetivos estratégicos?						
A organização demonstra resultados positivos relacionados aos clientes por pelo menos 3 anos?						
A instituição discute e analisa as razões e fatores chave que determinam ou influenciam as tendências observadas nos resultados e o impacto desses na estratégia?						
PESSOAS	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
A instituição define as competências desejáveis das lideranças atuais e futuras						
Há processo de seleção de pessoas com potencial de liderança e sucessores						
Planos de desenvolvimento individuais são elaborados a partir da avaliação de desempenho e acompanhados periodicamente pela liderança						
A instituição define claramente os resultados individuais esperados para o alcance dos objetivos dos objetivos estratégicos.						
A média gerência é envolvida na revisão das estratégias						
As pessoas estão alinhadas com os objetivos estratégicos da organização e assumem as responsabilidades?						
Os conhecimentos vitais para o alcance da missão e desdobramento das estratégias organizacionais são definidos e gerenciados?						
São utilizados métodos para atrair e reter pessoas?						
As pessoas se comunicam eficazmente em toda a organização						
GESTÃO DE RECURSOS E DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
A organização adota políticas e processos para trabalhar eficazmente com os parceiros e fornecedores de acordo com a estratégia da instituição						
A organização implementa estratégias, políticas e processos econômico-financeiros para apoiar a estratégia da organização e garantir sua sustentabilidade e saúde financeira.						
A organização gerencia seus processos e controla a informação econômica e financeira para otimizar o uso de recursos.						
A organização gerencia seus recursos de modo a otimiza-los e gerencia seus custos?						
A organização aloca recursos de acordo com as necessidades de longo prazo						
A organização avalia, seleciona e valida investimentos em ativos tangíveis e intangíveis tendo em conta as suas repercussões econômicas, sociais e ambientais a longo prazo						
A organização implementa estratégias, políticas e processos para a gestão sustentável de edifícios, equipamentos e materiais do ponto de vista financeiro e ambiental						
Os líderes utilizam-se de informações precisas e suficientes que servirão de apoio para tomar decisões de uma forma oportuna.						
A organização envolve os colaboradores na geração de idéias e inovação.						
A instituição discute e analisa as razões e os fatores chaves que determinam ou influenciam as tendências observadas e as impacto que os principais resultados podem ter nos indicadores de desempenho						
A organização demonstra resultados chaves positivos ou sustentados por pelo menos 3 anos.						

PROCESSOS, PRODUTOS E SERVIÇOS	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
Processos são mapeados e documentados de maneira sistemática, com definição de responsáveis, método, periodicidade e controles para orientar seu funcionamento e monitorar sua aplicação?						
Os processos estratégicos estão definidos						
As lideranças dos processos entendem seus papéis e responsabilidades no seu desenvolvimento, manutenção e melhoria						
Há indicadores com metas definidas para o monitoramento do desempenho dos processos, permitindo avaliar a eficiência da operação, a eficácia das ações e sua contribuição para a estratégia da organização?						
A instituição utiliza benchmarking apropriados para impulsionar a inovação, criatividade e melhoria?						
Os serviços são definidos com base no mapeamento dos diferentes grupos de clientes atendidos						
Há gestão dos riscos inerentes a cada processo?						
Há monitoramento sistemático da melhoria dos processos em termos de eficiência e produtividade São realizadas análises de melhoria dos processos considerando eficiência, eficácia, produtividade, alocação de recursos, assim como métodos para reduzir a variabilidade e aumentar a confiabilidade?						
A experiência do paciente e suas percepções são avaliadas continuamente garantindo processos alinhados para o atendimento dos pacientes?						
Os pacientes são envolvidos no cuidado e sabem claramente seu papel e sua responsabilidade nele						
A organização demonstra resultados positivos ou sustentados por pelo menos 3 anos.						
São realizadas reuniões de análise crítica dos processos?						
MELHORIA DA QUALIDADE CLÍNICA	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
A instituição implanta e divulga diretrizes de redução da variabilidade da prática clínica						
A instituição identifica necessidades de capacitação dos profissionais sobre as diretrizes clínicas utilizadas para o uso adequado das mesmas?						
Promove momentos de discussão dos protocolos clínicos						
Monitoriza o grau de implementação das diretrizes clínicas através de indicadores						
Realiza auditorias clínicas internas						
A organização acompanha a adesão às diretrizes clínicas?						
PROGRAMA DA QUALIDADE	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
A organização utiliza metodologia de padronização e controle de documentos?						
Possui um programa de qualidade e segurança do paciente que utiliza informações atualizadas para apoiar os cuidados dos pacientes, a educação dos profissionais de saúde, as pesquisas clínicas e a gestão						
O programa de gestão da qualidade e segurança do paciente inclui a análise de dados para avaliar os cuidados oferecidos aos pacientes e auxiliar na gestão hospitalar?						
O processo de análise de dados inclui pelo menos uma análise anual do impacto das melhorias?						
Os resultados de indicadores e auditorias clínicas são analisados quando demonstram tendências e variações indesejáveis evidentes?						
Melhorias da qualidade e segurança são alcançadas e sustentadas sistematicamente?						
CONTROLE DE INFECÇÃO	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
A organização adere às práticas de controle de infecção em sítio cirúrgico e monitoriza os resultados?						
A organização adere às práticas de controle de infecção por uso de dispositivos e monitoriza os resultados?						
A organização adere às boas práticas de reprocessamento de materiais						
A organização adere às boas práticas de higiene das mãos e monitora os resultados						
A organização adere às práticas de uso racional de antimicrobiano e monitorização dos resultados						

SEGURANÇA DO PACIENTE	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
A organização adota um sistema de notificações de incidentes?						
A organização realiza a análise de incidentes e eventos adversos?						
A organização realiza a análise prospectiva dos riscos assistenciais e implantação de barreiras de mitigação?						
A organização implanta e monitora a adesão às metas nacionais de segurança do paciente						
A organização avalia a percepção da cultura de Segurança do paciente?						
A organização avalia e gerencia os indicadores de segurança do paciente?						
A organização prioriza e implementa ações para mitigação dos riscos que impactam na assistência e nos processos estratégicos						
COMITÊ E COMISSÕES INSTITUCIONAIS	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
Possui Comissão de Farmácia e Terapêutica atuante e monitora as suas ações?						
Possui Comissão de revisão de prontuários dos pacientes atuante e monitora as suas ações?						
Possui Comissão de controle de infecção hospitalar atuante e monitora as suas ações?						
Possui Comissão de Revisão de óbitos atuante e monitora as suas ações?						
Possui Comissão de Hemoterapia atuante e monitora as suas ações?						
Possui Núcleo de Segurança atuante e monitora as suas ações?						
ÉTICA	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
O hospital estabelece um arcabouço para o gerenciamento ético que promove uma cultura de práticas e tomada de decisão éticas capazes de garantir que os cuidados aos pacientes sejam prestados de acordo com normas comerciais, financeiras, éticas e legais que protejam os pacientes e seus direitos						
A organização estabelece padrões de conduta para assegurar um relacionamento ético com as partes interessadas, respeitar diversidade, evitar conflitos de interesses e combater a corrupção						
A organização estabelece diferentes formas de comunicação considerando cada uma das partes interessadas						
A organização monitora a aplicação dos padrões de compliance?						
SEGURANÇA DA INFORMAÇÃO	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
A organização estabelecimento de requisitos para segurança da informação?						
A organização avalia os riscos relacionados à segurança da informação?						
Os riscos são tratados com foco na garantia de confidencialidade, integridade, disponibilidade, autenticidade, confiabilidade e responsabilidade?						
ANÁLISE DOS RESULTADOS	CONCORDO TOTALMENTE	CONCORDO	NÃO CONCORDO, NEM DISCORDO	DISCORDO	DISCORDO TOTALMENTE	COMENTÁRIOS
A realização e efetividade das ações decorrentes das tomadas de decisão são acompanhadas de forma sistemática?						
As decisões e seus resultados são comunicados para as partes interessadas pertinentes?						
As melhorias introduzidas são compartilhadas com as partes interessadas diretamente envolvidas?						
Os ganhos obtidos com as melhorias implementadas são divulgados às partes interessadas pertinentes?						

ANEXO A – Parecer número 100/2018 Comitê de Conformidade Ética em Pesquisa Envolvendo Serres Humanos-CEPH/FGV



Rio de Janeiro, 06 de Novembro de 2018

Comitê de Conformidade Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos – CEPH/FGV

Parecer n. 100/2018

Pesquisador responsável: Angela Zerbielli

Centro/Escola: EASP

Pós-Graduação: Mestrado Profissional – Gestão para a competitividade

Orientador (a):

Título do projeto de pesquisa: "Avaliação das Estratégias de Qualidade de um Grupo de Hospitais Privados"

Financiamento: Rede Dor/ São Luiz

Relator: Eduardo Andrade

Apresentação

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo responder quais as estratégias ou atividades são utilizadas para avaliar a qualidade de serviços de saúde em uma Rede de Hospitais Privados.

Para avaliação das políticas e estratégias de qualidade dos hospitais, será utilizado metodologia quantitativa e qualitativa através da aplicação de um instrumento que avaliará critérios como: gestão de documentos, gestão de riscos, políticas institucionais, gestão por processos, gestão de protocolos clínicos e de segurança, medidas de prevenção relacionadas a infecções, auditorias, gestão por performance e interfaces.

O instrumento, após ser validado por especialistas, será aplicado em 36 unidades hospitalares de uma Rede de Hospitais Privados localizados em quatro estados do Brasil utilizando-se da plataforma de questionários online Survey Monkey.



Os critérios para escolha das unidades são ter sido adquiridos ou inaugurados há pelo menos 2 anos. Após a devolução dos questionários será feita uma avaliação in loco para validação das respostas em uma unidade de cada estado (total de unidades=4). Os dados coletados serão compilados em um dashboard com os comparativos das estratégias e políticas de qualidade utilizadas pelas instituições participantes.

Considerações

I. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e Confidencialidade

O Termo de Consentimento explica brevemente os objetivos da pesquisa, assegura a voluntariedade de pesquisa e informa os dados do pesquisador e do Comitê de ética. Quanto à confidencialidade dos dados, o pesquisador esclarece que os relatórios gerados pela plataforma consideram apenas dados consolidados, sem nenhuma identificação dos participantes. O Comitê considera adequado o termo.

Deliberação

Após deliberação dos membros, o CEPH/FGV classifica o presente projeto de pesquisa como:

Aprovado

O protocolo está totalmente adequado para execução.



Daniel Vargas