



FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

Valéria Terra

MUDANÇA ORGANIZACIONAL
E IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE QUALIDADE
EM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO.

ESTUDO DE CASO

São Paulo
2000

11

22

**MUDANÇA ORGANIZACIONAL
E IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE QUALIDADE
EM HOSPITAL DO MUNICIPIO DE SÃO PAULO**

ESTUDO DE CASO

Banca Examinadora

Prof. Orientadora Ana Maria Malik

Prof. João Mario Csillag

Prof. Nelson Hamerschlak

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

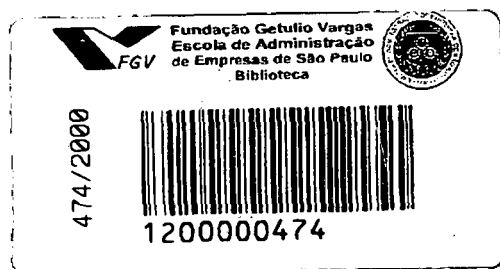
VALÉRIA TERRA

**MUDANÇA ORGANIZACIONAL
E IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA DE QUALIDADE
EM HOSPITAL DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**

ESTUDO DE CASO

Dissertação apresentada ao Curso
de Pós Graduação da FGV/EAESP
Área de Concentração: Administração
Hospitalar e de Sistemas de Saúde
como requisito para a obtenção do título de
Mestre em Administração

Orientadora : Prof. Dra. Ana Maria Malik



São Paulo
2000

Escola de Administração de S Empresas de São Paulo	
Data	Nº da Chamada
10.04	64.024.8 (816.11)
Tornio	T323m
474/2000	Dis. c.1

SP-00016143-1

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
CULTURA E MUDANÇA ORGANIZACIONAL	8
QUALIDADE EM SAÚDE	22
Alguns modelos de qualidade aplicados à área da saúde	31
Acreditação hospitalar	33
O HOSPITAL EM ESTUDO	38
Um breve histórico	38
A Sociedade Beneficente	39
O Hospital	39
OBJETIVOS	45
Objetivo geral:	45
Objetivos específicos:	45
METODOLOGIA	46
Estratégia de investigação	48
Análise dos resultados	50
PROGRAMAS DE QUALIDADE NO HOSPITAL	52
Histórico	52
O modelo Joint Commission	55
As etapas do processo de acreditação	57
RESULTADOS E DISCUSSÃO	63
Intencionalidade da mudança	63
Fatores facilitadores / impulsionadores	65
Fatores limitadores	69
Mudanças ocorridas	75
CONCLUSÕES	79
BIBLIOGRAFIA	84

AGRADECIMENTOS

À Ana Maria, mestra, orientadora e amiga muito querida, pelo aprendizado proporcionado nestes últimos anos... e pela paciência.

Ao Hospital Israelita Albert Einstein, pela oportunidade da realização deste trabalho.

Aos entrevistados, em ordem alfabética, pela disponibilidade e pela atenção com que me receberam: Alberto Cruz Gianelli Fusco, Anna Margherita Bork, Antonio Carlos Cascão, Cláudia Garcia de Barros, Crésio R. Pereira, Cynthia Shughrue, Elias Knobel, Fábio Patrus Mundim Pena, Jairo Tabacow Hidal, José Henrique Germann Ferreira, Laura Maria César Schiesari, Leonardo Ceccon, Luiz Gastão Rosenfeld, Marcioneida Caselato, Marcos Bosi Ferraz, Maria Laiz A. M. Zanardo, Maria Lúcia Ramos, Maria Lúcia Rodrigues, Mário Angelino Filho, Massayuki Yamamoto, Nelson Hamerschlag, Paula Carnevale Vianna, Reynaldo André Brandt, Rita de Cássia Pires Coli, Sérgio Wey, Vera Roncati.

Ao Mikio, pela compreensão e boa vontade na liberação de meu período de férias, sem o qual teria sido impossível a finalização desta dissertação.

À Marina, Magda, Ira e ao Etevaldo, pela pressa e pela competência no trabalho de transcrição das fitas.

À Leila, pela boa vontade em atender as solicitações de última hora.

À Denise, à Clara e ao Fábio, pela amizade e pela força nesta reta final.

À Laura, pela amizade e incentivo, pela ajuda e pelo tempo tomado nestas últimas semanas.

Aos meus pais, Bira e Irene, por tudo que me ensinaram e pelo amor imensurável.

Aos meus irmãos, Ubirajara e Rose, Sérgio e Conceição, e aos meus sobrinhos, Daniel, Fábio, Gustavo, Ana Luiza, Mariana e Marcelo, todos maravilhosos e queridíssimos.

Ao Álvaro, pelo carinho, compreensão e companheirismo inigualáveis, e pelas sugestões, sempre pertinentes, sempre bem-vindas.

INTRODUÇÃO

No Brasil, e em grande parte dos países do mundo, o setor da saúde vem passando por uma grave crise traduzida por baixa qualidade da assistência, ineficiência e iniquidade. Algumas manifestações dessa crise são: a elevação dos custos da atenção médica sem o impacto correspondente no padrão de saúde da população, a irracionalidade da alocação dos recursos e a insatisfação da população usuária dos serviços. As propostas de solução têm sido estudadas por vários autores, e incluem a racionalização dos recursos e a re-estruturação do sistema de saúde (MENDES, 1995; GUIMARÃES & TAVARES, 1994).

A Comissão Econômica para a América Latina e Caribe – CEPAL e Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS apresentaram proposta de reforma do setor da saúde para a Região da América Latina e do Caribe, denominada *Saúde na Transformação Produtiva com Equidade – STPE*, que tem como valores fundamentais a qualidade, a produtividade e a equidade. Cabe, aqui, destacar alguns aspectos operacionais dessa reforma: implantação de programas de qualidade, com habilitação, categorização e acreditação dos estabelecimentos; utilização de novas posturas gerenciais; adequação quantitativa e qualitativa de recursos humanos (técnicos e gerenciais); reorientação na gestão de recursos humanos, prevendo o aumento da eficiência e da qualidade da atenção; e outras propostas relativas à organização dos sistemas e serviços e ao financiamento do setor (MENDES, 1996).

Nos Estados Unidos, o *Institute of Medicine* promoveu, recentemente, uma Conferência Nacional sobre Qualidade em Saúde (*National Roundtable on Health Care Quality*) que apontou a existência de graves problemas de qualidade nos serviços de saúde americanos classificados como: *uso insuficiente, uso excessivo e uso inadequado*, os quais ocorrem com a mesma frequência nos sistemas de atendimento gerenciado (*managed care*) e nos de *fee-for-service*. Essa conferência reuniu 20 representantes dos interesses dos provedores públicos e privados de cuidados à saúde e propôs, ao final, um programa integrado de regulação, melhoria contínua da qualidade, competitividade de mercado e incentivos nos pagamentos (GRIFFITH & KING, 2000).

WENZEL (1993), analisando a evolução da assistência à saúde nos EUA, identifica três períodos: de *expansão*, iniciando-se nos anos 40, caracterizado pelo rápido aumento no número de hospitais e médicos, e por avanços técnicos, com conseqüente elevação dos gastos em pesquisa básica e na prestação de serviços públicos de saúde; de *contenção*, iniciado no início dos anos 80, e o *período corrente*, iniciado no final dos anos 80, em que as agências reguladoras, os provedores e os consumidores estão interessados na medida da performance clínica e na avaliação/monitoramento dos cuidados de saúde.

Esse interesse pela mensuração do desempenho das empresas não foi específico para a área da saúde. O movimento da qualidade iniciado nos anos 80 enfatizou “a mensuração como um conceito” (GRIFFITH & KING 2000, p. 18), sendo este viabilizado pela rápida expansão do uso da informática, tornando-se cada vez mais freqüente a mensuração

multidimensional do desempenho para decisões estratégicas. O Prêmio Nacional da Qualidade Malcolm Baldrige – PNQ (*Malcolm Baldrige National Award*) atraiu centenas de empresas, inclusive organizações de saúde, tendo ampliado os seus critérios para incluir itens específicos para esse tipo de organização, a partir de 1999. A ISO 9000, uma certificação de qualidade geral, também atraiu o interesse de várias empresas de cuidado à saúde, especialmente na Europa (MELLO & CAMARGO, 1998).

Nos anos 90, a mensuração do desempenho no cuidado à saúde generalizou-se nos Estados Unidos, observando-se uma grande expansão das organizações avaliadoras da qualidade em saúde. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, criada nos anos 50, ampliou seus critérios de mensuração da qualidade, o *National Committee on Quality Assurance (NCQA)* tornou-se o acreditador dos planos de seguros saúde, e a *Foundation for Accountability (FACCT)* e o *Medical Outcomes Trust (MOT)* alcançaram reconhecimento nacional.

A introdução do *managed care* (atendimento gerenciado) no sistema de saúde norte-americano teve como um de seus principais objetivos a redução de custos, observando-se mudanças no sistema de financiamento da assistência, sendo o pagamento por procedimento (*fee-for-service*) progressivamente substituído pelo sistema de *capitação*, em que a organização de saúde recebe um valor mensal pré-determinado de acordo com o número de beneficiários (BROWN, 1996).

O ambiente do *managed care* idealmente provê serviços de qualidade ao mesmo tempo em que contém os custos do tratamento. Para NOBLE & KLEIN (2000), o sucesso das empresas que gerenciam o cuidado de saúde

depende em grande parte de dois fatores: habilidade para oferecer cuidado de qualidade visando obter resultados positivos para os clientes, e capacidade para determinar objetivamente os benefícios do tratamento com relação aos custos do cuidado provido. Empregadores, planos de saúde e governo americano estão procurando desenvolver evidências da qualidade dos serviços de cuidados de saúde e têm enfatizado a importância da contínua melhoria na qualidade.

O *managed care* tem gerado controvérsias entre aqueles que apoiam e os que criticam a proposta de implantação de um sistema com características semelhantes no Brasil. Estes últimos consideram a idéia de cunho privatizante e questionam a sua real utilidade como um instrumento de melhora da qualidade das ações e serviços de saúde (MERHY et al., 1996). Para MALIK (1992), uma das dificuldades ao se falar em qualidade em saúde no Brasil é o fato de que, apesar de estar garantido na Constituição de 1988 o acesso universal às ações e serviços de saúde, este não é uma realidade. Portanto, para essa autora, talvez se devesse considerar a real existência de acesso como um dos objetivos a se atingir em termos de qualidade.

Recentemente, MALIK & TELES (2000) realizaram uma pesquisa em uma amostra de 95 hospitais de diferentes portes do Estado de São Paulo (composta de hospitais públicos, filantrópicos, não filantrópicos e universitários) com o objetivo de investigar a existência de iniciativas de melhoria da qualidade. Dados preliminares desse estudo revelam que apenas 22 deles (ou 23%) possuem algum programa de qualidade, sendo que, destes, 10 referem ter iniciado a implementação há menos de 3 anos.

Essa é uma informação surpreendente frente ao fato dos hospitais de São Paulo serem considerados os melhores do país e os primeiros a incorporar novas tecnologias e avanços na área de saúde.

O hospital estudado nesta dissertação consolidou-se como um dos melhores do país e da América Latina seguindo o modelo norte-americano de utilização de tecnologia de ponta para assegurar a qualidade de seus serviços. No início dos anos 90, seus dirigentes começaram a perceber que a incorporação de tecnologia em breve já não seria um diferencial competitivo e que se fazia necessário buscar alternativas para garantir a melhoria contínua da qualidade da assistência prestada, mantendo padrões de excelência em nível internacional.

A presente dissertação é um estudo de caso sobre as mudanças organizacionais ocorridas nesse hospital como consequência da implantação dos padrões da *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO* (Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde)¹. O Coordenador do Processo de Implantação dos padrões da *Joint Commission* no hospital propôs à autora a realização de um estudo visando documentar essa experiência e autorizou a utilização dos dados produzidos para a elaboração desta dissertação.

¹A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO* é uma entidade que realiza a acreditação de hospitais nos Estados Unidos e possui uma subsidiária (a *Joint Commission International Accreditation - JCIA*) que presta consultorias para acreditação de serviços de saúde em outros países.

CULTURA E MUDANÇA ORGANIZACIONAL

Na presente dissertação os termos *organização*, *instituição* e *empresa* serão usados indistintamente, embora se reconheça que na literatura eles recebam significados específicos. O termo *organização* tem diversas acepções em administração assumindo, segundo MATTOS (1980), três facetas fundamentais: a *teórica*, quando se considera a ciência da organização, abrangendo teoria, doutrina, princípios, pesquisas e padrões próprios; a *técnica*, com suas regras e normas, e seus procedimentos e métodos específicos; e a *institucional*, quando se refere às características especiais de uma determinada forma de associação ou empresa humana, resultante da ação de organizar. Nesta última acepção é um fato natural, pois surge como consequência de toda e qualquer forma de associação humana – empresas, instituições ou entidades – para um fim comum e determinado.

Para BAKKE, citado por KOONTZ & O'DONNELL (1974, p. 251) “uma organização social é um sistema contínuo de atividades humanas diferenciadas e coordenadas, que utiliza, transforma e amalgama um conjunto específico de recursos humanos, materiais, de capital, ideológicos e naturais, num todo solucionador de problemas, empenhado em satisfazer necessidades humanas particulares, em interação com outros sistemas de atividades e recursos humanos de seu ambiente”.

Os modelos organizacionais têm-se baseado na perspectiva dos *sistemas abertos* – as organizações são abertas para seu ambiente e

precisam atingir uma relação apropriada com ele para poder sobreviver. MORGAN (1996) aponta a vantagem dessa abordagem e ressalta a sua importância na prática do desenvolvimento organizacional. Esse autor destaca, ainda, a metáfora das organizações vistas como cultura afirmando que “todos os aspectos da transformação corporativa podem ser abordados com essa perspectiva em mente” (p. 137).

BENNIS, citado por CORDERA & BOBENRIETH (1983, p. 240) conceitua *Desenvolvimento Organizacional* como uma complexa estratégia educativa cuja finalidade é mudar as crenças, atitudes, valores e estrutura das organizações de tal forma que possam se adaptar a novas tecnologias, mercados e objetivos, assim como ao ritmo vertiginoso da própria mudança.

Segundo SCHEIN (1984), *cultura organizacional* pode ser definida como o conjunto estruturado de pressupostos básicos que um determinado grupo inventou, descobriu ou desenvolveu ao aprender a lidar com os problemas de adaptação externa e de integração interna. Se esses pressupostos forem validados pela prática, devem ser ensinados aos membros da organização como a forma correta de perceber, pensar e sentir com relação àqueles problemas. Segundo esse autor, os pressupostos são respostas aprendidas, que se originam nos valores manifestos de uma organização, mas são menos confrontáveis e passíveis de debate que estes.

Valores são as crenças e conceitos básicos numa organização, formando o *core* da cultura. Devem ter grande durabilidade fornecendo, uma vez incutidos, um senso de direção comum para os empregados. Os valores e crenças compartilhados também servem ao propósito de

comunicar ao mundo exterior o que se pode esperar da empresa (FREITAS, 1991).

A cultura de uma organização desenvolve-se ao longo de sua existência, a partir de processos internos de socialização e também por influência de fatores externos e assimilação de outras culturas, levando à formação de uma identidade própria. As organizações costumam se valer de alguns instrumentos básicos para lidar com seus ambientes interno e externo, tais como declaração da missão, visão, objetivos, entre outros. Deve-se ressaltar, ainda, que nas empresas contemporâneas, por suas características de divisão e descentralização das atividades, com autonomia em cada unidade, coexistem várias sub-culturas organizacionais, dificultando a existência de um sistema cultural mais coeso. Ademais, a velocidade das transformações organizacionais impostas pelo ambiente é tamanha que impossibilita uma consolidação dos valores e símbolos (MOTTA, 1998).

DRUCKER (1995), em seu livro *Administrando em Tempos de Grandes Mudanças*, refere que a cada poucos séculos o mundo ocidental tem passado por grandes transformações, configurando, após algumas décadas de rearranjo da sociedade, um mundo completamente novo. Segundo o autor, a época em que vivemos é um desses períodos de transformação, onde o conhecimento emerge como o principal recurso para os indivíduos e para a economia em geral. Essa *sociedade do conhecimento* é também uma sociedade de organizações, as quais têm como função a integração de conhecimentos especializados, além de agirem como forças desestabilizadoras e provocadoras de inovações.

CAMPOS (1994, p. 30) afirma que “a ocorrência de grandes transformações depende de pelo menos dois elementos: do desejo, da vontade desesperada de alterar o *status quo*, de uma dimensão subjetiva portanto; e também do domínio de uma certa ciência, de um projeto conscientemente construído, uma vertente, inapelavelmente, vinculada ao exercício da razão”. Ressalta, ainda, que qualquer projeto de mudança que aspire ao sucesso deve, simultaneamente, mexer com as pessoas, com as estruturas e com as relações entre elas, ou seja, as mudanças institucionais devem ser articuladas a movimentos mais amplos de reforma social.

A aceitação da hipótese de que cada instituição ou empresa é singular implicaria a impossibilidade de generalização dos princípios e técnicas administrativas e de inovação organizacional. Entretanto, na prática isso tem sido feito com resultados positivos razoáveis, desde que respeitadas as diferenças e realizadas as adaptações necessárias. O risco da generalização está em tentar adotar as mesmas estratégias de mudança que deram certo em uma determinada empresa para outras situações. O gerente eficaz deve ser capaz de fazer a análise e o diagnóstico da situação de sua organização e identificar as estratégias adequadas para as necessidades específicas. Sendo a mudança um fenômeno extremamente complexo, é preciso sempre levar em consideração a grande quantidade de forças externas que atuam sobre uma intrincada rede de subsistemas internos, interligados pelas ações e interações de seres humanos (GUEST et al., 1980).

Segundo MOTTA (1998), há algumas décadas, a questão da possibilidade de transferência da racionalidade administrativa de uma realidade institucional para outra gerava controvérsias. A primeira das três

correntes de pensamento existentes acreditava na universalidade das tecnologias administrativas e na capacidade de adaptação dos indivíduos, independentemente do contexto social em que estivessem inseridos. A segunda encarava a racionalidade administrativa como intransferível para outros contextos culturais diferentes daquele no qual foi produzida. A partir dessa controvérsia, produziu-se uma terceira corrente que admite a possibilidade de transferência da tecnologia administrativa desde que adaptada às condições culturais locais, pois as organizações e as pessoas que nela trabalham são diferentes. Essa corrente introduziu a perspectiva cultural e compreendeu sua potencialidade para a condução dos processos de inovação organizacional.

Conclui-se do acima exposto, que embora seja inadmissível simplesmente transpor as etapas de um processo de mudança bem-sucedido de uma organização para outra esperando que os resultados sejam os mesmos, é possível comparar processos de mudança para conhecer algumas estratégias genéricas que, respeitadas as condições organizacionais próprias, possam ser utilizadas com sucesso.

MOTTA (1995) refere-se à inovação como um processo organizacional onde deve ocorrer, além das mudanças dos valores, uma alteração significativa nos produtos ou serviços e nas formas de operação da organização. Para esse autor, *inovação* refere-se à introdução de *uma mudança julgada positiva*, implicando que algo de melhor vai acontecer e diferenciando-se das simples mudanças adaptativas ou para a correção de desvios nas condições organizacionais existentes. *Mudança* “significa,

apenas, aplicações de uma invenção ou idéia nova, tanto no sentido positivo quanto negativo” (p. 229).

De acordo com a perspectiva cultural da mudança organizacional, a cultura é aprendida e ocorre em decorrência dos indivíduos pertencerem a um determinado grupo social, e é também dinâmica pelo fato de estar em transformação permanente. As organizações e as pessoas que nelas trabalham precisam desenvolver uma dinâmica de aprendizagem e inovação, cujo primeiro passo deve ser a capacidade crescente de adaptação às mudanças observadas no mundo atual.

SENGE (1990) chama esse tipo de organização de organizações de aprendizagem (*learning organizations*) e enfatiza que as melhores empresas serão aquelas que desenvolverem a capacidade de aprendizado dos seus membros, individual e coletivamente, em todos os seus níveis, ampliando sua capacidade de criar o próprio futuro.

Para esse autor, as organizações devem desenvolver cinco disciplinas consideradas fundamentais para o processo de aprendizagem e mudança. Entre elas destaca-se o raciocínio sistêmico, que consiste no uso integrado de um conjunto de conhecimentos e instrumentos com o objetivo de perceber o todo com maior clareza (deixando de ver apenas as partes isoladamente) e mostrar as modificações que devem ser feitas para melhorá-lo. Outro componente importante é a promoção do engajamento das pessoas em torno de um objetivo comum, concreto e legítimo, que se torne uma extensão dos seus objetivos pessoais, e as leve a se dedicarem e aprenderem por livre e espontânea vontade (e não como uma obrigação). Além disso, é indispensável o desenvolvimento do aprendizado em grupo, em que os

membros da equipe devem atuar de forma alinhada, sinérgica, para obter os resultados esperados. Desenvolvendo a capacidade para ações coordenadas e integradas, a inteligência do grupo supera as inteligências individuais, produzindo resultados muito melhores.

SENGE (1990) procura construir guias de ação que permitam o desenvolvimento da organização de aprendizagem, onde as pessoas adquiram uma nova visão do mundo e de sua relação com ele, ampliando sua capacidade criativa e, principalmente, aprendendo a mudar a sua realidade, criando um novo futuro.

As transformações organizacionais são explicadas por motivos internos à organização, como a necessidade de adaptação ao ambiente, e externos, como a incorporação de novas idéias e tecnologias provenientes de outras instituições. O modo mais comum de provocar mudanças é por meio dos fatores externos (também chamados de difusão cultural) e é propiciado pela comunicação intensa e a facilidade de acesso a informações provenientes de outras empresas e, ainda, pela possibilidade de reprodução de idéias utilizadas nas mesmas. Deve ser ressaltado, contudo, que o processo de difusão cultural é seletivo e adaptativo, ou seja, as empresas incorporam às suas práticas apenas aquelas inovações que julgam vantajosas, não sem antes reinterpretá-las e adaptá-las à realidade local.

Muitas vezes, as organizações têm a tendência à manutenção das condições vigentes, sendo necessário estimular, por meio de pressões e desafios, o potencial criativo dos membros da organização para que possam surgir novas idéias. A importância que se tem atribuído ao desenvolvimento da criatividade nas empresas e instituições pode ser ilustrada pela afirmação

de MICKLETHWAIT & WOOLDRIDGE (1998), segundo a qual: “na era da globalização... a única vantagem sustentável provavelmente será a capacidade de produzir idéias” (p. 74).

Em geral, a primeira etapa do processo de implantação das inovações é a coletivização e institucionalização das idéias individuais para transformá-las em um ideal coletivo. Posteriormente, é preciso desenvolver um processo estratégico de criação de condições favoráveis que permitam a transformação organizacional, sendo então necessário compreender o contexto organizacional e as ações gerenciais que favorecem a mudança.

Na fase de implantação das mudanças ocorrem, com freqüência, resistências individuais em aceitar as novas idéias devido à dificuldade das pessoas em lidar com temas não rotineiros. A resistência é mais marcada quando os indivíduos se sentem ameaçados em seus valores, concepções e formas de agir. Conforme STREBEL (1996), uma das explicações para a resistência é que, normalmente, os dirigentes e os funcionários vêm a mudança de maneiras diferentes. A alta direção tem tendência a considerá-la como um desafio, uma oportunidade para fortalecer o negócio e impulsionar suas carreiras, enquanto muitos funcionários, inclusive os gerentes de nível médio, a percebem como uma ruptura, uma intromissão, perturbando o equilíbrio e o *status quo* estabelecido.

O autor denomina como *pacto pessoal* as obrigações mútuas e os compromissos existentes entre os funcionários e a empresa e identifica três dimensões deste pacto que podem gerar resistências e comprometer as iniciativas de mudança: *formal* (políticas e procedimentos que dão a direção e as normas da instituição), *psicológica* (sentimentos e expectativas

recíprocas entre empregados e empregadores) e *social* (percepção dos funcionários quanto às atitudes dos dirigentes em relação aos valores e missão da empresa). Esta última é a que mais freqüentemente mina o processo, pois, uma vez perdida a credibilidade dos líderes, será muito difícil recuperá-la.

Outro efeito esperado nessa fase é a ocorrência de conflitos entre pessoas ou áreas da organização, em consequência do temor dos indivíduos de terem seus interesses ameaçados, ou pela simples falta de diálogo entre as partes. Esses conflitos podem ser maiores ou menores dependendo da intensidade das forças de estabilidade e das de mudança. Uma vez que as pessoas são diferentes, possuem interesses distintos e opiniões diversas, torna-se necessária uma ação organizacional coordenada no sentido de buscar valores compartilhados e interesses comuns, demonstrando a perspectiva de ganhos positivos para todos e para a organização, que se reflitam em lealdade e cooperação para promover a mudança desejada.

Um dos fatores citados por vários autores como imprescindível para o sucesso de um processo de mudança é o papel do líder, o qual deve possuir um profundo conhecimento da cultura da organização e das necessidades de seus subordinados. A premissa básica presente na maioria das teorias recentes sobre mudança é a da legitimidade da liderança, fundamentada na aceitação do líder pelo grupo e no estabelecimento de uma relação de confiança mútua. Na verdade, muitas vezes o líder exerce uma influência muito maior por sua maneira de ser e de agir, ou seja, pelo seu papel de modelo, do que pelo seu discurso.

Uma característica da liderança que se repete em várias das suas definições é a capacidade do indivíduo de influenciar outras pessoas em busca da realização de um objetivo comum. Nisso está implícito que, necessariamente, liderança é um fenômeno grupal que compreende habilidades de comunicação e interação entre pessoas e a utilização da motivação como base das ações. Outra habilidade do líder deve ser a de transferir poder e iniciativa (*empowerment*) a seus seguidores para que descubram a melhor maneira de desempenhar suas tarefas, liberem sua criatividade e alcancem a auto-realização. BERGAMINI (1994) define como líder eficaz aquele que é capaz de administrar o sentido ou o significado que as pessoas dão à organização e ao trabalho nela desempenhado. Segundo a autora, somente dessa forma a sua intervenção na cultura e seu papel como agente de mudança será aceito pelos subordinados.

Autores como COLLINS & PORRAS (1995) defendem a posição de que não é necessário ser um líder de estilo carismático, como os normalmente descritos nas histórias de empresas de sucesso, para ser um grande líder e formar uma *empresa visionária*. Para isso, o essencial é mudar a perspectiva de tentar impor soluções para aquela de fornecer as ferramentas adequadas, baseadas em ideais e valores humanos, além de ter uma abordagem arquitetural, global, da organização. Essas idéias devem ser aplicadas aos gerentes de todos os níveis da instituição. Esses autores também afirmam que empresas bem-sucedidas criam “culturas tão fortes que passam a ser quase uma devoção à ideologia” (p. 113) e a busca pelo

progresso, pela mudança, mais do que uma necessidade imposta por forças externas, é um impulso, uma força interna.

Outro fator fundamental para a mudança é o processo de comunicação entre as diversas áreas e entre os diferentes níveis hierárquicos da instituição, com a exposição clara das inovações a serem implementadas e de seus objetivos. A comunicação intensiva facilita a integração entre os membros da organização e a aceitação mais rápida das novas regras. Os modernos métodos disponíveis de tecnologia da informação proporcionam maior rapidez e agilidade na tomada de decisões e podem ser extremamente úteis na disseminação das informações dentro da empresa. Entretanto, o uso freqüente, por exemplo, de correio eletrônico, não substitui o contato pessoal, fonte insubstituível de interação e aprendizado.

A comunicação é um dos principais elementos no processo de transmissão e incorporação de valores, comportamentos e símbolos na organização (FLEURY & FISCHER, 1989). A coleta e a disseminação da informação dentro da sua unidade e no restante da organização, e mesmo fora dela, é um dos papéis centrais do gerente. MINTZBERG (1994) estimou que pelo menos 40 % do tempo do gerente é despendido no seu papel de comunicação (coletar e difundir informações), sem contar o tempo de processamento de informação referente aos seus demais papéis.

Em estudo realizado em dois hospitais do município de São Paulo, PICCHIAI (1998) constatou que os problemas de comunicação e de interação entre áreas eram importantes em ambas as instituições, prejudicando a integração e o trabalho multiprofissional. Também foram

observadas a discrepância entre o discurso e a prática diária dos gestores e a dificuldade no fluxo de informações entre diferentes níveis hierárquicos.

FREITAS (1991) ressalta a importância da rede tecida pelos papéis informais que faz a “amarração das diversas partes da organização, sem respeitar as posições ou títulos” (p.35). Para a autora, essa rede não apenas transmite informações, como também interpreta os significados delas para os demais. BARTOLOMÉ (1999) em artigo publicado na *Harvard Business Review* assinala que as pessoas dentro de uma organização querem e têm direito a informações relativas ao seu trabalho ou que de algum modo afetem suas vidas. Atrair, gerar e disseminar informações entre os diferentes escalões da empresa melhora as condições de execução do trabalho, diminui as complicações, sendo imprescindível nos processos de mudança organizacional.

Segundo MOTTA (1998) as alternativas de mudança, quanto ao método e velocidade, podem ser de dois tipos genéricos: radical ou incremental. O método radical é mais comumente utilizado em situações extremas ou de crise, em que o rompimento da ordem estabelecida torna-se imperativo. Sob nomes como *reengenharia* ou *reinvenção*, propõe uma mudança drástica, radical, introduzindo novos ideais, tecnologias e práticas administrativas que causem impacto a curto e longo prazos. Esse é um método arriscado e ameaçador, gerando receios e resistências e a necessidade de uma atenção especial aos conflitos de interesses e ao contexto político. Para gerenciar esse processo de inovação é recomendável a utilização de pessoas de fora do sistema, com um maior distanciamento das rotinas e estrutura da empresa. Na perspectiva incrementalista a

mudança é uma prática estratégica constante e progressiva, ocorrendo de forma cumulativa e sem rupturas bruscas de modelos ou práticas administrativas. É realizada por intermédio de pequenas inovações no cotidiano, adaptando a empresa às imposições do ambiente e permitindo aos indivíduos compreenderem e participarem do processo de mudança. Implica abertura permanente às novidades e oportunidades, e em flexibilidade para a realização de ajustes em sua programação.

BEER et al. (1990) criticam os pressupostos freqüentemente citados na literatura de que projetos amplos, conduzidos pela alta administração, produzem mudança na organização e, conseqüentemente, alteram os comportamentos individuais. Os autores verificaram em suas experiências que ocorre exatamente o contrário: os programas de mudança melhor sucedidos foram aqueles que se iniciaram em unidades “da periferia” e foram liderados pelos seus gerentes. Afirmam, contudo, que no momento em que essas mudanças “ganham massa crítica” (p.159) a alta administração precisará “orquestrar” o processo (p. 165), usando as unidades que implementaram mudanças com sucesso como modelos de organização para a empresa como um todo, estimulando e apoiando o desenvolvimento de lideranças e, por fim, promovendo mudanças no seu próprio trabalho de gerência superior para adequá-la às exigências das unidades periféricas revitalizadas.

Num mundo onde as mudanças ambientais são constantes e velozes, a competitividade do mercado é crescente, os consumidores tornam-se mais exigentes e a noção de cidadania amplia-se dia a dia, para que uma empresa sobreviva e se desenvolva a inovação não é apenas uma opção, mas uma

necessidade. E deve acontecer como um processo contínuo e progressivo uma vez que, superados os obstáculos do momento, outros surgirão, configurando novos desafios para a melhoria do desempenho organizacional.

Na verdade, um processo de mudança costuma ser imprevisível e pouco controlável. Somente seu início pode ser bem conhecido. Desse modo, o papel do administrador deve ser o de planejar a direção da mudança de maneira a garantir a sobrevivência da organização e de torná-la mais apta a desenvolver suas tarefas técnicas, sempre tendo em vista o atendimento das necessidades de sua população usuária (MALIK, 1992). Além disso, deve mobilizar todos os recursos necessários para conduzir a mudança aos objetivos desejados. No entanto, para se obter mudança é preciso percebê-la como uma necessidade e reconhecer que sempre é possível melhorar os processos e os resultados da organização, com uma visão de longo prazo. Entra aqui a idéia de melhoria contínua da qualidade, isto é, um processo longo e continuado, com objetivos definidos, mas nunca terminado.

O processo de inovação organizacional exige tempo, pois requer alterações nos hábitos e valores das pessoas que trabalham na instituição. Se no processo de mudança, além dos aspectos técnicos e administrativos, não estiver contemplada a perspectiva cultural e um período de adaptação às novas condições de trabalho impostas pela inovação, essa proposta resultará em um grande fracasso.

QUALIDADE EM SAÚDE

Muito se tem falado sobre qualidade, porém não há um consenso definido sobre o exato significado do termo, principalmente pelos aspectos de subjetividade que encerra. A própria palavra traz implícita a noção de juízo de valor, ou seja, de apreciação ou de opinião pessoal. A definição de qualidade pode variar segundo o ponto de vista do produtor do bem ou serviço, do fornecedor ou de seu usuário final, de acordo com os critérios de avaliação estabelecidos pelos diferentes sujeitos.

Os primeiros estudos de gerenciamento da qualidade surgiram na área industrial, na década de 30, e atingiram seu ápice no período após a Segunda Grande Guerra, principalmente no Japão. DEMING (1990), estatístico norte-americano que desenvolveu suas idéias principalmente na indústria japonesa durante a década de 50 e um dos mais conhecidos teóricos sobre o tema, relaciona qualidade com atendimento às necessidades e expectativas do cliente e com o preço que este esteja disposto a pagar pelo produto ou serviço. Esse autor estabeleceu 14 princípios (aplicáveis a pequenas ou grandes empresas e a produção de bens ou serviços) que provocaram uma revolução nas formas de administrar, levando a importantes transformações nas organizações.

Vários outros autores, como Juran, Crosby e Ishikawa, discutiram o assunto, elaboraram conceitos e desenvolveram métodos de garantia e melhoria da qualidade. A rigor, as teorias de administração da qualidade não encerram nada de novo; a novidade está em retomar antigos

pressupostos das teorias de administração de forma articulada e integrada, agregando o enfoque da satisfação do cliente (MALIK, 1996A). Além disso, sugerem uma mudança de atitude em relação aos problemas, erros e variações, adotando a perspectiva de prevenção e de utilização dos mesmos como fonte de aprendizado e não de punição (apesar de, com frequência, não ser exatamente isso o que ocorre na prática).

Na verdade, o que se observa, muitas vezes, é que programas de qualidade são implementados com o objetivo de reduzir gastos e aumentar os lucros da organização, ou como uma medida para sair de uma crise grave e, eventualmente, para evitar a falência. Outras vezes, são utilizados como estratégia de *marketing*, devido à crescente competição no mercado e à pressão dos consumidores, cada vez mais intensa, por mais e melhores produtos e serviços.

Programas de qualidade não devem ser encarados como dogmas ou como fé religiosa, nem mesmo como modismo ou receita, e sim como ferramentas auxiliares importantes em processos de mudança organizacional que visem oferecer serviços melhores e mais adequados às necessidades de seus usuários (MALIK, 1992).

Em artigo publicado em 1994, TOLOVI Jr. enumera algumas causas de insucesso de programas de qualidade: não envolvimento da alta direção, desinteresse do nível gerencial, planejamento inadequado, ansiedade por resultados a curto prazo, treinamento precário, descuido com a motivação, escolha inadequada de multiplicadores, sistema de remuneração inconsistente e falta de apoio técnico. AKERMAN (1996) relata o resultado de pesquisa realizada com dirigentes de organizações que congregam um

grande número de hospitais (dois dirigentes do setor privado e um do setor público) que mostra um resultado semelhante: os três principais fatores apontados como obstáculos para a implementação de programas de qualidade foram o não envolvimento da alta direção, a falta de comprometimento da gerência e a baixa remuneração dos profissionais.

Na área de serviços, e em especial na área da saúde, existem especificidades que tornam mais difícil a aplicação das técnicas de gerenciamento da qualidade, pois o serviço é produzido e consumido simultaneamente, na relação do fornecedor com o cliente, e erros podem causar consequências impossíveis de serem corrigidas ou compensadas. Além disso, o usuário interfere no processo produtivo e o resultado do atendimento prestado depende também da sua aceitação e do seguimento das recomendações recebidas, ou seja, do vínculo estabelecido entre paciente e profissional de saúde.

Por esses motivos existe muita resistência, individual e de setores da saúde, em aceitar os princípios e técnicas de controle da qualidade provenientes da área industrial. Essa resistência costuma ser mais acentuada entre os médicos, por associarem as medidas de garantia da qualidade com atividades de fiscalização e julgamento e com perda de autonomia, além da resistência à padronização, justificada com os célebres chavões: *cada caso é um caso* e *a Medicina é uma arte*. Outra dificuldade encontrada nos serviços de saúde, principalmente nos hospitais, é a existência de duas linhas de autoridade: o *staff* administrativo e o *staff* médico. Estas duas hierarquias muitas vezes entram em conflito pelo poder e sua resolução

exige diálogo constante e planejamento conjunto entre líderes médicos e não-médicos (BERWICK, 1994).

DONABEDIAN (1980), um dos principais estudiosos da qualidade na área da saúde, desenvolveu um modelo de avaliação baseado em três características: estrutura, processo e resultado. *Estrutura* corresponde aos aspectos de recursos físicos, materiais e humanos e da organização dos serviços, como disponibilidade de equipamentos, manutenção predial, limpeza, quantidade e qualificação dos recursos humanos. *Processo* envolve todas as atividades desenvolvidas entre os profissionais de saúde e o paciente; por exemplo, relação médico-paciente, ética profissional, condutas e tratamento adequados, períodos de espera. *Resultados* são aferidos por meio das mudanças observadas no estado de saúde do paciente atribuíveis à assistência médica e pelo grau de satisfação do paciente e de seus familiares. Essas três características estão fortemente inter-relacionadas e os resultados dependem basicamente das condições dadas pela estrutura e dos processos utilizados. Assim, uma boa estrutura e processos adequados, embora aumentem a probabilidade de se atingir melhores resultados, não podem garanti-los; por outro lado, uma estrutura inadequada pode interferir no processo, mas não inviabiliza um resultado satisfatório. Ainda não foram construídos indicadores que possam medir a importância relativa de cada um desses fatores no resultado final da assistência, porém já existem progressos nesse sentido (DONABEDIAN, 1992B).

Esse autor divide a qualidade do cuidado em três dimensões: *técnica*, que diz respeito à aplicação dos conhecimentos e tecnologias médicas e de outras ciências da saúde no atendimento a um paciente, incluindo a acurácia

do diagnóstico e a adequação do tratamento, de maneira a maximizar seus benefícios sem aumentar os riscos; *interpessoal*, que engloba o relacionamento, comportamentos e comunicação do profissional de saúde com o paciente e seus familiares; e *amenidades*, que corresponde às circunstâncias sob as quais o cuidado é prestado, envolvendo aspectos como conforto e estética das instalações, privacidade, pontualidade, cortesia, entre outros (DONABEDIAN, 1980). As duas últimas são aquelas em que mais freqüentemente se afere o grau de satisfação do usuário e, também, onde se manifestam seus papéis para a garantia da qualidade como colaborador (definindo e avaliando qualidade e proporcionando informações que permitam a outros avaliá-la) e como reformador (por meio da participação direta ou de sua ação política) (DONABEDIAN, 1992A).

Nessa mesma linha de pensamento, BERWICK (1994) faz uma ressalva, afirmando que a distinção entre qualidade *real* (ou *técnica*) e qualidade *percebida* não é tão profunda. Exemplifica dizendo que o paciente pode não saber se a medicação administrada era necessária ou se a dose estava correta, mas ele saberá informar se as recomendações feitas foram claras, se suas perguntas foram respondidas satisfatoriamente, se o atendimento foi suficientemente rápido, se sua privacidade foi respeitada, etc. Ademais, em relação aos aspectos técnicos da qualidade, somente a avaliação sistemática das atitudes do paciente e do impacto dos processos de tratamento sobre sua saúde fornecerá provas da qualidade do atendimento prestado. Para NOGUEIRA (1994), o *juiz* da qualidade é, antes de tudo, o consumidor, tendo os técnicos e especialistas uma função coadjuvante. Isso significa dizer que o paciente educa sua opinião

gradativamente a partir de suas experiências e da socialização do saber e aprende que um cuidado de saúde tecnicamente bom deve ser acompanhado dos aspectos de amenidades do serviço, passando a ter condições de escolher o serviço que mais lhe convém ou agrada.

DONABEDIAN (1990), em outro momento, ampliou seu modelo afirmando que a qualidade possui sete atributos, por ele denominados de *sete pilares da qualidade*, pelos quais pode ser reconhecida ou julgada: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Alguns destes atributos, como eficácia e efetividade, estão muito ligados a valores individuais; outros, por exemplo legitimidade e equidade, têm mais relação com valores sociais e constituem-se em questões de políticas públicas. Muitas vezes a busca de alguns desses atributos pode provocar conflitos com outros, principalmente quando as preferências individuais não estão de acordo com as sociais, sendo difícil a obtenção de um ponto de equilíbrio.

De acordo com as teorias de qualidade é imprescindível o envolvimento de toda a organização no processo, em todos os seus níveis hierárquicos, em especial da alta administração (de onde deve partir a decisão), e preferencialmente deve englobar todas as áreas. A implantação de diferentes programas em setores isolados pode ocasionar conflitos de poder e disputas por recursos, que prevalecem sobre a cooperação e a participação, chegando a perturbar o trabalho da organização (MALIK, 1996A). Apesar dessa recomendação, há relatos de muitos casos em que as iniciativas de qualidade partiram de áreas específicas, como atendimento de

enfermagem, laboratório ou setor de recursos humanos, criando e disseminando aos poucos uma cultura de qualidade na organização.

As iniciativas de qualidade desenvolvidas em hospitais brasileiros, tanto públicos como privados, incluem: certificação pelas normas ISO (*International Standardization Organization*), programas de acreditação hospitalar, gerenciamento da qualidade total, garantia da qualidade e satisfação do paciente. Entretanto, o interesse pela implantação de programas de qualidade ainda é pequeno, principalmente por serem considerados caros e por apresentarem retornos demorados (MALIK, 1997).

Cultura organizacional, mudança e qualidade são idéias inter-relacionadas. A qualidade pode ser vista como um processo amplo e pró-ativo de intervenção e mudança na cultura organizacional, com objetivos estabelecidos e baseado na crença de que sempre é possível melhorar o que existe. Como qualquer projeto de mudança, encontra incentivos e obstáculos, vantagens e desvantagens, e deve ser implantado com cautela.

Outro aspecto indissociável da busca pela qualidade é a necessidade de treinamento e, principalmente, de desenvolvimento de recursos humanos, procurando proporcionar oportunidades não só de crescimento profissional como também pessoal. Ou seja, além da capacitação técnica para melhorar o desempenho de suas tarefas na organização, deve existir uma preocupação com as condições de vida no trabalho e com a valorização do trabalhador. Faz parte do papel do administrador criar um ambiente propício à criatividade e à busca incessante pela qualidade, cuja responsabilidade deve ser partilhada por todos os membros da organização (MALIK, 1992). Por outro lado, programas preconizando a melhoria

contínua da qualidade, estímulo à criatividade individual, responsabilidades compartilhadas, etc., para algumas pessoas podem ser altamente geradores de ansiedade pela sensação de que jamais a meta poderá ser alcançada (MALIK, 1996B).

HADDOCK (1995), em artigo analisando o impacto de programas de melhoria contínua da qualidade em instituições de saúde sobre o gerenciamento de recursos humanos, ressalta a necessidade de substituição das tradicionais avaliações de desempenho por um instrumento que permita uma participação efetiva no processo e um intercâmbio entre funcionários e gerentes a respeito de seu trabalho. A autora relata a experiência de desenvolvimento do *Modelo de Feedback do Empregado*, definido como o retorno da avaliação de desempenho por intermédio de um processo de comunicação contínua entre empregados, seus pares, clientes, fornecedores e supervisores, e voltado para a identificação de oportunidades para a melhoria contínua da qualidade.

Um dos aspectos pouco mencionados nas teorias de gerenciamento da qualidade é a satisfação do profissional de saúde. Os recursos humanos são sempre colocados como fundamentais para a implantação de qualquer programa de qualidade, enfatizando-se questões relativas ao envolvimento de todos, motivação, valorização e à importância de investimento em treinamento e desenvolvimento. Contudo, é possível supor que, se os profissionais que prestam os cuidados ao paciente não estiverem de acordo com o que fazem ou com as condições nas quais desempenham seu trabalho, será difícil atingir melhores padrões de atenção.

Uma abordagem que vem despertando interesse crescente nas últimas décadas é a da qualidade de vida, noção que deve ser construída a partir das esferas individual e organizacional, abrangendo aspectos como estado físico, funcionamento intelectual e emocional, *status* econômico e interações sociais. Na área da saúde, ações de promoção da saúde e programas de qualidade de vida têm objetivos semelhantes e podem ser direcionados ao indivíduo ou ao ambiente, lembrando sempre que cada paciente é, antes de tudo, um cidadão (MALIK & SCHIESARI, 1998). Algumas (poucas) organizações já começam a se preocupar com questões relativas à qualidade de vida de seus funcionários, implementando programas voltados a aspectos de seu cotidiano dentro e fora do local de trabalho.

Alguns modelos de qualidade aplicados à área da saúde

Artigos e livros sobre a aplicação dos conceitos de qualidade na área da saúde são relativamente recentes – começando a ser publicados basicamente a partir de 1990 – assim como a adoção de modelos pré-concebidos de gerenciamento da qualidade nas organizações de saúde. Várias são as possibilidades de combinações de modelos ou de diferentes ferramentas para a elaboração de um programa de qualidade que atenda às necessidades da organização.

Os modelos da *International Standardization Organization* – ISO e do Prêmio Nacional da Qualidade – PNQ destacam-se como os mais difundidos atualmente no setor da saúde, sendo que as normas ISO têm sido adotadas com mais freqüência em serviços isolados dentro dos hospitais ou ainda em estruturas menores, como laboratórios, serviços de hemoterapia, entre outros. Os critérios de avaliação do PNQ vêm sendo utilizados por hospitais e serviços de saúde como um modelo de gestão da qualidade aplicado à organização como um todo.

As normas ISO 9000 são apresentadas na forma de 20 requisitos, a saber: responsabilidade de gerenciamento; sistema da qualidade; revisão de contrato; controle do projeto; controle de documentos; compras; produto fornecido pelo cliente; identificação e acompanhamento do produto; controle do processo; inspeção e treinamento; equipamentos para medição, inspeção e testes; estado de inspeção e testes; controle de produtos não conformes; ação corretiva; manuseio, armazenagem, embalagem e entrega;

registros de qualidade; auditorias internas de qualidade; treinamento; assistência técnica; técnicas estatísticas (DRUMMOND, 1998). Esses itens são suficientemente flexíveis, permitindo sua adaptação às diferentes realidades. A definição do modo como esses itens serão aplicados para o serviço analisado determina rotinas e procedimentos a serem verificados no processo de auditoria.

O Prêmio Nacional da Qualidade envolve critérios de excelência que representam um patamar mais elevado de qualidade, recomendando práticas de gestão de reconhecida eficácia. Apesar da vocação pela *excelência*, pode ser aplicado a organizações de diferentes portes e ramos. Os critérios empregados pressupõem a avaliação dos processos relacionados e seu aprimoramento contínuo. São eles: liderança, planejamento estratégico, foco no cliente e no mercado, informação e análise, gestão de pessoas, gestão de processos e resultados da organização (FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE, 1999).

A acreditação hospitalar, discutida a seguir mais detalhadamente, é o único modelo desenvolvido especificamente para a área da saúde. Por este motivo, seu linguajar inclui termos e preocupações familiares aos gerentes e gestores do setor. Além disso, a estruturação dos *manuals de acreditação* revela as peculiaridades da saúde, já que o paciente e seu universo aparecem de forma bastante evidente. Nos Estados Unidos, a história da acreditação confunde-se com a dos serviços de saúde naquele país. Sua origem, no início deste século, torna esta iniciativa a mais antiga e de maior tradição no setor.

Acreditação hospitalar

A palavra *acreditação* não consta nos dicionários de língua portuguesa, sendo utilizada na literatura técnica com o significado do termo inglês *accreditation*. No espanhol utiliza-se o termo *acreditación*. Em que pese existirem nas publicações especializadas pequenas variações na definição de acreditação, pode-se conceituá-la, de uma forma sintética, como um método de avaliação externa de serviços de saúde, periódica, de caráter voluntário e reservado, que contempla dois aspectos fundamentais: um processo educacional que procura estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade nas instituições de saúde; e um processo de avaliação e certificação do grau de qualidade alcançado pela instituição na prestação de serviços de saúde, tomando por base *padrões* previamente estabelecidos.

Os manuais da Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS (NOVAES & PAGANINI, 1994), do Grupo Técnico de Acreditação Hospitalar (1992) e o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998) estabelecem os padrões de qualidade a serem atingidos, contemplando aspectos de estrutura, processo e resultado, e se propõem a avaliar hospitais públicos, privados, filantrópicos e universitários, de pequeno, médio ou grande porte, e de qualquer nível de complexidade, mesmo reconhecendo as diferenças existentes entre eles. Para tanto, os instrumentos desenvolvidos procuram ser razoavelmente flexíveis para que permitam modificações de acordo com o seu uso e com a incorporação de novos conhecimentos e tecnologias na área da saúde.

O resultado de um processo de acreditação pode ser simplesmente *aprovado/acreditado* ou *reprovado/não acreditado* ou, ainda, obedecer a uma escala de cumprimento dos padrões que varia de exigências mínimas, e obrigatórias, para a prestação de assistência médico-hospitalar (Nível 1) – abaixo da qual não deveriam existir instituições em funcionamento – à padrões de excelência (Nível 3). Os padrões são organizados por nível crescente de complexidade e estão inter-relacionados, sendo que a instituição somente alcançará um nível superior se todos os itens do nível anterior forem satisfeitos. Esse sistema não permite que deficiências detectadas em uma área sejam compensadas por outras, mantendo a homogeneidade dos diversos serviços e ressaltando a importância de cada um deles para assegurar a qualidade da assistência prestada (QUINTO NETO & GASTAL, 1997). O instrumento tem ainda como objetivo fornecer aos tomadores de decisões informações que auxiliem no gerenciamento da instituição, permitindo estabelecer metas de melhoria da qualidade com base nos resultados encontrados.

A primeira proposta de acreditação hospitalar na América Latina foi desenvolvida a partir de 1989, por iniciativa da Organização Pan-Americana da Saúde, que no ano seguinte firmou um convênio com a Federação Latino-Americana de Hospitais para a produção de um manual de “Padrões de Acreditação para a América Latina e o Caribe”, suficientemente flexível para adaptar-se às diferentes realidades regionais. A proposta elaborada foi submetida a um processo de análise, envolvendo representantes dos países da Região resultando na produção de um instrumento de estrutura semelhante ao adotado pela *Joint Commission* nos

Estados Unidos. O manual foi publicado em 1991 em espanhol, sendo traduzido para o português em 1992 (SCHIESARI, 1999).

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

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

Na verdade, a iniciativa da OPAS e seus conseqüentes desdobramentos na América Latina e no Brasil teve sua origem no processo

desenvolvido nos Estados Unidos a partir do início deste século, onde os esforços de padronização da assistência médico-hospitalar partiram da corporação médica. Em 1917, o Colégio Americano de Cirurgiões estabeleceu as bases para a *padronização hospitalar* a partir da constatação da necessidade de melhorar as condições de trabalho nos hospitais e a qualidade da assistência prestada ao paciente. Em 1919 foram adotados oficialmente os *padrões mínimos*, considerados essenciais para a assistência adequada, dando uma forma inicial ao processo de acreditação.

A evolução desse processo levou, em 1951, à criação da *Joint Commission on Accreditation of Hospitals – JCAH* (Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais), com a participação de outras associações profissionais, e mantendo os princípios estabelecidos anteriormente de voluntariedade, confidencialidade, padrões de consenso entre os profissionais de saúde, avaliação, educação e consultoria. Em 1970, uma vez que a grande maioria dos hospitais norte-americanos já haviam atingido os padrões mínimos, estes foram adaptados para representar *padrões ótimos* de qualidade, constituindo-se em novo desafio para os hospitais (ROBERTS et al., 1987).

Com a expansão do escopo de suas atividades, em 1987 a JCAH mudou o nome para *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations – JCAHO* (Comissão Conjunta de Acreditação de Organizações de Assistência à Saúde) e iniciou a implementação de um processo de acreditação mais moderno e sofisticado, com padrões focados no desempenho da organização e um sistema de avaliação e educação mais interativo, além do desenvolvimento de um sistema de indicadores de

mensuração (o *IMSystem*). O resultado da avaliação pode ser: acreditação com distinção, acreditação com ou sem recomendações, acreditação condicional ou não acreditação. Atualmente, cerca de 80% dos hospitais norte-americanos são acreditados pela JCAHO e apenas 1 a 2% dos que buscam a acreditação não a conseguem (PATTERSON, 1995).

Praticamente desde o início do processo de acreditação nos Estados Unidos este movimento foi incorporado por outros países, como Canadá e Austrália, e a partir do final da década de 80 difundiu-se para Brasil, Espanha, Itália, Suécia, Reino Unido, Japão, China, Tailândia, Israel, África do Sul, Arábia Saudita, República Tcheca, Hungria, entre outros (SCRIVENS, 1995). Em vários desses países a JCAHO prestou consultoria e assessoria na implantação dos programas, adaptados às realidades locais. Em 1998, a JCAHO fundou a *Joint Commission International Accreditation – JCI*, estabelecendo um conjunto de padrões de qualidade internacional para organizações de saúde, baseados em princípios de qualidade da assistência desenvolvidos pela *International Society for Quality in Health Care*.

O HOSPITAL EM ESTUDO

Um breve histórico

Em 1955, um grupo de médicos da comunidade israelita reuniu-se com a proposta de oferecer seu trabalho e prestígio para mobilizar os meios necessários para construir um hospital de alto padrão, como uma forma de retribuir ao país a acolhida aos imigrantes. A intenção era ampliar o atendimento em saúde para a população brasileira, seguindo padrões de excelência de qualidade médica. Planejou-se um hospital de alto padrão médico e tecnológico, com “profundo sentido ético e moral, aberto a todos, sem distinção de raça, cor, credo ou religião” (MANUAL CORPORATIVO, 1999).

Ainda em 1955 foi fundada a Sociedade Beneficente, associação sem fins lucrativos, de caráter beneficente, social e científico. Segundo seu estatuto, a sociedade deveria contemplar: a fundação, manutenção e desenvolvimento de um hospital; a criação e manutenção de uma Escola de Enfermagem; a assistência médico-hospitalar gratuita aos necessitados; o estabelecimento de centro de estudos e pesquisas científicas; outros atos de beneficência.

A pedra fundamental do hospital foi lançada em setembro de 1958 e sua inauguração oficial e início de funcionamento ocorreu em 1971.

A Sociedade Beneficente

A estrutura da Sociedade Beneficente apresenta como órgãos da Administração a Assembléia Geral, o Conselho Deliberativo, a Diretoria, o Conselho Fiscal e o Conselho Consultivo. A Diretoria é composta por treze membros eleitos: Presidente, Vice-Presidente Administrativo, Vice-Presidente Secretário, Vice-Presidente Primeiro Secretário, Vice-Presidente Financeiro, Vice-Presidente Tesoureiro, Vice-Presidente Patrimonial, Vice-Presidente Comercial e de Marketing, Vice-Presidente para a Economia da Saúde e Filantropia, Vice-Presidente para a Prática Médica e Vice-Presidente de Ensino, Pesquisa e Desenvolvimento.

De acordo com o MANUAL CORPORATIVO (1999), a missão da Sociedade é “o desenvolvimento da atividade social beneficente no campo da assistência médico-hospitalar, ensino e pesquisa, em nível de excelência, observados os direitos humanos à luz dos valores universais” (p. 27). Sua visão é “Eternizar a imagem da Sociedade Beneficente como um padrão de referência no desenvolvimento da assistência médico hospitalar, do ensino e pesquisa no campo da saúde e de atividades filantrópicas, a partir do princípio de justiça social e de iniciativas que reforcem a vida como o maior valor das pessoas e a saúde como o maior valor da vida” (p. 28).

O Hospital

A missão do hospital é “Promover a saúde através do exercício da Medicina e a geração de conhecimento com excelência de qualidade” (MANUAL OPERACIONAL DO HOSPITAL, 1999).

O hospital ocupa uma área de 85.200 metros quadrados de construção, distribuídos em três blocos principais. Um prédio de 17 andares concentra as unidades de internação, Centros de Terapia Intensiva Adulto e Pediátrico, Serviço de Apoio Diagnóstico, Cirurgia Ambulatorial (*Day Clinic*), Oncologia, Radioterapia e a Faculdade de Enfermagem. Em outro, de cinco andares, localizam-se os consultórios médicos, parte do *Day Clinic*, a Unidade Semi-intensiva para Adultos e a Unidade de Primeiro Atendimento. Um terceiro prédio possui 15 andares, agora em fase final de reformas, com instalações recém-inauguradas para a nova Maternidade e Berçário, além do novo conjunto de consultórios médicos; entre outros serviços, está prevista a Unidade de Diálise.

Além do trabalho filantrópico existente há muitos anos na favela Paraisópolis, o hospital passou a contar recentemente com as unidades avançadas Alphaville e Jardins, seguindo a tendência de descentralização dos serviços hospitalares e satisfazendo a necessidade do consumidor em áreas estratégicas de baixa oferta desses serviços. Além disso, a facilidade de acesso permitirá maior ênfase na prevenção.

O hospital possui 418 leitos, incluindo Berçário, Pronto Atendimento e *Day Clinic*. De acordo com dados produzidos pelo Núcleo Técnico de Informação e Análise, no ano de 1999 foram realizadas 26.900 internações, 16.600 cirurgias (sendo cerca de metade delas no *Day Clinic*) e mais de 1 milhão de procedimentos diagnósticos. A taxa média de ocupação foi 71,2% e o tempo médio de permanência de 3,97 dias.

Conta com aproximadamente 3.095 funcionários, sendo 234 médicos contratados, 259 enfermeiros e 698 auxiliares de enfermagem. É um

hospital de corpo clínico aberto, com cerca de 3 mil médicos cadastrados. Destes, 400 utilizam freqüentemente as dependências do hospital para a internação de seus pacientes.

Entre os objetivos estratégicos do hospital estão: aumentar em 8% ao ano a participação do mercado nos segmentos de melhor nível sócio-econômico da população (A, B1 e B2); ampliar a atuação dos serviços do hospital, de medicina curativa para preventiva e promoção da saúde; ampliar a atuação do hospital para a América Latina; renovar o parque tecnológico: identificar e ampliar novas técnicas que mantenham a vanguarda tecnológica.

Serviços oferecidos

O Hospital é um centro de complexidade terciária de referência hospitalar, dispondo de infra-estrutura e equipamentos de alta tecnologia. Oferece uma variedade de programas e serviços direcionados aos pacientes internados e externos, além de outros serviços à comunidade.

Serviços Assistenciais: Enfermagem, Serviço de Nutrição e Dietética, Farmácia, Psicologia e Serviço Social.

Unidades Assistenciais:

- ❖ Reprodução Humana;
- ❖ Laboratório de Anatomia Patológica
- ❖ Unidade Avançada de Alphaville
- ❖ Unidade Avançada Paraisópolis
- ❖ Unidade Avançada Brasil
- ❖ Transplante de Órgãos
- ❖ Banco de Tecidos
- ❖ Unidade de Pneumologia

- ❖ Pediatria Clínica
- ❖ Unidade de Oncologia
- ❖ Unidade de Neurofisiologia Clínica
- ❖ Unidade Neonatal
- ❖ Unidade Day Clinic
- ❖ Unidade de Clínica Médica Cirúrgica – 9º andar
- ❖ Unidade de Clínica Médica Cirúrgica – 8º andar
- ❖ Unidade de Clínica Médica Cirúrgica – 7º andar
- ❖ Unidade de Imagem
- ❖ Unidade 11º andar
- ❖ Unidade de Ginecologia e Obstetrícia – 10º andar
- ❖ Unidade de Serviço de Hemoterapia
- ❖ Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica
- ❖ Unidade de Terapia Intensiva Adulto
- ❖ Unidade de Reabilitação
- ❖ Unidade de Centro Cirúrgico do 5º andar
- ❖ Unidade de Transplante de Medula Óssea
- ❖ Serviço de Radioterapia
- ❖ Serviço de Hepatologia e Transplante Hepático
- ❖ Unidade de Primeiro Atendimento

Serviços de Apoio: Serviço de Controle de Infecção Hospitalar, Serviço de Arquivo Médico e Estatística, e Serviço de Hotelaria.

Dentre os serviços terceirizados estão segurança externa, limpeza externa, manutenção técnica de eletro-eletrônicos, obras, lavanderia e estacionamento.

Estrutura administrativa

A Superintendência é o órgão executor das diretrizes da Diretoria, atuando como ligação entre o nível político-estratégico e o tático-

operacional. Possui dois órgãos de gestão: o Comitê Tático Administrativo e o Comitê Médico Executivo.

O Comitê Tático Administrativo tem como função garantir que os processos gerenciais sejam praticados com excelência, orientados pela missão e princípios do hospital. É composto pelas Gerências Executivas e pelo Superintendente.

O Comitê Médico Executivo tem por finalidade garantir a prática da medicina com excelência e custos compatíveis, orientados pela missão e princípios do hospital. É composto pelo Coordenador Médico, Coordenadores dos Departamentos Médicos, Presidente e Secretário da Comissão de Ética Médica, Superintendente, Gerentes Executivos Médicos e Gerente de Enfermagem.

As Gerências Executivas têm por finalidade garantir que os processos assistenciais e de apoio sejam praticados seguindo a missão e os princípios do hospital e ainda garantir a qualidade e a uniformidade técnica das atividades assistenciais e de apoio das Unidades de Gestão. São elas: Gerência Executiva Comercial, Gerência Executiva de Hotelaria, Gerência Executiva de Suprimentos, Gerência Executiva de Tecnologia e Planejamento Estratégico, Gerência Executiva de Enfermagem, Gerência Executiva Administrativa Financeira, Gerência Executiva de Prática Médica, Gerência Executiva de Recursos Humanos, Gerência Executiva de Obras e Manutenção, Gerência Executiva de Tecnologia da Informação.

Os Núcleos Técnicos dão suporte técnico-administrativo às Gerências Executivas, às Unidades de Gestão e aos demais órgãos da administração.

São eles: Apoio Administrativo, Informática, Informação e Análise, e Orçamento e Custos.

Os Departamentos Médicos Assistenciais têm por função contribuir para o exercício uniforme e contínuo da medicina. São eles:

- ❖ Departamento de Apoio Terapêutico (Quimioterapia, Radioterapia, Reabilitação, Reprodução Humana, Serviço de Hemoterapia, Transplante de Medula Óssea e Transplante de Órgãos)
- ❖ Departamento de Apoio Diagnóstico (Laboratório Clínico, Laboratório de Anatomia Patológica, Cardiologia Invasiva, Cardiologia Não Invasiva, Endoscopia, Imagem e Neurofisiologia)
- ❖ Departamento de Pediatria
- ❖ Departamento de Medicina Preventiva
- ❖ Departamento de Medicina Intensiva e de Urgência
- ❖ Departamento de Cirurgia
- ❖ Departamento de Cirurgia Interna

As Unidades de Gestão são centros autônomos de gestão e de resultados, com estrutura departamentalizada por produtos/serviços. São elas: Cardiologia Não-invasiva, Cardiologia Vascular Invasiva, Centro Cirúrgico, Unidade de Terapia Intensiva Adulto, Diálise, Endoscopia, Hemoterapia, Imagem, Laboratório de Análises Clínicas, Laboratório de Anatomia Patológica, Materno-Infantil, Neurofisiologia Clínica, Oncologia, Pediatria, Radioterapia, Reabilitação, Transplante de Órgãos, Unidade de Primeiro Atendimento, Unidades Avançadas de Alphaville e Av. Brasil.

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Estudar o processo de mudança organizacional a partir da implantação de um programa de qualidade de ampla abrangência em um hospital privado sem fins lucrativos, de grande porte.

Objetivos específicos:

- Identificar as iniciativas de desenvolvimento de programas de qualidade no hospital estudado.
- Identificar e caracterizar as mudanças ocorridas no hospital em consequência do processo de implantação dos padrões da *Joint Commission International Accreditation*.
- Identificar e caracterizar os fatores impulsionadores e limitadores desse processo de mudança organizacional.

METODOLOGIA

Na pesquisa científica a escolha metodológica depende basicamente da natureza do problema a ser estudado e dos objetivos que orientam a investigação. No presente trabalho considerou-se a pesquisa qualitativa como a mais adequada aos propósitos da investigação, uma vez que ela procura aprofundar-se no universo dos significados das ações e relações humanas, trabalhando com os motivos, aspirações, valores, crenças e atitudes que determinam e transformam os processos sociais, ou seja, um nível de realidade não perceptível por meio de quantificações (MINAYO, 1996).

Na área de administração de empresas, o interesse pela pesquisa qualitativa começa a ser percebido mais acentuadamente a partir da década de 70, com numerosas publicações demonstrando ser essa uma abordagem bastante útil e apropriada no estudo das organizações. Nesse tipo de pesquisa, a busca dos dados é realizada no ambiente natural dos sujeitos, por meio do contato direto do pesquisador com a situação investigada e procurando compreender os fenômenos de acordo com a perspectiva dos participantes da situação em estudo (GODOY, 1995A).

O estudo de caso, um dos tipos bastante conhecidos e utilizados de pesquisa qualitativa, é definido por YIN (1989, pág. 23) como “uma forma de pesquisa empírica que investiga um fenômeno atual inserido em um contexto de vida real, cujos limites entre fenômeno e contexto não são claramente definidos, e na qual múltiplas fontes de evidências são

utilizadas”. Este tipo de estudo tem como propósito fundamental analisar profundamente uma dada unidade social, escolhida em função do problema ou questão a investigar. Como a realidade é sempre complexa, é necessário situar o contexto em que o fenômeno ocorre e as várias dimensões presentes na situação estudada (GODOY, 1995B). A análise intensiva de uma situação fornece conhecimentos sobre percepções, opiniões e atitudes dos indivíduos participantes de um processo e possibilita a identificação de relações que não poderiam ser encontradas por outros meios (CAMPOMAR, 1991).

A entrevista é uma das técnicas mais utilizadas no trabalho de campo em pesquisa qualitativa, especialmente nos estudos de caso. Ela pode ser de vários tipos, mas a que se considerou mais apropriada a este estudo foi a entrevista não-estruturada, também chamada de *conversa com finalidade*, onde utiliza-se um roteiro que serve como orientação para o pesquisador, porém sem cercear a fala dos entrevistados, permitindo-lhes discorrer sobre o tema proposto. O roteiro deste tipo de entrevista deve conter poucas questões e contribuir para que os interlocutores exponham seu ponto de vista sobre os fatos e relações que compõem o objeto da pesquisa (MINAYO, 1993).

De acordo com LEFÈVRE & LEFÈVRE (1999), os depoimentos de alguns indivíduos podem expressar o discurso de muitos, uma vez que os indivíduos estão submetidos aos mesmos constrangimentos sociais, culturais e institucionais. Para MINAYO (1993), os discursos desses sujeitos nos fornecem as representações sociais, que constituem “... o senso

comum, idéias, imagens, concepções e visão de mundo que os atores sociais possuem sobre a realidade” (pág. 173).

Estratégia de investigação

Realizou-se um estudo de caso utilizando a técnica de entrevista não-estruturada, com perguntas abertas, aplicadas pela pesquisadora. Para um melhor entendimento do contexto organizacional, também foram buscados e analisados documentos da instituição, tais como organograma, manual corporativo da Sociedade Beneficente, declaração de missão e visão, políticas institucionais, manual do Hospital, manual de implantação dos padrões da *Joint Commission* aplicados ao hospital e os relatórios dos consultores da JCIA que realizaram as pré-auditorias e a auditoria final.

Para a seleção dos entrevistados foi utilizada a técnica de amostragem intencional, procurando contemplar pessoas com diferentes visões, graus de envolvimento e níveis de conhecimento do processo, entre aquelas que ocupam cargos de nível gerencial, executivo ou da alta administração. Não foram incluídos profissionais do nível operacional por não se tratar do escopo desta pesquisa. Compuseram a amostra alguns membros da alta administração (aqui considerados os membros da Diretoria da Sociedade Beneficente e o Superintendente do Hospital, este último por ocupar o mais alto cargo executivo do Hospital), os coordenadores de função da *Joint Commission*, os integrantes da Equipe Nuclear de Implantação – ENI, alguns profissionais que ocupam posições de liderança no hospital e/ou participaram de outras iniciativas de qualidade em unidades específicas e, ainda, três pessoas que ocuparam cargos de gerência e estiveram envolvidas

no início do processo, mas que saíram do hospital no transcorrer do período de implantação do programa, perfazendo um total de 27 pessoas(Quadro 1).

Foram utilizados dois roteiros de entrevista (ANEXO): um, voltado para os tomadores de decisão (os membros da Diretoria da Sociedade Beneficente e o Superintendente do Hospital), com 12 perguntas, e outro, dirigido aos profissionais que ocupam cargos executivos ou gerenciais, com 9 perguntas. Cinco das questões formuladas são idênticas para ambos os grupos.

Antes do início do trabalho de campo foi realizada uma avaliação dos roteiros com uma consultora que participou do início do processo de acreditação e foram incorporadas algumas de suas sugestões.

As perguntas procuraram contemplar os objetivos desta dissertação e envolveram aspectos relativos à intencionalidade da mudança, fatores facilitadores e limitadores do processo e mudanças ocorridas. Algumas questões foram elaboradas para recuperar a história das iniciativas de qualidade no hospital, contextualizar o processo de implantação dos padrões *Joint Commission* e identificar o papel do entrevistado no mesmo. Para alguns profissionais mais antigos na instituição ou aqueles que estiveram envolvidos na implantação de outros programas de qualidade, também foi perguntado sobre a história das iniciativas de qualidade no hospital.

O roteiro foi utilizado com alguma flexibilidade, sem uma seqüência rigorosa das perguntas e permitindo que os entrevistados expressassem livremente suas percepções e opiniões sobre o tema abordado, sendo feitas perguntas adicionais para esclarecer aspectos específicos, quando necessário.

Do total de entrevistas, 23 foram realizadas pessoalmente, após agendamento, tendo os profissionais sido esclarecidos quanto aos objetivos da pesquisa e ao sigilo das informações coletadas. A duração das entrevistas foi de 30 a 80 minutos e todos autorizaram o uso de gravador, sendo realizada posteriormente a transcrição literal das fitas. Duas entrevistas foram realizadas por correio eletrônico, por solicitação dos entrevistados, devido a sua pouca disponibilidade de tempo. Dois membros da alta administração não foram entrevistados. Um deles por recusa, explicada por falta de conhecimento detalhado sobre o tema, e outro por impossibilidade, após várias tentativas, de agendar horário para a entrevista.

Análise dos resultados

A organização dos dados foi realizada por meio do agrupamento das respostas de acordo com os aspectos considerados mais pertinentes ao tema proposto:

- ⇒ Intencionalidade da mudança
- ⇒ Fatores impulsionadores/facilitadores da mudança
- ⇒ Fatores limitadores da mudança
- ⇒ Mudanças ocorridas

Foram, então, identificadas nos relatos dos entrevistados as idéias semelhantes, complementares ou opostas em relação a cada um dos temas selecionados, com o objetivo de construir uma descrição aproximada da realidade, expressada pelo pensamento do grupo de indivíduos.

Alta Administração:

Presidente da Sociedade mantenedora

Vice-presidente de Prática Médica

Vice-presidente Primeiro Secretário

Vice-presidente de Administração

Superintendente do Hospital

Gerenciais/Executivos – Coordenadores de função:

Coordenador médico – Coordenador do processo de implantação e Coordenador da função Corpo Médico

Gerente Executivo de Obras e Manutenção – Coordenador da função Ambiente Assistencial

Gerente Executivo de Recursos Humanos – Coordenador da função Recursos Humanos

Coordenador do Laboratório – Coordenador da função Melhoria Contínua da Qualidade

Coordenador do Departamento de Medicina Interna – Coordenador da função Assistência ao Paciente

Coordenador da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar – Coordenador da função Controle de Infecção Hospitalar

Gerente da Farmácia e Sub-gerente de Armazenamento e Distribuição – Coordenadora da função Direitos do Paciente e Ética Organizacional

Gerente do Núcleo Técnico de Informação e Análise – Coordenadora da função Gerenciamento de Informações

Gerente de Prática de Enfermagem – Coordenadora da função Educação do Paciente

Chefe Administrativo de Imagem – Coordenador da função Continuidade da Assistência

Enfermeira Encarregada da Unidade de Pronto Atendimento – Coordenadora da função Avaliação

Enfermeira Encarregada da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) – Coordenadora da função Liderança

Supervisor Administrativo da Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI-A) – dividiu Coordenação da função Liderança com a Enfermeira Encarregada da UTI-A

Equipe Nuclear de Implantação – as duas médicas encarregadas da operacionalização do processo

Gerenciais/Executivos – Outros:

Gerente Executivo de Suprimentos

Coordenador Médico do Departamento de Medicina Intensiva e de Urgência

Gerente da Reabilitação – foi Coordenadora da função Recursos Humanos no início do processo

Gerente de Patrimônio – foi Coordenadora da função Ambiente Assistencial no início do processo

Gerente Executivo Médico – saiu durante a implantação do programa

Gerente Executivo de Prática Médica – saiu durante a implantação do programa

Gerente Executiva de Enfermagem – saiu durante a implantação do programa e foi Coordenadora da função Enfermagem

Quadro 1 – Lista de entrevistados

PROGRAMAS DE QUALIDADE NO HOSPITAL

Histórico

Uma das primeiras iniciativas de garantia de qualidade no hospital iniciou-se em 1977, quando o Laboratório de Análises Clínicas implantou o *Controle da Qualidade dos Exames*, processando amostras-controladas juntamente com a rotina dos exames e passando a participar do *Programa Interlaboratorial da Sociedade Brasileira de Patologia Clínica*. Em 1983, teve início a estruturação do *Sistema de Asseguramento da Qualidade Total* para o laboratório.

Em 1984, a Unidade de Terapia Intensiva começou a trabalhar com alguns indicadores de qualidade, coletando dados demográficos, diagnósticos, tempo de permanência, mortalidade, tempo de uso de respirador, taxas de infecção, realizando análise posterior e implementando melhorias nos processos, envolvendo toda a equipe.

O Serviço de Controle de Infecção Hospitalar foi criado em 1986, com a finalidade de realizar a vigilância epidemiológica, o levantamento e a priorização dos problemas, sugerir e acompanhar as medidas de controle e o controle de qualidade dos processos. Mais adiante a educação continuada foi reforçada como uma das atividades do grupo (BARBOSA, 1995).

Em 1988, um pequeno grupo de médicos passou a se reunir periodicamente no laboratório para debater temas relacionados à qualidade – até então qualidade estava diretamente relacionada à alta tecnologia e

incorporação de equipamentos. Posteriormente, esse grupo de médicos propôs estender o trabalho para todo o hospital e, em 1990, foi implantado um sistema de qualidade em se que utilizava um acróstico com as iniciais do hospital espelhando os princípios e políticas da proposta formulada. Comissões foram então organizadas, de qualidade em enfermagem, qualidade médica, entre outras. A enfermagem desenvolveu o projeto de Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), criando uma nova estrutura de sistemas que agilizassem a atuação profissional. Foram desenvolvidos documentos de registro das atividades, com a implantação do histórico de enfermagem, evolução diária, plano de cuidados, entre outros.

O Serviço de Atendimento ao Cliente foi estruturado em 1991 com o intuito de oferecer à administração instrumentos que permitissem a avaliação e mensuração da visão dos usuários a respeito dos serviços prestados. Nessa mesma época, teve início o registro de ocorrências adversas ao paciente.

Círculos de Controle de Qualidade foram criados nos mais variados setores, com o suporte da gerência de Recursos Humanos. Esses grupos trabalhavam com times de qualidade multidisciplinares focados na solução de determinados problemas. Realizaram-se treinamentos sobre a utilização de ferramentas de qualidade e foi criado o Comitê de Qualidade, coordenado pelo Vice Presidente para a Prática Médica, com a participação dos times de qualidade e das gerências operacionais. Nessa época mudou-se a ênfase inicial no controle de qualidade para a melhoria contínua dos processos.

No período de 1994 a 1995 foi realizada uma avaliação do hospital, conduzida por uma empresa de consultoria externa, utilizando os critérios do Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ), com a finalidade de diagnóstico institucional. Essa auditoria apontou uma série de falhas nos processos de qualidade, resultando numa pontuação de 320 numa escala de zero a 1.000 pontos. Buscaram-se ferramentas que pudessem sanar os problemas detectados, optando-se então pelas normas ISO (*International Standardization Organization*).

A implantação das normas ISO nas primeiras unidades constituiu grande desafio, demandando muita dedicação e trabalho por parte das áreas envolvidas, pois careciam de adaptação para a área da saúde. Além disso, os serviços em processo de certificação tiveram que ser reestruturados, com revisão de processos, documentação e monitoramento.

O Laboratório Clínico foi certificado pela ISO 9002 em fevereiro de 1997, sendo o primeiro laboratório das Américas a receber esta certificação. A instituição certificadora escolhida e que posteriormente foi mantida para os demais serviços a serem certificados foi a *British Standardization Institute* (BSI), instituição de renome internacional e tradição reconhecida na área. Em julho do mesmo ano a Unidade de Terapia Intensiva Adulto também foi certificada pela ISO, a primeira UTI do mundo a ser certificada. Posteriormente, foram também certificados o Banco de Sangue, a Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e a Reabilitação.

Em 1997 a Diretoria da Sociedade optou por uma avaliação da qualidade institucional realizada pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* – JCAHO. A intenção era uniformizar os

programas de qualidade na instituição, diminuindo a variação dos níveis de qualidade existentes entre os diversos serviços e setores do hospital. Discutia-se na época o perfil da clientela do hospital e a possibilidade de expansão dos serviços. Detectou-se a necessidade de um padrão de qualidade atestado por uma organização externa e capaz de colocar o hospital em posição de destaque dentro da América Latina. Neste sentido, a intenção de diminuir custos, racionalizar processos e melhorar a qualidade foi vinculada à adoção deste modelo.

O processo em busca da acreditação e os ganhos relacionados eram considerados mais importantes do que a acreditação em si. Pretendia-se obter uma *carta de equivalência (letter of equivalence)*, uma vez que a *Joint Commission* até então não acreditava hospitais fora dos Estados Unidos.

O modelo Joint Commission

O modelo inicialmente apresentado ao hospital era o seguido pelos hospitais americanos, isto é, aquele realizado pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*. No entanto, o contato do hospital foi feito junto à *Joint Commission International Accreditation – JCIA*, subsidiária responsável pelos negócios fora dos Estados Unidos. Os padrões de qualidade preconizados estão dispostos na forma de 15 funções (JOINT COMMISSION, 1997), que podem ser reunidas da seguinte forma:

- ❖ Funções focadas no paciente: Direitos do Paciente e Ética Organizacional, Avaliação do Paciente, Assistência, Continuidade da Assistência, Educação do Paciente.
- ❖ Funções focadas na organização: Vigilância, Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, Liderança, Melhoria Contínua da Qualidade, Recursos

Humanos, Gerenciamento do Ambiente Assistencial, Gerenciamento de Informação.

- ❖ Estruturas com função: Alta Direção, Administração, Enfermagem e Corpo Clínico.

O desenvolvimento de padrões internacionais a partir de dezembro de 1998 levou a uma nova proposta de conjunto de funções, apresentadas de forma menos detalhada se comparadas ao manual original. A tentativa de adequar os padrões à realidade dos diferentes países aponta para padrões menos prescritivos e menos complexos. O novo agrupamento passou a ser o descrito a seguir:

- ❖ Funções focadas no paciente: Acesso e Continuidade da Assistência, Direitos do Paciente e da Família, Avaliação do Paciente, Assistência, Educação do Paciente e da Família.
- ❖ Funções focadas no gerenciamento institucional: Vigilância, Prevenção e Controle de Infecção Hospitalar, Liderança, Gerenciamento e Melhoria da Qualidade, Recursos Humanos, Ambiente Assistencial, Gerenciamento de Informação.

De modo geral poucas foram as modificações introduzidas. As funções Enfermagem e Corpo Clínico foram inseridas na função Recursos Humanos para efeito dos padrões internacionais. No entanto, a demora para o lançamento da versão final dos padrões internacionais, aliada à indefinição quanto aos padrões que guiariam a avaliação final para a acreditação, tornaram o processo mais penoso e desgastante. O grupo que liderou a implantação dos padrões optou por manter os padrões originais como o alvo a ser atingido. A publicação oficial dos padrões definitivos foi recebida pelo hospital no momento da avaliação final. Ainda assim, na fase final de preparação foram necessários ajustes aos padrões internacionais, o que foi feito por meio do uso de versões não oficiais desses padrões.

As etapas do processo de acreditação

Em agosto de 1997 foi realizada a primeira avaliação pela *Joint Commission* por três consultores, dois médicos e uma enfermeira. Foram utilizadas as 15 funções preconizadas pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations* para os hospitais americanos. Verificou-se o não cumprimento substancial das funções, à exceção de Alta Direção e Administração. As funções relacionadas ao prontuário do paciente, organização do corpo clínico e gerenciamento do ambiente assistencial foram consideradas críticas.

Em dezembro foi realizado um curso de cinco dias promovido por consultores da *Joint Commission* (um médico e uma enfermeira) com a finalidade de explicar a intencionalidade de cada uma das funções e dos padrões a elas associados. Deste curso participaram cerca de 100 pessoas. Na seqüência foi formado grupo liderado pelo Coordenador Médico para adaptação das funções propostas para a realidade do hospital. Este grupo deu origem posteriormente aos 15 coordenadores de função, que formaram grupos de trabalho específicos. Documentos, políticas institucionais, rotinas e procedimentos, ainda não existentes para o hospital como um todo e estreitamente relacionados à aplicação dos padrões, passaram a ser elaborados.

Em janeiro de 1998 teve início o desenvolvimento de protocolos clínicos por um grupo multiprofissional, que contou com a participação de importante contingente dos médicos do corpo clínico, com o propósito de padronizar a assistência. Esses grupos de trabalho reuniram-se em torno de

suas respectivas especialidades para elaborar os protocolos para algumas doenças, escolhidas segundo sua importância para a assistência ao paciente e para o hospital (frequência, risco e custo). Dos protocolos surgiram posteriormente *pacotes* desenvolvidos junto à Gerência Comercial, escolhidos segundo sua frequência e custo.

Em abril foi realizada avaliação externa do cumprimento dos padrões de ambiente assistencial por um consultor engenheiro ligado à *Joint Commission International Accreditation*.

Em maio foram criados o Comitê Médico Executivo (CME) e a Comissão de Gerenciamento de Riscos. Esta última passou a ser o fórum responsável pela discussão e encaminhamento das queixas graves envolvendo riscos aos pacientes e ao hospital. Vem trabalhando diretamente ligada ao Sistema de Ocorrências do Hospital. O CME tinha por objetivo organizar a participação do corpo clínico na gestão hospitalar. O regulamento e a organização do corpo clínico foram pouco a pouco aprimorados.

Em agosto foi realizada a avaliação externa da documentação necessária para o cumprimento dos padrões por dois consultores da *Joint Commission International Accreditation*, um médico e uma enfermeira.

Em setembro foi criada a Equipe Nuclear de Implantação (ENI), que passou a coordenar o processo de discussão, adaptação e implementação dos padrões. O grupo de certa forma centralizou as decisões referentes a esses assuntos, diminuindo assim a autonomia dos coordenadores de função. Promoveu, ainda, o intercâmbio de informações e experiências

entre os grupos, na tentativa de uniformizar o conhecimento dos padrões e reduzir a duplicidade de iniciativas em torno das funções.

Sete pessoas do grupo de coordenadores de função e da ENI acompanharam visitas nos EUA: o coordenador médico, a consultora americana participante da ENI, uma farmacêutica, duas enfermeiras e duas pessoas envolvidas com a função ambiente assistencial. A intenção era aprimorar o aprendizado a respeito do processo de acreditação e dos padrões, bem como colher exemplos de rotinas e procedimentos que viabilizassem a implementação dos padrões.

Em outubro e novembro foram realizados seminários para as diferentes lideranças do hospital, desde as chefias até a diretoria da sociedade, a fim de disseminar os princípios da *Joint Commission*.

Em dezembro foram concluídos e encaminhados para publicação 127 protocolos clínicos. Ainda em dezembro o consultor engenheiro visitou novamente o hospital a fim de avaliar o avanço dos padrões da função ambiente assistencial. Nessa época foi formado um grupo para organizar o treinamento institucional, que se tornou um fórum de discussão sobre o processo de implantação, responsabilizando as diversas áreas pela implementação dos padrões.

Em fevereiro de 1999, como fruto do trabalho dos grupos dedicados às funções voltadas ao paciente, que contou com a participação dos vários profissionais de saúde usuários do prontuário do paciente, foi oficializado o novo prontuário. A adesão ao preenchimento dos novos formulários foi bastante baixa, dado o grau de detalhamento das informações e a dificuldade de compatibilizar o tempo necessário ao preenchimento dos

formulários, uso do computador para o preenchimento da prescrição eletrônica no sistema *Medtrak*² e ainda a assistência ao paciente.

Em março nova avaliação externa do cumprimento dos padrões foi realizada pelo consultor médico. Foi verificada melhoria do cumprimento dos padrões de forma genérica. Apesar do curto espaço de tempo entre o início do novo prontuário e a visita, foi considerado que o prontuário proposto, se adequadamente preenchido, possibilitaria o cumprimento integral das funções associadas. Como forma de garantir esse processo iniciou-se a auditoria quantitativa do prontuário.

Em abril ocorreu a integração dos Comitês Médico Executivo e Tático Administrativo e Conselho Médico para discutir as estratégias e ações necessárias para a concretização dos padrões de qualidade.

Em maio de 1999 foi realizada avaliação externa específica para aprimoramento do plano de incêndio. Dela participaram dois consultores, o engenheiro que havia feito as visitas anteriores e um especialista em planos de incêndio. Durante essa visita foram realizadas três simulações de incêndio, sendo que os resultados foram discutidos com os consultores. No mesmo mês teve início o Projeto de Melhoria da Qualidade do Preenchimento do Prontuário, uma estratégia para centrar esforços nas unidades de internação que consistia na avaliação quantitativa do preenchimento dos formulários, criando-se uma sistemática de monitoramento deste preenchimento e de incentivo e cobrança dos médicos. Paralelamente, um grupo de facilitadores encontrava-se à disposição para melhor informar sobre a utilização dos formulários nas diferentes situações

² Sistema eletrônico integrado de informação hospitalar que vem sendo implantado no hospital.

clínicas. Criou-se ainda uma estrutura de manutenção deste projeto nas unidades que já haviam sido submetidas a ele, à medida que novas unidades de internação eram incluídas.

Em junho foi realizada a primeira simulação de auditoria (*mock survey*), conduzida por uma enfermeira que atua como avaliadora dos padrões americanos, em que foram observadas inúmeras pendências até então não muito enfatizadas pelos consultores.

De agosto a outubro foi realizada a descentralização do processo de implantação. O treinamento teve duração de 15 semanas, com a participação de aproximadamente 200 multiplicadores, dois por serviço do hospital. O método utilizado incluía correspondências eletrônicas sobre o tema da semana, com perguntas e palavras cruzadas enviadas às segundas-feiras. Esse treinamento abordou as orientações necessárias para o cumprimento de todas as funções de abrangência institucional e foi reproduzido para os Comitês Médico Executivo e Tático Administrativo. Treinamentos específicos foram realizados para a Diretoria da Sociedade e outras lideranças. Os médicos foram envolvidos ao longo dos vários meses nas reuniões de departamento ou reuniões específicas.

Em outubro foi promovida a Exposição da Qualidade, parte integrante do treinamento e da estratégia de disseminação do processo institucional. Dela participaram 71 *posters*, expostos em painéis localizados no *Atrium* ao longo de duas semanas, com premiação para os melhores trabalhos. Os *posters* apresentavam iniciativas das mais diferentes áreas do hospital utilizando o ciclo PDCA (planejar, fazer, medir e atuar). Essa exposição foi proposta pela ENI e organizada em parceria com o Instituto

de Ensino e Pesquisa, que se encarregou da coordenação do processo de julgamento.

Em novembro foi realizada nova simulação de auditoria, que tinha por finalidade verificar o preparo da instituição para uma eventual avaliação final em dezembro. Foi conduzida por dois dos consultores habituais – o médico e o engenheiro, sendo que a enfermeira participante não conhecia ainda o trabalho do hospital. Foi verificada importante melhora, e os consultores indicaram que a visita final em dezembro teria condições concretas de sucesso. A partir de então, o esforço para o preenchimento adequado do prontuário foi intensificado.

A avaliação final ocorreu do dia 13 ao dia 16 de dezembro de 1999, verificando-se o cumprimento de 97% dos padrões e resultando na acreditação do hospital pela *Joint Commission International Accreditation*, o primeiro hospital no mundo por ela acreditado fora dos Estados Unidos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Intencionalidade da mudança

Implantação de programas de qualidade e mudança organizacional estão intimamente relacionados e, para ser bem-sucedidos, devem passar por uma etapa de planejamento e definição de objetivos, que devem ser expostos com clareza para todos na organização.

Entre os entrevistados da alta administração, dois afirmam que havia intenção de provocar uma mudança na organização a partir da implantação dos padrões da *Joint Commission*, citando, inclusive, que este projeto faz parte de uma proposta maior de mudança da Sociedade Beneficente, que inclui o hospital, o Instituto de Ensino e Pesquisa e as ações sociais. Um dos entrevistados relata que os objetivos do projeto estavam mais voltados para aspectos de melhoria da qualidade da assistência, participação no mercado, etc., mas não havia uma proposta de mudança organizacional mais profunda.

Algumas estratégias específicas para o hospital citadas pelos tomadores de decisão são:

- ❖ Profissionalização de toda a estrutura.
- ❖ Descentralização administrativa (pela criação de unidades de gestão).
- ❖ Descentralização assistencial (pela criação de unidades avançadas).
- ❖ Integração dos sistemas de informação (incluindo o prontuário eletrônico).

- ❖ Garantia da qualidade dos serviços prestados.
- ❖ Mudança no modelo de atenção, com ênfase na assistência integral à saúde, e não apenas nas doenças.
- ❖ Estabelecimento de um novo patamar de referência de qualidade no país e no continente, de acordo com a visão institucional.
- ❖ Resultados financeiros positivos com agregação de valor em cada etapa do processo de atendimento.
- ❖ Aumento do *market share* do hospital.

Segundo a percepção da maior parte dos entrevistados dos níveis executivo e gerencial, não havia a intenção de provocar uma mudança organizacional com a implementação do projeto ou, pelo menos, não havia a noção do seu potencial de mudança. Buscava-se um modelo de qualidade a seguir, adequado às características e necessidades do hospital. O real significado e as dimensões da mudança que isso acarretaria foi sendo percebido ao longo do processo. De qualquer modo, pensam que a decisão foi acertada e que a profundidade da mudança ainda está para ser vista. Em oposição ao pensamento da maioria, um dos entrevistados julga que a mudança já havia iniciado algum tempo antes, com a troca da diretoria e com a reformulação do organograma do hospital. Outro considera que a Diretoria teve uma visão mais ampla, de provocar uma mudança na prestação de serviços de saúde no Brasil.

Aqueles que consideraram que esta era uma das intenções do processo, citaram como prováveis mudanças desejadas:

- ❖ Busca da melhoria contínua da qualidade da assistência.
- ❖ Trabalho com enfoque multiprofissional e integração entre os vários departamentos, produzindo uma mudança no comportamento e atitudes dos profissionais.
- ❖ Organização da documentação e estabelecimento normas, rotinas e padronização dos procedimentos para orientar de

forma mais adequada as atividades das pessoas na instituição, com prioridade nas áreas assistenciais.

- ❖ Maior organização e controle do corpo clínico, com o médico passando a ser visto como parceiro, e não mais como cliente.
- ❖ Foco no paciente, que passa a ser considerado como o principal cliente do hospital.

Fatores facilitadores / impulsionadores

Como vimos na parte inicial deste trabalho, processos de mudança organizacional geralmente passam por uma fase de coletivização da nova idéia para, então, envolver todas as pessoas na busca de um objetivo comum. Também são apresentados como de grande importância o papel das lideranças e o comprometimento da alta direção no sentido de mobilizar os recursos necessários para a concretização do projeto. Com freqüência, as mudanças decorrem de fatores externos, como pressão do mercado ou simples necessidade de sobrevivência no negócio.

De acordo com os membros da alta administração os fatores facilitadores mais importantes do processo de mudança (todos internos à organização) foram os seguintes:

- ❖ Decisão e envolvimento da alta direção.
- ❖ Aporte financeiro e de todos os recursos necessários para a concretização do projeto.
- ❖ Comprometimento das lideranças.
- ❖ Envolvimento de todas as pessoas que trabalham na instituição.

A maior parte dos fatores mencionados pelos profissionais dos níveis gerencial e executivo como impulsionadores da mudança, listados a seguir, são internos à organização:

- ❖ Decisão da alta direção.
- ❖ Disponibilidade dos recursos necessários para a implementação do projeto
- ❖ Apoio da alta direção na resolução de conflitos.
- ❖ Respaldo do Vice-presidente de Prática Médica.
- ❖ Adesão, participação e envolvimento das pessoas na instituição; motivação.
- ❖ Relação de fidelidade dos funcionários com a instituição.
- ❖ Valorização das pessoas que participaram ativamente do processo.
- ❖ Liderança do Coordenador do Processo de Implantação.
- ❖ Desempenho e capacidade de motivação da Equipe Nuclear de Implantação.
- ❖ Desempenho dos coordenadores de função.
- ❖ Desempenho dos facilitadores nas diversas áreas.
- ❖ Treinamentos institucionais.
- ❖ Exposição da Qualidade como motivadora.
- ❖ Setores com experiência anterior em programas de qualidade.
- ❖ Sistema de Ocorrências Adversas ao Paciente.
- ❖ Trabalho em equipe.
- ❖ Integração entre as áreas.
- ❖ Conhecimento prévio por algumas pessoas dos padrões da *Joint Commission*.

Cabe detalhar alguns fatores que foram destacados com mais frequência pelos entrevistados como aqueles que representaram um grande impulso na implementação dos padrões da *Joint Commission* no hospital. Várias pessoas afirmam que, principalmente nos últimos meses do processo, o apoio da alta administração, disponibilizando todos os recursos necessários (financeiros, humanos e materiais) para o cumprimento dos padrões preconizados, foi fundamental.

Outro aspecto citado por quase todos os entrevistados foi o papel desempenhado pelo Coordenador do Processo de Implantação e dos

membros da Equipe Nuclear de Implantação, não só na organização e coordenação do processo, como também na disseminação das informações e, principalmente, como incentivadores e motivadores das pessoas na instituição: “eles realmente acreditavam e gostavam do que estavam fazendo”.

O envolvimento de todos na organização, após ultrapassadas as barreiras iniciais, foi de extrema importância. Para alguns profissionais, principalmente os não médicos, a oportunidade de mostrar e melhorar o trabalho que vinham desenvolvendo serviu como um forte incentivo. Como exemplos foram mencionadas a triagem de enfermagem realizada no pronto atendimento – uma demonstração de divisão de responsabilidade e de valorização do profissional – e a padronização dos medicamentos e organização da assistência, na farmácia. Em relação aos médicos – que ofereceram forte resistência na fase inicial – a aceitação e o envolvimento no processo foram comprovados, de acordo com um dos entrevistados, no dia seguinte à auditoria final da *Joint Commission*, durante a assembléia anual dos médicos do hospital: “pela primeira vez na história deste hospital tivemos 700 médicos reunidos aqui, e se sentindo orgulhosos, aplaudindo o fato de o hospital ter sido acreditado”.

A Exposição da Qualidade, que contou com mais de 70 trabalhos de melhoria da qualidade desenvolvidos nas várias áreas do hospital e que premiou aqueles que foram considerados os melhores, desempenhou um importante papel de estímulo à participação de todos no processo e foi um instrumento de divulgação e reconhecimento dos esforços realizados.

Os fatores externos que facilitaram o processo de implantação do programa, citados pelos entrevistados dos níveis gerencial e executivo, foram:

- ❖ “Modelo pronto” para seguir.
- ❖ Legislações específicas: Código de Ética Médica, regulamentações do Conselho Regional de Medicina, Código de Defesa do Consumidor, Leis Estaduais e Normas Técnicas da Secretaria de Estado da Saúde.
- ❖ Liderança do hospital no setor da saúde.
- ❖ Necessidade de sobrevivência no negócio.

O fato de a *Joint Commission* ser uma entidade reconhecida internacionalmente e com forte tradição nos Estados Unidos foi um facilitador do processo, uma vez que muitos profissionais que atuam no hospital, principalmente médicos, se guiam muito pelos modelos da Medicina norte-americana. Por outro lado, também atuou como limitador, pois os padrões preconizados refletem aspectos específicos da cultura e da legislação daquele país. Contudo, muitas das obrigatoriedades contidas nesses padrões estão contempladas no Código de Ética Médica, no Código de Defesa do Consumidor, etc. Assim, a necessidade de cumprimento da legislação nacional para a proteção do hospital e dos profissionais contra sanções ou punições legais foi um poderoso argumento utilizado para contornar algumas resistências no início do processo. O Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo foi convidado para participar de reuniões e realizar palestras para o corpo clínico, com a finalidade de esclarecer aspectos específicos da prática profissional e da relação médico-paciente.

Fatores limitadores

Uma grande parte dos obstáculos aos processos de mudança estão ligados às pessoas na organização (por exemplo resistências e conflitos de poder) e exigem atitudes precisas das lideranças para serem contornados e não prejudicarem a implementação do projeto. Outros fatores importantes são a falta de prioridade da alta administração, as falhas no fluxo das informações e das decisões tomadas e, com frequência, a presença de fatores externos à organização que influenciam negativamente no processo.

Para os entrevistados da alta administração foram três os principais limitadores do processo de implantação dos padrões da *Joint Commission* no hospital, sendo os dois primeiros internos à organização e o último, externo:

- ❖ Pessoas: alguns profissionais que não acreditaram no processo, outros que não se adaptaram a ele e aqueles que se opuseram (resistências).
- ❖ Dificuldade para mudar comportamentos.
- ❖ Diferenças entre as legislações norte-americana e brasileira.

Um dos membros da alta administração pondera que as pessoas na organização funcionaram como um grande facilitador, e também como o principal obstáculo ao processo de mudança, dependendo da postura adotada em relação ao programa. Alguns profissionais não acreditaram no projeto, outros não se adaptaram a ele e outros ainda se opuseram, provavelmente por sentirem-se prejudicados em seus interesses pessoais e profissionais. Refere que este foi um dos custos não-monetários do programa, pois algumas dessas pessoas preferiram sair da instituição e outras precisaram ser desligadas para não prejudicar o avanço do processo.

Em relação aos hábitos culturais, citam como exemplos o preenchimento adequado do prontuário do paciente pelos médicos e a proibição de fumar nas instalações do hospital. “Mudanças de comportamento não se fazem rapidamente, muito tempo e energia foram gastos para isso e esse trabalho está longe de ter terminado.”

Na opinião dos entrevistados dos níveis gerencial e executivo, os fatores limitadores internos foram:

- ❖ Desconhecimento dos objetivos estratégicos do hospital.
- ❖ Centralização das decisões, tornando alguns processos mais demorados.
- ❖ Diretoria não considerou este programa como prioridade, no início do processo.
- ❖ Muitos projetos grandes e simultâneos: *Joint Commission*, *Medtrak*, Unidades de Gestão, Unidades Avançadas.
- ❖ Competição por recursos humanos e financeiros entre os dois maiores projetos que estavam sendo implantados no hospital e que exigiam grandes investimentos: *Joint Commission* e *Medtrak*.
- ❖ Insuficiência de recursos humanos em algumas áreas, com sobrecarga de trabalho, devido aos vários projetos simultâneos.
- ❖ Tamanho da instituição e heterogeneidade de serviços que atuam em um hospital.
- ❖ Falta de consistência de muitas políticas institucionais.
- ❖ Políticas que precisaram ser aprovadas muito rapidamente, não seguindo o fluxo normal para aprovação.
- ❖ Falta de definição de autoridades e responsabilidades.
- ❖ Pouco envolvimento das pessoas, no início do processo.
- ❖ Dificuldade para trabalhar em equipe multiprofissional.
- ❖ Individualismo, indisciplina, comodismo.
- ❖ Ultrapassar a barreira inicial de resistências (mais acentuada entre os médicos, por ser um hospital de corpo clínico aberto).
- ❖ Demora na definição do novo prontuário e dificuldade para implementação e preenchimento adequado pelos médicos.

- ❖ Dificuldade para implantação dos protocolos.
- ❖ Excesso de burocracia, tirando o foco do paciente.
- ❖ Conflitos com pessoas consideradas “autoridades” no tema qualidade e que não concordavam com a metodologia adotada.
- ❖ Conflitos de poder entre grupos e entre pessoas (por exemplo: coordenadores de função; corpo clínico e pessoal assistencial; vice-presidentes; áreas operacionais; equipes multiprofissionais).
- ❖ Processo de comunicação deficiente em todos os níveis da instituição.

Vários dos fatores considerados limitadores do processo pelos profissionais dos níveis gerencial e executivo estão relacionados com a implantação simultânea de projetos de grande porte na instituição – em especial *Joint Commission* e *Medtrak* – fato que evidencia a falta de uma prioridade específica da alta administração. Isso acarretou uma competição por recursos financeiros e humanos, sobrecarga de trabalho e de treinamentos para os profissionais das diversas áreas, principalmente os ligados à assistência direta ao paciente, além de atraso na implantação do novo prontuário do paciente (que deveria ficar disponível em meio eletrônico, integrado ao sistema *Medtrak*). Também ocorreram conflitos em diversos níveis hierárquicos e uma disputa acirrada de poder entre os vice-presidentes responsáveis por esses projetos. Um dos entrevistados observou que “o maior erro que o hospital cometeu foi implantar o *Medtrak* e a *Joint Commission* ao mesmo tempo; foi um erro tático, estratégico, financeiro, foi um grande erro”. No segundo semestre de 1999, “houve um entendimento para segurar as atualizações das versões do *Medtrak* para que o processo da *Joint Commission* não fosse prejudicado” definindo-se, então, esta última como prioridade.

Outro aspecto referido por vários entrevistados diz respeito ao fato do hospital ser de corpo clínico aberto e os médicos serem tradicionalmente considerados como seus clientes principais. Mudar esse enfoque, passando a considerá-los como parceiros e sujeitos às regras da organização, ocasionou muita resistência e situações de conflito: “Imagine a enfermeira do centro cirúrgico dizendo para um médico que cobra cinco mil dólares por uma cirurgia que ele não vai poder operar porque não tem o consentimento informado do paciente; ou o segurança dizendo que ele deve usar o crachá (ocorreram reações negativas, do tipo perguntar ‘Quem você pensa que é? Só me faltava...’); ou perguntando para ele na hora de fazer o recredenciamento se é viciado em álcool ou drogas...”. Além disso, a falta de hábito desses profissionais de registrarem no prontuário do paciente condutas e tratamento instituídos representou um grande problema, pois este é um dos itens mais enfatizados nos padrões da *Joint Commission*.

A resistência à mudança não partiu apenas dos médicos, sendo percebida em vários níveis da organização por alguns motivos já citados, como sobrecarga de trabalho, excesso de burocracia, dificuldade para trabalhar em equipe, etc. Uma das pessoas entrevistadas relata que apresentou resistência no início do processo por achar que “havia outras coisas básicas que precisavam ser feitas” e por considerar “americanismo”. Quando percebeu as melhoras que trazia para a instituição e, principalmente, para o próprio trabalho, aderiu à proposta.

A opinião de que o processo de comunicação é um dos principais problemas da organização é quase uma unanimidade entre os profissionais dos níveis gerencial e executivo. Um dos entrevistados refere que “há um

problema em fazer chegar as decisões da alta administração para os níveis inferiores e, principalmente, para essas decisões chegarem na ponta; e há uma dificuldade no caminho de volta também”. Outro relata que “a comunicação do hospital é falha, é um traço de personalidade do hospital, é nosso maior problema”. Alguns entrevistados ressaltam que, como consequência dessa dificuldade, muitas vezes as informações “saem primeiro na ‘rádio peão’ e, quando vão ser divulgadas oficialmente, já têm mil versões fantasiosas, que atrapalham a decisão que foi tomada”.

Durante o período de implantação dos padrões da *Joint Commission*, em especial no segundo semestre de 1999, foram utilizados diversos meios para suprir essa deficiência, agilizando o fluxo de informações entre níveis hierárquicos, setores e pessoas na organização. Nesse sentido, a Equipe Nuclear de Implantação desempenhou papel fundamental, funcionando como a principal fonte de disseminação das informações. Entre as estratégias utilizadas, foram mencionadas como as mais eficazes: treinamentos semanais para multiplicadores (dois representantes de cada área do hospital) e lideranças das áreas, reuniões semanais com todos os gerentes e coordenadores de Departamentos, auditorias internas, reuniões do corpo clínico, seminários e *workshops* sobre a *Joint Commission*, Exposição da Qualidade, correio eletrônico e Boletim do Corpo Clínico. “Esses foram exemplos muito bons de como nós poderíamos estar nos comunicando mais adequadamente; mas, de certa maneira, deixaram de existir, na medida em que terminou o processo de acreditação. Essas formas alternativas de comunicação cumpriram o seu papel e não foram utilizadas para outros assuntos ou para outras questões”.

Os fatores limitadores externos à organização mencionados pelos profissionais dos níveis gerencial e executivo foram:

- ❖ Fato de ser um “modelo importado”.
- ❖ Modelos de acreditação ainda são pouco conhecidos e difundidos.
- ❖ Dificuldade no entendimento e transmissão dos conceitos e padrões da JCAHO, na fase inicial (inclusive pela barreira do idioma).
- ❖ Mudança dos padrões da JCAHO para os da JCIA muito próximo à auditoria final.
- ❖ Desconhecimento da legislação.
- ❖ Perda das isenções tributárias relacionadas à filantropia.

No início de 1998, em consequência da perda das isenções tributárias relacionadas à filantropia, o hospital estabeleceu um plano de contingência para redução de custos que, entre outras medidas, determinou mudanças em alguns benefícios para os funcionários e implicou em muitos desligamentos. Nessa época, “criou-se um clima adverso para a implantação de projetos onde o envolvimento do pessoal era uma questão crucial, e foi um fator de instabilidade da organização e do seu corpo funcional, que pode ter dificultado um trabalho mais engajado”.

Uma outra dificuldade relatada pelos entrevistados, já na etapa final do processo de acreditação, nos últimos meses de 1999, foi a mudança dos padrões utilizados inicialmente, da JACHO, para os padrões internacionais da JCIA. Este fato implicou na necessidade de rever alguns padrões e adaptá-los às novas exigências, em um curto espaço de tempo.

Mudanças ocorridas

Programas de qualidade são grandes impulsionadores de mudanças nas organizações, podendo ser iniciados em áreas específicas ou aplicados à organização de forma global. Qualquer que seja a estratégia utilizada, exige o comprometimento das pessoas envolvidas e a consciência, por parte dos condutores do processo, de que os resultados requerem algum tempo para tornarem-se visíveis.

Em relação às mudanças observadas, todos os entrevistados dos três níveis hierárquicos concordam que foram profundas e disseminadas. Vários ressaltam que muitas delas ainda não estão consolidadas e necessitarão de um tempo maior para serem incorporadas ao cotidiano da instituição. Entretanto, consideram que, em sua maior parte, são irreversíveis, principalmente aquelas que foram percebidas como uma maneira de tornar mais fácil e ágil o processo de trabalho e as que implicaram em alterações na estrutura física e funcional da organização. Alguns profissionais relatam que queriam implementar algumas modificações em seus setores havia um certo tempo e as exigências impostas pelos padrões da *Joint Commission* revelaram-se fortes aliadas para sua concretização.

Entre as inúmeras mudanças referidas, cabe destacar algumas citadas com maior frequência pelos entrevistados:

- ❖ Grande envolvimento e participação das pessoas no processo, da alta direção até os níveis operacionais.
- ❖ Conscientização da importância do trabalho de cada um como parte de um processo maior e com uma finalidade definida, que é a saúde do paciente.

- ❖ Maior integração entre os profissionais e entre as áreas técnico-assistenciais e administrativas.
- ❖ Ênfase no trabalho multiprofissional e prestação da assistência ao paciente de forma integrada.
- ❖ Criação de um fórum de direitos do paciente e participação do mesmo nas decisões referentes ao seu tratamento.
- ❖ Cliente principal do hospital deixou de ser o médico (que passou a ser parceiro); o foco da atenção é o paciente.
- ❖ Mudança no modelo assistencial do hospital, com a visão de atenção integral, focado na saúde e na prevenção, e não na doença.
- ❖ Organização do corpo clínico e recadastramento de todos os médicos.
- ❖ Revisão e organização do prontuário, com maior envolvimento dos médicos nesse processo.
- ❖ Preenchimento adequado do prontuário do paciente, contendo informações médicas mais consistentes.
- ❖ Implantação de um sistema de segurança do meio ambiente assistencial, visando a saúde e segurança de pacientes, acompanhantes, familiares, visitantes, funcionários e pessoal das empresas terceirizadas.
- ❖ Preocupação com manutenção preventiva de equipamentos.
- ❖ Exigência para os fornecedores e serviços terceirizados o cumprimento das regras do hospital.
- ❖ Sistema de recursos humanos adequado (com ficha funcional, avaliação de desempenho, descrição de cargo, educação continuada, treinamentos, etc.).
- ❖ Maior clareza na distribuição de responsabilidades e atribuições.
- ❖ Estruturação organizacional, com documentação de tudo.
- ❖ Desenvolvimento de rotinas e procedimentos para quase todas as atividades do hospital.
- ❖ Unificação de impressos na área de enfermagem.
- ❖ Relatórios de não conformidade e sistema de ocorrências adversas ao paciente.
- ❖ Decisões gerenciais apoiadas em informações objetivas e com a visão de melhoria contínua.
- ❖ Uso de indicadores de qualidade.
- ❖ Criação do cargo de Coordenador Médico (equivalente ao Diretor Clínico, que nunca existiu no hospital).

- ❖ Maior preocupação com a qualidade e com o planejamento em todos os níveis organizacionais, compatibilizados com os objetivos estratégicos.
- ❖ Definição de políticas institucionais e setoriais.
- ❖ Aprendizado institucional, a partir do aprendizado das pessoas.
- ❖ Mudança na cultura da organização.
- ❖ Melhor prestação de serviços ao cliente final da instituição, que é o paciente.

Algumas pessoas observaram, como conseqüências negativas, a burocratização exagerada do processo de trabalho (muitas vezes prejudicando a qualidade do atendimento prestado aos pacientes) e o *stress* provocado pelas exigências excessivas e pela sobrecarga de atividades, *neurotizando* o ambiente de trabalho. Também foi considerada inadequada por um dos entrevistados a maneira como os médicos foram convidados a se envolver, ocasionando resistências mais intensas.

Vários entrevistados definiram o hospital antes do processo de acreditação pela *Joint Commission* como sendo composto por “ilhas” isoladas, em que cada pessoa ou equipe desempenhava suas atividades sem saber ou mesmo se interessar pelo que ocorria nas outras áreas. Também em relação à qualidade dos serviços, havia “ilhas de excelência” e, em outros setores, o desempenho era julgado bom ou apenas mediano. Consideraram que um dos maiores ganhos para a instituição foi a homogeneização da qualidade na instituição e o aprendizado do trabalho em equipe, com maior integração entre os diversos setores.

Na realidade, pelos relatos pode-se perceber que, apesar do processo ter iniciado no final de 1997, a maior parte das mudanças ocorreu de fato somente no segundo semestre de 1999, próximo à auditoria final para a

acreditação. Nesse período, as atividades para cumprir as exigências da *Joint Commission* foram intensificadas e o envolvimento das pessoas na instituição foi imenso, em todos os níveis hierárquicos, aspecto este enfatizado por quase todos os entrevistados. Salientam que isso era mais perceptível entre os funcionários ligados às atividades-fim do hospital, mas não se restringiu a estes. O grau de envolvimento e sua extensão, pelo número de pessoas que atingiu, foi algo inédito no hospital, sendo considerado por uma entrevistada como um “processo de democratização institucional”, a partir do qual as pessoas passaram a ter um sentimento de pertencer à organização e de compartilharem um objetivo comum. No final, quando tiveram a notícia de que o hospital havia sido acreditado, “todos estavam muito orgulhosos, vibrando intensamente e sentindo-se vencedores”.

Um dos entrevistados observou que, possivelmente, a maior parte das mudanças ocorridas não é ainda percebida pelos pacientes, pois ocorreram “nos bastidores” do hospital. Entretanto, à medida em que as pessoas forem conhecendo melhor o que significa um serviço de saúde com qualidade do ponto de vista técnico, e não apenas sob a perspectiva das amenidades, passarão a perceber essa mudança no hospital. Porém, esse é um aprendizado de longo prazo.

CONCLUSÕES

Desde sua idealização, o hospital estudado tem como características a preocupação com a qualidade e com o pioneirismo, evidenciadas principalmente pela constante incorporação de tecnologia de ponta, conferindo-lhe notoriedade como um dos melhores do Brasil e da América Latina.

A mudança de visão, incorporando os aspectos de garantia da qualidade da assistência, começou a emergir no final da década de 80 e, já no início dos anos 90, foram implantados os primeiros programas de qualidade em áreas isoladas do hospital. O nível de engajamento dos participantes, assim como os graus de evolução e de maturidade desses programas, foram bastante distintos nas diversas áreas. Nessa época, ainda não havia um envolvimento da alta administração no sentido de incentivar o a multiplicação dessas iniciativas de forma homogênea para outros departamentos ou serviços da instituição. Entretanto, já se percebia uma preocupação com as mudanças de cenário no setor da saúde e se delineava a proposta de um modelo que possibilitasse a integração dos vários processos em curso e o incentivo à implantação de novas experiências (BARBOSA, 1995).

Gradualmente, foi se disseminando na instituição a cultura da qualidade e, com a posse de uma nova Diretoria no final de 1995, procurou-se um programa único de qualidade para todo o hospital, que pudesse uniformizar o padrão da assistência. A decisão tomada, no início de 1997,

pela adoção das normas e padrões da *Joint Commission* foi baseada na tradição e aceitação dessa Comissão na área da saúde e por ser esse um modelo que contemplava o objetivo de englobar todos os setores e serviços do hospital.

Na fase inicial do processo não se tinha como meta obter a acreditação, pois a JCAHO não podia acreditar hospitais fora dos Estados Unidos. Seria possível somente a obtenção de uma *carta de equivalência*, ou seja, a comprovação de que o hospital cumpria com todos os requisitos para uma acreditação. Mais adiante, quando surgiu a possibilidade da acreditação pela JCIA, os esforços foram redobrados em todos os níveis e áreas da instituição, e a motivação e o envolvimento de todos passou a ser mais perceptível. Em todas as áreas existia uma preocupação imensa em não ser os responsáveis pela não-acreditação do hospital, o que também funcionava como um incentivo para cumprir com as atividades necessárias para a adequação aos padrões da *Joint Commission*.

A auditoria final para a acreditação foi realizada em dezembro de 1999. As entrevistas para este trabalho foram realizadas no período de novembro de 1999 a janeiro de 2000, quando todas as pessoas no hospital estavam muito dedicadas às providências finais para a acreditação e, logo após, sob o efeito da euforia do resultado positivo e da sensação de vitória. Portanto, possivelmente os resultados encontrados possuam esse viés.

Em relação aos fatores impulsionadores e limitadores da mudança os membros da alta administração demonstram uma visão mais global do processo, enfatizando os aspectos decisórios, de liderança e de comportamento organizacional. Os profissionais dos níveis gerencial e

executivo, em geral, têm uma percepção mais fragmentada do processo, com a tendência de avaliar aspectos mais específicos de suas áreas de atuação. Contudo, quando se considera o conjunto das respostas deste grupo de entrevistados, é possível obter um quadro bastante abrangente dos obstáculos encontrados no decorrer do processo e dos fatores que possibilitaram o seu avanço.

Cabe aqui destacar um dos problemas relatados por vários entrevistados dos níveis gerencial e executivo em relação à implantação concomitante dos padrões da *Joint Commission* e do sistema eletrônico de informação hospitalar – o *Medtrak*. Como referido anteriormente, esses eram dois projetos de ampla abrangência e de alto investimento de recursos e que, em princípio, deveriam funcionar de forma integrada. Entretanto, o observado foi exatamente o oposto, constatando-se uma concorrência entre os dois projetos por recursos e ocasionando conflitos de poder acirrados em vários níveis da organização, principalmente entre alguns membros da Diretoria da Sociedade Beneficente. Observa-se, aqui, a existência de um erro estratégico da alta administração em não estabelecer prioridades, ocasionando desgastes desnecessários e atraso na implementação do programa.

Em relação às mudanças decorrentes do processo de implantação dos padrões da *Joint Commission* no hospital as opiniões dos entrevistados dos três níveis hierárquicos são coincidentes, tanto no que diz respeito aos aspectos positivos quanto aos negativos.

Desde que foram realizados os primeiros contatos com a *Joint Commission* até o resultado da acreditação, decorreram quase três anos. Não

é um tempo longo, quando se considera a magnitude desse projeto e as ações que se fizeram necessárias em cada área do hospital para a sua concretização. Algumas delas representaram verdadeiros desafios para os profissionais envolvidos.

Alguns exemplos podem ilustrar a intensidade das mudanças ocorridas para adequar o hospital aos padrões exigidos:

A organização do corpo clínico, por ser este um hospital de corpo clínico aberto, representou uma grande dificuldade. Antes da implantação dos padrões da *Joint Commission* existiam cerca de 6 mil médicos cadastrados. Hoje, esse número reduziu-se aproximadamente à metade. Para continuarem exercendo a Medicina dentro do hospital esses médicos, além de apresentarem documentos comprovando sua qualificação, tiveram seus dados checados na fonte, isto é, junto a antigos locais de trabalho e outros profissionais reconhecidos.

Os prontuários dos pacientes eram preenchidos de uma maneira desigual, segundo os hábitos individuais de cada profissional, e as informações existentes nem sempre eram suficientes para comprovar o tipo de assistência prestada. Com os novos padrões, os prontuários foram inteiramente modificados, padronizados, para conter as informações necessárias sobre o paciente e o tratamento a que foi submetido. O preenchimento adequado do prontuário envolve a mudança da cultura dos médicos que, além de prestar uma assistência de qualidade, deveriam registrar as condutas e procedimentos realizados, permitindo que a documentação reflita de modo fidedigno a atenção recebida pelo paciente.

Outra área que sofreu importantes transformações, visando adequar o hospital aos padrões da Joint Commission e aos dispositivos da legislação nacional, foi a segurança do ambiente assistencial. As soluções para os problemas atuais e potenciais dessa área foram amplamente debatidas com todos os setores diretamente envolvidos e com os usuários deste sistema. Esse trabalho levou à integração de diferentes áreas, estreitando a relação entre elas, e implicou, muitas vezes, em importantes reformas da estrutura física do hospital.

Os relatos colhidos nas várias entrevistas evidenciaram a contribuição do modelo de qualidade adotado para a mudança organizacional. As iniciativas anteriores – Critérios do Prêmio Nacional da Qualidade e certificação pelas normas ISO 9002 – tiveram impacto restrito às suas áreas de abrangência, enquanto que o modelo de acreditação da *Joint Commission*, pelo escopo das funções propostas, envolveu praticamente todos os serviços do hospital.

Finalmente, é possível perceber com clareza neste estudo que a amplitude e profundidade da mudança ocorrida no hospital com a implantação dos padrões da *Joint Commission* foram muito maiores do que o planejado, constituindo uma verdadeira revolução na instituição. O custo deste processo foi alto, inclusive em termos monetários. Por outro lado, o hospital sai desse processo revitalizado, com evidências da garantia da qualidade da assistência prestada aos seus clientes e mais preparado para competir no mercado internacional.

BIBLIOGRAFIA

- AKERMAN, Marco. Gerência de qualidade nos hospitais paulistas. *Cadernos Fundap*, São Paulo, n. 19, p. 79-87, Jan./Abr. 1996.
- BARBOSA, Antonio Pires. *Qualidade em Serviços de Saúde*: Análise dos instrumentos utilizados na promoção e garantia da qualidade na prestação de serviços hospitalares em um hospital geral de grande porte no município de São Paulo. São Paulo : FGV/Escola de Administração de Empresas de São Paulo, 1995. 175 p. (Dissertação, Mestrado, Administração de Empresas).
- BARTOLOMÉ, Fernando. Ninguém confia plenamente no chefe – e daí? In: *Harvard Business Review Book*. Rio de Janeiro: Campus, 1999.
- BEER, Michael; EISENSTAT, Russell A.; SPECTOR Bert. Why change programs don't produce change. *Harvard Business Review*, p.158-166, Nov/Dez, 1990.
- BERGAMINI, Cecília Whitaker. *Liderança*: administração do sentido. São Paulo : Atlas, 1994.
- BERWICK, Donald M. *Melhorando a qualidade dos serviços médicos, hospitalares e da saúde*. São Paulo : Makron Books, 1994.
- BENNIS, Warren G. In: CORDERA, Armando, BOBENRIETH, Manuel. *Administración de Sistemas de Salud*. México : Cordera & Bobenrieth, 1983.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar*. 2ª ed., Brasília, D.F.: 1998, 159 p.
- BROWN, Gordon B. Managed Care. In *Merriam-Webster's Medical Office Handbook*. Springfield : Merriam-Webster Inc., 1996.

CAMPOMAR, Marcos C. Do uso de “estudo de caso” em pesquisas para dissertações e teses em administração. *Revista de Administração*, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 95-97, Jul/Set 1991.

CAMPOS, Gastão Wagner de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In CECÍLIO, Luiz Carlos de O. (org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo : Hucitec, 1994, cap. 1, p. 29-87.

COLLINS, James C.; PORRAS, Jerry I. *Feitas para durar: práticas bem-sucedidas de empresas visionárias*. Rio de Janeiro : Rocco, 1995.

CORDERA, Armando, BOBENRIETH, Manuel. *Administración de Sistemas de Salud*. México - D.F., Cordera & Bobenrieth, 1983

DEMING, W. Edwards. *Qualidade: a revolução da administração*. Rio de Janeiro : Marques-Saraiva, 1990.

DONABEDIAN, Avedis. The definition of quality and approaches to its assessment. In *Explorations in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor : Health Administration Press, 1980, v.1.

DONABEDIAN, Avedis. The seven pillars of quality. *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, 114:1115-1118, November 1990.

DONABEDIAN, Avedis. Quality assurance in health care: consumer's role. *Quality in Health Care*, 1:001-005, 1992(A).

DONABEDIAN, Avedis. The roles of outcomes in quality assessment and assurance. *Quality Review Bulletin*, 18:356-360, November 1992(B).

DRUCKER, Peter F. *Administrando em tempos de grandes mudanças*. São Paulo : Pioneira, 1995.

DRUMMOND, H. *Movimento pela Qualidade*. São Paulo: Littera Mundi, 1998.

FLEURY, Maria T. L.; FISCHER, Rosa M. *Cultura e poder nas organizações*. São Paulo: Atlas, 1989.

FREITAS, Maria Ester de. *Cultura Organizacional: formação, tipologia e impactos*. São Paulo : Makron, McGraw-Hill, 1991.

FUNDAÇÃO PARA O PRÊMIO NACIONAL DA QUALIDADE.
Primeiros Passos para a Excelência. 1999.

GODOY, Arilda Schmidt. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, Mar./Abr. 1995 (A).

_____. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 35, n. 3, p. 20-29, Mai./Jun. 1995 (B).

GRIFFITH, John R.; KING, John G. Championship management for healthcare organizations. *Journal of Healthcare Management*, v. 45, n. 1 p. 17-31, Jan/Feb 2000.

GUEST, Robert H.; HERSEY, Paul; BLANCHARD, Kenneth H. *A mudança organizacional através da liderança eficaz*. São Paulo : Multimedia Tecnologia Educacional, 1980.

GUIMARÃES, Reinaldo; TAVARES, Ricardo. *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Relume Dumará, 1994.

HADDOCK, Cynthia C. The impact of CQI on human resources management. *Hospital & Health Services Administration*, v. 40, n. 1, p. 138-153, Spring 1995.

HAMERSCHLAK, N.; SCHIESARI, L.M.C.; SHUGHRUE, C.L.; VIANNA, P.C.; FERREIRA, J.H.G.; BRANDT, R.A.; HIDAL, J.T. Enfrentando o Desafio de Implementar Padrões de Qualidade Reconhecidos Internacionalmente num Curto Período de Tempo. In: *QualiHosp 99*. São Paulo, 25 a 27 de agosto de 1999. (Poster).

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals*. The official handbook. Oakbrook Terrace, 1997.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HEALTHCARE ORGANIZATIONS. *A Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals*. Oakbrook Terrace, 1999.

KOONTZ, Haroldo; O'DONNELL, Cyrill. *Princípios de administração: uma análise das funções administrativas*. 9. Ed. São Paulo : Pioneira, 1974.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria C. *O discurso do sujeito coletivo*. Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa. São Paulo: USP/Faculdade de Saúde Pública, 1999. (Curso de Verão).

MALIK, Ana Maria. Desenvolvimento de recursos humanos, gerência de qualidade e cultura das organizações de saúde. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 32-41, Set./Out. 1992.

MALIK, Ana Maria. *Avaliação, qualidade, gestão...* São Paulo : Senac, 1996(A).

MALIK, Ana Maria. Qualidade em serviços de saúde nos setores público e privado. *Cadernos Fundap*, São Paulo, n. 19, p. 7-24, Jan./Abr. 1996 (B).

MALIK, Ana Maria. Quality improvement issues in Brazil. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, v. 23, n. 1, p. 55-59, January 1997.

MALIK, Ana Maria; SCHIESARI, Laura Maria C. *Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde*. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, vol. 3)

MALIK, Ana Maria; TELES, João Pedro da S. *Quality in hospitals in São Paulo – Brazil: a 1999 survey*. São Paulo, 2000 (mimeo).

MANUAL CORPORATIVO da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Hospital Albert Einstein. São Paulo, 1999.

MANUAL OPERACIONAL do Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo, 1999.

MATTOS, Alexandre M. *Organização – uma visão global*: Introdução, ciência e arte. 3.Ed. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1980.

MELLO, Joamel B.; CAMARGO, Marlene O. *Qualidade na Saúde*. Práticas e Conceitos. Normas ISO nas Áreas Médico-Hospitalar e Laboratorial. São Paulo: Best Seller, 1998.

MENDES, E.V. (org.) *Distrito Sanitário*: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1995.

MENDES, Eugênio Vilaça. *Uma agenda para a saúde*. São Paulo : Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson E.; IRIART, Célia B.; WAITZKIN, Howard. Atenção gerenciada: da micro-decisão corporativa à micro-decisão administrativa, um caminho igualmente privatizante? Trabalho preparado para a oficina de trabalho *Perspectivas para a Gestão Hospitalar Pública no Contexto da Reforma do Estado: Responsabilidade, Eficiência e Eficácia*. 12 e 13 de novembro de 1996, ENSP, Rio de Janeiro.

MICKLETHWAIT, John; WOOLDRIDGE, Adrian. *Os bruxos da administração* – Como entender a babel dos gurus empresariais. Rio de Janeiro : Campus, 1998.

MINAYO, Maria Cecilia de Souza (org.) *O desafio do conhecimento* : pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo - Rio de Janeiro: Hucitec - Abrasco, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.) *Pesquisa Social*: Teoria, método e criatividade. Petrópolis, R.J.: Vozes, 1996

- MINTZBERG, Henry. Rounding out the manager's job. *Sloan Management Review*. Fall, p.11-26,1994.
- MORGAN, Gareth. *Imagens da Organização*. São Paulo : Atlas, 1996.
- MOTTA, Paulo Roberto. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 5. Ed. Rio de Janeiro : Record, 1995.
- MOTTA, Paulo Roberto. *Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar*. Rio de Janeiro : Qualitymark , 1998.
- NOBLE, Elizabeth; KLEIN, Lisa. Quality assurance: The measure of quality culture in a managed care setting. *Total Quality Management*, 11(2), p. 199-205, Mar. 2000.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. *Perspectivas da qualidade em saúde*. Rio de Janeiro : Qualitymark, 1994.
- NOVAES, Humberto de Moraes; PAGANINI, Jose Maria. *Padrões e Indicadores de Qualidade para Hospitais (Brasil)*. Washington, D.C.: OPAS, 1994.
- PATTERSON, Carole H. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, v. 16, n. 1, p. 36-42, January 1995.
- PICCHIAI, Djair. *Mudança em instituições hospitalares: análise do processo e estudo da ação do administrador hospitalar*. São Paulo : NPP/EAESP/FGV, 1998. 137 p. (Relatório de pesquisa, 4)
- QUINTO NETO, Antonio; GASTAL, Fabio L. *Acreditação Hospitalar : Proteção dos usuários, dos Profissionais e das Instituições de Saúde*. Porto Alegre, Dacasa – IAHCS, 1997.
- ROBERTS, James S.; COALE, Jack G.; REDMAN, Robert R. A history of the Joint Commission on Accreditation of Hospitals. *JAMA*, v. 258, n. 7, p. 936-940, Aug. 1987.

- SCHEIN, E. Coming to a new awareness of organizational culture. *Sloan Management Review*, Winter, 1984.
- SCHIESARI, Laura Maria César. *Cenário da Acreditação Hospitalar no Brasil: evolução histórica e referências externas*. São Paulo: USP/ Faculdade de Saúde Pública, 1999, 162 p. (Dissertação, Mestrado, Administração Hospitalar).
- SCRIVENS, Ellie. Recent Development in Accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 7 , 4, p. 427-433, 1995.
- SENGE, Peter. *A quinta disciplina: Arte, teoria e prática da organização de aprendizagem*. São Paulo : Best Seller, 1990.
- STREBEL, Paul. Why Do Employees Resist Change ? *Harvard Business Review*, Boston, v. 69, n. 3, p. 86-92, May/Jun 1996.
- TOLOVI Jr., José. Por que os programas de qualidade falham? *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 6-11, Nov./Dez. 1994.
- WENZEL, Richard P. Instituting Health Care Reform and Preservig Quality: Role of the Hospital Epidemiologist. *Clinical Infectious Disease*, 17:831-6, 1993.
- YIN, Robert K. *Case Study Research. Design and Methods*. Newbury Park: SAGE Publications, 1989.

ANEXO

Roteiro de entrevista

Alta administração

1. Quando começou e como foi a história da implantação de programas de qualidade no hospital?
2. Em que momento e como se inseriu nesse processo a proposta de implantar os padrões de qualidade da *Joint Commission*? Por que *Joint Commission*?
3. Quais são os objetivos desse programa a curto, médio e longo prazo?
4. Quais os resultados esperados (financeiros ou não) a curto, médio e longo prazo?
5. O projeto de implantação dos padrões *Joint Commission* foi concebido como uma estratégia de mudança organizacional?
6. Em caso positivo, quais as mudanças desejadas (nos planos estratégico, operacional e financeiro)?
7. Quais as principais mudanças ocorridas como consequência da implantação dos padrões da *Joint Commission*?
8. O que vem sendo feito para garantir a continuidade do processo?
9. Qual é a sua avaliação sobre os custos (monetário e não monetário) da implantação desse programa?
10. Quais os principais fatores impulsionadores/facilitadores do processo de implantação desse programa?
11. Quais os principais fatores limitadores (obstáculos) do processo de implantação desse programa?
12. Como é feita a comunicação (vertical e horizontal) entre as áreas envolvidas (acesso às informações e conhecimento das decisões)?

Roteiro de entrevista

Gerenciais/Executivos

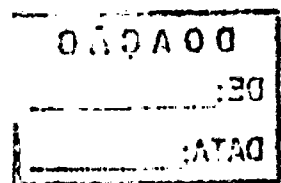
1. Segundo a sua percepção, quais são os objetivos da diretoria ao implantar os padrões de qualidade da *Joint Commission* no hospital?
2. Em que momento você se inseriu no programa?
3. Qual seu papel/função no processo?
4. Você considera que, quando a diretoria decidiu implantar os padrões da *Joint Commission* no hospital, havia a intenção de provocar uma mudança organizacional?
5. Quais as principais mudanças ocorridas como consequência da implantação dos padrões da *Joint Commission*?
6. O que vem sendo feito para garantir a continuidade do processo?
7. Quais os principais fatores impulsionadores/facilitadores do processo de implantação desse programa?
8. Quais os principais fatores limitadores (obstáculos) no processo de implantação desse programa?
9. Como é feita a comunicação (vertical e horizontal) entre as áreas envolvidas (acesso às informações e conhecimento das decisões)?

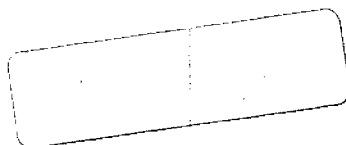
ABSTRACT

Case Study on organizational changes that took place in a tertiary healthcare facility located in São Paulo, Brazil, as a result of the adoption of a comprehensive quality model, the implementation of the Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) standards for hospitals.

Quality initiatives within the referred hospital are identified. The changes that occurred due to this implementation process are presented and discussed, as well as the organizational change stimulating and limiting factors. The main challenges faced are the development of the medical staff organization, the medical record improvement and the management of the environment of care.



Descriptors: Organizational change. Quality in Healthcare. Hospital Accreditation.





474/2000

FGV Fundação Getúlio Vargas
Escola de Administração
de Empresas de São Paulo
Biblioteca



1200000474

1ª cópia

DOAÇÃO
DE: SE/PPG
DATA: 10/04/2000