

FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS
ESCOLA DE ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS DE SÃO PAULO

REBECA DE RENE GRAF

**A IMPLEMENTAÇÃO DE ESCRITÓRIO DA QUALIDADE EM
HOSPITAL DE PEQUENO PORTE**

SÃO PAULO - SP
2016

REBECA DE RENE GRAF

**A IMPLEMENTAÇÃO DE ESCRITÓRIO DA QUALIDADE EM HOSPITAL DE
PEQUENO PORTE**

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

Linha de Pesquisa:

Gestão Sócio Ambiental e Saúde.

Orientador: Prof^a Ana Maria Malik

Graf, Rebeca de Rene.

A implementação de escritório da qualidade em hospital de pequeno porte /
Rebeca de Rene Graf - 2016.

94 f.

Orientador: Ana Maria Malik

Dissertação (mestrado), apresentada à Escola de Administração de
Empresas de São Paulo / FGV. Área de concentração: Gestão de Saúde.

1. Hospitais - Administração - São Paulo (SP). 2. Hospitais - Controle de
qualidade. 3. Serviços de saúde - Administração. 4. Cooperativas. I. Malik, Ana
Maria. II. Dissertação de mestrado- Escola de Administração de Empresas de São
Paulo. III. Título.

CDU 64.024.8(816.11)

REBECA DE RENE GRAF

**A IMPLEMENTAÇÃO DE ESCRITÓRIO DA QUALIDADE EM HOSPITAL DE
PEQUENO PORTE**

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

Linha de Pesquisa: Gestão Sócio Ambiental e Saúde.

Data de avaliação: 23 de Fevereiro de 2016

Banca examinadora:

Prof. Dra. Ana Maria Malik (Orientadora)

Prof. Dra. Laura M. Schiesari

Prof. Dr. José Henrique Germann Ferreira

A cada dia percebo que preciso aprender mais. Estar aberto ao conhecimento é uma busca constante e infindável...

Andreas Hermann

AGRADECIMENTOS

Aos entrevistados e à direção do hospital por terem aberto as portas da instituição.

À minha orientadora, Professora Ana Maria Malik, por ter sido muito mais do que professora. Foi minha amiga e me deu suporte durante todos momentos em que precisei.

Aos membros da banca, Dra. Laura Schiesari e Dr. José Henrique Germann Ferreira, que durante a qualificação deste projeto, deram sugestões muito importantes.

Aos amigos que fiz nesta escola, aos membros do GV Saúde, sempre tão atenciosos e solícitos.

RESUMO

O tema qualidade na área da saúde vem sendo cada vez mais debatido em algumas regiões do Brasil e do mundo. Existe um significativo hiato entre a teoria discutida e a prática observada na maioria dos hospitais. No Brasil, alguns hospitais de grande porte das regiões Sul e Sudeste têm sido pioneiros na implantação de iniciativas voltadas à qualidade. Entretanto, mais de 60% dos hospitais brasileiros são de pequeno porte, reconhecidamente, em média, de pior desempenho que os maiores. O presente trabalho pretende analisar um caso de implantação de um novo serviço em organização hospitalar de pequeno porte, no estado de São Paulo, pertencente à uma cooperativa médica. O objetivo geral é aprofundar a compreensão de como se implementa um escritório de qualidade, com base nas percepções de atores envolvidos no processo, bem como as principais oportunidades e barreiras para seu funcionamento. A pesquisa foi exploratória, com metodologia qualitativa, composta por catorze entrevistas semiestruturadas aplicadas a uma amostra de todos os participantes do processo, bem como pela observação não participante de atividades desenvolvidas no local. Os principais impulsionadores identificados foram: envolvimento dos funcionários, treinamentos e alguma autonomia para o escritório de qualidade. As principais barreiras foram: falta de apoio da gestão, inexistência de cultura de qualidade, comunicação ineficiente.

Palavras-chave: qualidade em saúde, cooperativa médica, hospital de pequeno porte, gestão de serviços de saúde.

ABSTRACT

The quality issue in health care has been increasingly debated in some regions of Brazil and the world. There is a significant gap between the discussed theory and practice observed in most hospitals. In Brazil, some large hospitals in the South and Southeast have been pioneers in the implementation of initiatives to quality. However, over 60% of Brazilian hospitals are small, admittedly, on average, perform worse than larger ones. This paper aims to analyze a deployment case of a new service in small hospital organization in the state of São Paulo, belonging to a medical cooperative. The overall objective is to deepen the understanding of how to implement a quality office, based on the perceptions of actors involved in the process as well as the main opportunities and barriers for its functioning. The research was exploratory, with qualitative methodology, consisting of fourteen semi-structured interviews applied to a sample of all participants in the process as well as by non-participant observation of activities on site. The main boosters were identified: employee engagement, training and some autonomy for quality office. The main barriers were: lack of management support, quality culture exists, inefficient communication.

Keywords: quality in healthcare organizations, medical cooperatives, small hospitals, health services management.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Códigos criados para analisar o conteúdo das entrevistas	29
Tabela 2 - Área dos profissionais entrevistados no período de março a agosto de 2015	37

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação da localização hierárquica dos entrevistados segundo o EQ.....	37
Figura 2 - Termos utilizados associados à qualidade na assistência à Saúde.....	38

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Setores dos participantes do treinamento de Qualidade e Segurança do Paciente.....	33
Gráfico 2 - Reclamações de usuários do hospital entre agosto 2014 e julho 2015	61

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
1.1	OBJETIVOS	11
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
2.1	QUALIDADE EM SAÚDE NO MUNDO	12
2.2	QUALIDADE EM SAÚDE NO BRASIL.....	16
2.3	HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE	20
2.4	QUALIDADE EM HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE	21
2.5	AS COOPERATIVAS MÉDICAS	22
2.6	CULTURA E MUDANÇA ORGANIZACIONAL	24
3	METODOLOGIA	27
4	RESULTADOS	31
4.1	A ORGANIZAÇÃO E O ESCRITÓRIO DA QUALIDADE	31
4.1.1	A qualidade para a Cooperativa estudada	32
4.1.2	Acompanhamento de treinamentos e de outras atividades realizadas pelo escritório	33
4.1.3	Entrevistas	36
4.2	CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS.....	38
4.2.1	Conceito sobre qualidade	38
4.2.2	Impulsionadores para as iniciativas da qualidade	41
4.2.3	Barreiras para as iniciativas da qualidade	45
4.2.4	Comunicação	57
4.2.5	Satisfação do Usuário	60
4.2.6	Situação das atividades de qualidade de em setembro de 2015	61
5	DISCUSSÃO	62
5.1	O RESULTADO DA INICIATIVA DE QUALIDADE: IMPULSIONADORES E BARREIRAS.....	63
5.2	A COMUNICAÇÃO COMO UM FATOR TRANSVERSAL A TODOS OS DEMAIS FATORES.....	74
6	CONCLUSÃO	77
7	COMENTÁRIOS FINAIS	79

REFERÊNCIAS	80
ANEXOS	88
ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO	89
ANEXO II – ROTEIROS PARA ENTREVISTAS SEMI ESTRUTURADAS	90

1 INTRODUÇÃO

A análise do número e do porte de hospitais do Brasil chama a atenção, pelo fato de cerca de 64% das instituições (públicas e privadas) contarem com cinquenta leitos ou menos. São os chamados hospitais de pequeno porte (UGÁ; LOPEZ, 2007). Estes hospitais também foram responsáveis pelo crescimento no número total de hospitais no início do século XXI (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

Ainda é recente, para a maioria das organizações prestadoras de serviços de saúde, a implementação formal de iniciativas voltadas para qualidade. Políticas da qualidade encontram-se estabelecidas há mais tempo em hospitais de grande porte e, mesmo nestes, o processo de implantação pode envolver obstáculos, muitas vezes associados à cultura organizacional (ARRUDA, 2006).

No Brasil existem algumas publicações que tratam de hospitais de pequeno porte. A maior parte delas aborda o tema sob a perspectiva das redes assistenciais do SUS. Estudo realizado sobre a estrutura e a qualidade dos hospitais prestadores de serviços no âmbito da saúde suplementar afirma que, após a criação da ANS, em 2008, houve uma melhoria nos dados sobre este mercado. Mesmo assim, esses dados são pouco conhecidos e pouco utilizados na definição das políticas de saúde do país (PORTELA et al, 2010).

O presente estudo tem como tema a implementação de iniciativas de qualidade em hospitais de pequeno porte. O foco foi em um hospital próprio de operadora no modelo de verticalização que, conforme observado, vem crescendo no país, segundo dados de algumas operadoras, como Unimed, AMIL e Intermédica, entre outras.

Para a prática administrativa, a relevância deste estudo está associada à tentativa de oferecer aos demais hospitais de pequeno porte o relato de uma experiência de implementação de iniciativas voltadas para a qualidade da prestação de serviços, permitindo-lhes refletir a respeito. É possível identificar fatores que impulsionam e que dificultam tais iniciativas, para serem contemplados nas estratégias de gestão.

A base do presente trabalho é a teoria de mudança organizacional. Dentro desta, a abordagem sobre a qual ele se debruça é a mudança negociada, envolvendo todos os níveis da organização, ressaltando o planejamento e a gestão estratégicas como instrumentos eficazes (SILVEIRA JÚNIOR; OLIVEIRA, 1996).

A pergunta que esta dissertação busca responder é: Quais as oportunidades e os desafios para que iniciativas voltadas para a qualidade sejam implantadas?

O objeto é uma organização pertencente a uma cooperativa médica relevante dentro do mercado de saúde suplementar.

1.1 OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo é a análise do processo de implementação de um novo serviço (escritório de qualidade), em um hospital de pequeno porte, pertencente a uma cooperativa médica, no estado de São Paulo. Seus objetivos específicos são:

- Identificar atores, estruturas e processos favoráveis à implementação e os que se opõem a ela.
- Identificar as resistências à criação do Escritório de Qualidade e às iniciativas propostas por ele.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para que o estudo pudesse ser desenvolvido, foi fundamental uma pesquisa prévia sobre temas como qualidade no Brasil e no mundo, hospitais de pequeno porte, qualidade em saúde, cooperativas médicas e mudança organizacional. Esta revisão, contemplou artigos de autores e periódicos consagrados mas também agregou informações da chamada literatura cinzenta, Ou seja, incorporou informações recentes, de experiências próximas à realidade do caso deste estudo, publicadas em anais de congressos e pesquisas realizadas como trabalhos de conclusão de cursos.

2.1 QUALIDADE EM SAÚDE NO MUNDO

Qualidade é um tema que se tornou importante em diversos setores de prestação de serviços. Autores como Deming e Juran estão entre os que desenvolveram o campo teórico dessa área de conhecimento. A chamada trilogia de Juran propõe a gestão da qualidade por meio do uso de três processos universais: planejamento, controle e melhoria. Já Deming desenvolveu catorze pontos que descrevem o que é necessário para uma empresa sobreviver e ser competitiva, chamados de programa de melhoria contínua (JURAN; GRAYNA, 1980; DEMING, 1981; BARBOSA; COSTA, 2008).

Na área da saúde não é diferente, apesar da chegada tardia do assunto neste campo. Avedis Donabedian criou um modelo, usando a teoria de sistemas, para propor indicadores de estrutura, processos e resultados no sistema de serviços de saúde (DONABEDIAN, 1988).

A atuação sobre a vida de um semelhante sem intenção de fazê-lo com qualidade parece ser pouco provável (FELDMAN et al., 2005). Apesar de áreas industriais terem sido pioneiras em métodos e processos voltados para a gestão pela qualidade, a área de serviços de saúde (hospitais e demais estabelecimentos que praticam atividades assistenciais), mesmo que num momento posterior, passou a dedicar esforços para a melhoria do padrão dos serviços prestados. Uma das primeiras evidências para justificar a preocupação com qualidade em saúde é a variação das práticas assistenciais, mais ainda que dos seus resultados (MALIK; SCHIESARI, 2012). Esses esforços vêm na tentativa de atender demandas de

atores sociais, como governo, pacientes, financiadores e planos de saúde (ALASTICO, 2013). Os financiadores, de alguma forma, se interessam em saber pelo que pagam e em aumentar o uso de instrumentos de regulação. O crescimento da importância da ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), nesse contexto, está intimamente ligado à redução de riscos para os cidadãos. A qualidade em saúde é definida como um conjunto de atributos que inclui excelência profissional, uso consciente de recursos e mínimo de riscos ao usuário (GARZIN et al., 2015).

Para Labbadia et al (2004), a busca pela melhoria da qualidade assistencial tornou-se um fenômeno universal, sendo uma necessidade para garantir a sobrevivência das empresas e dos setores de produção de bens e serviços. A garantia da qualidade na assistência na saúde é vista como instrumento da gestão de serviços, necessário para melhor direcionar e mensurar os esforços da organização, os resultados dos serviços prestados bem como sua utilidade e relevância social. Nesta área, cabe discutir o significado deste esforço para obter e/ou garantir a qualidade no seu desempenho. Essa discussão começa quando reflete um conceito positivo de busca por excelência, onde ter qualidade é necessariamente bom. Mesmo assim, não se pode esquecer a eventual existência da chamada má qualidade (MALIK, 2005).

Para Machado (2013), entre os objetivos atuais dos hospitais estão o atendimento com excelência, redução de custos, aumento de receitas para a possibilidade de reinvestimento em forma de tecnologia e atualização da equipe para manutenção e aprimoramento do desempenho. Não necessariamente todos os gestores compartilham estes objetivos; há os que se esforçam apenas para atender o mínimo daquilo que lhes é exigido.

Há quase 10 anos foi divulgada uma iniciativa proposta pelo Intitute for Healthcare Improvement (IHI), chamada Triple Aim (BERWICK et al., 2008). O modelo consiste em melhorar a saúde da população, garantir cuidado de boa qualidade e reduzir os custos. São objetivos ambiciosos e buscá-los simultaneamente ainda parece um desafio.

Um pouco sobre a história de qualidade em Saúde

A qualidade total aplicada a organizações hospitalares é algo capaz de provocar discussões teóricas, além de representar um desafio à sua aplicabilidade prática.

Os resultados obtidos a partir da experiência de Florence Nightingale que, ao atuar na guerra da Criméia em 1854, implantou o primeiro modelo de melhoria contínua da qualidade, representam um marco para a qualidade da assistência (VARGAS et al., 2007). Vários teóricos desenvolveram modelos focados na produção, que tinham como objetivo implantar, manter e avaliar a qualidade na saúde.

Um marco para o desenvolvimento da qualidade nos Estados Unidos foi a criação de comissão para acreditação hospitalar (Joint Commission for Accreditation of Healthcare Organizations - JCAHO), em 1951, com a finalidade de identificar, medir e compartilhar melhores práticas de qualidade e segurança do paciente (D'INNOCENZO et al., 2006).

O estudo da estrutura da organização, um dos pilares definidos por Donabedian (Donabedian, 1990), desenvolve-se em nível institucional e abrange a avaliação dos elementos físicos da instituição e das características necessárias ao projeto assistencial, ou seja, seus objetos são a área física, os recursos humanos, materiais e financeiros, incluindo a capacitação dos profissionais e a organização dos serviços (SILVA; RODOVALHO, 2012). A análise de processos, segundo pilar proposto pelo mesmo autor, tem como referenciais as atividades envolvendo profissionais de saúde e pacientes. Nesta abordagem realiza-se uma associação entre as normas estabelecidas e os procedimentos empregados, descreve-se as atividades prestadas na assistência, a competência profissional no tratamento do problema e os aspectos éticos na relação entre profissionais e pacientes durante todo o período do atendimento, desde a busca pelos serviços de saúde até o diagnóstico e tratamento (REIS, 1990). Já a avaliação dos resultados é considerada o que existe de mais próximo em termos de avaliação do cuidado, produto final da assistência prestada, considerando saúde, satisfação de padrões e de expectativas (DA SILVA, 2009). Além dos três pilares ditos essenciais, Donabedian também se refere a amenidades. Embora sejam aspectos por vezes considerados supérfluos, podem aumentar o bem estar de profissionais e usuários, e, por essa razão, influenciar o resultado dos serviços prestados (DONABEDIAN, 1990).

Donabedian (1990), também definiu sete pilares da qualidade: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Ele afirma, de acordo com estes, que os profissionais de saúde devem ter em mente as preferências do paciente, bem como as preferências sociais na avaliação e na garantia da qualidade.

Alguns países implementaram programas de saúde nacionais. Reino Unido, Canadá e Portugal são exemplos bem-sucedidos deste tipo de programa. O National Health Service (NHS), como é chamado o sistema de saúde do Reino Unido, foi implementado em 1948 sob os princípios de universalidade, equidade e integralidade. No Canadá, o sistema de saúde chamado de Medicare, consolidado em 1984, é baseado no financiamento público dos serviços, providos por instituições privadas sem fins lucrativos (Antunes, 2011). O Serviço Nacional de Saúde português é fruto de um longo percurso histórico, de progressivo reconhecimento do direito à proteção social da saúde, constitucionalmente consagrado em 1976 (Aguiar, 2010). Para que os hospitais se credenciassem a estes programas, algumas exigências eram impostas. Avaliações permitiam verificar o cumprimento dessas exigências. Sendo assim, a qualidade, antes considerada um fator desejável, passou a ser, um atributo indispensável e um elemento diferenciador (REIS et al., 1990).

Para Gurgel Jr (2002) a preocupação com qualidade tem sido uma importante aliada para a redução de custos na área da saúde. São poucos os trabalhos que conseguem comprovar essa redução. Para Malik (2005), a discussão sobre qualidade em saúde costumava ser confundida com a gestão da qualidade total. Nem sempre ela era aceita nesses moldes, pois era comum a premissa de que gestão da qualidade visava, acima de tudo, a redução de custos. Observa-se que não há consenso sobre a relação direta entre investimentos em qualidade e redução de custos.

As instituições que se submetem aos processos de acreditação, sejam eles nacionais ou internacionais, o fazem entre outros motivos porque acreditam que a acreditação gere alguma diferenciação no mercado, principalmente no setor privado. Embora essa seja parte das expectativas dos hospitais quando buscam a acreditação, nem sempre a diferenciação acontece (MALIK, 2014).

Nos Estados Unidos, ocorreu uma mudança importante de mentalidade e a redução de custos, hoje, já não é mais o foco dominante. Segurança, redução de erros e (em menor extensão) a qualidade do atendimento foram finalmente trazidos

para o palco principal (PORTER, 2007). Não se pode, porém, afirmar que essa mudança de paradigmas tenha ocorrido em todos os países onde o tema qualidade na saúde estava em pauta. Na área da saúde, os fluxos fragmentados de recursos financeiros significam que a economia gerada pelo aumento da qualidade e eficiência em uma organização muitas vezes reverte para outras instituições ou *stakeholders* (BERWICK, 2003). Ou seja, se a médio ou longo prazo, houver uma redução de custos, não necessariamente o hospital ou seus clientes economizarão ou se beneficiarão desse resultado. Isso demonstra que, nem sempre, os processos envolvidos em implantação de políticas de qualidade são lineares e obedecem relações de causa e efeito. Muitas vezes, percebe-se que investimentos, resultados e redução de custos, são medidas ainda difusas.

Esse processo nos coloca diante de mais questionamentos do que certezas, motivo pelo qual deve continuar a ser exaustivamente estudado, como forma de desenvolver modelos de gestão mais adaptados às peculiaridades e especificidades destas organizações (GURGEL JUNIOR; VIEIRA, 2002). Um exemplo de peculiaridades são as dificuldades enfrentadas nos processos de implementação de programas de qualidade em hospitais de grande porte em centros urbanos quando comparados às barreiras encontradas em pequenos hospitais de regiões periféricas.

Há mais de 15 anos, alguns autores já abordavam essa problemática. Bittar (1999) afirmou que na fase em que se encontravam os serviços de saúde em todo o mundo, principalmente em países emergentes, a implantação de programas de qualidade, e conseqüentemente a certificação ou acreditação, se revestia de grande importância na medida em que se esperava que proporcionasse diminuição nos índices de custos e de morbimortalidade, atingindo uma maior parcela da população com maior satisfação.

2.2 QUALIDADE EM SAÚDE NO BRASIL

No Brasil há relatos de que a primeira iniciativa realizada no sentido de melhorar a qualidade na organização hospitalar tenha sido feita por Odair Pedroso em 1935, ao idealizar uma ficha de inquérito hospitalar para a então comissão de Assistência Hospitalar do Ministério de Saúde (VASCONCELOS, 2000). Principalmente a partir dos anos 1990, instituições públicas e privadas começam a desenvolver estratégias no sentido de adotar programas de garantia de qualidade

(MALIK; TELES, 1990). No estado de São Paulo, em 1991, foi criado o Programa de Controle de Qualidade Hospitalar (CQH), patrocinado pela Associação Paulista de Medicina (APM) e pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP). Iniciativas semelhantes às do CQH ocorreram em outros estados brasileiros (D'INNOCENZO et al., 2006).

Em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade com o objetivo de promover a cultura da qualidade (FELDMAN et al., 2005). Estabeleceu ainda a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde, liderada pelo coordenador do programa. Nessa época, as atividades de melhoria da qualidade na saúde passaram a ser consideradas estratégicas (SCHIESARI; KISIL, 2003). Este programa estabeleceu a Avaliação e Certificação de Serviços de Saúde como um projeto estratégico prioritário do Ministério da Saúde, para o biênio 1997/1998. Em 1998, o programa passou a se chamar Programa Brasileiro de Acreditação (FELDMAN et al., 2005), tendo portanto mudado seu objetivo.

De acordo com Gurgel Júnior e Vieira (2002), a adoção de programas de qualidade no setor saúde está intensamente pautada pelo aumento das despesas com a assistência hospitalar. Sejam quais forem as formas de prestação, os serviços prestados terão que ser pagos. Zucchi et al (2000, p 144) já antecipavam que em matéria de serviços médicos, os anos seguintes deveriam trazer questionamentos constantes. No mesmo trabalho, afirmaram que muito provavelmente novas técnicas médicas não seriam mais universalmente adotadas antes de uma avaliação de custo. Malik (2001) também afirma que serviços de saúde não devem ser oferecidos sem que sua relevância e impacto na comunidade sejam considerados. Os recursos existentes para a saúde devem ser utilizados de forma racional. A redução de custos não pode comprometer os níveis de qualidade e segurança da assistência prestada, mas deveria garantir que os recursos sejam utilizados no sentido de oferecer um cuidado melhor.

A promoção da qualidade da assistência prestada pelos hospitais representa um desafio permanente. A associação da qualidade ao aumento dos custos ainda é ideia fixa para muitos gestores. Ferreira, Arruda e Maguerez (2011) afirmam que não é fácil prestar serviços de qualidade, com segurança para o paciente, sem aumentar excessivamente os recursos utilizados.

Malik e Teles (2001), no estudo sobre iniciativas de qualidade em hospitais do estado de São Paulo (nº 97), puderam observar alguns achados, que serviram de pressupostos para o presente estudo.

- 27,8% dos hospitais não conheciam nenhum sistema de qualidade;
- Mais de 50% afirmaram não conhecer nenhum caso de programa de qualidade bem-sucedido;
- Somente um hospital de pequeno porte afirmou ter implantado algum sistema ou iniciativa de qualidade.
- A facilidade mais valorizada entre as encontradas na implantação foi o interesse da direção superior.
- A maior dificuldade citada foi falta de formação do pessoal envolvido.

Esses achados conduziram a algumas conclusões, ainda atuais 14 anos depois. Por exemplo, o tema da qualidade em hospitais no estado de São Paulo podia ser considerado recente. Ter conhecimento a respeito de sistemas de qualidade, muitas vezes não significava tê-los implementado, indicando uma possível dificuldade para que a teoria se tornasse prática. Além disso, parecia razoável pressupor que os processos de implementação de políticas voltadas para qualidade enfrentassem grandes resistências em hospitais de pequeno porte, seja pelas questões financeiras, culturais, de expectativas, ou de qualificação dos recursos humanos.

Trabalho realizado por Schiesari (2014) menciona que mesmo após 15 anos do início das práticas voltadas para qualidade no Brasil, somente algumas poucas organizações tinham sistemas da qualidade maduros. De modo geral, eram iniciativas ainda recentes, e não havia estimativas de quantas destas foram bem-sucedidas. Não era fácil determinar a contribuição exata destas práticas para os diferentes atores, sobretudo para o paciente.

Entre diversos outros autores já citados, Fukujima et al (2013) afirmam que, no Brasil, as primeiras creditações oficiais datam do final do século passado. O primeiro hospital brasileiro acreditado foi o Hospital Israelita Albert Einstein, em 1999, sendo que 15 anos ainda é um tempo curto para a instalação nacional de uma cultura bem-sucedida, voltada para qualidade e segurança dos pacientes.

Não é mais aceitável que a qualidade da assistência à saúde seja determinada pela percepção individual dos profissionais e gestores envolvidos, que com orgulho mostram seus feitos ou camuflam seus erros. É necessário buscar

evidências objetivas de que os serviços de saúde estão sendo desenvolvidos de maneira eficiente e eficaz, sem descuidar da melhoria da qualidade do cuidado ao paciente (BOM ANGELO, 2011).

Arruda (2006) mostra como a cultura das organizações hospitalares é alterada quando da implantação de programas de qualidade. Trabalho de Queiroz, Albuquerque e Malik (2013) mostra a importância das pessoas na implantação de inovações em serviços de saúde. A vivência no setor leva a perceber a presença marcante de demandas por eficiência, qualidade e equidade do acesso. Isso é evidente em decisões estratégicas e operacionais, em maior ou menor grau, em todas as organizações do campo (VELOSO; MALIK, 2009).

Apesar dos esforços e dos programas criados para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados em saúde, os principais problemas ainda persistem. Várias razões para a lentidão na implantação das melhorias foram identificadas: resistência às mudanças entre os profissionais de saúde, estruturas organizacionais que bloqueiam a melhoria dos cuidados e a questão dos incentivos (GROL; BERWICK; WENSING, 2008).

Hoje no Brasil, gestão, qualidade e avaliação são temas que, lentamente, têm se tornado cada vez mais valorizados. Escolas, universidades e consultorias oferecem cursos em serviços de saúde para ampliar o conhecimento dos gestores, num esforço que já demonstra resultados positivos. Existe, no entanto, uma dificuldade de aplicação dos conhecimentos adquiridos nas práticas do cotidiano, que ainda fica na dependência da capacidade e interesse individual de cada um (FERREIRA; ARRUDA; MAGUEREZ, 2011).

Em estudo de Massoco e Melleiro (2013), cujo objetivo foi compreender a percepção sobre a comunicação na área da qualidade entre os funcionários assistenciais, ficou evidente que pouco ou nada se fala sobre práticas indevidas, devido ao medo de punição. La Forgia e Couttolenc (2009) já apontavam para as diferenças existentes no Brasil entre a qualidade do atendimento oferecido por um pequeno grupo de centros de excelência de classe mundial e aquela verificada na vasta maioria dos hospitais. Enquanto os centros de excelência operam segundo padrões internacionais de qualidade, a maior parte dos hospitais luta para manter níveis básicos de infraestrutura, pessoal e serviços.

Sendo assim, muitos sistemas de saúde vivem hoje um impasse. Esse panorama é o prenúncio de mudanças importantes e necessárias na gestão da

qualidade. Para sobreviver, a qualidade da saúde, que mal desponta no Brasil, terá que ser reinventada (SCHIESARI, 2014).

2.3 HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

O Ministério da Saúde classifica os hospitais de acordo com seu porte, com base no número de leitos. É considerado hospital de pequeno porte aquele que possui até cinquenta leitos, de médio porte entre 51 e 150 leitos, de grande porte com 151 a quinhentos leitos e de porte especial àqueles que possuem mais de quinhentos leitos. Mais de 60% dos hospitais brasileiros possuem menos de cinquenta leitos. Em estudo de Côrrea (2009), com dados do PNASS (Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde), essa porcentagem atingia 68,8% no Brasil e 46,5% no estado de São Paulo. Verifica-se que desde a década de 1970 o número de hospitais brasileiros vem aumentando, principalmente por conta de hospitais de pequeno porte (LA FORGIA; COUTOTOLENC, 2009). Estes autores também mencionam que, quanto menor o número de leitos de um hospital, em geral, menor sua eficiência e maior seu custo de operação. Em relação à taxa média de ocupação, estes autores ainda afirmam que os hospitais brasileiros apresentavam, em média, 37% de taxa de ocupação, sendo que esta taxa era ainda mais baixa nos hospitais de pequeno porte.

Enquanto o número de hospitais brasileiros teve um crescimento de 26% no período de 2004-2006, o número de hospitais de pequeno porte aumentou em 50%, principalmente concentrado nas faixas de cinco a dez e de 41 a cinquenta leitos (UGÁ; LOPEZ, 2007). Em relação à natureza jurídica, a maior parte dos hospitais de pequeno porte são privados sem fins lucrativos, frequentemente filantrópicos e localizam-se principalmente em municípios pequenos, afastados das capitais.

Hospitais de pequeno porte, em geral, têm baixa complexidade assistencial. Não necessariamente são empresas de pequeno porte, no que se refere ao número de funcionários ou faturamento bruto. Entretanto, por algumas características gerenciais e culturais se assemelham às empresas de pequeno porte, uma vez que possuem, na maioria das vezes, administração centralizada, ausência de profissionalização, dificuldade na gestão financeira, origem familiar e muitas vezes não apresentam planejamento ou *marketing* estratégicos (CARNIELO, 2009).

No Brasil, observa-se que a existência dos hospitais de pequeno porte (HPP) não está relacionada à dificuldade de condições de acesso a centros maiores, mas sim à existência de municípios de pequeno porte (UGÁ; LÓPEZ, 2007). Dado que este tipo de hospital não costuma conseguir atingir pontos ótimos nas curvas de economia de escala, a justificativa para sua existência, portanto, deveria ser o acesso. Pequenos hospitais se justificam em localidades remotas e de difícil acesso a centros maiores, para execução, principalmente de ações de baixa complexidade (mas não de atenção básica) e ações relacionadas à atenção de urgência/emergência e materno-infantil (CORRÊA, 2009a). De maneira semelhante ao que ocorre em outros países, observa-se que a maior parte dos HPP no Brasil se encontra em municípios pequenos e do interior. Corrêa (2009) afirma que o modelo dos hospitais de pequeno porte no Brasil parece apresentar algumas características diferentes das encontradas em outros países: quanto menor o porte hospitalar, menor o atendimento à legislação sanitária e menor a qualidade da atenção prestada.

2.4 QUALIDADE EM HOSPITAIS DE PEQUENO PORTE

Em estudo realizado por Malik (2000), cujo objetivo foi identificar iniciativas de qualidade nos hospitais do estado de São Paulo, 42% daqueles que não responderam a pesquisa eram hospitais de pequeno porte. Essa porcentagem foi maior do que a dos hospitais de médio e grande porte, cujas taxas de não respondentes foi de 29% cada uma. A baixa frequência de estudos desse tipo em hospitais de pequeno porte, bem como a alta taxa de não respondentes entre os HPP em estudos que coletam informação de hospitais de todos os portes, sugere que as iniciativas de qualidade são de fato, menos desenvolvidas em hospitais de pequeno porte do que nos demais hospitais.

No que diz respeito à implantação de políticas de qualidade em hospitais de pequeno porte, a literatura brasileira apresenta poucos trabalhos. Bittar (2004), em estudo sobre cultura e qualidade em hospitais, já mencionava que pouco se esperava de iniciativas de qualidade para os hospitais de pequeno porte, que representavam na época 60% dos hospitais brasileiros (MALIK, 2005).

A qualidade nos HPP muitas vezes é considerada como insatisfatória. Entretanto, aquilo que podemos chamar de qualidade indesejada não é um

fenômeno específico do Brasil. Estudos sobre este tema em vários países, na sua grande maioria, chegaram às mesmas conclusões com relação à qualidade em hospitais deste porte (World Health Organizations, 2011).

Um estudo realizado há mais de 20 anos na Nova Zelândia, comparou a qualidade em hospitais de diferentes tipos, segundo porte, localização, graduação dos funcionários. Concluiu que, em geral, hospitais maiores têm melhor qualidade do que pequenos hospitais com baixa estrutura tecnológica (KEELER et al., 1992).

Em estudo brasileiro muito mais recente, foi identificado que dos hospitais de pequeno porte no Brasil, 22,95% não possuíam pessoa responsável para resolução de situações adversas, 57,83% não apresentavam Comissão de Controle de Infecção Hospitalar atuante, 46,09% não asseguravam a limpeza, desinfecção e esterilização de seus instrumentais e 36,65% não apresentavam condições adequadas para o atendimento às urgências e emergências (CORRÊA, 2009a).

Estudo realizado por Tupper et al (2008) menciona que muitas iniciativas promovidas para Programas de Qualidade não consideram as características específicas dos hospitais de pequeno porte. Estes mesmos autores enfatizam que nem sempre os achados e aprendizados sobre hospitais de grande porte podem ser generalizados para hospitais de pequeno porte devido às diferenças na organização, número de funcionários, questões financeiras e outras características.

Todos os estudos mencionados, são unânimes com relação aos aspectos de qualidade inferior em hospitais de pequeno porte. Em 2004, dizia-se que estas organizações só sobreviveriam se demonstrassem aptidão para prover boa qualidade de cuidado (MOSCOVICE et al., 2004).

2.5 AS COOPERATIVAS MÉDICAS

Segundo a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar) existiam ativas no Brasil até setembro de 2014, 325 Cooperativas Médicas. Mais da metade delas situam-se na região sudeste, sendo a principal, a UNIMED (FOCO SAÚDE SUPLEMENTAR, 2012). Na cooperativa médica, os próprios médicos cooperados são os donos do negócio. Eles se associam para prestar assistência médica ambulatorial e hospitalar aos beneficiários que se filiam à cooperativa (MAGALHÃES FILHO, 2012). Os cooperados são sócios-proprietários, tendo com ela relação civil e nenhuma relação trabalhista.

A UNIMED contava, em 2013, no País com 110 mil médicos cooperados e representava a segunda maior rede hospitalar nacional, atrás apenas das Santas Casas. Assim como ocorre nesta rede, não há relação de dependência entre os diferentes hospitais pertencentes às cooperativas. O número de seus beneficiários chegava em 2013 a 18 milhões e ela estava presente em 83% dos mais de 5,6 mil municípios brasileiros. Eram 371 cooperativas no Brasil e 30% de todos os médicos que atuavam em território nacional eram cooperados da UNIMED (UNIMED, 2013).

Não existe, formal nem informalmente, um sistema decisório hierárquico estabelecido entre os níveis dessa Cooperativa (singulares com área de atuação exclusiva, federações estaduais ou regionais e a de âmbito nacional). Sendo assim, as singulares são autônomas e independentes, nos aspectos jurídicos, econômicos e administrativos (MAGALHÃES FILHO, 2012). Portanto, aquilo que se estuda e identifica em determinado hospital ou determinada cooperativa não tem aplicação imediata nos demais.

Existe uma tendência de verticalização das operadoras de saúde – ou seja, investimento em serviços próprios, incluindo hospitais, laboratórios, centros de imagem e fisioterapia, inclusive em cooperativas médicas. Apesar de exigir muito capital, a verticalização propicia que os planos de saúde sobrevivam no mercado e melhorem o atendimento prestado ao paciente. O processo de verticalização, de modo geral, é resultado da busca de ganho de eficiência por parte das organizações. Devido à escassez de análises acadêmicas sobre integração vertical na medicina suplementar no país recorreu-se à literatura sobre gestão em saúde norte-americana, relativamente pródiga na década de 1990, respeitando-se os diferentes contextos e proporções. Alguns autores enumeraram diversas vantagens do processo de verticalização das empresas de saúde daquele país, com ênfase nos aspectos de controle dos custos de produção e aumento do poder de negociação com fornecedores e compradores de serviços, gerando, em última análise, fortalecimento da posição competitiva das empresas verticalizadas (ALBUQUERQUE et al., 2011).

Os hospitais próprios de operadoras, notadamente de cooperativas, não costumam ter preocupação com competitividade no mercado, porque têm sua clientela praticamente cativa. Assim, mais do que sinais de qualidade valorizados por outros atores, espera-se deles eficiência e custos competitivos.

A principal cooperativa médica do país, a Unimed, dispõe de quase quatrocentos singulares pelo país, e mais de cem hospitais e laboratórios próprios. O processo de verticalização já ocorre em mais de 25% do seu mercado. Eles afirmam (Unimed) que mais do que nunca, verticalizar é uma necessidade premente. No passado, investir em recursos próprios era considerado um diferencial e hoje já se considera imprescindível para que uma operadora de saúde consiga equilibrar suas finanças e se fortalecer frente às adversidades do setor da saúde (GUERRA, 2011).

2.6 CULTURA E MUDANÇA ORGANIZACIONAL

A discussão em torno da cultura organizacional segue uma base de conceitos fornecida pela Antropologia Cultural, onde existem diversas correntes teóricas, que privilegiam aspectos diferentes de um mesmo fenômeno (FREITAS, 1991). Para efeitos deste trabalho, adotou-se como norteador a compreensão de que toda organização é composta por três elementos: partes, relações e objetivos. Pela ótica da abordagem contingencial de mudanças nas organizações, a referência da mudança é o ambiente. Sob esta perspectiva, toda mudança ocorre através de avaliação e eventual reformulação da missão e objetivos da organização (SILVEIRA JÚNIOR; OLIVEIRA, 1996). Os mesmos autores afirmam que a mudança na abordagem contingencial vai exigir um processo de convencimento, introjeção e assimilação dos novos objetivos. Esse processo requer participação de todos os níveis da organização.

Essa teoria prevê que as partes em uma organização interagem tendo em vista o atingimento de seus objetivos. O objetivo é sempre um ponto no futuro, a razão de ser da organização e o determinante do padrão de relação entre as partes. Ele pode ser alcançado ou abandonado. Nos dois casos o objetivo deveria deixar de existir, conforme Vendemiatti et al., apresentaram em congresso em 2009.

As organizações, para atingir seus objetivos, possuem estruturas que demonstram como se dispõem os diferentes órgãos e níveis hierárquicos, relações de interdependência, funcionamento e coordenação. As organizações atingem seus objetivos com base nos tipos de tarefas, em suas metas e nos talentos disponíveis. Essa divisão tem início quando se definem os meios para se atingir um determinado fim (SCHEIN, 1988; FREITAS, 1991).

Toma-se o conceito de cultura com referência a valores e significados que influenciam o comportamento humano e as práticas organizacionais (TAMAYO, 2007). Ela pode ainda ser definida a partir do conjunto de símbolos, ideias e produtos específicos de um grupo. É um fenômeno coletivo e partilhado por pessoas que vivem no mesmo ambiente social. É adquirida, e não herdada (MARINI et al., 2011).

Sabe-se que a cultura pode apresentar características diferentes dentro de uma mesma organização e, assim, levar ao surgimento de subculturas. Essas surgem devido a seus líderes, que de acordo com seu nível de poder, moldam suas equipes indo ao encontro com seus ideais, valores, crenças e objetivos (MARINI et al., 2011). Fleury (1993) já afirmava o mesmo 20 anos atrás, quando mencionou que empresas são constituídas por um tecido de grupos, que possuem suas formas próprias de representação, uma relação particular com a empresa e o trabalho, um patrimônio comum de experiências, não sendo possível, portanto, se falar de cultura de empresa, mas de cultura de grupos.

Em empresas de menor porte a cultura é ainda mais fácil de ser percebida, tanto em estilos de liderança, costumes e caráter, quanto em máquinas, tecnologia e procedimentos utilizados. Como a cultura de uma organização é uma variável interna, ela sofre mudanças com o passar do tempo, influenciada muitas vezes pelas forças do macroambiente, como as econômicas, políticas e culturais, adaptando-se a realidade. Pode-se dizer que mudanças representam a principal característica dos tempos modernos. Estas envolvem transformações, interrupções e até rupturas, dependendo de sua intensidade (DEI SVALDI et al., 2006).

Estudos sugerem que em organizações da saúde, existam subculturas em diferentes setores ou departamentos e isso pode ser uma das razões para a complexidade do setor. Há diferentes ambientes organizacionais em uma mesma organização, sendo que cada um apresenta características próprias em relação à tomada de decisão, comunicação, motivação, entre outros, e na inter-relação com os demais departamentos (VENDEMIATTI et al., 2009).

Terra (2000) afirma que as transformações organizacionais podem ser explicadas por motivos internos à organização, como a necessidade de adaptação ao ambiente, e externos, como a incorporação de novas ideias e tecnologias provenientes de outras instituições, como já mencionado. O modo mais comum de provocar mudanças é utilizar fatores externos (também chamados de difusão

cultural) e é propiciado pela comunicação intensa e pela facilidade de acesso às informações.

Qualquer mudança proposta provoca resistência em razão da inércia, física ou socialmente considerada. O maior grau de resistência à mudança ocorre nas organizações prestadoras de serviços. Assim, a mudança implica em alteração da percepção por parte dos membros. Pelo menos três fatos originam a resistência à mudança nas organizações: a inércia, o medo e o interesse no *status quo*. Inicialmente, mudanças podem significar consumo extra de energia. A simples análise das vantagens das mudanças propostas tende a fazer com que as pessoas tenham interesse na manutenção da situação atual (SILVEIRA JÚNIOR; OLIVEIRA, 1996). Quer seja real ou não, essa resistência tem sido apontada como uma das responsáveis pela dificuldade em implantar inovações (QUEIROZ et al., 2013).

Finalmente, o estudo das instituições de saúde sugere que cultura e poder estão intimamente relacionados, de forma que um pode fornecer significado ao outro. Isso acontece devido a interesses, desejos de confirmar sua subordinação ou os significados de superioridade dos detentores do poder nas organizações de saúde, ou seja, frequentemente o domínio do saber médico (MARINI et al., 2011).

3 METODOLOGIA

Neste trabalho foi utilizada como estratégia metodológica o estudo de caso único, que usará metodologia qualitativa, abordagem exploratória e técnicas de análise emprestadas da *Grounded Theory*.

De acordo com Yin (2005), a principal tendência em todos os tipos de estudo de caso é tentar esclarecer decisões, compreender motivos pelos quais estas decisões foram tomadas, como foi a implementação e com quais resultados. Por isso, compreendeu-se que o estudo de caso poderia ser a estratégia apropriada para responder a pergunta de pesquisa deste estudo. Para realizar qualquer tipo de atividade dentro do hospital ou com colaboradores do mesmo, a pesquisadora obteve autorização da diretoria (anexo I), que pode substituir a autorização da comissão de Ética, que lá não existe. Foi garantida a não divulgação do nome da instituição nem dos colaboradores participantes desta pesquisa.

A *Grounded Theory*, também conhecida como Teoria Fundamentada em dados, aproxima-se do assunto a ser investigado sem dispor de uma teoria a ser testada, mas com o desejo de entender uma determinada situação e como e/ou porque seus participantes agem de determinada maneira, como e/ou porque determinado fenômeno ou situação se desdobra deste ou daquele modo. A coleta de dados pode ser realizada de diferentes formas. Neste estudo optou-se pelas entrevistas como mecanismo prioritário. As informações coletadas sobre o fenômeno observado são comparadas e codificadas, extraindo-se delas regularidades e sentidos. O pesquisador termina, então, com algumas teorias que possam ter emergido desta análise (Levacov, 2009).

A amostra de respondentes foi definida com o intuito de caracterizar o objeto de pesquisa em suas diversas dimensões. Foram buscados indivíduos que tivessem vínculo com a nova unidade e, ao mesmo tempo, pudessem enxergar a questão sob diferentes perspectivas. Foram identificados (i) atores responsáveis pela decisão da implementação do escritório da qualidade, (ii) indivíduos que compunham o escritório de qualidade e (iii) profissionais ligados a assistência que deveriam adotar novos processos e protocolos definidos pelo escritório.

O número de entrevistas não foi predefinido; a busca por respondentes foi finalizada quando as informações coletadas passaram a ser repetitivas (saturação). A coleta de dados foi feita de duas formas: entrevistas semiestruturadas com os

indivíduos selecionados e acompanhamento do cotidiano hospitalar. O acompanhamento das rotinas e as entrevistas foram previstas para acontecer durante período de 6 meses, de março a agosto de 2015, podendo ser encerradas previamente, caso tivesse sido atingida a saturação de informações coletadas.

Todas as entrevistas foram feitas pelo pesquisador, seguindo um roteiro predefinido (Anexos IIa, IIb e IIc). Desde o desenho do projeto estava prevista a realização de entrevistas periódicas, em média a cada 45 dias, com os membros do escritório da qualidade, considerados informantes-chave para os objetivos do presente trabalho. A intenção desta repetição era compreender a evolução da percepção desses atores com relação à: implantação dos protocolos, receptividade dos médicos e enfermeiros, comunicação interna, oportunidades e resistências já identificadas. Com cada um dos demais atores (tomadores de decisão e profissionais submetidos aos novos processos) foi realizada apenas uma entrevista. Para o acompanhamento do cotidiano do hospital, foram enfatizados os treinamentos de funcionários e a integração de novos colaboradores, de maneira a compreender de que forma a rotina hospitalar reagiu às iniciativas voltadas para a qualidade.

Quanto aos funcionários contratados do hospital, as entrevistas foram realizadas com profissionais indicados pelos gestores de cada setor. A seleção dos médicos cooperados foi feita de forma não sistematizada, a partir do uso do guia médico da cooperativa. Dez médicos foram contatados diretamente ou por meio de suas secretárias, por telefone e/ou e-mail. Aqueles (3) cujas secretárias se manifestaram, retornando a ligação ou a mensagem, foram entrevistados. Dois deles foram entrevistados em seus próprios consultórios e um foi entrevistado no pronto atendimento do hospital.

Para compreender os processos de implementação de iniciativas voltadas para a qualidade neste hospital, pertencente a uma cooperativa médica, e a maneira como estes processos se relacionam com a estratégia da organização, de forma institucional, foi realizada também uma entrevista com um membro da cooperativa no nível nacional, em sua sede, na capital do estado.

As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas com auxílio do *software Express Scribe*. As transcrições geraram arquivos no formato Word e, então, foram trabalhadas com uso do *software Atlas TI*. A partir daí, foram criados códigos para informações como fatores que impulsionam iniciativas da qualidade,

fatores que agem como barreira, comunicação, etc. Finalmente, com todos os arquivos transcritos e codificados, fez-se uma seleção dos códigos predefinidos anteriormente e deu-se início à análise do conteúdo. A tabela 1 mostra os códigos criados dentro de cada categoria.

Tabela 1 - Códigos criados para analisar o conteúdo das entrevistas

Categoria	Códigos criados
CONCEITO DE QUALIDADE	CONCEITO EXEMPLOS PRÁTICOS
BARREIRAS ÀS INICIATIVAS DA QUALIDADE	RESISTÊNCIA À MUDANÇAS FALTA DE APOIO DA ALTA GESTÃO RESISTÊNCIA MÉDICA ESTRUTURA FÍSICA FALTA DE AUTONOMIA PARA ESCRITÓRIO DA QUALIDADE AUSÊNCIA DE PROCESSOS / AÇÕES INDIVIDUAIS FATORES POLÍTICOS ISOLAMENTO DO SETOR DA QUALIDADE COMUNICAÇÃO MEDO DE FALAR SOBRE ERROS MODELO COOPERATIVISTA FALTA DE COBRANÇA E ACOMPANHAMENTO AUSÊNCIA DE CULTURA PARA QUALIDADE AUSÊNCIA DO MÉDICO DO SETOR DA QUALIDADE ORGANOGRAMA RECURSOS HUMANOS CUSTO TRANSFERÊNCIA DE QUALIDADE PARA OUTRO SETOR
IMPULSIONADORES ÀS INICIATIVAS DA	AUTONOMIA PARA QUALIDADE

QUALIDADE	ENVOLVIMENTO DOS FUNCIONÁRIOS
	APOIO DA ALTA GESTÃO
	TREINAMENTOS
COMUNICAÇÃO	PARA COLABORADORES
	ENTRE DIRETORIA E QUALIDADE
	PARA COOPERADOS
	SOBRE INICIATIVAS DA QUALIDADE
	NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
RAZÕES PARA QUALIDADE	RAZÕES PARA QUALIDADE

Fonte: entrevistas realizadas

A análise de conteúdo não tem como finalidade contar a opinião de uma pessoa dentro de uma análise qualitativa e, sim, explorar um conjunto de opiniões sobre o tema investigado. Assim, ao fazer uma análise e interpretar dados gerados em pesquisa qualitativa, deve-se buscar aquilo que é homogêneo e aquilo que se diferencia dentro de um mesmo meio (MINAYO et al., 2007). Em análise de conteúdo, o foco é dado para as frases e para as palavras ao invés das expressões ou atitudes dos entrevistados.

Para uma compreensão abrangente dos resultados, a pesquisadora agrupou as respostas em diferentes categorias para os diferentes temas: O que o entrevistado entende por qualidade; fatores que favorecem a introdução da qualidade; resistências à sua implementação e comunicação interna. Cada bloco é composto pela percepção dos diferentes entrevistados sobre o mesmo tema.

Entre os meses de novembro de 2014 e agosto de 2015, a pesquisadora acompanhou os seguintes treinamentos: Qualidade e Segurança do Paciente; Meta 1: Identificação correta de pacientes e notificação de eventos adversos; Meta 5: Lavagem e Higiene das mãos além de pesquisa de cultura de segurança dos pacientes. Foram realizadas catorze entrevistas neste período.

4 RESULTADOS

O objeto deste estudo foi um hospital geral de pequeno porte, com cinquenta leitos. É um hospital sem certificado de acreditação, pertencente à uma cooperativa médica, com duzentos médicos cooperados. A carteira de clientes da cooperativa à qual o hospital pertence é composta por aproximadamente 60.000 vidas.

Em 2014, esse hospital decidiu implementar uma unidade voltada para a qualidade, chamada de escritório de qualidade (EQ). Os principais motivos informados pelos gestores foram: interesse em acreditação e melhoria da assistência prestada, redução de custos, aumento das receitas, concorrência e cumprimento de exigências de órgãos como Anvisa, ANS, Ministério da Saúde.

4.1 A ORGANIZAÇÃO E O ESCRITÓRIO DA QUALIDADE

Esse hospital atende somente pacientes do próprio plano de saúde e particulares (que pagam diretamente pelos serviços recebidos), sendo esta última categoria bem menos representada e concentrada no setor de urgência e emergência.

Além dos seus cinquenta leitos regulares, o hospital dispõe de um leito hospitalar por dia, seis de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e quatro salas cirúrgicas.

Além dos médicos cooperados, o hospital conta com corpo assistencial composto por: 28 enfermeiros, 99 técnicos de enfermagem, 32 auxiliares de enfermagem, três nutricionistas, dois farmacêuticos e cinco fisioterapeutas. Em outubro de 2014, instituiu um escritório de qualidade composto por uma enfermeira e um médico coordenador, cooperado. A enfermeira possuía experiência em setores de qualidade de outras organizações hospitalares. Também tinha feito cursos específicos na área. O médico responsável pelo escritório, cuja especialização é em medicina intensiva, foi designado para dedicar parte do seu tempo ao escritório de qualidade.

De acordo com os diretores e da própria enfermeira do EQ, o contrato deste médico era por hora trabalhada e, em média, ele compareceu ao escritório uma vez por semana, um período médio de 3 horas, entre os meses de outubro e dezembro de 2014, dando suporte à enfermeira do departamento e participando das reuniões

entre a unidade e a diretoria do hospital. As reuniões entre a diretoria do hospital e os membros do escritório foram planejadas para serem mensais. No entanto, ocorreram somente duas vezes no período acompanhado (outubro de 2014 a agosto de 2015). Nessas duas ocasiões, o contato entre o escritório da qualidade e a diretoria ocorreu para explicitar apoio às iniciativas propostas pela enfermeira e para validá-las. Como as reuniões acabaram por não ocorrer com a periodicidade proposta, devido à ausência do médico responsável (já que a presença do médico era condição para que as reuniões ocorressem), a relação entre o escritório e a diretoria se caracterizou pelo caráter de aprovação (ou não) das iniciativas propostas, representada pelo financiamento das ações. Essa aprovação era imprescindível principalmente em função da unidade não possuir orçamento próprio.

4.1.1 A qualidade para a Cooperativa estudada

Durante a entrevista com o assessor executivo da cooperativa, o objetivo foi compreender se havia algum incentivo estratégico, educacional ou financeiro, cobrança ou acompanhamento para as singulares dedicarem algum esforço para iniciativas de melhoria voltadas para qualidade.

Verificou-se que existe um projeto recente, que visa à melhoria contínua dos serviços de capacitação dos colaboradores, cooperados e dirigentes, voltado para a qualificação das singulares dessa cooperativa e de seus respectivos hospitais. Até setembro/2015 havia 26 hospitais desta cooperativa que tinham obtido alguma acreditação. Este projeto conta com apoio financeiro do SESCOOP (Sistema para Controle das Cooperativas), que contribui com 1/3 dos recursos necessários para a implementação das melhorias necessárias para levar as unidades rumo à acreditação. Outro terço provém da própria Fundação da cooperativa, cujos objetivos são a educação, o aprendizado e a assessoria às singulares no que diz respeito à capacitação e treinamento de recursos humanos. Finalmente, o último 1/3 é o aporte que deve ser proveniente da própria singular. Em alguns casos, uma vez que os recursos da SESCOOP não são suficientes para contemplar todas as singulares selecionadas para participar do programa, e quando a Fundação da cooperativa entende existir real necessidade da implementação do programa, pode acontecer desta última arcar com 2/3 dos recursos necessários.

Existe um comitê responsável por identificar as singulares que atendam critérios para participação no programa. Os critérios são principalmente o interesse da singular em obter uma acreditação, atender algum objetivo estratégico da cooperativa, como localização geográfica, a disponibilidade de recursos próprios e o posicionamento financeiro e econômico da singular. O programa objetiva capacitar colaboradores em boas práticas de gestão, de liderança e de melhorias dos processos, visando às certificações ISO 9001:2008, RN nº 277 e Organização Nacional de Acreditação (ONA) - níveis I, II e III. Contempla 400 horas de consultoria e tem duração de 18 meses.

No hospital no qual este estudo de caso foi realizado, a enfermeira responsável pela qualidade já tinha conhecimento sobre este programa. Porém, a cooperativa em questão optou por não participar, em função do seu momento econômico de falta de disponibilidade de recursos.

4.1.2 Acompanhamento de treinamentos e de outras atividades realizadas pelo escritório

Em dezembro de 2014 foi realizada pelo escritório da qualidade uma pesquisa de cultura de segurança dos pacientes. A aplicação do questionário, intitulado *Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC)*, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)*, foi proposta a fim de avaliar a forma como os profissionais percebiam a segurança do paciente e de embasar propostas de melhoria definindo escopos de ação (REIS, 2013). Foram convidados a participar todos os profissionais contratados pelo hospital, totalizando 250 colaboradores (exceto corpo clínico), incluindo terceiros. O questionário foi entregue impresso com carta anexa esclarecendo sobre a pesquisa e garantindo participação voluntária e anonimato nas respostas. Foram excluídos dos resultados os questionários devolvidos em branco. Foram recebidos de volta 101 questionários preenchidos (40,4%). 53% dos respondentes consideravam que seus erros podiam ser usados contra eles, 46% avaliaram a segurança do paciente como regular ou ruim em sua área de trabalho e 72% informaram não ter comunicado nenhum evento nos últimos 12 meses. A mesma pesquisa realizada com funcionários de dezesseis hospitais acreditados no estado de São Paulo, em 2007, indicou que somente 15% afirmaram não ter reportado nenhum evento adverso. Segundo a opinião dos

profissionais que participaram desta pesquisa, as organizações hospitalares acreditadas puderam ser consideradas seguras (CLINCO, 2007).

O primeiro treinamento foi sobre Qualidade e Segurança de Paciente entre os meses de dezembro de 2014 e janeiro de 2015. O objetivo era que 337 colaboradores (de todos os setores do hospital que prestavam assistência direta ou indireta aos pacientes, ex.: enfermagem, hotelaria, farmácia, almoxarifado, manutenção, serviço social, nutrição, copa, recepção, engenharia clínica, etc.) passassem pelo treinamento, que consistia em uma palestra de aproximadamente 1,5 hora, ministrada pela enfermeira responsável pela qualidade e que abordava os principais conceitos de qualidade e segurança de paciente na área da saúde (histórico, relevância, importância, como cada um poderia colaborar, etc.). Passaram por treinamento neste período, 174 colaboradores (52% do previsto). O recrutamento foi feito através do escritório da qualidade, que solicitou aos gestores de cada área o envio de colaboradores nos diferentes dias e horários nos quais a palestra foi ministrada. Passaram pelo treinamento 87 funcionários da área da Enfermagem, 31 do Laboratório, dezesseis da Farmácia e quarenta colaboradores dos demais setores, conforme mostra o gráfico 1.

Gráfico 1: Setores dos participantes do treinamento de Qualidade e Segurança do Paciente



O segundo treinamento abordou a meta 1 do Programa Nacional de Segurança do Paciente, que trata da identificação dos pacientes. Também foram abordados conceitos sobre notificação de incidentes. Neste treinamento, que aconteceu entre os meses de fevereiro e março de 2015, em diferentes dias da

semana, para distintos setores do hospital, foram apresentados conceitos de segurança do paciente, a importância da sua identificação correta durante a assistência prestada bem como a notificação de erros e eventos adversos. Também foi informado que o modelo de etiqueta de identificação, vigente naquele momento, seria substituído pelo modelo de pulseiras, com diferentes cores indicando os vários atendimentos e com campos específicos para colagem da etiqueta ou preenchimento com os dados dos pacientes. Foi apresentado o formulário de notificação, bem como a forma correta de seu preenchimento. Estes formulários já haviam sido impressos, porém a compra das urnas para depositá-los ainda não tinha sido aprovada. A meta para este treinamento era 140 colaboradores; passaram por ele 117 (83,6%). Até o final da coleta de dados (agosto de 2015), as pulseiras não haviam sido adquiridas e ainda não havia urnas nos diferentes setores para recolhimento dos folhetos de notificação de evento adverso.

No mês de maio ocorreu o terceiro treinamento, realizado em parceria entre o escritório de qualidade e o Setor de Controle de Infecção Hospitalar (SCIH), cujo tema foi a Meta 5 do programa de Segurança do Paciente: lavagem e higienização das mãos. Foram treinados 117 colaboradores durante uma semana, não necessariamente os mesmos que passaram pelo treinamento de meta 1. Este treinamento foi interrompido, pois os *banners* utilizados como material didático foram recolhidos sob a alegação de não terem sido aprovados pela empresa de *marketing* que presta serviços para a cooperativa. A enfermeira de qualidade e a de SCIH foram orientadas a retirar estes *banners* pela gerência de enfermagem. Alegaram que essa ordem foi dada pela diretoria, que havia sido orientada pela empresa de *Marketing*, por onde os *banners* não passaram antes de serem expostos. Os diretores não souberam falar sobre o assunto quando questionados e a gerência de enfermagem não atendeu as tentativas de contato feitas pela pesquisadora.

Em março de 2015 foi instituído no hospital o Núcleo de Segurança dos Pacientes, atendendo a RDC da Anvisa 36/2013 que estabelece a obrigatoriedade da criação deste tipo de unidade nos serviços de saúde. O núcleo foi formado com oito integrantes, sendo eles das seguintes funções: gerente hospitalar, analista administrativo, coordenador de laboratório, coordenador de farmácia, coordenadora administrativa de enfermagem, coordenadora de enfermagem do pronto atendimento de uma outra unidade, responsável por educação continuada e SCIH. Os encontros

do núcleo de segurança foram quinzenais até serem interrompidos em maio/2015, quando ocorreu a suspensão do Núcleo, sem nenhuma comunicação formal.

No mesmo mês, a enfermeira da qualidade foi incumbida de cobrir a licença de um funcionário, responsável pela área de Educação Continuada. A princípio, ela deveria dividir seu tempo entre as atividades do Escritório (elaboração de protocolos, indicadores, propostas de melhoria, etc.) e as atividades voltadas para educação continuada (práticas assistenciais como hemotransfusão, passagem de sonda, etc.). A partir deste momento, o local físico de trabalho desta enfermeira deixou de ser o escritório de qualidade e passou a ser uma mesa na sala onde ficava SCIH e educação continuada.

Em julho de 2015, o escritório de qualidade foi oficialmente suspenso, a enfermeira assumiu integralmente as atividades de educação continuada, após ter sido comunicada da mudança na sua função pela gerente do setor de enfermagem e o local que até então era a sede do escritório passou a ser ocupado por caixas de papelão.

Após o período de coleta de dados, foi realizada uma última entrevista para encerrar o trabalho com a diretoria do hospital. Quando as lideranças foram questionadas sobre suas percepções acerca da suspensão do serviço, demonstram desconhecimento sobre o fato e afirmaram que as razões que levaram à suspensão não estavam sob seu controle (presença de um médico coordenador para o serviço e transferência da enfermeira de qualidade para outro departamento). Afirmaram que a iniciativa retornaria em breve, pois reconheciam a importância do serviço de qualidade para organização.

4.1.3 Entrevistas

A tabela 2 ilustra as áreas dos catorze profissionais entrevistados neste período.

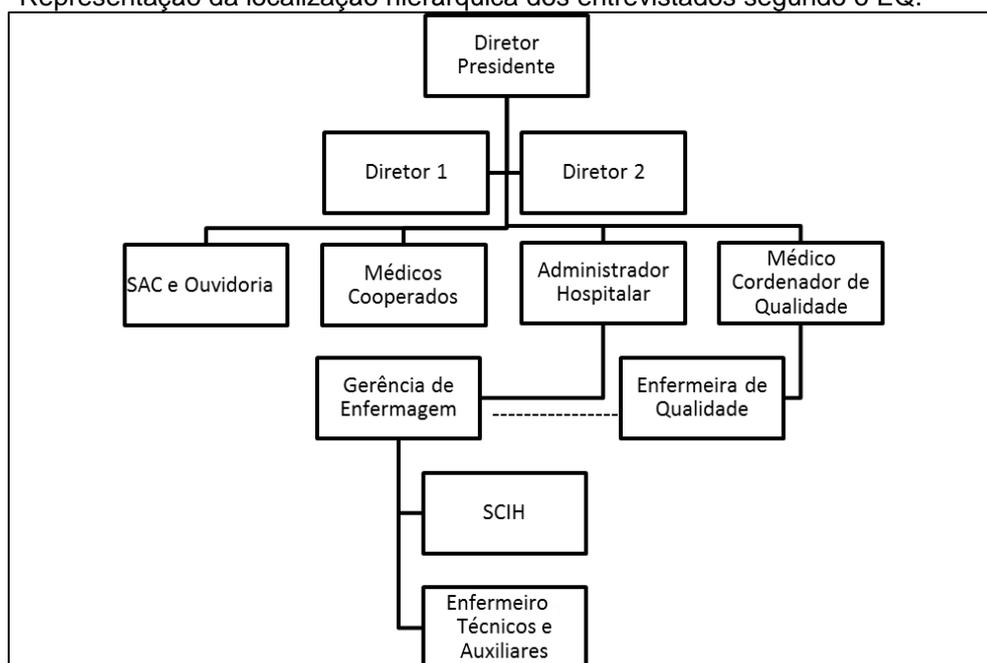
Tabela 2 - Área dos profissionais entrevistados no período de março a agosto de 2015

Presidente da Cooperativa e Hospital	1
Médicos Diretores da organização	2
Médicos Cooperados	3
Enfermeira do Escritório da qualidade	1 (Entrevistada 4 vezes)
Enfermeiros, Técnicos e Auxiliares	4
SAC e Ouvidoria	2
CCIH (Centro de Controle de Infecção Hospitalar)	1

Fonte – entrevistas realizadas

O médico coordenador responsável pelo escritório da qualidade foi procurado no início deste trabalho, antes da validação do questionário. O mesmo aconteceu com o gestor da área de enfermagem, que não recebeu nem respondeu as cinco tentativas de contato feito pela pesquisadora. Na fase das entrevistas, ambos foram procurados para agendamento da entrevista e não deram retorno. A figura 1 ilustra a localização hierárquica dos colaboradores com os quais se tentou contato.

Figura 1 - Representação da localização hierárquica dos entrevistados segundo o EQ.



Fonte: interpretação

A enfermeira de qualidade possuía relação hierárquica com o coordenador médico, para quem deveria responder formalmente; também estava ligada à gerência de enfermagem que, no dia a dia, se tornou sua superior hierárquica.

4.2 CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

4.2.1 Conceito sobre qualidade

Os termos mais utilizados quando os entrevistados foram questionados sobre o que compreendiam quando falavam em qualidade em um hospital, se encontram na figura 2, em ordem decrescente:

Figura 2 - Termos utilizados associados à qualidade na assistência à Saúde no hospital.

Bom atendimento
Interação entre funcionários e pacientes
Boa assistência
Protocolos e Padronizações
Treinamentos
Segurança do paciente
Higiene
Redução de custos
Humanização
Disponibilidade de vagas de internação

Fonte: Entrevistas

Existe uma diferença importante entre aquilo que era percebido como qualidade pelos médicos, enfermeiros, gestores e membros do escritório da qualidade. Foi comum ouvir da alta gestão percepções como:

“Qualidade é segurança para o paciente, é um investimento inicial e depois isso vai transformar em redução de custos, eu acho, na tentativa de diminuir o sinistro.”

“Você ter processos ou fluxos que permitem você ter uma segurança no tratamento, desde a hora que o paciente chega até a hora que ele sai. Vinculado a isso, uma sessão ergonômica mesmo, você ter, você usar o que tem que ser usado, assim, de modo que você seja econômico, mas ao mesmo tempo não prejudique a assistência, nem aumente as complicações, aumente as comorbidades então, um uso criterioso de tudo né, basicamente..tem toda uma regra, desde parte médica, parte assistencial, a parte de tratamento, a parte de higiene, a parte de segurança do trabalho em si, de alta.”

“Os protocolos são importantes. E tem toda uma coisa além disso, por exemplo, você... a higiene, o jeito certo de você fazer uma coisa ou outra, lavar a mão, tem uma série de coisas.”

“Na verdade, quando você fala qualidade vem a palavra qualidade de novo né... A palavra qualidade já... Na verdade eu acho que passa segurança, essa é uma coisa muito importante né, melhor atendimento, assim, na verdade é lógico que a gente vai falar algumas palavras que são, que leva a uma acreditação, diminuir os riscos todos do hospital, do atendimento, quer dizer é aumentando muito a segurança de atendimento e melhorando a confiabilidade daquilo que está sendo feito...”

Nota-se que para os responsáveis pela administração da organização, a questão da sustentabilidade da operação é alegadamente sempre um ponto de relevância. Além disso, todos os membros da alta gestão relacionaram, de alguma forma, qualidade com o conceito de segurança do paciente.

O termo segurança do paciente não foi mencionado pelo grupo de colaboradores assistenciais, composto por técnicos e auxiliares de enfermagem, bem como enfermeiros. Para este grupo, a qualidade está sempre associada ao processo de interação entre eles e o paciente. Mencionaram assistência mais rápida, realizada de forma correta, rotatividade de pacientes, acomodação, higiene, entre outros.

As citações abaixo representam a percepção deste grupo de colaboradores sobre o conceito de qualidade:

“Acho que, em primeiro lugar, o bem-estar do paciente. Você vê o seu trabalho atingindo o paciente. Você vê o resultado. Eu vejo assim uma qualidade. Você ver o paciente sendo bem cuidado, bem tratado. Acho que isso para mim é uma qualidade.”

“Um serviço bem feito, um atendimento bom para o paciente, tem tanta coisa, não é?”

“A gente estar bem vestida, passar uma aparência boa para o paciente.”

“É o cuidado, a acomodação dele, serviço de copa, de higiene...”

Os colaboradores de áreas de apoio como o serviço de ouvidoria e SAC também possuem uma compreensão de qualidade voltada para o atendimento ao paciente. Termos como humanização, disponibilidade de vagas e treinamento foram mencionados por este grupo de colaboradores. A forma de pensar sobre qualidade pode ser ilustrada por meio dos trechos abaixo:

“É você ter um atendimento de qualidade. E não é só atendimento de recepcionista, de SAC, atendimento médico, é atendimento de Enfermagem, é atendimento de higiene, é atendimento da copeira, é o atendimento de uma forma geral.”

“Primeiro, humanização, vaga, o que mais? Nossa.... Eu acho que o principal, o primordial é a humanização. Você... Empatia, você saber se colocar no lugar do outro para que o atendimento seja bem feito.”

“Então o que vem para mim, para a gente ter qualidade é focar, assim, em treinamento. Eu acho que a base da nossa qualidade é treinamento. Porque troca muito o funcionário, entendeu?”

Os colaboradores que representam as áreas da qualidade e serviço de controle de infecção hospitalar têm percepção semelhante quando indagados sobre conceitos de qualidade. Ambos se referem à qualidade como estratégias de prestação de bom atendimento, com uso de protocolos e melhoria de processos. Abaixo alguns exemplos destas percepções:

“Bastante vinculado à melhoria de processos, à segurança do paciente e também a gestão de documentos, eventos adversos, não confirmidades.

Um exemplo prático de qualidade é você seguir um protocolo.”

“Qualidade é essencial porque quando você fala em qualidade é porque você está prestando um atendimento *top* para aquele paciente, você está com tudo ali 100%, é claro que a gente não consegue qualidade 100% porque você depende de outros profissionais, então eu vejo que a qualidade é isso, é tudo que envolve um prestar uma assistência para o paciente, uma assistência ótima para aquele paciente, que ele entre aqui com uma patologia e saia daqui bem, que a gente consiga promover saúde para ele.”

Entre os médicos, também houve heterogeneidade com relação à percepção do conceito de qualidade. Entretanto, dentro deste grupo de profissionais este conceito esteve mais próximo daquilo que se divulga dentro das disciplinas de gestão da qualidade. Os três médicos entrevistados, de alguma forma, mencionam segurança de paciente como conceito associado à qualidade. Por segurança do paciente, estes profissionais compreendem uma assistência com menos erros e danos aos pacientes. A humanização foi outro ponto mencionado. Neste caso, foram abordadas questões como conforto, empatia, acolhimento, entre outros. Médicos também associam conceitos de qualidade com elementos de processos e treinamentos.

Os exemplos abaixo ilustram a percepção deste conceito pelos médicos entrevistados:

“O que eu chamo de qualidade, eu queria que fosse um espaço em que as pessoas chegassem sem aquela imagem nem o cheiro de hospital. Que fosse hospital. Eu, então, meu sonho é que ele não tivesse a cor de hospital, não tivesse o cheiro de hospital. Embora ele seguisse todas as normativas técnicas para uma unidade de saúde. Que você conseguisse chegar a ser atendido de uma maneira que fosse uma grande empresa de prestação de serviços. Então, que nós tivéssemos uma equipe bem treinada. Uma recepção que fosse simpática, comunicativa e que soubesse resolver o meu problema. Que eu não ficasse parado.”

“Uma é que a acomodação dele seja a melhor possível dentro dos padrões técnicos. Então se eu posso ter uma cama melhor, embora eu tenha que levantar, abaixar, subir e virar de lado, eu vou tentar essa cama melhor. Se eu posso ter oxigênio e todo tipo de gás na parede desse paciente para que ele não tenha que sair e ir lá na salinha de inalação, eu quero ter isso tudo aqui. E eu queria que fosse tudo automatizado. Que as coisas acontecessem de acordo com a técnica mais moderna que existia.”

“Então foi aí o outro lado, o outro aspecto que era o aspecto do que a gente chama de humanização do atendimento, de transformar o mais perto possível do que era a casa do paciente, obedecendo às normativas técnicas. Aí entrava também o laboratório, que não vamos estipular horários de coleta de

tal forma que eu não preciso ficar acordando o paciente dez horas da noite para tomar... Colher um sangue que poderia ser colhido seis horas da tarde.”

“A qualidade é o seguinte. Principalmente você tem que ter segurança diagnóstica, tá? Segurança diagnóstica. Ou seja, não adianta você ir no médico e o médico ficar assim: Ah, eu acho que é isso, eu acho que é aquilo, eu acho que é não sei o que lá. Então, segurança diagnóstica. Primeira coisa. Segunda coisa é formação do médico. Formação do médico. Todo mundo é médico. Formou, todo mundo é médico. Se você, por exemplo, recém-formado, se você acaba de sair de uma escola de Medicina e você pode... O CRM pode te permitir tudo. Se você quiser abrir uma cabeça, você pode fazer. E outra coisa mais importante ainda. Na minha área, eu sou um médico cirurgião. Segurança do paciente. A segurança para evitar complicação errada. O que envolve segurança? Identificação, o diagnóstico do paciente, a conduta que vai ser feita, qual é o tratamento médico proposto e realizado. Dentro desse tratamento, por exemplo, proposto e realizado, por exemplo, na minha área como cirurgião, é muito importante o seguinte. O consentimento autorizado. Sabe o que é consentimento autorizado?”

“Conceito Qualidade para mim tem diferentes níveis. Desde o nível de segurança do tipo eu não fazer mal nenhum para aquele paciente. Mesmo que não resolva alguma coisa. Aí eu começo... Vamos dizer assim, esse seria o nível zero de qualidade, mas é eu não fazer mal. Eu não prejudicar o paciente. ento autorizado é fundamental.”

Segundo passo de qualidade, que a gente tem que buscar é você ser ciente de acordo com o que você tem descrito em literatura. O que o conhecimento humano te permite. Hoje qualquer um tem acesso em qualquer lugar. Então eu acho que o segundo passo seria eficiência. Então, o primeiro seria segurança. O segundo seria eficiência. Depois, conforto. Você oferecer, além da eficiência, conforto para o paciente e, principalmente, sociabilidade. Acho que a ideia de conforto e sociabilidade podem andar juntos. Eu acho que nesses três níveis. O dia que eu conseguir oferecer um atendimento com conforto, sociabilidade, segurança e eficiência eu estou satisfeito.”

O resultado final, sobre a compreensão de como diferentes atores de uma organização percebem um conceito como qualidade, foi que não há consenso entre os entrevistados quanto aos conceitos de qualidade neste hospital, independente dos treinamentos realizados.

4.2.2 Impulsionadores para as iniciativas da qualidade

Durante o período em que o escritório da qualidade ficou ativo nesse hospital foram propostas iniciativas como treinamentos, protocolos e pesquisas. Foi possível observar alguns fatores que colaboraram para a prática dessas iniciativas. Os impulsionadores mais mencionados durante as entrevistas foram: envolvimento dos funcionários, envolvimento e apoio da alta gestão, treinamentos e autonomia do escritório da qualidade.

4.2.2.1 Envolvimento dos funcionários

Compreende-se como envolvimento dos funcionários o processo pelo qual estes percebem valor nas iniciativas da qualidade e atuam de acordo com estas

iniciativas. Abaixo alguns trechos extraídos das entrevistas ilustram de que forma os entrevistados mencionaram este fator:

“A vinda da enfermeira de qualidade foi maravilhosa, porque eu tiro dúvidas com ela porque me envolve no trabalho dela, a gente acaba uma tirando dúvida com a outra, então foi muito bom.”

“Eu acho que você tem que fazer a pessoa participar do processo porque quando ela participa do processo, quando ela decide ela não critica tanto, porque tem uma parte dela que está envolvida naquilo lá.”

“Por exemplo, eu acho assim, não adianta você ter o projeto, você tem que consicentizar os envolvidos e depois o resto do pessoal, aí você expande para todo mundo, tanto pra área internamente quanto externamente você saber não, isso aí vai ter uma consequência, vai ter um ganho, é importante você fazer parte disso lá na frente.”

“Na internação, nas horas de internação, verificar o nome do paciente, mesmo na beira do leito, a identificação do paciente na pulseira, quando vai colher exames, quando vai medicar. Isso é uma coisa que ela frisou muito para nós, muito legal.”

Apesar do envolvimento dos funcionários ser um fator potencializador do sucessos das iniciativas de qualidade, neste estudo foi possível identificar que este envolvimento ocorreu de forma pontual, com alguns colaboradores. Com eles, houve algum tipo de mudança.

4.2.2.2 Envolvimento e apoio da alta gestão

Neste trabalho, as entrevistas realizadas evidenciaram que o comprometimento da alta direção é fundamental para a implantação de um Sistema para Qualidade. A diretoria do hospital em discussão participou da implementação do escritório da qualidade de forma ativa e foi responsável pela aprovação e validação de todas as iniciativas propostas antes da sua execução. Quando as propostas apresentadas à diretoria não foram aprovadas, a principal justificativa foi que, naquele determinado momento, não havia verba suficiente ou havia outras prioridades para a alocação da verba disponível. Abaixo são apresentados trechos coletados nas entrevistas realizadas com os colaboradores, inclusive da alta gestão, que evidenciam que houve algum apoio da alta gestão para as iniciativas de qualidade:

“Temos que trabalhar muito nessa parte de educação, de preparar o nosso colaborador que está entrando na empresa a fazer um trabalho mais adequado, a enfermeira de qualidade eu acho que é uma pessoa muito boa para fazer isso, entendeu, tem todo o nosso apoio. Agora eu acho que é fundamental a alta diretoria estar envolvida porque ela é que tem o poder de decisão e se ela não acreditar vai ser complicado. E o que está acontecendo agora, neste último ano de 2014 a gente mudou a gestão, conseguiu ter um gestor que consiga ter, que melhorou muito os processos dentro do hospital, aí o que acontece que a qualidade começa achar espaço pra você, começar a realmente atuar. Agora com escritório da qualidade tudo o que está sendo feito tem chancela do presidente junto, pra validar.”

Nós não estamos interferindo no protocolo que ela está propondo, no conteúdo, na verdade a gente está interferindo se é o momento, se não é o momento, até devido o lado econômico, mas a gente está tentando apoiar o máximo possível.”

Notou-se que para os entrevistados pertencentes à alta gestão, (diretores e presidente), o apoio deles foi integral, estiveram envolvidos e tinham conhecimento de tudo o que estava sendo feito pelo EQ. Entretanto, para os entrevistados de níveis hierárquicos mais assistenciais, inclusive membros do próprio escritório, não houve envolvimento e suporte necessário da diretoria para que a implementação deste serviço fosse bem-sucedida.

4.2.2.3 Treinamentos

A realização de treinamentos institucionais como fator facilitador para a implementação de iniciativas da qualidade foi mencionado pela maioria dos entrevistados, de diferentes posições dentro da organização. Conforme já mencionado, foram realizados três diferentes treinamentos durante o período da coleta de dados para esse trabalho e, em nenhum deles, houve participação de 100% do público-alvo. No geral, a didática da enfermeira de qualidade e os temas contemplados nos treinamentos (Qualidade e Segurança de Paciente, Identificação correta de pacientes e Lavagem das mãos) foram considerados satisfatórios e importantes para os entrevistados. Entretanto, em duas entrevistas, os profissionais assistenciais não se recordaram ter participado de determinados treinamentos. Trechos das entrevistas abaixo ilustram esta realidade no hospital:

“Você tem que conscientizar, você não pode bater de frente.”

“Particpei de treinamento com ela. Então foi uma coisa, assim, que eu achei muito legal. Como ela tem uma forma também bem didática, excelente, então, assim, ela está trazendo várias mudanças. Nós revimos várias coisas de novo. Então, assim, está sendo de forma excelente. Tudo isso é qualidade.”

“Então, assim, cabe a nós, aos enfermeiros, aos nossos colaboradores, tem que ser treinado, mas todo mundo precisa estar ciente de que precisa ser feito de uma forma correta, pelo bem do nosso paciente.”

“Nós tivemos um treinamento também sobre higienização das mãos, que foi súper legal, que a enfermeira fez junto com a enfermeira do SCIH.”

“Assim, ela está fazendo bastante aprimoramento dos funcionários, a coleta de exames. Tudo ela está voltando bastante os estudos para os funcionários. Uma coisa que a gente dava a dica, falava, olha, está precisando..., por exemplo, pedir PCR, para parada, que nós temos poucos, graças a Deus, mas é bom sempre a gente estar estudando para o pessoal não perder a mão, não é? Então ela está colocando em prática esses estudos, para a gente...”

“Eu acho que a base da nossa qualidade é treinamento.”

“Olha, depois que eu entrei, ela falou sobre coleta de sangue. Ela deu palestra sobre o ciclo certo da identificação do paciente. Quando a gente fosse medicar, a gente tinha que olhar o nome completo, data de nascimento para não estar confundindo.”

A iniciativa de treinamentos foi a única que se manteve mesmo após a suspensão do EQ. A enfermeira de qualidade, assumindo a função de educação continuada, concentrou seus esforços, principalmente, para realização de treinamentos. Estes, entretanto, abordavam temas não específicos da área da qualidade, mas, sobretudo, temas técnicos associados à assistência, por exemplo: passagem de sonda vesical, hemotransfusão, etc.

4.2.2.4 Autonomia do Escritório da Qualidade

Durante a realização das entrevistas, observou-se que o escritório de qualidade, composto pela enfermeira e pelo médico contratado, possuía razoável autonomia para planejamento de ações para a implementação de protocolos e treinamentos no hospital. Os treinamentos já mencionados, a criação do núcleo de segurança do paciente e a pesquisa de cultura organizacional foram ideias deste escritório bem como seus respectivos conteúdos. A diretoria do hospital validava (ou não) as ideias propostas sem interferir na forma ou no conteúdo de execução. A aprovação da diretoria estava relacionada, principalmente, ao orçamento referente a tais iniciativas. Houve o caso em que a iniciativa do treinamento de higienização das mãos (meta número 5 do Programa Nacional de Segurança do Paciente) não pode ser concluída em função da interferência da empresa que controlava o *marketing* e a imagem da cooperativa, que não aprovou o *banner* confeccionado. Em outra ocasião, as urnas para depósito dos formulários de notificação de eventos adversos também não tiveram seu orçamento aprovado durante o prazo considerado. Quando foram aprovadas, o escritório já havia sido extinto e as urnas não foram instaladas, permanecendo até o fim da coleta de dados (entrevistas) guardadas em um armário. Foi verificado que entre o escritório de qualidade e os colaboradores do hospital havia um canal aberto de comunicação. O acesso aos colaboradores em geral, foi suficiente para a implementação das iniciativas. Entretanto, com relação ao corpo clínico de médicos cooperados, não houve esse acesso. Médicos não participaram de nenhum treinamento e o escritório de qualidade não pôde participar de nenhuma reunião regular específica destes profissionais. Seguem alguns trechos das entrevistas com relação a este fator:

“Autonomia total. Quer dizer, nós não estamos interferindo no protocolo que ela está propondo, no conteúdo, na verdade a gente está interferindo se é o momento, se não é o momento, até devido o lado econômico, mas a gente está tentando apoiar o máximo possível.”

“Hoje eu tenho um acesso livre aos colaboradores assistenciais, mas eu não tenho um acesso à linguagem médica, eu não consigo falar com médico, nem reunião, nem aula, nem treinamento nenhum pra equipe médica.”

“Porque pra criação de protocolos eu tenho autonomia para propor treinamento, autonomia parcial, mas na hora de validar esse treinamento, validar esse protocolo eu dependo diretamente dos interesses das metas estratégicas das outras lideranças.”

O fato do Escritório de Qualidade possuir autonomia para definir protocolos e treinamentos, bem como seu conteúdo, esteve muito relacionado ao fato da enfermeira responsável possuir vasta experiência no setor de Qualidade em outros hospitais, inclusive acreditados, e conseguir imediatamente identificar as necessidades e prioridades de cada iniciativa. Sua experiência fez com o que a alta direção endossasse as ações deste Escritório.

4.2.3 Barreiras para as iniciativas da qualidade

As barreiras verificadas estiveram associadas às pessoas (suas culturas, prioridades, crenças e valores, resistências, relacionamentos) e menos frequentemente a fatores externos como regulação, financiamento, fatores mercadológicos, entre outros. As principais barreiras apontadas pelos entrevistados convergiram sobre vários fatores elencados abaixo. Em alguns casos, um fator pode estar diretamente relacionado a outro, também apontado como barreira, mas eles serão apresentados separadamente.

4.2.3.1 Recursos humanos

O capital humano foi apontado, direta ou indiretamente, como um dos principais fatores que influenciam a implementação de iniciativas voltadas para qualidade. Entre os aspectos relacionados aos recursos humanos verificados nas entrevistas, encontrou-se: precariedade dos serviços ofertados, jornadas de trabalho exaustivas, plantões noturnos, remuneração insuficiente, excesso de responsabilidades, falta de identificação profissional, entre outros. Estes elementos contribuem ativamente para que o comprometimento dos profissionais da enfermagem (auxiliares, técnicos ou enfermeiros) não seja suficiente para o sucesso

de iniciativas da qualidade. Eles também contribuem para uma alta rotatividade destes mesmos profissionais.

Seguem alguns exemplos de citações colhidas durante as entrevistas realizadas que ilustram essa realidade:

“De 100% das pessoas que ela falou, 98% não entrou na cabeça o que é meta 1 de identificação dos pacientes.”

“É, mas assim, então ela tentou essa ação, mas não dá, tem falhas, foi a primeira ação que ela tentou, que é a identificação do paciente, súper simples, e ela não conseguiu sucesso.”

“Como o material humano que você tem é sofrível, então nós temos que trabalhar muito nessa parte de educação, de preparar o nosso colaborador que está entrando na empresa a fazer um trabalho mais adequado.”

“Fazendo hoje o escritório da qualidade ir mais devagar por causa desse problema de pessoas.”

“Assim, é muito corrido. A equipe é boa, mas às vezes a gente tem que trabalhar com pouco. Então fica complicado a gente se lembrar de todos os pacientes.”

“Então não dá, não tem esse tempo. A gente não tem esse tempo de fazer todo esse questionário. (Quando questionado sobre a prática de checar os dados do paciente conforme o protocolo de identificação correta do paciente).”

“Vamos arrumar outro (paciente), para outra cirurgia, então a gente **não** se empenhava muito na qualidade lá dentro (do centro cirúrgico). Mais difícil manter a qualidade no centro cirúrgico.”

“Porque troca muito o funcionário, entendeu? Então a gente vê principalmente enfermagem, assim, é um lugar que não para, por causa do plantão, dos horários.”

“Para mim, por exemplo, com as crianças. Aquela pulseira (de identificação do paciente) machuca. Entendeu? Então, na maioria das vezes, eu falo: Mãe, corta.”

“Preguiça. Porque acha que pode perder mais tempo (Quando questionado (a) sobre as razões pelas quais alguns funcionários não seguem protocolos).”

“Acho que o primeiro ponto da segurança é ter oferta de profissionais adequados.”

Ficou evidente durante o estudo que a maior percepção de que os recursos humanos deste hospital são uma barreira para a implementação de serviço para qualidade, provém da classe médica. No geral, enfermeiros se queixam da falta de envolvimento dos médicos no que diz respeito ao cumprimento de regras e normas. Os médicos reclamam da qualificação dos profissionais da enfermagem.

4.2.3.2 Apoio da alta gestão

Este item está presente entre os fatores impulsionadores e também entre as barreiras, pois se de alguma forma houve apoio e incentivo da alta gestão para algumas iniciativas ele não parece ter sido suficiente para a implementação das iniciativas da qualidade de forma integral.

Uma evidência disso foi o fato de que 10 meses após a implementação do escritório da qualidade no hospital, seu único funcionário alocado integralmente foi transferido para outro setor, suspendendo as atividades exclusivas voltadas para melhoria de qualidade. A falta de apoio ou de participação da alta gestão pode ser

percebida pelo fato do setor de qualidade não possuir prioridade orçamentária dentro do plano estratégico da organização, segundo informações coletadas nas entrevistas realizadas. Além disso, pode ser citada a ausência de um canal direto de comunicação entre a enfermeira da qualidade e a diretoria, uma vez que a condição para esse encontro (Escritório e Diretoria) era a presença do médico coordenador contratado como responsável pelo Escritório de Qualidade. Ou seja, a enfermeira sozinha não podia agendar encontros com a diretoria. O médico coordenador trabalhou na área até dezembro de 2014, não participando mais das ações deste escritório desde então. Da mesma forma que o médico não estava disponível para agendamento de reuniões entre a diretoria e o setor de qualidade, ele tampouco respondeu qualquer das tentativas de entrevistas para este trabalho.

O escritório de qualidade não possuía canal de comunicação formal com os médicos cooperados. Partindo do princípio de que a prática da qualidade só ocorre, verdadeiramente, quando todos aqueles envolvidos na assistência (inclusive médicos) estão alinhados com os mesmos objetivos, protocolos e padrões de atendimento. Seria fundamental que a enfermeira de qualidade pudesse ter participação de reuniões técnicas dos médicos, ou que estes também participassem dos treinamentos oferecidos. Nada disso aconteceu. Soma-se a isso o fato de não ter ocorrido comunicação formal para médicos cooperados, informando a implementação do escritório da qualidade.

Entende-se, portanto, que houve falta de prioridade por parte da alta gestão, no que se refere à implementação do novo Serviço de Qualidade.

Não é objetivo deste trabalho entrar no mérito das prioridades elencadas pela alta gestão deste hospital. Durante o período de coleta de dados, foi possível observar que a organização vinha buscando alternativas para sua sustentabilidade financeira, já que enfrentava um período de dificuldades econômicas. É natural observar, em épocas semelhantes, que mesmo alguns setores de extrema importância para a organização mudem de lugar entre as prioridades dos serviços, em nome da sustentabilidade financeira .

Os trechos abaixo permitem compreender de que forma o apoio da alta gestão foi percebido na prática:

“A minha visão é, porque assim, para você querer qualidade dentro de uma instituição, principalmente uma instituição de saúde, precisa ter o topo, que eu digo são os presidentes, abraçarem a qualidade, senão existir isso quem está ali no chão da fábrica não vai conseguir, porque qualidade você gera um custo alto para qualidade, se você não quer um custo, se você está fazendo redução de custo você

não vai conseguir porque você não vai ter bons materiais, você vai comprar sempre material ruim, que vai ocasionar futuramente algum problema para esse paciente. Então não adianta nada, assim, tem que vir de cima, de cima para baixo, não é de baixo para cima.”

“Então, a enfermeira de qualidade veio com uma proposta ótima, só que está acontecendo da mesma forma que aconteceu com a outra gestão, ela não tem apoio. Então é muito complicado você querer fazer a coisa acontecer, mas você não ter o apoio, porque não adianta só bater nas suas costas e falar Vai lá, vai lá que vai dar tudo certo, não adianta.”

“E a direção cobra como um todo. Mas, assim, o diretor não tem como ir lá na Enfermagem e falar assim: Ah, por que você não está fazendo?”

“Eu ouvi falar da identificação, que eles iam até fazer a compra de um material e acabou ficando por isso mesmo.”

“Acho que o que pode barrar é a gestão administrativa do hospital.”

“Bom, acredito que é um ponto fundamental o apoio da gestão, a apoio da diretoria pras ações, porque isso envolve desde uma força política dentro da empresa até questões relacionadas ao orçamento, ao financiamento dos projetos.”

“Tem que ter alguém de autoridade ligado direto nessa menina.”

“Então, eu acho que a pessoa que trabalha nessas áreas de assessoria técnica para uma gestão, principalmente uma gestão de qualidade, ela tem que ter grudado nela... Então, por exemplo, tem um médico: Ah, esse médico é importante para trabalhar. Vamos diversificar. Mas eu colocaria num setor desses ou alguém da diretoria ou alguém do Conselho de Administração. Tem que ter uma pessoa que senão é da diretoria, que tenha contato direto com a diretoria, que seja muito fácil falar porque senão passa a ser mais um cargo.”

“E aí, se você pega toda a malha da gestão, o primeiro escalão da presidência, o segundo escalão que é toda a gerência, terceiro escalão que são as coordenações, se isso for passado de cima para baixo, se isso for uma coisa voltada a resultados e esses resultados forem mostrados, isso não é barreira.”

Neste estudo observou-se que as lideranças envolvidas tinham a real intenção de estabelecer um setor que administrasse os processos de melhoria da qualidade. Porém, as entrevistas indicaram que, entre a identificação de problemas, a intenção de mudar e o que de fato foi apoiado e realizado, houve um hiato.

4.2.3.3 Ausência de cultura que contemple qualidade

Partindo da premissa de que cultura (compreendida como crenças, costumes, hábitos adquiridos, linguagem, regras e estruturas presentes na organização) influencia na qualidade, no hospital estudado não houve, durante a coleta de dados, qualquer forma de estímulo à cultura voltada para qualidade. O uso de indicadores não era uma prática, exceto os de notificação para Vigilância Sanitária (CCIH mensalmente coletava informações ativamente para e enviar à Anvisa). Portanto, ele era somente externo à organização e os indicadores não eram usados como ferramentas estratégicas de gestão. Não havia protocolos implementados. Qualquer esforço que resultasse em assistência com qualidade era decorrente de ações individuais. A comunicação entre os diferentes setores e dentro deles acontecia basicamente de maneira informal. Todos esses hábitos adquiridos ao longo do tempo colaboraram para uma resistência às mudanças propostas pelo

escritório de qualidade. Além do mais, o tempo de existência do escritório de qualidade não foi suficiente para criar uma nova cultura na organização. Os trechos abaixo mostram como a falta de cultura para qualidade foi percebida como uma barreira pelos entrevistados:

“Um exemplo prático de qualidade é você seguir um protocolo, que é tão simples porque ele já está ali descrito para quem vai executar e é uma tarefa difícilíssima de você fazer os funcionários seguirem os protocolos.

E cada cabeça ali pensa de um jeito.”

“Como a gente ficava muito no centro cirúrgico, a gente não tinha muito contato com qualidade.”

“Hoje é assim, a criação do escritório da qualidade não foi comunicado. Não foi feito um memorando. Não foi feito um *e-mail* nem nada. As pessoas estão descobrindo sozinhas que esse escritório existe.”

Durante as entrevistas, foi possível verificar que nem funcionários da alta gestão nem os assistenciais, mencionam termos ou conceitos que se referissem a cultura organizacional. A identificação da falta de cultura para qualidade foi, na realidade, uma interpretação de informações e da realidade relatada pelos entrevistados.

4.2.3.4 Resistência do corpo clínico

Para que as iniciativas de qualidade sejam bem-sucedidas é importante haver participação e alinhamento entre todos os profissionais envolvidos na assistência. Para todos os entrevistados, sem exceção, os médicos ofereceram resistência a processos de mudança. Os próprios médicos afirmaram isso. No geral, médicos são mais resistentes a mudar sua conduta ou comportamento. Além disso, não é possível afirmar que todos os duzentos médicos cooperados percebem qualidade da mesma maneira. Nas entrevistas com funcionários assistenciais, observou-se um forte componente associado às relações de poder onde se nota que médicos não recebem bem recomendações vindas de profissionais da Enfermagem. Existiram relatos de casos onde a enfermeira lembrou o médico de ações requeridas pela qualidade, como, por exemplo, higienizar suas mãos antes de entrar no quarto, e este reagir negativamente à cobrança feita pela profissional.

Além da resistência inerente à classe médica, este estudo revelou que o modelo cooperativista pode ser um adjuvante à resistência dos médicos cooperados.

Em diversos momentos a resistência médica foi apontada como uma barreira importante:

“Eu acho que assim, tem assim, da parte médica a falta de adesão. Esse é o mais difícil.”

“Geral, mas principalmente do corpo clínico. Esse é o difícil. Já no caso de você ter os funcionários, os colaboradores, eles são empregados então eles seguem a regra. Já médico, é difícil.”

“A equipe médica é mais resistente à mudança, que a enfermagem.”

“É até difícil dizer, porque alguns médicos não gostam porque eles têm a conduta deles. Eles acham que é certa e tanto que a gente tem que, às vezes, seguir, não é? Mesmo se não é conforme o protocolo.”

“Porque, assim, nós da Enfermagem, às vezes, tem que lembrar ao médico de lavar uma mão. Tem que lembrar ele de muita coisa. Então, assim, enfermeiro levam mais pulso firme.”

“Mas eu não tenho um acesso à linguagem médica, eu não consigo falar com médico, nem reunião, nem aula, nem treinamento nenhum pra equipe médica.”

“Se você chegar para 90% dos colegas que trabalham como médicos na cidade e fala assim: -Você gostaria de trabalhar no setor de qualidade da Cooperativa? Você vai ser o médico que vai ficar vinculado a esse serviço? Se ele for honesto, a primeira coisa que ele vai ter que falar: Pelo amor de Deus, eu não sei nem o que é isso. Essa é a palavra que ele deveria dizer: Eu não sei nem o que é isso. Pode ser que ele até seja competente para fazer isso. Mas ele não sabe o que é isso.”

“Segunda coisa é fazer com que haja um comprometimento do médico. Porque se o médico... Como é que fala assim? Se responsabilizar, comprometer, essa coisa, não vai adiantar absolutamente nada.”

“O médico é mais avesso a essas coisas. É o mais indisciplinado.”

A falta de comprometimento dos médicos para com processos de mudanças, inclusive aqueles que propõem melhoria da qualidade, foi mencionada por todos os entrevistados. O fato dos próprios médicos se enxergarem dessa forma aponta para uma questão complexa, que envolve a cultura desta classe de profissionais. Durante as entrevistas, foi possível notar a existência de rivalidade entre médicos e enfermeiras. Estas últimas afirmaram com convicção que os médicos se isolam em suas rotinas, considerando corretas todas as suas condutas e não aceitando opiniões ou supervisão de outros profissionais.

4.2.3.5 Ações individuais e processos

É possível identificar que alguns profissionais conseguem prestar assistência com qualidade, mesmo sem seguir qualquer protocolo estabelecido ou regra determinada. Da mesma forma, foi possível observar que a assistência prestada, no geral (com ou sem qualidade) se apoia em fatores comportamentais individuais. Observou-se que o atendimento prestado depende diretamente do perfil do profissional prestador. Em diversos trechos das entrevistas se confirmou que pessoas, nessa organização, são mais importantes do que os processos:

“Então cada um também se defende. Seria para ser uma instituição de todos, mas é cada um por si. Entendeu?”

“Toda vez que entrar dieta vai ter que aspirar. É um protocolo que eles fizeram. Só que daí, isso tem que ter uma folha que a gente tem que preencher, tudo bonitinho, entra a parte da Nutrição. É uma coisa legal para o paciente. E certo, não é? Só que, assim, aonde foi essa folha? Nunca apareceu. Entendeu? Então, assim, e daí? Ficou só naquilo. O protocolo foi feito, foi passado para todos os

setores, a gente vai, a gente assina, mas daí a continuidade isso? Aí você fala: -Como que eu vou fazer o que é certo se o que eu preciso para fazer não recebo?"

"Então, agora eu estou preocupada porque eu não sei quem vai coletar esses dados, fazer isso que eu faço quando eu tirar férias."

"Eu tenho que colocar o processo maior que as pessoas e aqui as pessoas são maiores que o processo."

Da mesma forma que, em alguns dos itens anteriores, a percepção sobre esta barreira foi diferente entre os entrevistados que ocupam cargos de liderança e aqueles assistenciais. São os médicos e enfermeiros, no geral, que afirmaram nas entrevistas que não percebem a existência de processos e regras bem definidos. Nas entrevistas foi possível verificar que estes profissionais, aderem ou não à diferentes iniciativas propostas em função dos seus interesses ou valores pessoais, e não por haver algum tipo de controle ou monitoramento.

4.2.3.6 Acompanhamento e Cobrança

Para grande parte dos profissionais entrevistados uma das barreiras importantes para a implementação da qualidade é a falta de acompanhamento e cobrança pós treinamento e/ou orientação. Toda vez em que um protocolo é instituído, ou um processo é implementado (identificação do paciente, lavagem das mãos, notificação de incidentes, entre outros), é necessário um acompanhamento dos gestores de cada setor ou do profissional encarregado para verificar se os prestadores estão seguindo o que foi determinado. Como não há este tipo de acompanhamento, os profissionais se sentem à vontade para não mudar nada em suas rotinas. Um exemplo importante, foi o fato de que nenhum treinamento contemplou todos aqueles envolvidos na assistência. Se um único funcionário não tiver passado pelas novas orientações, um novo processo não será implementado adequadamente, pois depende de alinhamento coletivo. Apesar do papel do profissional da qualidade muitas vezes envolver implementar, treinar e monitorar, também entende-se que cada gestor de setor tenha a responsabilidade por monitorar suas equipes com relação àquilo que se espera delas. Abaixo estão algumas citações que ilustram esta barreira:

"Em 5 anos que eu estou aqui eu já vi várias situações, que não só profissional da enfermagem como profissional médico deveria ser advertido de alguma forma, mas simplesmente... deixa pra lá."

"Eu não me senti pressionada para seguir novas recomendações."

“A falta de cobrança. Se eu tenho um protocolo e eu estou vendo que alguém não está cumprindo esse protocolo e se eu não tiver uma cobrança, ele vai deixar de existir. Porque, assim, hoje eu faço, mas você não faz, por que eu vou fazer? Aí você gera o descontentamento das outras pessoas.”

“Porque nisso alguns aproveitam e fazem, vamos dizer assim, entre as coxas, não é?”

“Eu não vejo isso, entendeu? Uma cobrança. O pessoal fala: Ah, mas aí ninguém vai fazer porque é chato. Mas o que é certo é chato às vezes.”

“Uma cobrança maior. O que está faltando? Por que vocês não estão fazendo? Mas o que está acontecendo? Não está tendo tempo? Falta material? Por que está acontecendo? Entendeu? Eu vejo que falta isso.”

“Não. Eu nunca vi ninguém fazer (Quando questionada/o se as pessoas conferem os dados do pacientes segundo o protocolo de identificação de pacientes).”

Como não houve acompanhamento daquilo que foi implementado ou recomendado, e o escritório de qualidade compreendeu que não era sua função fazê-lo, a maioria dos treinamentos e iniciativas com propósito de mudança e melhoria, não tiveram êxito.

4.2.3.7 Isolamento do setor da Qualidade

Da mesma forma que para os profissionais assistenciais a falta de acompanhamento e cobrança se tornou uma barreira para o sucesso das iniciativas de qualidade, o EQ, composto pela enfermeira e por um médico coordenador contratado, tampouco teve suporte da alta gestão. Esta seção se relaciona diretamente com os temas abordados como apoio da alta gestão e autonomia para o setor da qualidade. Ficou evidente que este Escritório, personificado pela enfermeira responsável, esteve grande parte do tempo isolado. Não houve apoio, por parte dos seus supervisores às ações e ao trabalho que estava sendo feito. Neste estudo evidenciou-se que, com a falta de acompanhamento do setor da qualidade pelos seus superiores hierárquicos, este setor acabou por desacelerar suas atividades, desmotivar-se para dar continuidade àquilo que se esperava dele bem como oferecer-se posteriormente para assumir outra função, se fosse oportuno. Alguns exemplos colhidos durante as entrevistas realizadas:

“E aí houve uma falta de interesse de quem estava a fim de fazer, porque daí você vai sendo desmotivada dia a dia.”

“Francamente falando, eu acho que ela ficou um pouco sozinha nesse meio tempo, nesse caminho, entendeu. Inclusive o próprio colega médico que deveria estar junto com ela, eu acho que ele teve outros compromissos e ele não teve tempo para fazer.”

“Aqui neste hospital que é de pequeno porte, o escritório da qualidade é composto por uma pessoa só, o que torna essa pessoa um faz tudo, multifuncional. Então sem essa pessoa não existe nenhuma ação.”

“Então meu acesso é limitado à pessoas e até porque questões hierárquicas fazem com que isso aconteça e também questões de horário de trabalho, turnos de processo. Então o meu contato direto são com poucas pessoas.”

Como o Escritório da Qualidade não tinha canal de comunicação com a alta gestão e apresentava limitação de acesso ao corpo clínico, suas atividades foram isoladas, pontuais e não envolveram toda a organização. Sem o acompanhamento dos seus superiores, a enfermeira notou que aquilo que estava sendo realizado não estava sendo visualizado pelas lideranças. Dessa forma, ela acabou se desmotivando; sem enxergar o que estava ocorrendo, os gestores, a transferiram para outro setor para cobrir a ausência de outro profissional.

4.2.3.8 Comunicação

Uma das barreiras citadas foi a comunicação deficiente. A compreensão da comunicação nesta organização será explorada em detalhe. Nessa seção, cabe destacar que as iniciativas da qualidade encontraram, também na comunicação, uma barreira para seu sucesso, desde a implementação do escritório da qualidade e a forma como os colabores e cooperados tomaram ciência da sua existência. Durante as entrevistas foi possível verificar que para os colaboradores assistenciais e para os médicos cooperados, a comunicação foi informal ou “boca a boca”. Dois médicos entrevistados, não sabiam da existência deste setor no hospital, mesmo após 9 meses da sua implementação. Entre os colaboradores do hospital, como enfermeiros, por exemplo, as entrevistas evidenciaram que diferentes profissionais tomaram conhecimento do escritório de qualidade por diferentes canais. Houve enfermeiros que mencionaram ter sabido por meio do livro de recados do setor, outros lendo cartazes, houve quem só tivesse sabido quando participou da palestra sobre qualidade e segurança do paciente e, por fim, quem ficou sabendo por ter ouvido outro colaborador comentar.

Com relação às iniciativas de qualidade dentro do hospital, tampouco se verificou, durante a coleta de dados, padronização da forma de divulgação de protocolos e treinamentos para o público interno. Não menos importante é a comunicação com o corpo clínico de cooperados. Desde o início das atividades do escritório foi solicitado aos diretores da cooperativa que, formalmente, os médicos pudessem ser comunicados da implementação deste serviço. Isso não aconteceu, da mesma forma que em nenhum momento os membros do escritório da qualidade foram convidados a participar dos encontros periódicos que acontecem entre os cooperados. Se qualidade, para ser gradualmente incorporada na cultura de uma

organização, necessita que as pessoas desta organização i) percebam qualidade como algo pelo menos parecido e ii) tenham acesso às informações de forma uniforme, transparente e padronizada, pode-se afirmar que houve falhas nas duas condições.

Abaixo alguns trechos que evidenciam a comunicação como uma importante barreira:

“Semana passada uma médica da clínica virou para mim e falou assim Quem é enfermeira da qualidade? Nós temos essa pessoa?”

“Essa foi uma das falhas que aconteceu, não havia aquele negócio da informação do processo e do que estava acontecendo, e se a informação ocorria ela geralmente era de uma forma meio Olha, esse é o protocolo que foi feito de tal coisa, assina embaixo que você vai seguir.”

“Comunicação efetiva de Olha, agora existe o escritório da qualidade, ele serve para isso, ele está à disposição, não, com certeza não houve.”

“Mas eu não tenho um acesso à linguagem médica, eu não consigo falar com médico, nem reunião, nem aula, nem treinamento nenhum pra equipe médica.”

“Agora a gente tem o Whats, que que é a gerente de enfermagem, ela fez um grupo dos enfermeiros, então além do memorando que eu coloco no setor.”

“Eu acho que o nosso maior problema aqui é a comunicação. Porque se eu dou entrada, por exemplo, na recepção de lá, ela não fala a mesma língua que a recepção do meu hospital, que não fala a mesma língua do meu serviço social. Então o cliente nunca tem uma resposta concreta, vamos dizer assim. Ele passa por vários canais e ele termina na última pessoa ainda confuso. Não é? Porque tanta gente falou tanta coisa, que ele não sabe nem o que ele tem que fazer, para onde ele tem que ir, entendeu?”

“Eles foram comunicados informalmente, boca a boca, de funcionário para funcionário.”

“Na verdade, foi uma coisa simplesmente informal. Eu vi a responsável pela qualidade por aqui, eu já conhecia ela da universidade. A gente era contemporâneo, não é? Ela na Enfermagem e eu na Medicina. Falei: Eu te conheço e tal. Ah, tá. Vamos conversar. E ela me explicou que estava no departamento de qualidade.”

Sem a criação de canais de comunicação efetivos e que permeiem toda a organização com o mesmo conteúdo, ficou impossível desenvolver qualquer tipo de cultura voltado para qualidade. O fato de a implementação do Escritório de Qualidade não ter sido comunicada uniforme e formalmente para toda a organização, incluindo os médicos, pode ser considerado a falha inicial para todas as demais barreiras apresentadas.

4.2.3.9 Outras barreiras mencionadas

Além das barreiras identificadas durante as entrevistas como as mais frequentemente percebidas, surgiram outros pontos, menos mencionados, porém também importantes.

Resistência às mudanças foi um fator mencionado como dificultador para a implementação de iniciativas para qualidade. Muito já se estuda sobre isso e é uma

barreira já esperada, independente do tipo e do porte de organização. A resistência à mudança é um fenômeno natural, universalmente consagrado. De alguma forma, parece que a resistência girou em torno dos esforços necessários, para que algo praticado por um tempo fosse substituído por outra forma de fazer, mesmo que seja mais simples ou ofereça melhores resultados. Ilustra-se este fenômeno com trechos das entrevistas:

“A resistência, que é natural, e isso é Ai vai dar mais trabalho, por parte de todos. Aquela questão, mudança de paradigma, Ah não, vai dar mais trabalho, eu não vou conseguir, sempre fiz assim e deu certo, por que agora vai mudar, não adianta nada mas depois a pessoa vai ver que tudo foi favorável, facilitou o serviço, mas ela tem que passar por aquele aprendizado.”

“Ah isso é realmente importante para a instituição e aos poucos, na medida em que vai se implementando as atitudes do setor de qualidade, as pessoas também vão começando a se sentir mais seguras, vão vendo que aquilo dá certo, e aí a cultura vai cada vez mais, então é uma roda sem parar, tem que ser mudado tudo, não é fácil.”

“Porque, assim, a mudança acho que é... a mudança é uma coisa maravilhosa, mas ainda cria diversos paradigmas para algumas pessoas. Muitas pessoas são restritas às mudanças.”

“Eu não vejo isso, entendeu? Uma cobrança. O pessoal fala: Ah, mas aí ninguém vai fazer porque é chato. Mas o que é certo é chato às vezes.”

O **modelo cooperativista** foi mencionado em algumas entrevistas como uma importante barreira à implementação de iniciativas da qualidade. Neste modelo, não há vínculo formal de emprego normalizando a prestação de serviços. Isso gera uma cultura onde os cooperados não se sentem ameaçados ou obrigados a seguirem recomendações, por exemplo, do setor de qualidade. Da mesma forma que estes podem não segui-los, a gerência técnica contratada pelo hospital não se sente confortável o suficiente para forçar, advertir ou até mesmo cobrar os cooperados. Em diversos momentos foi mencionado pelos entrevistados não médicos o quanto o modelo cooperativista foi uma barreira:

“Como aqui a gente tem uma cooperativa, você tem que ter todo um jogo de cintura com médico, ainda mais quando ele é dono, porque se ele não é nada, se ele é que nem você, um funcionário, você nem esquenta muito a cabeça. Agora se ele é um dos donos e ele não for com a sua cara, a sua cabeça rola em 2 tempos, que eu já vi muito acontecer isso aqui.”

“Até porque, eu te disse, como que ele vai receber uma ordem da qualidade, se ele é dono? Entendeu?”

“Eu acho que uma coisa que você vai precisar quando conversar a respeito disso é lembrar que se trata de um sistema cooperativo.”

“Isso em instituições particulares. Agora, em cooperativas, eu vou te contar. É duro. É duro.”

“Porque uma cooperativa não pode nem dispensar o médico, sabia? Não pode nem dispensar. Nem que ele tenha cometido, assim, um ato muito bárbaro, etc. A não ser que ele seja penalizado pelo Conselho Federal de Medicina. Aí é uma outra competência. Mas para acontecer isso, a morosidade dos processos é muito grande.”

“É muito difícil com o cooperativista porque no modelo cooperativista, eles fazem uma separação entre cooperado e não cooperado. Então, qualquer benefício, eles querem que o benefício seja somente para as pessoas cooperadas, independente da conduta, independente da formação, independente da atualização que a pessoa tenha.”

“Engraçado que eu sempre trabalhei no setor público, tem muita resistência, mas é mais fácil inovar no setor público hoje do que no setor privado, pelo menos cooperativista.”

“O motivo de existir a cooperativa não é atender o paciente. O motivo de existir uma cooperativa é dar melhores condições de trabalho para o profissional. Então, o profissional cooperado.”

Outro ponto relevante para compreensão da situação é a importância do **organograma** dentro da organização. Desde a implementação do EQ bem como da contratação da enfermeira encarregada pelo setor, não houve um momento onde a relação hierárquica entre ela e o restante da organização tivesse sido definida. Durante todas as entrevistas, durante os meses de coleta de dados, o Escritório mencionou não saber para quem efetivamente responderia. Sabia que deveria reportar simultaneamente para a gerência de enfermagem e para o médico coordenador contratado para o escritório, que só esteve presente nos três primeiros meses.

Com relação à definição de um organograma definido, e ao local ocupado pelo escritório da qualidade no organograma da instituição, foi registrado:

“Ele (escritório da qualidade) não existia na verdade, se você for olhar no organograma não tem.”

“E até pra propor eu dependo antes de uma discussão prévia com a minha chefia, que no momento eu não tenho muito claro a hierarquia, a presença do escritório da qualidade dentro da organograma. Eu desconheço qual a relação do escritório da qualidade no organograma da empresa e qual é a minha relação com a minha coordenação.”

“Então pra mim não está claro qual dos três eu me reporto. Essa é a minha maior dificuldade no momento.”

“O que provoca barreiras no meu trabalho. Eu poder assumir melhor os protocolos e as propostas se eu soubesse pra quem eu devo encaminhar.”

“A qualidade não conhecer seu papel no organograma da empresa e não ter um vínculo de resposta direta é uma barreira.”

Finalmente, o último fator mencionado como barreira para a implementação das iniciativas de qualidade, foi a **estrutura física** do hospital estudado. Entende-se que para a efetiva realização de algumas atividades, de protocolos, treinamentos, entre outros, existe uma estrutura física mínima esperada. Pode-se usar como exemplo o treinamento de identificação correta dos pacientes, que aconteceu em diferentes momentos, em diferentes setores, de acordo com a disponibilidade dos colaboradores em participar. Durante a coleta de dados, foi possível estar presente em dois momentos deste treinamento. Em ambos, ele aconteceu em ambientes improvisados dentro do ambiente de prestação de atendimento aos pacientes (sala de medicação e um quarto).

Nas entrevistas também foi possível registrar que a intenção de obter uma acreditação hospitalar já havia sido previamente descartada, em função da estrutura

física do hospital, que não atende critérios mínimos exigidos pelas acreditadoras. Disso decorre o interesse na gestão atual desta cooperativa, de construir um novo hospital, nos próximos 5 anos, que contenha o dobro de leitos, além de ser construído já atendendo as recomendações exigidas para acreditação. A não adequação estrutural se deve ao fato do atual imóvel onde fica o hospital ter sido originalmente construído com outro fim. Quando o hospital se instalou, teve que se adaptar à estrutura original, alterando somente aquilo para o que existia alguma norma e/ou regulamentação. Os trechos abaixo foram obtidos durante as entrevistas, e ilustram a percepção de alguns atores com relação à estrutura física hospitalar.

“Pedimos a avaliação de duas meninas que fazem a acreditação pela ONA, são avaliadoras e para a nossa decepção informou que a chance de nós termos uma acreditação era muito pequena, que nós tínhamos defeitos pela estrutura muito grandes, que dificilmente conseguiria fazer ou o custo ficaria altíssimo, só vias de acesso nós tínhamos sete, ela falou - Como é que vocês vão controlar isso? Esse hospital, isso tudo aqui parece uma aranha, ela entra para tudo quanto é casa aqui do lado.”

“A gente tem um hospital com a estrutura física muito problemática do ponto de vista de segurança.”

“A estrutura física. Então eu acho que aqui na cooperativa teria que reformar o hospital inteiro, começar com uma qualidade ONA mesmo.”

“O espaço é muito pequeno também.”

“Claro que a gente tinha já a estrutura pronta. O hospital não era construído para isso. Ele foi adaptado para isso. Então nós temos várias limitações do ponto de vista do estacionamento, de acesso, mas era a configuração.”

“Nós temos, de vez em quando, a necessidade muito maior do que o hospital comporta. Então, tem períodos como esse que nós estamos agora de inverno que, frequentemente, o hospital está lotado. Nosso hospital é um hospital que tem uma característica muito mais cirúrgica do que clínica. Ele tem um volume cirúrgico grande. Então, ter disponibilidade de vaga não é muito simples.”

“E a própria instalação nossa que não tem qualidade nenhuma.”

“Agora o nosso hospital tem uma particularidade, assim, que é muito pequeno, está certo? É muito pequeno. Precisa aumentar, mas infelizmente devido à situação do país a gente não pode aumentar.”

Foi notória a identificação de barreiras mencionadas por maior número de entrevistados que representam as mais importantes e que oferecem maior resistência para implementação de iniciativas voltadas para qualidade. As menos mencionadas também têm relevância no processo como um todo. Muitas das barreiras identificadas estão relacionadas entre si. O apoio da alta gestão e a cultura para qualidade, por exemplo, parecem ser os gatilhos para todas as demais barreiras identificadas.

4.2.4 Comunicação

O processo de comunicação foi considerado deficiente em todos os níveis da instituição. Para compreender a forma como as informações são transmitidas

nesta organização, optou-se por criar os seguintes itens: i) entre e para os colaboradores; ii) entre e para os médicos cooperados; iii) área da qualidade para cooperados e colaboradores; iv) entre o escritório da qualidade e a diretoria e v) sobre falhas e eventos adversos.

Toda a comunicação realizada entre colaboradores, cooperados, escritório da qualidade, diretoria e sobre eventos adversos na assistência não foi submetida a padronização. Cada setor encontrou ferramentas próprias para troca de informações. Entre os colaboradores (enfermeiros, técnicos e auxiliares), a comunicação é na maioria das vezes informal, como já mencionado. Além do livro de recados, há um grupo de *WhatsApp* criado pela gerente da enfermagem, onde também são trocadas informações. Também foram mencionados uso de memorando, *intranet*, *e-mails* e cartazes informativos. Cada entrevistado informou uma das ferramentas utilizadas para comunicação, o que evidencia a inexistência de um padrão, ou um canal formal estabelecido para informar os colaboradores.

Entre os médicos cooperados, a situação não era a mesma. Todos os entrevistados mencionaram receber periodicamente informativos por *e-mail*. Entretanto, todos foram unânimes em afirmar que a maioria dos cooperados não abre estas mensagens, quando as recebem. Além deste canal de comunicação, padronizado e pouco efetivo, os médicos também se reúnem periodicamente para assembleias da cooperativa, onde normalmente são informados sobre mudanças, contratações, decisões estratégicas, entre outros.

Quando o escritório de qualidade foi implementado, foi possível constatar através das entrevistas, que poucos dos canais acima mencionados foram utilizados para informar colaboradores e cooperados. Todos os entrevistados, exceto o diretor-presidente, mencionaram nas entrevistas que foram informalmente informados sobre o serviço de qualidade no hospital. Naturalmente, tampouco houve comunicação oficial sobre a função deste serviço, sua relação com os demais setores e os objetivos de um escritório da qualidade. Alguns colaboradores acabaram participando do primeiro treinamento sobre Qualidade e Segurança do Paciente, onde parte destas questões foram abordadas, mas somente 52% do público-alvo esteve presente neste momento. Além do mais, nenhum médico foi convocado ou participou neste momento.

A comunicação entre a o setor de qualidade e a diretoria, aconteceu sempre na presença do médico coordenador contratado para o setor e da enfermeira

responsável. Na primeira reunião com a diretoria, ficou estabelecido que estes encontros aconteceriam mensalmente e teriam como objetivo validar as iniciativas do Escritório, aprovar atividades propostas, discutir prioridades, entre outros. Após a segunda reunião, o médico contratado passou a não ter disponibilidade para comparecer ao Escritório e nem às reuniões agendadas com a diretoria. Como sua presença era condição para que a reunião ocorresse, elas deixaram de ocorrer a partir do terceiro mês de existência do escritório da qualidade.

Finalmente, um dos pontos abordados durante as entrevistas foi com relação à comunicação sobre falhas, erros e eventos adversos. Os profissionais assistenciais foram questionados quanto a se sentirem confortáveis em falar sobre suas próprias falhas. Também foi abordado se existia alguma ferramenta formal para isso. As entrevistas revelaram que enfermeiros, técnicos e auxiliares se sentiam confortáveis para relatar suas falhas aos seus gestores.

Entretanto, durante o período de coleta de dados, o escritório de qualidade tentou implementar formulários de notificação de eventos adversos, mas até o final da coleta de dados estes formulários estavam armazenados e não foram distribuídos no hospital. Também foi registrado que a maior parte da informação relativa à eventos adversos tem origem na busca ativa por gestores como do setor de controle de infecção hospitalar. Isso revela que, quando colaboradores afirmam sentirem-se confortáveis para relatarem estes eventos, não necessariamente isso representa a realidade e pode haver um fator de inibição, pois é difícil imaginar que alguém responda uma pesquisa afirmando que omite suas falhas.

Os trechos abaixo foram extraídos das entrevistas, quando o tema comunicação foi abordado:

“Eu faço uma CI, que é um memorando interno e coloco nos setores que eu tenho que atingir.”

“Agora a gente tem o Whats, que a gerente de enfermagem, ela fez um grupo dos enfermeiros.”

“A gente conversa muito, a gente acaba uma falando para outra o que está rolando.”

“Em relação aos colaboradores geralmente uma intranet, um email deles mesmos. Faz reuniões também se precisar, mas assim, e também tem reuniões assim, por exemplo, hoje tem reunião dos gerentes, aí eles passam pros supervisores, e basicamente é isso aí.”

“Então, tem o site da empresa, e esqueci em relação aos médicos, aos colaboradores e também aos clientes, tem o jornalzinho.”

“Na verdade, nós temos um livro de passagem de plantão, que a gerência faz, tem a comunicação, não é? E tem os comunicados internos. Então os comunicados internos são passados no livro, todos nós, enfermeiros, temos acesso e nós podemos passar. Então todos nós temos acesso a isso. Todos os recados novos são colocados nesse livro, pelo coordenador e pela gerência de enfermagem.”

“Por cartazes, eles colocam no posto de enfermagem.”

“O que acontece bastante aqui é que as pessoas, elas se conversam entre gestão. Então para os funcionários... você acaba não ficando sabendo de algumas coisas. Só se você trabalha com eles, ali próximo, você acaba sabendo.”

“O que é para os funcionários, às vezes, vem jornalzinho, dependendo do tipo de informação. E-mail, mas é bem direcionado aquilo que interessa para os setores mesmo.”

“Eles foram comunicados informalmente, boca a boca, de funcionário para funcionário.”

“Eles têm um, chama Malote Virtual, esse Malote Virtual é para os médicos, é para os cooperados, mas os cooperados não abrem esse Malote Virtual porque ontem antes da videoconferência eu encontrei com um médico no café, aí eu falei Olha doutor, a gente vai ter uma videoconferência, o senhor recebeu o Malote Virtual? -Não, mas também nem abro.”

“Pros cooperados, tem geralmente é por email, né..”

“Eu acho que eles não sabem. Até porque eles esquecem ou não leem muitas informações. Tem até relato, de, muitos hoje são via malote digital, e você que tem médicos que ha meses não abre os malotes digitais, entendeu?”

“Eu acho que a gente possa estar pecando um pouco em relação do médico né. Porque o médico não fica dentro da empresa, ele fica, ele vem pro hospital e sai, né, então você tem uma comunicação um pouco mais difícil né.”

“A comunicação que vai para os cooperados é formal. Ela vai ou via memorando ou via circular.”

“Não. Hoje eles já sabem porque nós já temos 5 meses de atuação e de maneira indireta, pelo boca a boca eles ficaram sabendo. E porque eu continuo fazendo a abordagem direta daqueles que eu tenho contato. Mas não que houve uma comunicação formal dentro da empresa. Isso não aconteceu.”

“Fiquei sabendo de corredor, aquela coisa toda porque já existe esse escritório de qualidade lá?”

“Tá acontecendo bastante ações, mas eu não sei te falar.”

“Foi divulgado em reuniões. Então nas reuniões foi falado, a gerência de enfermagem falou que a gente estava com uma equipe nova, que seria a qualidade, que era para melhorar o hospital como um todo.”

“Foi informal, porque essa sala de qualidade era para atendimento. E eu vi que uma enfermeira estava aqui. E aí no perguntar para o guarda quem era, ele me falou que era a enfermeira, era do setor da qualidade, mas, assim, totalmente informal.”

“Eu fiquei porque que um dos diretores é meu amigo pessoal. Quando ele foi assumir agora, ele veio em casa conversar comigo e frequentemente ele vai na minha casa conversar comigo a respeito.”

“Teve uma reunião, depois que remodelaram, teve uma reunião da enfermeira de qualidade com a gente (diretoria) e ela deu o que ela exerceu nessa função em outro hospital. A gente gostou do que ela falou, mas está muito no começo ainda.”

“Até o mês passado a gente não tinha uma pauta fixa com a diretora. A gente tinha tido um encontro apenas formal e no 2º encontro que foi no mês passado nesse 5 meses eu tive uma reunião formal com a diretoria e na 2ª diretoria eu solicitei a possibilidade de ter reuniões mensais, um por mês.

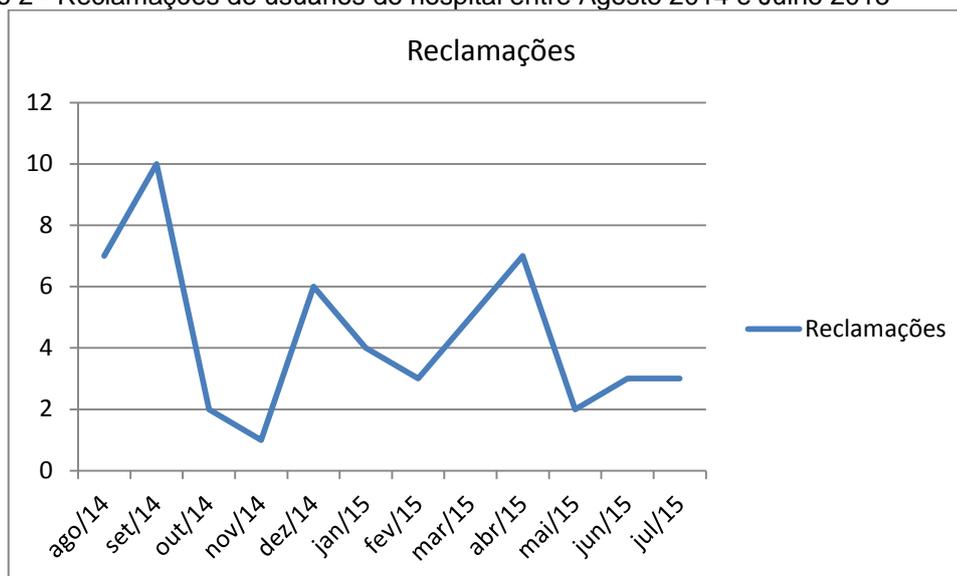
No caso, nas duas últimas que foram agendadas meu coordenador médico não pôde comparecer, então a gente cancelou a reunião.”

4.2.5 Satisfação do Usuário

Uma das formas de compreender o sucesso das iniciativas de qualidade, é através da percepção do cliente/usuário do hospital. Como entrevistar pacientes não estava contemplado na metodologia do trabalho, os dados foram coletados por meio de informações secundárias obtidas através do SAC e Ouvidoria da cooperativa. Foram solicitados a esses setores, os números de reclamações sobre o hospital a partir de janeiro de 2014. Devido à implementação de um novo sistema, essas informações estavam disponíveis somente a partir de agosto de 2014, mês de início das atividades do EQ. Isso tornou impossível fazer uma comparação entre a percepção dos usuários antes e depois da implementação da unidade. A partir dos dados abaixo, é possível verificar que para os usuários, ao longo do período de existência do serviço de qualidade, não houve uma melhoria da satisfação com

relação aos serviços prestados. O mês de setembro de 2014, mostra um pico de reclamações, mas devido à falta de dados dos meses anteriores isto não pode ser interpretado de forma conclusiva como uma tendência anterior à existência do escritório da qualidade. A média de reclamações durante os 12 meses de dados disponíveis foi de 4,5 reclamações por mês.

Gráfico 2 - Reclamações de usuários do hospital entre Agosto 2014 e Julho 2015



Fonte: Serviços de SAC e Ouvidoria do hospital

4.2.6 Situação das atividades de qualidade em setembro de 2015

Após 10 meses de implementação, o escritório foi suspenso, seus membros alocados em outros setores e as iniciativas voltadas para qualidade interrompidas. Em novembro do mesmo ano, a antiga enfermeira de qualidade foi contatada por *e-mail* pela pesquisadora para saber se havia tido alguma modificação ou comunicação no que se refere ao retorno do EQ. A mesma informou que, desde a suspensão do escritório, suas atividades foram exclusivamente voltadas para educação continuada e que, desde o fim da coleta de dados, nenhum gestor ou diretor mencionou a possibilidade ou interesse na reabertura do serviço.

5 DISCUSSÃO

Muitas vezes, as organizações têm tendência à manutenção das condições vigentes, sendo necessário estimular mudanças por meio de pressões e desafios. Durante o presente trabalho, sobre a implantação de um escritório de qualidade em um hospital de pequeno porte, a percepção de que houve mais barreiras para seu pleno funcionamento do que impulsionadores foi marcante.

Conforme verificado na literatura, qualidade é um conceito subjetivo, podendo diferentes indivíduos ter percepções diferentes sobre ele. No entanto, pode haver a expectativa de que, dentro da mesma área - saúde neste caso - os atores envolvidos tenham uma percepção semelhante quando questionados sobre seu entendimento sobre qualidade. O mesmo pode ocorrer quando solicitados exemplos práticos de sua manifestação, dentro de uma organização hospitalar.

O resultado final, sobre a compreensão de como diferentes atores da organização em estudo percebem o conceito de qualidade, foi que não há consenso sobre ele no hospital, independente dos treinamentos realizados. Isso se torna uma barreira quando o escritório de qualidade é implementado sem que todos os colaboradores compreendam sua função ou como eles próprios poderiam auxiliar para que a qualidade efetivamente aconteça. Paradoxalmente, a elaboração do treinamento inicial teve como objetivo transmitir aos colaboradores do hospital conceitos-chave no que se referia à qualidade. Como o treinamento contemplou somente 52% do público-alvo e as entrevistas foram realizadas após este treinamento, pode-se observar que os colaboradores ainda não tinham homogeneizado suas percepções a respeito do tema. Um dos pontos frequentemente associados às questões de qualidade, em organizações de saúde, ou não, é a padronização. Partindo dessa premissa, a primeira condição para o desenvolvimento de estratégias que visam a qualidade, deveria ser que todos os envolvidos compreendessem qualidade pelo menos de forma semelhante. Os resultados deste estudo apontam para o oposto. Há uma percepção muito relacionada à atuação profissional individual, como no caso do médico que afirma que qualidade é fazer um diagnóstico correto o que, se não deixa de ser verdade, tampouco abrange a dimensão organizacional do conceito. Este trabalho evidenciou que o conceito de qualidade dentro de uma organização hospitalar, mesmo que de

pequeno porte, pode ser muito heterogêneo, havendo uma leve relação entre níveis hierárquicos ou de escolaridade e as ideias acerca de qualidade.

5.1 O RESULTADO DA INICIATIVA DE QUALIDADE: IMPULSIONADORES E BARREIRAS

Qualidade é um processo ativo, uma dinâmica ininterrupta e atividade de permanente identificação de falhas nas rotinas e processos. Precisa ser periodicamente revisado, atualizado e difundido, com intensa participação de todos, desde a alta direção do hospital, até seus colaboradores mais básicos (BONATO, 2003).

É fato que a implantação de modelos de qualidade organiza a instituição e incentiva a criação de novas estruturas. Entre as citadas estão, tanto algumas exigidas por lei (como comissões hospitalares obrigatórias), quanto outras que fazem parte da própria área de qualidade e de comunicação, como gerência de risco, canais de comunicação com os clientes internos e externos, comitês de excelência, comitê editorial, grupo de protocolos, comitê de humanização e reuniões específicas para desenvolvimento e análise de indicadores (BOM ANGELO, 2011).

Quanto à pergunta relativa às facilidades encontradas na implantação, entre as respostas obtidas, em estudo de Malik e Teles (2001) a mais valorizada foi o envolvimento da direção superior, seguida pelo interesse do corpo funcional pela qualidade e pela atitude favorável às mudanças por parte do corpo funcional.

Apesar dos fatores impulsionadores e das barreiras às iniciativas de qualidade terem sido apresentados de forma isolada, pode-se afirmar que muitos deles se sobrepõem, no que diz respeito ao conceito, à execução, à causa ou às consequências.

Hospitais de pequeno porte possuem baixos volumes de atendimento e alto custo por atividade. A melhoria da gestão, o foco em eficiência e valor e a adesão mais consistente a protocolos poderia contribuir para maior produtividade e qualidade. Acreditação e supervisão reforçada poderiam ser úteis tanto para identificar falhas quanto para promover a melhoria de desempenho (LEWIS et al., 2015).

Há um consenso na literatura sobre as dificuldades de gestão de hospitais de pequeno porte. Neste estudo, com relação à implementação de uma estrutura

responsável por qualidade, a coleta de dados evidenciou que o hospital não obteve sucesso. Algumas iniciativas foram planejadas, poucas implementadas, porém, o saldo final foi de um investimento de 10 meses com uma enfermeira exclusivamente dedicada para a função, um espaço físico montado para receber o escritório de qualidade e a confecção e compra de alguns materiais que fariam parte de uma estratégia de qualidade e segurança (formulários, urnas, pulseiras, etc.). Findo este período, a enfermeira foi transferida de setor, a sala onde a estrutura tinha sido montada se tornou um estoque de caixas de papelão, os formulários e urnas não foram distribuídos no hospital (estiveram guardados dentro de um armário até o final da coleta de dados).

Nota-se que para os responsáveis pela administração da organização, a questão da sustentabilidade da operação é alegadamente sempre um ponto de relevância. Por isso, o olhar dos gestores está sempre atento para os recursos envolvidos e para a redução de custos no longo prazo. Também existe uma preocupação e um interesse em processos de acreditação, pois de alguma forma, esta poderia oferecer melhor financiamento para o hospital. Todos os membros da alta gestão relacionaram, de alguma forma, qualidade com o conceito de segurança do paciente.

A questão da qualidade neste trabalho, diferente do que o senso comum acredita, trouxe um aumento de custos em função de estruturas e processos até então inexistentes e que foram implementados. A redução de custos, sempre procurada como uma consequência de investimentos em qualidade, não foi verificada. Eventualmente este pode ter sido um ponto contrário ao sucesso do escritório, uma vez que o interesse de muitos gestores se prende à redução de custos: uma vez que esta não é verificada, sua implantação deixa de ser prioritária.

Portela et al (2015) afirmam que, ao contrário das suposições comumente consideradas verdadeiras, esforços para melhoria em qualidade, especialmente aqueles focados em segurança, podem não representar economia, provavelmente devido aos custos fixos que tipicamente configuram os serviços de saúde, não havendo grandes margens margem para redução. Quando se leva em conta que a redução de falhas e ineficiência de processos gera redução de gastos, não fixos, os investimentos nessa área podem gerar economia.

No caso em estudo, ocorreu o investimento inicial e não houve retorno imediato, pois o tempo de duração das iniciativas não foi suficiente para que a

capacidade e a eficiência dos processos trouxesse resultado concreto/mensurável, inclusive de economia. Este fato aparentemente não é verdade somente em hospitais de pequeno porte ou em cooperativas médicas, porém estas duas características podem se tornar, se não tomado o devido cuidado, potencializadores de ineficiências.

Existe a percepção de que investimentos em qualidade representam aumento de custo e simultaneamente trazem redução de falhas e aumento de eficiência, reduzindo o custo no médio e longo prazos. Poucos estudos realizaram essa análise econômica medindo a real redução de custos após a implementação de políticas de qualidade. De qualquer forma, neste trabalho a questão econômico-financeira, seja ela o aumento de custos decorrentes do processo de implementação, ou a redução de custos em função dos ganhos diretos ou indiretos que envolvem qualidade, foram sempre mencionadas.

A discussão sobre qualidade em saúde costuma ser equivocadamente interpretada como a gestão da qualidade total e isto faz com que ela seja, frequentemente, rejeitada com base na premissa de que a gestão da qualidade visa, acima de tudo, a redução de custos, o que nem sempre ocorre (Malik, 2005). No setor saúde, cujos custos são altos e as receitas sempre consideradas insuficientes, o desconhecimento profundo a respeito de custos de diferentes programas é preocupante para os administradores e para os financiadores (Malik e Teles, 2001).

Um dos principais fatores que merecem destaque na discussão deste trabalho, é a questão do apoio da alta gestão. O apoio dos líderes pode ser considerado o gatilho inicial para toda e qualquer mudança que se pretenda realizar.

Somente os líderes são capazes de criar e modificar a cultura de uma organização. Quando mudanças são estabelecidas com o apoio integral da alta gestão, as crenças e valores são reforçados e compartilhados com mais facilidade.

Os líderes devem possuir conhecimento amplo da cultura vigente na organização, de que mudanças querem implementar e das necessidades dos colaboradores da organização. 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.

A liderança e o envolvimento da alta direção são considerados primordiais na escolha e no direcionamento dos modelos, mas nas palavras dos entrevistados o

processo de sensibilização é contínuo e quem faz a qualidade de fato não é a alta direção, são os demais escalões. O grande fator de sucesso seria as lideranças assumirem a responsabilidade de atuarem conforme os preceitos dos programas (BOM ANGELO, 2011). Em trabalho realizado, onde a experiência de implantação de um programa de controle de riscos durante o início das atividades de um hospital foi relatada, uma das principais conclusões foi que o envolvimento da alta direção da instituição foi fundamental para o sucesso da iniciativa (ROSSETI, 2009).

O apoio da alta administração é importante porque i) valida e reforça de forma hierárquica as iniciativas da qualidade; ii) participa das decisões deste serviço no que se refere ao financiamento e custeio das despesas geradas pelas iniciativas voltadas para qualidade; iii) serve de alicerce para qualquer ação de *follow up* ou acompanhamento das atividades deste setor.

No livro *Checklist: Como fazer as coisas bem feitas*, Atul Gawande (2011) trata da questão do envolvimento das lideranças. Ele afirma que as pessoas da linha de frente precisam de espaço para agir e se adaptar, o que foi considerado neste trabalho como autonomia. Contudo, tampouco seriam bem-sucedidas se agissem isoladamente; isso seria anarquia. Em vez disso, é preciso uma mistura aparentemente contraditória de liberdade e integração – para haver, por exemplo, coordenação de esforços e avaliação do progresso rumo a objetivos comuns.

Isso pôde ser percebido quando alguns entrevistados mencionaram que, para algumas ações, não possuíam autonomia devido à centralização. Simultaneamente, não havia cobrança nem acompanhamento daquilo que conseguiram implantar. Equalizar esse binômio parece complexo. Pode-se questionar sobre o sucesso obtido pelo responsável pelo novo serviço em vender a ideia e em trazer os colegas do hospital para sua viabilização. Não foi possível verificar se isto ocorreu devido a habilidades pessoais, características profissionais ou resistências de áreas ou pessoas que poderiam se sentir afetadas.

Um dos fatores apontados como impulsionadores, foi o envolvimento dos funcionários. Na realidade, este pode ser considerado um fator de apoio, pois alguns funcionários efetivamente se envolveram com às iniciativas desenvolvidas pelo escritório da qualidade e de fato incorporaram alguma mudança nas suas rotinas. Quando as iniciativas são interpretadas pelo colaborador como mais trabalho, mais burocracia e perda de tempo, este raramente se motiva para seu cumprimento. Entretanto, quando conseguem compreender de que forma os protocolos, por

exemplo, podem afetar o resultado do seu trabalho e atingir positivamente os pacientes ou quando participam do processo de tomada de decisão e se sentem envolvidos com a causa em questão, as chances de sucesso são maiores.

Apesar do envolvimento dos funcionários ser um fator potencializador do sucessos das iniciativas de qualidade, neste estudo foi possível identificar que este envolvimento ocorreu de forma pontual, com alguns colaboradores. Com eles, houve algum tipo de mudança. Entretanto, se o envolvimento não for coletivo, as melhorias continuarão ocorrendo de forma isoladas, dependendo de iniciativas individuais de funcionários, ao invés de mudanças culturais organizacionais propriamente ditas.

Em estudo de Bom Angelo (2011), os gestores foram unânimes ao responder que todas as áreas da organização estão envolvidas no processo de implantação de estratégias visando à melhoria da qualidade, estimando que todos ou quase todos os funcionários do hospital incorporem seus conceitos.

Sabe-se que, em organizações, existe um fator motivacional importante associado à *performance* obtida. A motivação e o engajamento funcionam como motor que potencializa a capacidade para que os colaboradores sejam persistentes visando alcançar os seus objetivos. O contrário também é verdadeiro.

Não se pode falar em envolvimento dos colaboradores sem a condição do envolvimento e apoio da alta gestão da organização. No presente trabalho, o hospital estudado teve a sua gestão envolvida no sentido de tomar a decisão de implantar o escritório de qualidade, dedicar inicialmente algum tempo para as reuniões e ceder total autonomia para que os membros do escritório propusessem e elaborassem o conteúdo do que seria implantado no hospital. Entretanto, nem tudo pode ser realizado devido, principalmente, à situação financeira da cooperativa durante a implementação deste serviço. A prioridade para os gestores, durante a realização deste trabalho, foi manter de alguma forma a sobrevivência da cooperativa e, conseqüentemente, do hospital.

A literatura sobre o tema é unânime em afirmar que sem o envolvimento dos funcionários, as chances de fracasso são maiores. Para Terra (2000) implantação de programas de qualidade e mudança organizacional estão intimamente relacionados. Para serem bem-sucedidos devem passar por uma etapa de planejamento e definição de objetivos, a serem expostos com clareza para todos na organização.

Observa-se também que a definição de prioridades é sempre realizada por quem tem o poder de decisão, ou seja, neste caso, a alta gestão. O suporte dos

líderes acontece como impulsionador para que os demais níveis hierárquicos sintam-se encorajados a se envolver com as mudanças e prioridades propostas.

Não se deve ignorar que o envolvimento dos colaboradores com questões como a da qualidade, além de depender do suporte dos líderes, é influenciada pela capacitação e qualificação profissionais. Verificou-se por exemplo, que a formação dos profissionais de enfermagem bem como seu envolvimento e comprometimento com o hospital deste estudo, apresentaram importantes fragilidades podendo influenciar negativamente o processo de mudança organizacional, voltado para qualidade da prestação de serviços.

Terra (2000) afirma que 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. Para se obter mudanças é preciso assumir que elas são uma necessidade e reconhecer que sempre é possível melhorar os processos e os resultados da organização, com uma visão de longo prazo (TERRA, 2000).

As mudanças organizacionais dependem desta primeira fase de conscientização coletiva sobre os novos conceitos. A partir daí, podem gerar envolvimento de todas as pessoas no que diz respeito aos objetivos comuns da organização.

Se os processos de mudança não têm sido completos fracassos, também é verdade que poucos têm obtido sucessos estrondosos (KOTTER, 1995). A grande maioria situa-se entre esses dois extremos, e as consequências negativas são visíveis: perda de tempo, energia e dinheiro, danos à motivação de gerentes e empregados, etc (COSTA HERNANDEZ; CALDAS, 2001).

É esperado que, em uma organização onde não haja, por exemplo, uma cultura de qualidade, seus membros não tenham um consenso sobre o que isso poderia representar na prática. A qualidade deve ser divulgada aos funcionários, fornecedores e pacientes e precisa ser incluída nos valores da organização e em sua cultura. Iniciativas de qualidade só serão reais se estiverem difundidas e praticadas, não estando presente somente em normas ou intenções de alguns setores. Disseminar um cultura voltada para qualidade envolve conquistar a

confiança das pessoas, de forma a que os envolvidos concordem com os objetivos da empresa, e sintam-se parte daquilo que está sendo difundido.

Uma das ferramentas utilizadas durante o processo de mudança são os treinamentos. Estes têm como papel difundir novos conhecimentos, práticas e rotinas que compõem a cultura da organização. Muitas vezes, líderes esperam que, após treinamentos, os funcionários mudem drasticamente a partir do próximo dia de trabalho. As mudanças são processos que dependem de um acompanhamento mais estreito, para que tanto o funcionário, quanto a organização, tenham a sua rotina modificada e, idealmente, melhorada.

A educação dos profissionais como ferramenta de mudança e conscientização é mencionada na literatura frequentemente como um fator impulsionador. Entretanto, conforme já mencionado, foram acompanhados três diferentes treinamentos durante a coleta de dados para esse trabalho e em nenhum deles, houve participação de 100% do público-alvo. A abrangência e o carácter obrigatório dos treinamentos potencializam o efeito dos treinamentos. Sem a participação efetiva de todos aqueles envolvidos na assistência, treinamentos podem ser percebidos como difusores de ideias e não de prática de ações. No geral, a didática da enfermeira de qualidade e os temas contemplados nos treinamentos (Qualidade e Segurança de Paciente, Identificação correta de pacientes e Lavagem das mãos) foram considerados satisfatórios e importantes pelos entrevistados. Entretanto, em duas entrevistas, os profissionais assistenciais não se recordaram ter participado de determinados treinamentos, o que evidencia algum grau de descomprometimento com os conteúdos apresentados ou falha no processo de transmissão..

É evidente que treinamentos são fundamentais no processo de mudança. Entretanto, seus objetivos somente serão atingidos se tais treinamentos forem consistentes com a mudança que se espera obter, atingirem toda a organização e forem sucedidos por acompanhamento e controle daquilo que se pretende mudar.

Nos resultados deste trabalho também foram mencionados pontos como a ausência de orçamento próprio e a baixa autonomia do EQ, além da falta de um organograma bem definido na organização, identificando as posições e relações entre os setores do hospital. A ausência desse instrumento, compromete os fluxos e processos de todas as demais atividades.

O organograma pode ser entendido como uma rede que define a posição de cada um, partindo do chefe até o empregado ou colaborador de escalão mais inferior do sistema. Quando esta rede não é clara, as relações de poder e conseqüentemente de cobrança e acompanhamento das atividades de colaboradores podem não ser eficazes, comprometendo o sucesso do trabalho.

Ficou evidente que a ausência de orçamento próprio também limita a execução de atividades consideradas necessárias pelo EQ. Isso também revela que apesar da missão e visão do hospital em tese contemplarem qualidade em tudo o que oferecem, muitas vezes, na prática, investimentos em qualidade não são encarados como prioridade.

Quando a organização possui processos bem definidos, implantados e divulgados, as responsabilidades e expectativas da organização em relação a seus colaboradores ficam mais claras. Quando hospitais percebem que se tiverem processos mapeados e bem organizados e sua gestão for guiada por eles, não se tornam dependentes de profissionais individuais. Ao mesmo tempo, os colaboradores notam que seu trabalho pode ser facilmente executado por outros e por isso tenderiam a concentrar seus esforços para se destacarem com relação aos demais. No hospital estudado, foi possível perceber que as pessoas são mais relevantes do que os processos.

A resistência às mudanças oferecida pelo corpo de funcionários, incluindo médicos cooperados, foi um fator presente em quase todas as entrevistas. Sabe-se que para todo processo de mudança existe uma ação contrária, de resistência. A resistência não existe somente porque os novos processos envolvem tarefas de maior complexidade, mas, principalmente, porque representam algo novo, até então desconhecido, que tomará tempo para ser implantado e exigirá esforço pelo menos para a adaptação.

A literatura é unânime em apontar resistência às mudanças, principalmente dos profissionais médicos, como uma barreira. Entretanto, existe um gradiente com relação à intensidade dessa resistência. Nos trabalhos mencionados nesta discussão, houve aqueles onde as tentativas de mudanças foram malsucedidas. Também houve iniciativas muito bem-sucedidas como mostra o estudo de Terra (2000), sobre o caso do processo de acreditação de um hospital privado sem finalidade lucrativa, de grande porte e alta complexidade, o primeiro ocorrido no país, no final do século passado. Nesse caso, parecem ter existido simultaneamente as

resistências já mencionadas, bem como o interesse em obter mudanças bem-sucedidas e talvez o temor de consequências caso a acreditação não tivesse sido obtida.

A mesma literatura oferece informações bastante consistentes no que diz respeito à resistência oferecida pelos profissionais médicos à mudanças, inclusive àquelas voltadas para aumento de segurança e melhoria da qualidade. Neste estudo, notou-se que os próprios médicos se reconhecem como indisciplinados e resistentes. Uma das razões apontadas foi que dedicam tempo parcial ao hospital e acabam se comportando como convidados numa estrutura cujos processos e fluxos não dependem diretamente de sua colaboração. Isto não é verdade, visto que para a maioria das iniciativas de qualidade é essencial o envolvimento e a participação de todos aqueles que prestam assistência. Naturalmente, toda mudança gera alguma resistência; entretanto, em organizações de saúde, aquela apresentada pelo corpo clínico é notória. Não é parte do objetivo deste trabalho, porém, compreender as razões para este fenômeno.

Bom Angelo (2011) já afirmava que a implementação de modelo de qualidade gera mais resistência por parte de funcionários terceirizados e dos médicos, considerados mais difíceis. Nas palavras de um dos entrevistados: os médicos são os mais difíceis de aderir, mas quando percebem os benefícios, aderem e fazem bem feito. São os últimos a aderir, mas quando aderem são os entusiastas da qualidade. Embora com quase 15 anos, a constatação de que pelo menos duas áreas dos hospitais (a enfermagem e o corpo médico) usualmente desenham seus próprios modelos de gestão e de avaliação, não aceitando os ditames mais gerais da organização (MALIK; TELES, 2001) ainda é atual. É comum que médicos com maior tempo de formação resistam mais do que os mais jovens.

Terra (2000) acompanhou o processo de obtenção de um selo de acreditação internacional em um hospital privado, analisando os fatores que facilitaram e aqueles que foram barreiras durante o desenvolvimento das atividades. 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 assembleia anual dos médicos do hospital: pela primeira vez na história deste hospital tivemos setecentos médicos reunidos aqui, e se sentindo orgulhosos, aplaudindo o fato de o hospital ter sido acreditado”*.

Existem hospitais em que se consegue modificar a cultura de todas as áreas (por exemplo, em relação à informática) com maior ou menor facilidade (entre as mais difíceis está a área médica/ assistencial) (MALIK; TELES, 2001).

Mudar esse enfoque, passando a considerar os médicos como parceiros e sujeitos às regras da organização, ocasionou muita resistência e situações de conflito. No trabalho de Terra, são mencionados os exemplos da enfermeira do centro cirúrgico que disse para um médico que cobrava – há 15 anos - cinco mil dólares por uma cirurgia que ele não poderia operar por não ter o consentimento informado do paciente; ou do segurança dizendo ao médico que ele deveria usar o crachá (ocorreram reações negativas, tais como perguntar “Quem você pensa que é? Só me faltava...”) (TERRA, 2000). Há críticas constantes no Brasil à atuação não profissional dos administradores de setor, tanto na área privada quanto na pública. Por outro lado, em hospitais, há quem perceba importante resistência dos médicos à mudanças em geral e à programas de qualidade, em particular (TERRA, 2000).

Dentro do processo de qualidade muito frequentemente verificamos comportamentos defensivos e resistentes dos colaboradores diante da implantação do instrumento de não conformidade nas Instituições. É comum que, no início do processo de implantação desta ferramenta, todos procurem apresentar justificativas para as não conformidades, não aceitem recebê-las e acreditem que devam ser encaminhadas a outros processos que não o seu.

Com esta postura cria-se um clima organizacional de isolamento e individualismo dos processos que nada agrega ao sistema. O colaborador personifica a falha na sua pessoa e não no processo (GIUSTI, 2009).

Somando-se o fator resistência médica às mudanças, existe o potencializador modelo cooperativista, que pode ser considerado uma barreira, pois além de conter o aspecto da própria resistência médica já mencionado, possui a característica dos médicos serem proprietários da empresa. São, neste caso, aproximadamente duzentos donos de uma empresa que presta assistência médica, não existindo hierarquia entre eles e o receio do não cumprimento de regras e normas. Em curtas palavras, um médico cooperado não pode ser demitido.

O estatuto social da cooperativa diz que a demissão do cooperado dar-se-á unicamente a seu pedido, sendo levada ao conhecimento do Conselho de Administração, em sua primeira reunião e averbada no Livro de Matrículas mediante

termo assinado pelo Presidente. Ainda são informadas razões que justificam a exclusão de um cooperado:

- a) deixe, reiteradamente, de cumprir dispositivos da Lei deste estatuto social ou deliberação tomadas pela cooperativa.
- b) por dissolução da Cooperativa.
- c) por morte do cooperado.
- d) por incapacidade civil não suprida do cooperado.

Como exercer o cuidado à saúde é na prática, um ato subjetivo, na realidade deste hospital não há caso de desligamento de um médico cooperado por não seguir algum protocolo, por exemplo. No caso em estudo, os médicos eram cooperados, portanto não se sentiam funcionários do hospital, portanto possivelmente não se sentiam temerosos de consequências organizacionais caso a implantação do escritório não fosse bem sucedida.

As maiores dificuldades apresentadas para a implementação de um novo processo, em Hospitais de Cooperativa médica extraídas da literatura, são: falta de envolvimento da alta direção, perda de algumas funções essenciais dos negócios, falta de apoio adequado para a manutenção e desenvolvimento do processo, pouca adequação da infraestrutura da empresa (RAMOS; MIRANDA, 2003).

O modelo cooperativista também apresenta como característica a rotatividade da gestão a cada 4 anos. Isso foi mencionado como uma barreira, pois é comum que novas gestões, dependendo da estratégia, revejam e alterem condutas que possam ter sido implementadas nas gestões anteriores, mesmo que esta apresente benefícios. Como as iniciativas para qualidade têm por natureza seu caráter de melhoria contínua, toda vez que ciclos são interrompidos, pode-se gerar desperdício de tempo e recursos que estavam sendo alocados em iniciativas com algum propósito.

Apesar do modelo cooperativista poder ser considerado uma barreira potencial, isso não significa que a implantação de programas de qualidade em hospitais pertencentes a cooperativas médicas seja inviável. Desde que haja uma estratégia firme para isso, é possível que estes hospitais se diferenciem, implantem programas de qualidade e sejam acreditados. A cooperativa médica estudada, possui, em rede nacional, 110 hospitais. Desses, somente um hospital de pequeno porte (dezessete leitos) possui algum tipo de acreditação. Dos 26 hospitais desta

cooperativa que possuem alguma acreditação, dezesseis são de médio porte (51 a 150 leitos), nove são de grande porte (acima de 150 leitos). Cabe ressaltar que unidades independentes dessa cooperativa apresentam a maior concentração de operadoras de saúde acreditadas no país, entre as pouquíssimas (7) acreditadas até o final de 2015;

Assim como hospitais pertencentes a cooperativas médicas podem sim, montar estratégias que envolvam qualidade, também é verdade que hospitais de pequeno porte encontram maior dificuldade em fazer a mesma coisa. As limitações das organizações de pequeno porte já foram discutidas neste trabalho, mas é necessário ratificar que organizações de saúde de pequeno porte, podem ter a qualidade da assistência prestada, pelo menos questionada.

Correa (2009) em seu trabalho, concluiu, por meio do estudo de determinados padrões do Roteiro de Padrões de Conformidade do PNASS, que os hospitais de pequeno porte avaliados não eram seguros para os pacientes neles atendidos, o que demanda medidas urgentes de todos os atores envolvidos neste cenário .

Estudo realizado por Malik e Teles (2001) mostrou que, em relação às dificuldades de implementação de estratégias voltadas para qualidade, a maior foi a falta de formação do pessoal envolvido, seguida, pela ordem, por tempo decorrido até a obtenção dos resultados, peculiaridades do setor saúde, que conflitariam com sistemas de qualidade, custos elevados, resistência dos funcionários, dificuldade de envolvimento do corpo funcional, dificuldade de envolvimento da direção superior e resistência dos gerentes (MALIK; TELES, 2001). Ou seja, as barreiras e impulsionadores identificados neste trabalho, não são diferentes das encontradas em outros tipos de hospitais estudados. Devido ao pequeno porte e ao fato do hospital pertencer a uma cooperativa médica, alguns fatores podem variar de intensidade quando comparados a hospitais maiores ou que não pertençam a uma Cooperativa.

5.2 A COMUNICAÇÃO COMO UM FATOR TRANSVERSAL A TODOS OS DEMAIS FATORES

Uma vez que haja apoio e participação da alta gestão, é fundamental a existência de comunicação clara e eficiente a respeito das mudanças envolvidas no

processo de implementação de iniciativas de qualidade para o restante da organização. Sem comunicação e informações é impossível estabelecer uma cultura que promova qualidade. Da mesma forma, sem uma comunicação que transmita essa realidade, os colaboradores não percebem a mudança como realidade ou endossada e comandada pela alta gestão. 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 (TERRA, 2000).

A partir da comunicação, se desenvolvem os demais processos organizacionais, pois esta se relaciona diretamente com a organização do trabalho, e permite a realização dos seus objetivos (AGUIAR; MENDES, 2011). Para Bittar (2000), a comunicação é fator viabilizador dos processos, demandando assim, a coleta e a divulgação constante de informação decorrente de fluxos previamente definidos, banco de dados alimentados e canais abertos de diálogo com o público. Bom Angelo (2011) afirma que este é um fator bastante estratégico para a divulgação de projetos institucionais.

Este estudo, revelou em todos os níveis, que a comunicação ineficiente é capaz de fazer fracassar um projeto bem intencionado. Quando o Escritório foi implementado, as entrevistas indicaram que não houve uma comunicação formal para o grupo de cooperados, comprometendo seu envolvimento com a questão da qualidade. Para os colaboradores do hospital, tampouco houve comunicação formal e eficaz. Houve um treinamento inicial sobre qualidade e segurança de pacientes sem caráter mandatório. Sendo assim, quase metade dos colaboradores ficou sem saber do que se tratava.

A suspensão do serviço de qualidade foi comunicado aos dois membros do EQ pela gestão de enfermagem, departamento diferente do que implementou o serviço. Poucos funcionários e médicos demonstraram saber durante as entrevistas que o serviço de qualidade havia sido suspenso.

É difícil engajar pessoas em algo sobre o que elas têm pouco conhecimento, afinal, conhecimento se transmite inclusive, por meio de comunicação eficiente.

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, é um fator fundamental para mudança. A comunicação intensiva facilita a integração entre os membros da organização e a aceitação mais rápida das novas regras (TERRA, 2000). A comunicação é um

elemento que compõe a cultura de uma organização. Quando interna, é um ponto muito valorizado para melhoria do clima organizacional e, principalmente, para obter a participação e o comprometimento dos empregados com as metas propostas (FLEURY, 1993).

A comunicação deve ocorrer através do melhor tipo de canal para cada receptor. O estudo evidenciou, por exemplo, que médicos cooperados raramente leem os informativos da cooperativa que recebem via e-mail. Em estudo de Barbosa (2011), cujo objetivo foi criar uma ferramenta de comunicação dentro de um hospital, é apontado como um dos principais desafios à criação do hábito, nos colaboradores, de consultar os manuais disponibilizados na *intranet* do hospital e a não utilização dos impressos de cada setor. Conforme dito anteriormente, apesar dos vários fatores apontados como barreiras ou impulsionadores para a implementação de iniciativas voltadas para qualidade da assistência, é a configuração de todos eles coexistindo na mesma organização que tornaram complexa a tentativa de implantar um escritório de qualidade neste hospital.

Fortes evidências na área de melhorias voltadas para qualidade não são suficientes para garantir o sucesso da implementação de tais modelos em locais diferentes. Elorrio (2015), em trabalho apresentado em evento internacional sobre aprimoramento da assistência à saúde, afirma que somente 20% do sucesso provém das evidências científicas. 30% depende das competências de execução como: habilidade da equipe que planeja as iniciativas, sistema de gerenciamento de projetos, coleta de dados e *feedback*, além de relatórios de progresso. Os 50% restantes se referem ao contexto da organização: liderança, cultura, mudanças atuais bem como os fatores externos como financiamento e sistemas regulatórios. A evidência ajuda a escolher uma solução, mas não garante a implementação bem-sucedida (ELORRIO, 2015). Esses achados contrariam uma das correntes mais e, voga atualmente, que defende a adoção de evidências como base para a implantação de mudanças.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se o trabalho respondendo aos objetivos previamente definidos. Os principais atores e processos favoráveis à implementação do Escritório de Qualidade foram, respectivamente: o corpo de enfermagem e os treinamentos realizados. Quanto às resistências encontradas foram a falta de apoio da alta gestão, a falta de relações formais definidas e falhas na comunicação.

Dos achados deste estudo, nasce uma nova questão: Quais fatores identificados como barreiras e dificuldades são específicos de hospitais de pequeno porte? Por exemplo, a informalidade, comum em empresas de pequeno porte, bem como a centralização e baixa profissionalização poderia ser um desses condicionantes? O que se sabe ao certo, é que hospitais deste porte são menos eficientes no geral do que os hospitais de porte superior.

Para haver mais facilidade na implantação deste tipo de novo serviço, é necessário estimular a participação e apoio constante das lideranças e desenvolver uma comunicação clara, padronizada e eficiente entre todos os níveis da organização para que os objetivos sejam compartilhados e se tornem comuns para todos os envolvidos na prestação de assistência à saúde.

Este estudo revelou um processo ineficiente, e com investimentos que não tiveram retorno. Houve alocação de recursos para essa iniciativa, porém não se observou mudança na cultura da organização. Algumas iniciativas de qualidade foram implantadas, porém poucas tiveram continuidade. Por exemplo, após o treinamento para identificação dos pacientes, não foi feito *follow up* para verificar se a atividade era realizada. Poucos colaboradores e cooperados se envolveram efetivamente com a estratégia de qualidade, apesar de a grande maioria demonstrar conhecimento sobre as vantagens de se criar uma cultura voltada para qualidade e segurança. Aparentemente, os pacientes usuários do hospital tampouco perceberam mudanças positivas e significativas, pois não se verificou alteração no número de queixas durante a existência do EQ.

Os achados desse trabalho apontam para uma realidade onde organizações se promovem como politicamente corretas, preocupadas com qualidade, dando foco a ela em seus quadros de missão, visão e valores, enquanto na realidade não é bem isto o que ocorre. As lideranças podem não se sentir confortáveis para dizer que, na prática, não priorizam questões como qualidade e

segurança. Sua exposição os leva a sempre afirmar que reconhecem e prezam pela melhoria contínua de seus processos e do cuidado prestado. Se a pauta de melhoria de qualidade não for abraçada pelos líderes, qualquer esforço individual ou setorial, não será bem-sucedido. Isso revela que, quando gestores afirmam que a redução de custo somada ao melhor cuidado, fazem parte da agenda estratégica, na realidade, ainda não descobriram como dar prioridade às duas coisas simultaneamente. Conclui-se portanto, que a percepção dos líderes sobre melhoria da qualidade nem sempre representa a realidade sobre o que de fato acontece, podendo ser considerado um fator confundidor durante as análises de mudança nas organizações.

7 COMENTÁRIOS FINAIS

Possivelmente, não há pressão suficiente, seja interna ou externa por fatores de concorrência, regulamentação, que atue como encorajadora para a manutenção dessas estratégias. Como Malik e Teles (2001) já afirmaram, talvez programas ou iniciativas de qualidade ainda não possam ser considerados, no Brasil, na área de saúde, como vantagem competitiva ou necessidade para entrar no mercado.

Um ponto de questionamento, problematizando o achado da falta de autonomia como barreira, que emergiu após a realização deste estudo foi que profissionais atuantes na área de gestão de qualidade deveriam possuir habilidades específicas, principalmente aquelas relacionadas a relações interpessoais, que permitisse, com alguma dose de iniciativa, driblar as barreiras inerentes aos processos de mudanças. Buscar alianças, estabelecer associações e ser proativo parecem ser características fundamentais em profissionais que farão essa gestão,

Este trabalho cria como demanda novas oportunidades de pesquisa, por exemplo, investigando como foi que hospitais pertencentes às cooperativas médicas obtiveram alguma acreditação e como as barreiras foram enfrentadas. Outra demanda identificada foi o estudo de qualidade em hospitais de pequeno porte que não pertençam à operadoras de saúde.

8. REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE COMPLEMENTAR - ANS. **Dados integrados de qualidade setorial**. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

Foco: saúde suplementar. 2012. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/foco_suplementar_dez_2012.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2015.

AGUIAR, F. B. **Novos modelos de gestão hospitalar**. 2010. Dissertação (Mestrado em Administração Hospitalar) - Universidade do Porto, Porto.

AGUIAR, F. C.; MENDES V. L. P. Acreditação hospitalar: a comunicação como ferramenta de viabilização de processos e segurança do paciente. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2011. p. 171-174.

AGUIAR, F. M. B. **Novos modelos de gestão hospitalar**. 2010. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Universidade do Porto, Porto.

ALÁSTICO, G. P; TOLEDO, J.C. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gestão & Produção**, São Carlos, v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013.

ALBUQUERQUE, G. M.; FLEURY, M. T. L.; FLEURY, A. L. Vertical integration in service industries: an exploratory study at the healthcare industry in São Paulo. **Production**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 39-52, jan./mar. 2011.

ANTUNES, A. **O papel da saúde privada em países com sistemas universais**. 2011. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/index.php?Area=Noticia&Num=549>, 2011>. Acesso em: 23 nov. 2015.

ARRUDA, M. F. **Cultura organizacional e inovação**: estudo de caso em um hospital privado com características de inovação no município de São Paulo. 2006. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2006.

ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE CASCAVEL – ACIC. **Números mostram tamanho e importância da Unimed**. 13 abr. 2012. Disponível em: <<http://www.acicvel.com.br/noticias/item/10238-numeros-mostram-tamanho-e-importancia-da-unimed.html>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

BANDEIRA DE MELLO, R.; CUNHA, C. C. A. Operacionalizando o método da Grounded theory nas pesquisas em estratégia: técnicas e procedimentos de análise com apoio do software ATLAS/TI. In: ENCONTRO DE ESTUDOS EM ESTRATÉGIA (3ES), 1., 2003, Curitiba. **Anais...** Curitiba-PR: ANPAD, 2003. v. 1, p. 1-18.

BARBOSA, L. R.; COSTA, R. M. A. A. Relações entre qualidade da assistência de enfermagem: revisão integrativa da literatura revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 2, p. 366-370, 2008.

BARBOSA, R. B. N. Comunicação Interna organizacional: um desafio constante na gestão hospitalar. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2011. p. 350-354

BERWICK, D. M. J.; B; COYE, M. J. Connections between quality measurement and improvement. **Medical Care**, Philadelphia, 41, Suppl 1, p. 30-38, 2003.

BERWICK, D. M.; NOLAN, T. W.; WHITTINGTON, J. The triple aim: care, health, and cost. **Health Affairs**, Millwood, v. 27, n. 3, p. 759-769, 2008.

BITTAR, O. J. N. Gestão de processos e certificação para a qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 70-76, mar. 2000.

Gestão de processos e certificação para a qualidade em saúde. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 357-363, 1999.

Cultura & qualidade em hospitais. In: QUINTO NETO, A.; BITTAR, O. J. N. V. (Org.). **Hospitais: administração da qualidade e acreditação de organizações complexas**. Porto Alegre: Da Casa, 2004. p. 15-31.

BOM ANGELO, M. L. Modelos de qualidade nos hospitais paulistas: visão dos gestores. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2011. p. 213-216.

BONATO, V. L. **Programas de qualidade em hospitais do município de São Paulo**. 2003. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

BRASIL COOPERATIVO. **Sete linhas orientam o cooperativismo**. Disponível em: <<http://www.ocb.org.br/site/cooperativismo/principios.asp>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

BRASIL. Lei 5.764, de 16 de dezembro de 1971. Define a política nacional de cooperativismo, institui o regime jurídico das sociedades cooperativas e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 dez. 1971. p. 10354 Disponível em: <http://legislacao.planalto.gov.br/legisla/legislacao.nsf/Viw_Identificacao/lei%205.764-1971?OpenDocument>. Acesso em: 19 jan. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conceitos e definições em Saúde**. Brasília, 1977. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0117conceitos.pdf>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

CARNIELO, M. T. L. M. Utilização de indicadores de desempenho como instrumento gerencial em Hospitais de pequeno porte. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2009. p. 93-98.

CLINCO, S. D. O. **O hospital é seguro? Percepções de profissionais de saúde sobre segurança do paciente**. 2007. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

CORRÊA, L. R. C. **Os hospitais de pequeno porte do sistema único de saúde brasileiro e a segurança do paciente**. 2009a. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

CORRÊA, L. R. C. Os hospitais de pequeno porte do sistema único de saúde e a segurança do paciente. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2009b. p. 274-280.

COSTA HERNANDEZ, J. M.; CALDAS, M. P. Resistência à mudança: uma revisão crítica. **RAE: Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 31-45, 2001.

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

DEI SVALDI, J.; LUNARDI FILHO, W.; GOMES, G. C. Apropriação e uso de conhecimentos de gestão para a mudança de cultura na enfermagem como disciplina. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 500-507, 2006.

DEMING, W. E. Improvement of quality and productivity through action by management. **National Productivity Review**, New York, v. 1, n. 1, p. 12-22, 1981. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/npr.4040010105/abstract>. Acesso em: 23 nov. 2015.

DONABEDIAN, A. Quality assessment an assurance: unity of purpose, diversity of means. **Inquiry**, Chicago, v. 25, n. 1, p.173-192, 1988.

The ends results of Health care: Ernest Codman's Contribution to Quality Assessment and Beyond. **The Milkbank Quarterly**, New York, v. 67, n. 2, p. 233-256, 1989.

The seven pillars of quality. **Archives of Pathology & Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1115-1118, 1990.

ELORRIO, E. G. How to evaluate an improvement project considering Outcomes of Quality and Cost. In: FORUM LATINO AMERICANO DE QUALIDADE E SEGURANÇA NA SAÚDE, 1., 2015, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Albert Einstein, 2015.

FEDERAÇÃO NACIONAL DAS COOPERATIVAS MÉDICAS - FENCON. **Relação de Cooperativas do Sistema Femcom**. Disponível em: <http://www.fencom.com.br/index.php?codPag=5&CodArt=9>. Acesso em: 19 jan. 2015.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002005000200015&nrm=iso. Acesso em: 23 nov. 2015.

FERREIRA, C. S. W.; ARRUDA, A. C. M; MAGUEREZ, G. Programa de Melhoria Rápida da Qualidade no Hospital Infantil Menino Jesus. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2011, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2011. p. 288-291.

FLEURY, M. T. L. Cultura da qualidade e e mudança organizacional. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 26-34, 1993.

FREITAS, M. E. Cultura organizacional grandes temas em debate. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 73-82, 1991.

GARZIN, A. C. A.; QUADRADO, E. R. S.; KOZLOFF, L. N.; TRONCHIN, D. M. R.; MELLEIRO, M. M. Percepção dos enfermeiros acerca dos indicadores de qualidade no âmbito hospitalar. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2015, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2015. p. 440-441.

GAWANDE, A. **Checklist: como fazer as coisas benfeitas**. Rio de Janeiro: Sextante, 2011.

GIUSTI, L. C. M. Programa de qualidade sistêmico é seu? não é meu! é nosso. o problema e a solução. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2009. p. 56-58.

GUERRA, C. **Saúde suplementar**. São Paulo: Unimed - Central Nacional, 2011.

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

JOINT COMISSION INTERNATIONAL. **Quem é a JCI?** Disponível em: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>>. Acesso em: 19 jan. 2015.

JURAN, J. M.; GRAYNA, F. M. **Quality planning and analysis**. New York: McGraw-Hill, 1980.

KEELER, E. B.; RUBENSTEIN, L. V.; KAHN, K. L.; DRAPER, D.; HARRISON, E. R.; MCGINTY, M. J.; ROGERS, W. H.; BROOK, R. H. Hospital characteristics and quality of care. **JAMA**, New York, v. 268, n. 13, p. 1709-1714, 1992. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1001/jama.1992.03490130097037> >. Acesso em: 23 nov. 2015.

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

LABBADIA, L. L.; MATSUSHIT, M. S.; PIVETA V. M.; VIANA, T. A.; CRUZ, S. F. L. O processo de acreditação hospitalar e a participação da enfermeira. **Revista de enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 83-87, 2004.

- LEVACOV, M. **Teoria fundamentada nos dados**. 2009. Disponível em: <http://www.levacov.eng.br/marilia/grounded_theory.html>. Acesso em: 12 ago. 2015.
- LEWIS, M.; PENTEADO, E.; MALIK, A. M. Brazil's mixed public and private hospital system. **World Hospitals and Health Services**, London, v. 51, n. 2, p. 22-26, 2015.
- MACHADO, T. A.; KERNKRAUT, A. M.; TAHIRA, C. B. F. A.; LASELVA, C. R. Melhoria contínua: a equipe faz a diferença! In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2013, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2013. p. 433.
- MAGALHÃES FILHO, L. L. **Efeitos do conhecimento sobre a apropriação de renda na saúde suplementar: o caso Unimed de São José dos Campos**. 2012. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.
- MALIK, A. M. Ofertas em Serviços de Saúde. **Revista USP**, São Paulo, v. 51, p. 146-157, 2001.
- MALIK, A. M. **Programa de qualidade em hospitais**. São Paulo: Fundação Getúlio Vargas, 2000. (Relatório de Pesquisa nº 12/2000).
- MALIK, A. M. **Quem acredita na acreditação hospitalar no Brasil**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 2014.
- MALIK, A. M. Quem é o responsável pela qualidade na saúde? **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 39, p. 351-364, 2005.
- MALIK, A. M.; TELES, J. P. Hospitais e programas de qualidade no Estado de São Paulo. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 51-59, 2001.
- MALIK, A. M.; SCHIESARI, L. M. C. Qualidade e acreditação. In: KOOGAN, G. (Ed.). **Gestão em saúde**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 325-328.
- MARINI, G. H.; SANTOS, T. C. M. M.; INOCENTE, N. J.; OLIVEIRA, A. L. Cultura organizacional em instituições de saúde e sua influência na liderança. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS GRADUAÇÃO, 8., 2011, São José dos Campos. **Anais...** São José dos Campos: Universidade do Vale do Paraíba, 2011.
- MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.
- MOSCOVICE, I.; WHOLEY, D. R.; KLINGNER, J.; KNOTT, A. Measuring rural hospital quality. **The Journal of Rural Health**, Burlington, v. 20, n. 4, p. 383-393, 2004.
- MURAHOVSKI, D. **Implantação de prontuário eletrônico em um hospital de grande porte**. 2000. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

NEVES, A. **Gerenciamento da qualidade em saúde**. Disponível em: <<http://pt.slideshare.net/rahaamid123/gerencia-em-enfermagem>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

PORTELA, M. C.; LIMA, S. M. L.; UGÁ, M. A. D.; GERSCHMAN, S.; VASCONCELLOS, M. T. L. Estrutura e qualidade assistencial dos prestadores de serviços hospitalares à saúde suplementar no Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 399-408, fev. 2010 ..

PORTELA, M. C.; PRONOVOST, P. J.; WOODCOCK, T.; CARTER, P.; DIXON-WOODS, M. How to study improvement interventions: A brief overview of possible study types. **BMJ Quality and Safety**, London, v. 24, n. 5, p. 325-336, 2015.

PORTER, M. E. T., E. O. **Repensando a saúde**: estratégias para melhorar a qualidade e reduzir os custos. Porto Alegre: Artmed, 2007.

QUEIROZ, A. C. S.; ALBUQUERQUE, L.; MALIK, A. M. Gestão estratégica de pessoas e inovação: estudos de caso no contexto hospitalar. **Revista de Administração**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 658-670, out./dez. 2013.

RAMOS, A. S. M.; MIRANDA, A. L. B. Processo de adoção de um sistema integrado de gestão (ERP): uma pesquisa qualitativa com gestores da Unimed/Natal. In: ENCONTRO NACIONAL DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 23., 2003, Ouro Preto-MG. **Anais...** Ouro Preto-MG: Abepro, 2003.

REIS, E. J. F. B.; SANTOS, F. P.; CAMPOS, F. E.; ACÚRCIO, F. A.; LEITE, M. T. T.; LEITE, M. L. C.; CHERCHIGLIA, M. L.; SANTOS, M. A. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, mar. 1990.

RODRIGUES, E. A. A. **Uma revisão da acreditação hospitalar como método de avaliação de qualidade e a experiência brasileira**. 2004. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços da Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, São Paulo.

ROSSETI, A. C.; NICOLETTI, C.; MARTUCHI, S.; SOUZA, K. A segurança do paciente em um hospital em início de atividade: relato da experiência da implantação de um programa de controle de riscos. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2009. p. 266-270.

ROSSO, B. Cultura organizacional: importância, mudança e resistência. **Administradores.com**. set. 2013. Disponível em: <<http://www.administradores.com.br/artigos/cotidiano/cultura-organizacional-importancia-mudanca-e-resistencia/73286/>>. Acesso em: 23 nov. 2015.

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Qualidade na gestão Local de Serviços de Saúde. **Saúde & Cidadania**. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_03/03_05.html>. Acesso em: 19 jan. 2015.

SCHEIN, E. H. Organizational culture. **American Psychologist**, Washington, v. 45, n. 2, p. 109-119, 1990.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, p. 4229-4234, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232014001004229&nrm=iso>. Acesso em: 23 nov. 2015.

SCHIESARI, L. M. **Cenário da acreditação hospitalar no Brasil**: evolução histórica e referências externas. 1999. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

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

SCHIESARI, L.M. **Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros**. 2004. Tese (Doutorado) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SILVA, J. P; RODOVALHO, J. R. **Concepção de avaliação da qualidade nos serviços de saúde**. 2013. Disponível em: <<http://www.cpgls.ucg.br/8mostra/Artigos/SAUDE%20E%20BIOLOGICAS/Concep%C3%A7%C3%A3o%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20da%20qualidade%20nos%20servi%C3%A7os%20de%20sa%C3%BAde.pdf>>. Acesso em: 27 jan. 2015.

SILVEIRA JÚNIOR, A.; OLIVEIRA, W. V. A mudança organizacional na teoria administrativa. **Cadernos de Administração**, Brasília, v. 2, n. 5, p. 7-16, 1996.

TAMAYO, A. Contribuições ao estudo dos valores pessoais, laborais e organizacionais. **Psicologia: Teoria e pesquisa**, Brasília, v. 23, n. especial, 2007.

TEIXEIRA, C.P. **Cooperativas de profissionais de saúde dos serviços municipais e estaduais no município do Rio de Janeiro e a cooperativa do Hospital Geral de Nova Iguaçu**: abordando as prestadoras. 2000. Dissertação (Mestrado Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

TERRA, V. **Mudança organizacional e implantação de um programa de qualidade em um hospital do município de São Paulo**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Escola de Administração de Empresa, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

UGÁ, M. A. D; LÓPEZ, E. M. Os hospitais de pequeno porte e sua inserção no SUS. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 915-928, 2007.

UNIMED. **Relatório de gestão 2013**. 2014. Disponível em: <http://www.unimed.coop.br/portaunimed/flipbook/unimed_brasil/relatorio_gestao_2013_unimedbrasil/#90>. Acesso em: 27 jan. 2015.

VARGAS, M. A.; ALBUQUERQUE, G. L.; ERDMAN, A. L.; RAMOS, F. R. S. Onde (e como) encontramos a qualidade no serviço de enfermagem hospitalar? **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 60, n. 3, p. 339-343, 2007.

VASCONCELLOS, M. F. B. **Acreditação hospitalar: ganho de qualidade nas instituições de saúde.** 2013. Disponível em: <<http://www.ebah.com.br/content/ABAAAfWusAE/acreditacao-hospitalar>>. Acesso em >. Acesso em: 19 fev. 2015.

VELOSO, G. G.; MALIK, A. M. **Aspectos técnicos e institucionais das dimensões eficiência, qualidade e acesso universal em novos modelos de gestão para saúde.** In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE QUALIDADE EM SERVIÇOS E SISTEMAS DE SAÚDE, 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: Qualihosp, 2009. p. 110-114.

VENDEMIATTI, M.; SIQUEIRA, E. S.; BINOTTO, E. A liderança e o embate das subculturas: um estudo do setor hospitalar. In: SIMPÓSIO DE ADMINISTRAÇÃO DA PRODUÇÃO, LOGÍSTICA E OPERAÇÕES INTERNACIONAIS, 12., 2009, São Paulo. **Anais...** São Paulo: FGV, 2009. v. 1. p. 1-15.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Avaliação da qualidade de programas e ações de Vigilância Sanitária. In: COSTA, E. A. **Vigilância sanitária temas para debate.** Salvador: EDUFBA, 2009. p. 219-237.

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

ZUCCHI, P.; DEL NERO, C.; MALIK, A. M. Gastos em Saúde: os fatores que agem na demanda e na oferta de serviços de saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 9 n. 1/2, p 127-150, 2000.

ANEXOS

ANEXO I – AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO PROJETO



Solicito ao **Dr. Arnaldo Passafini Neto**, a autorização para o desenvolvimento da dissertação de mestrado descrita abaixo, usando como caso a ser estudado a implementação do escritório da qualidade no Hospital Unimed Salto.

Termo de Confidencialidade: A identificação do hospital, da localização bem como dos colaboradores participantes na pesquisa serão confidenciais, não sendo divulgados dados e informações coletadas.

TÍTULO: Como se implementa **qualidade** em um hospital de pequeno porte? Quais são as oportunidades e as barreiras para seu desenvolvimento?

ALUNO(A): REBECA DE RENE GRAF

ORIENTADOR: PROF. DRA. ANA MARIA MALIK

ÁREA: ADMINISTRAÇÃO DE EMPRESAS

LINHA DE PESQUISA: GESTÃO SOCIOAMBIENTAL E SAÚDE

INÍCIO DO MESTRADO: FEV/2014 TÉRMINO: DEZ/2015

RESUMO

O tema qualidade na área da saúde vem sendo cada vez mais abordado em algumas regiões do Brasil e do mundo. Existe um significativo hiato entre a teoria discutida e a prática realizada em grande parte dos hospitais. No Brasil, hospitais de grande porte têm sido pioneiros nas iniciativas voltadas à qualidade; entretanto mais de 60% dos hospitais são de pequeno porte. O presente trabalho visa a analisar um caso de implantação de um novo serviço em uma organização de pequeno porte, no estado de São Paulo, pertencente a uma cooperativa médica. O objetivo geral é aprofundar a compreensão de como se implementa um escritório de qualidade, com base nas percepções de atores, envolvidos no processo bem como as principais oportunidades e barreiras para seu funcionamento. A pesquisa será exploratória, com metodologia qualitativa, composta por entrevistas semi-estruturadas aplicadas a uma amostra de atores envolvidos no processo, bem como pela observação das atividades desenvolvidas no local.

Assinatura e Carimbo

Arnaldo Passafini Neto
Diretor Presidente
Unimed Salto/Itu

Data: 2 / 2 / 15

ANEXO II – ROTEIROS PARA ENTREVISTAS SEMIESTRUTURADAS

a) Roteiro para diretoria

PERFIL

Idade

Formação

Há quanto tempo trabalha no hospital

Tempo no cargo atual

Cargo anterior

- O que lhe vem em mente quando se fala no assunto qualidade em Saúde?
- Cite exemplos práticos que representam ações voltadas para qualidade neste e em outros hospitais.
- Houve projetos para qualidade no Hospital que não foram bem-sucedidos? O que aconteceu? O que (ou quem) foi responsável por não ter ido para frente?
- Há alguma ação específica do escritório da qualidade acontecendo atualmente? Qual sua participação nesta ação?
- Qual foi a razão de estabelecer (novamente) um escritório de qualidade?
- Houve algum tipo de pressão para esse tipo de iniciativa? De quem ?
- O que pode favorecer o sucesso das iniciativas voltadas para qualidade no hospital?
- Seu cargo, especificamente, pode contribuir para o sucesso deste novo serviço? Se sim, de que forma?
- Quais podem ser as barreiras e/ou resistências institucionais ou pessoais que comprometam o sucesso destas iniciativas?
- Como é feita a comunicação de mudanças na organização aos seus colaboradores? Ela ocorre da mesma forma para todos os cargos? E para os pacientes, existe algum canal para esse tipo de comunicação?
- Todos os colaboradores (médicos inclusive) sabem da existência do escritório da qualidade? Como foram comunicados?
- A diretoria define como o escritório de qualidade irá divulgar seus projetos?
- Com que frequência diretoria e escritório de qualidade se encontram para discussão de temas de interesse?
- Qual a autonomia deste escritório para definição e implementação de protocolos? Possui orçamento próprio?

b) Roteiro para membros do escritório da qualidade**PERFIL**

Idade

Formação

Há quanto tempo trabalha no hospital

Tempo no cargo atual

Cargo anterior

- Quando o escritório foi fundado, com o nome Escritório de qualidade, o que lhe vinha em mente no que se refere a pratica de qualidade?
- Cite exemplos práticos que representam ações voltadas para qualidade no hospital.
- Houve projetos para qualidade que não foram bem-sucedidos? Você já trabalhava no Hospital? Sabe o que aconteceu?
- Há algum ação específica do escritório da qualidade acontecendo atualmente? Qual sua participação nesta ação?
- Qual foi a razão de estabelecer (novamente) um escritório de qualidade? Qual o objetivo deste escritório de curto, médio e longo prazo? Quais são os objetivos da diretoria?
- Você sabe se houve algum tipo de pressão para esse tipo de iniciativa? De quem?
- O que pode favorecer o sucesso das iniciativas do escritório?
- Seu cargo, especificamente, pode contribuir para o sucesso deste novo serviço? Se sim, de que forma?
- Quais podem ser as barreiras e/ou resistências que comprometam o sucesso destas iniciativas?
- Como é feita a comunicação de mudanças na organização para colaboradores? Ela ocorre da mesma forma para todos os cargos? E para os pacientes? Existe algum canal para esse tipo de comunicação?
- Todos os colaboradores (médicos inclusive) sabem da existência do escritório da qualidade? Você sabe como foram comunicados? Como eles vão saber?
- A diretoria define como a qualidade irá divulgar seus projetos?
- Com que frequência diretoria e escritório de qualidade se encontram para discussão de assuntos de interesse? Qual a autonomia deste escritório? Possui orçamento próprio?

c) Roteiro para demais funcionários assistenciais

PERFIL

Idade

Formação

Há quanto tempo trabalha no hospital

Tempo no cargo atual

Cargo anterior

- O que lhe vem em mente quando se fala no assunto qualidade em Saúde?
- Cite exemplos práticos no hospital que representam ações voltadas para qualidade.
- Houve projetos para qualidade que não foram bem-sucedidos no hospital? O que aconteceu? O que (ou quem) foi responsável por não ter tido sucesso?
- Há alguma ação específica do escritório da qualidade acontecendo atualmente? Qual sua participação nesta ação?
- Qual foi a razão para o hospital decidir estabelecer (novamente) um escritório de qualidade? Você sabe se houve algum tipo de pressão para esse tipo de iniciativa? De quem?
- Você teve algum tipo de contato com o antigo escritório da qualidade? Como foi?
- Na sua opinião, quais as vantagens da existência de um escritório de qualidade neste hospital?
- Este novo serviço afetou sua rotina de trabalho (positivamente ou negativamente)? Explique.
- O que pode favorecer o sucesso das iniciativas voltadas para qualidade neste hospital?
- Seu cargo, especificamente, pode contribuir para o sucesso deste novo serviço? Se sim, de que forma? Você se sente pressionado para atender às novas recomendações do escritório de qualidade?
- Haverá algum tipo de advertência ou similar para aqueles que não atenderem às recomendações?
- Se hoje, você cometer algum erro durante as atividades da sua rotina, você se sente confortável em falar sobre este erro para seu superior ou o próprio escritório da qualidade?
- Como é feita a comunicação de mudanças na organização para colaboradores? Ela ocorre da mesma forma para todos os cargos? E com os pacientes, existe algum canal para esse tipo de comunicação?

- Todos os colaboradores (médicos inclusive) sabem da existência do escritório da qualidade? Você sabe como foram comunicados?
- Como você fica sabendo dos projetos e iniciativas voltadas para qualidade?
- Você já participou de alguma atividade voltada para qualidade desde a implementação deste novo serviço (treinamentos, reuniões, avaliações)? Especifique. Você já conhecia o conteúdo? O que de novo foi apresentado e como impactou na sua rotina?
- Você tem um canal de comunicação que considera adequado com o escritório da qualidade para discutir dúvidas ou qualquer outro tema relevante?