



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE – FURG

INSTITUTO DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS, ADMINISTRATIVAS E CONTÁBEIS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

TAYNARA RIBEIRO DOMINGUES BOM

**PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE E DO MODELO DE EXCELÊNCIA
PARA GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: UM ESTUDO
MULTICASOS**

RIO GRANDE/RS

2021

TAYNARA RIBEIRO DOMINGUES BOM

**PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE E DO MODELO DE EXCELÊNCIA
PARA GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: UM ESTUDO
MULTICASOS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração - PPGA da Universidade Federal do Rio Grande – FURG, como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Administração, na linha de pesquisa: Tecnologia Gerenciais.

Orientadora: Profa. Dra. Débora Gomes de Gomes

RIO GRANDE
2021

TAYNARA RIBEIRO DOMINGUES BOM

**PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE E DO MODELO DE EXCELÊNCIA
PARA GESTÃO DE ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES: UM ESTUDO
MULTICASOS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração, da Universidade Federal do Rio Grande - FURG, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Administração.

Data de aprovação: 18/10/2021.

Banca examinadora

Professora Dra. Débora Gomes de Gomes
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Orientadora

Professor Dr. Marcos Antônio de Souza
Universidade Federal de Uberlândia - UFU
Membro Externo

Professor Dr. Samuel Vinícius Bonato
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
Membro Interno

Ficha Catalográfica

B695p Bom, Taynara Ribeiro Domingues.
Práticas de Gestão da Qualidade e do modelo de excelência
para gestão de Organizações Hospitalares: um estudo multicascos /
Taynara Ribeiro Domingues Bom. – 2021.
99 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande –
FURG, Programa de Pós-Graduação em Administração, Rio
Grande/RS, 2021.

Orientadora: Dra. Débora Gomes de Gomes.

1. Gestão da Qualidade 2. Maturidade 3. Excelência da Gestão
4. Gestão Hospitalar I. Gomes, Débora Gomes de II. Título.

CDU 658:614.2

Catálogo na Fonte: Bibliotecário José Paulo dos Santos CRB 10/2344

RESUMO

Os hospitais são organizações complexas e possuem uma ampla estrutura para atender a diversas demandas assistenciais. Dessa forma, para garantir a qualidade da prestação de serviços é necessário realizar a gestão com controle de processos, a fim de aplicar melhorias constantes. Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar como as características de perfil e práticas da gestão da qualidade se relacionam com o nível de maturidade de organizações hospitalares. Para isto foi realizada uma pesquisa descritiva, de cunho qualitativo, com três organizações hospitalares, estabelecidas no estado do Rio Grande do Sul. A coleta de dados foi por meio de entrevistas com os gestores da qualidade e o executivo principal de cada hospital. O roteiro de entrevistas abordou um bloco de questões para o desenvolvimento da gestão da qualidade e outro para as práticas de excelência da gestão. Os resultados indicam que a implementação da gestão da qualidade impacta de forma positiva na maturidade dos hospitais em relação as práticas do modelo da gestão de excelência. Os achados deste estudo contribuem com os gestores de saúde que queiram implementar práticas de gestão da qualidade nas organizações hospitalares.

Palavras-Chave: Gestão da Qualidade; Maturidade; Excelência da gestão; Gestão Hospitalar.

ABSTRACT

Hospitals are complex organizations and have a wide structure to meet different care demands. Thus, to ensure the quality of service provision, it is necessary to carry out management with process control, in order to apply constant improvements. Thus, this study aims to analyze how the characteristics of the profile and practices of quality management relate to the level of maturity of hospital organizations. For this, a descriptive and qualitative research was carried out with three hospital organizations, established in the state of Rio Grande do Sul. Data were collected through interviews with the quality managers and the main executive of each hospital. The interview script addressed a block of questions for the development of quality management and another for management excellence practices. The results indicate that the implementation of quality management positively impacts the maturity of hospitals in relation to the practices of the excellence management model. The findings of this study contribute to health managers who want to implement quality management practices in hospital organizations.

Keywords: Quality Management; Maturity; Management excellence; Hospital management.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Excelência da Gestão	35
Figura 2 – Relações entre as categorias de análise.....	51
Figura 3 - Planilha com os indicadores de desempenho do setor – Hospital X	58
Figura 4 - Paineis com os indicadores de saúde – Hospital X.....	59
Figura 5 – Instrumento de pesquisa de satisfação do paciente e acompanhante: Hospital X...	63
Figura 6 - Campanha de aleitamento – Hospital Z.....	75
Figura 7 - Campanha de arrecadação de agasalhos – Hospital Y.....	76

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Tipos e definições de Hospitais.....	21
Quadro 2 - Hospitais e suas naturezas jurídicas	22
Quadro 3 – Princípios da gestão da qualidade e seus benefícios.....	30
Quadro 4 - Fundamentos de gestão para a excelência.....	32
Quadro 5 - Pesquisas anteriores.....	36
Quadro 6 - Bloco 1: Características da Organização e do entrevistado	46
Quadro 7 - Bloco 2: Conjunto de questões sobre a gestão da qualidade.....	46
Quadro 8 - Bloco 3: Questões sobre desempenho	47
Quadro 9 – Categorias de análise do conteúdo.....	50
Quadro 10 - Operacionalização da pesquisa.....	52
Quadro 11 – Perfil dos entrevistados e tempo das entrevistas	53
Quadro 12 – Características dos hospitais	55
Quadro 13 – Gestão de Processos dos Hospitais X, Y e Z.....	62
Quadro 14 - Pontuação referente a gestão da qualidade.....	67
Quadro 15 – Indicadores de resultados dos hospitais X, Y e Z.....	78
Quadro 16 – Pontuação referente ao desempenho organizacional	79
Quadro 17 - Características gerais dos hospitais e pontuação da gestão da qualidade	81

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	13
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	14
1.3 OBJETIVOS.....	17
1.3.1 Objetivo Geral	17
1.3.2 Objetivos Específicos.....	17
1.4 JUSTIFICATIVA	17
1.5 CONTRIBUIÇÃO	18
1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR.....	21
2.2 GESTÃO DA QUALIDADE	23
2.3 GESTÃO DA QUALIDADE EM HOSPITAIS.....	26
2.4 DESEMPENHO ORGANIZACIONAL e modelo de excelência da gestão (MEG)	30
2.5 ESTUDOS ANTERIORES	35
3 METODOLOGIA.....	42
3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA	42
3.2 OBJETOS DE ESTUDO DOS CASOS	43
3.3 COLETA DE DADOS	44
3.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS	50
3.5 CONSTRUCTO DE OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA	52
4 RESULTADOS	53
4.1 PERFIL DOS HOSPITAIS PESQUISADOS	54
4.2 PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE adotadas	55
4.2.1 Papel dos gestores da qualidade/Liderança alta gestão	56
4.2.2 Política da qualidade	57
4.2.3 Importância do departamento da qualidade	59
4.2.4 Treinamento dos colaboradores	60
4.2.5 Gestão de processos	61
4.2.6 Satisfação do cliente	63
4.2.7 Informações da qualidade.....	64

4.2.8 Relação com os colaboradores.....	65
4.2.9 Relação com os fornecedores	66
4.2.10 Síntese das práticas de gestão da qualidade.....	66
4.3 MATUREZA DAS PRÁTICAS DO MODELO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO	68
4.3.1 Pensamento sistêmico	69
4.3.2 Compromisso com as partes interessadas	70
4.3.3 Aprendizado organizacional e inovação	72
4.3.4 Adaptabilidade.....	73
4.3.5 Liderança transformadora	74
4.3.6 Desenvolvimento sustentável	75
4.3.7 Orientação por processo	76
4.3.8 Geração de valor	78
4.3.9 Síntese da maturidade das práticas do modelo de excelência em gestão.....	79
4.4 PERFIL DAS INSTITUIÇÕES, PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE E NÍVEL DE MATUREZA	81
5 CONCLUSÃO.....	87
REFERÊNCIAS	89
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	96
APÊNDICE B - PROTOCOLO PARA O ESTUDO DE CASO.....	97

Dedicatória

A Deus, por me fortificar e me conceder essa vitória;
A minha família, em especial, meu esposo Marlon, por não medir esforços e sempre me apoiar na realização dos meus sonhos e por ser meu maior incentivador;
A minha querida enteada, Mariana, por tanto carinho nas horas de aflição;
Aos meus pais Marival e Nazília, pelo amor incondicional e em especial, a minha mãe, que dedicou a sua vida por mim e pela minha irmã.
Aos meus sogros, pela atenção e apoio.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, por ter me dado sabedoria, força e saúde até aqui. A minha querida orientadora e inspiradora, Débora, obrigada por tanta dedicação, paciência, amor e atenção comigo, minha mãe acadêmica! Ao professor Samuel que acreditou no meu potencial, me estimulou e me apresentou o mundo acadêmico.

Ao meu marido, Marlon, por sempre me apoiar, pela parceria, por acreditar mais em mim, do que eu mesma (sem falar nas horas de espera no estacionamento da FURG, depois de um dia inteiro de trabalho). Te amo. A minha amada enteada, Mariana, por todo o amor e por entender minha ausência em alguns momentos.

Aos meus pais, Marival e Nazília, e em especial a minha mãe, por sua dedicação incansável para me proporcionar uma graduação, só cheguei até aqui pois através do seu esforço como mãe “solo” pude me graduar em engenharia de produção e hoje com muito orgulho dedico meu título de mestre em administração a você, minha baixinha GIGANTE. Te amo.

Aos meus pais do coração, Reginaldo e Susana, que sempre me apoiaram e me cuidaram. Aos meus irmãos, Mayara e Caynã, e meus irmãos do coração, Isabelle e Lauro.

Aos meus compadres Fernanda e Matheus, em especial a Fernanda e ao meu querido afilhado, Arthur, na época ainda no “forninho” da mamãe, por viajarem comigo até um dos locais para a coleta de dados e me aguardarem com paciência e amor.

A Universidade Federal do Rio Grande (FURG) pela oportunidade e por desempenhar sua missão com excelência. As instituições hospitalares, representada pelos gestores que se dispuseram a entregar os dados com presteza e assim contribuíram para o resultado do estudo.

A todos meus colegas e amigos e pôr fim a todas aquelas pessoas, que ao longo da minha vida, torcem e contribuem para o cumprimento das etapas e sucesso da minha vida.

“TUDO tem o seu tempo determinado,
e há tempo para todo propósito debaixo do céu”

(ECLESIADES, 3:1)

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

A complexidade para gerir um hospital é uma realidade que se assemelha em diferentes países, estados ou regiões. Os hospitais enfrentam desafios quanto as falhas de comunicação interna, divergências entre profissionais e falta de processos de trabalhos estabelecidos (FARIAS, ARAÚJO, 2017). Entretanto, em alguns países este quadro se agrava por conta da ineficiência dos processos, burocracias e regulação (FARIAS, ARAÚJO, 2017; SEABRA, 2007). No Brasil, o processo de trabalho dos colaboradores dos hospitais pode passar por vertentes como: as decisões tomadas pelos gerentes, altas demandas, leis e decretos governamentais, causando um conflito de forças que interfere diretamente na padronização do processo e otimização do mesmo (LITTIKE, SODRÉ, 2015).

Nesse ínterim, se insere a gestão da qualidade, especialmente nos procedimentos organizacionais. Conforme Xiong *et al.* (2017) a gestão da qualidade pode ser caracterizada como uma filosofia de gestão orientada aos processos organizacionais, com trabalho em equipe e administração por liderança comprometida, a qual mede e monitora regularmente os resultados. Em sua pesquisa Xiong *et al.* (2017), verificou que, quando um hospital oferta serviços de saúde a partir de prática de gestão da qualidade é possível reduzir os desperdícios, melhorar a eficiência e assim aumentar os retornos sobre os ativos, além de conseguir uma maior satisfação dos clientes e, conseqüentemente, obter um aumento na competitividade.

Sabella, Kashou e Omran (2015) relatam que a gestão da qualidade não deve ser tratada somente como uma prática administrativa auxiliar, pois ela fornece um recurso institucional que promove a capacidade de desenvolvimento dos serviços e recursos humanos e, por conseqüência, a capacidade de se evoluir a partir do aprendizado contínuo.

Sendo assim, é possível relacionar a literatura da gestão da qualidade com o desempenho organizacional. Tal como ressaltado por Xiong *et al.* (2017), a redução da ineficiência é um dos alvos da gestão da qualidade. Assim, em relação ao desempenho organizacional, estudos como o de Vainieri *et al.* (2016) indicam que o desempenho hospitalar não deve ser avaliado somente sob a ótica da capacidade financeira, destacando que as competências gerenciais estão ligadas diretamente no sucesso do desempenho organizacional do hospital. Corroborando com este pensando, Vainieri *et al.* (2019) acrescentam que, para a organização obter um bom

desempenho é necessário administrar os recursos disponíveis no hospital com as demandas da população, através da utilização de metas organizacionais para garantir a eficiência da gestão.

Para avaliar o desempenho algumas organizações, especialmente fora do país, têm aplicado modelos de excelência em gestão organizacional que constituem um prêmio da qualidade a nível nacional, tais como: o *Deming Prize* (Japão), *Malcolm Baldrige National Quality Award* (EUA), *Excellence Award* (Europa). Dentro da realidade brasileira tem-se o Prêmio Nacional da Qualidade. Esses modelos consideram um conjunto de critérios e itens que a organização deve cumprir para alcançar os resultados de excelência, de modo que o cumprimento dos critérios levará a melhoria e aumento no seu desempenho (CARVALHO, PALADINI, 2012; VAN SCHOTEN *et al.*, 2016) e o prêmio de reconhecimento.

Segundo Gonçalves (1998) nos anos 1980 as organizações passaram a ter uma ótica orientada para a satisfação dos clientes, nas instituições públicas, essa visão sobre os serviços de qualidade e direitos dos clientes eram limitadas fazendo com que as organizações hospitalares tivessem a mesma visão. Gonçalves destaca que essa influência redundou em uma estagnação da área por cerca de vinte anos, quando algumas instituições hospitalares de natureza particular começaram a introduzir novos processos voltados a qualidade. Exemplos destas implementações podem ser visualizados nos estudos de Xavier *et al.* (1997) e Kluck *et al.* (2002). Talvez, tenha sido em decorrência do aumento da concorrência que o foco tenha se voltado para a atenção ao paciente.

Corroborando com este cenário, Schiesari (2014) destaca que no final dos anos 1990 poucas eram as organizações de saúde no Brasil que conheciam os diversos modelos de avaliação da qualidade como a certificação pelas normas ISO, prêmio nacional da qualidade e acreditação hospitalar.

Em relação a acreditação hospitalar, a pesquisa de Francisco, Paz e Lazzari (2012) identificou, por meio da perspectiva de enfermeiros, que o processo de acreditação além de reforçar e promover a gestão da qualidade, leva a melhorias na organização hospitalar, principalmente através do planejamento e uso de indicadores, padronização dos processos e envolvimento dos colaboradores com os processos de qualidade. Foi percebido no estudo a importância de os gestores utilizarem estratégias que integrem a equipe para que todos valorizem os resultados da qualidade com foco na melhoria contínua.

1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

De acordo com a Confederação Nacional de Saúde (CNSaúde, 2020) e a Federação Brasileira de Hospitais, entre os anos de 2010 e 2019, o número de hospitais do Brasil sofreu

um decréscimo, considerando organizações públicas e privadas, passando de 6.907 para 6.702. Ocorreu também uma redução de 5,9% no número total de leitos hospitalares, os quais em 2010 eram 435.793 passando para 410.225 em 2019. Além disso, no ano de 2019 os hospitais brasileiros possuíam 1,95 leito por 1.000 habitantes, bastante inferior ao estudo da Organização Mundial de Saúde (THE WORLD BANK, 2017), que estima uma média global de 3,2 leitos por 1.000 habitantes.

Em janeiro de 2020 a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS (2020) declarou a existência de uma pandemia mundial, causada pelo novo Coronavírus (COVID-19). Os primeiros relatos sobre a doença surgiram em Wuhan, na China, em dezembro de 2019, e desde então a OMS tem atuado junto com especialistas e governos de todo o mundo para desenvolver conhecimento científico com o objetivo de impedir a propagação do surto (THE WORLD BANK, 2017).

Com o surgimento do COVID-19, o governo brasileiro iniciou uma corrida para aumentar o número de leitos e prevenir o colapso no sistema de saúde. Segundo o Ministério da Saúde, em uma semana, foram habilitados 2.554 novos leitos de UTI em todo o Brasil. Do mês de abril a maio foram habilitados, 6.344 leitos de UTI, sendo 231 delas pediátricas. Totalizando um investimento de R\$ 911,4 milhões. O pedido de habilitação para o custeio dos leitos de Covid-19 é realizado pelas secretarias estaduais ou municipais e o gestor recebe o recurso mesmo que o leito não seja utilizado. Conforme a Portaria nº 568, o valor do custeio diário dos leitos UTI Adulto e Pediátrico passou de R\$ 800,00 para R\$ 1.600,00 em caráter excepcional, exclusivamente para o atendimento dos pacientes com Coronavírus (FRASÃO, 2020).

A partir do exposto, ressalta-se que a estrutura hospitalar já era escassa diante das demandas necessárias e que o COVID-19 aumentou as deficiências pré-existentes. Também, cabe ressaltar que estruturas hospitalares deficientes podem ter sido afetadas com maior ênfase do que as demais, dadas as carências vivenciadas em termos de estrutura, de materiais e de pessoal.

Atrelado ao processo de atendimento relacionado ao COVID 19, os hospitais precisam manter suas atividades e serviços com qualidade para garantir saúde a população, segundo Gerard e Bernard (2009) as organizações hospitalares possuem uma série de serviços, que vão de tratamentos clínicos de alta tecnologia até serviços básicos de hotelaria, como consequência são organizações com uma administração complexa e expansiva, necessitando grande controle e supervisão para monitorar o seu desempenho.

Gerard e Bernard (2009) destacam que a qualidade é aceita como fator determinante para julgar o desempenho de um hospital e que no Brasil apesar de ter hospitais com programas de melhoria de qualidade, poucos avaliam o impacto por meio de análises comparativas, entende-se que esta afirmativa ainda seja válida, mesmo tendo passado mais de uma década.

Estudos pregressos sobre a gestão da qualidade no ambiente hospitalar foram realizados por Alaraki (2014), que explorou o impacto da aplicação das práticas de gestão da qualidade no desempenho hospitalar nos hospitais da Arábia Saudita. Similar a este Xiong *et al.* (2017) analisaram a relação entre as práticas de gestão da qualidade e o desempenho hospitalar em hospitais chineses.

Sabella, Kashou e Omran (2015) utilizaram os critérios do Prêmio *Malcom Baldrige National Quality Award* para avaliar a implementação das práticas de qualidade no gerenciamento dos hospitais da Cisjordânia da Palestina. Nesta linha, três anos depois, Baidoun, Salem e Omran (2018) sugerem aplicar os critérios do modelo de excelência, utilizado no Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA), para avaliar o nível de maturidade do hospital em relação à gestão da qualidade e como uma ferramenta para identificar os pontos fortes e fracos relacionados a prestação de serviços e desempenho dos hospitais.

Van Schoten *et al.* (2016) realizaram um estudo em hospitais holandeses, entre os anos de 1995 e 2011, o qual revelou que a aplicação do Modelo da Fundação Europeia para a Gestão da Qualidade (EFQM) em hospitais está relacionada com a melhoria do desempenho organizacional ao longo do tempo.

Mesgari (2017) realizou uma pesquisa empírica nos hospitais públicos do Irã com o objetivo de reconhecer as relações causais entre os critérios do modelo de excelência do EFQM como sugestão de ferramenta para os hospitais avaliarem o desempenho organizacional, identificar e priorizar as ações de melhoria.

No Brasil, Alves (2015) buscou identificar, através de um estudo de casos múltiplos, se o processo de gestão da qualidade após acreditação das organizações hospitalares influenciava nos resultados e desempenho dos hospitais da região metropolitana de São Paulo.

Neste contexto, observam-se lacunas de pesquisas para a realidade brasileira a serem exploradas por novos estudos, que contemplem outros países além da Arábia Saudita, China, Palestina, Holanda, Irã e uso de outros critérios e modelos de gestão da qualidade no Brasil, além do Modelo Malcolm Baldrige ou do Modelo da Fundação Europeia. Outra lacuna identificada é explorar a gestão hospitalar em um contexto atual pode enriquecer os achados de estudos pregressos, dado os investimentos e urgências pelas quais o setor de saúde passa. Neste sentido, surge o seguinte problema de pesquisa: Quais as práticas da gestão da qualidade se

relacionam com o nível de maturidade, em relação ao Modelo de Excelência da Gestão, de organizações hospitalares brasileiras?

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo Geral

Os hospitais são o centro do sistema de saúde no Brasil (GERARD, BERNARD, 2009), são organizações complexas, com uma ampla estrutura organizacional (GONÇALVES, 1998), possuem uma grande diversidade de profissionais trabalhando em conjunto, como médicos, enfermeiros, motoristas, administradores, auxiliares, porteiros, entre outros. Possuir e manter a qualidade dos serviços é essencial, uma vez que um dos principais serviços de um hospital é o cuidado com a saúde do ser humano, por se tratar de uma organização, os hospitais também precisam obter um bom desempenho financeiro (DEY, HARIHARAN, 2006), para manter toda a estrutura e garantir um serviço de excelência. Em vista disso, este estudo tem como objetivo geral: Analisar quais as características de perfil e quais práticas da gestão da qualidade se relacionam com o nível de maturidade de organizações hospitalares brasileiras.

1.3.2 Objetivos Específicos

Para auxiliar no alcance do objetivo geral, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- Identificar, por meio da aplicação do instrumento utilizado por Xiong *et al.* (2017), a posição de organizações hospitalares brasileiras em relação as práticas da gestão da qualidade;
- Verificar o nível de maturidade de organizações hospitalares brasileiras em relação às práticas do Modelo de Excelência da Gestão, a partir do instrumento de autoavaliação para o prêmio Melhores em Gestão, da Fundação Nacional da Qualidade.

1.4 JUSTIFICATIVA

Os temas gestão da qualidade e desempenho hospitalar são identificados em literaturas de outros países que sugerem a replicação de estudos em demais localidades (VAN SCHOTEN *et al.*, 2016; XIONG *et al.*, 2017). A perspectiva teórica evidencia fundamentos a favor da implementação da gestão da qualidade em hospitais (VAN SCHOTEN *et al.*, 2016; AHMED, ABD MANAF, ISLAM, 2018). A implementação da gestão da qualidade leva a melhorias do desempenho do hospital e de seus funcionários e, conseqüentemente, ao alcance de um dos

objetivos principais de qualquer organização que é o cumprimento das expectativas dos clientes (SABELLA, KASHOU, OMRAN, 2015).

Diante de busca sistemática da literatura, realizada em dezembro de 2019, na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD) e nas bases *Scopus* e *Web of Science*, até aquele momento não foram identificados estudos que abordassem como a prática da gestão da qualidade reflete no desempenho de organizações hospitalares brasileiras na região do Rio Grande do Sul. Motivada pelas recomendações de Alves (2015) e Xiong *et al.* (2017), que sugerem replicar sua pesquisa, afim de investigar as relações entre as práticas de gestão da qualidade e o desempenho de hospitais, justifica-se um estudo mais aprofundado sobre as práticas de gestão da qualidade utilizadas nos hospitais brasileiros e se há algum reflexo no desempenho organizacional.

Alves (2015), em seu estudo sobre o impacto da gestão da qualidade no desempenho de organizações hospitalares, na região metropolitana de São Paulo, recomenda para estudos futuros, a ampliação da amostra em diferentes tipos de hospital e situados em outras localidades do Brasil. Xiong *et al.* (2017), explora a relação entre as práticas de gestão da qualidade e o desempenho hospitalar com base nos resultados empíricos de hospitais públicos chineses, o autor destaca que as limitações da sua pesquisa estão relacionadas aos tipos de hospitais, já que o estudo foi baseado somente em grandes hospitais públicos chineses, dessa forma o autor sugere a replicação do estudo em diferentes tipos de hospitais, em outros países e que uma direção importante seria utilizar diferentes metodologias, como o estudo de caso, análise longitudinal, entre outros.

1.5 CONTRIBUIÇÃO

A FNQ (2016) apresenta, através do Modelo de Excelência de gestão, oito fundamentos que se desdobram em temas, os quais as organizações podem utilizá-los como referência para mensurar os resultados da organização e, conseqüentemente, o seu desempenho. Estes fundamentos norteiam o instrumento de pesquisa do presente estudo e servem como referência para identificar a maturidade das organizações estudadas.

Um destes fundamentos é o “Desenvolvimento Sustentável”, o qual consiste em estabelecer um modelo de desenvolvimento que comprometa a organização a responder pelos impactos na sociedade e no meio ambiente, garantindo assim boas condições de vida para as gerações posteriores. Lucchese, Souza e Machado (2018) constataram, em seu estudo, que as organizações hospitalares da região noroeste do Rio Grande do Sul não possuem uma estrutura de gestão de custos ambiental e, que novos estudos que identifiquem práticas de gestão de custo

ambiental em organizações hospitalares seriam interessantes para enriquecer os espaços existentes em relação ao tema.

Outro fundamento abordado é o “Aprendizado organizacional e inovação”, este tem como objetivo promover a inovação, experimentação e geração de novas ideias através do compartilhamento de conhecimentos e adequação de um ambiente favorável a criatividade.

Na pesquisa de Sousa (2020) foi identificado que, para ocorrer inovações no ambiente hospitalar é necessário que as organizações hospitalares envolvam elementos internos e externos, como os gestores de nível tático e fornecedores, para formar uma rede de colaboração e troca de conhecimentos. Dessa forma, é interessante identificar se os hospitais estudados cumprem o fundamento Aprendizado organizacional e inovação e, em caso positivo, como os hospitais realizam essa troca de conhecimento entre pessoas e implementam práticas que favorecem a inovação.

A partir destes fundamentos e pesquisas evidenciadas, percebe-se que os resultados do presente estudo podem auxiliar os gestores das instituições de saúde, com subsídios para que estes possam refletir sobre os fundamentos do modelo de excelência da gestão. Em relação a implementação da gestão de qualidade e o impacto no desempenho de suas organizações, observa-se que a presente pesquisa atende a sugestões de outros autores como Alves (2015) e Xiong *et al.* (2017) que sugeriram como estudos futuros a ampliação e replicação do tema em outros países e estados do território brasileiro, contribuindo assim para consolidação acerca da temática em questão.

Ante o exposto, esta pesquisa tem como perspectiva contribuir para o desenvolvimento científico da área de administração, especificamente na gestão da qualidade e desempenho das organizações de saúde. Entender em quais pontos os hospitais podem melhorar pode ajudar a construir o futuro do sistema de saúde no Brasil.

1.6 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O estudo inicia com a contextualização do problema, seguido pelo problema de pesquisa, objetivos, justificativa e contribuição que são apresentados no capítulo 1. No capítulo 2 é apresentada a fundamentação teórica a qual está dividida em quatro partes: Organização Hospitalar, que trata sobre o que é uma organização hospitalar e quais os pontos que devem ser avaliados para o gerenciamento da organização; Gestão da Qualidade, que apresenta um breve histórico sobre a gestão da qualidade; Avaliação de Desempenho Organizacional; Gestão da Qualidade em Hospitais e Estudos Anteriores.

No capítulo 3 é descrito o delineamento metodológico do estudo, separado por: classificação da pesquisa, objeto dos casos, instrumento de coleta de dados e por último o tratamento e análise dos dados. No capítulo 4 são apresentados os resultados dessa dissertação, analisados por meio da técnica de análise de conteúdo. O Capítulo 5 exhibe as conclusões e por fim, seguem as referências utilizadas para a construção e desenvolvimento do estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR

Hospital, conforme o Ministério da Saúde (1977), é parte integrante de uma organização médica e social, cuja função básica consiste em proporcionar à população assistência médica integral, curativa e preventiva, sob quaisquer regimes de atendimento, inclusive o domiciliar, constituindo-se também em centro de educação, capacitação de recursos humanos e de pesquisas em saúde, bem como de encaminhamento de pacientes, cabendo-lhe supervisionar e orientar os estabelecimentos de saúde a ele vinculados tecnicamente.

Trata-se de uma organização planejada sob orientações técnicas para realizar uma administração em conformidade com os padrões e normas estabelecidas, dedicada ao diagnóstico e tratamento dos enfermos, podendo realizar o serviço de forma gratuita ou recebendo contribuição. Além de ser direcionada a promover práticas de saúde e ensino da medicina, da enfermagem, entre outras especialidades (ALMEIDA, 1983).

Para Senhoras (2007) os hospitais realizam serviço de visibilidade e destaque para a sociedade pois trata-se de uma organização prestadora de serviços complexos, possuindo diversos tipos de processos de trabalho, como realização de atendimento, exames, intervenções cirúrgicas, diagnósticos e tratamentos, entre outros e é visto como um local onde as pessoas podem buscar apoio e ajuda nos momentos mais importantes e delicados de suas vidas.

Os hospitais possuem diversas classificações e tipologias. Quanto à terminologia o Quadro 1 apresenta algumas definições, para compreensão do escopo que o termo compreende, e as respectivas atribuições de cada tipologia, de acordo com o Ministério da Saúde (1977), com base na Portaria 30, de 11 de fevereiro de 1977, a qual aprova os conceitos e definições do Decreto n. 76.973, de 31 de dezembro de 1975, a qual trata sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde.

Quadro 1 - Tipos e definições de Hospitais

Hospital Geral	É o hospital destinado a atender pacientes portadores de doenças das várias especialidades médicas. Poderá ter a sua ação limitada a um grupo etário (hospital infantil), a determinada camada da população (hospital militar, hospital previdenciário) ou a finalidade específica (hospital de ensino).
Hospital Especializado	É o hospital destinado, predominantemente, a atender pacientes necessitados da assistência de uma determinada especialidade médica.
Hospital Local	É o hospital destinado a servir à população de determinada área geográfica, prestando, no mínimo, assistência nas áreas básicas de clínica médica, pediátrica, cirúrgica, obstétrica e de emergência.

Hospital Distrital	É o hospital geral que, além de prestar assistência médico-cirúrgica própria de hospital local a uma população determinada, presta serviços mais especializados a pacientes encaminhados de sua e de outras localidades, enviando pacientes necessitados de assistência mais complexa a um hospital de base.
Hospital de Base	É o hospital geral destinado a constituir-se em centro de coordenação e integração do serviço médico-hospitalar de uma área, devendo estar capacitado a prestar assistência especializada mais diferenciada a pacientes encaminhados de Hospitais Distritais, além da assistência médico-cirúrgica própria de hospital local.
Hospital de Ensino ou hospital Universitário	É o hospital geral com as características e funções do Hospital de Base, utilizado por Escolas de Ciências da Saúde, como centro de formação profissional.
Hospital de Corpo Clínico Fechado	É o hospital onde não se permitem, em rotina, atividades de outros profissionais, que não os integrantes do próprio Corpo Clínico.
Hospital de Corpo Clínico Aberto	É o hospital que, mesmo tendo Corpo Clínico estruturado, permite, a qualquer profissional habilitado da comunidade, internar e tratar seus pacientes.
Hospital de Corpo Clínico Misto	É o hospital que, mesmo tendo Corpo Clínico fechado, faz concessão, por cortesia, a outros profissionais, para internar e assistir seus pacientes.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (1977).

A partir do Quadro 1 percebe-se a diversidade de serviços assistenciais prestados pelas organizações hospitalares. Negri Filho e Barbosa (2014) classificam a tipologia exposta como sendo do perfil assistencial dos estabelecimentos hospitalares e acrescentam os hospitais de urgência a listagem. Esses, segundo os autores abrangem o serviço de pronto-socorro, de atendimento móvel de urgência e autosocorro de urgência.

Conforme Negri Filho e Barbosa (2014) quanto ao porte os hospitais são caracterizados como: pequeno porte, o hospital com capacidade normal ou de operação de até 50 leitos, médio porte, o hospital com capacidade normal ou de operação de 50 a 150 leitos e de grande porte, com capacidade de operação de 150 a 500 leitos, sendo que acima de 500 leitos o hospital é considerado de capacidade extra. Os autores destacam que, quanto ao nível de complexidade das atividades prestadas pela unidade hospitalar, estes podem ser: de nível básico ou primário, secundário, terciário ou quaternário em cada estabelecimento (atenção básica, de média complexidade ou de alta complexidade).

Quanto à natureza jurídica o Quadro 2 apresenta uma classificação e definições.

Quadro 2 - Hospitais e suas naturezas jurídicas

Hospital Estatal ou Paraestatal	É o que integra o patrimônio da União, Estado, Distrito Federal e Municípios (pessoas jurídicas de direito público interno), autarquias, fundações instituídas pelos Poder Público, empresas públicas e sociedades de economia mista (pessoas jurídicas de direito privado).
Hospital Privado ou Particular	É o hospital que integra o patrimônio de uma pessoa natural ou jurídica de direito privado, não instituída pelo Poder Público.
Hospital Beneficente	É o que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, instituído e mantido por contribuições e doações particulares, destinado à prestação de serviços a seus associados e respectivos dependentes, cujos atos de constituição especifiquem sua clientela, que não remunere os membros da sua diretoria, que aplique integralmente os seus recursos na manutenção e desenvolvimento dos seus objetivos sociais e cujos bens, no caso de sua extinção, revertam em proveito de outras instituições do mesmo gênero ou ao Poder Público.

Hospital Filantrópico	É o que integra o patrimônio de pessoa jurídica de direito privado, mantido parcial ou integralmente por meio de doações, cujos membros de seus órgãos de direção e consultivos não sejam remunerados, que se proponha à prestação de serviços gratuitos à população carente em seus ambulatórios, reservando leitos, de acordo com a legislação em vigor, ao internamento gratuito, organizado e mantido pela comunidade e cujos resultados financeiros revertam exclusivamente ao custeio de despesa de administração e manutenção.
-----------------------	---

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde (1977).

Negri Filho e Barbosa (2014) complementam as informações descritas no Quadro 2, denominam a classificação exposta quanto ao regime de propriedade, que podem ser: hospital público, privado, privado com fins lucrativos e privado sem fins lucrativos (beneficentes ou filantrópicos). Por fim, que o papel do estabelecimento na rede de serviços de saúde poder ser de hospital local, regional, de referência estadual ou nacional.

Para analisar a organização hospitalar é necessário considerar seus aspectos estruturais. Diferente da indústria onde um determinado produto ou serviço pode ser substituído por algo similar, a demanda hospitalar está relacionada ao estado de saúde do paciente, contribuindo assim para a variedade de produtos e serviço no setor (MCGUIRE, 1985). Os hospitais possuem diferentes demandas, uma envolvendo a área médica, destinado a diagnóstico e tratamento de doenças e a outra atrelada aos processos administrativos, juntas estabelecem a atividade básica de trabalho ou a missão do hospital (KIMBERLY, EVANISKO, 1981).

2.2 GESTÃO DA QUALIDADE

Silva (2002) destaca que a ausência de uma definição clara sobre o termo qualidade faz com que as organizações tenham dificuldade em nortear e gerenciar a qualidade. O autor menciona quatro principais conceituações sobre qualidade: a) qualidade como excelência, baseia-se na experiência satisfatória do cliente com o produto ou serviço; b) qualidade como conformidade das especificações, quando o produto está em conformidade com as exigências dos clientes; c) qualidade como adequação ao uso, requer que o projeto do produto ou serviço aborde as expectativas e propósitos do consumidor; e d) qualidade como valor para o preço, mencionado pelo autor como uma definição mais abrangente, além do aspectos econômicos o consumidor entende que o produto ou serviço atende ou até mesmo supera suas expectativas.

Para Carvalho e Paladini (2012) a qualidade não deve ser categorizada apenas como um produto, um processo produtivo ou método de trabalho. O autor evidencia que os conceitos sobre qualidade foram se transformando ao longo do tempo, passou pelos processos de produção até ser considerado como um fator relevante para a sobrevivência das organizações. Neste sentido o conceito de qualidade deixou de ser analisado apenas dentro do processo

produtivo, mas sim sendo parte da estratégia da organização ocupando um papel essencial no gerenciamento das empresas.

Segundo Oliveira *et al.* (2003) a qualidade passou por três grandes fases. A primeira fase é conhecida como a era da inspeção, o produtor que neste caso era o artesão além de produzir o produto também era responsável em inspecioná-lo, não havia metodologia para detectar falhas de fabricação e a verificação era realizada em cada produto.

A fase seguinte é a denominada como controle estatístico, nesta era a fase de inspeção foi aprimorada, passando a utilizar técnicas estatísticas para ajudar na inspeção dos produtos, muito em função do crescimento da demanda mundial, pois já não era possível realizar inspeção produto a produto como antes. (OLIVEIRA *et al.*, 2003). Carvalho e Paladini (2012), reforçam que em meados do século XIX a Revolução Industrial impôs as grandes indústrias a necessidade de aumento da produção para atender à crescente demanda, não havia como tratar cada peça individualmente, foi então que o foco da qualidade deu ênfase ao processo de produção. Segundo Oliveira *et al.* (2003) o processo de produção aplica a estatística para verificar a conformidade dos produtos, utilizam os cálculos estatísticos de forma aleatória e à medida que é encontrado defeito em certo produto, todo o lote é verificado.

Com o passar do tempo as organizações em todo o mundo passaram a vivenciar um novo mercado. O surgimento de novas empresas e o aumento da concorrência internacional, fez com que as organizações se dedicassem a obter a satisfação do cliente e assim garantir sua fidelização. A qualidade passou a se tornar um fator importante para o sucesso das empresas nesse mercado competitivo (JURAN, GODFREY, 1999).

Foi então que surgiu a terceira fase, conhecida como a era da qualidade total, a mais atual, nessa a ênfase da qualidade passa ser a satisfação do cliente, as organizações passaram a dirigir os esforços para cumprir as exigências do consumidor, trazendo-o para o centro das atenções. Além disso a falha da produção passa ser responsabilidade de todos da empresa e há uma preocupação maior em prevenir a ocorrência das falhas (OLIVEIRA *et al.*, 2003).

Uma das iniciativas para garantir a satisfação do cliente é o *Lean Manufacturing*. Para Graban (2013) o *Lean* é um conjunto de ferramentas de gestão utilizadas para garantir a melhoria contínua, reduzir desperdícios e engajar a equipe na organização. Conforme Werkema (2012) a metodologia visa a exclusão de tudo que não tem valor para o comprador com o objetivo de reduzir custos, eliminar desperdícios e desse modo aumentar a qualidade e a velocidade da entrega dos produtos para o consumidor (WERKEMA, 2012).

De acordo como Carvalho e Paladini (2012) Taiichi Ohno, um dos idealizadores da produção enxuta ou *lean production*, dedicou-se a eliminar os desperdícios de produção: “Em

sua luta contra o desperdício, um dos alvos foi a eliminação da inspeção e, para tal, precisou devolver aos trabalhadores a responsabilidade pela qualidade do que produziam” (CARVALHO, PALADINI, 2012, p. 5). Werkema (2012) menciona os setes desperdícios identificados por Taiichi Ohno, que são: defeitos nos produtos, excesso de produção, estoque de mercadorias aguardando para ser utilizada, processamento desnecessário, movimento desnecessário de pessoas, transporte desnecessário de produtos e espera.

Outra estratégia que tem como foco a melhoria da qualidade é o chamado *Six Sigma*, que traz vários elementos de diversas eras da qualidade. A iniciativa surgiu no final da década de 1980, na Motorola, e possui como forte característica a utilização de ferramentas estatísticas para a solução de problemas, entretanto o programa *Six Sigma* também envolve a parte estratégica, utilizando indicadores de desempenho alinhados aos resultados da organização com foco na melhoria do processo e, conseqüentemente, na satisfação do cliente (CARVALHO, PALADINI, 2012).

Consonante com este conceito Werkema (2012) reconhece o *Six Sigma* como uma estratégia gerencial e quantitativa, que tem como propósito aumentar a lucratividade das empresas, através de melhorias baseadas em métricas quantificáveis para garantir a qualidade do produto e assim a satisfação do consumidor.

Lemos (2010) destaca que o *lean production* e o *six sigma* são duas metodologias da qualidade que garantem melhorias nos resultados das empresas de forma que estas se tornaram escolhas estratégicas para nortear o futuro das organizações.

Segundo Juran e Godfrey (1999, p. 387): "Assim como o século XX foi o século da produtividade, o século XXI será o século da qualidade". A Gestão da Qualidade Total ou *Total Quality Management* - TQM, conforme Juran e Godfrey (1999) foi o termo utilizado nos Estados Unidos para identificar a nova era da qualidade, já no Japão utilizavam o termo Controle da Qualidade Total ou *Total Quality Control* (TQC), que posteriormente foi substituído pelo mesmo termo utilizado nos Estados Unidos, o *Total Quality Management* (TQM), tal substituição foi necessária para que este fosse conhecido internacionalmente, a mudança foi reconhecida pelo comitê da *Union of Japanese Scientists and Engineers* (JUSE).

De acordo com Feigenbaum (1961) o controle da qualidade total é um sistema integrado que desenvolve e aprimora a produção e o serviço para possibilitar ao cliente um produto mais econômico, gerando assim uma maior satisfação do consumidor.

Para Ishikawa (1986) o controle da qualidade total está relacionado ao desenvolvimento de um produto de qualidade, projetado para ser útil e mais econômico para o cliente, visando a

sua satisfação. E para que este objetivo seja alcançado é necessário o envolvimento de toda empresa, incluindo os altos executivos.

A gestão da qualidade total tem como objetivos universais o aumento de receitas, a redução dos custos, clientes com a expectativa atendida, funcionários treinados e capacitados. Uma organização com gerenciamento da qualidade atende as necessidades dos clientes, adequando os fatores críticos do processo, como utilização correta dos recursos sem desperdícios, sem erros de produção e entrega pontual. Os custos associados à prevenção de falhas são menores do que os custos envolvidos na correção da falha (JURAN, GODFREY, 1999).

A partir de 1989 houve um aumento nos estudos sobre a gestão da qualidade total, surgiram pesquisas sobre a importância do entendimento da gestão da qualidade total e os seus fatores críticos como exemplo a liderança, o envolvimento dos funcionários na qualidade. Uma vez que o conhecimento sobre as medidas operacionais da gestão da qualidade está diretamente ligado ao sucesso do gerenciamento da qualidade na organização (FOSTER, WHITTLE, 1989; SARAPH, BENSON, SCHROEDER, 1989).

Segundo Foster e Whittle (1989) para o êxito da gestão da qualidade total é fundamental possuir uma orientação de trabalho voltada para a satisfação do cliente, e que a equipe de trabalho compartilhe das mesmas premissas, para que haja a busca da melhoria contínua. Samson e Terziovski (1999) ressaltam que a gestão da qualidade total pode ser definida como uma gestão que olha o todo, busca melhorias em todas as funções da organização e leva em consideração o atendimento pós-venda.

2.3 GESTÃO DA QUALIDADE EM HOSPITAIS

Xavier *et al.* (1997) analisaram os processos de implementação da gestão da qualidade no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre/RS, iniciados no ano de 1993. A implementação aconteceu em quatro etapas, primeiramente foi realizada uma mobilização gerencial para qualidade, seguido por treinamentos para os colaboradores, na terceira etapa foi desenvolvido o planejamento e, por fim a aplicação da gestão da qualidade. Conforme os autores um dos fatores de sucesso da implementação da gestão da qualidade no hospital foi a ligação entre os objetivos do planejamento estratégico com as diretrizes do programa da qualidade, outro ponto a destacar foi a atenção direcionada a satisfação do cliente.

Honda (2017) realizou um estudo de caso no Hospital Santa Casa de Misericórdia, no interior de São Paulo, com o objetivo de avaliar a ferramenta da gestão da qualidade *Lean*,

através de uma revisão de trabalhos publicados e uma pesquisa sobre os fatores críticos e limitações da aplicação de ferramentas *Lean* no hospital.

Conforme a autora os princípios das metodologias *Lean* e *Six Sigma* têm sido utilizados em grandes hospitais, com intuito de buscar a excelência na qualidade e manter a competitividade no mercado. Foram identificadas na pesquisa algumas melhorias realizadas após aplicação do *Lean* nos hospitais identificados na revisão da literatura como: redução do tempo de viagem para técnicos, redução do tempo de espera do paciente, redução de erros médicos e aumento da satisfação dos clientes.

Quanto aos resultados do estudo foram observadas mudanças nos processos de trabalho dos funcionários da farmácia e da equipe de enfermagem, que passaram a ter suas atividades padronizadas. Com a padronização do processo as enfermeiras passaram a se deslocar menos e, conseqüentemente, foi obtido um aumento do tempo para a dedicação com os pacientes (HONDA, 2017).

A procura do *lean* na área da saúde se dá pela necessidade de a organização buscar a qualidade (GRABAN, 2013). O autor apontou vários benefícios do uso da metodologia *Lean* para o hospital, como: aumento da segurança, qualidade e custos aos pacientes, diminuição do tempo de espera e aumento da satisfação da equipe. Branco (2017), em seu estudo sobre a utilização dos conceitos *Lean Healthcare* na otimização da gestão dos leitos de internação hospitalar, verificou que “O *lean Healthcare* auxilia no aprimoramento da gestão de leitos dos processos de desocupação e admissão de pacientes e é uma ferramenta que agrega potencial na produtividade hospitalar” (BRANCO, 2017, p .66).

Movidos pela necessidade de obter indicadores para avaliar a qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre/RS Kluck *et al.* (2002) realizaram um estudo de caso, exploratório e qualitativo, por meio de um *focus group* e uma *survey*. O estudo foi desenvolvido em seis fases para propor um conjunto de 35 indicadores agrupados em 11 categorias: permanência, mortalidade, resolubilidade, prescrição, prontuários e informações, exames, ambulatório, cirurgia e bloco cirúrgico, infecção, cesarianas e geral. A implantação iniciou em 1992 e a conclusão em 2002. Conforme os autores os indicadores propostos contribuem para a melhoria contínua da qualidade assistencial ao paciente, no âmbito do ambiente de qualidade.

Cabe destacar que, para alcançar a missão do hospital, a gestão precisa conciliar os processos administrativos com a equipe de saúde. Ahmed, Abd Manaf e Islam (2018) e Alaraki (2014) comentam sobre a relevância de fornecer treinamentos para médicos e enfermeiros sobre as ferramentas de qualidade aplicadas no sistema de saúde. Metcalf, Wang e Habermann (2018) acrescentam que os gestores precisam oferecer treinamentos sobre a utilização dos recursos e

os respectivos custos para a equipe médica, uma vez que estes se preocupam principalmente com a qualidade clínica do atendimento, conformidade com os protocolos e atenção para não cometer erros e acabam não se atentando para os custos financeiros.

De acordo com Dey e Hariharan (2006) as organizações de saúde implementam técnicas e ferramentas de gestão, algumas dessas são voltadas a gestão de custos, tais como a reengenharia de processos e gestão da cadeia de suprimentos, outras são voltadas a gestão da qualidade, tais como: melhoria contínua da qualidade, gestão da qualidade total, *six sigma*, etc. com o intuito de identificar as possíveis causas que levam ao baixo desempenho no serviço de saúde, como também reconhecer as soluções para as falhas e aplicá-las para buscar a satisfação do cliente interno e externo.

Bonato (2011) e Dey e Hariharan (2006) apontam que a metodologia de gestão da qualidade, apoia as prestadoras de serviço de saúde a identificar falhas, corrigir e prevenir erros, tendo como base a manutenção e melhoria dos padrões de desempenho, para que seja possível desenvolver produtos e serviços que satisfaça a expectativa dos clientes, tornando a organização mais competitiva. Segundo Chassin (2013) após o movimento realizado nos Estados Unidos para melhorar a qualidade na segurança do paciente, os hospitais passaram a dedicar mais recursos e energia para resolver as falhas de segurança e qualidade e que apesar da lenta adaptação das organizações, ferramentas como o *Lean* e *Six Sigma* se revelaram eficaz no processo do aumento da segurança do paciente.

Segundo Bonato (2011) é fundamental que os gestores da saúde responsáveis pelos processos assistenciais e administrativos compreendam como se implementa a qualidade e quais são os sistemas de avaliação praticados na área. Neste sentido se faz necessário conhecer os conceitos sobre acreditação e certificação, sistemas utilizados nas organizações hospitalares para implementar e garantir a qualidade dos processos, produtos e serviços.

Acreditação é um procedimento voluntário que avalia de forma periódica os recursos organizacionais do hospital, com o objetivo de garantir a qualidade da assistência, com base em padrões internacionalmente legitimados. É importante destacar que na acreditação são avaliados todos os serviços da organização e não há avaliação de setores separadamente (BONATO, 2011). A autora acrescenta que “O processo de acreditação propõe a participação voluntária das instituições, estimulando-as a um comportamento de procura por melhoria contínua da qualidade, criando e desenvolvendo a integração com a sociedade” (BONATO, 2011, p. 322).

No Brasil tem-se a Organização Nacional de Acreditação (ONA), trata-se de uma organização não governamental, com natureza jurídica de direito privado, sem fins lucrativos e

de interesse coletivo, tem como missão a promoção e desenvolvimento de um processo de acreditação que visa aprimorar a qualidade da assistência à saúde do Brasil (BONATO, 2011). A ONA surgiu em 1990, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) estabeleceu um acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com o intuito de elaborar um manual de padrão de acreditação para a América Latina e Caribe, estimulado pelas iniciativas do Sistema Único de Saúde (SUS). Cabe destacar que outros países já seguiam metodologias de padronização das atividades hospitalares como a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH) (ONA. 2021).

A elaboração do Manual de Padrões de Acreditação para América Latina e Caribe contou com a realização de um levantamento em mais de 15.000 hospitais da América Latina, com o objetivo de identificar os perfis e desafios regionais. A pesquisa obteve resultados distintos, foram identificados hospitais com processos mais avançados, assim como instituições com condições básicas para avaliação, para que o manual pudesse ser utilizado nas distintas realidades das diversas instituições de saúde foram estabelecidas fases no processo de acreditação. A seguir são apresentadas as fases de acordo com Duarte (2021).

- Nível acreditado (ONA 1): para instituições que atendem aos critérios de segurança do paciente em todas as áreas de atividade, incluindo aspectos estruturais e assistenciais;
- Nível acreditado pleno (ONA 2): para instituições que, além de atender aos critérios de segurança, apresenta gestão integrada, com processos ocorrendo de maneira fluida e plena comunicação entre as atividades;
- Nível acreditado com excelência (ONA 3): uma Organização ou Programa da Saúde Acreditado com excelência atende aos níveis 1 e 2, além dos requisitos específicos de nível 3. Neste nível a organização já possui maturidade institucional e necessita apresentar uma cultura organizacional baseada na melhoria contínua.

A Certificação, por sua vez, de acordo a Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), é um processo pelo qual uma entidade de terceira parte avalia, através de auditorias se tal produto, serviço ou sistema atende as normas técnicas. Qualquer empresa pode solicitar e obter a certificação, para isso é necessário que a organização atenda aos requisitos da norma técnica de referência e evidenciar através da equipe procedimentos documentados, equipamentos e/ou instalações, demonstrando que a empresa controla as atividades relacionadas ao objeto da sua certificação. Os principais benefícios da certificação são o comprometimento da equipe com a qualidade, garantia da melhoria contínua no

desenvolvimento no negócio, redução dos controles e avaliações por parte dos clientes, entre outros (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT, 2021).

A ABNT NBR ISO 9001 é a norma que define os requisitos para colocar um sistema de gestão da qualidade em vigor e baseia-se em sete princípios de gestão da qualidade, o Quadro 3 apresenta os setes princípios e os seus respectivos benefícios de acordo a ABNT (2021):

Quadro 3 – Princípios da gestão da qualidade e seus benefícios

Princípio	Benefício
Foco no cliente	Atender e superar as necessidades dos clientes é o foco principal de gestão da qualidade, o que também contribuirá para o sucesso de sua empresa em longo prazo. É importante não somente atrair, mas manter a confiança de seus clientes, portanto, é fundamental adaptar-se às suas necessidades futuras.
Liderança	Ter um direcionamento ou missão unificados, conduzidos por uma liderança forte, é essencial para garantir que todos na empresa entendam o objetivo.
Engajamento das pessoas	Será mais fácil gerar valor aos seus clientes se você contar com equipes competentes, dedicadas e qualificadas em todos os níveis de sua empresa ou negócio.
Abordagem de processo	Entender as atividades como uma série de processos que se juntam para funcionar como um sistema que ajuda a alcançar resultados mais consistentes e previsíveis. Assegurar que pessoas, equipes e processos estejam familiarizados com as atividades da empresa e como elas se conectam acabará melhorando a eficiência da empresa.
Melhoria	Empresas de sucesso estão sempre focadas em sua constante melhoria. É necessário reagir às mudanças no ambiente interno e externo se quiser continuar gerando valor aos seus clientes. Isso é de suma importância atualmente, com as condições evoluindo cada vez mais rápido.
Decisão baseada em evidências	Nunca é fácil tomar decisões, e elas naturalmente envolvem certo grau de incerteza, mas a possibilidade de obter os resultados esperados é maior se suas decisões forem baseadas na análise e na avaliação de dados.
Gestão de relacionamento	Identificar os relacionamentos importantes com partes interessadas, como fornecedores, por exemplo, e estabelecer um plano para administrá-los levará ao sucesso contínuo da empresa.

Fonte: Elaborado a partir de ABNT (2021).

Observa-se que tanto a acreditação quanto a certificação, metodologias de gestão da qualidade, possuem como foco a satisfação do cliente e a busca pela melhoria contínua da organização. Ambas utilizam padrões definidos para verificar, avaliar e certificar a qualidade dos serviços/produtos e ou processos organizacionais, percebe-se também que os dois sistemas realizam um processo educacional nas instituições para que essas possam enraizar a cultura da qualidade.

2.4 DESEMPENHO ORGANIZACIONAL E MODELO DE EXCELÊNCIA DA GESTÃO (MEG)

Como visto anteriormente, a gestão da qualidade envolve diversas áreas da empresa, desde a produção até o pós-venda com clientes, relação com fornecedores, redução de custos da qualidade, entre outros. Segundo Carvalho e Paladini (2012) os *stakeholders* da empresa

buscam o bom desempenho da organização, para isso analisam indicadores financeiros, processos produtivos, atendimento das demandas e pessoas.

O desempenho organizacional é um processo de ações contínuas que uma empresa realiza para atingir seus objetivos. O alcance desse objetivo é medido através do desempenho organizacional. (WIDJAJA, SUMINTAPURA, YANI, 2020). O gerenciamento de desempenho é considerado um processo integrado utilizado para definir, medir e revisar os resultados, conseguindo dessa forma o sucesso organizacional (DEN HARTOG, BOSELIE, PAAUWE, 2004).

Uma forma de avaliar o desempenho organizacional, acompanhar as questões financeiras e não financeiras da empresa é com a utilização de indicadores. Os indicadores de desempenho são uma forma que os gestores têm para acompanhar os sinais vitais da organização, funcionando como um sistema de medição capaz de avaliar o desempenho de cada departamento da empresa (DEN HARTOG, BOSELIE, PAAUWE, 2004).

Com a utilização de medidas financeiras e não financeiras, os gestores conseguiram ferramentas de orientação na tomada de decisão, foi então que a análise de desempenho se aproximou dos conceitos vindos da área da estratégia (VENKATRAMAN, RAMANUJAM, 1986).

Xiong *et al.* (2017) verificaram a importância de medir o desempenho para que uma organização hospitalar obtenha uma boa gestão, para isso é necessário que o desempenho seja medido utilizando uma abordagem multidimensional, os autores utilizaram em seu estudo os indicadores referente aos resultados financeiros e de mercado, resultados da qualidade e resultados relacionados a satisfação do cliente.

Com a intenção de obter um bom desempenho, os hospitais devem realizar a gestão do conhecimento organizacional, criar metas para os colaboradores ligados a estratégia, avaliar e recriar com o intuito de aumentar a produtividade dos serviços e a satisfação dos pacientes (AHMED, ABD MANAF, ISLAM, 2018).

Black e Porter (1996) apontam a necessidade da utilização de modelos práticos, como os Critérios do Prêmio Nacional da Qualidade de Malcolm Baldrige, para que as organizações possam desenvolver a gestão da qualidade e aumentar o seu desempenho organizacional. Conforme Samson e Terziovski (1999) os critérios dos prêmios de qualidade são os métodos mais utilizados para classificar os princípios da gestão da qualidade. As organizações implementam modelos relacionados ao prêmio de qualidade, tais como o *Deming Prize* (Japão), *Malcolm Baldrige National Quality Award* (EUA), *European Foundation for Quality*

Management - EFQM (Europeu) e o Prêmio Nacional da Qualidade (Brasil) (CARVALHO, PALADINI, 2012).

Segundo Oliveira (2006) o Prêmio da Qualidade *Malcom Baldrige*, o *European Foundation for Quality Management* e o Prêmio Nacional da Qualidade, são alguns dos principais modelos de sistema de medição de desempenho. No Brasil, a Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) é a responsável pelo prêmio Melhores em Gestão, antigo Prêmio Nacional da Qualidade. O Prêmio é baseado no Modelo de Excelência da Gestão (MEG). Antes do MEG ser consolidado como um modelo brasileiro, a FNQ adotava o modelo americano da Fundação Baldrige da Gestão Qualidade (FNQ, 2020).

A Fundação Nacional da Qualidade (FNQ) constantemente revisa o MEG, com o objetivo de estar sempre atualizado para retratar o estado da arte da gestão para a excelência, o MEG mais atual, está em sua 21ª edição. “O novo Modelo inova ao ser formatado em oito Fundamentos da Gestão para a Excelência, que se desdobram em temas, os quais, por sua vez, são concretizados em Processos” (FNQ, 2016, p. 3). O Quadro 4 apresenta os fundamentos de gestão para a excelência, fruto de um movimento realizado por mais de 100 países, tendo a FNQ como representante do Brasil.

Quadro 4 - Fundamentos de gestão para a excelência

FUNDAMENTO	CONCEITO
Pensamento Sistêmico	Compreensão e tratamento das relações de interdependência e seus efeitos entre os diversos componentes que formam a organização, bem como entre estes e o ambiente com o qual interagem.
Aprendizado organizacional e inovação	Busca e alcance de novos patamares de competência para a organização e sua força de trabalho, por meio da percepção, reflexão, avaliação e compartilhamento de conhecimentos, promovendo um ambiente favorável à criatividade, experimentação e implementação de novas ideias capazes de gerar ganhos sustentáveis para as partes interessadas.
Liderança transformadora	Atuação dos líderes de forma ética, inspiradora, exemplar e comprometida com a excelência, compreendendo os cenários e tendências prováveis do ambiente e dos possíveis efeitos sobre a organização e suas partes interessadas, nos curto e longo prazos; mobilizando as pessoas em torno de valores, princípios e objetivos da organização; explorando as potencialidades das culturas presentes; preparando líderes e pessoas e interagindo com as partes interessadas.
Compromisso com as partes interessadas	Estabelecimento de pactos com as partes interessadas e suas inter-relações com as estratégias e processos, numa perspectiva de curto e longo prazos.
Adaptabilidade	Flexibilidade e capacidade de mudança em tempo hábil, frente as novas demandas das partes interessadas e alterações no contexto.
Desenvolvimento sustentável	Compromisso da organização em responder pelos impactos de suas decisões e atividades, na sociedade e no meio ambiente, e de contribuir para a melhoria das condições de vida, tanto atuais quanto para as gerações futuras, por meio de um comportamento ético e transparente.
Orientação por processos	Reconhecimento de que a organização é um conjunto de processos, que precisam ser entendidos de ponta a ponta e considerados na definição das estruturas: organizacional, de trabalho e de gestão. Os processos devem ser gerenciados visando

	à busca da eficiência e da eficácia nas atividades, de forma a agregar valor para a organização e as partes interessadas.
Geração de valor	Alcance de resultados econômicos, sociais e ambientais, bem como de resultados dos processos que os potencializam, em níveis de excelência e que atendam às necessidades e expectativas das partes interessadas.

Fonte: FNQ- Fundação Nacional da Qualidade (2016).

O MEG (Quadro 4) “também pode ser utilizado como um modelo de avaliação para estabelecer o grau de maturidade do sistema de gestão de uma organização” (FNQ, 2016, p. 13). Desse modo ele é apresentado como forma de um instrumento de avaliação da maturidade da gestão da organização, apresentando os fundamentos desdobrados em temas, sendo que cada tema é concretizado por meio de detalhamento dos processos e sugestões de metodologia, é importante ressaltar que o MEG incorpora o ciclo PDCL (Plá/planejar, *Do/* realizar *Check/*verificar e *Learn/* aprender), é necessário considerar também que os processos incorporam mais de um fundamento, uma vez que eles se inter-relacionam em um perspectiva holística (FNQ, 2016).

O primeiro fundamento apontado no Quadro 4, Pensamento Sistêmico, é dividido em dois temas: Alinhamento entre a Organização e as Partes Interessadas e Tomada de Decisão, é avaliado nos temas se a empresa possui estruturado o modelo de gestão, se possui indicadores estratégicos e indicadores de processos, se há estabelecimento de reuniões de análise críticas, entre outros (FNQ, 2016).

O fundamento Aprendizado Organizacional e Inovação é dividido em quatro temas, sendo eles: Aperfeiçoamento, Competências Essenciais, Gestão do Conhecimento e Inovação. É avaliado se nas empresas há implementação de melhorias, definição das oportunidades para melhorar o posicionamento competitivo, se o conhecimento é protegido, como é realizado a cultura da inovação, entre outros itens (FNQ, 2016).

O terceiro fundamento, Liderança Transformadora, também se divide em quatro temas: Valores e Princípios Organizacionais, Governança, Cultura Organizacional, Olhar para o Futuro e Sucessão. Neste fundamento é verificado se são estabelecidos os valores e princípios da organização, assim como o estabelecimento de conduta ética, se a governança é estabelecida a partir de conselhos e regimentos, se é identificado o impacto da cultura organizacional nos resultados da organização, se o ambiente externo é avaliado com o objetivo de entender o mercado de atuação e suas tendências, se os indicadores de desempenho estão definidos e desdobrados a partir de metas de curto, médio e longo prazo (FNQ, 2016).

O fundamento, Compromisso com as partes interessadas, é desdobrado em cinco temas: Requisitos das Partes Interessadas, Relacionamento com as Partes Interessadas, Clientes, Fornecedores e Força de Trabalho. Trata-se da definição e tradução das necessidades e

expectativas das partes interessadas da organização (controlador, cliente, fornecedor, sociedade, força de trabalho) São avaliados os aspectos relacionados a promoção de bem-estar, os riscos relacionados a saúde e segurança, indicadores sobre a satisfação do cliente, divulgação dos produtos, interação da liderança com as partes interessadas, dentre outros (FNQ, 2016).

O fundamento, Adaptabilidade, é dividido nos temas: Capacidade de Mudar e Flexibilidade. São identificadas as barreiras para mudança, o envolvimento das pessoas na implementação de novos modelos e a prontidão de respostas quando são realizadas mudanças etc. (FNQ, 2016).

O fundamento, Desenvolvimento Sustentável, é desdobrado nos temas: Econômico-Financeiro, Ambiental e Social. É analisado o planejamento e monitoramento dos indicadores econômico-financeiros, a responsabilidade e controle fiscal, identificação dos impactos ambientais e cumprimento da legislação ambiental aplicável, respeito aos direitos humanos, promoção da inclusão social, entre outros (FNQ, 2016).

O fundamento, Orientação por Processo, é constituído pelos temas: Informações Organizacionais, Gestão por Processos e Produto. Verifica o desenvolvimento dos sistemas de informação e comunicação, a segurança da informação, se os processos são mapeados e são monitorados através de indicadores de processo, se há desenvolvimento de novos produtos, entre outras coisas (FNQ, 2016).

O último fundamento, Geração de Valor, possui como tema os resultados sustentáveis. São analisados os indicadores de desempenho econômico-financeiros, indicadores ambientais, sociais, indicadores relativos aos clientes, à força de trabalho, processos e produtos. a) os indicadores econômico-financeiros são: Endividamento, Liquidez, Taxa de Crescimento da Receita etc.; b) os indicadores ambientais são: Índice do consumo de energia, consumo de água de papel, dentre outros; c) os indicadores sociais dizem respeito ao Índice de imagem junto à sociedade, índice de redução de desigualdade social, retorno dos programas sociais etc.; d) os Indicadores relativos aos clientes são: Índice de satisfação dos clientes, taxa de novos clientes, taxa de reclamações, manifestações negativas graves, entre outros; e) os Indicadores relativos à força de trabalho são: Absenteísmo, avanço na carreira, rotatividade geral, satisfação com a liderança, entre outras coisas; f) os indicadores relativos a fornecedores são: Entregas perfeitas, índice de atendimento aos requisitos dos fornecedores, taxa de desenvolvimento da cadeia produtiva etc.; e g) os indicadores de produtos e processos: Capacidade utilizada, duração de falha, perdas, retornos dos projetos de inovação, dentre outros (FNQ, 2016).

Para complementar o entendimento sobre o Modelo de Excelência da Gestão, a FNQ criou uma identidade visual (Figura 1) para a nova versão do MEG.

Figura 1 - Diagrama do Modelo de Excelência da Gestão



Fonte: FNQ (2016, p. 6).

O novo modelo é totalmente adaptável às necessidades de cada organização. “A figura simboliza um modelo de relacionamento entre a organização — considerada como um sistema adaptável, gerador de produtos e informações — e seu ambiente organizacional e tecnológico, além do próprio ambiente externo.” (FNQ, 2016, p. 7).

2.5 ESTUDOS ANTERIORES

Em dezembro de 2019, foi realizada uma busca nas plataformas: BDTD, Scopus e *Web of Science*. Após a inclusão das palavras-chave: “Desempenho, Gestão da Qualidade e Hospit*” e aplicação dos filtros a busca resultou um total de 232 estudos. Depois da leitura dos resumos, foram descartados os trabalhos que não estavam no contexto da pesquisa, sendo que alguns títulos não foram encontrados para realização do *download*, resultando dessa forma 20 estudos que contribuíram como base para a pesquisa e 07 desses diretamente associados ao objetivo. No ano de 2021 uma nova busca foi realizada com o objetivo de atualizar o acervo e foi identificado mais 02 estudos ligados aos objetivos da presente pesquisa. A seguir é apresentado o quadro 5 com as pesquisas e seus respectivos objetivo, metodologia e resultado.

Quadro 5 - Pesquisas anteriores

Estudos Nacionais			
Autor/ano	Objetivo	Metodologia	Resultado
Alves (2015)	Identificar e compreender se o processo de gestão da qualidade após acreditação tem influenciado nos resultados e desempenho dos hospitais na região metropolitana de São Paulo.	Estudo com sete hospitais acreditados. Foi utilizado um questionário com base nos critérios do Prêmio Nacional de Qualidade (PNQ) e entrevistas com as diretores/gerentes e analista de qualidade dos hospitais.	O estudo constatou que a gestão da qualidade, além de auxiliar os hospitais a medirem seus desempenhos, também contribui para o aprimoramento da gestão dos indicadores.
Andrade (2020)	Identificar a percepção dos <i>stakeholders</i> em relação ao desempenho organizacional e inovação após a Acreditação Hospitalar do Hospital Geral de Caxias do Sul, RS.	Foi realizado um estudo quanti-qualitativo e uma pesquisa documental. A etapa quantitativa, ocorreu através de uma <i>survey</i> e na etapa qualitativa foram realizadas entrevistas com os <i>stakeholders</i> externos e internos do Hospital, na etapa documental foi realizada uma análise sobre a pesquisa de satisfação dos usuários SUS, do período de 2013 a 2019.	A pesquisa evidenciou que a acreditação hospitalar contribuiu para a visão voltada a inovação, desempenho organizacional e para um olhar para o todo da instituição.
Estudos Internacionais			
Alaraki (2014)	Explorar o impacto das práticas de Gestão da Qualidade Total (GQT) no desempenho de hospitais da Arábia Saudita.	Foi realizada uma pesquisa quantitativa com 4 hospitais da região de <i>Tabuk</i> . As variáveis utilizadas no estudo foram: liderança, gerenciamento de funcionários, análise de informações, treinamento, foco no cliente, melhoria contínua, gerenciamento de processos e gerenciamento de fornecedores	Foi revelada correlação direta e positiva entre a prática de gerenciamento da qualidade total e o desempenho geral do hospital.
Sabella, Kashou, Omran (2015)	Fornecer uma avaliação sobre a implementação das práticas de qualidade no gerenciamento dos hospitais que operam na Cisjordânia - Palestina.	Foi realizada uma análise quantitativa de 49 hospitais. Foi utilizado um questionário com 62 indicadores separados em sete seções, embasados na estrutura do modelo de Excelência <i>Malcolm Baldrige National Quality Award</i> (MBNQA), os quais foram: liderança, planejamento estratégico, foco no paciente e setor, informação e análise, recursos humanos, gerenciamento de processos, resultados e desempenho.	Foi verificado que a gestão da qualidade promove a acumulação de capacidades institucionais através de suas práticas de gestão de recursos humanos e dessa forma a gestão da qualidade não pode ser vista apenas como estratégia administrativa, pois essa fornece recursos institucionais, pelos quais os hospitais podem melhorar seu desempenho.
Van Schoten <i>et al.</i> (2016)	Investigar se o Modelo da Fundação Europeia de Gestão da Qualidade (EFQM) pode servir como base para a gestão da qualidade total na área da saúde.	Foi efetivada uma pesquisa quantitativa, enviados 548 questionários para hospitais holandeses. O estudo teve cinco pontos de medição entre 1995 e 2011. Os indicadores avaliados foram: liderança, política e estratégia, recursos, gestão de pessoas, processos, profissionais, clientes (pacientes), sociedade e resultados.	Os resultados do estudo indicaram que a aplicação do Modelo EFQM em hospitais está relacionada com a melhoria do desempenho organizacional ao longo do tempo, foi verificado que a melhoria é mais forte quando todos os elementos do modelo

			são considerados simultaneamente
Mesgari, Miab e Sadeghi (2017)	Reconhecer as relações causais entre critérios da Fundação Europeia de Gestão da Qualidade (EFQM) no setor da saúde do Irã, para priorizar ações de melhoria para a excelência em hospitais.	Foi proposto um quadro de relações entre os critérios do modelo EFQM, desenvolvido através de estudos teóricos. Posteriormente, o quadro foi testado com base nos resultados das autoavaliações realizadas em 40 hospitais, utilizando a técnica estatística de Modelagem de Equações Estruturais.	Os resultados do estudo comprovaram que o quadro proposto é coerente com os dados experimentais, logo o sistema de avaliação de desempenho organizacional, com base no modelo de excelência EFQM pode ser utilizado no setor da saúde.
Xiong <i>et al.</i> (2017)	Explorar a relação entre as práticas de gestão da qualidade e o desempenho hospitalar com base nos resultados empíricos de hospitais públicos chineses.	Foi realizada uma pesquisa quantitativa, através da modelagem de equações estruturais. Os indicadores utilizados para medir a gestão da qualidade foram: liderança, política da qualidade, departamento da qualidade, liderança da alta gestão, treinamento, foco no cliente, gestão da qualidade do fornecedor, relação com os funcionários, gerenciamento de processos e informação e análise da qualidade. Já para medir o desempenho foi utilizado os indicadores de: resultados operacionais, resultados de qualidade, resultados financeiros e resultados dos clientes.	O estudo verificou que as dimensões voltadas a pessoas e gestão de processos estão positivamente relacionadas aos cuidados de saúde e desempenho.
Baidoun, Salem e Omran (2018)	Avaliar o nível de implementação da gestão da qualidade nos hospitais da Faixa de Gaza, utilizando os critérios do <i>Malcolm Baldrige National Quality Award</i> (MBNQA).	Foi utilizado como instrumento de medição um questionário de oito partes, das quais sete abordam os critérios do MBNQA utilizadas para avaliar o grau de implementação da gestão da qualidade em cada hospital, tais critérios são: Liderança, planejamento estratégico, foco no paciente e no setor, recursos humanos, gerenciamento de processos e resultados de desempenho	A pesquisa sugere que os modelos de excelência, como os critérios utilizados no Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA), podem ser usados para avaliar o nível de implementação de práticas de qualidade e identificar os pontos fortes e fracos com o objetivo de melhorar a qualidade da prestação de serviço e desempenho dos hospitais.
Al Raoush (2020)	Explorar o impacto percebido pelos gerentes hospitalares da gestão financeira em relação a gestão da qualidade nos hospitais da Jordânia.	A pesquisa foi realizada em dois hospitais por meio de uma análise quantitativa. O instrumento de coleta de dados foi um questionário com itens de gestão financeira divididos em três construtos (alocações orçamentárias, recursos humanos e processos e procedimentos) e mais 23 itens dentro do construto de gestão de qualidade hospitalar (liderança, comprometimento da alta gestão, princípios básicos da qualidade, entre outros)	De acordo com o indicado pela análise de regressão de dados e nas percepções da equipe foi identificado um impacto estatisticamente significativo da gestão financeira na gestão da qualidade. Em linhas gerais a utilização da gestão financeira pode melhorar a qualidade dos serviços.

Fonte: Elaborado a partir da literatura citada.

Em sua pesquisa, Alaraki (2014) utilizou práticas de gestão da qualidade total (GQT) para examinar a relação entre as práticas de GQT e o desempenho hospitalar das organizações

na Arábia Saudita, para tal foi utilizado um questionário estruturado, baseado em instrumentos de pesquisa utilizados em pesquisa anteriores, como o estudo de Demirbag *et al.* (2006). Na pesquisa de Demirbag *et al.* (2006), o autor utilizou indicadores de desempenho organizacional, dividido entre financeiros e não financeiros sendo os indicadores financeiros: O crescimento da receita nos últimos três anos; o Lucro líquido; o Lucro em relação à receita e o Retorno sobre ativos. Já os indicadores não financeiros foram: Investimentos em pesquisa e desenvolvimento (P&D) voltados para inovações; Capacidade de desenvolver um perfil competitivo único; Desenvolvimento de novos produtos / serviços; Desenvolvimento de mercado; e Orientação de mercado. Para medir o desempenho da qualidade, o autor utilizou como base o instrumento de pesquisa de Saraph, Benson e Schroeder (1989), que tem como objetivo identificar os fatores críticos relacionados a gestão da qualidade nas organizações.

Dessa forma, no estudo de Alaraki (2014), foi revelado na análise de correlação, a associação direta e positiva entre a prática de gerenciamento da qualidade total e o desempenho organizacional do hospital, destaca-se também uma associação significativa entre os colaboradores e as práticas de gestão da qualidade, foi identificado também que enfermeiros e médicos relataram pontuações mais baixas em sua percepção sobre a gestão da qualidade total em comparação com outros funcionários do hospital.

Xiong *et al.* (2017), utilizou uma Modelagem de Equações Estruturais, para testar a relação entre as práticas de gestão da qualidade e o desempenho hospitalar. Para construir as práticas de gestão da qualidade, o autor adaptou o instrumento Saraph, Benson e Schroeder (1989) e para medir o desempenho do hospital o autor utilizou uma abordagem multi-dimensional, sendo as medidas de desempenho relacionadas ao serviço de saúde: qualidade médica, tempo de permanência do paciente para cuidados no hospital, etc. e as medidas relacionadas ao desempenho não-saúde: satisfação do cliente, benefícios financeiros e desenvolvimento de mercado, entre outros. O estudo verificou que os hospitais devem realizar inovações em seus processos existentes para melhorar a eficiência das atividades do colaboradores, constatou também que os resultados da pesquisa podem ajudar o gerentes no gerenciamento da gestão da qualidade do hospital, pois é possível identificar quais dimensões impactam mais no desempenho hospitalar.

Mesgari, Miab e Sadeghi (2017) também utilizaram a Modelagem de Equações Estruturais para reconhecer as relações causais dos critérios do modelo de excelência da *European Foundation for Quality Management* (EFQM), na utilização desse modelo como instrumento de avaliação de desempenho no setor da saúde. A implementação do instrumento de avaliação de desempenho, ocorreu em seis etapas, a primeira etapa foi projetar o modelo de

excelência para hospital baseado no modelo EFQM. Na segunda etapa foi construído o compromisso com a excelência junto com os gestores dos hospitais, posteriormente foi realizado um treinamento de excelência organizacional com os especialistas da área, na sequência foram executadas sessões de autoavaliação. Após a autoavaliação realizada foi cumprido o quinto passo, no qual foram analisados os resultados da autoavaliação e relatados os *feedbacks* e, por fim, foi fornecido o relatório geral de *feedback* e definidos os programas de melhoria a serem implementados. Os resultados da pesquisa comprovaram que a estrutura causal proposta foi coerente aos dados experimentais, logo o sistema de avaliação de desempenho organizacional com base no modelo de excelência EFQM pode ser utilizado no setor da saúde.

Já o estudo de Van Schoten *et al.* (2016) apresentou uma investigação longitudinal com o objetivo de descobrir se o Modelo *European Foundation for Quality Management* (EFQM) poderia servir como um modelo de gestão da qualidade na área da saúde. Foram enviados 548 questionários para a população total de hospitais holandeses, ao longo dos anos 1995, 2000, 2005, 2007 e 2011. A resposta média ao longo dos anos foi de 73%. O questionário utilizado foi desenvolvido e validado na Holanda em 1995 e utilizado para medir as atividades relacionadas a gestão da qualidade em hospitais por meio da autoavaliação através dos critérios facilitadores e de resultados. Os resultados do estudo revelaram que a aplicação do Modelo EFQM em hospitais está relacionada com a melhoria do desempenho organizacional ao longo do tempo.

Sabella, Kasou e Omran (2015) realizaram uma avaliação das práticas de gestão da qualidade em instituições de saúde da Cisjordânia utilizando os critérios do Prêmio Nacional da Qualidade Malcolm Baldrige (MBNQA), a pesquisa indicou que os critérios MBNQA, bem como outras ferramentas de avaliação de qualidade, podem ser utilizados para medir as diversas atividades de organizações hospitalares, identificar as competências e fraquezas de forma tangível para melhorar o desempenho do hospital e dessa forma auxiliar os gestores a canalizar seus recursos em áreas que terão impacto significativo no desempenho do hospital.

O estudo realizado por Baidoun, Salem e Omram (2018) avaliou o nível de implementação da gestão da qualidade nas organizações de saúde (principalmente hospitais) na Faixa de Gaza, para isso foi enviado um questionário baseado em sete critérios de Malcolm Baldrige National Quality Award (MBNQA) para os hospitais governamentais e não-governamentais situados na Faixa de Gaza. Os resultados do estudo destacaram que as organizações de saúde não devem tratar a gestão da qualidade apenas como um programa com

objetivo de alcançar um desempenho sustentável, mas como uma filosofia capaz de melhorar a qualidade dos serviços com base na aprendizagem e melhoria contínua.

A pesquisa de Alves (2015) teve com um dos objetivos compreender como os resultados de desempenho são medidos e se o processo de gestão da qualidade, após a implementação da acreditação, influencia nos resultados e desempenho de organizações hospitalares. O estudo foi realizado em sete hospitais acreditados pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e pela *Joint Commission International* (JCI), algum desses com acreditação ONA de maior e menor grau. Foi utilizado como instrumento de pesquisa o questionário com base nos critérios do Prêmio Nacional da Qualidade, além da realização de entrevista fundamentada na revisão bibliográfica sobre gestão da qualidade, acreditação e desempenho.

O resultado da análise dos dados concluiu que a gestão da qualidade auxilia as organizações a medirem seus resultados e desempenho e contribui para melhorias na gestão dos indicadores. É importante destacar que, além dos resultados obtidos por meio do questionário aplicado, os relatos dos participantes indicaram que o processo de melhoria, após a acreditação, está relacionado aos resultados e desempenho de segurança ao paciente, imagem do hospital para as partes interessadas, padronização dos processos assistenciais, administração e busca por melhoria contínua.

Na mesma linha sobre pesquisar hospitais acreditados, o estudo de Andrade (2020) teve como objetivo identificar a percepção dos *Stakeholders*, internos e externos do hospital geral, quanto ao desempenho hospitalar após a acreditação, além de verificar as inovações realizadas no serviço da enfermagem e a satisfação dos usuários internados após o processo de acreditação. Para tal a pesquisadora realizou um estudo sobre desempenho organizacional e identificou que os novos modelos de desempenho não são medidos unicamente pelo resultado financeiro, são observadas as medidas não financeiros. De acordo a fundamentação teórica a autora utilizou as seguintes medidas não financeira: pessoas, processos, tecnologia, estrutura, produtividade, otimização, eficiência e inovação. Já as medidas financeiras foram: recursos financeiros, receitas de contratos, receita de pronon, receita de emendas, que são fornecidos pela contabilidade, orçamento e caixa.

A autora identificou que a acreditação impacta positivamente na qualidade do serviço hospitalar e ainda reflete no aprendizado da equipe, uma vez que a percepção dos enfermeiros evidenciou que a utilização de ferramentas como o *Lean* e *Seis Sigma* proporcionaram a otimização do atendimento ao paciente, permitindo que os cuidados em relação a esse fossem ampliados além das doenças tratadas.

Al Raoush (2020) identificou o impacto da gestão financeira na gestão da qualidade em hospitais universitários, para isso foi realizado um estudo em dois hospitais em regiões diferentes da Jordânia e foi utilizado como instrumento de pesquisa um questionário contendo questões de gestão financeira e gestão da qualidade hospitalar.

Os dados do estudo revelaram que existe um impacto estatisticamente significativo da gestão financeira na gestão da qualidade, devendo os hospitais universitários enfatizar o papel da gestão do setor financeiro e assim utilizá-lo para obter eficiência nos serviços. Neste sentido, os gestores dos hospitais devem confiar e utilizar as informações financeiras como embasamento para as tomadas de decisão.

A partir dos estudos pregressos citados percebe-se que a implementação da gestão da qualidade pode auxiliar as instituições hospitalares a organizarem os processos realizados pelos colaboradores a partir do mapeamento das atividades, estabelecimento de indicadores, metas e controles das ações com foco na melhoria contínua. As ferramentas da gestão da qualidade também apoiam o planejamento estratégico da organização, relacionando os indicadores e metas com a visão do hospital. Percebe-se também que o cumprimento das diretrizes da gestão da qualidade impacta de forma positiva o desempenho organizacional ao longo do tempo das organizações.

Para verificar o impacto no desempenho hospitalar alguns autores utilizaram como instrumento de pesquisa questionários: do Prêmio Malcom, do Prêmio Deming e do Prêmio PNQ, que abrangem indicadores como satisfação do paciente, lucro líquido, desenvolvimento de novos serviços e produtos, entre outros. Já para analisar a gestão da qualidade foi utilizado critérios como foco no cliente, processos mapeados, capacitação, etc.

3 METODOLOGIA

3.1 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Quanto aos objetivos tem-se uma pesquisa descritiva. De acordo com Gil (2002) e Collado, Lucio e Sampieri (2013) o propósito da pesquisa descritiva é mostrar a características de pessoas, comunidades, processos ou de qualquer outro fenômeno que possa ser submetido a uma análise, sendo útil para especificar as dimensões ou ângulo de uma certa situação, contexto ou fenômeno. Sendo assim, a pesquisa proposta pode apontar características de: hospitais do Rio Grande do Sul, de processos utilizados, de particularidades, da equipe de trabalho e assim descobrir a existência de possíveis associações entre as variáveis da gestão da qualidade e o desempenho do hospital.

De forma complementar, estudos descritivos são “úteis para mostrar com precisão os ângulos ou dimensões de um fenômeno, acontecimento, comunidade, contexto ou situação” (COLLADO, LUCIO, SAMPIERI, 2013, p. 107). Para isso, o pesquisador necessita definir o que será medido e sobre quem para depois identificar a natureza jurídica, orientação, política, entre outros (COLLADO, LUCIO, SAMPIERI, 2013).

O estudo possui uma abordagem qualitativa e segundo Denzin e Lincoln (2006) a pesquisa qualitativa é considerada um campo de investigação, em outras palavras é uma atividade em que o pesquisador observa e estuda cenários, a fim de interpretar as experiências das pessoas, conceitos e fenômenos. No estudo proposto o campo da investigação qualitativa é o desempenho hospitalar e a gestão da qualidade, a fim de colher informações e características das organizações. Tais observações, não privilegia, nem possui paradigmas, a pesquisa qualitativa é reconhecida por Denzin e Lincoln (2006) como um conjunto de atividades interpretativas.

Ratificando este pensamento, Creswell (2007) apresenta a pesquisa qualitativa como sendo aquela na qual o pesquisador utiliza fundamentos construtivistas, ou seja, o autor descreve um problema de pesquisa, investiga o fenômeno ou conceito, através da aplicação de estratégias de investigação como o estudo de caso, segundo Creswell (2007), este tipo de abordagem estuda um fenômeno em seu contexto real. De acordo Martins (2008), o estudo de caso é uma pesquisa: “Sustentada por uma plataforma teórica, reúne o maior número possível de informações, em função das questões e proposições orientadoras do estudo, por meio de diferentes técnicas de levantamento de informações, dados e evidências” (MARTINS, 2008, p. 10).

A estratégia escolhida para se utilizar nesta pesquisa, foi o estudo de caso múltiplos, que segundo Yin (2001, p. 142) tem como objetivo “elaborar uma explanação geral que sirva a todos os casos particularmente, embora possam variar em seus detalhes”.

Para que a pesquisa qualitativa alcance metodicidade o estudo precisa seguir à risca os procedimentos de pesquisa, ser rigoroso no cumprimento das regras, para que não ocorra eventuais imprevistos e assim apresentar viés, devido a assuntos poucos esclarecidos. Também, a utilização de evidências, através da coleta de dados e da análise imparcial, configura a representação da realidade do ambiente de estudo (YIN, 2016).

3.2 OBJETOS DE ESTUDO DOS CASOS

De acordo com o Ministério da saúde (2020) os estabelecimentos de saúde se definem pela origem do capital social da organização e a vinculação administrativa (natureza da organização), podendo ser: Administração Direta da Saúde, Administração Indireta/Autarquia, Administração Indireta/Empresa Pública, Cooperativa, Fundação Privada, Economia Mista, entre outros. Observa-se o tipo de estabelecimento, sendo eles: Hospital Geral, Hospital Especializado, Posto de Saúde, Pronto Socorro Geral, entre outros. Os estabelecimentos de saúde são diferenciados também pelo tipo de gestão, que pode ser estadual, municipal ou dupla.

Para este estudo foi realizado um levantamento de hospitais gerais, estabelecidos no Rio Grande do Sul, com a natureza jurídica pública e/ou privada, gestão municipal e/ou estadual e hospitais com acreditação pela Organização Nacional de Acreditação (ONA). A busca pelas organizações foi realizada pelo endereço eletrônico do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS) e ONA, sendo mapeados 15 hospitais com diferentes naturezas jurídicas/gestão.

O contato com os hospitais iniciou-se no mês de outubro de 2020 e encerrou-se no mês de janeiro de 2021. Conseguir o aceite dos hospitais para participar da pesquisa foi difícil, pois durante este período diversas regiões do Rio Grande do Sul foram classificadas, no formato de bandeira preta, nível mais crítico do modelo de monitoramento da pandemia no estado. Segundo o governo do Rio Grande do Sul (2020) a bandeira Preta foi estabelecida quando a região atingiu o limite ou ultrapassou as capacidades hospitalares para leitos de internação comum ou de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI). Nesta modalidade somente as organizações essenciais funcionavam, como clínicas, hospitais e supermercado. O transporte público e ônibus regionais só transportavam 50% da lotação máxima, além de em vários momentos ser decretado o *lock down*, medida que restringia totalmente a locomoção de pessoas na rua, salvo os profissionais que trabalhavam em serviços essenciais.

A partir das 15 organizações hospitalares mapeadas, conforme descrito anteriormente, foi enviada uma carta convite para a participação de cada instituição na pesquisa, primeiramente por *e-mail*. No primeiro momento somente dois hospitais deram retorno, sendo que uma instituição aceitou o convite e a outra pediu para entrar em contato em outro momento. Com esse retorno escasso foi feito contato via telefone com os 15 hospitais, como os hospitais estavam trabalhando em seu limite máximo e em alguns casos necessitando de mão de obra extra, a comunicação com os gestores foi difícil. Após várias tentativas, três instituições aceitaram o convite via contato telefônico. Entretanto, no mês de novembro um dos participantes testou positivo para Covid-19 e necessitou ficar hospitalizado durante 60 dias devido a complicações provenientes do vírus.

Diante das situações adversas vivenciadas e mediante o aceite de três hospitais gerais, estabelecidos no estado do Rio Grande do Sul, na descrição da pesquisa os hospitais objetos do estudo foram denominados de Hospital X, Y e Z e possuem as seguintes características:

- X) Localizado na região da Serra no Rio Grande do Sul, há 396 km de distância do hospital Y e 456,5 km do hospital Z. Trata-se de um hospital geral, de natureza jurídica associação privada, possui gestão municipal, é uma unidade sem atividade de ensino. Possui certificação no nível acreditado (ONA I);
- Y) Localizado na região Sul do Rio Grande do Sul, há 60,4 km de distância do hospital Z. Trata-se de um hospital geral, de natureza jurídica empresa pública, possui gestão municipal, é uma unidade hospital de ensino. Apesar de não possuir acreditação, o hospital possui um setor criado em 2019 destinado à gestão da qualidade, denominado como: Setor da Gestão da Qualidade e Vigilância em Saúde;
- Z) Hospital Geral, de natureza jurídica empresa pública, possui gestão estadual, é uma unidade universitária. Não possui acreditação e não possui um setor específico para gestão da qualidade, tendo como setor responsável pelas ações de qualidade o setor de suprimentos.

Cabe reconhecer como limitação do estudo que a baixa adesão à pesquisa pode gerar efeitos, tanto na coleta de dados, quanto nos resultados da pesquisa. No entanto, embora tenha se obtido a adesão de apenas três hospitais, se conseguiu comparar as práticas de uma instituição hospitalar com acreditação com uma que não possui nenhum tipo de certificação.

3.3 COLETA DE DADOS

Collado, Lucio e Sampieri (2013) apontam os principais métodos para coletar dados qualitativos, são eles: entrevista, grupos focais, observação, história de vida, coleta de

documentos e materiais. No entanto, antes de ir para campo realizar a coleta de dados o pesquisador precisa definir a amostra inicial (quem serão os participantes), quais serão as perguntas de pesquisa, definir conceitos e variáveis, realizar uma revisão de literatura e aprofundar o entendimento sobre os dados.

Assim, os participantes deste estudo, que representaram as organizações, foram os principais gestores que fazem parte da equipe de implantação das estratégias do hospital, normalmente o executivo principal do hospital e o responsável pelo setor/ações de qualidade do hospital.

No contexto da pesquisa do tipo estudo de caso têm-se a triangulação. Martins (2008) expressa que a triangulação assegura a confiabilidade e a validade do estudo, pois assim é possível descrever, argumentar e realizar uma análise do fenômeno para embasar a construção da teoria. Segundo Denzin e Lincoln (2006) a pesquisa necessita de critérios para obtenção de confiabilidade, credibilidade e fidedignidade. Corroborando com este pensamento, Yin (2016), cita três objetivos para construir a confiança e a credibilidade, são eles: a transparência, a metodocidade e a fidelidade às evidências. Para cumprir com os requisitos de confiança e credibilidade foi elaborado um protocolo para o estudo de caso (Apêndice B). O protocolo reúne os objetivos delineados pelo estudo, os procedimentos utilizados para coleta dos dados, relevância do estudo e esclarecimentos sobre a coleta de dados. O documento foi compartilhado via *e-mail* com os entrevistados.

A triangulação dos dados desta pesquisa foi realizada a partir: a) de entrevistas, b) análise de documentos (planilhas de mapeamento dos processos, planejamento estratégico e atas), e c) observação (realizada por meio de visita aos hospitais), destaca-se também que a fala entre os gestores do mesmo hospital foram realizadas de forma individual possibilitando realizar comparações entre as respostas deles.

As entrevistas ocorreram de duas formas: a) por meio virtual, devido à pandemia e foram gravadas com autorização do entrevistado. O termo de consentimento (Apêndice A) foi lido no início da entrevista e o consentimento foi gravado; b) presencial, com visita aos hospitais X e Z, nos quais o termo de consentimento foi coletado.

Devido à situação crítica de pandemia apresentada, parte dos gestores não puderam cumprir a agenda de entrevistas, e outros necessitaram desmarcar diversas vezes. Também houve o caso de um gestor do setor administrativo que precisou afastar-se das atividades do hospital após contaminação e internação pelo COVID-19. Além das negações e desmarcações das entrevistas, também houve dificuldade para realizar as viagens nas diferentes cidades, as quais se localizavam os hospitais, devido às restrições mediante o *lockdown*.

O primeiro instrumento de coleta de dados utilizado foi a entrevista e o roteiro de questões foi dividido em três blocos. O Quadro 6 descreve o primeiro bloco de questões, direcionadas a coletar dados de perfil da organização e do entrevistado.

Quadro 6 - Bloco 1: Características da Organização e do entrevistado

Características da Organização:	
Nome do Hospital:	
E-mail:	
A organização possui implementada alguma metodologia de gestão da qualidade total? Se sim: Qual?	
Qual a natureza jurídica?	
Qual o tipo de estabelecimento? (hospital geral / especializado)	
Caraterísticas do entrevistado (a):	
Nome:	
Idade:	
Sexo:	
Formação: (graduação em .../última titulação/mini currículo)	
Cargo:	
Há quanto tempo está no Cargo?	
Há quanto atua na instituição?	
Sector:	
E-mail:	
Horário da entrevista:	

Fonte: Elaborada a partir de estudos anteriores.

As questões para identificar as práticas de Gestão da Qualidade neste estudo, foram elaboradas a partir das nove dimensões utilizadas por Xiong *et al.* (2017), em seu instrumento para medir a relação entre o desempenho hospitalar e a prática de gestão da qualidade. O instrumento utilizado pelo autor foi adaptado e acrescido de características dos setores de saúde pública, a partir do estudo de Saraph, Benson e Schroeder (1989).

As nove dimensões e os respectivos pontos para avaliar as práticas de gestão da qualidade no hospital estão apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 - Bloco 2: Conjunto de questões sobre a gestão da qualidade

Categoria	Pergunta
Papel dos gestores de qualidade/ Liderança alta gestão	Como é a aceitação da equipe do hospital para realizar os procedimentos de qualidade? A alta gerência apoia o gestor de qualidade? A alta gerência participa ou acompanha as reuniões e os procedimentos implementados?
Política da qualidade	A gestão da qualidade é considerada dentro do planejamento estratégico? Os objetivos estratégicos foram considerados no planejamento estratégico? Existem indicadores? Se sim, quais os grupos dos indicadores ex.: financeiro, cliente, fornecedores...
Importância do departamento de qualidade	O setor é subordinado a qual cargo/setor do organograma do hospital? Qual a autonomia do setor de qualidade entre os demais setores? Qual a visibilidade do setor de qualidade entre os demais setores do hospital?

Treinamento dos colaboradores	São disponibilizadas capacitações para a equipe de qualidade (cursos/workshops sobre conceitos de qualidade, ferramentas de melhoria de qualidade)? Com que frequência?
Gestão de processos	Os principais procedimentos são mapeados? Como são controlados os procedimentos para garantir a conformidade com os requisitos do processo? É realizado avaliação e melhoria nos procedimentos?
Satisfação do Cliente	Como é medida a satisfação dos pacientes e/ ou familiar? Com que frequência? Os feedbacks/ resultados das pesquisas de satisfação com os clientes é avaliado?
Informações da qualidade	Como são utilizados os indicadores/dados de qualidade para a resolução de problemas? Como a alta direção e os gestores de outros setores avaliam estes dados? É realizada avaliação dos gestores e colaboradores com base no desempenho de qualidade? Os dados são disponíveis para toda a equipe do hospital? E para a sociedade? Esses dados refletem em melhorias na qualidade da assistência médica?
Relação com os colaboradores	Os colaboradores de outros setores são envolvidos nos debates sobre a gestão da qualidade? Há reconhecimento do setor de qualidade para com a equipe quando estas atingem um bom desempenho? Os colaboradores têm conhecimentos de quais são os requisitos da qualidade? Há informação de que os colaboradores do hospital cumprem ou não os requisitos da qualidade?
Relação com fornecedores	Como é baseada a relação de confiança entre o hospital e os fornecedores? Há uma política de compra estabelecida? É levado em conta a qualidade ou o preço? É realizado controle de qualidade do fornecedor?

Fonte: Adaptado de Xiong *et al.* (2017).

O conjunto de questões escolhido para mensurar o desempenho da organização é o de autoavaliação utilizado pelas organizações interessadas em participar da premiação do Melhores em Gestão, ou pelas organizações interessadas em receber a devolutiva que consiste em um relatório contendo um resumo de sua pontuação por Fundamento. O motivo da escolha deste instrumento se deu pelo fato da avaliação Melhores em Gestão (antigo Prêmio Nacional da Qualidade) ser um modelo já difundido no País (OLIVEIRA, 2006). O Melhores em Gestão tem como referência o Modelo de Excelência da Gestão (MEG), que possui como base 08 fundamentos da gestão para a excelência (quadro 1), “os novos fundamentos junto com o novo diagrama substituem os antigos Critérios de Excelência tornando mais concreto o caminho para sua internalização” (FNQ, 2020, p. 3).

No Quadro 8 estão descritas as questões sobre avaliação de desempenho.

Quadro 8 - Bloco 3: Questões sobre desempenho

Categoria	Pergunta
Pensamento sistêmico	O modelo de gestão possui indicadores de processos e/ou estratégicos? Se sim, eles estão correlacionados e os responsáveis estão alinhados? As informações críticas para o negócio são definidas e possuem informações comparativas para a tomada de decisão?

Compromisso com as partes interessadas	<p>Há desenvolvimento de novos produtos/serviços? Se sim, eles são divulgados? A empresa possui avaliação da marca/imagem? Realiza pesquisa de satisfação com o cliente e fidelização? Os fornecedores são selecionados e avaliados? Se sim, possui acompanhamento para implementação de melhorias do processo? Os colaboradores são treinados para o exercício da sua função e sua integração à cultura organizacional? Há programa de desenvolvimento de carreira? Há um planejamento em relação ao risco a saúde e segurança? Ex: PPRA/PCMSO...</p>
Aprendizado organizacional e inovação	<p>Já foi realizado algum diagnóstico organizacional e análise crítica da gestão? Se sim, as melhorias foram implementadas? Há análise das competências essenciais da empresa? Se sim, há definição das oportunidades para melhorar o posicionamento competitivo? Os conhecimentos mais importantes do hospital são desenvolvidos e protegidos? Há indução e desenvolvimento da inovação, incluindo as competências orientadas para a inovação? Já foi realizada alguma inovação? Os resultados foram medidos?</p>
Adaptabilidade	<p>As implementações das mudanças são planejadas?</p>
Liderança transformadora	<p>O hospital possui valores, princípios e diretrizes organizacionais definidos e reconhecido pela equipe? A governança é estruturada a partir de seus princípios básicos de Transparência, Equidade, prestação de Contas (<i>accountability</i>) e Responsabilidade Corporativa? Se sim, há conformidades com os requisitos legais, regulamentares, padrões e diretrizes organizacionais? Os aspectos culturais favoráveis e adversos estão mapeados? Se sim, há um plano de ação para avaliar a efetividade da cultura desejada? Há pessoas com potencial de liderança para sucessão e se sim há alguma avaliação? Evidências...</p>
Desenvolvimento sustentável	<p>Os requisitos de desempenho econômico e financeiro possuem acompanhamento? Se sim, há um planejamento para otimizar os custos/resultados? Há cumprimento da legislação ambiental? Se sim, há prevenção quanto aos impactos ambientais? O hospital realiza ações sociais? Se sim, há estímulo ao voluntariado e à inclusão social? Evidências... (além da legislação)</p>
Orientação por processo	<p>O sistema de informação e comunicação é avaliado pelos usuários? (ex: e-mail, ouvidoria...) Há requisitos de segurança da informação? Os processos são mapeados e o requisitos aplicáveis a cadeia de valor? Se sim é analisada a produtividade e busca por melhorias? Há processo para identificar oportunidades de desenvolvimento de novos serviços? Evidências...</p>
Geração de valor	<p>Possui indicador de resultados econômico-financeiros? Se sim, há uma tendência positiva nos últimos anos? Possui indicador de resultados ambientais? Se sim, há uma tendência positiva nos últimos anos? Possui indicador de resultados sociais? Se sim, há uma tendência positiva nos últimos anos? Possui indicador de resultados relativos aos clientes? Se sim, há uma tendência positiva nos últimos anos? Possui indicador de resultados relativos à força de trabalho? Se sim, há uma tendência positiva nos últimos anos? Possui indicador de resultados relativos aos fornecedores? Se sim, há uma tendência positiva nos últimos anos?</p>

Fonte: Adaptado de Fundação Nacional de Qualidade (FNQ, 2020).

Alves (2015), em sua pesquisa, também utilizou este conjunto de questões (em sua versão anterior) de autoavaliação para o Prêmio Nacional da qualidade, portanto já validado cientificamente. É importante ressaltar que, atualmente o Prêmio Nacional da Qualidade (PNQ) foi substituído pelo processo de avaliação Melhores em Gestão, o qual reconhece organizações a nível de classe mundial, que são referência em gestão no Brasil. O conjunto de questões apresentado é disponibilizado no endereço eletrônico da Fundação Nacional da Qualidade, através do *software* SAGE, especialmente desenvolvido para os processos de avaliação e premiação baseado no Modelo de Excelência da Gestão (MEG). O Modelo de Excelência em gestão (MEG) utilizado pelos estudos pgressos de Alves (2015) será utilizado comparativamente aos resultados encontrados nesta pesquisa.

É importante destacar que foi realizado o pré-teste do instrumento de coleta de dados com profissionais da área administrativo/financeira e da gestão da qualidade. As entrevistas foram realizadas no mês de outubro de 2020, resultando em 01h 26 minutos de áudio. Após apontamentos dos especialistas, alguns ajustes foram realizados com o objetivo de otimizar a realização das entrevistas.

O segundo meio de coleta de dados utilizado foi a verificação dos documentos. As organizações hospitalares acreditadas, recebem um relatório contendo os pontos fortes e oportunidades de melhoria do hospital, assim como uma nota de rendimento para cada setor. Este relatório foi solicitado para o hospital X durante a entrevista com a gestora de qualidade do hospital. Já para os hospitais Z e Y foi solicitado o planejamento estratégico, documento que norteia os principais objetivos estratégicos da organização. Sá-Silva, Almeida e Guindani (2009) reconhecem a importância da coleta de dados documental, uma vez que esta análise possibilita a ampliação do entendimento do estudo a partir da riqueza de informações extraídos nos documentos.

O terceiro meio de coleta de dados foi a observação direta intensiva, segundo Marconi e Lakatos (2018) tal técnica consiste em obter aspectos da realidade através da visão, audição e pela condição favorável para examinar os fatos. A pesquisadora realizou a observação assistemática, de forma individual e presencial no mês de dezembro de 2020 no hospital X e no hospital Z em fevereiro de 2021. Devido ao estabelecimento do *Lockdown*, não foi possível realizar a visita presencial no hospital Y. Com a permissão dos entrevistados, foram fotografados vários itens observados, comprovando a realização desta etapa.

3.4 TÉCNICAS DE ANÁLISE DOS DADOS

A técnica escolhida para análise dos dados foi a análise de conteúdo, segundo Bardin (2011), pertencem a uma análise de conteúdo, um conjunto de técnicas que consistem na explicação e sistematização do conteúdo oriundos de expressões e mensagens. Tais técnicas têm como finalidade realizar deduções lógicas e justificadas sobre a mensagem passada pelo emissor. “Qualquer análise objetiva procura fundamentar impressões e juízos intuitivos, por meio de operações conducentes a resultados de confiança” (BARDIN, 2011, p. 49). A autora menciona duas práticas científicas que estão interligadas a análise de conteúdo, tanto pelo objeto, quando pela proximidade metodológica, são elas as técnicas documentais e a linguística.

No estudo proposto, a fim de realizar a triangulação dos dados, foram analisadas por meio de análise de conteúdo: a) as respostas obtidas das entrevistas; b) os documentos fornecidos pelos hospitais; e c) as observações registradas em arquivo de texto e fotografias.

A primeira etapa de realização da análise de conteúdo se constituiu da leitura flutuante, Conforme Bardin (2011), nesta etapa é possível, a partir de uma primeira leitura surgir percepções e intuições. A autora também denomina como leitura intuitiva, sendo essa aberta a diferente hipóteses e reflexões. Segundo Bardin (2011), a leitura flutuante após a primeira leitura, aos poucos vai se definindo, por conta das hipóteses formadas e lançamento de teorias.

As categorias da análise de conteúdo estão descritas no Quadro 9.

Quadro 9 – Categorias de análise do conteúdo

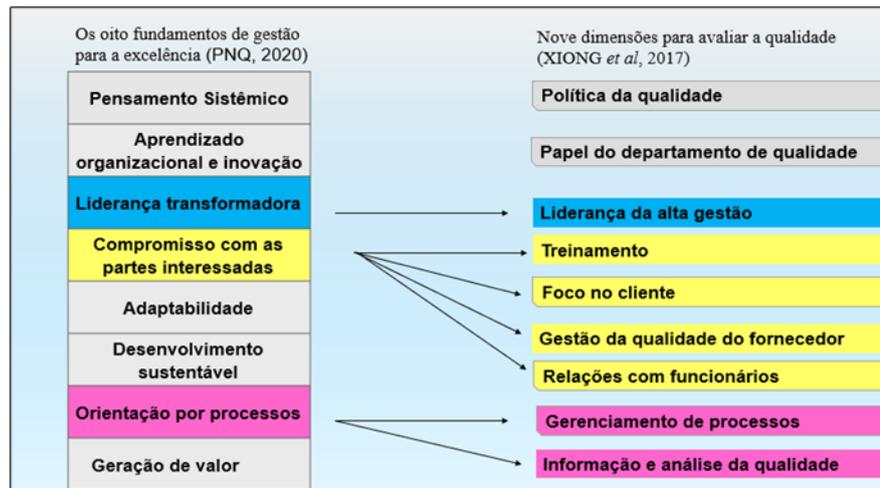
Gestão da Qualidade	Desempenho Organizacional
Papel dos gestores de qualidade / Liderança alta gestão	Pensamento sistêmico
Política da qualidade	Compromisso com as partes interessadas
Importância do departamento de qualidade	Aprendizado organizacional e inovação
Treinamento dos colaboradores	Adaptabilidade
Gestão de processos	Liderança transformadora
Satisfação do Cliente	Desenvolvimento sustentável
Informações da qualidade	Orientação por processo
Relação com os colaboradores	Geração de valor
Relação com fornecedores	
9 categorias com 31 questões ao total	8 categorias com 50 questões

Fonte: Elaborado a partir de síntese dos Quadros 7 e 8.

Adicionalmente a análise qualitativa dos dados foi utilizada uma métrica quantitativa para entendimento do possível reflexo da gestão da qualidade na maturidade da gestão organizacional do hospital, sendo que as categorias foram quantificadas com a seguinte métrica: se a resposta for positiva, 1 Ponto, se a resposta for atendida parcialmente, 0,5 Ponto, se a resposta for negativa, “0” Ponto, para cada questão respondida pelos entrevistados. Dessa

forma, foi possível visualizar se o hospital que possui mais práticas de gestão da qualidade possui maior maturidade organizacional. Ao total as questões de Gestão da Qualidade permitem alcançar 31 Pontos e as de Desempenho Organizacional 50 Pontos, sendo estes os escores máximos para cada conjunto de questões.

Figura 2 – Relações entre as categorias de análise



Fonte: Elaborado a partir de Xiong *et al.* (2017) e FNQ (2020).

A figura 2 traz a relação entre os fundamentos utilizados no modelo de excelência em gestão (MEG) e as dimensões observadas por Xiong *et al.* (2017). O fundamento liderança transformadora apresentada pelo MEG traz a relevância da atuação dos líderes de forma ética, com base em estratégias para garantir a excelência do desenvolvimento do trabalho. A liderança da alta gestão, por Xiong *et al.* (2017) descreve a importância da condução da alta liderança para o desenvolvimento e sucesso da organização, ou seja, quais as ações estratégicas desenvolvidas para garantir o sucesso da empresa.

O compromisso com as partes interessadas identifica as necessidades das partes interessadas da organização (acionistas, cliente, fornecedor, sociedade e força de trabalho) para que as atividades desenvolvidas na organização sejam atendidas de acordo com a expectativa dos atores envolvidos. As partes interessadas citadas no MEG abrangem as seguintes dimensões de Xiong *et al.* (2017): Treinamento, tem como foco o treinamento dos colaboradores para que estes desempenhem as atividades de forma satisfatória. Foco no cliente, busca identificar a satisfação do cliente em relação a qualidade do hospital. Gestão da qualidade do fornecedor, incentiva o bom relacionamento com os fornecedores para que haja uma parceria de longo prazo. Relações com funcionários, envolve práticas de gestão de pessoas que preocupam com a satisfação, capacitação e reconhecimento dos colaboradores.

Por fim, a orientação de processos trazido pelo MEG, compreende que os processos de uma organização devem ser entendidos do início ao fim, além de ser gerenciado visando a eficiência e eficácia das atividades. Neste sentido, no instrumento de Xiong *et al.* (2017), a informação e análise da qualidade descreve a importância de assegurar a disponibilidade de dados confiáveis para o desenvolvimento das atividades. Já a orientação por processos, abrange a conformidade do desenvolvimento do trabalho, assim como a sua avaliação de acordo com as expectativas dos pacientes e a busca pela melhoria contínua.

3.5 CONSTRUCTO DE OPERACIONALIZAÇÃO DA PESQUISA

A realização do constructo auxilia o pesquisador a moldar o projeto de pesquisa, as especificações ajudam que a teoria seja construída com maior precisão (EISENHARDT, 1989).

O Quadro 10 apresenta os meios de operacionalização desta pesquisa.

Quadro 10 - Operacionalização da pesquisa.

	Objetivos	Operacionalização	Literatura
Objetivo Específico A	Identificar, por meio da aplicação do instrumento utilizado por Xiong <i>et al.</i> (2017), a posição das organizações hospitalares em relação às práticas da gestão da qualidade;	Quadro 7 - Bloco 2 - Conjunto de questões sobre a gestão da qualidade. Análise de conteúdo e da pontuação obtida nas categorias	Xiong <i>et al.</i> (2017)
Objetivo Específico B	Verificar o nível de maturidade das organizações hospitalares, em relação às práticas do Modelo de Excelência da Gestão, a partir do instrumento de autoavaliação para o prêmio Melhores em Gestão, da Fundação Nacional da Qualidade.	Quadro 8. Bloco 3 - Questões sobre desempenho organizacional. Análise de conteúdo e da pontuação obtida nas categorias	FNQ (2020)
Objetivo Geral	Analisar quais as características de perfil e quais práticas da gestão da qualidade se relacionam com o nível de maturidade de organizações hospitalares.	Relacionar o bloco 1 o bloco 2 e com o conjunto de questões do bloco 3. Análise de conteúdo da pontuação obtida nos objetivos específicos “a” e “b”.	Contribuição do estudo

Fonte: Elaborado a partir da revisão de literatura.

Encerrando com o Quadro 10, da operacionalização da pesquisa o presente capítulo descreveu os procedimentos metodológicos utilizados na realização deste estudo. No próximo capítulo será retratado os resultados da pesquisa, a partir da análise das entrevistas, documentos e observações realizados pela pesquisadora.

4 RESULTADOS

Neste capítulo estão apresentados e discutidos os resultados encontrados no estudo. O Quadro 11 apresenta o perfil dos entrevistados e o tempo despendido nas entrevistas.

Quadro 11 – Perfil dos entrevistados e tempo das entrevistas

Hospitais	Entrevistado (a)	Cargo	Formação	Tempo na instituição	Tempo no cargo	Tempo da entrevista
Hospital X	X1	Diretora administrativa	Administração hospitalar	13 anos	11 anos	00:50:48
	X2	Consultora de qualidade	Enfermagem	02 anos	02 anos	00:31:12
Hospital Y	Y1	Gestor de planejamento	Gestão pública	11 anos	03 anos	1:32:19
	Y2	Coordenadora da qualidade	Enfermagem	05 anos	2 anos	00:38:50
Hospital Z	Z1	Gerente administrativo	Administração de empresas	10 anos	03 anos	01:23:43
	Z2	Chefe setor de suprimentos	Administração de empresas	04 anos	03 anos	00:29:12
Tempo Total das entrevistas						326 minutos

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme apresentado no quadro 11 para denominar os entrevistados foi utilizado uma nomenclatura em sequência numérica, de acordo a nomenclatura do hospital, como forma de preservar a identidade dos participantes. Ao todo foram seis encontros, envolvendo seis gestores, com a duração total de 326 minutos de entrevistas. Os participantes possuem formação na área da saúde ou em administração/gestão, o colaborador com maior tempo na instituição foi o X1 com 13 anos e o menor foi o X2 com dois anos no hospital e o mesmo tempo no cargo.

Cabe ressaltar que a entrevista em profundidade foi a principal fonte de análise dos dados, no entanto foram verificados documentos internos das instituições e foi feita observação *in loco* nos hospitais X e Z, além de pesquisa em fontes externas, como endereços eletrônicos, redes sociais dos hospitais e notícias em jornais da região.

Nos hospitais Y e Z foi fornecido o Plano de Diretor Estratégico (PDE) referente ao triênio 2021/2023, este foi elaborado com base no mapa estratégico da rede Ebserh, que possui como objetivos estratégicos cinco pilares que servem como subsídio para o alcance da visão de futuro, são eles: sociedade, sustentabilidade, governança, processos e tecnologia e pessoas. O Plano de Direção Estratégica tem como objetivo identificar os desafios da gestão e criar estratégias para que as questões levantadas sejam resolvidas. Os PDEs estão disponíveis no endereço eletrônico dos hospitais para consulta pública.

Já o hospital X forneceu o planejamento estratégico orientado ao período de 2018 a 2022 (versão 02), o documento com mapeamento dos processos e suas respectivas planilhas com as notas de qualificação de cada setor divididas por: atendimento e prestação, prazo, qualidade, preço correto e segurança, por fim o plano de ação da acreditação ONA, contendo a data de início da implementação da gestão da qualidade e o resultado da avaliação.

Nas organizações hospitalares X e Z, os gestores administrativos responsáveis compartilharam através do sistema do hospital os indicadores atualizados que comprovam o cumprimento do planejamento estratégico da organização, no hospital X o acompanhamento dos indicadores também é exposto em painéis para que os colaboradores possam ter acesso (figura 4). No hospital X foi possível verificar também o instrumento utilizado para medir a satisfação do paciente e acompanhante (figura 3).

Além disso foi observada a infraestrutura do hospital X e Z, a fim de verificar aspectos relacionados a organização do ambiente de trabalho, cumprimento das normas de segurança e saúde dos colaboradores e pacientes, também foram aplicadas algumas perguntas para os funcionários como: o monitoramento de indicadores é realizado de quanto em quanto tempo? Qual a visão estratégica do hospital?

Apesar de não ter sido viável a realização de uma visita presencial no hospital Y, foi possível analisar alguns aspectos que confirmaram as respostas obtidas na coleta de dados da pesquisa, através do endereço eletrônico institucional do hospital. Foram verificadas notícias relacionadas a realização de campanhas sociais, pesquisa de satisfação dos residentes e capacitações para os colaboradores (servidores, profissionais da saúde e residentes).

4.1 PERFIL DOS HOSPITAIS PESQUISADOS

As perguntas desenvolvidas para realizar a análise do perfil dos hospitais teve como objetivo identificar: a natureza jurídica, o tipo de estabelecimento, o setor destinado a gestão da qualidade e quais certificações eram implementadas nas organizações. De forma que, a partir destas informações fosse possível verificar aproximações com os instrumentos referentes a gestão da qualidade e a maturidade da gestão dos hospitais.

Para uma melhor compreensão, o Quadro 12 apresenta as características de cada organização hospitalar.

Quadro 12 – Características dos hospitais

Hospital	Natureza Jurídica	Estabelecimento	Possui setor destinado à gestão da qualidade	Tempo de implantação do Sistema	Possui acreditação
Hospital X	Privado	Hospital Geral	Sim	07 anos	Sim. Acreditação ONA 1
Hospital Y	Público	Hospital Geral	Sim	02 anos	Não
Hospital Z	Público	Hospital Geral	Não	Em implementação	Não

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme informações descritas no Quadro 12 é possível notar que os hospitais possuem características que os diferem, como a natureza jurídica, a implementação de um setor da qualidade e obtenção da acreditação.

Foi identificado que o Hospital X, apesar de possuir um setor destinado à gestão da qualidade há sete anos, a acreditação ONA nível 1 só foi conquistada no mês de fevereiro de 2020. Segundo a consultora de qualidade, responsável pela implementação das ferramentas da qualidade no hospital, o processo para obtenção da acreditação exigiu grande esforço da equipe: *“Foi um trabalho bem intenso, no início houve bastante resistência porque precisou fazer um monte de quebra de cultura”* (Entrevistada X2).

O Hospital Y iniciou a criação do setor de qualidade e vigilância da saúde em 2019, a partir do novo organograma composto pela rede Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Ao comando de uma coordenação específica para o setor, a equipe vem desenvolvendo atividades destinadas a gestão da qualidade em serviço de saúde.

O Hospital Z também faz parte da rede EBSERH. Entretanto, o setor de qualidade encontra-se em fase de implementação e as atividades voltadas para gestão da qualidade são gerenciadas pelo setor de suprimentos.

Observou-se que o tipo de estabelecimento não influenciou na criação e/ou certificações adquiridas pelos hospitais e que as organizações de gestão pública só criaram setores destinados a gestão da qualidade após uma mudança de organograma estabelecida pela sede. Entretanto, notou-se que a natureza jurídica pode ter interferido na implementação da gestão da qualidade nos hospitais Y e Z, uma vez que essa só foi evidenciada após a mudança do organograma enviado pela sede da EBSERH.

4.2 PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE ADOTADAS

Como disposto na metodologia desta pesquisa, a análise de conteúdo realizada conforme os pressupostos de Bardin (2011) foi segmentada nesta seção em nove categorias. Deste modo

é apresentada a seguir a análise das entrevistas realizadas com os colaboradores dos hospitais, obedecendo a seguinte sequência das categorias: papel dos gestores de qualidade; política da qualidade; importância do departamento de qualidade; treinamento dos colaboradores; gestão de processos; satisfação do cliente; informações da qualidade; relação com os colaboradores; e relação com fornecedores.

4.2.1 Papel dos gestores da qualidade/Liderança alta gestão

A categoria papel dos gestores da qualidade/liderança alta gestão busca identificar como é a aceitação dos diferentes setores dos hospitais em relação aos procedimentos e demandas relacionadas à gestão da qualidade e se a alta administração apoia e participa das reuniões voltadas para o desenvolvimento da qualidade na instituição.

Foi identificado nos hospitais Y e Z que a implementação da qualidade foi estabelecida a partir de um novo organograma da rede EBSEH para o ano de 2021. O hospital Y iniciou a estruturação do processo de implementação do setor de qualidade em 2019. Conforme Y2:

A gente iniciou, fazendo um mapeamento de processos dentro das três gerências. E concomitante daí foi a nossa criação no processo do setor na sede [...] e viemos trabalhando toda a questão de gerenciamento na gestão da qualidade no processo de acreditação da qualidade para a rede EBSEH. A partir dali a gente vem desenvolvendo, então uma estratégia também.

A gestora Y2 entende que a equipe do hospital recebeu as demandas do setor da qualidade de forma positiva: *“A gente conta como favorável à nossa chegada no setor, pois estimulou os profissionais a fazerem todo esse trabalho de desenho de processos, de identificação, de prioridades de qualidade, então sim, a gente teve uma boa aceitação do trabalho e tem sido muito, muito bom!”*

Diferente do hospital Y, o hospital Z estava em período de implementação do setor de qualidade em dezembro de 2020, até então não havia sido criado um setor e sim atribuídas as demandas para o setor de suprimento, conforme o entrevistado Z2:

Porque na verdade agora está saindo um organograma novo. Que está sendo incluso ali um setor específico para a qualidade, então assim, não existia um setor de qualidade, a demanda foi atribuída para um setor que já existia no hospital para fazer esse trabalho, mas agora tá ganhando importância e está sendo criado um setor para o hospital de controle de qualidade, de serviços prestados do atendimento.

Em relação a aceitação da equipe quanto ao novo setor de qualidade, o gestor Z2, entende que as reuniões estratégicas para a implementação do setor foram bem aceitas, inclusive

na última reunião realizada para levantar os itens e processos dos serviços: *“Ela foi bem aceita, não teve empecilhos, o pessoal estava bem aberto para ajudar. Não tentou esconder nada, acho que foram bem sinceros nas respostas, acho que foi bem aceito.”* (Z2)

Já no hospital X, a entrevistada X2 estava há pouco tempo no cargo (2 anos) e por isso apesar do setor já existir, no ano de 2019 foi necessário realizar uma reestruturação do setor, uma vez que a instituição havia realizado a sua contratação com o objetivo de conseguir a acreditação. Segundo a entrevistada X2 no início a equipe foi mais resistente pois foi necessário realizar algumas mudanças: *“Foi um trabalho bem intenso, no início houve bastante resistência porque precisou fazer um monte de quebra de cultura, era preciso retomar com os processos, mas em contrapartida a grande maioria dos gestores queria muito. E hoje as pessoas estão totalmente acostumadas com esse ambiente.”* (X2).

Um ponto a destacar, de acordo a entrevistada X2, foi a necessidade de mudança da gestão na equipe da enfermagem: *“Houve uma mudança bem importante na gestão da enfermagem, foi o que realmente fez a virada. A nova gestora é um avião e já havia experiência em trabalhar com qualidade, inclusive já havia passado por dois processos de acreditação”* (X2).

Em relação ao apoio da alta gerência os três hospitais afirmaram que a alta administração apoia o setor de qualidade e participa das reuniões estratégicas.

De forma sintética pôde-se observar que o hospital X, por ter mais tempo de implementação do setor da qualidade, possui uma relação mais próxima com os demais setores da organização. O hospital Y, apesar de ser um setor novo, está criando um vínculo de importância e respeito com os demais departamentos e o hospital Z está desenvolvendo o vínculo do setor da qualidade com os demais setores da organização.

Ressalta-se que no estudo de Sabella, Kashou e Omran (2015) os autores sugerem que as equipes dos diferentes tipos administrativos devem se esforçar para desenvolver os indicadores de qualidade com objetivo de implementar melhorias nos processos de trabalho. Dessa forma, entende-se que os três hospitais analisados neste estudo estão avançando na direção de melhorias nos processos de trabalho.

4.2.2 Política da qualidade

Nesta categoria buscou-se identificar se a qualidade faz parte da estratégia da organização e se o hospital utiliza indicadores para medir e controlar os processos de trabalho, a satisfação dos pacientes, entre outros.

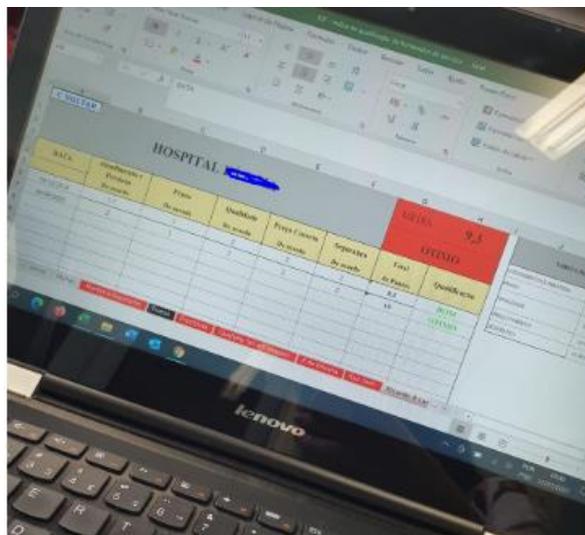
O gestor do hospital Z informou que, a partir do novo organograma criado pela sede da EBSEH, começou a incluir no Plano Diretor Estratégico (PDE) pontos de medição para medir a qualidade: *“Estão sendo criados índices de monitoramento dos pontos de serviços prestados, dos atendimentos do hospital.”* (Z2). Foi observado que o hospital Z não incluiu indicadores da qualidade em todos os setores do hospital e que a implementação está sendo de forma mais lenta do que nos demais hospitais entrevistados.

O setor de qualidade do hospital Y está estreitamente ligado no desenvolvimento do Plano Diretor Estratégico (PDE). Conforme relato da gestora Y2: *“Inclusive o planejamento de desenvolvimento estratégico da instituição está sendo trabalhado pelo setor de planejamento e pelo setor de gestão da qualidade. Então a gente está estritamente alinhado e trabalhando dentro do mesmo propósito.”* (Y2).

Sobre a utilização dos indicadores da qualidade, a gestora Y2 confirmou a utilização de indicadores e que dentro do setor de gestão da qualidade tem uma unidade específica para trabalhar com os indicadores: A unidade de qualidade de monitoramento. *“Todos os indicadores do hospital são coordenados pelo meu setor e é ali que se consolidam todos eles, colhemos informações e montamos os relatórios de gestão empresarial”.* (Y2)

O hospital X também desenvolve o planejamento estratégico juntamente com a equipe da gestão da qualidade. Além de possuírem indicadores de desempenho em todos os setores do hospital ele é monitorado sistematicamente através de planilhas eletrônicas, conforme verificasse na Figura 3 e os indicadores são disponibilizados no mural para toda a equipe no hospital, conforme a Figura 4.

Figura 3 - Planilha com os indicadores de desempenho do setor – Hospital X



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 4 - Paineis com os indicadores de saúde – Hospital X



Fonte: Dados da pesquisa.

A figura 3 apresenta a planilha utilizada para medir o desempenho mensal dos setores do hospital e, assim, identificar possíveis falhas. A figura 4 mostra o painel de informações, com os indicadores da saúde localizado no corredor de circulação principal dos colaboradores.

De forma geral, foi observado que o monitoramento e controle dos indicadores de desempenho dos setores pelo hospital X foi principalmente desenvolvido a partir da busca pela acreditação. O hospital Y dedica uma parte do setor de qualidade somente para o controle dos indicadores, mas ainda não possui indicadores de todos os setores da organização. E o hospital Z está em fase de implementação dos indicadores de desempenho.

Esta categoria de análise vai ao encontro do estudo de Al Raoush (2020), a qual identificou a importância de realizar o acompanhamento e monitoramento dos indicadores financeiros para o sucesso da prestação do serviço de saúde.

4.2.3 Importância do departamento da qualidade

Nesta categoria foi identificado a qual setor do hospital o setor da gestão da qualidade é subordinado, também como é a autonomia do setor da qualidade diante dos demais setores e sua visibilidade no hospital.

O Hospital X é subordinado ao setor da administração e quem acompanha ativamente as reuniões estratégicas da qualidade é a diretora administrativa. A gestora X2 afirmou que possui total autonomia em relação aos demais setores do hospital e quanto a visibilidade e

importância do departamento da qualidade: *“O setor é muito bem-visto, é muito respeitado no hospital! Antes de qualquer mudança no processo os colaboradores me procuram para entender se pode impactar em alguma coisa, mesmo quando não estou presente.”* (X2)

Os hospitais Y e Z são subordinados diretamente pela superintendência. Em relação a autonomia o hospital Z adotou uma metodologia onde o setor é transversal entre os demais setores da organização, conforme relato da Y2: *“Ele é transversal entre os demais setores e a gente auxilia dentro de todas as divisões.”* A gestora Y2 complementou o pensamento dando um exemplo de quanto foi realizado o mapeamento dos processos nos setores: *“A gente faz com que esses processos sejam transversais, né, a gente consegue otimizar o que é feito por um setor lá e transversal ele para o outro também que às vezes utiliza do mesmo processo.”*

Sobre a visibilidade do setor no hospital, a gestora Y2 entende como positiva: *“Hoje posso te dizer que ele é um setor que já é visualizado dentro da instituição como o responsável pela melhoria dos processos de trabalho.”*

Por fim, o gestor do hospital Z informou que as perguntas relacionadas sobre a autonomia e visibilidade do setor não poderiam ser aplicadas, pois ainda não existe o setor específico da qualidade e que as demandas da qualidade como o desenvolvimento dos processos, estão dentro do setor de suprimentos.

De forma geral os três hospitais são subordinados pela alta administração e em relação a visibilidade e independência do setor de qualidade, as organizações X e Y possuem setores que impõem respeito e possuem autonomia em relação ao trabalho desenvolvido nas organizações. O hospital Z por ainda não possuir um setor específico para a gestão da qualidade, não consegue mensurar a visibilidade do trabalho da equipe da qualidade.

4.2.4 Treinamento dos colaboradores

A presente categoria visou identificar se os hospitais disponibilizam cursos e/ou treinamentos sobre os conceitos e ferramentas da gestão da qualidade para a equipe de qualidade e com qual frequência são ofertados os cursos.

Os hospitais X e Y afirmaram que as organizações oferecem cursos e treinamento voltados para a gestão da qualidade. A gestora Y2 complementou que o hospital Y tem focado na acreditação da rede e por este motivo a equipe responsável pela qualidade, está realizando cursos específicos para este objetivo fim. Importante destacar que, a coordenadora montou um grupo de trabalho com as pessoas que serão responsáveis em realizar as auditorias.

A gente montou ano passado um grupo de trabalho com os líderes da qualidade e colocamos eles inicialmente como auditores. Então a gente faz alguns dos cursos de formação específicos para trabalhar conceitos sobre os processos de auditoria e liderança na instituição. (Y2)

Em relação a frequência da realização destes cursos, as gestoras dos hospitais X e Y informaram que não há um plano a ser seguido, mas que os treinamentos são realizados regularmente. A entrevistadora X2 comentou que houve uma diminuição dos treinamentos ofertados por conta da pandemia, mas que ainda assim os cursos são realizados de forma online: *“O que teve assim foi uma diminuição por causa da pandemia, mas realizamos muitos treinamentos online.” (X2)*

O entrevistado do hospital Z, informou que ainda não há um plano de treinamentos, capacitações e/ou cursos voltados para a gestão da qualidade e que até então foi realizado um treinamento: *“É, no momento ainda não, não teve capacitação, teve um treinamento com o grupo do pessoal do comitê que foi montado, algumas pessoas participaram do treinamento em videoconferência, com a própria EBSEH.”*

Em síntese, foi possível analisar que os três hospitais não possuem uma regra estabelecida para o desenvolvimento de treinamento, cursos e participação de *workshops* durante o ano. Identificou-se que os treinamentos e cursos são disponibilizados pelas organizações à medida que a equipe necessita de mais conhecimento e ferramentas para o desenvolvimento do trabalho.

Nesta mesma direção o estudo de Baidoun, Salem e Omran (2018) recomenda investimento em treinamento e desenvolvimento da equipe de trabalho para melhorar as competências do pessoal, o autor foca nos cursos de qualidade e formação para melhorar o desempenho, também cita a necessidade de realizar avaliações para medir os resultados.

4.2.5 Gestão de processos

A categoria gestão de processos buscou identificar se os hospitais realizaram o mapeamento dos principais procedimentos, se eles são controlados a partir de indicadores para que seja possível realizar o monitoramento e cumprimento dos requisitos. Também procurou verificar se é realizada a busca pela melhoria dos processos.

Para um melhor entendimento o quadro 13 especifica como cada hospital realizou o mapeamento dos processos.

Quadro 13 – Gestão de Processos dos Hospitais X, Y e Z

Hospital	Os principais processos são mapeados?	Como foi realizado o mapeamento dos processos?	Os processos possuem indicadores?	Há implementação de melhoria nos processos?
X	Sim, todos os processos de trabalho do hospital estão mapeados, desde a unidade de centro cirúrgico até a unidade de centro de roupa. Os processos de trabalho dos terceirizados, como o laboratório, também são mapeados. Todos os processos estão descritos no documento: Procedimentos de Gestão.	O mapeamento dos processos foi realizado em conjunto (equipe da qualidade + gestor do processo). Cada procedimento possui o macrofluxo do processo, incluso o detalhamento das atividades: As entradas, os principais fornecedores, as entregas, os clientes, atores envolvidos, entre outros.	Sim, todos os processos possuem indicadores	Sim, é realizada a análise crítica dos processos com o objetivo de implementar melhorias.
Y	Em construção, o hospital possui o setor de ensino e pesquisa mapeado e tem como meta mapear a gerência administrativa.	O mapeamento foi realizado com os colaboradores do setor e a equipe de qualidade.	Sim, os processos são desenhados já com os seus respectivos indicadores.	Sim, o hospital utiliza a ferramenta PDCA, para identificar melhorias nos processos.
Z	Em construção, apesar de ainda não ser formalizado, o hospital realizou mapeamentos de alguns processos.	Os colaboradores responsáveis pelo processo.	Em partes, existem alguns indicadores, mas ainda não é uma regra o estabelecimento deles.	Em partes, a avaliação de melhorias só é realizada quando é identificada alguma falha no processo. E os processos não são monitorados.

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o quadro 13 é possível observar que o hospital X possui um maior controle dos procedimentos do hospital. Conforme a gestora do hospital X todos os setores estão mapeados e eles foram descritos de forma clara, para que qualquer pessoa que tiver interesse consiga entender o documento: *“Por exemplo se tu que é leiga e está chegando aqui e precisar trabalhar no processo, tu vais poder pegar, ler o documento e entender todo o processo realizado para aquela atividade.”* (X2).

Verificou-se que o hospital Y está em fase de implementação do mapeamento dos processos e que as mudanças relacionadas ao desenvolvimento do trabalho dos colaboradores devido a pandemia, impactou no desdobramento das atividades do mapeamento.

Foi observado que apesar do hospital Z ainda não ter formalizado a implementação do mapeamento dos processos, essa é uma atividade com prioridade para ser realizada de acordo o planejamento estratégico do hospital.

Diante do que foi abordado depreende-se que o hospital X possui um grau de conhecimento sobre os processos do hospital em um grau mais avançado que os hospitais Y e Z, uma vez que o hospital Y ainda está em desenvolvimento do mapeamento dos processos e a organização Z ainda não iniciou o processo.

4.2.6 Satisfação do cliente

Esta categoria de análise procurou observar se é realizada pesquisa de satisfação do cliente, de que forma e se os resultados são utilizados para garantir que haja uma melhor experiência para os pacientes e acompanhantes.

O gestor do hospital Z informou que o setor de suprimento, o qual está como responsável pela gestão da qualidade, não realizou nenhuma atividade com o objetivo de medir a satisfação dos pacientes e acompanhantes e que essa é uma ação realizada por outro setor.

Os hospitais X e Y realizam pesquisa de satisfação com os pacientes e acompanhantes e verificam os resultados para identificar possíveis falhas nos serviços prestados. Conforme a entrevistada Y2: *“Sim, eles são avaliados e compõem relatórios, a gente tem indicadores e geramos planos de melhoria para melhorar os processos de trabalho.”*

Conforme a figura 5 é possível identificar o modelo da pesquisa de satisfação utilizada pelo hospital X.

Figura 5 – Instrumento de pesquisa de satisfação do paciente e acompanhante: Hospital X

PESQUISA DE OPINIÃO
PRONTO SOCORRO 24H

INDIQUE A RELAÇÃO COM O HOSPITAL
() Paciente () Acompanhante

QUEREMOS SABER COMO VOCÊ FOI ATENDIDO

	Ótimo	Bom	Regular	Ruim
ENFERMAGEM				
RECEPÇÃO				
MÉDICO				

IDENTIFIQUE-SE SE QUISER, PARA PODERMOS RETORNAR

Nome: _____ Telefone: _____
 E-mail: _____ Plano de Saúde: _____
 Médico: _____ Data: / /

SUGESTÕES / COMENTÁRIOS

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme exibido na figura 05, as fichas da pesquisa de opinião (exemplo apresentado na Figura 5) são disponibilizadas em locais estratégicos do hospital X, como a área de recepção e corredores de espera.

Em relação a categoria satisfação do cliente, notou-se que os hospitais X e Y, além de disponibilizar pesquisa de satisfação, também realizam a análise das respostas e compartilham o resultado com a equipe. O hospital Z não realiza essa ação.

4.2.7 Informações da qualidade

A presente categoria teve como objetivo identificar como são utilizados os dados da qualidade para a resolução dos problemas, se a alta direção e gestores de outros setores avaliam os dados. Também, buscou observar se os dados são compartilhados com os setores dos hospitais e se estes refletem para a melhoria da assistência médica.

Assim como na categoria Satisfação do Cliente, o entrevistado Z2, informou que o setor responsável pela qualidade ainda não possui dados de qualidade que poderiam ser utilizados para resolução de problemas.

O hospital X possui uma planilha com todas as não conformidades dos setores, este documento tem como objetivo identificar o percentual de erros e quais foram as falhas para que estas sejam debatidas em reuniões trimestrais com a alta direção. Conforme a gestora a partir do ano de 2021 todos os setores do hospital serão solicitados para participar das reuniões: *“O objetivo é apresentar as não conformidades para todo os gestores, assim todos saberão as não conformidades do hospital, porque hoje o gestor só sabe como está o dele.”* A gestora X2 informou que a organização possui um núcleo de segurança do paciente para trabalhar os eventos e incidentes e que dessa forma os dados da qualidade influenciam para a melhoria da assistência médica.

O hospital Y entende que os dados da qualidade fazem parte de um ciclo e que este são responsáveis por dar o *start* ao processo de melhoria, uma vez que através destes dados são identificadas as falhas. Conforme a entrevistada Y2: *“Esses dados são enviados mensalmente por relatório de indicadores do hospital e a gente tem um também, um painel de indicadores da rede toda, que a gente alimenta mensalmente e são disponíveis também na página do hospital.”*

A gestora Y2 também informou que foi criado um protocolo de definição de condutas de prevenção e controle e a partir daí foi possível identificar as falhas nos processos de assistência médica.

Em linhas gerais foi possível constatar na presente categoria que, tanto o hospital X, quanto o hospital Y realizam o levantamento dos dados da qualidade e que estes são utilizados para garantir a melhoria contínua dos setores, inclusive da assistência médica. O hospital Z não realiza esse procedimento.

As práticas realizadas pelo hospital X e Y vão ao encontro do verificado no estudo de Sabella, Kashou e Omran (2015), de que os dados de qualidade são relevantes para o processo de tomada de decisão. Os autores evidenciam a necessidade de projetar canais de comunicação eficazes de forma a garantir um bom fluxo de informações válidas entre as partes interessadas.

4.2.8 Relação com os colaboradores

Nesta categoria buscou-se identificar se os colaboradores de outros setores são envolvidos nos debates sobre a gestão da qualidade, se estes têm conhecimentos de quais são os requisitos do setor. A categoria também verificou se há reconhecimento das equipes quando atingem um bom desempenho.

Foi observado que o hospital X solicita a presença de todos os responsáveis dos setores quando realizam reuniões estratégicas sobre a gestão da qualidade. A alta direção apoia e ajuda na mobilização dos gestores para a reunião. Foi identificado também que os setores são reconhecidos pelo setor da qualidade e pela alta administração quando se destacam em suas atividades. Destaca-se que os colaboradores têm ciência dos requisitos de conformidade dos seus processos.

A gestora Y2 informou que ainda não conseguiu envolver os principais gestores dos setores, entretanto estes estão sendo incluso aos poucos. Em relação ao reconhecimento da equipe, conforme Y2, foi realizada uma reunião de premiação das gerências, para identificar aquelas que mais cumpriram os requisitos: *“Nós fizemos agora uma reunião de apresentação dos resultados e certificamos as gerências por percentual de cumprimento dos critérios.”*

O hospital Z, pelo fato de ainda estar em construção do setor da qualidade não se aplica nas perguntas que relacionam os requisitos de qualidade e reconhecimento das equipes por parte do setor da qualidade. Entretanto, é importante destacar que na primeira reunião para debater sobre a gestão da qualidade no hospital foi solicitada a presença dos gestores de todos os setores, conforme Z2: *“Foram incluídos as pessoas chaves dos setores, não houve a participação de todos os envolvidos e sim as pessoas chave de cada área e todos os setores estavam representados.”*

Referente a categoria relação com os colaboradores foi possível identificar que os três hospitais solicitam a presença de colegas de outros setores e os envolvem nas ações relacionadas

a gestão da qualidade. Foi identificado que os processos da qualidade são realizados de forma colaborativa em todas as organizações participantes da pesquisa. Em relação a promover o reconhecimento da equipe os hospitais Z e Y já realizaram algumas ações, como premiação dos setores com destaque. Por ter realizado poucas demandas da qualidade nos setores, o hospital Z não realizou ação de reconhecimento da equipe.

4.2.9 Relação com os fornecedores

A última categoria buscou identificar a relação de confiança construída entre o hospital e os fornecedores, se a qualidade dos produtos/serviços dos fornecedores é levada em conta no momento da compra ou somente o preço. Foi observado também se os fornecedores são avaliados.

Identificou-se que o hospital X faz uma análise completa dos fornecedores, e que cada setor avalia seu fornecedor. Também é enviado uma carta para cada fornecedor informando o grau de confiabilidade e satisfação. Segundo a entrevistada X2: *“No momento de contratação de um novo serviço ou produto é realizado uma análise entre o preço e qualidade fornecida”*.

Os hospitais Y e Z, por serem na esfera pública, realizam a contratação de produtos e serviços via licitação e a escolha do fornecedor é pelo que oferecer menor preço. Importante destacar que cada edital possui requisitos para garantir que o produto e/ou serviço cumpram critérios de qualidade e dessa forma antes de decidir o fornecedor pelo preço, é realizado uma análise prévia dos itens essenciais do serviço e ou produto para garantir que a qualidade do produto seja adequada. Entretanto, este é um serviço burocrático em que o processo de compras pode ser impactado; diferente do hospital com a natureza jurídica particular, que possui uma relação com fornecedores de forma independente e livre de burocracias.

4.2.10 Síntese das práticas de gestão da qualidade

A seguir o quadro 14 apresenta a pontuação obtida pelas organizações hospitalares estudadas em relação as práticas de gestão da qualidade, conforme definido nos procedimentos metodológicos do estudo, foi atribuído 1 ponto para cada prática inclusa na categoria, quando o hospital tinha determinada prática implantada e em funcionamento, 0,5 ponto quando a instituição quando a prática é realizada em partes e 0,0 ponto quando não foi identificada a atividade presente na categoria.

Quadro 14 - Pontuação referente a gestão da qualidade

Categorias	Pontuação máxima da categoria	Pontuação		
		Hospital X	Hospital Y	Hospital Z
Papel dos gestores de qualidade / Liderança alta gestão	3,0	3,0	3,0	3,0
Política da qualidade	3,0	3,0	2,5	2,0
Importância do departamento de qualidade	3,0	3,0	3,0	2,0
Treinamento dos colaboradores	2,0	1,0	1,0	1,0
Gestão de processos	3,0	3,0	2,5	1,5
Satisfação do Cliente	3,0	3,0	3,0	0,0
Informações da qualidade	6,0	5,0	6,0	0,0
Relação com os colaboradores	4,0	4,0	4,0	2,0
Relação com fornecedores	4,0	4,0	2,0	2,0
TOTAL	31,0	29,0	27,0	13,5

Fonte: Dados da pesquisa.

De acordo com o quadro 14, é possível observar que as organizações hospitalares estudadas obtiveram a mesma pontuação nas categorias papel dos gestores da qualidade e treinamento com os colaboradores. Tais categorias respectivamente analisaram a importância dada à gestão da qualidade nos hospitais e, conseqüentemente, o trabalho dos gestores responsáveis e se eram disponibilizados cursos, treinamentos de assuntos abordando a gestão da qualidade.

A partir dessas considerações foi identificada uma semelhança entre os hospitais, apesar de estarem em tempos diferentes em relação a implementação da gestão da qualidade, as três instituições obtiveram apoio e reconhecimento da equipe, após um período de sensibilização. Ainda tratando das similaridades, destaca-se o oferecimento de cursos e/ou treinamentos para a equipe responsável sobre o uso de ferramentas, gestão e auditorias relacionadas a gestão da qualidade pelas três instituições.

É importante ressaltar a categoria “relação com os fornecedores” que buscou identificar se os hospitais realizavam a gestão dos fornecedores, identificando pontos forte e fracos, pontos de melhorias e a relação entre qualidade e preço no momento de decisão da compra. Foi verificado que o hospital X cumpria todos os requisitos em relação à gestão, avaliação e monitoramento dos fornecedores e que os hospitais Y e Z possuem os processos mais engessados por conta do uso de licitação para a aquisição de compras.

Xiong *et al.* (2017) também identificou em seu estudo uma dependência na gestão de compras nos hospitais públicos e a importância da alta gestão em desenvolver um trabalho para que as organizações públicas possam realizar a gestão da qualidade dos fornecedores.

De forma sintética, foi possível analisar que o hospital X obteve aproximadamente 93,5% de cumprimento dos requisitos estabelecidos no instrumento de avaliação da gestão da

qualidade, obtendo nota máxima em 7 das 9 categorias, como exemplo nas categorias: gestão de processos, relação com colaboradores e pessoas.

A nota pode estar vinculada ao cumprimento das atividades estabelecidas pela organização nacional de acreditação (ONA). Ressalta-se que o hospital X possui a acreditação nível 1. De acordo o estudo de Alaraki (2014) hospitais acreditados realizam de forma mais significativa as práticas de gestão da qualidade do que hospitais não acreditados. Consonante com o estudo de Alves (2015), cuja autora identificou alguns benefícios da acreditação para a instituição como: o envolvimento da alta gestão e participação em reuniões, padronização e estruturação de processos, definição de indicadores estratégicos, entre outros.

O hospital Y, obteve uma pontuação de 87,1% apesar do pouco tempo de implementação do setor da qualidade a instituição iniciou o processo de gestão da qualidade seguindo de forma pontual as normas da qualidade, a nota obtida evidencia que o hospital cumpre com boa parte das nove dimensões da gestão da qualidade, conforme Xiong *et al* (2017).

Foi constatado que o hospital possui uma equipe que trabalha de forma colaborativa com os demais setores em busca da otimização dos processos, além disso o hospital tem interesse em realizar o processo de acreditação e estão sendo disponibilizados cursos para capacitar os gestores. Destaca-se os resultados encontrados na pesquisa de Sabella, Kashou e Omran (2015), os quais apontam a importância dos treinamentos e/ou cursos para o desenvolvimento das competências dos colaboradores, uma vez que estes geram o engajamento da equipe e, conseqüentemente, o sucesso da gestão da qualidade.

Nota-se uma pontuação do hospital Z de aproximadamente 43,5% em relação a nota máxima atribuída no instrumento de avaliação da gestão da qualidade. Pode-se estabelecer a nota mais baixa em relação as demais instituições, em virtude de o hospital estar iniciando a implementação do setor da qualidade, com isso observa-se algumas categorias com notas zeradas pela ausência da atividade/prática realizada.

4.3 MATURIDADE DAS PRÁTICAS DO MODELO DE EXCELÊNCIA EM GESTÃO

A presente seção aborda a análise dos dados realizada a partir das entrevistas com os gestores administrativos dos hospitais participantes. Para um melhor entendimento a análise foi realizada individualmente seguindo as categorias: Pensamento sistêmico, Compromisso com as partes interessadas, Aprendizado organizacional e Inovação, Adaptabilidade, Liderança transformadora, Desenvolvimento Sustentável, Orientação por Processo e Geração de valor.

4.3.1 Pensamento sistêmico

A presente categoria teve como objetivo identificar a organização do planejamento estratégico e se as informações críticas para o negócio estão definidas.

Observou-se que os três hospitais possuem no planejamento estratégico indicadores ligados a cada setor da organização e que as informações críticas para o negócio estão atreladas ao desenvolvimento satisfatório dos setores.

Os hospitais Y e Z possuem o Plano Diretor Estratégico (PDE), o qual é elaborado em todos os hospitais da rede Ebserh. O hospital Y além de ter os indicadores relacionados ao PDE, também possui indicadores locais: *“O que acontece, somos um hospital da rede Ebserh, então a rede Ebserh tem os indicadores próprios, onde ela monitora e faz as medições dos hospitais. A partir desse ano estamos construindo indicadores locais em conformidade com os indicadores da rede”* (Y1).

O entrevistado Z2 complementa que são realizadas comparações entre os indicadores atuais com os anos passados e com os indicadores dos outros hospitais da rede: *“Nosso PDE é alimentado no sistema e a unidade de planejamento faz a coleta junto aos responsáveis [...] e alimenta os indicadores dentro do sistema da empresa. Nós somos fiscalizados quanto ao nosso percentual da ação pela sede que fiscaliza todas as filiais.* (Z1).

O hospital X possui em seu planejamento estratégico os indicadores de cada setor com seus respectivos responsáveis e foi criado também um grupo de gestão para acompanhar e debater as ações realizadas no hospital. Segundo a entrevistada X1 *“Nós temos um grupo de gestão que responde pelas áreas, como exemplo: de materiais área de serviço, de nutrição e dietética, área de enfermagem, de recursos humanos, da qualidade e todas as áreas possuem objetivos estratégicos e seus respectivos indicadores”*.

Cabe destacar que os PDEs elaborados nos hospitais Y e Z são referentes ao período de 2021 a 2023. E o planejamento estratégico do hospital X equivalente ao período de 2018 a 2022.

Foi verificado que os hospitais possuem em seu modelo de gestão uma atenção ao monitoramento dos indicadores e que estes estão interligados aos setores da organização. Observou-se que as três instituições realizam o comparativo dos indicadores internos com os dos anos anteriores e que os hospitais ligados a rede Ebserh conseguem avaliar seus indicadores em relação a outros hospitais da rede, dessa forma podendo fazer uma análise com o ambiente externo.

4.3.2 Compromisso com as partes interessadas

A categoria compromisso com as partes interessadas buscou analisar se as organizações são comprometidas com o bem-estar e satisfação dos clientes, colaboradores e fornecedores. Também avaliou se as organizações passaram por uma avaliação da marca.

Em relação ao desenvolvimento de novos produtos e serviços os hospitais Y e Z não possuem autonomia para criação de novos produtos/serviços por depender de demandas externas vinda da Ebserh sede e/ou universidade.

Já o hospital X possui como um dos objetivos do planejamento estratégico a criação de novos serviços. Conforme a gestora X1 *“Sim, inclusive, consta no planejamento estratégico a criação de novos serviços. Conforme a gente vai viabilizando financeiramente a estrutura, em paralelo vamos acertando os detalhes com o setor da qualidade, então por exemplo esse ano a gente está tentando viabilizar a clínica de hemodiálise”*.

Sobre a avaliação da marca nenhum dos hospitais analisados realizaram o estudo da marca da organização. Entretanto, os três hospitais possuem endereços eletrônicos e as ações realizadas são divulgadas para a sociedade, para que estas consigam acompanhar o desenvolvimento dos serviços.

Inclusive o hospital X estava realizando melhorias no endereço eletrônico da organização, conforme o gestor Z1 *“Nós estamos adaptando nosso site agora para a lei de acesso à informação, [...] a gente vai entrar num sítio novo agora, cuja o prazo é até março de 2021 e se eu não me engano, todos os indicadores estarão mais visíveis no site.”*

Em relação à pesquisa de satisfação com os pacientes e acompanhantes, as três organizações realizam ações para identificar e monitorar a satisfação dos serviços prestados. Destaque-se que o hospital Y obteve a melhor pontuação de satisfação dos clientes em relação aos demais hospitais da rede Ebserh. Conforme o gestor Y1 *“Sim, é realizada, inclusive no ano passado em uma pesquisa dessa de satisfação feita pela rede Ebserh, nós fomos o hospital que teve melhor desempenho em ponto de vista pelos pacientes.”*

Sobre a realização de uma seleção e avaliação dos fornecedores os hospitais Y e Z, por serem uma organização pública, realizam as compras por meio de licitação. Entretanto, tanto o gestor Y1, quanto o gestor Z1 informaram que os contratos possuem pré-requisitos de qualidade que os fornecedores precisam atender. O hospital X avalia todos os fornecedores através de planilhas registradas por cada responsável pela compra. Este fica responsável em avaliá-lo e enviar *feedbacks* quanto à satisfação com o produto e/ou serviço. Conforme X1 *“Todos os*

fornecedores do hospital são avaliados, possuímos uma planilha onde posso detalhar os serviços de cada um”.

Os três hospitais realizam ações que garantem desenvolvimento dos colaboradores e prestam cuidados em relação a sua saúde e segurança. Conforme o gestor Y1 *“Sim, temos um programa permanente de capacitação de colaboradores, existem as capacitações obrigatórias de acordo com o que a legislação obriga, mas além da capacitação mandatória, existem outras capacitações que qualificam ainda mais as pessoas ao longo do ano, todo ano.*

O programa de plano de carreira foi identificado nos hospitais Y e Z. Conforme o entrevistado Z1 *“Tanto funcionário ligado ao regime jurídico hoje, que é da universidade, quanto ao funcionário da Ebserh, tem carreiras próprias, os colegas que são celetistas têm uma carreira, possuem plano de progressão e de capacitação.”*

Percebe-se que este plano é ligado a estrutura da rede Ebserh, segundo o gestor Y1

A rede EBSERH, de acordo com cada porte do hospital possui um plano de cargos e trabalhos, se procurar na internet tu vais encontrar. São duas coisas, uma é de acordo a estrutura da Ebserh e a outra a gestão de desempenho por competência, aquele trabalhador que desenvolve, que atinge metas, progride na carreira funcional dele, tem retorno no salário dele. São metas que são pactuadas, no início no ano, o gestor pactua com o trabalhador quais são as metas, os objetivos e as contribuições e quem atende as metas e cumpre os requisitos do programa vai progredir na carreira funcional.

Conforme a gestora X1, o plano de carreira do hospital X está em desenvolvimento: *“O plano de carreira ele não está aplicado na instituição, ele está ainda em desenvolvimento.”*

Em linhas gerais foram observadas similaridades entre os hospitais, em relação aos cuidados de saúde e segurança, oferta de cursos de integração e desenvolvimento para os colaboradores e pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes. Observou-se que os hospitais Y e Z possuem algumas estruturas bem consolidadas e claras em relação à progressão de carreiras. Foi verificado que o hospital X possui em seu planejamento estratégico a implementação de novos serviços e realizam a viabilidade econômica antes de iniciar um novo projeto.

É relevante mencionar os resultados do estudo de Baidoun, Salem e Omran (2018), que verificou a importância da alta administração buscar feedback contínuo de pacientes e funcionários para melhorar os processos de entrega e canais de comunicação com os pacientes. Além disso, a informação e análise dos resultados é fundamental para melhorar constantemente a prestação de serviços e criar canais eficientes de comunicação para o bom fluxo de informações com os colaboradores, pacientes, fornecedores e as demais partes interessadas.

4.3.3 Aprendizado organizacional e inovação

A presente categoria buscou identificar se a gestão organizacional dos hospitais realiza diagnóstico para verificar melhorias, reconhecer e aprimorar as competências para manterem competitivas em seu segmento. A categoria buscou também verificar se os hospitais realizam ações de fomento a inovação.

O hospital X realiza diagnóstico de gestão, com o objetivo de identificar as falhas da instituição e foi observado que a iniciativa em busca de melhoria é incentivada pelo setor da qualidade. Segundo X1 *“Já foram realizadas melhorias na própria assistência, nível de segurança do paciente, inclusive, construímos uma parte nova para a área de nutrição e lavanderia.”*

Sobre a realização de diagnóstico para identificação de melhorias na instituição o gestor Y1 informou que o hospital Y possui um grupo de trabalho destinado a atender essa demanda, inclusive estavam executando neste ano, é o terceiro ciclo do diagnóstico e todo ano são implementadas melhorias a partir do trabalho. Conforme Y1

Na verdade, é exatamente o que nós estamos fazendo agora. A gente está fazendo o plano de retorno de estratégia, definindo quais são os objetivos estratégicos do hospital em um determinado período, esse período é de 3 anos. Fizemos o diagnóstico através de ferramentas de planejamento.

O gestor do hospital Z explicou que não haviam realizado diagnóstico para identificar falhas e possíveis melhorias nos processos da organização, entretanto essa era uma ação que está no planejamento para ser executada.

Não foram identificadas nas organizações X e Z a realização da análise das competências essenciais dos hospitais. Conforme relato do entrevistado Y1, a instituição Y realizou pela primeira vez a análise de competência através de um processo que analisa e diagnostica os setes grupos de competência do hospital.

O hospital foi dividido em sete grupos e são tratados de forma iguais, dentro da instituição. Temos ensino e pesquisa, governança, pessoas, sustentabilidade [...] para cada um desses grupos, desses temas, a gente faz a mesma metodologia, o diagnóstico, a identificação de problemas, identificação da causa raiz desse problema, os cinco porquês, os indicadores para tratar esse problema, faz um projeto, uma estrutura analítica de projeto e, por fim, um cronograma de ação para cada tema. (Y1).

Em relação à inovação o hospital X e Y não realizam ações de fomento à inovação e/ou sensibilização à geração de ideias. A organização Z vem trabalhando a inovação e possui um setor destinado, conforme Z1 *“Inovação é uma área que a gente vem trabalhando,*

desenvolvendo, nos últimos 3 anos. A inovação é uma área ligada diretamente com o setor de ensino e pesquisa, tem setor específico para pesquisa e inovação tecnológica em saúde.”

De forma sintética foi possível identificar nesta categoria que os hospitais estão passando por momentos distintos em relação ao aprendizado organizacional. Os hospitais X e Y possuem maior maturidade em relação à análise crítica dos processos. Em relação aos cuidados com segurança das informações as três organizações seguem as diretrizes da proteção dos dados. Destacou-se o fomento à inovação do hospital Z.

Baidoun, Salem e Omran (2018) sugerem que a alta gerência deve envolver os funcionários nas ações que norteiam as estratégias do hospital, ouvir *feedbacks* da equipe e de pacientes e melhorar os canais de comunicação com os envolvidos para que seja possível implementar melhorias que atendam as expectativas do cliente em tempo hábil. Nesse sentido, as três organizações são aderentes as práticas mencionadas pelos autores.

4.3.4 Adaptabilidade

A categoria adaptabilidade buscou identificar a capacidade e flexibilidade de mudança em tempo hábil frente a novas demandas dos hospitais.

A gestora X1 mencionou que a equipe do hospital X está acostumada a trabalhar com processos bem definidos e que em um momento de mudança a reorganização do trabalho seria realizado a partir de um planejamento: *“A gente tem um processo bem desenhado. A gente se reorganiza em reuniões, faz todo um planejamento e passa a desenvolver a partir desse planejamento. Todos têm essa mentalidade.”*

O gestor do Z1 informou que a equipe está atrelada a uma cultura organizacional fechada e que as mudanças são recebidas com resistência. O entrevistador Y1 declarou um pensamento comum ao gestor do hospital Z *“A mudança sempre gera uma resistência por parte do trabalhador, a mudança em si só já é vista como uma forma negativa.”*

De forma geral, foi identificado que o hospital X possui um processo definido quando ocorrem mudanças no hospital. No entanto, em nenhum dos hospitais foram detectadas ações ou treinamentos específicos com os colaboradores e grupos de trabalho para tratar a importância de se prepararem para mudanças que podem surgir por demandas internas ou fatores externos.

4.3.5 Liderança transformadora

A presente categoria buscou analisar se os valores e princípios da organização são reconhecidos pela equipe, como é a estrutura da governança, a internacionalização da cultura e, por fim, se há um plano de sucessão para os líderes.

Em relação à estrutura e disseminação dos valores, princípios e diretrizes da organização, foi identificado que o hospital Z está em processo de implementação, conforme o entrevistado Z1

Isso, definiu isso agora nesse PDE 2021-2023. O PDE anterior não permitiu esse nível de maturidade, ainda estávamos em transformação, esse PDE agora já tem valores, princípios passados, e agora a gente vai trabalhar na disseminação e no reconhecimento disso, é uma das linhas do nosso PDE.

Os hospitais X e Y possuem os valores e princípios da organização estruturados, divulgados e reconhecidos por grande parte dos colaboradores. Em relação à governança, observou-se que os três hospitais possuem uma estrutura bem estabelecida, cabe ressaltar que a governança dos hospitais Y e Z é estruturada a partir das diretrizes da rede Ebserh.

Quanto à efetividade da cultura e o estabelecimento desta com a equipe, a entrevistada X1 informou:

Sim, todo mundo segue essa cultura e ela é bem forte e bem presente tanto que, para implementar a acreditação foi preciso fazer a quebra de alguns paradigmas desta cultura e não foi uma coisa muito fácil, pois estava muito enraizado, mas assim como isso está presente a inovação está presente então a gente conseguiu fazer.

Quanto ao plano de sucessão o hospital Y informou que a Ebserh possui uma estrutura organizada, mas que não há uma documentação para os substitutos da chefia: “*Sim, com certeza. Essa estrutura organizacional da Ebserh, cada uma dela tem uma chefia que é nomeada, mas para o substituto não tem nenhuma documentação formalizada.*” (Y1).

O gestor Z1 informou que ele se preocupa com a sucessão e procura repassar o conhecimento para não ficar centralizado: “*Eu me preocupo com quem eu vou deixar no meu lugar e no meu cargo, para que não se perca o meu trabalho, então tem pessoas que trabalham subordinadas a mim, que eu faço questão de desenvolver e repassar meu conhecimento.*”

Constatou-se que o hospital X não possui um plano de sucessão: “*Olha ainda não, não se trabalhou, a gente ainda tem bastante dificuldade e somos reféns de quem está hoje.*” (X1).

Em linhas gerais observou-se que os três hospitais possuem governança estabelecida, de acordo os princípios básicos da transparência, equidade, prestação de contas e

responsabilidade. Também foi identificado que os hospitais Y e Z possuem uma estrutura de lideranças e subordinados bem estabelecidos. Já o hospital X ainda não possui a maturidade em relação ao planejamento de sucessão dos cargos de chefia.

4.3.6 Desenvolvimento sustentável

A presente categoria buscou identificar se as organizações hospitalares realizam o monitoramento dos indicadores econômico-financeiros e ações para prevenir o impacto ambiental e social.

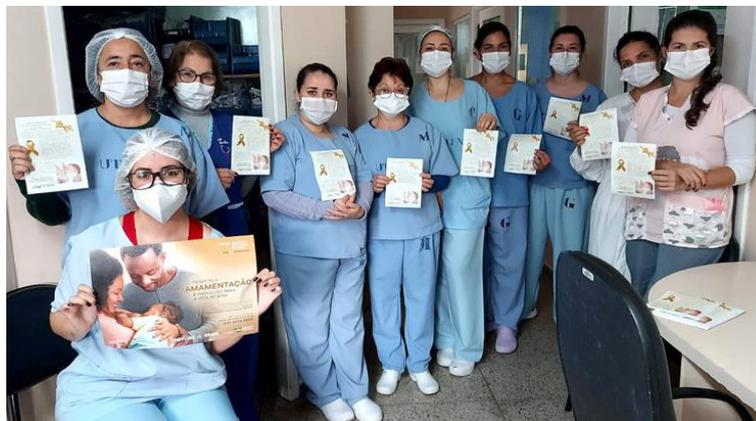
Em relação ao monitoramento dos indicadores financeiros e econômicos os três hospitais possuem indicadores específicos e realizam o acompanhamento, de acordo o planejamento estratégico e o plano diretor conforme apresentado na categoria 4.3.1 (Pensamento Sistêmico). É importante ressaltar que os hospitais possuem sistemas próprios para acompanhamento dos indicadores.

Também foi observado semelhanças em relação as ações de impacto ambiental nos hospitais estudados, as três organizações seguem as normas da legislação ambiental vigente. Entretanto, não foi identificado ações específicas de impacto ambiental.

Além das semelhanças apresentadas, os três hospitais realizam regularmente ações sociais para a sociedade e envolvendo os colaboradores da organização. Segundo a gestora X1 *“Sim, realizamos. Aqui tem muita parceria com a comunidade, recebemos muitas doações e retribuimos em forma de campanhas.”*

As figuras 6 e 7 retratam as campanhas de ações sociais desenvolvidas pelos hospitais Z e Y.

Figura 6 - Campanha de aleitamento – Hospital Z



Fonte: Dados da pesquisa.

Figura 7 - Campanha de arrecadação de agasalhos – Hospital Y



Fonte: Dados da pesquisa.

As figuras 6 e 7 apresentam as ações sociais realizadas nos hospitais Z e Y no mês de agosto de 2021. O hospital Z promoveu atividades alusivas à Semana Mundial de Aleitamento Materno e ao agosto Dourado. O hospital Y implantou um cabide solidário na parede externa do hospital, com o objetivo de facilitar a doação de agasalhos para quem necessita.

De forma sintética foi verificada semelhança entre as três organizações hospitalares na categoria desenvolvimento sustentável. Os hospitais realizam monitoramento dos indicadores financeiros e buscam sua sustentabilidade. Observou-se que as organizações não realizam atividades específicas e extras para combater o desperdício, mas cumprem todas as obrigações estabelecidas por lei, como exemplo a Norma Regulamentadora 32 (NR 32): “Estabelecer as diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção à segurança e à saúde dos trabalhadores dos serviços de saúde, bem como daqueles que exercem atividades de promoção e assistência à saúde em geral.” (ESCOLA DE GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL, 2021).

Comparado com este resultado a pesquisa de Mesgari (2017) identificou que os gestores dos hospitais estudados não relacionavam a presente categoria como sendo de alta prioridade, devido a razões culturais e limitações orçamentais das organizações.

4.3.7 Orientação por processo

A categoria orientação por processo buscou identificar se o sistema de informação e comunicação é avaliado pelos usuários, se os processos são mapeados e se são analisadas melhorias para os serviços.

Em relação à avaliação dos sistemas de informação e comunicação, os gestores dos hospitais Y e Z informaram que não realizam avaliação e monitoramento. Conforme o gestor Z1 o hospital está criando um sistema e por isso eles não realizaram nenhum tipo de acompanhamento e/ou avaliação.

O nosso sistema de informação está em transição, é embrionário, mas ele inclusive está tentando ser expandido para toda rede. Temos um sistema próprio que foi desenvolvido pelos analistas, temos um sistema pago e customizado para o ciclo assistencial, [...] então na prática estamos segmentando e não temos como avaliar os sistemas. (Z1).

A gestora X1 explicou que o sistema de informação e comunicação é avaliado e esse é um indicador que consta nos relatórios exigidos pela ONA. No quesito de mapeamento dos processos e a busca por melhorias, o hospital X possui os processos mapeados e é realizado um plano de ação para identificar oportunidades e melhorias nos serviços, essa é uma ação que também é requisitada pela ONA. Conforme X1 *“A partir desses planos de ação, é possível identificar oportunidades e novos serviços.”*

O hospital Y, iniciou o mapeamento dos processos realizado no hospital, segundo o gestor Y1

A gente vem fazendo o mapeamento do processo, a gente faz o mapeamento, a gente escreve o processo, passamos para um grupo para analisar e depois passamos para um comitê que é feito um fluxograma, esse comitê tem pessoas que são da área que analisam para depois esse processo ser analisado.

Por fim, o gestor do hospital Z, informou que a ação de mapeamento de processos ainda não é realizada, mas que este é um processo que consta no novo ciclo do PDE:

Não, isso vai ser trabalhado nesse ciclo, isso foi uma fragilidade que a gente identificou, no ciclo anterior isso não era uma prioridade, a gente vai trabalhar forte isso neste próximo ciclo. Os processos já estão instituídos, nós temos que mapeá-los. (Z1).

De forma sintética foi possível identificar na categoria, orientação por processo, que o hospital X possui maior maturidade em relação as melhorias aplicadas aos processos e serviços, observou-se que essa é uma demanda solicitada no relatório da ONA. O hospital Y, apesar de não ter todos os processos mapeados, já iniciou o mapeamento de alguns setores e rodam a ferramenta de gestão PDCA (*Plan* [planejar], *Do* [executar], *Check* [checar/controlar] e *Act* [agir]) a fim de descobrir as falhas e possíveis melhorias. O hospital Z não iniciou o processo de mapeamento, entretanto essa é uma ação de prioridade do ciclo atual e consta no PDE.

Cabe ressaltar o estudo realizado por Van Schoten *et al.* (2016), os autores examinaram se o modelo *European Foundation for Quality Management* (EFQM), equivalente ao Modelo de Excelência em Gestão (MEG) poderia servir como uma estrutura para gestão da qualidade em organizações hospitalares. Um dos resultados obtidos foi a semelhança dos hospitais ao longo do tempo, tanto em relação a estrutura organizacional, quanto aos resultados organizacionais, ocorrida possivelmente devido ao aumento da padronização através da implementação de procedimentos e protocolos.

4.3.8 Geração de valor

A presente categoria buscou identificar quais indicadores são utilizados pelas organizações hospitalares e se estas indicavam uma tendência positiva em relação ao tempo. O quadro 15 apresenta os indicadores relativos a cada instituição estudada.

Quadro 15 – Indicadores de resultados dos hospitais X, Y e Z

Indicadores	Hospital X	Hospital Y	Hospital Z
Possui indicador de resultados econômico-financeiros?	Sim	Sim	Sim
Se sim, há uma tendência positiva nos três últimos anos?	Sim	Sim	Sim
Possui indicador de resultados ambientais?	Não	Não	Não
Se sim, há uma tendência positiva nos três últimos anos?	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Possui indicador de resultados sociais?	Não	Não	Não
Se sim, há uma tendência positiva nos três últimos anos?	Não se aplica	Não se aplica	Não se aplica
Possui indicador de resultado relativos aos clientes?	Sim	Sim	Sim
Se sim, há uma tendência positiva nos três últimos anos?	Sim	Sim	Sim
Possui indicador de resultado relativo a acidentes?	Sim	Sim	Sim
Se sim, há uma tendência positiva nos três últimos anos?	Sim	Não	Sim
Possui indicador de resultado relativo aos fornecedores?	Sim	Não	Não
Se sim, há uma tendência positiva nos três últimos anos?	Sim	Não	Não

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação aos indicadores econômico-financeiros foi solicitado o indicador lucro bruto, os três hospitais possuem indicadores com tendência positiva em relação aos três anos anteriores. Esta informação foi obtida através das entrevistas realizadas com os gestores administrativos e/ou financeiros (X1, Y1 e Z1). No que se refere a indicadores de resultados ambientais não foram identificadas ações realizadas nos hospitais que fossem possíveis quantificar através de indicadores.

A respeito de indicadores de resultados sociais, apesar das três organizações realizarem ações voltadas para a sociedade, não foram identificados indicadores de desempenho referente as atividades realizadas.

A cerca dos indicadores de resultado de clientes e acidentes, as três organizações possuem o histórico, possuindo tendência positiva nos últimos três anos em relação a satisfação

dos pacientes e/ou acompanhantes. Sendo a pesquisa de satisfação com pacientes e acompanhantes (percentual de clientes satisfeitos) e o indicador de resultado de clientes e acidentes de trabalho para o indicador de acidentes. Notou-se que o hospital Y não obteve tendência positiva em relação ao item acidente de trabalho, devido ao ano de 2020 ter três acidentes a mais em relação ao ano de 2019.

Por fim, foi identificado que o hospital X possui resultados referentes a fornecedores seguindo uma tendência positiva, de acordo a entrevista realizada com a gestora responsável pela gestão da qualidade (X2). Os indicadores analisados para fornecedores foram: conformidade do produto e pontualidade.

De forma geral foi observada uma similaridade nos indicadores dos hospitais estudados, percebe-se que as três instituições possuem tendência positiva em relação aos indicadores financeiros e de satisfação dos pacientes e/ou acompanhantes. Nota-se que o hospital X controla os resultados dos fornecedores e que as instituições não possuem em seu planejamento estratégico os indicadores referentes as ações sociais realizadas.

4.3.9 Síntese da maturidade das práticas do modelo de excelência em gestão

A seguir o quadro 16 apresenta a pontuação obtida pelas organizações hospitalares estudadas em relação à maturidade das práticas do modelo de excelência em gestão, conforme definido nos procedimentos metodológicos do estudo, foi atribuído 1 ponto para cada prática incluída na categoria, quando o hospital tinha determinada prática implantada e em funcionamento, 0,5 ponto quando a instituição quando a prática é realizada em partes e 0,0 ponto quando não foi identificada a atividade presente na categoria.

Quadro 16 – Pontuação referente ao desempenho organizacional

Categoria	Pontuação máxima da categoria	Pontuação		
		Hospital X	Hospital Y	Hospital Z
Pensamento Sistêmico	3,0	3,0	3,0	3,0
Compromisso com as partes interessadas	9,0	6,0	4,0	4,0
Aprendizado organizacional e inovação	8,0	3,0	4,0	1,5
Adaptabilidade	1,0	0,5	0,0	0,0
Liderança transformadora	6,0	3,0	3,5	3,0
Desenvolvimento sustentável	6,0	5,0	5,0	5,0
Orientação por processo	5,0	5,0	3,0	1,0
Geração de valor	12,0	8,0	5,0	6,0
TOTAL	50,0	33,5	27,5	23,5

Fonte: Dados da pesquisa.

É possível notar, pela visualização do quadro 16, que as instituições obtiveram nota máxima na categoria pensamento sistêmico, uma vez que as três instituições possuem planejamento estratégico bem definido e constantemente monitorado, possuindo de forma estruturada as informações críticas para o bom desenvolvimento da organização.

Observou-se que as instituições obtiveram o mesmo resultado na categoria que se refere ao desenvolvimento sustentável, a relação da nota é justificada pela semelhança encontrada no desenvolvimento das atividades relacionadas ao tripé da sustentabilidade: financeira, social e ambiental.

Identificou-se uma atenção as ações implementadas para garantir o bom desempenho financeiro dos hospitais, tais atividades são realizadas sob controle e monitoramento constante dos gestores responsáveis. Também foi constatado a implementação de campanhas sociais para ajudar e beneficiar a sociedade em geral, tais ações são realizadas de forma regulamentar nos hospitais e parte dos esforços relacionados a recursos humanos são de pessoas internas das instituições. Quanto às ações de desenvolvimento ambiental, foi possível analisar que as organizações cumprem a legislação vigente, mas são realizadas ações específicas quando se trata de impacto ambiental.

De forma semelhante, no estudo de Alves (2015), a autora também não identificou ações socioambientais realizadas pelos hospitais estudados: “Para o critério sociedade, nenhum hospital mostrou maturidade de gestão quanto à responsabilidade socioambiental e ao desenvolvimento social.” (ALVES, 2015, p. 98).

Vale ressaltar a nota obtida na categoria adaptabilidade, a qual buscou identificar a capacidade e a flexibilidade das instituições de saúde frente as mudanças. Percebeu-se que o hospital X, apesar de ter uma equipe mais adepta a mudanças, ainda precisa trabalhar no quesito flexibilidade e rapidez diante dos riscos e diferentes demandas externas, já os hospitais Y e Z informaram que a capacidade de mudança e a rapidez de uma resposta diante das mudanças ainda estão em construção.

De forma geral, é possível identificar que o hospital X realiza 67% das atividades ligadas as categorias apresentadas e obteve a maior nota em relação aos demais hospitais estudados e, conseqüente, maior maturidade em gestão, de acordo a ferramenta adotada. Percebe-se que o aumento da nota foi atribuído principalmente as categorias: compromisso com as partes interessadas, orientação por processo e geração de valor. O hospital X destacou-se na organização e padronização de todos os processos do hospital, acrescido do monitoramento e cumprimento das ações planejadas e conseqüente bons resultados dos indicadores pré-estabelecidos com as partes interessadas.

A padronização dos processos pode estar vinculada as atividades desenvolvidas na busca da acreditação. Uma vez que na pesquisa de Andrade (2020) foi identificado uma forte relação entre acreditação hospitalar e a padronização de processos e procedimentos:” A acreditação tem o objetivo de melhorar a eficiência do serviço, aperfeiçoar os processos de atendimento, assistencial e administrativo [...] uma metodologia de acompanhamento de indicadores para melhores resultado” (ANDRADE, 2020, p. 87).

Já o hospital Y obteve uma pontuação de 55% em relação a nota máxima atribuída. Percebe-se um destaque das notas nas categorias: liderança transformadora e aprendizado organizacional e inovação. Grande parte dessa pontuação está atrelado a governança bem estabelecida do hospital, trabalho colaborativo entre os setores e geração de oportunidade de conhecimento para a equipe.

Percebe-se uma semelhança com a pesquisa de Xiong *et al.* (2017), o qual identificou que os hospitais necessitam realizar inovações nos processos existentes a fim de melhorar e otimizar o trabalho dos colaboradores.

O hospital Z atingiu 47% das atividades relacionadas as práticas de gestão, observou-se que o hospital obteve pontuação igual ou próxima dos demais hospitais nas categorias: pensamento sistêmico, liderança transformadora, desenvolvimento sustentável e geração de valor, nesta última obtendo a maior nota em relação as demais organizações hospitalares. Identificou que o hospital possui algumas atividades em construção e/ou a serem implementadas no ciclo atual do PDE, das seguintes categorias: aprendizado organizacional e inovação e orientação por processo, justificando assim as notas atribuídas.

4.4 PERFIL DAS INSTITUIÇÕES, PRÁTICAS DE GESTÃO DA QUALIDADE E NÍVEL DE MATURIDADE

A presente seção traz a análise das características de perfil da organização (a natureza jurídica, tipo de estabelecimento, se possui setor destinado à gestão da qualidade e quais certificações eram implementadas nas organizações) dos hospitais e dos resultados obtidos através do instrumento de gestão da qualidade em relação ao nível de maturidade das organizações hospitalares, conforme apresentado no quadro 17. Cabe ressaltar que a intenção da pesquisa foi estudar instituições com e sem setor da qualidade e/ou com e sem acreditação, foram assim selecionados, por constituírem características extremas que os diferenciam e enriquecem na geração de resultados.

Quadro 17 - Características gerais dos hospitais e pontuação da gestão da qualidade

Hospital	Natureza Jurídica	Estabelecimento	Possui setor destinado à gestão da qualidade	Possui acreditação	Pontuação referente a gestão da qualidade *Nota máx.: 31,0 pontos
Hospital X	Privado	Hospital Geral	Sim	Sim. Acreditação ONA 1	29,0
Hospital Y	Público	Hospital Geral	Sim	Não	27,0
Hospital Z	Público	Hospital Geral	Não	Não	13,5

Fonte: Dados da pesquisa.

Conforme pode ser observado no Quadro 17 foi identificado que a natureza jurídica não impactou de forma significativa o resultado alcançado entre os hospitais, uma vez que os hospitais X e Y obtiveram notas com valores próximos. Não foi possível relacionar a característica estabelecimento, pois as três organizações estudadas são denominadas como hospital geral.

Entretanto, observou-se que as organizações com setores específicos para a gestão da qualidade obtiveram uma nota maior que o hospital que não possui setor destinado a qualidade. O hospital X, ficou apenas 2 pontos abaixo da nota máxima, tal pontuação pode estar relacionada ao fato que a instituição possui acreditação nível 01 e, dessa forma, possui maturidade em relação à gestão da qualidade.

Já em relação a maturidade dos hospitais, sobre o modelo de excelência em gestão, foi possível identificar que as instituições hospitalares obtiveram as mesmas colocações atingidas no instrumento de qualidade. Sendo o hospital X com a maior pontuação, seguido do hospital Y e do hospital Z, conforme apresentado no quadro 18.

Quadro 18 – Síntese dos resultados da pesquisa

Desempenho Organizacional					Gestão da Qualidade				
Categoria	Pontuação máxima da categoria	Pontuação			Categoria	Pontuação máxima da categoria	Pontuação		
		X	Y	Z			X	Y	Z
Compromisso com as partes interessadas	9,0	6,0	4,0	4,0	Treinamento dos colaboradores	2,0	1,0	1,0	1,0
Pensamento sistêmico	3,0	3,0	3,0	3,0	Relação com os colaboradores	4,0	4,0	4,0	2,0
Aprendizado organizacional e inovação	8,0	3,0	4,0	1,5	Satisfação dos clientes	3,0	3,0	3,0	0,0
Adaptabilidade	1,0	0,5	0,0	0,0	Relação com os fornecedores	4,0	4,0	2,0	2,0
Liderança transformadora	6,0	3,0	3,5	3,0	Papel dos gestores de qualidade /	3,0	3,0	3,0	3,0

					Liderança alta gestão				
Orientação por processo	5,0	5,0	3,0	1,0	Gestão de processo	3,0	3,0	2,5	1,5
Geração de valor	12,0	8,0	5,0	6,0	Informações da qualidade	6,0	5,0	6,0	0,0
Desenvolvimento sustentável	6,0	5,0	5,0	5,0	Política da qualidade	3,0	3,0	2,5	2,0
					Importância do departamento de qualidade	3,0	3,0	3,0	2,0
TOTAL	50,0	33,5	27,5	23,5	TOTAL	31,0	29,0	27,0	13,5

Fonte: Dados da pesquisa.

De forma mais abrangente é possível identificar no quadro 18 as categorias do instrumento de mensuração do desempenho organizacional que se relacionam com as categorias do instrumento de mensuração de gestão da qualidade de acordo a cor correspondente, de forma respectiva, a cor salmão relaciona a categoria compromisso com as partes interessadas com as categorias treinamento dos colaboradores, relação com os colaboradores e relação com os fornecedores. A cor azul indica a relação da categoria liderança transformadora com a categoria papel dos gestores da qualidade/liderança alta gestão e pôr fim a cor rosa, identifica a relação da categoria orientação por processo com as categorias gestão de processo e informações da qualidade. É importante frisar que no instrumento da gestão da qualidade, as categorias foram analisadas em relação aos líderes, colaboradores e processos ligados somente na gestão da qualidade, diferente do instrumento do desempenho organizacional, que faz a análise do conjunto de setores e processos do hospital, a partir da visão do gestor responsável pela parte administrativa e das evidências utilizadas para comprovação.

A categoria compromisso com as partes interessadas, presente no instrumento do desempenho organizacional, identificou quais as ações, ferramentas utilizadas nas instituições para garantir o bom relacionamento com os clientes, fornecedores e força de trabalho com foco no desenvolvimento deles. O hospital X obteve uma maior nota em relação as demais instituições, foi identificado que a instituição possui um processo que busca a continuidade das ações para satisfazer a expectativa das partes interessadas.

No instrumento de gestão da qualidade o compromisso com as partes interessadas é dividido nas seguintes categorias: treinamento dos colaboradores, relação com os colaboradores, satisfação dos clientes e relação com os fornecedores.

A categoria treinamento dos colaboradores os três hospitais obtiveram as mesmas notas, uma vez que as instituições estudadas disponibilizam capacitações e treinamentos para a equipe

de qualidade, nenhuma das instituições alcançaram a nota máxima por não possuírem um plano de capacitação com o objetivo de garantir a regularidade dos treinamentos.

Na categoria relação com os colaboradores, observou-se que o hospital Z obteve nota abaixo das demais instituições por ainda não possuir uma equipe que reconheça os requisitos utilizados para gestão da qualidade. Tal nota também está atrelada ao fato de o setor estar em fase de implementação e ainda não ter realizado análise das ações da equipe.

Já na categoria satisfação dos clientes, os hospitais X e Y alcançaram notas equivalentes, as instituições possuem o processo de pesquisa de satisfação de pacientes e acompanhantes já estabelecido. É importante ressaltar que o hospital X já realizou inovações no serviço prestado, após analisar as sugestões dos clientes e o hospital Y foi classificado como o hospital mais bem avaliado em relação a outros hospitais da rede EBSEH. O hospital Z obteve nota zerada, pois a pesquisa de satisfação com pacientes e acompanhantes é realizada por outro setor do hospital e o gestor responsável pela qualidade não foi envolvido no processo.

Por fim, na categoria relação com os fornecedores, o hospital X atingiu uma nota superior, por ter um processo bem estabelecido com os fornecedores, através de planilhas com indicadores que apontam o grau de satisfação dos fornecedores.

A partir do estudo realizado foi possível constatar que as ações realizadas pelos gestores da qualidade podem influenciar na categoria compromisso com as partes interessadas, devido as atividades diretamente ligadas a satisfazer as expectativas dos clientes e do monitoramento da qualidade dos produtos e serviços dos fornecedores. Entretanto, o oferecimento de treinamento e capacitações para os colaboradores são voltados para a equipe da gestão da qualidade e dessa forma não abrange os demais colaboradores dos hospitais, por consequência não impacta de forma significativa a categoria compromisso com as partes interessadas.

Em relação à categoria liderança transformadora, presente no instrumento de desempenho organizacional, as organizações alcançaram notas parecidas, entretanto o hospital Z obteve maior pontuação, uma vez que a instituição além de possuir aspectos da governança equivalente as demais e possui um plano de sucessão, também possui um plano de ação para avaliar a efetividade da cultura organizacional.

O papel dos gestores da qualidade/liderança alta gestão é a categoria no instrumento de gestão da qualidade correspondente a categoria liderança transformadora do instrumento de desempenho organizacional. Nesta categoria os três hospitais obtiveram notas semelhantes, a pontuação similar é referente as instituições possuírem reconhecimento da equipe de qualidade diante dos demais setores dos hospitais e terem apoio da alta liderança/direção para realizarem as ações e projetos de qualidade. Nota-se que mesmo o hospital X, que ainda está em fase de

implementação do setor da qualidade, além de possuir total apoio da alta gestão, também já possui reconhecimento das atividades realizadas pela equipe da qualidade.

Foi possível identificar que a categoria papel dos gestores da qualidade/liderança da alta gestão está ligada diretamente e somente ao setor da gestão da qualidade e as ações analisadas não têm relação com a categoria liderança transformadora, do instrumento de desempenho organizacional, uma vez que esta analisa questões como estrutura organizacional, governança e potencial de liderança para sucessão.

A categoria orientação por processo, presente no instrumento de desempenho organizacional, reconhece os processos realizados ponta a ponta da organização, visando a otimização, eficiência e eficácia das atividades. O hospital X obteve a nota máxima em relação a categoria orientação por processo, seguido pelo hospital Y e com a menor nota o hospital Z. A pontuação do hospital X está relacionado ao hospital possuir os principais processos mapeados, atualizados e monitorados, além da comunicação eficaz com todos os setores.

As categorias gestão de processo e informações da qualidade, presentes no instrumento da gestão da qualidade, são as categorias referentes a orientação por processo.

O hospital X também obteve nota máxima na categoria gestão de processo, tal pontuação é atrelada a organização a possuir os principais processos mapeados, realizados pelos gestores responsáveis pelo processo, possuir indicadores e ter monitoramento para garantir o aprendizado contínuo. O hospital Y, não obteve a pontuação por ter partes dos processos mapeados e o hospital Z apesar de ter iniciado o mapeamento de alguns processos ainda está na fase inicial da atividade.

Na categoria informação da qualidade, o hospital Y obteve a nota máxima e foi o hospital com a maior pontuação na categoria. O resultado da pontuação é devido a equipe de qualidade, que além de monitorar os dados da qualidade, também realiza reuniões de análises com a equipe e, posteriormente, os indicadores são compartilhados mensalmente com todos os setores da instituição, inclusive com a sociedade. Já o hospital Z, zerou a categoria pois ainda não foi utilizado os dados para a resolução dos problemas.

Foi identificado que as categorias gestão de processos e informações da qualidade, estão diretamente interligadas na categoria orientação por processo, do instrumento de desempenho organizacional. Tal resultado vai ao encontro das conclusões do estudo de Xiong *et al.* (2017), que constataram que os elementos ligados a gestão da qualidade impactam no desempenho organizacional do hospital, como a gestão de processos e implementação de inovações na prestação de serviço. Alinhado com os achados de Alves (2015), que identificou que a gestão

da qualidade auxilia os hospitais a medirem seus indicadores de resultado, aprimorando ferramentas de análises e, conseqüentemente, o acompanhamento das fragilidades.

5 CONCLUSÃO

A presente pesquisa teve dois objetivos específicos, o primeiro foi identificar através da aplicação do instrumento de avaliação, baseados no modelo utilizado por Xiong *et al.* (2017) a posição das organizações em relação as práticas de gestão da qualidade. Verificou-se que o hospital X alcançou a maior nota e dessa forma foi o hospital com maior adequação as práticas de qualidade, conforme o instrumento de Xiong *et al.* (2017), na sequência o hospital Y obteve o segundo lugar e o hospital Z o terceiro lugar.

O segundo objetivo específico foi verificar o nível de maturidade das organizações hospitalares, em relação às práticas do Modelo de Excelência da Gestão, a partir do instrumento de autoavaliação aplicado no prêmio Melhores em Gestão, da Fundação Nacional da Qualidade. Foi observado que o hospital X alcançou a maior pontuação, seguido do hospital Y e o hospital Z.

A partir dos resultados obtidos através dos objetivos específicos, foi possível realizar o objetivo geral, ou seja, analisar quais as características de perfil e quais as práticas de gestão da qualidade se relacionam com o nível de maturidade das organizações hospitalares. Verificou-se que a instituição com maior adequação nas práticas da gestão da qualidade, foi a organização com maior maturidade sobre as práticas do Modelo de Excelência da Gestão, por conseguinte entende-se que há possivelmente uma relação positiva entre a gestão da qualidade e a gestão organizacional.

De forma mais específica, foi entendido que a gestão da qualidade auxilia os hospitais a medirem a satisfação das partes interessadas da organização, como os clientes, colaboradores e fornecedores e através de ferramentas da qualidade realizam análises do resultado em busca de melhorias. A prática em entender os desejos dos clientes para atender suas expectativas possibilita o hospital aprimorar e/ou desenvolver novos serviços, através de inovações em seus processos de trabalho, aquisição de equipamentos modernos e implementação de tecnologias em saúde. Destaca-se a influência da gestão da qualidade em relação ao mapeamento e controle dos processos, que possibilita a otimização do trabalho e aprendizado contínuo.

Em relação as características das instituições hospitalares, todos os hospitais estudados tinham como formato de estabelecimento sendo hospital geral. Em relação a característica sobre possuir setor específico da qualidade, foi possível identificar que os hospitais com setores destinados a gestão da qualidade, foram as instituições X e Z e obtiveram as maiores pontuações nos instrumentos aplicados e que o hospital com a certificação ONA obteve o primeiro lugar nos dois instrumentos da pesquisa. A natureza jurídica dos hospitais não impactou de forma

significativa o resultado alcançado por eles, exceto as ações relacionadas a gestão de compras, uma vez que os hospitais públicos necessitam seguir a lei vigente sobre compras públicas, e apesar de seguir um protocolo para garantir que os produtos e serviços contratados obedeçam às especificações desejadas para garantir a qualidade, a decisão de compra é pelo preço.

Dessa forma, entende-se que os achados desta pesquisa contribuem, através da evidenciação dos resultados obtidos, para que os gestores de saúde possam identificar as principais características e ações realizadas nos hospitais que contribuíram para o desenvolvimento das práticas de gestão da qualidade e, conseqüentemente, para a maturidade em gestão por excelência.

Entende-se como principal limitação do estudo a quantidade de organizações hospitalares analisadas, devido às restrições de locomoção, após o cenário caótico estabelecido no segmento da saúde em razão da pandemia causada pelo COVID 19. Os meses entre novembro de 2020 e janeiro de 2021, período da coleta de dados, foi um dos períodos em que o estado do Rio Grande do Sul decretou em diversos momentos o estabelecimento da bandeira preta, essa medida de restrição indicava risco altíssimo de contágio e para combater a disseminação do coronavírus, neste período somente serviços essenciais podiam funcionar presencialmente, respeitando as normas de distanciamento e operação.

Além da dificuldade de locomoção, é importante evidenciar que os hospitais estavam operando com superlotação de pacientes, taxa alta de ocupação dos leitos de unidades de tratamento intensivo (UTI), necessidade de contratação de profissionais da saúde, aumentando consideravelmente a carga de trabalho dos gestores e, assim, dificultando uma agenda com eles.

Assim, futuras investigações de estudos na área necessitam analisar mais instituições concomitantemente e em diversos estados do Brasil para investigar a relação entre a gestão da qualidade e a maturidade organizacional dos hospitais, é interessante realizar estudos com hospitais com diferentes níveis de acreditação. Também é instigante verificar se houve impacto na gestão da qualidade dos hospitais durante todo o período da pandemia. Por fim, observa-se que um modelo de análise quantitativo pode auxiliar o estudo a obter resultados de organizações hospitalares com diversos tipos de estabelecimentos e naturezas jurídicas e pode possibilitar a generalização dos resultados.

REFERÊNCIAS

AHMED, S.; ABD MANAF, N. H.; ISLAM, R. *Effect of Lean Six Sigma on quality performance in Malaysian hospitals. International journal of health care quality assurance*, Bingley, v. 31, n. 8, p. 973-987, 2018.

AL RAOUSH, A. T. et al. *Impact of financial management on improving quality at Jordanian public university hospitals. Journal of Information & Knowledge Management*, v. 19, n. 03, p. 2050025, 2020.

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

ALMEIDA, T. R. *Perspectivas de sobrevivência do hospital. Revista Paulista de Hospitais*, São Paulo, v. 31, n. 5-6, p. 104-113, maio/jun., 1983.

ALVES, K. **Impacto da gestão da qualidade no desempenho de organizações hospitalares na região metropolitana de São Paulo**. 2015. 141 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo da Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2015.

ANDRADE, I. L. S. **Percepção dos stakeholders: desempenho organizacional e inovação, após a acreditação hospitalar do Hospital Geral de Caxias do Sul-RS**. 2020. 187 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. **ABNT NBR ISO 9001 2015: como usar**. São Paulo: ABNT, 2021. *E-book*.

BAIDOUN, S. D.; SALEM, M. Z.; OMRAN, O. A. *Assessment of TQM implementation level in Palestinian healthcare organizations: the case of Gaza Strip hospitals. The TQM Journal*, Bingley, v. 30, n. 2, p. 98-115, 2018.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.

BASSAN, H. **Gestão pela qualidade total e desempenho financeiro: um estudo da geração de riqueza ao acionista em empresas vencedoras de prêmios nacionais da qualidade do continente americano**. 2016. 127 f. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de São Carlos. São Carlos, 2016.

BLACK, S. A.; PORTER, L. J. *Identification of the critical factors of TQM. Decision Sciences*, Montereau-Fault-Yonne, v. 27, n. 1, p. 1-21, 1996.

BONATO, V. L. Gestão de qualidade em saúde: melhorando assistência ao cliente. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 35, n. 5, p. 319-331, 2011.

BRANCO, Â. S. C. **Utilização dos conceitos *Lean Healthcare* na otimização da gestão de leitos de internação hospitalar**. 2017. 71 f. Dissertação (Mestrado em Saúde do Adulto). Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.

CARVALHO, M.; PALADINI, E. **Gestão da Qualidade: teoria e casos**. 2. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

CHASSIN, M. R. *Improving the quality of health care: what's taking so long?* **Health Affairs**, Washington, v. 32, n. 10, p. 1761-1765, 2013.

CNSAÚDE. **Cenários dos hospitais no Brasil 2019**. Federação Brasileira de Hospitais, 2020. Disponível em: <http://cnsaude.org.br/wp-content/uploads/2019/05/CenarioDosHospitaisNoBrasil2019CNSaudeFBH.pdf> Acesso em: 20 dez. 2020.

COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B.; SAMPIERI, R. H. **Metodologia de pesquisa**. 5. ed. Porto Alegre: Penso, 2013.

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

DEMIRBAG, M.; TATOGLU, E.; TEKINKUS, M.; ZAIM, S. *An analysis of the relationship between TQM implementation and organizational performance: evidence from Turkish SMEs*. **Journal of manufacturing technology management**, Bingley, v. 17, n. 6, p. 829-847, 2006. DOI 10.1108/17410380610678828.

DEN HARTOG, D. N.; BOSELIE, P.; PAAUWE, J. *Performance management: a model and research agenda*. **Applied psychology**, Athens, v. 53, n. 4, p. 556-569, 2004.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEY, P. K.; HARIHARAN, S. *Integrated approach to healthcare quality management: a case study*. **The TQM Magazine**, Bingley, v. 18, n. 6, p. 583-605, 2006.

DUARTE, R. A. M. **Acreditação ONA: saiba o papel da engenharia clínica para alcançá-la**. Belo Horizonte: Arkmeds, 2021.

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

ESCOLA DE GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL. **NR 32 - Segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde**. Ministério do Trabalho e Previdência. Brasília, 2021.

Disponível em: <https://www.gov.br/trabalho-e-previdencia/pt-br/composicao/orgaos-especificos/secretaria-de-trabalho/inspecao/seguranca-e-saude-no-trabalho/normas-regulamentadoras/nr-32.pdf> Acesso em: 11 set. 2020.

FARIAS, D. C.; ARAUJO, F. O. Gestão hospitalar no Brasil: revisão da literatura visando ao aprimoramento das práticas administrativas em hospitais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, p. 1895-1904, 2017.

FEIGENBAUM, A. V. **Total quality control: engineering and management**. Nova Iorque: McGraw -Hill, 1961.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE (FNQ). **Novo modelo de excelência da gestão**. 2016. Disponível em: http://mscompetitivo.org.br/uploads/ms/files/14865729391_-_novo_modelo_de_excelencia_da_gestao_meg.pdf Acesso em: 11 set. 2020.

FOSTER, M.; WHITTLE, S. *The quality management maze*. **The TQM Magazine**, Bingley, v. 1, n. 3, p. 143-148, 1989.

FRANCISCO, C; PAZ, A; LAZZARI, D. D. Perspectivas de enfermeiras sobre gestão da qualidade e acreditação hospitalar. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 2, n. 2, p. 401-411, 2012.

FRASÃO, G. Brasil ganha reforço de 1.134 leitos de UTI no combate ao coronavírus. **Ministério da Saúde**. 23. abril. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/brasil-ganha-reforco-de-1-134-leitos-de-uti-no-combate-ao-coronavirus> Acesso em: 30 jun. 2020.

FUNDAÇÃO NACIONAL DA QUALIDADE – FNQ. Gestão para transformação. **Homepage**. Sage, 2020. Disponível em: <http://sage.fnq.org.br/account/login2/?sair=true> Acesso em: 11 set. 2020.

GERARD, M. L. F., BERNARD, F. C. **Desempenho hospitalar no Brasil: em busca da excelência**. São Paulo: Singular, 2009.

GONÇALVES, E. L. Estrutura organizacional do hospital moderno. **RAE - Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 80-90, 1998.

GRABAN, M. **Hospitais Lean: melhorando a qualidade, a segurança dos pacientes e o envolvimento dos funcionários**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2013.

HONDA, A. N. **Aplicação de ferramentas de gestão da qualidade em ambientes de serviços hospitalares: estudo de medidas de melhoria em Santa Casa de Misericórdia no interior do estado de São Paulo**. 2017. 161 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Escola de Engenharia de São Paulo, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

ISHIKAWA, K. **Que es el control total de calidad: la modalidad Japonesa**. Bogota: Editorial Norma, 1986.

JURAN, J. M.; GODFREY, A. B. *Juran's quality handbook*. 5. ed. New York: McGraw-Hill, 1999.

KIMBERLY, J. R.; EVANISKO, M. J. *Organizational innovation: the influence of individual, organizational, and contextual factors on hospital adoption of technological and administrative innovations*. *Academy of management journal*, Nova Iorque, v. 24, n. 4, p. 689-713, 1981.

KLUCK, M.; GUIMARÃES, J. R.; FERREIRA, J.; PROMPT, C. A. A gestão da qualidade assistencial do Hospital de Clínicas de Porto Alegre: implementação e validação de indicadores. *Revista de Administração em Saúde*. São Paulo, v. 4, n. 16, p. 27-32, 2002.

LE MOS, C. **Metodologia Lean Six Sigma: um modelo para implementação**. 2010. 220 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção). Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2010.

LITTIKE, D.; SODRÉ, F. A arte do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um Hospital Universitário Federal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 3051-3062, 2015.

LUCCHESI, A. R.; SOUZA, M. A.; MACHADO, D. G. Gestão de custos ambientais em organizações hospitalares da Região Noroeste do Rio Grande do Sul. In: CONGRESSO DE CONTABILIDADE DA UFRGS, 1, Porto Alegre, **Anais [...]** Porto Alegre: UFRGS, 2016.

MARTINS, G. A. Estudo de caso: uma reflexão sobre a aplicabilidade em pesquisas no Brasil. *Revista de Contabilidade e Organizações*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 8-18, 2008.

MAZETO, R. B. **Estudo de caso de avaliação dos ativos intangíveis utilizando o modelo de excelência de gestão do prêmio nacional da qualidade**. 2011. 107 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Engenharia. Bauru 2011.

MCGUIRE, A. *The theory of the hospital: a review of the models*. *Social Science & Medicine*, Boston, v. 20, n. 11, p. 1177-1184, 1985.

MESGARI, I.; MIAB, A. K.; SADEGHI, M. J. *Causal structure of the EFQM excellence model among healthcare sector: a case study in Iran*. *Total Quality Management & Business Excellence*, Londres, v. 28, n. 5-6, p. 663-677, 2017.

METCALF, A. Y.; WANG, Y.; HABERMANN, M. *Hospital unit understaffing and missed treatments: primary evidence*. *Management Decision*, Bingley, v. 56, n. 10, p. 2273-2286, 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde CNES: notas técnicas. **DATASUS**. 2020. Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/cnes/NT_Estabelecimentos.htm Acesso em: 04 ago. 2020.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conceitos e definições em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 30, p. 314-338, 1977.

NEGRI FILHO, A.; BARBOSA, Z. O papel do hospital na rede de atenção à saúde. **Revista Consensus**, Brasília, v. 11, abr./jun., 2014. Disponível em: <https://www.conass.org.br/consensus/armando-de-negri-o-papel-hospital-na-rede-de-atencao-saude/> Acesso em: 31 mar. 2021.

OLIVEIRA, G. **Investigação empírica sobre os efeitos da adoção do modelo do Prêmio Nacional da Qualidade na medição de desempenho**. 2006. 176 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Universidade Federal de São Carlos – UFSCAR. São Carlos, 2006.

OLIVEIRA, O. J.; PALMISANO, A.; MODIA, E. C.; MACHADO, M. C.; FABRÍCIO, M. M. MARTINO, M. A.; NASCIMENTO, P. T. S.; PEREIRA, R. S.; SOUZA, R.; BARROCO, R.; CALIXTO, R.; SERRA, S. M. B.; MELHADO, S. B.; CARVALHO, V. R.; PEDREIRA FILHO, W. R. **Gestão da qualidade: tópicos avançados**. São Paulo: Cengage Learning, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS. **Folha informativa sobre o Covid-19**. 2020. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/covid19> Acesso em: 18 ago. 2020.

RAMOS, E. F. **Identificação de fatores chaves para avaliação da excelência em gestão no Brasil: um ensaio do modelo PNQ**. 2012. 115 f. Dissertação (Mestrado em administração de empresa) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo. São Paulo, 2012.

RIO GRANDE DO SUL. Com todas as regiões em bandeira preta, RS completa 50 semanas do modelo de Distanciamento Controlado. **Estado**. 16 abril 2021. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/com-todas-as-regioes-em-bandeira-preta-rs-completa-50-semanas-do-modelo-de-distanciamento-controlado> Acesso em: 05 maio 2021.

SABELLA, A. R.; KASHOU, R.; OMRAN, O. *Assessing quality of management practices in Palestinian hospitals*. **International Journal of Organizational Analysis**, Bingley, v. 23, n. 2, p. 213-232, 2015.

SAMSON, D.; TERZIOVSKI, M. *The relationship between total quality management practices and operational performance*. **Journal of operations management**, v. 17, n. 4, 393-409, 1999.

SARAPH, J. V.; BENSON, P. G.; SCHROEDER, R. G. *An instrument for measuring the critical factors of quality management*. **Decision sciences**, Fontainebleau v. 20, n. 4, p. 810-829, 1989.

SÁ-SILVA, J; ALMEIDA, C de; GUINDANI, J. Pesquisa documental: pistas teóricas e metodológicas. **Revista brasileira de história & ciências sociais**, Rio Grande, v. 1, n. 1, p. 1-15, 2009.

SCHIESARI, L. M. C. Avaliação externa de organizações hospitalares no Brasil: podemos fazer diferente? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 10, p. 4229-4234, 2014.

SEABRA, S. A. K. **Accreditação em organizações hospitalares**. 2007. 170 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2007.

SENHORAS, E. A cultura na organização hospitalar e as políticas culturais de coordenação de comunicação e aprendizagem. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 45-55, 2007.

SILVA, R. O. **Teorias da administração**. São Paulo: Pioneira Thompson Learning, 2002.

SOUSA, J. C. **Implantação de inovações em duas organizações hospitalares privadas: proposição de diretrizes para apoio à gestão**. 2020. 192 f. Dissertação (Doutorado em Engenharia de Produção e Sistemas) – Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo. 2020.

THE WORLD BANK. **2.12. World development indicators: health systems**. Genebra: OMS, 2017. Disponível em: <http://wdi.worldbank.org/table/2.12#>. Acesso em: 10 dez. 2019.

VAINIERI, M.; FERRÈ, F.; GIACOMELLI, G.; NUTI, S. *Explaining performance in health care: How and when top management competencies make the difference*. **Health Care Management Review**, v. 44, n. 4, p. 306-317, 2019.

VAN SCHOTEN, S.; BLOK C.; SPREEUWENBERG, P.; GROENEWEGEN, P.; CORDULA, W. *The EFQM Model as a framework for total quality management in healthcare: Results of a longitudinal quantitative study*. **International Journal of Operations & Production Management**, Bingley, v. 36, n. 8, p. 901-922, 2016.

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

WERKEMA C. **Lean Seis Sigma: introdução às ferramentas do Lean Manufacturing**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012.

WIDJAJA, B.; SUMINTAPURA, I.; YANI, A. *Exploring the triangular relationship among information and communication technology, business innovation and organizational performance*. **Management Science Letters**, v. 10, n. 1, p. 163-174, 2020.

XAVIER, A. C. R.; BATISTA, F. F.; MARRA, F.; LONGO, R. M. J. **Implantando a gestão da qualidade em hospitais: a experiência da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre - RS**. Brasília: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada 1997.

XIONG, J.; HE, Zhen; DENG, Y.; ZHANG, Min; ZHANG, Zehong, *Quality management practices and their effects on the performance of public hospitals*. **International Journal of Quality and Service Sciences**, Bingley, v. 9, n. 3/4, p. 383-401, 2017.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

YIN, R. K. **Pesquisa qualitativa do início ao fim**. Porto Alegre: Penso, 2016.

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa do Mestrado em Administração, da estudante Taynara Domingues, da Universidade Federal de Rio Grande – FURG, orientada pela professora Dra. Débora Gomes de Gomes. Objetivo do estudo é analisar como a prática da gestão da qualidade total se reflete no desempenho de organizações hospitalares, a partir da perspectiva dos gestores, por meio de um estudo multicase. A coleta de dados será realizada por meio de entrevistas, para gestores que tomam parte de decisões estratégicas de organizações hospitalares. Fica concedida ao participante a total liberdade de abandonar o estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo e que, aceitando em fazê-lo, não terá nenhuma compensação financeira, também poderá retirar seu consentimento para utilização das respostas na pesquisa. Garantimos que os participantes não serão identificados e que manteremos o caráter confidencial das informações pessoais. Sua decisão em colaborar para este estudo é voluntária. Para maiores esclarecimentos ou dúvidas o participante poderá entrar em contato com as pesquisadoras no número (53) 99194493 ou pelo e-mail: taynara.rd@hotmail.com e (53) 981449000 ou pelo e-mail: debora_furg@yahoo.com.br

Li este consentimento informado e concordo em participar.

Nome:

RG:

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

Gratas pela colaboração.

APÊNDICE B - PROTOCOLO PARA O ESTUDO DE CASO

Título

Práticas de gestão da qualidade e do modelo de excelência para gestão de organizações hospitalares: um estudo multicaseos.

A pesquisa

Esta pesquisa é elaborada por Taynara Ribeiro Domigues, aluna do curso de mestrado em Administração da Universidade Federal do Rio Grande (FURG), sob a orientação da Prof.^a Dra. Débora Gomes Machado. Este estudo, de natureza qualitativa, possui a finalidade de analisar como as características de perfil e práticas da gestão da qualidade se relacionam com o nível de maturidade de organizações hospitalares brasileiras.

Objetivos específicos

- Identificar, por meio da aplicação do instrumento utilizado por Xiong et al. (2017), a posição de organizações hospitalares brasileiras em relação às práticas da gestão da qualidade;
- Verificar o nível de maturidade de organizações hospitalares brasileiras em relação às práticas do Modelo de Excelência da Gestão, a partir do instrumento de autoavaliação para o prêmio Melhores em Gestão, da Fundação Nacional da Qualidade

Relevância

A justificativa do estudo é fundamentada nos estudos de Alves (2015) e Xiong et al. (2017), que sugerem replicar sua pesquisa, a fim de investigar as relações entre as práticas de gestão da qualidade e o desempenho de hospitais, dessa forma convém um estudo mais aprofundado sobre as práticas de gestão da qualidade utilizadas nos hospitais brasileiros e se há algum reflexo no desempenho organizacional.

Colaboração do hospital e coleta de dados

Para atingir os objetivos da pesquisa será necessária a colaboração da Instituição em que realizar-se-á o estudo de caso. A coleta de dados ocorrerá mediante entrevistas com os gestores ligados ao setor administrativo e da qualidade, e por meio da análise de documentos internos do hospital. As entrevistas têm duração estimada de 40 minutos, serão do tipo semiestruturada, ou seja, serão conduzidas com o apoio de roteiros que, apesar de orientarem

o processo, não impedirão que outras questões sejam acrescentadas.

Para assegurar uma análise confiável das respostas, as entrevistas serão gravadas e posteriormente transcritas. No intuito de garantir o alinhamento das questões aos objetivos do estudo, foi efetuado o pré-teste dos instrumentos de coleta mediante a realização de entrevistas com especialista do tema.

Adicionalmente, será realizada a análise de documentos internos do hospital, tais como: relatórios e indicadores de gestão, planilhas financeiras e relatório final de acreditação da qualidade, se houver.

As questões dos instrumentos de coleta foram formuladas a partir do constructo da pesquisa. No constructo, apresentado no quadro a seguir, demonstra-se como os objetivos específicos delineados no estudo serão alcançados.

Objetivos		Operacionalização	Literatura
Objetivo Específico A	Identificar, por meio da aplicação do instrumento utilizado por Xiong <i>et al.</i> (2017), a posição das organizações hospitalares em relação as práticas da gestão da qualidade;	Quadro 7 - Bloco 2 - Conjunto de questões sobre a gestão da qualidade. Análise de conteúdo e da pontuação obtida nas categorias	Xiong <i>et al.</i> (2017)
Objetivo Específico B	Verificar o nível de maturidade das organizações hospitalares, em relação às práticas do Modelo de Excelência da Gestão, a partir do instrumento de autoavaliação para o prêmio Melhores em Gestão, da Fundação Nacional da Qualidade.	Quadro 8. Bloco 3 - Questões sobre desempenho organizacional. Análise de conteúdo e da pontuação obtida nas categorias	FNQ (2020)
Objetivo Geral	Analisar como as características de perfil e práticas da gestão da qualidade se relacionam com o nível de maturidade de organizações hospitalares.	Relacionar o bloco 1 o bloco 2 e com o conjunto de questões do bloco 3. Análise de conteúdo da pontuação obtida nos objetivos específicos “a” e “b”.	Contribuição do estudo

Análise dos dados

Após a transcrição das entrevistas, os dados serão organizados e analisados tomando como referência a técnica de Bardin (2011) e com o apoio de software para análise textual. O material, constituído também pelos dados coletados por meio da análise documental, será relacionado com as categorias de análise previamente estabelecidas para geração e descrição dos resultados da pesquisa.

Compromisso

Ao se desenvolver uma pesquisa com o tema gestão da qualidade e desempenho organizacional, especialmente em razão das finalidades da ferramenta, sempre se corre o risco de abordar assuntos de caráter sigiloso. Dessa forma, no intuito de preservar a imagem do hospital e de evitar que eventuais situações embaraçosas prejudiquem a coleta de dados, assegura-se que as identidades do hospital pesquisada e das pessoas entrevistadas não serão reveladas no estudo.

Por fim, reafirma-se o compromisso de conduzir a pesquisa com ética e de forma que a execução das atividades do hospital não seja afetada.