

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

5.1. Modelo da pesquisa

Como indicado na introdução desta dissertação, seu objetivo principal foi analisar o processo de adoção de inovações gerenciais em hospitais privados de Salvador, por meio da identificação das principais motivações para esse processo. A partir dessa análise, procura-se responder às seguintes questões: **Por que organizações hospitalares privadas de Salvador decidiram adotar novas técnicas gerenciais na última década? Quais fatores conduziram essas organizações para a escolha das técnicas adotadas?**

Com base nas discussões teóricas elaboradas nos capítulos anteriores, procurou-se delinear um quadro que possibilitasse a delimitação e análise do objeto de pesquisa, resultando na construção do modelo de pesquisa apresentado a seguir:

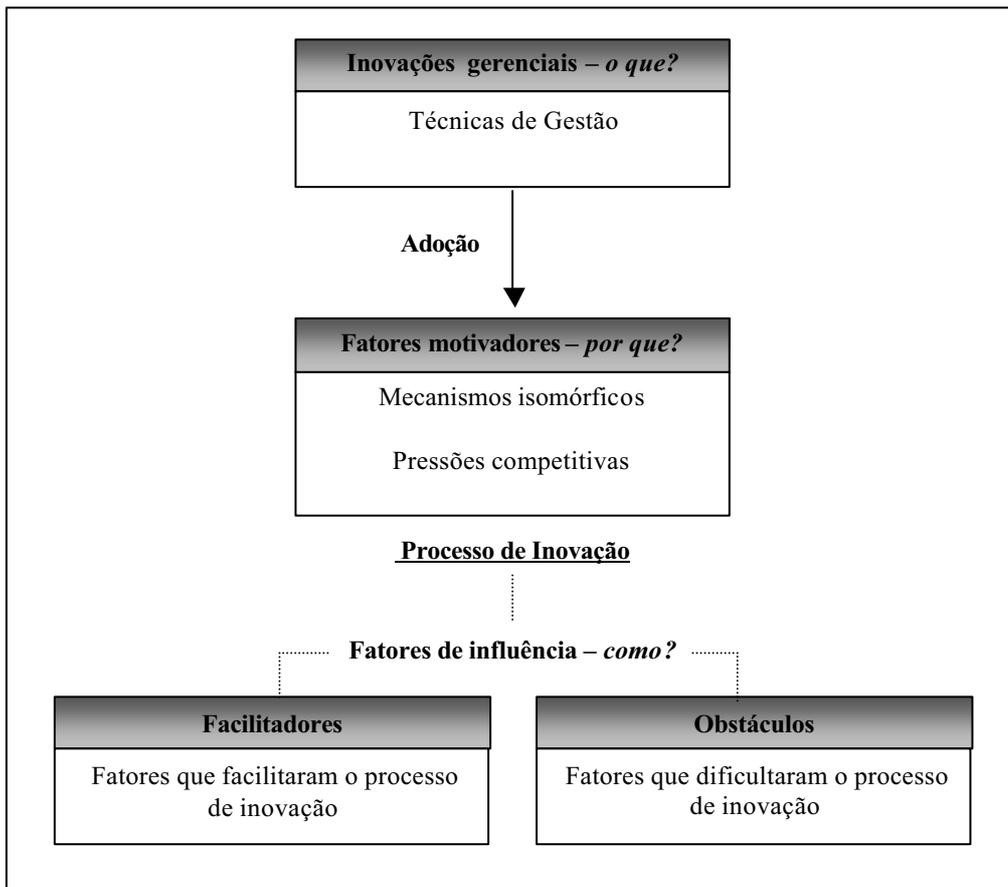


Figura 4 – Modelo da Pesquisa

Em primeiro lugar, procura-se identificar as inovações gerenciais utilizadas pelos hospitais privados localizados em Salvador, enfocando questões referentes à difusão e abrangência dessas inovações. Em relação à difusão, busca-se identificar o conjunto de hospitais usuários e o conjunto de práticas utilizadas. Em relação à abrangência, busca-se identificar o impacto dessas inovações nas organizações.

A partir desses achados, a segunda parte do modelo de pesquisa se dirige à identificação das motivações para a adoção das inovações (o porquê). Os fatores motivadores para a adoção dessas inovações foram dispostos em duas categorias: os fatores pertinentes ao ambiente institucional (mecanismos isomórficos) e ao ambiente técnico (pressões competitivas).

Com a adoção dessas inovações, o terceiro foco de análise é a identificação de fatores que tenham exercido influência (positiva ou negativa) no processo de inovação no interior de cada organização: os fatores de influência, facilitadores e obstáculos.

A fim de cumprir esses objetivos, segundo o modelo proposto na Figura 4, a pesquisa foi estruturada como apresentado a seguir.

5.2. Estrutura da pesquisa

5.2.1. Tipo de Pesquisa

A pesquisa é uma *survey* ou levantamento. Para Freitas e outros (2000), o método *survey* é necessariamente quantitativo. Entretanto, a pesquisa aqui realizada tem interesses quantitativos, para analisar a difusão e abrangência das inovações na população pesquisada, mas também componentes predominantemente qualitativos, para se identificar as motivações e principais influências na adoção das inovações. Para essas questões, o foco não é somente saber as motivações mais freqüentes, mas principalmente identificar os fatores que conduziram as organizações para a decisão de adoção e como esses fatores moldaram essas mesmas organizações.

O foco é identificar um conjunto de fatores e, para tanto, combina-se no guia de entrevista perguntas abertas com perguntas fechadas, de múltiplas escolhas ou escala de valores, que

foram elaboradas com base nas questões e indicadores levantados na revisão da literatura e pesquisa exploratória.

A pesquisa foi realizada através de observação indireta, na qual dirige-se ao sujeito para colher a informação, e este, assim, passa a interferir na produção da informação. Assim, têm-se dois intermediários entre a informação procurada e a obtida: o sujeito e o instrumento de coleta (QUIVY; CAMPENHOUDT, 1992).

Além de pesquisa bibliográfica, foram ainda consultados documentos fornecidos por gestores dos hospitais envolvidos na pesquisa e material disponibilizado por instituições como a AHSEB, Secretaria de Saúde do Estado e Vigilância Sanitária.

5.2.2. Etapas da Pesquisa

▪ Etapa 1: Definição da amostra

Para atingir os objetivos propostos para esta pesquisa e responder as questões levantadas na introdução desta dissertação (e retomadas neste capítulo), selecionou-se como amostra os hospitais integrantes do Núcleo de Excelência em Saúde (NES). Esta escolha justifica-se ao se julgar que a adesão e participação junto a esse Núcleo demonstram uma mobilização diferenciada por parte dessas organizações, no sentido de conquistar melhorias da gestão, o que pode ser visto como possível preditor para a adoção de inovações gerenciais. Estudos atestam que a integração externa da organização é um ponto forte para a introdução de inovações (KIMBERLY; EVANISKO, 1981). Essa análise foi referendada por profissionais do setor.

Dos 17 hospitais de Salvador que integravam inicialmente o Núcleo (alguns já se desligaram), 12 foram incluídos na pesquisa, tendo como critério de escolha entre eles a adesão, interesse e concordância na participação na pesquisa.

A amostragem é não probabilística, o que, apesar da impossibilidade de generalização dos resultados, tem validade dentro de um contexto específico. A amostra é concomitantemente intencional, uma vez que o pesquisador está interessado nas informações de determinados

membros de uma população, importantes para o estudo, mas não necessariamente representativos, no sentido estatístico, da mesma (MARCONI; LAKATOS, 1986).

▪ Etapa 2: Pesquisa exploratória

Inicialmente, foi realizada pesquisa exploratória com sete profissionais da área de saúde.

Entrevistado	Descrição
A	Consultor ligado à AHSEB.
B	Consultor ligado à AHSEB, atualmente afastado da instituição.
C	Consultor interno de um hospital. Participou da segunda etapa da pesquisa, sendo identificado posteriormente como 'Entrevistado 1'.
D	Coordenador de qualidade de um hospital não participante da pesquisa
E	Diretor Administrativo de um hospital. Participou da segunda etapa da pesquisa, sendo identificado posteriormente como 'Entrevistado 2'
F	Consultor da área de saúde e professor de administração hospitalar
G	Consultor da área de saúde e professor de administração hospitalar

Figura 5 – Perfil dos entrevistados: pesquisa exploratória.

Esses profissionais indicaram as principais inovações gerenciais adotadas no setor hospitalar de Salvador, bem como se reportaram a diversos fatores que se apresentaram como fortes motivações para a adesão das organizações a esse processo.

Com base nessa fase inicial, foi desenvolvido um formulário, para ser utilizado como roteiro das entrevistas, a serem realizadas com um gestor de cada hospital.

Por formulário entende-se uma lista formal preenchida pelo investigador a partir de dados obtidos pela observação ou de respostas do investigado, podendo ser também ser preenchido pelo investigado, com a orientação do investigador (MARCONI; LAKATOS, 1986). Na pesquisa aqui empreendida, a estratégia de aplicação do formulário foi a entrevista pessoal (FREITAS E OUTROS, 2000), com questões abertas e fechadas e, apenas em alguns casos, o formulário foi parcialmente preenchido pelo investigado (em situações em que o tempo por este agendado para entrevista se excedeu ou quando surgiram imprevistos que interromperam o andamento da entrevista).

Após sua elaboração, o formulário foi submetido a pré-teste com profissionais da área de saúde, não vinculados diretamente aos hospitais da amostra. Após validação e efetuadas as

devidas correções e adaptações, foram empreendidas as entrevistas com suporte deste instrumento de coleta de dados.

▪ **Etapa 3: Entrevistas com gestores dos hospitais da amostra**

Nessa fase, foram identificados os principais gestores de cada instituição. Foram incluídos entre esses gestores além dos diretores, profissionais que, no NES, figuravam entre integrantes do Conselho de Titulares (titulares ou suplentes), instância no Núcleo que tem poder deliberativo. Esses profissionais, mesmo não assumindo cargos de diretoria, possuem influência e respaldo na organização para serem incluídos entre os respondentes.

Para estes gestores, foram encaminhadas cartas de apresentação da pesquisadora e informações sobre o estudo a ser realizado. As cartas foram encaminhadas pela instituição de ensino à qual a pesquisadora está vinculada e pela AHSEB.

Após estabelecido contato com as organizações, foram agendadas entrevistas com um gestor de cada hospital, conforme os critérios descritos anteriormente. Em alguns casos, esses gestores indicaram outros profissionais do hospital para participar da pesquisa. Por fim, este foi o conjunto de entrevistados, composto de nove homens e três mulheres:

	Cargo no hospital	Formação	Tempo na área de saúde
1	Consultor técnico	Economia, administração / pós-graduação na área hospitalar	Entre 5 e 10 anos
2	Diretor administrativo	Pós-graduação na área hospitalar	Entre 5 e 10 anos
3	Superintendente	Medicina / pós-graduação na área de gestão	Mais de 30 anos
4	Gerente Administrativo e financeiro	Economia	Entre 25 e 30 anos
5	Gerente de Negócios	Administração / pós-graduação na área hospitalar	Entre 10 e 15 anos
6	Diretor administrativo financeiro	Administração, direito, psicanálise / pós-graduação em administração.	Entre 1 e 5 anos
7	Relações públicas	Relações públicas	Entre 1 e 5 anos
8	Assessor de Convênios	Administração / pós-graduação em marketing	Entre 5 e 10 anos
9	Gerente administrativo	Nível superior incompleto em administração	Entre 5 e 10 anos
10	Coordenador Administrativo	Administração / pós-graduação em marketing e administração	Entre 5 e 10 anos
11	Diretor Administrativo	Medicina / pós-graduação na área de gestão	Entre 15 e 20 anos (na instituição)
12	Coordenador Médico	Medicina/ pós-graduação na área de gestão	Mais de 30 anos

Figura 6 – Perfil dos entrevistados: gestores dos hospitais da amostra.

As entrevistas desta etapa foram realizadas nos meses de fevereiro e março de 2003. Todas as entrevistas, inclusive as exploratórias, foram gravadas, a fim de dirimir eventuais dúvidas no preenchimento dos formulários ou na análise dos conteúdos.

Para tratamento dos conteúdos das entrevistas, foram utilizadas técnicas de análise qualitativa de discurso e tabulação quantitativa para os dados coletados através de questões fechadas do formulário.

5.3. Caracterização da amostra

É fundamental ressaltar a heterogeneidade da amostra, composta por hospitais de diferentes formações originais, histórias, portes, naturezas jurídicas e estruturas hierárquicas.

A origem dos hospitais está relacionada, predominantemente, à iniciativa de associação de profissionais (4)¹⁴, comunidade de estrangeiros (3), grupo econômico (2), entidades religiosas (2) e instituição de ensino e pesquisa (1).

O período de fundação dos hospitais está assim distribuído:

Período	Número de Hospitais
Século XIX	03
Década de 60	02
Década de 70	03
Década de 80	02
Década de 90	02
Total	12

Figura 7 – Período de fundação dos hospitais da amostra. Fonte: Elaborado a partir do documento Perfil dos Hospitais (NES, 2002) e dados das entrevistas.

Entre os hospitais, estão organizações de variados tamanhos, conforme Figura 8

¹⁴ Entre parênteses será indicada a frequência para os itens mencionados.

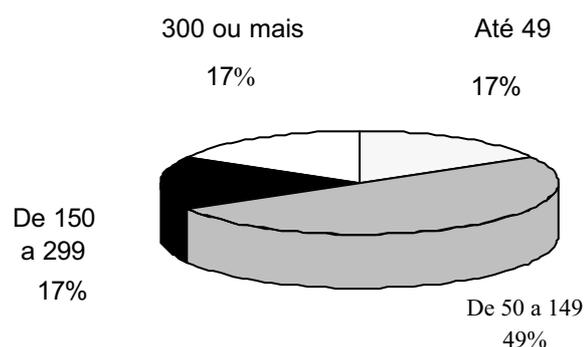


Figura 8 – Número de leitos dos hospitais da amostra¹⁵. Fonte: Elaborado a partir do documento Perfil dos Hospitais (NES, 2002)

Cinco hospitais têm finalidade lucrativa, outros cinco são filantrópicos e dois sem fins lucrativos. Três hospitais têm entidades mantenedoras e um possui filiais. Duas organizações mantêm vínculos com entidades estrangeiras, sendo que uma tem vínculo técnico e financeiro enquanto a outra, apenas vínculo técnico.

A diretoria das organizações é constituída da seguinte forma: em cinco hospitais é eleita periodicamente, em quatro é composta por profissionais contratados, em dois casos por proprietários e profissionais e apenas em um caso apenas por proprietários. Ressalta-se que alguns hospitais possuem poucos membros em sua diretoria, muitas vezes também proprietários, enquanto outros têm uma diretoria numerosa, além de estarem subordinados a Conselhos, o que torna seus processos decisórios bastante diferentes, em termos de complexidade e duração.

Os hospitais da amostra empregam, ao todo, nas áreas assistencial, administrativa e de apoio, entre funcionários próprios, terceirizados, cooperados e com outras relações de trabalho mais de 9.700 pessoas, sendo que sete organizações contam com menos de 500 trabalhadores, apenas uma tem entre 500 e 1000 colaboradores e quatro contam com mais de 1.000.

Os hospitais integrantes da amostra desta pesquisa prestam serviços de extrema relevância para a comunidade, em um volume de quase 60 mil cirurgias (de variados portes), mais de

¹⁵ A escala utilizada para o enquadramento dos números de leitos foi baseada na orientação que o Ministério da Saúde utiliza para classificar as instituições hospitalares vinculadas ao Sistema Único de Saúde. Entretanto, número de leitos é apenas um dos sete itens utilizados para classificação dos hospitais (Porte I a IV) (BRASIL, 2002c, p. 1), razão pela qual não optamos pela classificação de porte do hospital.

800 mil consultas, três milhões de exames e 190 mil atendimentos de emergência, tomando-se como referência o ano de 2001 (NES, 2002).

A partir dessas características, verificam-se variados níveis de complexidade entre estas organizações, o que vai aumentar a diferenciação dos seus processos de inovação.

5.4. Delimitação de conceitos operacionais: as inovações gerenciais incluídas na pesquisa

Com base em levantamentos iniciais e a partir da pesquisa exploratória realizada, foi identificado o uso, no setor hospitalar privado de Salvador, de seis técnicas de gestão, incluídas no instrumento de coleta de dados.

A seguir, serão brevemente apresentadas cada uma destas técnicas de gestão incluídas na pesquisa. Cabe ressaltar que a análise aprofundada de cada uma dessas técnicas de gestão não constitui objetivo desta dissertação. Por essa razão, a apresentação aqui empreendida é limitada, com o intuito apenas de identificar que tipos de inovações gerenciais foram considerados na pesquisa.

5.4.1. Sistema de Custos

Frente a constantes mudanças no sistema de saúde, com gastos cada vez mais crescentes, Falk (2001) ressalta que sistemas de apuração de custos passam a ser “o componente do sistema de informação financeira mais importante para análise gerencial e tomada de decisões estratégicas da instituição”, uma vez que uma maior qualidade dessas informações permite avaliar melhor o desempenho da instituição, seja em nível dos serviços, departamentos, ou procedimentos.

Um sistema de informações que permita avaliar os custos incorridos nas organizações possibilita um melhor controle sobre gastos e sobre como mensurar e cobrar serviços. Na área de saúde, verifica-se um desconhecimento geral dos custos das atividades (MALIK; TELES, 2001).

Atualmente, a fim de reduzir os custos dos serviços de saúde, operadoras de Planos de saúde têm imposto o pagamento dos serviços através de “pacotes”, ou seja, pagamento pré-fixado por procedimento. Anteriormente o pagamento era realizado com base no sistema *fee for*

service, através do qual se pagava o indicado pelo prestador de serviço. Pelo sistema dos pacotes, a operadora de plano de saúde realiza o pagamento através de uma média calculada do custo do procedimento. Dessa forma, tornou-se fundamental para as organizações de saúde conhecerem a fundo seus custos a fim de avaliarem a viabilidade financeira do procedimento prestado.

A Associação Americana de Hospitais (AHA) (apud FALK, 2001, p. 16) indica que um sistema de contabilidade de custos tem como objetivos estabelecer:

- uma base comum para comunicação, negociação, planejamento e gerência de todos os níveis de pessoal hospitalar e também, entre hospitais e instituições regulamentadoras;
- uma metodologia de medição dos efeitos de alterações em intensidade e diversidade de casos pretendidos;
- um método de avaliação e medição de performance contra um plano prefixado;
- uma forma de prover a informação necessária para a gerência eficiente de recursos de todos os níveis. Padrões desenvolvidos nesse processo permitem aos gerentes prever gastos em recursos humanos e não pessoas baseados nos níveis de utilização dos serviços da instituição, em curtos períodos de tempo;
- um método para facilitar a administração a identificar os gastos que podem ser alterados de fixos para variáveis. Se o método for bem sucedido, diminuições em volume serão menos críticas para o bem-estar financeiro do hospital;
- um método de identificar funções ineficientes e demonstrar qual a natureza do problema em termos de preço, volume ou a prática organizacional.

Ainda conforme a AHA, identificam-se dois tipos de processo de controle de custos: o sistema básico de custos, que tem foco na alocação de despesas por departamentos ou centros de custos; e o sistema de contabilidade de custos que, além das informações do primeiro sistema, procura analisar os custos individualmente, por paciente, por diagnóstico, médico ou agente financiador do tratamento (FALK, 2001).

5.4.2. Planejamento estratégico

Paulo Motta (2001) indica que o conceito de estratégia se popularizou na década de 60, principalmente vinculado à idéia de planejamento. As organizações passam de uma visão limitada da ambiência, para estruturar um processo de longo prazo, a partir de uma visão ampliada do contexto organizacional, utilizando novos métodos analíticos e prospectivos para desenvolvimento de cenários.

[...] o planejamento estratégico parte da premissa de um ambiente em constante mutação e turbulência, que exige um processo contínuo de formulação e avaliação de objetivos, baseado em fluxo de informações sistemáticas sobre as transações entre ambiente e organização, que determinam possíveis variações no senso de missão sócio-econômica da empresa. (MOTTA, P., 2001, p. 85)

Oliveira (1999) indica que, através do planejamento estratégico, a organização pode analisar suas potencialidades e seu ambiente externo (pontos fortes e pontos fracos, ameaças e oportunidades) e delinear um plano de trabalho que viabilize seus objetivos, com base na identificação de seus limites e possibilidades. A partir desse processo, a organização espera uma maior convergência de seus subsistemas para finalidades comuns, tanto por meio do compartilhamento dos objetivos organizacionais, como por meio de uma agenda de trabalho para efetivar o que foi inicialmente planejado.

Esse processo seria composto de três dimensões: o delineamento, a fase de efetivo planejamento e estruturação do processo; a elaboração, que comporta a análise dos pontos fortes e pontos fracos, ameaças e oportunidades e a definição dos objetivos e planos de ação e; por fim, a implementação do plano acordado (OLIVEIRA, 1999).

Cabe salientar que, a partir da década de 70, com os trabalhos de Igor Ansoff, foi introduzido o termo “gerência estratégica”, que procurava conceder um caráter mais contingencialista do que o planejamento. Nessa época, os pressupostos de descontinuidade e turbulência davam espaço para a consciência da mudança não mais como temporária, reversível e previsível, mas como inerente ao ambiente organizacional, com velocidade e amplitude crescentes. Assim, a idéia de planejamento como antecedente à implementação é questionada, passando-se a analisá-lo mais como um processo contínuo, contingencial e emergente. Assim, incorpora-se uma visão mais abrangente da estratégica, não restrita à dimensão única do planejamento (MOTTA, P., 2001).

5.4.3. Programa de Qualidade

A questão da qualidade em saúde iniciou-se timidamente nos anos 70, com mais frequência nos anos 80 e como um certo modismo nos anos 90 (MALIK; TELES, 2001).

Segundo Noronha e outros (2000), somente em 1994, o Ministério da Saúde criou um programa formal de qualidade em Saúde. O Programa de Melhoria da Qualidade, que iniciou as atividades em agosto de 1995, tinha como principal objetivo a disseminação da cultura da qualidade entre os profissionais, usuários e compradores do sistema de saúde.

Esse programa estabeleceu cinco princípios orientadores, que continuam, segundo os autores, atuais: 1) caminhar para o uso crescente de indicadores; 2) criar um programa nacional de acreditação; 3) enfatizar o uso de ferramentas da melhoria da qualidade; 4) adoção de protocolos clínicos e; 5) estimular o controle social (NORONHA E OUTROS, 2000, p. 63-64).

A qualidade nos serviços de saúde passa a ser motivada pelo crescimento dos custos da assistência hospitalar e necessidade de redução dos desperdícios (GURGEL JR.; VIEIRA, 2002). Entretanto, Nogueira (1994) acrescenta que elementos considerados alavancas para a adoção de programas de qualidade não estão presentes no setor de saúde, no qual há muitas organizações sem fins lucrativos e o nível de competição é baixo.

O conceito de qualidade na produção evoluiu, desde a simples inspeção dos produtos ao final do processo, passando por um controle estatístico da produção até uma visão de qualidade total, extrapolando a área da produção e englobando toda a organização, seus processos e departamentos. O conceito de qualidade passou a penetrar outras esferas produtivas, além da indústria, passando a ser presente também no setor de serviços e, especificamente, nos serviços de saúde. (GURGEL JR.; VIEIRA, 2002)

De forma complementar, Nogueira (1994) aponta quatro fases sucessivas da evolução da qualidade nas organizações. No primeiro estágio, a qualidade é vista como excelência dos agentes. Assim, nas organizações médicas, a formação dos profissionais e a infra-estrutura do hospital é o juízo dominante de qualidade. No segundo estágio, o controle da qualidade é delimitado a um departamento específico. Nessa fase, freqüentemente o foco é mais no produto/serviço do que no cliente. No estágio da garantia da qualidade, procura-se efetivar uma verificação preventiva de falhas, em que as normas da qualidade, elaboradas em um departamento específico, já são repassadas para toda a organização. Na área da saúde, essa fase se refere à elaboração de estratégias de avaliação de qualidade e de implementação de normas e padrões de conduta clínica. No quarto estágio, a qualidade passa a ser controlada pela organização como um todo, extrapolando um grupo de especialistas e departamentos, sendo vista como tarefa coletiva.

Nos serviços em geral, devido à sua intangibilidade, não há como averiguar a qualidade senão no momento da prestação do serviço. Isso faz com que prestadores de serviços fiquem muitos

mais sensíveis a sua reputação, pois esta é que vai servir de guia para a decisão de futuros usuários, uma vez que não há elementos materiais para essa análise (MENDES, 1994).

Os serviços enfrentam um dilema: “o de lidar com a norma e atender à especificidade do caso”. A busca da qualidade em serviços tem o desafio de equilibrar essa tensão (MENDES, 1994, p. 42).

Mendes (1994) apresenta a definição de Donabedian sobre qualidade em saúde. Para ele, a qualidade em saúde está centrada no cuidado médico, que é composto do cuidado técnico, do cuidado interpessoal e das amenidades. O cuidado médico refere-se ao diagnóstico e processos terapêuticos adequados. Trata-se do equilíbrio entre o tratamento e seus riscos, delimitado pelo estado da arte da ciência. Os cuidados interpessoais referem-se ao ambiente social e ao estilo de quem presta o cuidado. Esses dois cuidados são mutuamente influenciáveis e conectados de tal forma que se torna difícil avaliá-los separadamente. Por fim, estão as amenidades, terceiro componente do cuidado médico, que são os elementos estruturais do local onde o cuidado é prestado. É a partir dessas três dimensões que o paciente e demais agentes vão avaliar a qualidade de um hospital.

Dentre as iniciativas em prol da qualidade, algumas organizações de saúde optaram por processos de certificação, como as normas ISO.

A ISO (*International Organization for Standardization*) é uma federação internacional de organizações nacionais de 130 países. É uma organização não-governamental criada em 1947, para promover e desenvolver a padronização e atividades relacionadas, com a intenção de desenvolver a cooperação na troca de mercadorias e serviços. (NORONHA E OUTROS, 2000, p. 67)

Um grande avanço se deu com a padronização dos procedimentos médicos através da adoção de protocolos clínicos, que foram, a partir de 1994, divulgados por algumas sociedades médicas, a fim de se estabelecer um padrão das práticas em saúde (NORONHA E OUTROS, 2000, P. 67).

Modelos como os 5S¹⁶ também são utilizados em iniciativas de gestão da qualidade, principalmente na fase inicial de implementação dessa abordagem, com vistas a sensibilizar a organização para a mudança.

¹⁶ SEIRI (descarte), SEITON (arrumação), SEISO (limpeza), SEIKETSU (saúde) e SHITSUKE (disciplina). (CUNHA, 1999)

Em 2002, a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre foi contemplada com o Prêmio Nacional da Qualidade em sua 11ª edição, na categoria "Organizações sem Fins Lucrativos" (FPNQ, 2003). É um reconhecimento do esforço que as organizações de saúde estão fazendo para acompanhar as novas tendências em termos de gestão e melhor se qualificar para o atendimento de seus clientes e melhor gestão de seus recursos.

5.4.4. Sistema integrado de informações

Freitas e outros (apud PEROTTONI E OUTROS, 2001) definem sistemas de informação como “mecanismos cuja função é coletar, guardar e distribuir informações para suportar as funções gerenciais e operacionais das organizações”.

O desenvolvimento dos sistemas de informação, informatizados e integrados, deve-se fundamentalmente ao papel desempenhado pelas tecnologias da informação (TI).

A revolução da TI tem como característica marcante e distinta das demais revoluções da era industrial, o fato de sofrer melhorias através de seus próprios instrumentos.

Castells (1999) apresenta, como características básicas desse novo paradigma, o fato de que:

- a informação é a matéria prima;
- há uma intensa penetrabilidade dos efeitos dessas novas tecnologias;
- a “lógica de redes” é viabilizada com mais facilidade pela TI (a rede permite estruturar o não estruturado, proporcionando a flexibilidade necessária para a inovação);
- há uma intensa flexibilidade presente no sistema de redes, viabilizando a capacidade de reconfiguração;
- tecnologias específicas acabam por convergir para um sistema altamente integrado, como, por exemplo, a convergência da microeletrônica, telecomunicações, computadores, etc.

A partir desse novo paradigma, aponta-se o estabelecimento de uma nova economia global e informacional; “informacional porque a produtividade e a competitividade de unidades ou agentes nessa economia [...] dependem basicamente de sua capacidade de gerar, processar e aplicar de forma eficiente a informação baseada em conhecimentos”; global porque as

principais atividades produtivas estão organizadas em escala global, na qual é gerada a produtividade e estabelecida concorrência (CASTELLS, 1999, p. 87).

A TI possibilita novas interações e o surgimento da empresa em rede. Os sistemas de informação construídos a partir dessa tecnologia vêm proporcionando relevantes benefícios e perspectivas inovadoras para as organizações.

Perottoni e outros (2001) fazem uma análise comparativa entre os diferentes tipos de sistemas de informação. Identificam suas principais características, foco de atuação e usuários em uma análise histórica, na qual a prioridade dos sistemas vai desde a automatização de operações, de processos, para a integração da organização e, por fim, se direciona ao cliente, acompanhando as tendências de direcionamento do foco dos negócios. Segundo esses autores, esses sistemas surgiram nos anos 50, tendo nessa época, foco apenas no nível operacional das organizações. A integração desses sistemas é relativamente recente, em uma tendência de integração não só interna, das áreas funcionais da organização, mas também destas com seus parceiros, fornecedores e clientes.

Bio (1996) identifica duas grandes categorias de sistemas de informação. A primeira se refere a sistemas de apoio às operações, voltados ao processamento de atividades rotineiras, dentre os quais estão os sistemas processadores de transações (como folha de pagamento, faturamento, contas a pagar) e os sistemas operacionais para tomada de decisões, tais como contabilidade, custos e planejamento e controle da produção. A segunda categoria se refere a sistema de apoio à gestão, voltados para suporte ao processo decisório, entre os quais estão os sistemas de previsão de vendas, análises financeiras e orçamento.

Picchiali (1998) ressalta a necessidade de integração das informações, a fim de se evitar redundância de dados e retrabalho. Uma dificuldade apontada na utilização desses sistemas em hospitais é a complexidade das informações médicas.

O Prontuário eletrônico é a tendência em modernização da informação no ambiente de saúde, regulamentado pela resolução 1.639/2002 do Conselho Federal de Medicina, que aprovou as “Normas Técnicas para o Uso de Sistemas Informatizados para a Guarda e Manuseio do Prontuário Médico” (CFM, 2002).

5.4.5. Acreditação Hospitalar

Segundo Cordeiro (2000, p. 115), acreditação “trata-se da aferição da conformidade do processo de trabalho em saúde com padrões, isto é, com enunciados de expectativas máximas desejáveis de desempenho de uma organização de saúde (hospital, ambulatório, laboratório de análises clínicas e outros serviços)”. Santos e outros (2000, p. 98), complementam que a acreditação trata-se de “um sistema de verificação externa para determinar a conformidade com um conjunto de padrões relacionados à segurança e qualidade dos cuidados à saúde.”

O estímulo inicial para a avaliação dos serviços de saúde foi dado pelo médico americano Ernest A. Codman que, em 1910, propôs o “Sistema de Resultados Finais” e, em 1918, liderou o programa de Padronização de Hospitais. A *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*, precursora desse sistema, foi criada em 1951, nos EUA, e hoje serve de modelo para sistema de avaliação em todo o mundo. No Brasil, esta organização está associada ao Consórcio Brasileiro de Acreditação de Sistemas e Serviços de Saúde (CBA), que adaptou sua metodologia para o contexto brasileiro.

A JCAHO, que focava a avaliação apenas em hospitais, hoje já avalia também toda uma gama de serviços de saúde. Trata-se de uma entidade privada, sem fins lucrativos (DONAHUE; O’LEARY, 2000).

O sistema de acreditação foi inicialmente criado para proteger os profissionais dos problemas advindos de organizações inadequadas à prática médica (SANTOS E OUTROS, 2000).

No Brasil, vários estados desenvolveram associações e iniciativas de acreditação, como o Paraná, Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. A partir daí, o Ministério da Saúde buscou consolidar essas experiências regionais em uma metodologia única a nível nacional, coordenado pela Organização Nacional de Acreditação (ONA), criada em 1999 (SANTOS E OUTROS, 2000).

O hospital Albert Einstein, em São Paulo, é considerado pioneiro e destaque nesse processo. Em 1999 foi avaliado e em março de 2000 recebeu, da *Join Commission International*, o certificado internacional de acreditação.

Diferente dos processos de licenciamento ou certificação, como as normas ISO, a acreditação hospitalar tem necessariamente que abranger toda a instituição, sendo específica para a área de saúde.

Uma crítica recorrente aos processos de certificação para organizações de saúde é focada na questão de que o hospital deve ser visto de forma integrada, pois a interdependência entre as áreas é intensa (não basta se ter uma UTI certificada pela ISO 9000, e ter fatores desencadeadores de infecção hospitalar nas lavanderias, por exemplo). A acreditação é posta, então, como uma alternativa mais eficaz e sistêmica para os processos de melhoria contínua e aprimoramento da qualidade nos serviços de saúde.

A adesão a um processo de acreditação é voluntária, tem tempo limitado e revisão periódica da entidade acreditadora e objetiva a melhoria contínua dos cuidados prestados aos pacientes.

Para garantir a autonomia do sistema, não se recomenda que este dependa diretamente do governo. A este deve caber o papel de regular e fiscalizar o sistema de acreditação, mas o credenciamento deve ser feito por entidades organizadas da sociedade, diretamente ligadas ao segmento de saúde (CORDEIRO, 2000).

DONAHUE e O'LEARY (2000) apresentam os propósitos de um sistema de acreditação na área da Saúde:

Resultados Esperados	Fatores facilitadores
Aperfeiçoar os cuidados ao paciente	Os padrões de acreditação formam uma estrutura que ajuda as instituições a melhorarem continuamente os seus desempenho e a qualidade dos serviços oferecidos.
Fortalecer a confiança da população	Alcançar a acreditação transmite uma mensagem significativa à comunidade sobre os esforços da instituição para oferecer serviços de mais alta qualidade.
Aperfeiçoar a administração dos serviços de saúde	Os padrões oferecem uma estrutura abrangente que orienta o desempenho eficiente de todos os serviços prestados pela instituição, em todos os seus aspectos.
Aperfeiçoar o recrutamento de pessoal especializado	A acreditação ajuda a atrair profissionais qualificados, que preferem trabalhar em uma instituição reconhecida por seus esforços em prestar bons cuidados aos pacientes.
Agilização do pagamento por serviços	A acreditação é utilizada para constatar a elegibilidade da instituição para receber pagamentos de companhias de seguro-saúde e outros pagadores.
Confiança na acreditação pelos responsáveis mais importantes	A acreditação ajuda a simplificar e a focar as atividades de monitoração estabelecidas pelo governo.

Figura 9 – Resultados esperados e fatores facilitadores de um sistema de acreditação hospitalar. Fonte: DONAHUE e O'LEARY, 2000.

Esses propósitos, embora em sua maioria sejam válidos para nossa realidade, se baseiam na realidade americana, local de atuação dos autores. A questão da agilização do pagamento por serviços é marcante nos EUA, uma vez que, mesmo não sendo a acreditação obrigatória, a instituição que seria o “SUS americano” – *Medicare* – só contrata serviços de estabelecimentos acreditados. (NOVAES, 2000)

Verifica-se que, entre os resultados esperados com a adoção da acreditação, foram ressaltados tanto fatores pertinentes à dimensão da eficiência (como o aperfeiçoamento da administração e dos cuidados ao paciente) como situações em que a inovação gerencial adotada poderia ser utilizada como instrumento simbólico junto a atores importantes (confiança da população e governo, atração de profissionais qualificados).

Donahue e O’Leary (2000) ponderam que não são a medição ou o título da acreditação as metas finais desse processo, e sim, a melhoria dos serviços prestados. Os padrões devem ser flexíveis e dinâmicos para permitirem evoluções e adaptações. O apoio político e a disponibilidade de recursos são considerados aspectos fundamentais.

Acrescenta Cordeiro (2000, p. 122-123) que a prática da acreditação em hospitais e serviços de saúde pode contribuir para:

- a) desenvolvimento e fortalecimento dos programas de aprimoramento da qualidade como uma prática contínua de hospitais e redes de serviços de saúde, como o de saúde da família e de planos de seguros;
- b) uso de novas metodologias de avaliação baseadas na aferição de conformidade com determinados padrões, o que representa um instrumento de educação permanente dos profissionais de saúde;
- c) expansão de campos de aplicação da metodologia de acreditação às diversas instituições de saúde, além de hospitais, podendo beneficiar maiores segmentos da população de profissionais de saúde;
- d) maior articulação entre a prestação de serviços e a formação do pessoal de saúde, através das possibilidades práticas oferecidas pelos procedimentos de acreditação nos campos da saúde e das instituições escolares e universitárias;
- e) incorporação de novas ferramentas de racionalização de prática médica, inclusive de custos, sem comprometer a qualidade das ações de saúde.

De acordo com a ONA (2003), em julho de 2003, apenas 18 hospitais eram acreditados no Brasil (vide Anexo A). Embora nenhum hospital de Salvador esteja entre os acreditados, cabe ressaltar que alguns já se encontram em processo de acreditação ou adotando parcialmente essa metodologia, como identificado nos resultados da pesquisa, apresentados no próximo capítulo.

Essa informação pode ser contrastada com os dados trazidos por Novaes (2000), que indica em até o final de 2000 aproximadamente 60 hospitais, dos 200 de Cuba, deveriam estar acreditados, enquanto na República Dominicana, já tem cerca de 30 hospitais acreditados, o que demonstra um significativo avanço dessa inovação gerencial nesses países.

O Ministério da Saúde reforça o aspecto de que o processo de acreditação é um sistema de avaliação que procura resguardar as especificidades complexas da organização hospitalar, em que não se pode avaliar uma parte isoladamente. O enfoque sistêmico é essencial. Assim, apresenta, em seu Manual de Acreditação, sete grupos de critérios de avaliação, ponderados em três níveis de crescente complexidade: Liderança e administração – sistema de governo da organização; Serviços profissionais e organização da assistência; Serviços de atenção ao paciente/cliente; Serviços de apoio ao diagnóstico; Serviços de apoio técnico e abastecimento; Serviços de apoio administrativo e infra-estrutura e Ensino e pesquisa.

No nível 1, o princípio básico é segurança, no nível 2, incorpora-se a organização e no nível 3, as práticas de gestão e qualidade (BRASIL, 2001).

5.4.6. Balanced Score card

Enquanto muito se focou no planejamento e concepção da estratégia nas organizações, as respectivas fases de implementação e monitoramento sempre foram pouco analisadas. Diante de uma estratégia consistente, não se dispunha de mecanismos de controle e acompanhamento de sua implementação e execução entre os vários níveis organizacionais, que permitissem à cúpula avaliar sua eficácia e que viabilizassem uma sistemática constante de *feedback*. Os mecanismos de controle se baseavam apenas em dados financeiros, a *posteriori* e com foco na contabilidade, que visavam a resultados e alimentavam ações de curto prazo, em uma visão específica de cada área e não global - e na maioria das vezes não conectada à estratégia da organização.

Nakamura e Mineta (2001) sinalizam que, para a real execução de uma estratégia, deve-se estabelecer na organização “um sistema de medição de desempenho que utilize indicadores que possibilitem a tomada de decisões em ambientes de mudanças rápidas e de relacionamentos competitivos”. Essa é a proposta formulada por Kaplan e Norton, através do *Balanced Scorecard (BSC)*, que inova ao tentar conciliar indicadores financeiros e não

financeiros, na tentativa de apresentar aos gestores um “painel de controles” da organização, que permita a estes avaliar, alterar ou redirecionar sua estratégia.

O BSC é um sistema de gerenciamento que complementa as tradicionais medidas de resultado financeiro com outros vetores de desempenho futuro. As medidas de desempenho, baseadas nos objetivos e visão estratégica da organização, são estabelecidas a partir de quatro perspectivas: financeira, do cliente, dos processos internos e do aprendizado e crescimento (FRANCISCHINI; SOUZA, 2002). Essa tecnologia de gestão procura traduzir a missão e a estratégia da organização em medidas tangíveis, concretas, buscando viabilizar um sistema de comunicação, informação e aprendizado e não apenas um sistema de controle. Como complementam Nakamura e Mineta (2001), o BSC além de um sistema de controle, pode ser aplicado como uma técnica gerencial para comunicação e aprendizado da estratégia.

Como ressaltam Sanchez, Stadnick e Erdmann (2002, p. 8), o *Balanced Scorecard* “visa tirar a estratégia da empresa do papel, levá-la a todos os níveis da organização e garantir com que todos os funcionários participem da sua execução diária.” Esses autores propõem a utilização conjunta do BSC com o processo de acreditação hospitalar, a fim de monitorar os objetivos estratégicos determinados pelo processo de acreditação através do sistema de indicadores proposto no BSC.

A seguir, é apresentado um quadro resumo, contemplando as técnicas de gestão incluídas na pesquisa, acompanhadas de breves descrições, que foram baseadas nas apresentações anteriores sobre cada uma dessas técnicas.

Técnicas de Gestão	Descrição
Sistema de Custos	Sistema que permite avaliar os custos incorridos no hospital, possibilitando a valoração dos procedimentos e normalmente alocando os valores por centros de resultado.
Planejamento Estratégico	Processo formal para determinação de objetivos, políticas e estratégias - atuais e futuras - de uma organização, utilizando análise do ambiente e das potencialidades internas em sua elaboração.
Programa de Qualidade	Sistema de gestão formal, estruturado para atender as expectativas e necessidades do cliente, baseado em processos de melhoria contínua para obtenção e aprimoramento da qualidade.
Sistema Integrado de Informações	Sistemas informatizados que integram e coordenam as diversas atividades da organização, permitindo rápido acesso aos dados gerenciais e operacionais.
Acreditação Hospitalar	Sistema de avaliação baseado em um conjunto de padrões previamente estabelecidos, com vistas à melhoria contínua e ao desenvolvimento da qualidade nos hospitais.
Balanced Scorecard	Sistema de gestão baseado em um conjunto de indicadores de desempenho, financeiros e operacionais, que procura dar à gerência uma visão rápida e abrangente de toda a empresa, focalizando as perspectivas financeira, do cliente, dos processos internos e de aprendizado e crescimento.

Figura 10 – Quadro resumo: Técnicas de gestão incluídas na pesquisa. Fonte: Elaboração própria a partir das referências apresentadas na seção 5.4, deste capítulo.

5.5. Instrumento de coleta de dados

Como já mencionado, o instrumento de coleta de dados utilizado foi um formulário, construído a partir das informações levantadas na fase exploratória da pesquisa. O formulário serviu de guia para as entrevistas, sendo composto das seguintes seções (vide Apêndice A):

- I - Identificação do entrevistado: dados sobre o gestor entrevistado, que permitissem avaliar seu tempo de experiência na instituição e na área de saúde e sua posição na organização;
- II- Identificação da instituição: dados referentes à formação, constituição e estrutura da organização;
- III - Práticas adotadas a partir de 1994: questões sobre a utilização das técnicas de gestão incluídas na pesquisa (Figura 10);
- IV - Processo de Adoção das Práticas: a partir dessa seção, as perguntas são pertinentes à percepção geral sobre o conjunto das técnicas adotadas;
- IV - Motivações para a adoção: questões sobre os fatores que condicionaram a decisão de adotar inovações na gestão das instituições;
- V - Tomada de decisão/Processo de adoção: questões sobre aspectos internos e externos que favoreceram ou dificultaram a tomada de decisão (iniciação);

- VI - Fatores de influência na implementação: questões sobre aspectos internos e externos favoreceram ou dificultaram a implementação das inovações.

Nas seções IV, V e VI, após questões abertas, foi solicitado aos gestores que indicassem o nível de influência de alguns fatores como motivadores, facilitadores ou obstáculos no processo de inovação. Para tanto, utilizou-se como referência a seguinte escala:

- 0 - sem influência;
- 1- influência muito baixa;
- 2 - influência baixa;
- 3- influência média;
- 4 - influência alta;
- 5 - influência muito alta.

Ao identificar as influências no processo de inovação organizacional, os gestores apresentaram dificuldade em segregar as duas fases deste processo: a iniciação e a implementação, nas seções V e VI. Por esse motivo, os aspectos levantados foram considerados como influências gerais, para todo o processo de inovação. Como se ressaltou, na apresentação teórica do processo de inovação, com base em Rogers (1995), este processo não ocorre da mesma forma em todas as organizações, nem suas fases são, na prática tão distintas e delineadas.