UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA
CURSO DE MESTRADO

ILSA LOIVAMARA DA SILVA ANDRADE

PERCEPÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*: DESEMPENHO ORGANIZACIONAL E INOVAÇÃO, APÓS A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL – RS

CAXIAS DO SUL
2020

ILSA LOIVAMARA DA SILVA ANDRADE

PERCEPÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*: DESEMPENHO ORGANIZACIONAL E INOVAÇÃO, APÓS A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL – RS

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestra em Administração.

Linha de pesquisa: Inovação e Competitividade.

Orientadora: Profa. Dra. Marta Elisete Ventura da Motta.

CAXIAS DO SUL
2020

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Universidade de Caxias do Sul
Sistema de Bibliotecas UCS - Processamento Técnico

A553p Andrade, Ilsa Loivamara da Silva
Percepção do *stakeholders* [recurso eletrônico] : desempenho organizacional e inovação, após a acreditação hospitalar do Hospital Geral de Caxias do Sul - RS / Ilsa Loivamara da Silva Andrade. – 2020.
Dados eletrônicos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade de Caxias do Sul, Programa de Pós-Graduação em Administração, 2020.
Orientação: Marta Elisete Ventura da Motta.
Modo de acesso: World Wide Web
Disponível em: https://repositorio.ucs.br

1. Desenvolvimento organizacional. 2. Hospitais - Credenciamento. 3. Saúde pública - Administração. 4. Hospital Geral de Caxias do Sul. I. Motta, Marta Elisete Ventura da, orient. II. Título.

CDU 2. ed.: 005.591.6

Catalogação na fonte elaborada pela(o) bibliotecária(o)
Carolina Machado Quadros - CRB 10/2236

ILSA LOIVAMARA DA SILVA ANDRADE

PERCEPÇÃO DOS *STAKEHOLDERS*:
DESEMPENHO ORGANIZACIONAL E INOVAÇÃO, APÓS A ACREDITAÇÃO HOSPITALAR DO HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL – RS

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, como parte dos requisitos necessários à obtenção do Título de Mestra em Administração.

Linha de pesquisa: Inovação e Competitividade.

Aprovada em: 15/12/2020.

Banca Examinadora

_____
Profª Dra. Marta Elisete Ventura da Motta
Universidade de Caxias do Sul – UCS

_____
Prof. Dr. Fabiano Larentis
Universidade de Caxias do Sul - UCS

_____
Profª. Dra. Maria Emilia Camargo
Universidade de Caxias do Sul - UCS

_____
Profª. Dra. Angela Isabel dos Santos Dullius
Universidade Federal de Santa Maria - UFSM

AGRADECIMENTOS

Neste momento de direcionar os agradecimentos cabe a reflexão de cada etapa vivida para o desenvolvimento deste projeto, no intuito de resgatar todas as pessoas que contribuíram para essa grande conquista.

Primeiramente agradeço a Deus, por alimentar em meu coração a possibilidade de que eu seria capaz, e ainda estar presente em todos os momentos de dor e de falta de coragem, abençoando e iluminando os meus pensamentos, gerando discernimento para escolhas mais assertivas, tornando-me uma pessoa melhor.

Registro o meu agradecimento especial aos diretores do Hospital Geral, Sandro Junqueira, diretor geral, com sua ousadia na gestão sempre primando pela melhoria contínua, imediatamente aprovou e contribuiu de todas as formas para que esse projeto se tornasse realidade. Ao Dr. Alexandre Avino, diretor técnico, que de forma prática e rápida alinha a visão técnica, estratégica e administrativa, conduz a equipe de profissionais médicos com maestria e com muita sabedoria contribuiu para a realização deste trabalho. Ao Dr. André Reiriz, diretor de ensino, atuando no papel que parece ter sido desenhado especificamente para ele. Com a sua tranquilidade, generosidade, no tom baixo, consegue agregar conhecimento e talento aos acadêmicos, médicos residentes. Com muita elegância e sensatez, agregou a este trabalho todo o sentido proposto, colocando qualidade, resultado e humanização em um único patamar, o da excelência. A vocês, meus diretores, meu eterno agradecimento.

Agradeço imensamente e, especialmente dedico esse trabalho a minha filha, Jéssica Andrade Quintanilha, parceira ideal para todas as horas. Que soube reconhecer no meu desejo e modo de viver a consciência plena, pela qual ela, da mesma forma, busca trilhar as suas escolhas.

Sou grata a minha mãe (*in memoriam*), minhas irmãs, fonte de pura energia, disciplina, determinação e amor. Agradeço e dedico esse trabalho a vocês, que estiveram e estão sempre presentes cuidando, protegendo e estimulando os meus projetos. Que esse trabalho possa, de alguma forma, reverberar nas nossas gerações futuras. Que nossos descendentes possam entender que fizemos a diferença por meio do conhecimento.

Agradeço aos gerentes Alejandro Borges, Gicela Bortoluz e a todos os colaboradores do Hospital Geral, coordenadores, gestores, enfermeiros, técnicos, colegas da higienização, cozinha, administrativos, fisioterapeutas, psicólogos, enfim, todos que fazem parte do meu dia, que de alguma forma possam se sentir representados nesse trabalho, por que o resultado dele é única e especificamente a forma com que cada um se dedica diariamente ao talento de cuidar

do próximo.

Ainda, agradeço aos representantes da Fundação Universidade de Caxias do Sul Sr. Gelson Leonardo Rech, diretor executivo, Sr. José Quadros dos Santos, presidente, e Professor Evaldo Kuiava, reitor da Universidade de Caxias do Sul, por disponibilizar a participar da pesquisa como principais *stakeholders*. Contribuíram imensuravelmente para o resultado dessa dissertação, demonstrando a integração e o desejo da entrega de serviços de excelência para a comunidade. De forma extremamente carinhosa, agradeço a todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA), da UCS, por apresentar o maravilhoso universo do conhecimento, propiciando a mim uma transformação que reverbera nas minhas atividades profissionais, especialmente como docente.

Agradeço a minha orientadora, professora Dra. Marta Elisete Ventura Motta, que entende a minha sensibilidade, coragem e entusiasmo, muitas vezes silenciada pelo medo e o sentimento de não ser capaz, expressada pela ansiedade, com sabedoria segurou na minha mão, me conduzindo para a conclusão desse projeto, que transcende a uma atividade acadêmica, que de certa forma, retribui a todos os profissionais envolvidos na saúde, no Hospital Geral em específico, a gratidão e reconhecimento da grandeza do trabalho realizados por eles.

Por último, agradeço imensamente a todos os *stakeholders* do Hospital Geral, que direcionaram tempo e energia para que essa dissertação se tornasse realidade. Esse trabalho é nosso!

“Com uma pitada de sabedoria e
Um punhado de boa vontade,
Deu tudo certo”.

Iolanda da Silva Andrade (*in memoriam*)

RESUMO

A retração econômica que afeta o Brasil nos últimos anos, não restrita somente ao mercado financeiro e ao governo, mas a população em geral, que identifica sinais de agravamento, e apreensão com os rumos que a economia do país está tomando, com inflação, desemprego, corrupção, falta de medidas efetivas de ajuste fiscal, tem exigido dos gestores maior eficiência no planejamento e controle nas ações dentro das empresas para alcançar o desempenho organizacional que contribua e mantenha a sustentabilidade. Para os hospitais filantrópicos, que dependem de recursos oriundos das esferas governamentais (União, Estado e Município), torna-se mais evidente a necessidade de controles internos relacionados ao custo-benefício. O objetivo geral desse estudo é identificar a percepção dos *stakeholders* em relação ao desempenho organizacional e inovação após a Acreditação Hospitalar do Hospital Geral de Caxias do Sul – RS. Neste contexto, aspectos sobre desempenho organizacional, a Acreditação Hospitalar e inovação de serviços em saúde, foram temas de discussão. Para tanto, quanto aos aspectos metodológicos, adotou-se uma pesquisa aplicada de caráter descritiva a partir de um estudo quanti-qualitativo e pesquisa documental. A etapa quantitativa, por meio de uma *survey*, contemplou todos os enfermeiros do Hospital Geral. Na etapa qualitativa foram realizadas entrevistas em profundidade para os *stakeholders* externos e internos do Hospital Geral. Na etapa documental foi realizada análise sobre a pesquisa de satisfação dos usuários SUS do período de 2013 a 2019, por meio do plano operativo, documento integrante no contrato entre o hospital e a Secretaria de Saúde do município de Caxias do Sul. Realizou-se uma triangulação dos dados entre o resultado das pesquisas qualitativa, quantitativa e documental, a fim de propiciar uma melhor compreensão a respeito dos achados. Resultados apontaram que a Acreditação Hospitalar contribui quanto à consciência e visão sistêmica das partes, para o desempenho organizacional e inovação. Demonstra também a percepção do *stakeholders* externos e internos sobre o desempenho Organizacional e Inovação do Hospital Geral após a Acreditação Hospitalar que a certificação promove aprendizagem que agrega valor para vida dos envolvidos, e promove ainda o reconhecimento da sociedade como um serviço de qualidade, credibilidade, resolutividade com humanização, sendo referência para os demais hospitais e principalmente para hospitais que dependem de recurso público, chancelados pela satisfação do usuário que é superior a 90%. Ainda em categoria a posteriori foi possível identificar percepção relacionada a sustentabilidade financeira – a forma de financiamento pela tabela SUS é insuficiente para o equilíbrio financeiro, sendo necessário projetos e ações que visem a captação de recurso por meio de doação, pela qual os *stakeholders* são engajados a contribuir considerando a credibilidade do hospital; e uma terceira categoria de *stakeholder* na atividade de hospital ensino, que são os acadêmicos que fazem estágio na estrutura hospitalar, assim como os médicos residentes, os quais são clientes no que se refere a aprendizado e simultaneamente prestadores por atender os usuários. Concluiu-se que, os hospitais públicos, especificamente hospitais 100% SUS e escola, enfrentam dificuldade quanto à sustentabilidade econômica. Porém, a Acreditação Hospitalar contribui para o melhor desempenho financeiro, agregando melhor otimização do recurso público, e ainda proporcionando credibilidade para que a estrutura hospitalar possa captar recursos através de projetos sociais. Por se tratar de estudo de caso único, como pesquisas futuras, a mesma pesquisa pode ser realizada em outros hospitais com Acreditação Hospitalar, em municípios do estado, ou do Brasil, pois pode trazer informações relevantes sobre desempenho hospitalar, inovações em saúde e sustentabilidade.

Palavras-chave: Acreditação hospitalar. Desempenho organizacional. Inovação em serviços de saúde. *Stakeholders*.

ABSTRACT

The economic downturn that has affected Brazil in recent years, is not restricted to the financial market and the government, but the population in general, which identifies signs of worsening, and apprehension with the directions that the country's economy is taking, with inflation, unemployment , corruption, lack of effective fiscal adjustment measures, has required managers to be more efficient in planning and controlling actions within companies to achieve organizational performance that contributes and maintains sustainability. For philanthropic hospitals, which depend on resources from governmental spheres (Union, State and Municipality), the need for internal controls related to cost-benefit becomes more evident. The general objective of this study is to identify the perception of stakeholders in relation to organizational performance and innovation after Hospital Accreditation at Hospital Geral de Caxias do Sul - RS. In this context, aspects of organizational performance, Hospital Accreditation and health service innovation were topics of discussion. For that, as for the methodological aspects, an applied research of descriptive character was adopted from a quanti-qualitative study and documentary research. The quantitative stage, through a survey, covered all nurses at the General Hospital. In the qualitative stage, in-depth interviews were conducted with external and internal stakeholders at the General Hospital. In the documentary stage, an analysis was carried out on the SUS user satisfaction survey from 2013 to 2019, through the operating plan, which is part of the contract between the hospital and the Health Department of the city of Caxias do Sul. A triangulation of data was carried out between the results of qualitative, quantitative and documentary research, in order to provide a better understanding of the findings. Results showed that Hospital Accreditation contributes to the awareness and systemic vision of the parties, to organizational performance and innovation. It also demonstrates the perception of external and internal stakeholders about the Organizational performance and Innovation of the General Hospital after Hospital Accreditation that the certification promotes learning that adds value to the lives of those involved, and also promotes the recognition of society as a service of quality, credibility, resoluteness with humanization, being a reference for other hospitals and especially for hospitals that depend on public resources, certified by user satisfaction, which is higher than 90%. Still in a posteriori category, it was possible to identify perception related to financial sustainability - the form of financing by the SUS table is insufficient for financial balance, requiring projects and actions aimed at raising funds through donations, by which stakeholders are engaged. to contribute considering the hospital's credibility; and a third category of stakeholder in the teaching hospital activity, which are academics who do internships in the hospital structure, as well as resident physicians, who are clients in terms of learning and simultaneously providers for serving users. It was concluded that public hospitals, specifically 100% SUS hospitals and schools, face difficulties in terms of economic sustainability. However, Hospital Accreditation contributes to better financial performance, adding better optimization of public resources, and still providing credibility so that the hospital structure can raise funds through social projects. As it is a single case study, as future research, the same research can be carried out in other hospitals with Hospital Accreditation, in municipalities in the state, or in Brazil, as it can bring relevant information about hospital performance, innovations in health and sustainability.

Keywords: Hospital accreditation. Organizational performance. Innovation in health services. Stakeholders.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Hospitais acreditados RS - nível III ONA 26
Figura 2 – *Ranking* de hospitais RS por internação SUS 26
Figura 3 – *Balanced scorecard* 30
Figura 4 – Sistema de avaliação de desempenho 32
Figura 5 – Contextualização % meta atingida 57
Figura 6 – Recursos recebidos para investimento ou custeio 57
Figura 7 – *Ranking* de hospitais RS por internação SUS 58
Figura 8 – Nuvem de palavras a partir do pensamento/sentimento dos *stakeholders* 121
Figura 9 – Visão sintética do desempenho organizacional relacionado com categorias pesquisa qualitativa 122
Figura 10 – Gráfico do percentual de satisfação dos usuários internados HG 124
Figura 11 – Categorias de *stakeholders* 128
Figura 12 – Análise dos resultados esperados 132
Figura 13 – Busca Scopus com os termos "*hospital accreditation*" 153
Figura 14 – Resultado inicial Scopus 154
Figura 15 – Filtro de linha de pesquisa – destacados foram excluídos 154
Figura 16 – Resultado parcial 155
Figura 17 – Exclusão dos anos 2010 a 2013 155
Figura 18 – Resultado parcial 156
Figura 19 – Selecionado artigos abertos 156
Figura 20 – Resultado final 157
Figura 21 – Artigos mais citados – primeiros 10 – I 157
Figura 22 – Artigos mais citados – primeiros 10 – II 158
Figura 23 – Artigos mais citados – primeiros 10 – III 158
Figura 24 – Citação por autor 159
Figura 25 – Documento por ano 159
Figura 26 – Documentos por revista 160
Figura 27 – Busca Scopus com os termos "*iinnovation in health services*" 160
Figura 28 – Resultado inicial 161
Figura 29 – Artigos mais citados – primeiros 10 – I 161
Figura 30 – Artigos mais citados – primeiros 10 – II 162
Figura 31 – Artigos mais citados – primeiros 10 – III 162

Figura 32 – Documentos por ano 163
Figura 33 – Documentos por autor 163
Figura 34 – Relevância por jornal 164
Figura 35 – Busca Scopus com os termos "*organizational performance*" 164
Figura 36 – Resultado inicial 165
Figura 37 – Exclusão dos artigos não abertos (resultado parcial) 165
Figura 38 – Exclusão de áreas 166
Figura 39 – Resultado parcial 166
Figura 40 – Exclusão dos anos 2010 a 2013 167
Figura 41 – Resultado parcial 167
Figura 42 – Artigos mais citados – primeiros 10 – I 168
Figura 43 – Artigos mais citados – primeiros 10 – II 168
Figura 44 – Artigos mais citados – primeiros 10 – III 169
Figura 45 – Documentos por ano 169
Figura 46 – Documentos por autor 170
Figura 47 – Documentos por revista 170
Figura 48 – Busca Scopus com os termos "*hospital acreditation and innovation*" 171
Figura 49 – Resultado inicial 171
Figura 50 – Artigos mais citados – primeiros 10 – I 172
Figura 51 – Artigos mais citados – primeiros 10 – II 172
Figura 52 – Artigos mais citados – primeiros 10 – III 173
Figura 53 – Por ano de publicação 173
Figura 54 – Por autor 174
Figura 55 – Por revista 174
Figura 56 – Busca Scopus com os termos "*hospital acreditation and organizacional performance*" 175
Figura 57 – Resultado inicial 175
Figura 58 – Artigos mais citados – primeiros 10 – I 176
Figura 59 – Artigos mais citados – primeiros 10 – II 176
Figura 60 – Artigos mais citados – primeiros 10 – III 177
Figura 61 – Citados por ano 177
Figura 62 – Autores mais citados 178
Figura 63 – Revistas com maior publicação 178

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Artigos científicos da bibliometria relacionados com o tema de dissertação 24
Quadro 2 – Estrutura da dissertação 27
Quadro 3 – Fontes de recursos do Hospital Geral 52
Quadro 4 – Serviços e atividades inovadoras 53
Quadro 5 – Projetos de humanização 54
Quadro 6 – Relação dos *stakeholders* externos e internos da pesquisa qualitativa 60
Quadro 7 – Caracterização do instrumento 64
Quadro 8 – Valores de referência Alpha de Cronbach 72
Quadro 9 – Categorias e perguntas 86
Quadro 10 – Quadro resumo: aprendizagem, credibilidade, resolutividade e humanização . 129
Quadro 11 – Resultado da pesquisa quantitativa, qualitativa e documental 132

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Pesquisa bibliométrica base Scopus – período de 2010 a junho/2020 22
Tabela 2 – Artigos sobre acreditação hospitalar e inovação 22
Tabela 3 – Artigos sobre acreditação hospitalar e desempenho organizacional 23
Tabela 4 – Relatório de atendimento HG 2013 a 2019 51
Tabela 5 – Desempenho econômico-financeiro 2013-2019 56
Tabela 6 – Distribuição dos respondentes segundo o cargo que ocupam 69
Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo ao tempo de atuação no hospital 70
Tabela 8 – Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo o número de leitos que são responsáveis 70
Tabela 9 – Distribuição do número de subordinados 71
Tabela 10 – Análise da consistência interna dos constructos 72
Tabela 11 – Média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a dimensão Desempenho Hospitalar 73
Tabela 12 – Média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a sub-dimensão produtividade 74
Tabela 13 – Média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam os sub-construtos segurança e eficácia 74
Tabela 14 – Média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam os sub-dimensões satisfação, atendimento às necessidades e tratamento das reclamações dos usuários 75
Tabela 15 – Médias das dimensões 76
Tabela 16 – Média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a dimensão práticas da acreditação hospitalar 76
Tabela 17 – Estatística descritiva da dimensão gestão pleno pelo manual da ONA 78
Tabela 18 – Estatísticas descritivas da dimensão inovação e gestão de excelência ONA 79
Tabela 19 – Dificuldades em relação às práticas de acreditação 81
Tabela 20 – Frequências e percentagem das respostas sobre perspectivas futuras 82
Tabela 21 – Apresentação do teste de KMO e Bartlett 83
Tabela 22 – Variância total explicada 83
Tabela 23 – Matriz dos componentes rotacionados para os seis fatores 84
Tabela 24 – Coeficientes da análise de regressão 85

Tabela 25 – Percentual de satisfação dos usuários internados do Hospital Geral 123
Tabela 26 – Média por trimestre ou quadrimestre 123

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA 19
1.2 OBJETIVOS DO TRABALHO 20
1.2.1 Objetivo geral 20
1.2.2 Objetivos específicos 20
1.3 JUSTIFICATIVA 21
1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO 27

2 REFERENCIAL TEÓRICO 28
2.1 DESEMPENHO ORGANIZACIONAL 28
2.1.1 Avaliação de desempenho organizacional 29
2.1.2 Indicadores de desempenho 32
2.1.3 Tipos de indicadores de desempenho 33
2.2 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR 35
2.2.1 Níveis de classificação da acreditação hospitalar - ONA 41
2.3 INOVAÇÃO 42
2.3.1 Inovação em serviços de saúde 44

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS 49
3.1 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO 49
3.1.1 O estudo de caso 58
3.1.2 Participantes do estudo 59
3.1.3 Processo de triangulação 61
3.2 ETAPA 1 – ABORDAGEM QUANTITATIVA DA PESQUISA 62
3.2.1 Coleta de dados 62
3.2.2 População e amostra 63
3.3 ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS 63
3.3.1 Instrumento de coleta de dados 64
3.3.2 Tratamento dos dados 65
3.3.3 Análise descritiva 65
3.4 ETAPA 2 – ABORDAGEM QUALITATIVA DA PESQUISA 65
3.4.1 Coleta de dados – entrevista em profundidade 66
3.4.2 Pré-teste 66

3.4.3 Análise dos dados – análise de conteúdo 67
3.5 ETAPA 3 – PESQUISA DOCUMENTAL 67

4 ANÁLISE DE DADOS 69
4.1 ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS 69
4.1.1 Caracterização da amostra – enfermeiros 69
4.1.1.1 Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo o cargo 69
4.1.1.2 Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo ao tempo de atuação no hospital 69
4.1.1.3 Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo o número de leitos sob sua responsabilidade 70
4.1.1.4 Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo o número de subordinados 71
4.2 ANÁLISE DE DADOS 71
4.2.1 Quanto à normalidade 71
4.2.2 Quanto à confiabilidade 71
4.2.2.1 Teste Alfa de Cronbach por construto 72
4.2.3 Análise descritiva 72
4.2.3.1 Análise da dimensão desempenho hospitalar 72
4.2.3.2 Análise da dimensão práticas da acreditação hospitalar 76
4.2.3.3 Análise da dimensão prática da acreditação hospitalar direcionada 78
4.2.3.4 Análise da dimensão inovação e gestão de excelência 79
4.2.3.5 Dificuldades em relação às práticas da acreditação 80
4.2.4 Perspectivas e tendências da acreditação hospitalar 82
4.3 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA 83
4.4 ANÁLISE DE REGRESSÃO 85
4.5 ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVA 85
4.5.1 Percepção sobre acreditação hospitalar e aprendizagem 86
4.5.2 Percepção credibilidade 93
4.5.3 Percepção resolutividade 103
4.5.4 Percepção humanização 109
4.5.5 Percepção geral do hospital 118
4.6 ETAPA PESQUISA DOCUMENTAL 123
4.7 SÍNTESE DAS ANÁLISES QUANTITATIVA, DOCUMENTAL E QUALITATIVA 124

4.7.1 Categorias a *posteriori* **126**
4.7.1.1 Sustentabilidade econômica 126
4.7.1.2 *Stakeholder* síncrono 127

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS **134**
5.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA 140
5.2 DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS 140

REFERÊNCIAS **141**

APÊNDICE A – BIBLIOMETRIA **153**

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS **179**

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR QUESTIONÁRIO **180**

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO ADAPTADO DA PESQUISA *SURVEY* .. **181**

APÊNDICE E – INSTRUMENTO UTILIZADO PELO HOSPITAL GERAL PARA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIO SUS **184**

APÊNDICE F – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA COEDI **185**

APÊNDICE G – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NEPS **186**

1 INTRODUÇÃO

A retração econômica que afeta o Brasil nos últimos anos, não restrita somente ao mercado financeiro e ao governo, mas a população em geral, que identifica sinais de agravamento, e apreensão com os rumos que a economia do país está tomando. Inflação, desemprego, corrupção, falta de medidas efetivas de ajuste fiscal são algumas das causas para a derrocada da economia brasileira como um todo (KRIGGER; PANICHI, 2016). Esta situação tem exigido dos gestores de todo tipo de empresa, maior discernimento e competência para manutenção de suas atividades empresariais, bem como maior gerenciamento e eficiência quanto à produção, competitividade, redução de custo e inovação.

Segundo Neely, Gregory e Platts (2005) mensurar o desempenho é o processo de quantificar as ações. Determina se a organização está atingindo seus objetivos (CUNHA; CORRÊA, 2013). A avaliação de desempenho organizacional é uma das maneiras pelas quais as partes interessadas (sócios, governo, sociedade, entre outros) identificam como os recursos estão sendo aplicados pela organização. Neely, Adams e Crowe (2001) citam os cinco objetivos de desempenho operacional propostos por Skinner (1969): qualidade, confiança, velocidade, custo e flexibilidade.

Toda organização (pública ou privada) desenvolve sua gestão com restrições financeiras para entregar valor aos seus *stakeholders*. Nesse sentido, os indicadores financeiros têm o papel de auxiliar no gerenciamento dos recursos para garantir que as restrições financeiras não afetem o resultado da organização (FERREIRA; OTLEY, 2007), assim como os indicadores não financeiros (grande parte da gestão no nível operacional), sendo que muitas ocorrências não são mensuráveis economicamente de modo imediato (FERREIRA; OTLEY, 2007). Contribuindo com essa realidade há a necessidade de utilizar medidas não financeiras para medir o desempenho efetivo da organização.

Considerando o ambiente hospitalar, a acreditação tem como definição a avaliação dos recursos institucionais (financeiro, pessoas e físicos) de forma voluntária e periódica, visando garantir a qualidade da assistência, porém observando padrões previamente aceitos, os quais podem ser similares ao sistema *International Organization for Standardization* – ISO, aplicado nas organizações empresariais (NETO; GASTAL, 1997). A Organização Nacional de Acreditação - ONA é uma organização privada, sem fins lucrativos, com reconhecimento quanto à contribuição para o aprimoramento da qualidade de serviços prestados, no que se refere à assistência à saúde nos hospitais brasileiros por meio do processo de Acreditação, divididas em 3 níveis: Nível I – Segurança do paciente; Nível II – Processos e Nível III -

Excelência (BRASIL, 2010a).

Os hospitais que participam no processo de Acreditação Hospitalar alcançam melhor performance na gestão, contribuindo para maior eficiência, levando à melhoria contínua nos processos e inovação nos serviços. Hospitais com Acreditação Hospitalar Nível III - Excelência são os que atingiram maturidade quanto à aplicação eficiente na gestão dos indicadores, inovando com novos serviços ou mesmo com protocolos de atendimento, contribuindo para melhor desempenho organizacional.

Segundo define Costa (2016), inovação em saúde é a introdução e a aplicação intencional de ideias, processos, produtos ou procedimentos que de forma simultânea sejam relevantes para a unidade que as adota e que beneficiem o indivíduo, grupo ou sociedade em geral, ou seja, *stakeholders*. Para Thakur, Hsu e Fontenot (2012) a definição de inovação em serviços de saúde é a adoção das melhores práticas que garantam a segurança e os melhores resultados para o paciente, e ainda, sem afetar a performance positiva da organização. Estas inovações são focadas em melhores resultados para o paciente e contribuem para que os profissionais de saúde trabalhem de maneira mais inteligente, ágil, e maior eficiência em relação aos custos.Considerando que no desempenho organizacional os indicadores financeiros e não financeiros apresentam dados concretos, há ainda a possibilidade de estudo que se refere a uma visão subjetiva quanto à Acreditação Hospitalar, qual o valor percebido pelos *stakeholders* em relação à Acreditação Hospitalar do Hospital Geral de Caxias do Sul – RS?

Esta dissertação está dividida em 6 (seis) capítulos, sendo que após a introdução apresenta-se o referencial teórico, abrangendo os conceitos de desempenho organizacional, acreditação hospitalar, inovação e inovação em serviços de saúde. No capítulo seguinte descreve-se a caracterização do objeto de estudo, após apresenta-se a metodologia utilizada para a pesquisa, que é um estudo de caso pelo método quantitativo e qualitativo quanto à percepção dos *stakeholders* do Hospital Geral, os quais são: direção da Fundação Universidade de Caxias do Sul, representantes da 5ª (Quinta) Coordenadoria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, direção, gerentes e enfermeiros do Hospital Geral, médicos prestadores de serviços, médicos residentes, acadêmicos/estagiários, voluntários, deputados federais (2015-2018), presidente do Conselho Municipal de Saúde e diretor do Instituto Brasileiro para Excelência em Saúde (IBES). Análise de dados e conclusão do trabalho. Por último apresenta-se as referências.

1.1 DELIMITAÇÃO DO TEMA E PROBLEMA DE PESQUISA

Alástico e Toledo (2013) apontam que Acreditação Nacional contribui reforçando as evidências de que as práticas de Acreditação produzem melhorias e eficiência operacional dos hospitais, atingindo o intuito inicial de lançamento da Acreditação no país, especialmente, quanto à rotatividade de leitos e utilização de recursos sem desperdícios. Considerando a teoria, os resultados contribuem para o entendimento da relação entre os temas Acreditação e desempenho hospitalar, por meio da geração de evidências empíricas sobre a influência existente entre as temáticas, auxiliando na redução da carência nacional de pesquisas sobre esta relação e, ainda, para reduzir as contradições de resultados e conclusões observadas em trabalhos internacionais. Os autores ainda identificam que as práticas de gestão de riscos melhoram os resultados da taxa de infecção hospitalar, enquanto as práticas de inovação gerencial melhoram os resultados do indicador de erros de medicação.

Segundo Fernandes (2014) a atuação da enfermagem é destaque para a acreditação hospitalar, com relevância para resultados positivos e possuindo ativa participação nas decisões organizacionais e estratégicas com foco na melhoria contínua dos serviços. Entender as normas da acreditação e como estabelecer estratégias para torná-las aplicáveis, reforça uma ação contínua para a gestão de toda equipe assistencial. O estudo dela revelou oportunidade para que os enfermeiros busquem conhecer e explorar o desenvolvimento de processos em outros hospitais com acreditação, lembrando que não somente os aspectos positivos e negativos devem ser considerados, mas os resultados efetivos e necessários na assistência ao paciente que merece um cuidado humanizado e de excelência.

Junqueira (2015) evidenciou que a Acreditação Hospitalar trouxe maior responsabilidade de todos os colaboradores na busca contínua pela qualidade e, consequentemente, a satisfação do paciente. O processo de acreditação proporcionou mudança nos padrões da qualidade da assistência, com destaque para o engajamento, responsabilidade, envolvimento, motivação, participação dos profissionais. A certificação proporcionou o aprimoramento no planejamento estratégico da organização e também acesso a recursos materiais e financeiros visando melhor estrutura física e de equipamentos do hospital.

O autor identificou o reconhecimento por parte dos pacientes e entes públicos, consolidando a qualidade do hospital na assistência médico-hospitalar. Pode-se destacar a contribuição nos programas de residência médica, a partir de protocolos e rotinas organizadas, disponíveis aos médicos residentes e acadêmicos que circulam diariamente nas dependências do hospital. Em relação a inovação, o maior impacto foi à dimensão de processo, os

entrevistados se sentiram confortáveis em referenciar “como está sendo importante a inovação em processo”. Esta constatação reforça o objetivo do Nível 1 da Acreditação, que é implementar protocolos e rotinas no atendimento ao paciente, visando a qualidade e a segurança do atendimento.

Considerando trabalhos dos autores Alástico e Toledo (2013), Fernandes (2014) e Junqueira (2015) sobre a Acreditação Hospitalar, evidencia-se que a referida certificação sustenta o conceito que a inovação está relacionada a processos e protocolos de atendimento, quanto ao desempenho organizacional consciente e eficiente, porém abre a possibilidade de futuras pesquisas relacionadas ao efeito e percepções das partes em relação a Acreditação. Assim, pode-se enunciar o seguinte problema de pesquisa:

Qual a percepção dos *stakeholders* em relação ao desempenho organizacional e a inovação, após a Acreditação Hospitalar do Hospital Geral de Caxias do Sul - RS?

A partir do tema identifica-se a seguir o objetivo geral e específico para o desenvolvimento do projeto.

1.2 OBJETIVOS DO TRABALHO

1.2.1 Objetivo geral

Identificar a percepção dos *stakeholders* em relação ao desempenho organizacional e inovação, após a Acreditação Hospitalar no do Hospital Geral de Caxias do Sul – RS.

1.2.2 Objetivos específicos

Para atender o objetivo geral, servirão de apoio os seguintes objetivos específicos:

a) verificar o aprendizado e as inovações nos serviços de enfermagem a partir da Acreditação Hospitalar;
b) identificar a percepção dos *stakeholders* internos e externos quanto ao desempenho do Hospital Geral após a Acreditação Hospitalar;
c) verificar a satisfação dos usuários internados no Hospital Geral no período de 2013 a 2019, por meio de análise documental.

1.3 JUSTIFICATIVA

Para demonstrar a relevância da pesquisa, utiliza-se a bibliometria que tem por base três leis que indicam o comportamento da literatura: em primeiro lugar, a Lei de Lotka (1926) que mede a produtividade de cientistas (pesquisadores); em segundo lugar a Lei de Bradford (1934) que mede a dispersão do conhecimento científico; por fim, a Lei de Zipf (1949) que mede o modelo de distribuição e frequência de palavras em um texto (TAGUE-SUTCLIFFE, 1992; ARAÚJO, 2006). A justificativa divide-se na visão acadêmica e profissional, as quais estão apresentadas a seguir:

A fim de verificar a produção científica sobre Desempenho Organizacional, Acreditação Hospitalar e Inovação em Serviços de Saúde, realizou-se uma pesquisa bibliométrica na base de dados da Scopus, a qual segundo Elsevier (2016a) é a maior base de dados de resumos e citações literárias do mundo. Esta base tem 50% mais editores em relação às demais bases de dados, e ainda 24% das publicações são da área de Ciências Sociais (ELSEVIER, 2016b).

Para busca de dados utilizou-se a primeira Lei da Bibliometria (Lei de Zipf), que, conforme Bufrem e Prates (2005), pautada na ocorrência de palavras no texto. Como filtro de busca pesquisou-se os termos *"Organizational Performance", "Hospital Accreditation", "Innovation in Health Services"* e ainda a associação entre os termos *"Hospital Accreditation and Organizational Performance" e "Hospital Accreditation and Innovation in Health services"* no título, pois, conforme Junior, Ensslin e Ensslin (2012), o título apresenta características do estudo e consequentemente se o tema pesquisado é pertinente ou não.

O critério para seleção do período de publicação nos últimos 10 anos que foi de 2010 a junho 2020. Obteve-se 4.177 artigos para o tema Acreditação Hospitalar, 27 artigos para Inovação em Serviços de Saúde, e 7.303 artigos para Desempenho Organizacional. Com refinamento de pesquisa relacionada à área de atuação e ano de publicação, chegou-se ao número para cada tema: 100 documentos sobre Acreditação Hospitalar, 27 documentos para Inovação em Serviço de Saúde e 407 para Desempenho Organizacional, sendo que são apresentados os resultados no quadro 1, pelo qual observa-se que o maior número de documentos refere-se ao Desempenho Organizacional. Percebe-se, também, que esse tema tem maior número de citações. O ano de 2019 apareceu com maior quantidade de artigos publicados. O autor mais citado é Foungswan, W, com 5 publicações e destaca-se também Covenat University como a revista com maior publicação. No (Apêndice A) apresenta toda a pesquisa bibliométrica aqui resumidamente apresentada.

Realizou-se uma análise na Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD, 2016) em abril de 2019. Os termos pesquisados foram Desempenho Organizacional em Serviços de Saúde e Acreditação Hospitalar no título das Dissertações e Teses e identificou-se 35 (trinta e cinco) documentos.

Tabela 1 – Pesquisa bibliométrica base Scopus – período de 2010 a junho/2020

Pesquisa Bibliométrica Base Scopus – período de 2010 a 2019					
Tema	**Acreditação Hospitalar**	**Inovação em Serviço de Saúde**	**Desempenho Organizacional**	**Acred. Hosp e Inovação em Serviços de Saúde**	**Acred. Hosp e Desemp. Organiz.**
Quant. Doc. Inicial	4.177	27	7.303	124	79
Quant. Doc. Final	100	27	407	124	79

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Tabela 2 – Artigos sobre acreditação hospitalar e inovação

(continua)

Acreditação Hospitalar e Inovação em Serviços de Saúde					
Ranking	**Nome Artigo**	**Citações**	**Autor**	**Ano**	**Revista**
1º	Desenvolvimento, implementação e disseminação do currículo de transferência I-PASS: Uma intervenção educacional multisite para melhorar a transferência de pacientes	73	Starmer, A.J., O'Toole, J.K., Rosenbluth, G., (...), Sectish, T.C., Spector, N.D.	2014	Academic Medicine89(6), pp. 876-884
2º	Difusão de tecnologia de sistemas de gerenciamento de informações de anestesia para Departamentos Acadêmicos de Anestesia nos Estados Unidos	38	Stol, I.S., Ehrenfeld, J.M., Epstein, R.H.	2014	Anesthesia and Analgesia118(3), pp. 644-650
3º	Treinamento de residência em cirurgia cardiotorácica: passado, presente e futuro	35	Vaporciyan, A.A., Yang, S.C., Baker, C.J., Fann, J.I., Verrier, E.D.	2013	Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery146(4), pp. 759-767
4º	Dez passos ou escalar uma montanha: Um estudo das percepções dos profissionais de saúde australianos sobre a implementação da iniciativa de saúde amiga da criança para proteger, promover e apoiar a amamentação	34	Schmied, V., Gribble, K., Sheehan, A., Taylor, C., Dykes, F.C.	2011	BMC Health Services Research11,208
5º	Acreditação de hospitais: lições de países de baixa e média renda	31	Smits, H., Supachutikul, A., Mate, K.S.	2014	Globalization and health 10(1), 65
6º	Programa de treinamento de liderança transformacional para enfermeiros encarregados	29	Duygulu, S., Kublay, G	2011	Journal of Advanced Nursing67(3), pp. 633-642
7º	Criando novas realidades na área da saúde: o status do treinamento baseado em simulação como uma estratégia de melhoria da segurança do paciente	27	Salas, E., Paige, J.T., Rosen, M.A.	2013	BMJ Quality and Safety22(6), pp. 449-452

(conclusão)

Acreditação Hospitalar e Inovação em Serviços de Saúde					
Ranking	**Nome Artigo**	**Citações**	**Autor**	**Ano**	**Revista**
8º	Clínicas residentes-chefe de cirurgia plástica: a situação atual	27	Neaman, K.C., Hill, B.C., Ebner, B., Ford, R.D.	2010	Plastic and Reconstructive Surgery126(2), pp. 626-633
9º	Deficiência progressiva na experiência de aneurisma aberto para estagiários de cirurgia vascular com o impacto da tecnologia endovascular fenestrada e ramificada	26	Dua, A., Koprowski, S., Upchurch, G., Lee, C.J., Desai, S.S.	2017	Journal of Vascular Surgery65(1), pp. 257-261
10º	Implementando iniciativas de qualidade em organizações de saúde: motivadores e desafios	23	Abdallah, A.	2014	International Journal of Health Care Quality Assurance27(3), pp. 166-181

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Tabela 3 – Artigos sobre acreditação hospitalar e desempenho organizacional

(continua)

Acreditação Hospitalar e Desempenho Organizacional					
Ranking	**Nome Artigo**	**Citações**	**Autor**	**Ano**	**Revista**
1º	Interrupções e multitarefa nos cuidados de enfermagem	99	Kalisch, B.J., Aebersold, M.	2010	Journal on Quality and Patient Safety36(3), pp. 126-132
2º	Hierarquia difusa sensível com método Delphi para avaliar o desempenho da organização hospitalar	57	Tsai, H.-Y., Chang, C.-W., Lin, H.-L.	2010	Expert Systems with Applications37(8), pp. 5533-5541
3º	O impacto percebido dos dados públicos de desempenho do hospital: entrevistas com a equipe do hospital	51	Hafner, J.M., Williams, S.C., Koss, R.G., (...), Schmaltz, S.P., Loeb, J.M.	2011	International Journal for Quality in Health Care23(6),mzr056, pp. 697-704
4º	Implementação orientada: Construindo líderes e alcançando resultados por meio de um modelo de melhoria colaborativa	41	Maynard, G.A., Budnitz, T.L., Nickel, W.K., (...), Whitcomb, W.F., Williams, M.V.	2012	Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety38(7), pp. 301-310
5º	Uma abordagem prática e sistemática para o fortalecimento da capacidade organizacional para a pesquisa no setor da saúde na África	28	Bates, I., Boyd, A., Smith, H., Cole, D.C.	2014	Health Research Policy and Systems12(1),11
6º	Modelando sistemas para melhores escolhas comportamentais: Lições aprendidas com um erro fatal de medicação	28	Smetzer, J., Baker, C., Byrne, F.D., Cohen, M.R.	2010	Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety36(4), pp. 152-163
7º	Fatores que afetam a implementação de programas de acreditação e o impacto do processo de acreditação na melhoria da qualidade em hospitais: uma análise SWOT	24	Ng, G.K.B., Leung, G.K.K., Johnston, J.M., Cowling, B.J.	2013	Hong Kong Medical Journal19(5), pp. 434-446

(conclusão)

Acreditação Hospitalar e Desempenho Organizacional					
Ranking	**Nome Artigo**	**Citações**	**Autor**	**Ano**	**Revista**
8º	Escopo do turismo médico e crescimento da acreditação hospitalar internacional	24	Woodhead, A.	2013	International Journal of Health Care Quality Assurance26(8), pp. 688-702
9º	Os campeões médicos são a chave para melhorar a qualidade da prescrição de antibióticos	23	Aagaard, E.M., Gonzales, R., Camargo Jr., C.A., (...), Maselli, J., Metlay, J.	2010	Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety36(3), pp. 109-116
10º	O papel do HRM dos hospitais na formação do desempenho clínico: uma abordagem holística	17	Townsend, K., Lawrence, S.A., Wilkinson, A.	2013	International Journal of Human Resource Management24(16), pp. 3062-3085

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

A partir da bibliometria observa-se que no ano de 2014 teve maior número de publicações sobre Acreditação Hospitalar, apontando a relevância do assunto, bem como a contribuição efetiva para o desempenho dos serviços de saúde pelo mundo, justificando de forma acadêmica o projeto de pesquisa.

Os artigos pesquisados na sua maioria referem-se a protocolos de assistência médica e atuação do corpo clínico. Foram selecionados três (3) artigos em específicos, que abordam a) Gestão de recursos humanos e bem-estar dos funcionários; b) O impacto percebido dos dados públicos de desempenho hospitalar; e c) Programa de treinamento de liderança transformacional para enfermeiros; pois estão relacionados com o tema da dissertação com contribuição teórica:

Quadro 1 – Artigos científicos da bibliometria relacionados com o tema de dissertação

(continua)

Título Artigo (Inglês e Português)	**Autor - Ano**	**Abordagem**
Human resource management and employee well-being-towards a new analytic framework. Gestão de recursos humanos e bem-estar dos funcionários: rumo a um novo quadro analítico.	Guest, D. (2017)	O conceito de relação de emprego sugere adicionalmente alguma forma de troca construída em torno da norma de reciprocidade (Gouldner, 1960), de modo que, se o empregador priorizar práticas de Recursos Humanos que promovam o bem-estar, os funcionários em troca responderão positivamente, refletidos em vários indicadores de desempenho. O conceito de uma relação de emprego positiva que é defendida aqui como um complemento necessário às práticas de RH orientadas para o bem-estar baseia-se em vários princípios importantes. a) a aceitação de que empregadores e empregados têm interesses compartilhados e gerenciar os diferentes interesses. b) deve haver um alto nível de confiança entre as partes no relacionamento (Fox, 1974). c) que as pessoas sentem que são tratadas de maneira justa. Uma relação de emprego positiva será refletida em altos níveis de confiança, um senso de justiça, um sentimento de segurança, um contrato psicológico cumprido e uma alta qualidade de vida no trabalho.

(conclusão)

Título Artigo (Inglês e Português)	Autor - Ano	Abordagem
The perceived impact of public reporting hospital performance data-Interviews with hospital staff. O impacto percebido dos dados públicos de desempenho hospitalar: entrevistas com funcionários do hospital.	Hafner, J. M. et al. (2011)	O relato público de dados hospitalares é representativo de uma mudança ambiental mais substancial à medida que o setor de saúde se move em direção a uma maior transparência e responsabilidade. Os profissionais de saúde adotaram essa mudança no cenário - priorizando os esforços de melhoria da qualidade do hospital para abordar as lacunas no atendimento. Obviamente, a redefinição de prioridades implica que, à medida que o ambiente continua a mudar e os relatórios públicos se expandem para incluir novas áreas de foco, será importante explorar o impacto potencial da redefinição de prioridade.
Transformational leadership training programme for charge nurses. Programa de treinamento de liderança transformacional para enfermeiros responsáveis.	Duygulu, S., Kublay, G 2011	Historicamente a liderança foi concedida a pessoas com altos níveis de desempenho, atualmente é considerada uma habilidade que pode ser adquirida através da educação (Feldman & Greenberg 2005). Gardner (1990) a liderança pode ser ensinada e aprendida, no entanto, os programas de educação ocupacional não preparam os graduados para a prática de liderança e gestão (Taylor et al. 1994). Para cumprir metas e demonstrar certo padrão de serviço, é necessário que os gerentes de enfermagem tenham maiores responsabilidades. Devem exibir comportamentos de Liderança Transformacional (TL), como envolver os funcionários na tarefa, formular uma visão, cooperação em equipe e incentivar outros a agirem como líderes. Inventário de Práticas de Liderança pode ser administrado a todos os enfermeiros empregados e planos de educação desenvolvidos de acordo com os resultados. Também devem ser realizados estudos para avaliar o efeito dos gerentes de enfermagem no comportamento ocupacional (vínculo com a instituição, satisfação no trabalho, atrito no trabalho, ausência no trabalho, por exemplo), para avaliar o comportamento da Liderança Transformacional.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Os artigos, em específico, Guest (2017), Hafner et al. (2011) e Duygulu e Kublay (2011) têm uma contribuição relevante para demonstrar qual a prática e pensamento aplicado na atualidade em relação ao desempenho e inovação no ambiente hospitalar, justificando o tema da pesquisa.

Considerando o setor de saúde no *ranking* de hospitais acreditados com nível de excelência, no Brasil são 178 (cento e setenta e oito) hospitais com a Acreditação Nível III. Destes, somente 26 são hospitais 100% SUS. No Estado do Rio Grande do Sul são 7 (sete) hospitais Acreditados Nível III. Destes, 5 (cinco) são Serra Gaúcha, sendo 4 (quatro) de Caxias do Sul, e destes, 1 hospital 100% SUS, sendo o único do Estado. Importante mencionar que o hospital objeto de estudo, na classificação geral, ocupa 8º lugar e, se considerar somente os hospitais do interior do estado, ocupa o 3º lugar, apesar de ter somente 21 anos de prestação de serviços, segundo o DATASUS por relevância em relação ao número de internação pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Rio Grande do Sul, no ano de 2019.

Figura 1 – Hospitais acreditados RS - nível III ONA

TRABALHE CONOSCO ONA INTEGRARE LOJA CADASTRE-SE ENTRE CPF/CNPJ/PASSAPORTE SENHA OK

ONA Organização Nacional de Acreditação

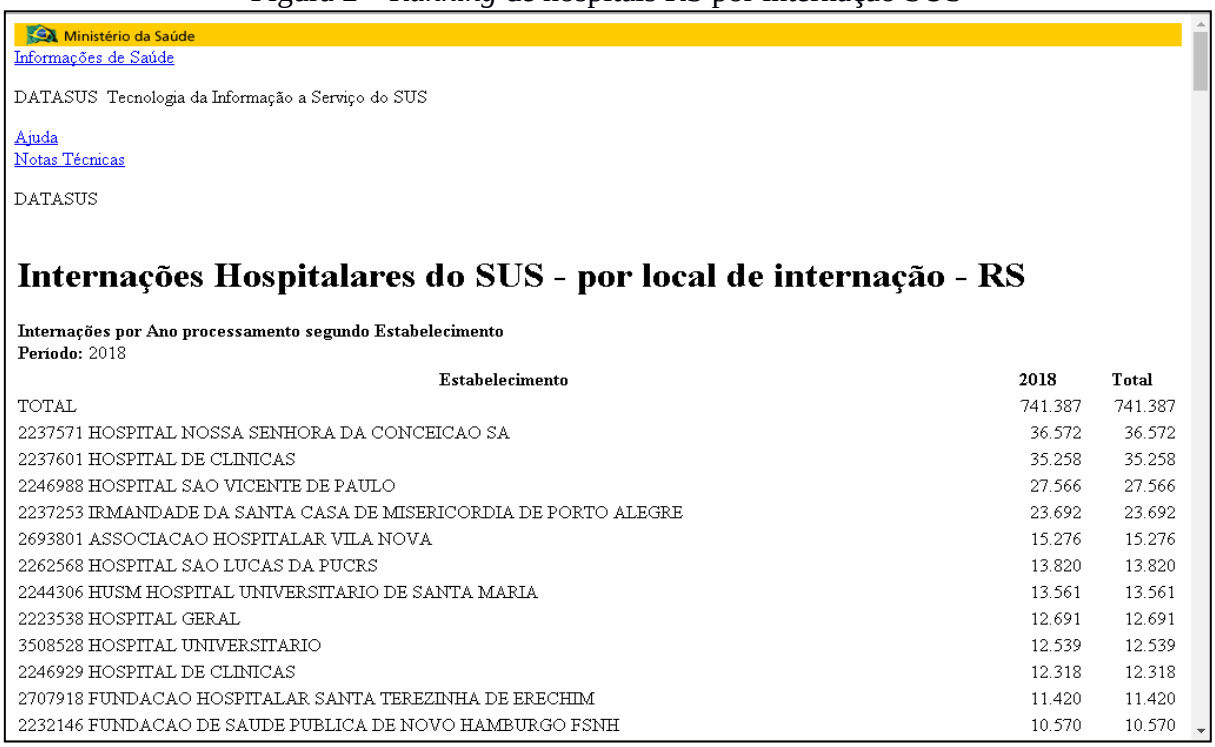
MAPA DE ACREDITAÇÕES ACREDITADORAS EVENTOS CURSOS PARCERIAS LOJA FALE CONOSCO

7 resultados encontrados.

Nome	Cidade/UF	Certificação	Tipo	Validade
HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL	Caxias do Sul/RS	Acreditado com Excelência	Hospital	10/12/2022
Hospital Giovanni Battista - HGB	Porto Alegre/RS	Acreditado com Excelência	Hospital	21/08/2021
HOSPITAL MÃE DE DEUS	Porto Alegre/RS	Acreditado com Excelência	Hospital	10/12/2022
Hospital Nossa Senhora de Pompéia	Caxias do Sul/RS	Acreditado com Excelência	Hospital	24/01/2022
HOSPITAL TACCHINI	Bento Gonçalves/RS	Acreditado com Excelência	Hospital	06/02/2023
HOSPITAL UNIMED CAXIAS DO SUL	Caxias do Sul/RS	Acreditado com Excelência	Hospital	03/06/2022
HOSPITAL VIRVI RAMOS	Caxias do Sul/RS	Acreditado com Excelência	Hospital	10/12/2022

Fonte: ONA (2019).

Figura 2 – *Ranking* de hospitais RS por internação SUS



Ministério da Saúde

Informações de Saúde

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

Ajuda
Notas Técnicas

DATASUS

Internações Hospitalares do SUS - por local de internação - RS

Internações por Ano processamento segundo Estabelecimento
Período: 2018

Estabelecimento	2018	Total
TOTAL	741.387	741.387
2237571 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	36.572	36.572
2237601 HOSPITAL DE CLINICAS	35.258	35.258
2246988 HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	27.566	27.566
2237253 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE	23.692	23.692
2693801 ASSOCIACAO HOSPITALAR VILA NOVA	15.276	15.276
2262568 HOSPITAL SAO LUCAS DA PUCRS	13.820	13.820
2244306 HUSM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA	13.561	13.561
2223538 HOSPITAL GERAL	12.691	12.691
3508528 HOSPITAL UNIVERSITARIO	12.539	12.539
2246929 HOSPITAL DE CLINICAS	12.318	12.318
2707918 FUNDACAO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM	11.420	11.420
2232146 FUNDACAO DE SAUDE PUBLICA DE NOVO HAMBURGO FSNH	10.570	10.570

Fonte: DATASUS (2019).

Segundo Lobo et al. (2010), um fator importante na caracterização dos hospitais universitários está no reconhecimento da existência dessas múltiplas dimensões dentro de cada hospital – assistência, ensino e pesquisa – cujo desempenho e qualidade influenciam umas às outras. No entanto, justamente uma consequência das responsabilidades adicionais que um hospital universitário tem é que seus custos usualmente são maiores quando comparados com instituições não-docentes (GROSSKOPF; MARFARITIS; VALDMANIS, 2001). O Hospital Geral tem destaque no cenário de saúde no estado, porém o resultado econômico e contábil apresenta-se deficitário, justificando a relevância da pesquisa para avaliar a percepção dos

stakeholders em relação ao desempenho organizacional e inovação.

1.4 ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação está dividida em seis capítulos conforme mostra o Quadro 2. O Capítulo I aborda a introdução, delimitação do problema, justificativa do estudo, o tema da pesquisa, o objetivo geral, os objetivos específicos e a estrutura do projeto. O Capítulo II apresenta a revisão teórica sobre Desempenho Organizacional, Acreditação Hospitalar e Inovação em Serviços de Saúde. O Capítulo III detalha a metodologia que será utilizada para o desenvolvimento da pesquisa. No Capítulo IV apresenta-se os resultados esperados. No Capítulo V a conclusão da pesquisa e por fim apresentam-se as referências bibliográficas utilizadas e que sustentam a pesquisa a ser desenvolvida. No apêndice apresenta-se a bibliometria, o roteiro de pesquisa, o questionário que será aplicado e o instrumento de pesquisa utilizado para pesquisa de satisfação (documento próprio do hospital em estudo).

Quadro 2 – Estrutura da dissertação

1. Introdução	1.1 - Delimitação do Tema	
	1.2 - Objetivos	1.2.1 – Geral
		1.2.2 - Específicos
	1.3 – Justificativa	Acadêmica
		Profissional
	1.4 - Estrutura da Dissertação	
2. Referencial Teórico	2.1 - Desempenho Organizacional	2.1.1 - Avaliação de Desempenho Organizacional
		2.1.2 - Indicadores de Desempenho
		2.1.3 - Tipos de Indicadores de Desempenho
	2.2 - Acreditação Hospitalar	2.2.1 - Níveis de Acreditação Hospitalar
	2.3 – Inovação	2.3.1 - Inovação em Serviços de Saúde
3. Procedimentos Metodológicos	3.1 - Caracterização do Objeto	3.1.1 – Estudo de Caso
		3.1.2 – Participantes do Estudo
		3.1.3 – Processo de Triangulação
	3.2 - Etapa 1 - Abordagem Quantitativa da Pesquisa	3.2.1 - Coleta de Dados
		3.2.2 – População Total
	3.3 - Etapa 2 - Abordagem Qualitativa da Pesquisa	3.3.1 - Coleta de Dados - Entrevista em profundidade
		3.3.2 - Pré-teste
		3.3.3 - Análise de Dados - Análise de Conteúdo
	3.4 – Etapa Documental	
4. Análise de Resultados	4.1 – Quantitativos	
	4.2 – Multivariados de dados	
	4.3 – Exploratória	
	4.4 – Qualitativos	
	4.5 – Síntese de Análise Quantitativa, Qualitativa e Documental	
5. Conclusão		
Referências		
Apêndices		

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo será apresentado o referencial teórico que sustentará a pesquisa. O valor percebido, que de modo geral, é definido como a percepção do cliente do custo-benefício de um produto, serviço ou organização, que sustenta o relacionamento dos mesmos, influencia nas estratégias de preços e serviços nos quais serão repassados aos clientes.

Sendo o cliente um dos *stakeholders*, cabe destacar que na segunda metade do século XX iniciam estudos sobre os *stakeholders*, que, segundo a definição seminal, são "aqueles grupos cuja inexistência de suporte acarretaria o fim da existência da organização" (FREEMAN; REED, 1983, p. 91). A partir dessa definição, Freeman e Liedtka (1997, p. 286) alegam que a abordagem dos *stakeholders* foi "[...] conectada a uma tradição muito antiga que observa os negócios como uma parte integrada à sociedade, ao invés de uma instituição que é separada e puramente econômica por natureza". É recorrente a importância dada aos *stakeholders* na literatura (CLARKSON, 1995; FREEMAN, 1984; GONÇALVES et al., 2008; SERTEK; GUINDANI; MARTINS, 2009).

Diversas entidades influenciam as organizações, sejam internas (trabalhadores e acionistas), sejam externas (governo, clientes, fornecedores, dentre outros). Essa influência constitui uma rede empresarial, ao estabelecerem-se relações de causa e efeito entre as entidades e a organização (MASIERO, 2007). Para Mitchell, Agle e Wood (1997), o modelo de identificar *stakeholders* se processa por intermédio de atributos: poder, que leva em conta a habilidade de fazer com que os resultados sejam alcançados; legitimidade das ações das organizações e urgência no atendimento aos interesses dos *stakeholders*.

Os *stakeholders* perfazem toda a organização e podem influenciar a elaboração da estratégia organizacional, bem como a tomada de decisão. As ferramentas gerenciais, neste sentido, devem considerar os colaboradores de uma organização e, por isso, várias necessitam da opinião desses para sua utilização e validação (RIGBY, 2009).

Na sequência apresenta-se o referencial quanto ao Desempenho Organizacional, dividido entre financeiro e não financeiro, bem como seus indicadores; após, sobre a Acreditação Hospitalar e Inovação em serviços de saúde.

2.1 DESEMPENHO ORGANIZACIONAL

Na fundamentação teórica evidencia-se que o desempenho organizacional teve a sua base na visão econômico financeiro, considerando dados contábeis, bem como de orçamento

para que a gestão pudesse avaliar o desempenho de uma organização em números, no entanto, a partir da década de 70, identificou-se a necessidade de analisar o desempenho não financeiro, dados relativos a produtividade e qualidade para melhorar o desempenho organizacional, tornando a empresa mais competitiva e duradoura no mercado.

2.1.1 Avaliação de desempenho organizacional

Inicialmente a avaliação de desempenho organizacional baseia-se apenas nos resultados financeiros das empresas. Porém, nas décadas de 1970 e 1980, havia uma insatisfação em relação ao modo como a avaliação de desempenho vinha sendo realizada (BOURNE et al., 2000). Identificou-se a necessidade de novos sistemas de mensuração, sendo que os dados financeiros deveriam ser tratados como parte de um conjunto maior de medidas (ECCLES, 1991).

Olson e Slater (2002) apontam que o processo de gestão estratégica abrange pelo menos cinco elementos: desenvolver uma missão, analisar a situação da empresa, formar uma estratégia competitiva, implementar a estratégia e monitorar o desempenho (OLSON; SLATER, 2002). Neste sentido, o contexto levou à criação de modelos de avaliação de desempenho equilibrados e multidimensionais que evidenciassem a ênfase não financeira, medidas externas e que pudessem indicar o desempenho futuro (BOURNE et al., 2000). Os novos modelos de avaliação de desempenho organizacional deveriam também, monitorar áreas como operações, marketing e recursos humanos (CHENHALL; LANGFIELD-SMITH, 2007).

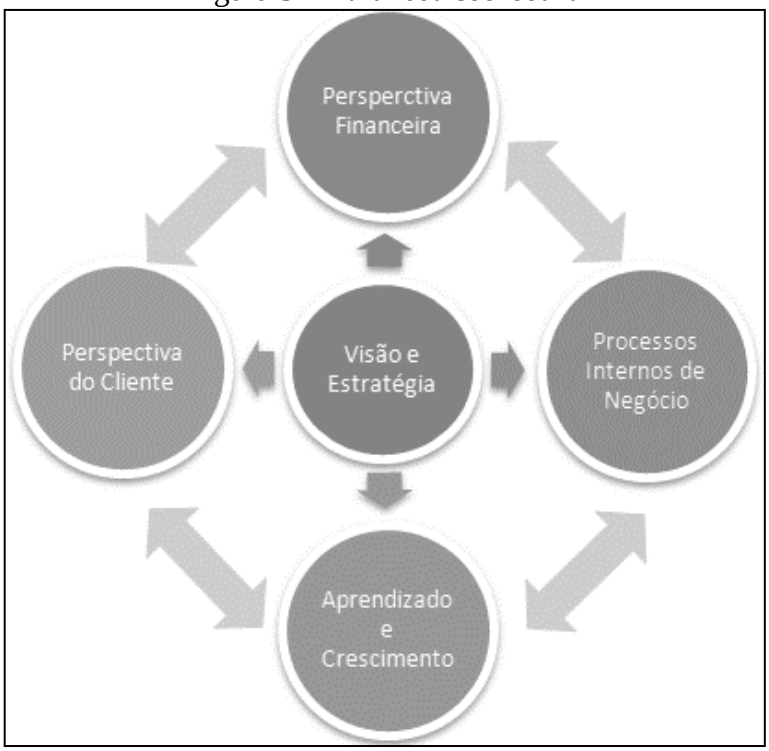
Devido à necessidade de se mensurar o desempenho de modo multidimensional, muitos novos modelos de avaliação de desempenho organizacional foram criados, como: i) Método da avaliação global de desempenho (CORRÊA, 1986); ii) BSC – *Balanced scorecard* (KAPLAN; NORTON, 1992); iii) *Skandia navigator* (EDVINSSON, 1997); iv) Sigma *sustainability scorecard* (THE SIGMA PROJECT, 2003); v) Prisma de Desempenho (NEELY; ADAMS; CROWE, 2001), além de muitos outros. Lugoboni (2010) levantou 19 modelos de avaliação de desempenho da literatura.

O *Balanced Scorecard*, criado por Kaplan e Norton (1992) é considerado como um dos modelos de avaliação de desempenho mais difundidos tanto na esfera acadêmica quanto nas empresas. Essa metodologia possui algumas características que a coloca em destaque entre os modelos de Avaliação de Desempenho Organizacional (ADO).

Pode-se citar a ligação da avaliação de desempenho com a estratégia organizacional e a avaliação de desempenho multidimensional, considerando outros aspectos, além dos

resultados financeiros. O BSC tem como premissa que os resultados financeiros são consequências dos resultados em outros aspectos da organização, numa relação de causa e efeito. Por isso o modelo utiliza quatro perspectivas para avaliar a *performace* de uma organização: aprendizado e crescimento, processos internos, clientes e financeira (KAPLAN; NORTON, 1992). As perspectivas do BSC são apresentadas na Figura 3.

Figura 3 – *Balanced scorecard*



Fonte: Adaptado de Kaplan e Norton (1992).

Um sistema de avaliação de desempenho define-se como conjunto de indicadores visando quantificar eficácia e eficiência da organização (NEELY, 1994), frequentemente relacionado a um sistema de informação (HALACHMI, 2005). Porém não necessariamente se encaixa a um determinado modelo de avaliação descrito na literatura.

O termo modelo de avaliação de desempenho organizacional relaciona-se à estruturação das dimensões/perspectivas de avaliação (financeira, clientes, recursos humanos, inovação, entre outras) dentro da organização (NEELY; GREGORY; PLATTS, 2005). Porém, não é consensual a separação entre sistema e modelo. O BSC, por exemplo, é tratado em muitos trabalhos como modelo (NEELY; GREGORY; PLATTS, 2005, NEELY; ADAMS; CROWE, 2001), mas em outros é tratado como sistema (KAPLAN; NORTON, 1992).

Sistemas de avaliação são adaptações de modelos existentes e não estão formalizados na literatura, ocasionalmente não estão formalizados na própria organização em que são

utilizados. Pois mesmo que a avaliação de desempenho de uma organização não esteja formalizada, ela ocorre inconscientemente.

Segundo Neely, Gregory e Platts (2005) a mensuração do desempenho é o processo de quantificar as ações, determinando o quão bem uma organização está atingindo seus objetivos (CUNHA; CORRÊA, 2013). A avaliação de desempenho organizacional é ainda uma das formas pelo qual as partes interessadas (sócios, governo, sociedade, entre outros) têm o conhecimento de como os recursos estão sendo utilizados pela organização.

Um dos pontos principais para a realizar a avaliação de desempenho organizacional é a necessidade de gerenciar o desempenho das empresas. A medição do desempenho e a gestão de desempenho não podem ser separadas (LEBAS, 1995). A relação entre medição e gestão do desempenho evidencia que o controle organizacional torna a avaliação um dos aspectos centrais da organização. Sem informações de o quanto os objetivos organizacionais estão sendo alcançados, distancia a possibilidade de cobrar performance. Consequentemente, abre-se uma enorme lacuna para ineficiências (HALACHMI, 2002).

Ao relacionar a avaliação de desempenho organizacional (ADO) com a gestão do desempenho torna-se possível listar ao menos outras cinco razões pelas quais deve-se mensurar o desempenho nas organizações: a) saber como a organização chegou onde está: a avaliação relacionada ao passado apoia o sistema de recompensas e ajuda a construir as informações que irão prever os valores dos parâmetros utilizados nas análises; b) saber qual é o *status* dos processos que definem a organização: qual é o seu potencial de realização no futuro; c) saber para onde a organização quer ir: a avaliação ajuda a apoiar a definição de objetivos, metas e apoiar a elaboração de planos de ação; d) saber como chegará lá: a avaliação também pode apoiar as atividades de orçamento e planejamento e melhoria contínua; e) saber se chegou lá: a avaliação não pode ser separada do *feedback* (LEBAS, 1995).

Corrêa (2012), sugere algumas perguntas que a ADO deve responder. 1) para que: por qual motivo a avaliação é realizada? 2) Para quem: quem precisa dos resultados da avaliação? Gerentes, *controllers*, sócios? 3) O quê: quais as variáveis e dimensões mensuradas? 4) Como: quais as fases da avaliação? 5) Quem: quem realiza a avaliação de desempenho? Empregados, consultores? 6) Quando: Qual a frequência em que a avaliação é realizada? (CORRÊA, 2012).

O autor ainda afirma que para o sistema de ADO seja considerado completo, deve possuir ao menos 5 características: 1) ser global: abranger todas as dimensões da organização; 2) ser histórico: registrar os resultados de vários anos; 3) ser comparativo: permitir comparar os resultados com outras empresas e setores (*benchmarking*); 4) mostrar relações de causa e efeito; e 5) ter a capacidade de antecipação: utilizar indicadores cujos resultados possam ajudar

a prever o desempenho futuro.

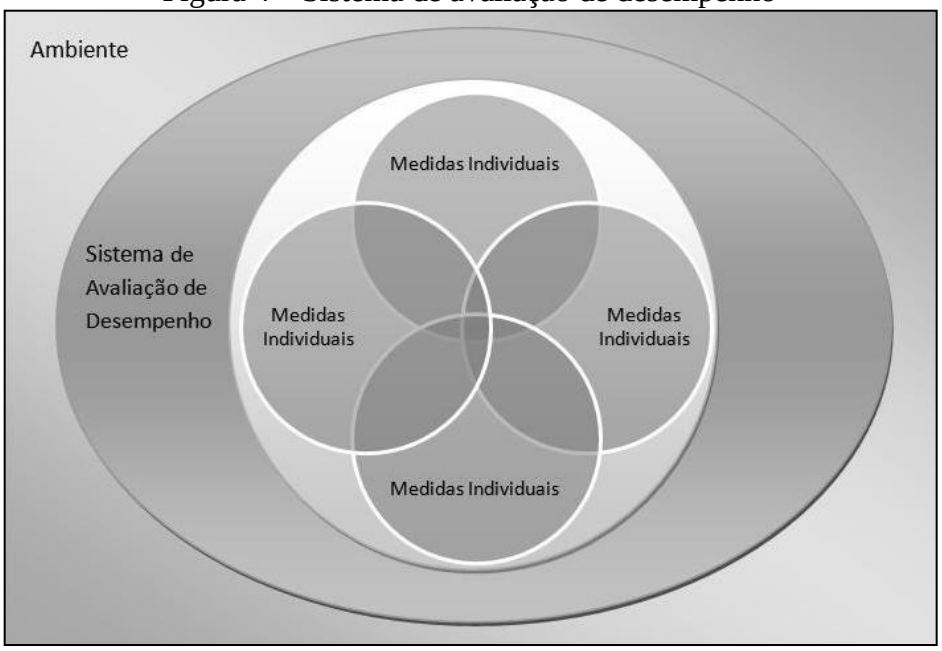
2.1.2 Indicadores de desempenho

Os modelos de ADO utilizam diversos tipos de indicadores para mensurar o desempenho organizacional, aqueles facilmente mensuráveis, como os referentes aos resultados financeiros da empresa, inclusive outros mais subjetivos como o de potencialidade gerencial (CORRÊA, 1986).

O objetivo dos modelos de mensuração de desempenho é garantir que a variedade de eventos e resultados ocorridos na organização sejam apresentados para os tomadores de decisão (WATTS; MCNAIR-CONNOLLY, 2012). Medir o desempenho e coletar dados somente tem sentido se essas informações são utilizadas (BEHN, 2003).

Segundo Neely, Gregory e Platts (2005), um sistema de avaliação de desempenho pode ser analisado basicamente por três ângulos: 1) as medidas de desempenho de modo individual; 2) o conjunto de medidas de desempenho - o sistema de medição de desempenho como uma entidade; 3) a relação entre o sistema de medição de desempenho e do ambiente em que ele opera. Na Figura 4 está representado graficamente como é organizado um sistema de avaliação de desempenho:

Figura 4 – Sistema de avaliação de desempenho



Fonte: Adaptado de Neely, Gregory e Platts (2005, p. 1229).

Analisando a Figura 4 pode-se visualizar que um sistema de avaliação de desempenho

é o conjunto de indicadores interligados dentro de um ambiente organizacional. A avaliação de desempenho inicia seu processo na identificação de indicadores que permitam mensurar o desempenho da organização (BHATTI; AWAN; RAZAQ, 2014).

Um sistema de ADO consiste em medidas de desempenho individuais (NEELY; GREGORY; PLATTS, 2005). Os indicadores são os elementos de um sistema de avaliação de desempenho (MIKUŠOVÁ; JANEČKOVÁ, 2010).

Ainda pode-se dizer que os indicadores são ferramentas objetivas que permitem analisar e avaliar os principais componentes (produtos, serviços, processos e operações) da organização, estabelecendo metas de desempenho em nível e acompanham o desempenho por determinado tempo (MOSSE; ROGERS, 1996 apud ONDATEGUI-PARRA et al., 2004). Um dos objetivos principais dos indicadores é dar ciência aos seus usuários sinais do que é relevante e do que é esperado dentro da organização (MIKUŠOVÁ; JANEČKOVÁ, 2010).

Alguns fatores podem sinalizar a qualidade de determinado indicador. Um bom indicador deve: possuir uma definição bem detalhada, clara e compreensível; ser útil; o custo de obtenção deve ser aceitável; e deve facilitar a obtenção da informação necessária para a tomada de decisão (MIKUŠOVÁ; JANEČKOVÁ, 2010).

A qualidade dos indicadores escolhidos para um sistema de avaliação de desempenho é importante por diversas razões, porém se destaca a limitação do número de indicadores que devem ser utilizados. Adicionar muitas medidas de desempenho, sem critérios definidos, somente cria dificuldades, pois gasta-se muito tempo na coleta de dados e monitoramento de suas atividades e não suficiente com o trabalho real (DENTON, 2005).

2.1.3 Tipos de indicadores de desempenho

Indicadores de desempenho podem ter diferentes classificações dependendo dos critérios utilizados. Um dos meios utilizados para classificar os indicadores é em medidas financeiras e não financeiras.

Segundo Ferreira e Otley (2007) há três principais funções das medidas financeiras: ser uma ferramenta para a gestão financeira, ser o maior objetivo organizacional e ser um mecanismo de motivação e controle organizacional.

Todas as organizações públicas ou privadas se mantêm com restrições financeiras para entregar valor aos seus *stakeholders*. Assim sendo, o papel das medidas financeiras é contribuir no gerenciamento dos recursos financeiros da organização, garantindo que as restrições financeiras da organização não sejam ultrapassadas (FERREIRA; OTLEY, 2007).

Indicadores financeiros são medidas de resultado que revelam o desempenho passado, porém não necessariamente são bons para prever o futuro. Medidas de desempenho financeiras por si só fornecem aos gestores as informações para tomar decisões estratégicas. A dependência de indicadores financeiros, por vezes leva a um foco estreito e de curto prazo e o qual pode ser um obstáculo para visualizar oportunidades de longo prazo ou lidar com as ameaças no futuro (VOELKER; RAKICH; FRENCH, 2001). Reforçando, assim, a necessidade de se utilizar indicadores não financeiros.

Os indicadores não financeiros têm a responsabilidade por mensurar grande parte da gestão no nível operacional, sendo que muitas ocorrências não são mensuráveis monetariamente de modo imediato (FERREIRA; OTLEY, 2007). Neste sentido existe a necessidade do uso de medidas não financeiras para medir o real desempenho da organização. Neely, Adams e Crowe (2001) cita os cinco objetivos de desempenho operacional propostos por Skinner (1969): qualidade, confiança, velocidade, custo e flexibilidade.

Medidas relacionadas com a qualidade, participação de mercado, satisfação do cliente e do empregado podem produzir maior entendimento sobre os fatores que impulsionam o desempenho financeiro. Havendo déficit nessas medidas é possível antecipar uma iminente escassez de desempenho financeiro e permitir ações corretivas em tempo de moderar os danos aos resultados financeiros (BUTLER; LETZA; NEALE, 1997).

Outro critério utilizado para a classificação de indicadores é o impacto do indicador e o uso das informações que ele fornece para o gestor (TANGEN, 2005). Esse conceito tem como base a premissa de que as várias medidas de desempenho disponíveis para o gestor fornecem informações diferentes e são usadas para diversos fins (TANGEN, 2005). Algumas medidas são relevantes para a organização e serão frequentemente utilizadas, enquanto outras são menos impactantes e podem até mesmo não ter utilidade (TANGEN, 2005).

A mensuração do desempenho inicia na identificação dos indicadores de desempenho, os quais serão utilizados (BHATTI; AWAN; RAZAQ, 2014). Pode-se afirmar ou entender que esses estão presentes em toda a parte, e aplicável a qualquer atividade (FORTUIN, 1988).

Considerando que os diversos aspectos da organização podem ser mensuráveis via indicador, é inviável que todos sejam medidos (LEBAS, 1995), é recomendada as organizações identificar os indicadores necessários e úteis (DENTON, 2005). Ressalva-se que a organização deve fazer as escolhas de quais indicadores atendem seus objetivos... (MIKUŠOVÁ; JANEČKOVÁ, 2010). Principalmente quanto ao nível estratégico da organização, o uso de um número limitado de indicadores se torna ainda mais crítico. Contudo, não existe muita discussão

na literatura em português sobre os indicadores estratégicos, também chamados de indicadores-chave.

O desempenho organizacional ocorre de forma consciente ou não (CHIARETO; CORRÊA; CUNHA, 2018), considerando os indicadores apropriados permite ao gestor aplicar as melhores estratégias, gerando resultados financeiros positivos. No entanto para evitar perdas significativas, exige-se a aplicação de padronização do serviço, que no caso do segmento de saúde busca-se a profissionalização na certificação através da Acreditação Hospitalar.

2.2 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Acreditação é o processo e o resultado de acreditar, este verbo pode referir-se àquilo que é merecedor de crédito ou consideração, ou à ação de documentar de maneira homologada que alguém tem o direito de realizar uma determinada tarefa ou de permanecer num certo lugar. Desta forma, o particípio do verbo acreditar, qual seja acreditado, significa que o agente inspira ou merece confiança, além de ser autorizado ou reconhecido por alguém (ANTUNES, 2002).

No ambiente hospitalar, a definição de acreditação relaciona-se a procedimentos de avaliação quanto a recursos institucionais de forma voluntaria e periódica, buscando garantir a qualidade da assistência, considerando padrões previamente aceitos, podendo ser semelhante ao sistema *International Organization for Standardization* – ISO, aplicado nas organizações empresariais (NETO; GASTAL, 1997).

Entende-se como ferramenta para o gerenciamento coletivo da qualidade, pois, representa a melhoria contínua da instituição, e ainda reverte em reconhecimento perante a sociedade (ANTUNES, 2002). Para o autor, a competência e a qualidade são os principais vetores para obter a acreditação hospitalar, sendo que a competência reverte em qualidade, pois os profissionais estão preparados a solucionar com habilidade, capacidade e idoneidade as situações problemáticas que surgirem.

Todo o serviço prestado dentro de um hospital apresenta-se de forma complexa, considerando a atuação de profissionais da saúde ou não, que desempenham diferentes atividades nas mais diversas áreas da organização. Assim sendo, no ambiente hospitalar, o colaborador da área da saúde mantém seu próprio trabalho (classificado como heterogêneo e descontínuo), organizando sua própria rotina, dificultando a normatização técnica e a mensuração quanto à produtividade (ANTUNES, 2002). O autor ainda revela que a qualidade é tão importante quanto a competência e está vinculada à habilidade em satisfazer as

necessidades explícitas e implícitas da organização.

Neste sentido, a acreditação hospitalar abrange a avaliação da qualidade no que se refere à assistência médico-hospitalar experimentada ou vivenciada pelo paciente. Segundo Foguel e Souza (1995), o sucesso na implantação de um processo numa organização envolve um conjunto de variáveis que compreende a vivência e a dinâmica organizacional, assim como o seu próprio desenvolvimento. A atividade hospitalar na prestação de seus serviços, está sujeita a uma estrutura complexa e de tecnologia de ponta. Porém, cabe destacar que necessitam de mecanismos que garantam a eficiência dos serviços prestados, revertendo na melhoria da qualidade no atendimento (BRASIL, 2010b).

A partir da década de 90, o setor hospitalar experimentou diversas mudanças, como novas tecnologias, novos desafios, concorrência acirrada, recursos escassos, processos mais complexos e usuários mais exigentes. Uma adequada gestão do sistema hospitalar (gestão estratégica, gestão das informações, gestão de pessoas, de processos, de materiais, clínica e de infraestrutura) é importante para que o Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ) hospitalar funcione de modo harmonioso (RUIZ; SIMON, 2004).

A potencialidade da gestão da qualidade e da melhoria de processos pode abranger todos os processos (administrativos, de apoio, assistenciais, médico-sanitários, etc.). Segundo Lorenzi, Pinson e Starmer (2007), para uma melhor gestão da qualidade dos serviços hospitalares, deve se conscientizar de que:

a) as ferramentas da qualidade podem funcionar nos serviços de saúde;
b) as equipes multifuncionais auxiliam na tomada de decisão, por conter profissionais de diferentes setores do hospital e reunir pontos de vista distintos, podem discutir formas de aumentar a satisfação dos usuários e definir ações corretivas com maior probabilidade de sucesso;
c) há abundância de informações úteis para melhoria da qualidade dos serviços;
d) custos da má qualidade são elevados e economias estão ao alcance;
e) há necessidade de submeter seus profissionais a treinamentos;
f) hospitais podem necessitar de uma definição mais ampla de qualidade;
g) como na indústria, a Direção deve incentivar a melhoria da qualidade.

D’Innocenzo, Adami e Cunha (2006) afirmam que um hospital deve focar sua gestão em três fatores para uma adequada Gestão da Qualidade:

a) estruturas: recursos que estão à disposição para se oferecer o serviço (área física, equipamentos, instalações, recursos humanos, etc.). Envolvendo, ainda, a organização da equipe médica, de enfermagem e outros profissionais, bem como

as funções de ensino e pesquisa, os processos de revisão e métodos de pagamento pelos cuidados;

b) processos: significam "o próprio atendimento", a maneira como os medicamentos são usados, quais procedimentos são realizados, como os diagnósticos são realizados. Atividades relacionadas aos cuidados com a saúde (diagnóstico, reabilitação e tratamento dos usuários). Os processos geram rotinas e procedimentos que contribuem na redução da variabilidade dos serviços, o que é fundamental para a qualidade;

c) resultados: são as consequências do atendimento, como o prolongamento da vida, o alívio a dor, satisfação do usuário com o atendimento e os resultados.

O SGQ é caracterizado pelos elementos (MACINATI, 2008):

a) liderança e Comprometimento para com a Qualidade: Alta Administração e a Qualidade devem estar comprometidos com o SGQ para liderar a mudança cultural exigida. A instituição deve ser estimulada a atingir elevados padrões de desempenho em nível individual e organizacional;

b) planejamento Estratégico da Qualidade: a Qualidade deve ser compreendida pela Alta Administração como meta estratégica. Com a Qualidade como parte integrante do planejamento, o hospital será capaz de identificar seus pontos fortes e fracos, além de otimizar a utilização de recursos (materiais, financeiros, mão-de-obra, equipamentos);

c) treinamento dos recursos humanos: os profissionais devem se conscientizar de que a qualidade do serviço hospitalar depende, principalmente, das habilidades individuais e de trabalho em equipe. A Alta Administração deve fornecer apoio e recursos necessários para prestação dos serviços, além de comunicar claramente metas e expectativas e de oferecer programas de capacitação em práticas e procedimentos da Qualidade que devem ser seguidos, visando à padronização das atividades;

d) informações e dados: a manutenção de dados e informações confiáveis é necessária para que medições e dados sejam comparados a padrões de referência e que seja possível avaliar o desempenho das atividades, tendo como foco principal: o usuário, um padrão excelente de qualidade para os serviços e a melhoria contínua destes. Informações médicas de usuários e indicadores fornecem subsídios à instituição, possibilitando a tomada de decisões baseada em fatos e identifiquem oportunidades de melhoria;

e) coordenação organizacional: busca mudar o foco da gestão de uma abordagem voltada para estrutura para uma abordagem focada em processos, a fim de se coordenar serviços e responsabilidades em prol da qualidade final do serviço. A mudança de foco deve ser apoiada pelo setor da Qualidade, o qual por meio de indicadores, relatórios de desempenho clínico e ações de Melhoria Contínua contribuirá para que os serviços tenham níveis de desempenho cada vez mais elevados;
f) gestão de fornecedores: estimular uma política de compra que privilegie a qualidade, ao invés de preço, dos recursos adquiridos, mantendo uma relação de proximidade e fidelidade com seus fornecedores;
g) gestão de processos: ao considerar os hospitais como um conjunto interdependente de processos, o SGQ deve monitorá-los por meio de protocolos de atendimento, prontuários médicos, fichas de atendimento, procedimentos operacionais padrão, entre outros, a fim de manter a Melhoria Contínua da Qualidade dos serviços prestados.

Dentre as vantagens dessa certificação está a eficiência do gerenciamento da organização e da qualidade da assistência prestada, em termos de segurança e eficiência. Ainda, trata-se de diferencial de mercado, contribuindo para o reconhecimento social à instituição certificada de que esta busca a melhoria contínua, criando e desenvolvendo positivamente a integração com a sociedade e estimulando a cidadania (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Para Feldman, Gatto e Cunha (2005), o atendimento com padrões pré-estabelecidos pelos programas de Acreditação torna-se referência para a sociedade, indicando que a instituição presta serviços livres de erros e sem resultados que prejudiquem os usuários.

A Acreditação originou-se em 1951, nos Estados Unidos, com a criação da Comissão Conjunta de Acreditação de Hospitais (CCAH) e a tentativa de introduzir e enfatizar a qualidade na cultura hospitalar a nível nacional. Posteriormente, a Acreditação foi se estendendo a países como Canadá, França e Brasil (ANTUNES; RIBEIRO, 2005).

No Brasil e no Canadá o processo tem caráter voluntário sendo coordenado, respectivamente, pela Organização Nacional de Acreditação (ONA) e pelo *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA). Já na França, a certificação é compulsória, obrigatória por lei, sendo conduzida pelo governo via *Angence Nationale d'Accreditation et Évaluation en Santé* (ANAES) (TOUATI; POMEY, 2009).

Neste contexto, a Acreditação pode ser definida como um sistema de avaliação e certificação da qualidade de serviços de saúde. Com caráter de modo eminente educativo,

voltado para a melhoria contínua, entretanto não com propósito de fiscalizar ou controlar oficial/governamental, não havendo relação com procedimentos de licenciamento e ações típicas de Estado.

Antunes (2002), indica que o papel da ONA é aprimorar a qualidade assistencial brasileira quanto ao atendimento no setor da saúde, sendo responsável por estabelecer os padrões de qualidade, promover o monitoramento das instituições e pelo próprio processo de Acreditação. Cabe à entidade ainda credenciar as empresas acreditadoras as quais realizam a avaliação dos serviços de saúde em âmbito nacional (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Conforme Bonato (2007), a Acreditação objetiva melhorar a qualidade dos serviços hospitalares com base em duas variáveis: a) Avaliação de padrões de referência pré-estabelecidos e previamente divulgados pela Organização coordenadora do processo de Acreditação; b) Os indicadores, isto é, os instrumentos que o avaliador usará para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição.

Em 1999, foi criada, judicialmente, a ONA, organização responsável pela coordenação do processo de Acreditação, que passou a definir padrões e monitorar tal processo nacionalmente. A realização do processo de Acreditação ficou a cargo das Agências Acreditadoras, responsáveis pela capacitação dos avaliadores (auditores), pela elaboração de estratégias de avaliação e de melhorias, realizando visitas de avaliação nas Organizações de Saúde interessadas em obter o certificado (ONA, 2010).

O processo de acreditação consiste em procedimento confidencial de avaliação dos recursos institucionais, de forma voluntária e periódica, que tem o propósito, de garantir a qualidade da assistência considerando padrões previamente determinados em níveis mínimos ou mais exigentes (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Em 1990 foi firmado convênio entre o Ministério da Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS para a elaboração do Manual de Padrões de Acreditação para a América Latina. Neste período a OPAS, promoveu, o primeiro Seminário Nacional sobre Acreditação, momento em que foi apresentado o Manual de Acreditação da OPAS, inicialmente denominado Manual de Padrões de Acreditação para América Latina (MANZO; BRITO; CORRÊA, 2012).

Em 1997, o Consórcio Brasileiro de Acreditação – CBA realizou o seminário com a assessoria da *Joint Commission*, tendo como objetivo elaborar o programa nacional de acreditação de hospitais. O resultado do evento foi a integração do Brasil ao contexto internacional de avaliação dos serviços de saúde (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Os autores ainda citam que no ano de 1988, foi lançado de forma oficial o Programa Brasileiro de Acreditação, no Congresso Internacional de Qualidade na Assistência em Saúde, sediado em

Budapeste. Na sequência, foram organizadas normas básicas para o desenvolvimento de propostas quanto ao processo de acreditação observadas pelo Sistema Nacional de Acreditação, referente ao credenciamento de instituições acreditadoras, a qualificação e capacitação de avaliadores, código de ética e ao programa brasileiro de acreditação hospitalar (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Para Bonacim e Araújo (2009), considerando que os hospitais universitários oferecem assistência de média e alta complexidade, pelo seu perfil de atividade, ainda contribuem para a formação de profissionais em diversas áreas da saúde e de outras atividades, sediam cursos de capacitação, pós graduação e são fontes de geração do conhecimento.

Segundo Médici (2001), no contexto brasileiro um hospital universitário (HU) é definido como uma instituição que: (a) é um prolongamento de um estabelecimento de ensino em saúde; (b) provê treinamento universitário na área de saúde; (c) é reconhecido oficialmente como hospital de ensino, estando submetido à supervisão das autoridades competentes e (d) propicia atendimento médico de maior complexidade (nível terciário) a uma parcela da população. Considerando ainda no Brasil os hospitais universitários públicos são os recursos de saúde mais elevados do SUS, produto de grandes investimentos e realizam os procedimentos mais custosos ao sistema (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Segundo Lobo et al. (2010) um fator importante na caracterização dos HUs está no reconhecimento da existência dessas múltiplas dimensões dentro de cada hospital – assistência, ensino e pesquisa – cujo desempenho e qualidade influenciam umas às outras. Entretanto uma consequência das responsabilidades adicionais que um HU carrega é que seus custos usualmente são maiores quando comparados com instituições não-docentes (GROSSKOPF; MARFARITIS; VALDMANIS, 2001).

Quanto à assistência, os HUs são centros de referência de média e alta complexidade, para a rede pública de serviços de saúde (EBSERH, 2014) e também têm responsabilidade para com o avanço da tecnologia médica, pois as equipes médicas dessas instituições determinam a forma de incorporação de novas tecnologias no país, gerando grande impacto no financiamento do sistema público de saúde e no atendimento à população (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Junqueira (2015) em seu estudo, apresenta outro fator que torna a administração desse tipo de instituição mais complexa do que de um hospital puramente assistencial é o fato de que cada uma de suas áreas (ensino, pesquisa e extensão) se reporta a instituições governamentais diferentes, Ministério da Saúde (assistência), Ministério da Educação (ensino), Ministério da Ciência e Tecnologia (pesquisa). Além de estarem submetidos às normas da Instituição de

Ensino Superior (IES) à qual pertencem. A gestão dos HUs é muito dependente das normas e da legislação sob as quais as IES operam.

Aspectos como a baixa produtividade, falta de informações gerenciais confiáveis, falta de informações sobre a gestão de recursos, deficiente capacitação de recursos humanos de apoio, inexistência de planos diretores de expansão e modernização, conhecimento insuficiente das políticas públicas de saúde e desintegração com os demais recursos de saúde do SUS dificultam a gestão dos HUs (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010).

Por meio da Política de Reestruturação dos Hospitais de Ensino, segundo Lobo et al. (2010), a partir de 2004 houve melhoria na situação dos HUs, como a integração entre seus três objetivos maiores, sendo iniciado o processo de certificação dos hospitais universitários e de ensino, mediante visitas de representantes do MEC e Ministério da Saúde.

Mensurar o cumprimento da missão organizacional e a manutenção do equilíbrio financeiro são os principais motivos pelos quais a avaliação de desempenho organizacional tem papel fundamental nessas organizações. Isto porque o principal objetivo do sistema de avaliação de desempenho numa organização sem fins lucrativos são determinar se ela está cumprindo sua missão (GRIGOROUDIS; ORFANOUDAKI; ZOPOUNIDIS, 2012) e melhorar o seu desempenho (BEHN, 2003).

Machado e Kuchenbecker (2007) conforme os autores para atingir o equilíbrio financeiro podem-se implantar mecanismos de saneamento financeiro dos HUs, desenvolvendo indicadores de avaliação e gestão, incorporando questões relativas à qualidade dos serviços prestados, transparência e responsabilidade social.

Todo hospital ao prestar serviços de saúde tem como missão resolver os problemas de saúde dos pacientes (eficácia), da melhor forma (qualidade) da forma mais econômica possível (eficiência) (IOAN; NESTIAN; TITA, 2012). O compromisso dos HUs é de atender esses objetivos na sua missão entre outros objetivos, sobretudo os relacionados ao ensino e pesquisa.

2.2.1 Níveis de classificação da acreditação hospitalar - ONA

Os níveis de classificação previstos pelo processo de Acreditação da ONA, seus respectivos requisitos e as práticas associadas a esses requisitos, são (ONA, 2010):

a) **acreditação (estrutura)**: É o nível de classificação mais básico com que uma Organização de Saúde poderá ser Acreditada. Prevê requisitos relacionados à estrutura (física e profissional) da instituição. As exigências deste nível contemplam o atendimento a requisitos básicos da qualidade na assistência, nas

especialidades e nos serviços da Organização, com os recursos humanos compatíveis com a demanda, a qualificação adequada (habilitação) dos profissionais e um responsável técnico habilitado para cada setor da instituição;

b) **acreditação plena (processos)**: As exigências deste nível contemplam evidências de adoção do planejamento na organização da assistência, referentes à documentação, corpo funcional (força de trabalho), treinamento, controle, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica e gerencial e práticas de auditoria interna. Em geral, prevê requisitos relacionados à documentação e sistematização de processos e procedimentos da Organização de Saúde;

c) **acreditação por excelência (resultados e melhoria contínua)**: Neste nível, a Organização deve apresentar evidências de Melhoria Contínua com foco em inovações gerenciais em estrutura, novas tecnologias, capacitação profissional, ações assistenciais e procedimentos e evidências de disseminação global e sistêmica de rotinas padronizadas e avaliadas na busca da excelência. Deve utilizar perspectivas de medição organizacional alinhadas às estratégicas e correlacionadas aos indicadores dos processos, além de comparações desses indicadores com referenciais externos e evidências de tendência favorável para os indicadores. A Organização deve, ainda, apresentar inovações e melhorias decorrentes do processo de análise crítica;

Todo o processo de Acreditação Hospitalar, a partir da visão sistêmica das partes envolvidas, contribuindo de forma consciente para o desempenho organizacional, gerando melhores resultados para empresa, considerando custo/benefício e ainda inovação de processo e estratégias de gestão.

2.3 INOVAÇÃO

A temática de inovação surgiu com Schumpeter (1982) em sua obra clássica “Teoria do desenvolvimento econômico”. Neste trabalho, o autor preconiza que as empresas utilizam a inovação para obter vantagem estratégica. Neste olhar, as empresas que detêm uma inovação passam a explorá-la com o objetivo de obter altos lucros, chamado de “lucros de monopólio”. Entretanto, outras empresas tentarão copiar a inovação, e à medida que a inovação for imitada pelos concorrentes, perde-se a vantagem competitiva e os lucros diminuem de forma a entrar em equilíbrio e assim permanecem até que surja outra inovação que desencadeará novamente o ciclo. Este processo é chamado de “destruição criativa", onde há uma constante busca pelo

novo, ou seja, “destroem” os antigos paradigmas.

Desse modo, Schumpeter (1982) afirma que a busca pelo novo, é o que mantém o movimento do sistema econômico. Schumpeter (1982) ainda deixa claro que inovação não é sinônimo de invenção, considerando que inovação provém de uma invenção, para Schumpeter (1982), há três fases básicas no processo de inovação: i) a invenção relacionando-se à descoberta, novas técnicas e com potencial comercial ainda a ser realizado; ii) a inovação como o desenvolvimento da invenção comercialmente; iii) e a difusão como a expansão de uma inovação em uso comercial, novos produtos e processos. Esta distinção entre invenção e inovação é conhecida na literatura. Enquanto a invenção se relaciona somente com a descoberta, a inovação é o resultado de pôr em prática a descoberta e capturar valor por meio dela (DRUCKER, 2003; TIDD; BESSANT, 2015; UTTERBACK, 1996). Os autores Varkey, Horne e Bennet (2008) definem a inovação como a implementação bem-sucedida de uma ideia nova, de forma a criar valor convincente para alguns ou todos os *stakeholders*. No Manual de Oslo (OCDE, 2004) a inovação é definida como implementação de produto (bem ou serviço) novo ou significativamente melhorado, ou processo, ou novo método de *marketing*, ou novo método organizacional nas práticas de negócios, na organização do local de trabalho ou nas relações externas.

Na definição do Manual de Oslo (OCDE, 2004) observa-se a classificação dos tipos de inovação: Inovação de Produto é a introdução de um bem ou serviço novo ou significativamente melhorado no que concerne às suas características ou usos previstos. Incluem-se melhoramentos significativos em especificações técnicas, componentes e materiais, softwares incorporados, facilidade de uso ou outras características funcionais. Inovação de Processo é a implantação de um método de produção ou distribuição novo ou significativamente melhorado. Incluem-se mudanças significativas em técnicas, equipamentos e/ou softwares. Inovação de Marketing é a implantação de um novo método de *markerting*, envolvendo mudanças significativas na concepção do produto ou em sua embalagem, no posicionamento do produto, em sua promoção ou fixação de preços. Inovação Organizacional é a implantação de um novo método organizacional nas práticas de negócios da empresa, na organização de seu local de trabalho ou em suas relações externas.

Tidd e Bessant (2015) reconhecem, além dos tipos de inovação de produto e processo, a inovação de posição e paradigma. A inovação de posição é quando há mudança no contexto no qual o produto e serviço são introduzidos, e a inovação de paradigma envolve mudanças nos modelos mentais que moldam o que a organização faz. Para os autores, a linha divisória entre os tipos é muito tênue, sendo permeáveis entre si. Outra forma de classificação da inovação é

quanto ao grau ou intensidade da mudança de inovação, que pode ser incremental (ou não disruptiva) ou radical (de ruptura, disruptiva) (FREEMAN; PEREZ, 1988; CHRISTENSEN; BOHMER; KENAGY, 2000; SCHUMPETER, 1982, TIDD; BESSANT, 2015; UTTERBACK, 1996): i) radical – É fazer algo totalmente novo. Representa uma grande mudança em produtos, serviços e processos existentes. É uma quebra de paradigma. Inovações radicais tendem a provocar grande mudança inclusive na forma que o produto ou serviço é consumido, criando por vezes novos modelos de negócio. ii) incremental – É melhorar algo que já existe. Representa uma pequena mudança em produtos, serviços e processo existentes. Inovações incrementais promovem continuamente o processo de mudança.

Segundo Davila, Epstein e Shelton (2009), uma inovação radical só ocorre quando há a introdução de uma nova tecnologia, simultaneamente com a implantação de um novo modelo de negócio. Sob o aspecto de como acontece a inovação, na visão de Dosi (1982), as mudanças tecnológicas podem ocorrer de maneira "puxada" pelas necessidades do consumidor e do mercado, como também podem ocorrer de maneira "empurrada" por meio das atividades de pesquisa e desenvolvimento da empresa.

A inovação tem papel muito importante nas empresas. Para que a empresa tenha forças de competir e se inserir em novos mercados, alavancando a sua competitividade e promovendo o desenvolvimento econômico, a inovação se posiciona como a principal solução estratégica (DRUCKER, 2003; PROENÇA et al., 2015; TIDD; BESSANT, 2015). Davila, Epstein e Shelton (2009) destacam que no longo prazo, o único fator capaz de garantir o futuro de qualquer empresa é sua capacidade de inovar melhor, de forma contínua, e por mais tempo que as concorrentes. De modo geral, as diferentes visões apresentadas sobre a inovação possuem em comum o conceito de que inovação é a introdução de uma nova ideia, implantada que gera valor. A inovação também pode ter diferentes tipos (produtos e serviços, processos, marketing etc.) e graus ou intensidade (radical ou incremental).

2.3.1 Inovação em serviços de saúde

A definição de inovação em saúde é a introdução e a aplicação intencional de ideias, processos, produtos ou procedimentos que simultaneamente sejam relevantes para a unidade que as adota e que beneficiem o indivíduo, grupo ou sociedade em geral (COSTA, 2016). Para Thakur, Hsu e Fontenot (2012) a inovação em serviços de saúde é definida como a adoção das melhores práticas que garantem a segurança e os melhores resultados para o paciente, além de afetar positivamente a performance da organização.

Estas inovações são focadas em melhores resultados para o paciente e ajudam os profissionais de saúde a trabalhar de maneira mais inteligente, rápida, e mais eficiente em custos. Diferentemente do que se verifica na maioria dos mercados, no setor de saúde as novas tecnologias representam aumento de gasto, e não de redução de custos, conforme os trabalhos de Barbash e Glied (2010), e Goyen e Debatin (2009). O grupo de estudiosos do Instituto de Estudos de Saúde Suplementar (IESS, 2016) apontam os principais motivos para esta situação: a) Avanços tecnológicos podem implicar aumento de custos simplesmente porque o novo tratamento é mais complexo e mais custoso; b) Permitem que um número mais amplo de pacientes possa ser tratado; c) Inovações podem permitir tratamento de doenças antes incuráveis; d) Permitem descobertas e/ou tratamento de doenças secundárias e efeitos colaterais das enfermidades que antes não eram assistidas; e) Amplia o tempo de tratamento das doenças justamente por permitir maior longevidade do paciente. f) Avanços clínicos, com tratamentos que antes extrapolavam as fronteiras médicas e passam a ser incorporados na rotina de tratamento do paciente (doenças mentais, por exemplo).

Por outro lado, Christensen, Grossman e Hwang (2009) mostram como a inovação pode reduzir custos e melhorar a qualidade e acessibilidade à saúde. Seus estudos são focados principalmente no sistema de saúde americano, e são baseados na teoria da inovação de ruptura, que por sua vez tem como princípios centrais: (i) Como produtos e serviços se tornam mais baratos e acessíveis ao longo do tempo e (ii) as dificuldades das organizações terem sucesso na inovação de ruptura. Esta visão também é corroborada por Porter e Teisberg (2007), que argumentam que o problema não é a inovação em si, mas pelo contrário, há diversos casos em que a inovação trouxe redução nos custos.

Como exemplo ele relata que nos últimos 20 anos as inovações em quatro áreas (infarto, diabetes tipo 2, derrame cerebral e câncer de mama) tiveram um retorno de US$2,40 a US$3,00 por dólar investido. Além disso as inovações reduziram a duração de períodos de internação em UTIs e hospitais, e consequentemente o custo total do paciente. Os autores rebatem também a ideia de que curar doenças às vezes causa mais custos, pois o paciente pode vir a padecer de algo mais dispendioso no futuro. Esta visão não considera as contribuições positivas de se ter um indivíduo mais saudável, com menor necessidade de tratamentos, e inclusive injetando receita para o sistema de seguro saúde.

Em resumo, Porter e Teisberg (2007) entendem que o ideal a ser feito é buscar estrategicamente inovações que aumentem o valor para o paciente (resultado obtido por capital investido) ao longo da cadeia de prestação de serviços, olhando de maneira holística. Estas inovações devem ser altamente recompensadas e há imensas oportunidades de obtê-las

avançando nos campos de conhecimento de estratégias, estruturas organizacionais, instalações, processos e parcerias (PORTER; TEISBERG, 2007).

Segundo Varkey, Horne e Bennet (2008), as inovações em saúde podem ser do tipo produto, processo ou estrutura. Inovação de produto é o bem ou serviço novo que o consumidor está efetivamente pagando. Inovação de processos implica na inovação do método de produção ou de entrega do produto. E por fim, inovação de estrutura é tudo aquilo que afeta a estrutura interna ou externa da companhia, e cria um novo modelo de negócios. Assim como o setor de saúde é considerado complexo (CHRISTENSEN; GROSSMAN; HWANG, 2009; PORTER; TEISBERG, 2007; WINDRUM; GARCÍA-GOÑI, 2008), o processo de inovação na saúde também apresenta complexidades (COSTA, 2016; OMACHONU; EINSPRUCH, 2010; HERZLINGER, 2006).

Herzlinger (2006) aponta algumas complexidades no processo de inovação na saúde como objetivos conflitantes entre atores, particularidades de financiamento, regulamentação do setor, taxa de incorporação médica, aumento do poder dos pacientes nas decisões sobre saúde e a necessidade de prestação de contas e redução de custos. Um fator que merece destaque em serviços de saúde é a forte interação entre os *stakeholders* do setor, como pacientes, fontes pagadoras, fornecedores e médicos (THAKUR; HSU; FONTENOT, 2012). Esta interação é muito importante no surgimento de inovações no setor.

Goes e Park (1997) estudaram 400 hospitais da Califórnia, EUA, e chegaram à conclusão que há uma significante relação entre o surgimento de inovações com o grau de relação que os hospitais no estudo tinham com outros hospitais. A participação dos *stakeholders* do setor de saúde é bastante marcante no processo de inovação, envolvendo diversos agentes, como universidades, institutos de pesquisa, instituições financeiras, profissionais de saúde, grupos de classe etc. Estas interações entre os diversos atores da cadeia que influenciam a inovação são bastante evidenciadas em hospitais (GOES; PARK, 1997; BOHRER; VARGAS, 2009; SILVA, 2017), em especial se destaca a forte influência dos médicos no processo de inovação devido ao seu forte envolvimento na gestão (GARCÍA-GOÑI; MAROTO; RUBALCABA, 2007).

Este fato é identificado principalmente na fase de ideação, onde Bohrer e Vargas (2009) apontam que 52% dos 44 casos de inovação analisados em seus estudos foram idealizados por médicos. O médico atua como prescritor, ou seja, é um elemento essencial no direcionamento da demanda. Portanto, seu papel de influenciador entre o paciente e o prestador de serviço dá ao médico poder de exigir certos investimentos por parte do prestador de serviço (VARGAS, 2006). Além dos médicos influenciando o processo de inovação, Pisano (2006) e

Chaves e Albuquerque (2006) destacam que o setor de saúde é fortemente baseado em ciência, tendo boa parte da inovação deste setor sendo desenvolvida nas universidades e institutos de pesquisa.

Albuquerque e Cassiolato (2002) também destacam a importância das universidades e institutos de pesquisa neste no processo de inovação e a relação com o setor de saúde. Além das universidades e institutos de pesquisa, os autores destacam o papel dos reguladores legais, associações profissionais e escolas médicas, que possuem um importante papel de avaliar e filtrar as inovações que surgem nos institutos de pesquisa.

Vargas (2006) e Windrum e García-Goñi (2008) também apontam os órgãos reguladores como influenciadores no processo de inovação, dado que podem incluir ou retirar procedimentos do acesso de cobertura das operadoras. Os autores também destacam que hospitais e centros médicos têm um papel importante no que se refere à implantação, difusão e melhoria destas inovações, e a produção de inovações no setor de saúde requer uma formação universitária sofisticada. Os fornecedores, em especial a indústrias de equipamentos médico-hospitalares, a indústria farmacêutica e indústria biotecnológica também participam intensamente da inovação no setor de saúde, interagindo fortemente com as universidades, dado que fornecem insumos para o setor (CHAVES; ALBUQUERQUE, 2006).

Gadelha (2003) destaca a indústria de equipamentos mecânicos, eletrônicos, próteses e órteses, bem como materiais de consumo, presente no complexo industrial da saúde, como uma importante fonte de inovações nas práticas de assistência à saúde. Conforme Vargas (2006) observou em hospitais, as operadoras de planos de saúde exercem influência no processo de inovação, visto que as operadoras exercem forte pressão para a redução dos custos. Para estudos de inovação em serviços de saúde, é importante mapear os diferentes *stakeholders* envolvidos (COSTA, 2016).

As organizações de saúde buscam seis diferentes propósitos: tratamento, diagnóstico, prevenção, educação, pesquisa e acesso. Para atingir esses propósitos as organizações devem gerenciar a qualidade, custos, segurança, eficiência e resultados. No centro da inovação da saúde estão as necessidades dos pacientes e profissionais de saúde, bem como os prestadores. Muito frequentemente as organizações de saúde chegam à inovação baseando-se em tecnologia da informação nova ou existente. Quando bem sucedida, a inovação em saúde se concentra em três áreas: a) como o paciente é visto; b) como o paciente é ouvido; e c) como as necessidades do paciente são atendidas.

Muitas inovações são iniciadas por atores chave da saúde, como pacientes, agências do governo, médicos e profissionais de saúde, consumidores e organizações de saúde. Em

alguns casos estas necessidades são forçadas pelo governo a serem atendidas pelas organizações de saúde, que podem desenvolver internamente uma solução ou contratar uma universidade ou empresa de inovação para desenvolver a solução. Também pode ocorrer da organização de saúde desenvolver a solução imperfeita e a universidade ou empresa de inovação refinar a solução e retornar para a organização de saúde. Curtis e Schulman (2006) apontam que a regulamentação quando se torna rígida, inibe a inovação de ruptura.

Assim a partir do referencial teórico observa-se que o desempenho organizacional pode ser medido de forma financeira ou não, baseando-se por indicadores úteis que contribuirão para o desenvolvimento de estratégias melhorando a performance da organização. Neste sentido, a Acreditação Hospitalar promove a todos os agentes envolvidos no processo de avaliação, permite que o entendimento sobre o desempenho pode ser melhorado continuamente, principalmente nas relação entre setores, gerando uma visão sistêmica, para o melhor resultado financeiro e de atendimento. Relacionando com o serviço de saúde, a melhora consciente do desempenho promove consequentemente por meio da inovação, pois é levado em consideração a percepção do usuário, neste contexto melhora-se os processos, protocolos, o acolhimento e ações, que exigem investimento de tempo, equipamentos e novos serviços, proporcionando melhores resultados no tratamento do paciente.

3 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Neste capítulo, serão apresentados os procedimentos metodológicos utilizados para realização do estudo. Primeiramente, foi desenvolvido uma pesquisa para clarear e possibilitar a visualização do trabalho como um todo. A seguir, são apresentadas as características da pesquisa e o método utilizado neste estudo. Aspectos relativos à mensuração das variáveis, a população e a forma de coleta de dados também são descritas neste capítulo. Por fim, são colocados os procedimentos de análises dos dados adotadas para o desenvolvimento deste estudo.

Segundo Roesch (1996), “a metodologia descreve como será realizado o trabalho”. Consiste na definição do delineamento da pesquisa e as técnicas de coleta e análise de dados, o que será abordado a seguir. As pesquisas com relação à abordagem do problema podem ser classificadas em qualitativa e quantitativa.

Segundo Alano (2016) a ciência e as pesquisas desenvolveram-se a partir de um processo de busca metódica das explicações causais dos fatos ou da compreensão exaustiva da realidade, em que as informações colhidas por meio de observações atentas ou de outros recursos, na busca de dados que fundamentem afirmações mais amplas (CHIZZOTTI, 2006).

Os métodos orientam a seleção dos procedimentos de pesquisa que deverão ser seguidos pelo pesquisador e sua escolha delimita as técnicas que serão utilizadas no desenvolvimento da pesquisa (DENCKER; VIÁ, 2001).

Neste capítulo, são apresentados os procedimentos metodológicos necessários para responder o problema de pesquisa proposto, que serão apresentados em 3 partes: Caracterização do objeto de estudo, Etapa 1 Abordagem Quantitativa, Etapa 2 Abordagem Qualitativa e Etapa 3 Pesquisa Documental.

3.1 CARACTERIZAÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

O Hospital Geral de Caxias do Sul é o único hospital da região com atendimento 100% voltado para os usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), através de convênio firmado entre o governo Estado do Rio Grande do Sul e a Fundação Universidade de Caxias do Sul, a qual responde pela gestão da instituição, desde a inauguração em 1998.

O HG é referência para mais de um milhão e duzentos mil habitantes, dos 49 municípios da 5ª Coordenadoria Regional da Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Oferece assistência em saúde em diferentes especialidades e grande número de serviços, tais como:

diagnóstico e terapia, urgência e emergência, procedimentos cirúrgicos, internações, serviços de UTI, cirurgias cardíacas, atendimento à gestantes de alto risco, captação e transplante de córneas, cirurgia bariátrica, entre outros. Também conta com a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia - UNACON, que oferece serviços de oncologia e hematologia adulto e pediátrico, cirurgia oncológica e radioterapia.

Presta uma assistência integral e sistematizada para toda a população da região, de forma universal e gratuita, oferecendo atendimento multiprofissional. Para isso conta com uma equipe de cerca de 950 profissionais, e estrutura física de mais de 17 mil m² de área, onde estão distribuídos os 237 leitos de internação e os serviços de diagnóstico e terapia de apoio.

O Hospital Geral busca constantemente o aperfeiçoamento de seus processos, o que lhe rendeu, a manutenção da certificação em 2018 da Acreditação Hospitalar Nível III– Excelência, certificado de qualidade da Organização Nacional de Acreditação (ONA), conferido às instituições que cumprem os rigorosos requisitos de qualidade e segurança. Além disso, é certificado desde 2003 como Hospital Amigo da Criança, por promover práticas para incentivar o aleitamento materno como fonte exclusiva de alimento para o bebê.

É uma instituição de ensino, reconhecida pelos Ministérios da Saúde e Educação, desde 2005. Pelo HG passam mais de 650 acadêmicos por semestre da Universidade de Caxias do Sul, integrantes dos cursos de Medicina, Enfermagem, Nutrição, Fisioterapia, Psicologia, Farmácia, Educação Física, Serviço Social entre outros. Também forma médicos especialistas em 14 diferentes áreas, através dos Programas de Residência Médica, todos credenciados pelo MEC. Ainda desenvolve programas de capacitação permanente e voltados à humanização do ambiente hospitalar, contribuindo para oferecer uma assistência em saúde qualificada e comprometida.

No Tabela 4 seguem os números de atendimento realizados entre os anos de 2013 e 2019 (período de implantação da Acreditação Hospitalar)

Tabela 4 – Relatório de atendimento HG 2013 a 2019

ATENDIMENTOS REALIZADOS NO HOSPITAL GERAL										
Descrição Atendimento		**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**	**2019**	% 2019-2018	% 2019-2013
Internações		11.045	10.921	11.539	11.956	11.918	11.652	13.167	13,00%	19,21%
Cirurgias		6.042	5.433	6.735	6.736	6.663	6.203	6.279	1,23%	3,92%
Partos		1.562	1.515	1.857	1.816	1.830	1.934	1.760	-9,00%	12,68%
Urgência e Emergência	**Samu Pediátrico**	1.681	2.075	2.085	2.328	2.678	3.180	3.744	17,74%	122,72%
	Gestante de Alto Risco	2.641	2.368	2.386	2.766	3.220	3.302	3.142	-4,85%	18,97%
	Centro Obstétrico	8.114	7.670	7.706	8.627	9.001	9.887	9.957	0,71%	22,71%
	Pronto Socorro	5.846	5.671	6.134	6.052	6.359	7.683	9.463	23,17%	61,87%
	Medicina Fetal	1.563	1.678	1.690	1.793	1.579	1.762	1.604	-8,97%	2,62%
Exames Complementares	**Raio X**	22.358	23.581	26.761	32.152	27.487	26.884	22.559	-16,09%	0,90%
	Ecografias	11.046	11.812	13.293	12.084	11.586	11.078	10.729	-3,15%	-2,87%
	Tomografias	5.734	6.503	7.869	8.701	9.003	9.230	9.789	6,06%	70,72%
	Holter	253	241	242	186	217	332	399	20,18%	57,71%
	Mamografias	5.183	6.192	4.878	5.172	6.762	7.287	8.098	11,13%	56,24%
	Ecocardiograma	2.948	2.742	2.918	2.795	2.947	2.893	2.837	-1,94%	-3,77%
	Endoscopia/ Colonoscopia	1.806	2.078	2.252	1.752	1.621	1.472	1.611	9,44%	-10,80%
	Gastrostomia Endoscópica (PEG)		31	16						
	Colangiopancreatografia		65	39	56	10				
	Espirometria	71	96	71	62					
	Testes Ergométricos	1.173	726	779	607	753	873	536	-38,60%	-54,31%
	Ressonância Magnética	3.466	4.737	4.637	4.674	4.572	5.330	5.723	7,37%	65,12%
Exames Laboratoriais	**Análises Clínicas**	412.426	431.154	409.255	424.276	430.049	421.886	444.112	5,27%	7,68%
	Anatomia patológica	4.894	5.427	5.614	5.564	6.019	5.905	6.869	16,33%	40,36%
Outros Atendimentos	**Tratamento Quimioterápicos**	15.226	15.044	14.384	15.498	21.281	21.405	21.498	0,43%	41,19%
	Hemodiálise	12.085	11.775	12.094	12.657	13.577	13.610	14.736	8,27%	21,94%
	Hemodinâmica	1.063	2.742	936	775	3.918	808	1.172	45,05%	10,25%
	Transfusões	6.573	6.359	6.884	7.259	7.014	6.171	6.315	2,33%	-3,93%
	Anestesiologia	7.615	9.851	11.617	12.162	10.316	9.744	10.190	4,58%	33,81%
	Sessões fisioterápicas	33.333	29.023	25.009	17.692	19.868	22.224	21.046	-5,30%	-36,86%
	Serviço de Psicologia Hospitalar	5.849	2.794	3.352	3.531	3.212	3.480	5.043	44,91%	-13,78%
	Serviços Social	14.400	12.216	11.201	6.468	8.015	8.108	8.861	9,29%	-38,47%
	Recreação	15.577	24.526	20.726	25.210	23.922	22.236	25.993	16,90%	66,87%
	Refeições (Nutrição e Dietética)	539.216	526.644	522.218	515.175	510.825	521.015	492.783	-5,42%	-8,61%
	Sessões de Radioterapia			18.246	18.866	18.232	21.262	23.309	9,63%	27,75%
	Doação de tecido oculares				119	160	111	144	29,73%	21,01%
	Transplante de Córnea						23	15	-34,78%	-34,78%
	TOTAL	1.160.789	1.173.690	1.165.423	1.175.567	1.184.614	1.188.970	1.193.483	0,38%	2,82%

Fonte: Elaborada pela autora a partir de relatórios anuais (2020).

As fontes de recursos são oriundas do convênio com a Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul, contratualização com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Caxias do Sul, incentivos do Ministério da Saúde, emendas parlamentares, consulta popular, Nota é Minha, Programa Nacional de Apoio ao Paciente Oncológico (PRONON) e de projetos subsidiados pela iniciativa privada, conforme Quadro 3:

Quadro 3 – Fontes de recursos do Hospital Geral

FONTES DE RECURSOS DO HOSPITAL GERAL			
Fonte de Recursos	**Aplicação**	**Órgão Responsável**	**OBS**
Incentivo e Habilitações	Custeio	Ministério da Saúde	
Contratualização	Produção Hospitalar	Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul	Gestor Pleno – regula acesso dos pacientes da 5ª Coordenadoria de Saúde do Estado RS
Convênio	Gestão de Pessoas – custeio da estrutura	Secretaria Estadual de Saúde do RS	Convênio do Estado com a FUCS para gestão do hospital
Emenda Parlamentar	Aquisição Equipamento e custeio	Deputados Federais e Senadores	
Projeto PRONON/ PRONAS	Aquisição Equipamento	Ministério da Saúde	
Consulta Popular	Aquisição Equipamento	Estado RS – conforme orçamento	
Nota É Minha	Aquisição Equipamento	Secretaria Estadual de Saúde	Desenvolvimento Regional
Iniciativa Privada	Investimento em estrutura, reforma e equipamento	Empresas	
Convenio com operadoras	Custeio	HG e Operadoras de Saúde	Oferta de tratamento de radioterapia para operadoras de saúde
Projeto Sou HG de Coração	Custeio	Doação da Comunidade	Projeto criado em 2019 para arrecadar doação da comunidade em geral.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Considerando as necessidades apresentadas pela comunidade e as próprias secretarias de saúde do Estado e dos Municípios atendidos, são desenvolvidas atividades e implantados

serviços que contribuam para o melhor atendimento dos usuários. O quadro 3 apresenta algumas atividades e serviços inovadores.

Quadro 4 – Serviços e atividades inovadoras

Serviços	**Ação Inovadora**	**Ano início**	**Resultado**
UNACON	Agrega-se o serviço de Radioterapia ao já existente de Quimioterapia	2014	Centralização do atendimento ao paciente oncológico. Incremento financeiro e qualidade de atendimento para o paciente;
Serviço Cirurgia Bariátrica	Serviço disponibilizado para usuário SUS na região da Serra Gaúcha, antes somente disponível na capital	2017	Centralização do atendimento ao paciente com obesidade mórbida, sem intercorrência. Incremento financeiro e qualidade de atendimento para o paciente; Possível redução de custos do SUS em outras comorbidades (estudos)
Radioterapia	Convênio com Operadoras, com base na portaria 929 de 12 de maio de 2012.	2018	Comodidade no atendimento de usuários de operadora de saúde, antes atendidos em POA e Bento Gonçalves; Melhoria do atendimento paciente SUS; Disponibilidade de agenda, com acesso ao serviço em 15 dias após o diagnóstico; Incremento Financeiro, sem demanda reprimida ao paciente oncológico.
Bloco Cirúrgico	Inovação Tecnológica dos equipamentos via projeto PRONON	2018 2019	Procedimentos menos invasivos, menor tempo de internação, redução de custos em MAT/MED, paciente retornando as atividades precocemente.
Setor de internação Oncologia	Aquisição de camas elétricas via projeto PRONON	2018 2019	Conforto e qualidade no atendimento do paciente,
Diagnóstico por Imagem	Aquisição de mamógrafo digital; Tomógrafo, Angiógrafo via PRONON	2015 2018 2019	Diagnóstico precoce para o paciente oncológico.
Hospital Ensino	Estrutura hospitalar vinculada a uma instituição de ensino superior, única na região.	2005	Contribui para o processo de aprendizagem dos acadêmicos de diversos cursos (saúde, gestão e de ensino), fortalecendo o ensino, a pesquisa e a assistência.

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

O hospital recebe apoio da comunidade por meio de projetos de humanização, muitas vezes revertido em recurso para investimento de inovação, simplesmente para proporcionar uma melhorar experiência do paciente em seus tratamentos e atendimento dentro da estrutura hospitalar. Os diversos projetos são desenvolvidos por voluntários da própria comunidade pessoa física ou jurídica e ainda pela equipe interna de colaboradores. Abaixo segue a relação de alguns projetos ativos realizados na instituição, no Quadro 5.

Quadro 5 – Projetos de humanização

	Diretriz	Setor
Encontro de Humanização	Valorização do Trabalhador	Todos Os Setores
Sentimentos Descritos	Clínica Ampliada e Compartilhada	UTI Neo, Adulto, Pediátrica
Octo Polvo	Acolhimento	Uti Neo
Banho De Ofurô	Clínica Ampliada e Compartilhada	Uti Neo
Grupo Aconchego	Clínica Ampliada e Compartilhada	Uti Neo
Reiki	Clínica Ampliada e Compartilhada	Uti Neo
Grupo Somando Carinho	Acolhimento	Uti Neo
Shantala	Clínica Ampliada e Compartilhada	Uti Neo
Visita Irmão	Acolhimento	Uti Neo
Irmão Canguru	Acolhimento	Uti Neo
Crianes	Clínica Ampliada e Compartilhada	Uti Ped
Aniversário De Pacientes Uti Ped	Acolhimento	Uti Ped
Humaniza Uti Ped	Acolhimento	Uti Ped
Registro De Nascimento	Defesa dos Direitos dos Usuários	Maternidade
Construindo Ações Humanizadas	Valorização do Trabalhador	Todos Os Setores
Certificado De Coragem	Acolhimento	Laboratório
Super Heróis Em Sala De Quimioterapia	Acolhimento	Unacon
Motoca cirúrgica	Acolhimento	BCIR
Pintando E Recuperando	Acolhimento	Sare
Nadando Com Os Sentimentos	Clínica Ampliada e Compartilhada	Psiquiatria
Recreação E Culinária	Clínica Ampliada e Compartilhada	Psiquiatria
Festejando No Hg	Valorização do Trabalhador	Todos Os Setores
Gincana Brinquedos De Plantão	Valorização do Trabalhador	Todos Os Setores
Presenteando O Paciente	Acolhimento	Todos os setores
Pintura Para Eliminar O Stress	Acolhimento	Todos os setores
Corte De Cabelo	Acolhimento	Todos os setores
Dia Da Beleza	Acolhimento	Todos os setores
Médicos Do Sorriso	Clínica Ampliada e Compartilhada	Todos os setores
Biblioteca	Ambiência	Todos os setores
Doação De Roupas Para Funcionários	Valorização do Trabalhador	Todos os setores
Doações Em Geral	Acolhimento	Todos os setores
Mural Interativo	Ambiência	Todos os setores
Capelania	Acolhimento	Todos os setores
Oficina De Biscuit	Acolhimento	Todos os setores
Espiritualidade	Clínica Ampliada e Compartilhada	Todos os setores
Bingo	Acolhimento	Todos os setores
Estacionamento Compartilhado	Ambiência	Todos os setores
Troca De Sentimentos	Clínica Ampliada e Compartilhada	Todos os setores
Jogando No Leito	Acolhimento	Todos os setores
Cruzadinha No Leito	Acolhimento	Todos os setores
Toque De Sentimento	Clínica Ampliada e Compartilhada	Todos os setores
Cuidando Do Cuidador – Reiki	Valorização do Trabalhador	Todos os setores
Cuidando Do Cuidador – Atendimento Psicológico	Valorização do Trabalhador	Todos os setores
Cuidando Do Cuidador – Atendimento Nutricional	Valorização do Trabalhador	Todos os setores
Valorize O Silêncio	Ambiência	Todos os setores
Visita Dos Amigos Pets	Clínica Ampliada e Compartilhada	Todos os setores
Resfriamento capilar – CAPELLI	Clínica Ampliada e Compartilhada	Unacon

Fonte: Grupo de Humanização Hospital Geral (2020).

O trabalho da gestão vem com o propósito de manter o atendimento com qualidade para o paciente, mesmo mediante aos escassos recursos de custeio. Para isso, desenvolve-se trabalho constante de relacionamento com os órgãos públicos, bem como com parlamentares, senadores e vereadores, e a busca frequente do apoio da prefeitura de referência, responsável pela Secretaria de Saúde, a qual é designada como gestora plena da saúde pública, dos habitantes dos 49 municípios da 5ª coordenadoria de Saúde – RS. Mensalmente realiza a prestação de contas do desempenho econômico financeiro para os conselhos: Gestor (tem como integrantes representantes do Estado, da 5ª Coordenadoria de Saúde – RS, Conselho Municipal de Saúde de Caxias do Sul, secretários de saúde dos municípios da região de abrangência, profissionais da direção do hospital, direção da Fundação Universidade de Caxias do Sul, representantes do diretório acadêmico da Universidade de Caxias do Sul como docente e discente) e Curador (presidência da Fundação Universidade de Caxias do Sul e conselheiros da entidade). A Tabela 5 apresenta o resultado econômico-financeiro do hospital no período de 2013 a 2019, período este que considera a adesão do hospital ao processo de Acreditação Hospitalar.

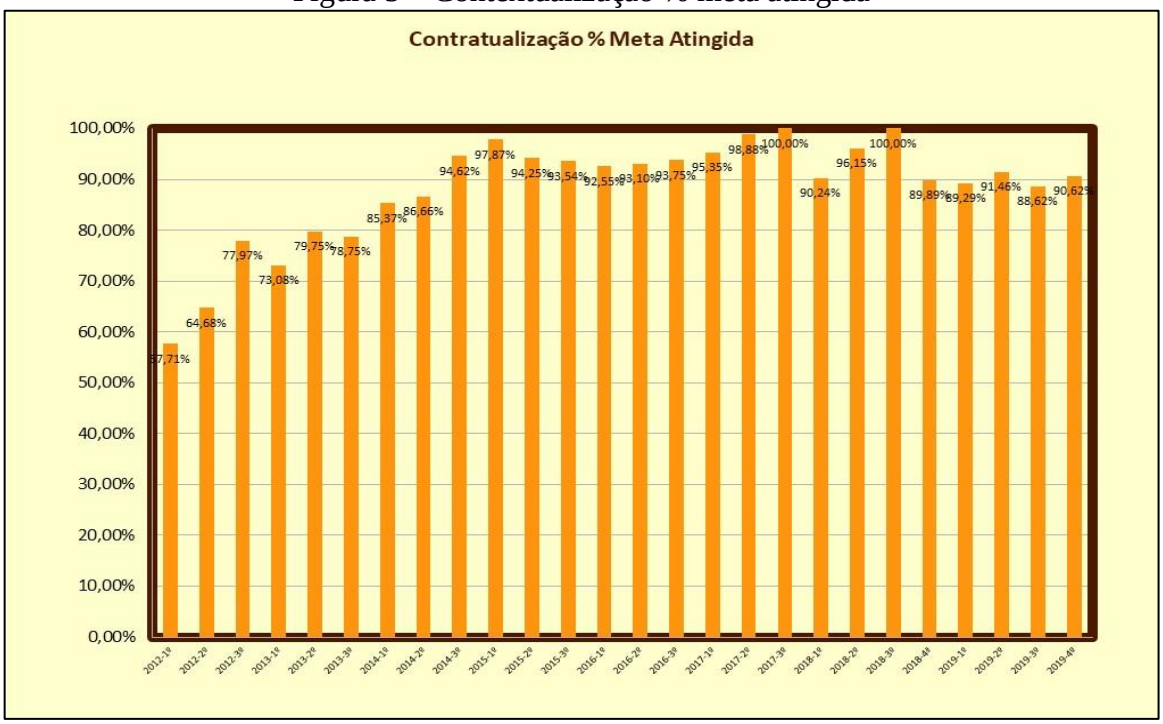
Tabela 5 – Desempenho econômico-financeiro 2013-2019

DRE Anual - HG	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
RECEITAS										
Serviços - Produção MAC + FAEC	26.002.499,35	26.398.624,42	29.117.299,38	32.860.599,94	36.149.750,09	41.106.944,00	43.979.255,64	42.169.173,41	42.919.624,27	45.816.933,42
Conv. Secretaria da Saúde - Estado	17.243.733,19	18.014.642,88	20.598.788,79	23.705.069,88	24.897.444,13	30.045.640,00	31.583.040,00	33.983.040,00	41.634.059,00	39.944.577,00
Conv. Secretaria da Saúde - Munic.	4.377.700,86	5.365.319,84	12.219.481,58	17.290.696,58	23.763.716,47	21.991.374,62	21.294.734,80	20.883.430,80	21.374.306,30	22.206.025,50
Conv. Manut. UCS – Aluno	484.008,69	474.370,98	515.727,43	542.381,31	715.120,88	933.899,40	1.143.593,94	1.106.658,03	1.006.322,13	1.153.625,85
IHOSP	0,00	0,00	0,00	0,00	6.698.089,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Convênios - Radioterapia	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.127.188,09	3.540.376,29
Outras Receitas	1.640.793,76	626.868,42	706.580,04	653.721,16	872.546,42	977.895,94	1.023.206,55	1.438.344,61	7.442.250,33	7.939.578,28
1 - TOTAL GERAL RECEITAS	**49.748.735,85**	**50.879.826,54**	**63.157.877,22**	**75.052.468,87**	**93.096.667,01**	**95.055.753,96**	**99.023.830,93**	**99.580.646,85**	**115.503.750,12**	**120.601.116,34**
DESPESAS										
Materiais	14.047.236,72	14.582.437,68	15.968.025,33	17.466.030,87	21.691.971,21	22.509.320,33	21.196.793,62	20.813.112,72	23.304.755,64	25.669.901,82
Gastos Gerais	5.345.011,31	5.657.443,51	6.785.127,78	7.535.577,72	7.775.614,51	9.299.720,38	8.209.564,26	10.073.248,11	12.542.975,54	14.350.169,97
Custo com Pessoal	31.258.796,02	34.116.716,02	40.908.707,34	49.187.103,41	58.043.267,59	65.011.179,81	68.536.416,51	72.783.650,50	74.848.171,92	82.065.536,23
Depreciação	783.760,19	833.006,03	769.923,91	838.219,93	1.010.097,66	1.407.680,39	1.504.314,58	1.695.349,16	1.924.735,60	2.487.893,82
Outros	111.558,92	109.552,13	80.367,45	1.100.829,30	66.018,36	108.483,42	195.886,55	176.825,32	332.780,19	3.242.668,82
2 - TOTAL GERAL DESPESAS	**51.546.363,16**	**55.299.155,37**	**64.512.151,81**	**76.127.761,23**	**88.586.969,33**	**98.336.384,33**	**99.642.975,52**	**105.542.185,81**	**112.953.418,89**	**127.816.170,66**
3 - RESULTADO - Anual	**(R$ 1.797.627,31)**	**(R$ 4.419.328,83)**	**(R$ 1.354.274,59)**	**(R$ 1.075.292,36)**	**R$4.509.697,68**	**(R$ 3.280.630,37)**	**(R$ 619.144,59)**	**(R$ 5.961.538,96)**	**R$2.550.331,23**	**(R$ 7.215.054,32)**

Fonte: Balancete e Censo – Elaborado pela Controladoria do HG (2020).

No contrato quanto à prestação de serviço, regulado pela Secretaria de Saúde do Município de Caxias do Sul, para o direcionamento dos recursos, o hospital deve comprovar que atende as demandas por meio de metas qualitativas, quantitativas e de ensino, as quais podem ser verificadas na Figura 5.

Figura 5 – Contextualização % meta atingida



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Na Figura 6, são discriminados os recursos recebidos para investimento ou custeio.

Figura 6 – Recursos recebidos para investimento ou custeio

Verbas Públicas para HOSPITAL GERAL							
Origem / Parlamentar	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Total Geral
Proposta Voluntária	R$ 2.200.000,00						R$ 2.200.000,00
Assis Melo	R$ 500.000,00						R$ 500.000,00
João Derly		R$ 365.000,00					R$ 365.000,00
Mauro Pereira		R$ 50.000,00		R$ 1.000.000,00	R$ 500.000,00		R$ 1.550.000,00
Mauro Pereira		R$ 200.000,00	R$ 500.000,00	R$ 1.499.998,00			R$ 2.199.998,00
Pepe Vargas			R$ 1.300.000,00	R$ 471.597,00	R$ 500.000,00	R$ 2.000.000,00	R$ 4.271.597,00
Heitor Schuch			R$ 250.000,00				R$ 250.000,00
Afonso Motta			R$ 345.000,00				R$ 345.000,00
Pepe Vargas				R$ 1.797.938,00			R$ 1.797.938,00
João Derly				R$ 150.000,00			R$ 150.000,00
Ana Amélia Lemos				R$ 200.000,00		R$ 300.000,00	R$ 500.000,00
Lasier Martins				R$ 462.097,00			R$ 462.097,00
Pronon		R$ 1.246.251,04		R$ 4.500.000,00	R$ 4.135.142,70		R$ 9.881.393,74
Consulta Popular	R$ 2.200.000,00			R$ 315.000,00	R$ 88.000,00		R$ 2.603.000,00
Reajuste 100% SUS					*R$ 966.540,60*		R$ 966.540,60
Nereu Crispim						R$ 350.000,00	R$ 350.000,00
Total	R$ 4.900.000,00	R$ 1.861.251,04	R$ 2.395.000,00	R$ 10.396.630,00	R$ 6.189.683,30	R$ 2.300.000,00	R$ 28.042.564,34
Valor Recebido	R$ 16.937.791,64						
Valor a Receber	R$ 11.454.772,70						
Total Acumulado 2014/2019	R$ 28.392.564,34						

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Figura 7 – *Ranking* de hospitais RS por internação SUS

Ministério da Saúde
Informações de Saúde

DATASUS Tecnologia da Informação a Serviço do SUS

Ajuda
Notas Técnicas

DATASUS

Internações Hospitalares do SUS - por local de internação - RS

Internações por Ano processamento segundo Estabelecimento
Período: 2018

Estabelecimento	2018	Total
TOTAL	741.387	741.387
2237571 HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEICAO SA	36.572	36.572
2237601 HOSPITAL DE CLINICAS	35.258	35.258
2246988 HOSPITAL SAO VICENTE DE PAULO	27.566	27.566
2237253 IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE	23.692	23.692
2693801 ASSOCIACAO HOSPITALAR VILA NOVA	15.276	15.276
2262568 HOSPITAL SAO LUCAS DA PUCRS	13.820	13.820
2244306 HUSM HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTA MARIA	13.561	13.561
2223538 HOSPITAL GERAL	12.691	12.691
3508528 HOSPITAL UNIVERSITARIO	12.539	12.539
2246929 HOSPITAL DE CLINICAS	12.318	12.318
2707918 FUNDACAO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM	11.420	11.420
2232146 FUNDACAO DE SAUDE PUBLICA DE NOVO HAMBURGO FSNH	10.570	10.570

Fonte: DATASUS (2019).

3.1.1 O estudo de caso

Um estudo de caso envolve coleta de informações sobre uma pessoa particular, uma organização, empresa ou comunidade. Recorre, a múltiplas fontes de coleta de informações, como documentos, relatórios, entrevistas, história de vida, observação participante, pesquisa de campo, recursos audiovisuais. A fonte mais constante e usual tem sido a entrevista nas suas diversas modalidades: aberta, semiestruturada ou focada (CHIZZOTTI, 2006, p. 140). Essa metodologia é frequentemente utilizada na administração, podendo ser conduzido e escrito por motivos diferentes, incluindo a simples apresentação de casos individuais ou casos múltiplos. “Como estratégia de pesquisa, utiliza-se o estudo de caso em muitas situações, para contribuir com o conhecimento que temos dos fenômenos individuais, organizacionais, sociais, políticos e de grupo entre outros fenômenos relacionados” (YIN, 2005, p. 20).

Segundo Triviños (1987), o estudo de caso é uma categoria de pesquisa, cujo objeto é uma unidade de análise intensa. Desta forma, o estudo de caso reúne informações tão numerosas quanto possível, em que o foco está em aprender a totalidade de uma situação e, para isso, recorre-se à técnica de coletas de informações igualmente variadas como, observações, entrevistas e documentos, utilizando as técnicas de natureza qualitativa e também quantitativa (BRUYNE; HERMAN; SCHOUTHEETE, 1982).

Neste sentido, Yin (2005) também define o estudo de caso como uma investigação baseada na experiência que investiga um fenômeno contemporâneo dentro de seu contexto da vida real, principalmente quando os limites entre o fenômeno e o contexto não estão claramente definidos.

No estudo de caso não é necessário definir universo e amostra, mas é relevante a utilização de técnicas variadas "[...] não deve ser utilizada uma lógica de amostragem, os critérios típicos adotados em relação ao tamanho da amostra também se tornam irrelevantes". (YIN, 2005, p. 73). Entretanto, no estudo de caso os resultados são válidos para aquele estudo, não podendo ser generalizado (TRIVIÑOS, 1987).

Existem seis fontes de evidências para realização do estudo de caso: documentação, registros em arquivos, entrevistas, observações diretas, observação participante e artefatos físicos (YIN, 2010).

3.1.2 Participantes do estudo

Para Bogdan e Biklen (1994), os critérios de construção sobre a amostragem nos estudos qualitativos se diferem daqueles utilizados nos trabalhos quantitativos. Conforme Minayo (1996), as pesquisas qualitativas preocupam-se mais com o aprofundamento e compreensão que com a generalização, seja de um indivíduo, um grupo, uma organização, política ou uma instituição, o critério não é numérico, e pode-se considerar que a amostra ideal é quando a mesma consegue refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões.

A escolha dos participantes, segundo Mayan (2001) é compreender o fenômeno de interesse, onde as investigações qualitativas dependem de amostras selecionadas propositalmente, e o pesquisador escolhe indivíduos e contextos por meio das seguintes perguntas: (i) Quem pode me dar as melhores informações, referentes à pergunta de meu projeto de pesquisa? Definindo assim os sujeitos; e (ii) Em quais contextos eu conseguirei colher as melhores informações relativas à pergunta de meu projeto? Definindo assim o local da coleta (MAYAN, 2001).

Nesta dissertação foram envolvidos ao todo 121 entrevistados, sendo 83 enfermeiros (considerando a literatura aponta que esses profissionais de saúde atuam diretamente no atendimento e tem influência na decisão estratégica), na pesquisa quantitativa 38 pessoas na pesquisa qualitativa.

Na pesquisa quantitativa foi disponibilizado o formulário de pesquisa para todos os enfermeiros do Hospital Geral, distribuídos nas funções de gerência, coordenador, gestor,

assistencial e administrativo no total de 104, que representa a população, porém, somente 83 responderam à pesquisa, que foi aplicada no período de novembro de 2019 a janeiro de 2020, por meio da pesquisa *survey*, disponibilizada pelo Google, tendo como instrumento de coleta de dados (APÊNDICE D).

Em relação à pesquisa qualitativa, o quadro 5 apresenta a caracterização dos participantes, representando os indivíduos que serão entrevistados, o cargo exercido na organização e também o tempo despendido em cada entrevista (semiestruturada). Essas informações dizem respeito aos critérios adotados para a seleção dos respondentes da pesquisa. Buscou-se entrevistar os profissionais que tem influência e conhecimento na relação contratual quanto a prestação de serviço da organização, assim como suas contribuições agregam ao respectivo estudo de caso, sendo eles diretores, gestores e representante de órgãos públicos de saúde do estado e do município, políticos, acadêmicos, profissionais que atuam no hospital e o controle social, sendo que destes, foram escolhidos 2 ou 3 participantes de cada setor, aumentando, assim a diversidade de elementos que emergem nestes contextos.

O roteiro de entrevista (Apêndice B), foi aplicada aos *stakeholders*, elencados no Quadro 6:

Quadro 6 – Relação dos *stakeholders* externos e internos da pesquisa qualitativa

(continua)

Perfil *Stakeholder*	**Código**	**Entidade /Atividade**	**Função/ Cargo/ Curso/ Ano**	**Data entrevista**	**Tempo entrevista**
Externo	SE1	IBES	Diretor e Avaliador IBES (Certificadora)	07/12/19	por e-mail
Externo	SE2	5ª CRS – RS	Coordenadora	08/11/19	1:01:37
Externo	SE3	Secretaria Municipal de Saúde Cx	Diretora do Dacra / Secretária da Saúde Cx	19/11/19	22:19s
Externo	SE4	Conselho Municipal de Saúde	Presidente conselho	27/12/19	16:48s
Externo	SE5	Médicos Residentes	Médico Residente R1	14/11/19	17:34s
Externo	SE6	Médicos Residentes	Médico Residente R2	20/12/19	09;45s
Externo	SE7	Médicos Residentes	Médico Residente R3	16/12/19	08;39s
Externo	SE8	Estagiários/Acadêmicos	Medicina	16/12/19	20;14s
Externo	SE9	Estagiários/Acadêmicos	Enfermagem	19/12/19	17;44s
Externo	SE10	Estagiários/Acadêmicos	Fisioterapia	19/11/19	09:34s
Externo	SE11	Voluntariado	Liga de Combate Câncer – Presidente	23/12/19	12:32s
Externo	SE12	Voluntariado	Banco de Perucas – Presidente	18/12/19	16:14s
Externo	SE13	Voluntariado	Médicos do Sorriso – Atores	11/12/19	32:05s
Externo	SE14	Deputados	Dep Fed. 2015 a 2018	13/12/19	23;29s
Externo	SE15	Deputados	Dep Fed. 2015 a 2018	23/12/19	16;44s
Externo	SE16	Vereadores	Vereadora 2017 a 2020	18/12/19	28;53s
Externo	SE17	Vereadores	Vereador 2017 a 2020	17/12/19	24;32s
Interno	SI1	Direção Fucs	Diretor Executivo	28/11/19	29;19s
Interno	SI2	Direção Fucs	Reitor da UCS	15/01/20	19:32s
Interno	SI3	Direção Fucs	Presidente	21/01/20	24;03s
Interno	SI4	Direção HG	Diretor Geral	05/11/19	17:20s
Interno	SI5	Direção HG	Diretor Técnico	19/11/19	22;06s

(conclusão)

Perfil *Stakeholder*	Código	Entidade /Atividade	Função/ Cargo/ Curso/ Ano	Data entrevista	Tempo entrevista
Interno	SI6	Direção HG	Diretor de Ensino	16/01/20	39;40s
Interno	SI7	Direção HG	Diretor Corpo Clínico	28/11/19	19;19s
Interno	SI8	Gerente HG	Gerente Assistencial	06/11/19	25;39s
Interno	SI9	Gerente HG	Gerente Operacional	14/11/19	20:59s
Interno	SI10	Colaboradores HG	Coordenadora Recursos Humanos	14/11/19	23:27s
Interno	SI11	Colaboradores HG	Coordenadora Financeiro	14/11/19	11;11s
Interno	SI12	Colaboradores HG	Secretária da Coreme e da direção	29/11/19	13:15s
Interno	SI13	Médicos Prestadores de Serviços	Coordenadora Médica Ginecologia e Obstetrícia	19/11/19	14:39s
Interno	SI14	Médicos Prestadores de Serviços	Coordenadora Médica da Oncologia	17/02/20	13:30s
Interno	SI15	Médicos Prestadores de Serviços	Coordenador Médico da Cirurgia Geral	20/02/20	14:24s
Interno	SI16	Médicos Prestadores de Serviços Terceiros	Médico Radiologista – Promed	17/12/19	07:22s
Interno	SI17	Médicos Prestadores de Serviços Terceiros	Física Radioterapia	10/12/19	20:08s
34 entrevistas			37 pessoas envolvidas	11 h, 16 min	

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

Utilizou-se a nomenclatura para denominar os entrevistados SE (*Stakeholder* Externo) e SI (*Stakeholder* Interno), em sequência numérica considerando a quantidade de entrevistados, como forma de preservar a identidade dos participantes, conforme quadro 5.

Ao todo foram 34 encontros, envolvendo 37 pessoas, com a duração de 11 horas e 16 minutos de entrevistas. Destaca-se que representando a 5ª Coordenadoria teve a participação de 4 pessoas e referente aos voluntários que atuam no hospital houve a participação de 2 integrantes do grupo Médicos do Sorriso, que são artistas que se apresentam como palhaços vestidos com jaleco, simbolizando a figura do médico.

3.1.3 Processo de triangulação

Desde Campbell e Fiske (1959 apud DENZIN, 1989), o termo triangulação vem sendo sinônimo de rigor metodológico e validação das pesquisas. Em meados da década de 70, foram identificados quatro tipos de triangulação: triangulação de dados, triangulação do investigador, triangulação da teoria, e triangulação metodológica.

A utilização da triangulação de dados busca coletar dados em diferentes períodos e de fontes distintas, podendo assim, maximizar a descrição, e fornecer um processo rico e detalhado dos fenômenos. Para diferenciar subtipos de triangulação de dados, sugere-se que se estude o fenômeno em tempos, espaços e também com indivíduos diferentes (DENZIN, 1989).

O tipo mais estudado e aplicado de triangulação de método, geralmente é entre a

observação e a entrevista. Nesta dissertação, optou-se pela triangulação de métodos quantitativos, qualitativos e análise documental, em função da busca pela compreensão do fenômeno estudado.

A seguir são descritas as etapas da pesquisa, considerando Etapa 1 para pesquisa Quantitativa, Etapa 2 Pesquisa Qualitativa e Etapa 3 Pesquisa Documental.

3.2 ETAPA 1 – ABORDAGEM QUANTITATIVA DA PESQUISA

Nas pesquisas quantitativas os dados são coletados com números e são mais objetivos que os qualitativos, uma vez que os resultados estatísticos não dependem da opinião do investigador. Ou seja, eles fundamentam-se somente das habilidades do pesquisador analista (HAIR et al., 2005).

Gil (2007) considera a pesquisa quantitativa como um método de pesquisa social que utiliza técnicas estatísticas que contribui com a construção de inquéritos por questionários. Segundo Yin (2010), os dados quantitativos podem cobrir o comportamento ou eventos que o estudo está procurando explicar e os dados podem estar relacionados a uma unidade de análise integrada num estudo mais amplo.

Na primeira etapa de pesquisa, foi utilizado o método quantitativo, sendo disponibilizado o questionário estruturado, para toda a equipe de enfermeiros (gerente, coordenador, gestor, assistencial e administrativo) do Hospital Geral, para identificar o aprendizado após a Acreditação Hospitalar. Foram escolhidos esses profissionais pela atuação assistencial diretamente com os usuários, bem como pela atuação de controle e poder de decisão, que afeta diretamente o desempenho das unidades, de forma financeira através de custo-benefício e não financeira como protocolos de atendimento.

3.2.1 Coleta de dados

Segundo Hair et al. (2005), os questionários são usados para coletar dados quantitativos de um número maior de indivíduos de maneira rápida e conveniente.

A finalidade do questionário é obter, de maneira metódica, informações sobre as variáveis que intervêm em uma investigação, em relação a uma população ou amostra. Essas informações podem identificar quanto aos enfermeiros, o que fazem, pensam e quais são suas opiniões, dentre outros (DENCKER, 1998).

Desse modo, elaborou-se um questionário (APÊNDICE D), adaptado o instrumento de pesquisa de Alástico e Toledo (2013) e validado por especialistas da área de inovação ligados ao Programa de Pós-Graduação da Universidade de Caxias do Sul (PPGA-UCS), foi realizado o pré-teste, com 3 (três) participantes do Hospital Geral. Segundo Gil (2007), o pré-teste visa garantir a medição exata do que se pretende medir e testar. A amostra piloto é composto por 36 questões e 16 opções de respostas, divididas em cinco blocos. O primeiro bloco, composto de 4 perguntas, procura-se levantar o perfil dos entrevistados. No segundo bloco, questionamentos relacionados ao desempenho hospitalar com 15 perguntas; após, quanto ao aprendizado e a resolubilidade desenvolvida a partir da Acreditação Hospitalar. No terceiro bloco, 17 perguntas sobre segurança e legislação, gestão de processo e gestão por excelência e inovação percebida. No quarto bloco 11 opções de resposta quanto a dificuldade encontrada na implantação da Acreditação Hospitalar e no último bloco, 5 opções de perspectivas futuras do hospital em relação a certificação.

Cabe destacar que o instrumento de pesquisa retrata os níveis da Acreditação Hospitalar, com questionamentos específicos quanto a segurança do paciente, processos e gestão, na sessão onde se identifica as práticas a Acreditação ela se divide: Segurança e Legislação (Nível 1), Gestão de Processos (Nível 2) e Gestão de Excelência (Nível 3).

Os questionários validados e testados foram aplicados para todos os enfermeiros do Hospital Geral, a fim de verificar a percepção destes em relação ao aprendizado e inovação após a Acreditação Hospitalar no Hospital Geral de Caxias do Sul.

3.2.2 População e amostra

O Hospital Geral tem 950 colaboradores, a pesquisa foi aplicada para os *stakeholde*rs internos (enfermeiros), no total de 104, com retorno 83 respondentes, que representa a amostra deste estudo.

3.3 ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS

Na análise de dados por meio do instrumento selecionado, foi realizado o tratamento de dados por meio do sistema SPSS versão 20.1. Neste capítulo foi subdividido em Instrumento de coleta de dados, tratamento de dados, caracterização da amostra, a análise multivariada de dados, análise fatorial exploratória e concluindo com perspectivas e tendências da Acreditação Hospitalar.

3.3.1 Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se a versão adaptada do estudo para identificar a aprendizagem e inovação a partir da Acreditação Hospitalar (ALÁSTICO; TOLEDO, 2013), que tem por objetivo analisar 5 dimensões: dados gerais, desempenho hospitalar, práticas da Acreditação, dificuldades enfrentadas pelo Hospital em relação às práticas de Acreditação e perspectivas (tendências) em relação às práticas da Acreditação. O instrumento foi adaptado para esse estudo considerando as características da região e do próprio hospital, com a utilização de uma escala Likert de 5 pontos. Esse processo de adaptação do instrumento contou com a aprovação de especialistas do Programa de Pós-Graduação em Administração (PPGA UCS) e foi submetido ao pré-teste em novembro/2019. Com essa nova versão foi aplicado o instrumento para os enfermeiros, buscou-se verificar as percepções dos mesmos em relação à aprendizagem e inovação após a Acreditação Hospitalar. Segue caracterização do instrumento no Quadro 7.

Quadro 7 – Caracterização do instrumento

Blocos	Dimensões	Nº Questões	Finalidade	Escala Likert/ Escolha de opções
a) Dados Gerais	Identificar os profissionais	04	Conhecer o perfil e área de atuação	
b) Desempenho Hospitalar	Identificar Eficiência Operacional	15	Produtividade, Efetividade, Orientação, Atendimento às Necessidades e Tratamento de Reclamações dos Usuários	(1) melhorou muito abaixo das expectativas; (2) melhorou abaixo das expectativas; (3) melhorou dentro das expectativas; (4) melhorou acima das expectativas e (5) melhorou muito acima das expectativas
c) Práticas da Acreditação	Segurança, Legislação; Gestão de Processos; Inovação e Excelência na Gestão	17	Aprendizagem e Inovação dos participantes	(1) não implantado; (2) começando a implantar; (3) parcialmente implantado; (4) consideravelmente implantado; e (5) completamente implantado e melhorado periodicamente
d) Dificuldades em enfrentadas as práticas da Acreditação	Identificar dificuldades na atuação	11		Escolha de 3 opções por enfermeiro
e) Perspectivas e Tendências em relação as práticas da Acreditação	Identificar tendências	5		Escolha de 2 opções por enfermeiro

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

3.3.2 Tratamento dos dados

Para o tratamento dos dados quantitativos foi utilizada a estatística descritiva e estatística multivariada, através de frequências: média, desvio padrão, coeficiente de variação e Análise Fatorial Exploratória. Para as análises utilizou-se o programa SPSS versão 20.1.

3.3.3 Análise descritiva

A média aritmética é o quociente da divisão da soma dos valores da variável pelo número deles. Já o desvio padrão é a diferença entre cada elemento de um conjunto de valores e a média aritmética (CRESPO, 2009). Segundo Barbetta et al. (2004), as frequências relativas em percentual são úteis ao se comparar tabelas ou pesquisas diferentes. Por exemplo, quando amostras (ou populações) têm números de elementos diferentes, a comparação através das frequências absolutas pode resultar em afirmações errôneas enquanto que pelas frequências relativas em percentual não, pois os percentuais totais são os mesmos. Para essa análise, além da média foi observado o desvio padrão e o coeficiente de variação em cada variável. Na sequência, serão apresentadas as medidas de posição obtidas separadas por bloco, respeitando a organização do instrumento utilizado.

3.4 ETAPA 2 – ABORDAGEM QUALITATIVA DA PESQUISA

A pesquisa qualitativa recobre um campo transdisciplinar em que envolve ciências humanas e sociais (CHIZZOTTI, 2006). Os aspectos essenciais da pesquisa qualitativa consistem na escolha adequada de métodos e teorias convenientes, reconhecendo e analisando diferentes perspectivas, propondo reflexão sobre a pesquisa como processo de produção do conhecimento e na variedade de abordagens e métodos (FLICK, 2009).

Segundo Hair et al. (2005), a abordagem qualitativa procura identificar ou refinar problemas de pesquisa que podem ajudar a formular e testar conceitos, este tipo de estudo normalmente envolvem o uso de amostras menores ou estudos de caso.

A classificação da pesquisa pode ser dividida em três categorias gerais: exploratórias, descritivas e causais. A pesquisa exploratória é utilizada quando o objetivo é entender sobre a natureza geral de um problema. A pesquisa descritiva tem como objetivo obter um instantâneo preciso de algum aspecto do ambiente. E a pesquisa causal quando se busca mostrar uma variável causa ou determinar o valor de outras variáveis (AAKER; KUMAR; DAY, 2008).

3.4.1 Coleta de dados – entrevista em profundidade

Os métodos de coleta da pesquisa exploratória podem variar da pesquisa bibliográfica e documental ao uso de questionários, entrevistas e observações. Este tipo de coleta não exige amostragem, pois utilizam frequentemente procedimentos de observação participante e a análise de conteúdo (DENCKER; VIÁ, 2001).

Segundo Yin (2010), um tipo de entrevista de estudo de caso é a entrevista em profundidade. Essa entrevista é uma sessão de discussão individual não estruturada entre o entrevistador e um entrevistado. Os participantes devem ser escolhidos a partir de sua percepção especializada (HAIR et al., 2005).

O roteiro de pesquisa (APÊNDICE B) foi elaborado de forma semiestruturada para atender os objetivos propostos, ressalva que houve alteração do roteiro inicial para contemplar a influência da Acreditação Hospitalar, por sugestão dos participantes do pré-teste, o documento possui 5 blocos. As perguntas foram escolhidas de maneira a identificar relação com as categorias: Aprendizagem (3 questões), Credibilidade (3 questões), Resolutividade (3 questões) e Humanização (3 questões). Finalizando, no quinto bloco (1 questão), as questões são relacionadas à percepção dos entrevistados sobre o Hospital Geral. Os dados coletados a partir da entrevista foram compilados através da análise de conteúdo.

3.4.2 Pré-teste

No mês de novembro de 2019 foi realizado o pré-teste com duas enfermeiras, (1 coordenadora e 1 gestora) e a coordenadora da qualidade do HG, mas os dados encontrados não fizeram parte da análise final. Após os ajustes no roteiro de pesquisa, as entrevistas foram agendadas com antecedência, e realizadas nos meses de novembro de 2019 a janeiro de 2020, conforme a disponibilidade dos entrevistados, sendo gravadas em meio eletrônico.

No momento da coleta de dados foi informado a cada entrevistado que a pesquisa fazia parte de dissertação do mestrado do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul (UCS), portanto, solicitado autorização para agregar trechos das respostas no trabalho, sendo que foi deliberado autorização de todos.

Para a realização da pesquisa foi necessário liberação por parte da Comissão de Científica e Editorial (COEDI) da Educação Permanente do Hospital Geral (APÊNDICE E) e, também, aprovação do Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS) para realizar a entrevista com a Secretaria de Saúde de Caxias do Sul (APÊNDICE F).

Após a realização das entrevistas, as mesmas foram transcritas e analisadas, por meio da análise de conteúdo, para identificação das categorias relacionadas à aprendizagem, credibilidade, resolutividade e humanização.

3.4.3 Análise dos dados – análise de conteúdo

Segundo Triviños (1987), no ano de 1977, em Paris, o autor Bardin publicou o livro L'analyse de Contenu, que abordava as técnicas do emprego da análise de conteúdo e dos princípios e conceitos fundamentais, tornando-se referência no assunto.

A análise de conteúdo possui três fases: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados obtidos e interpretação. A pré-análise é a fase de organização propriamente dita. Corresponde a um período de intuições e tem por objetivo tornar operacionais e sistematizar as ideias iniciais, de forma a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise, utilizando ou não o computador. Geralmente, esta fase possui três etapas: a escolha dos documentos, a formulação das hipóteses e dos objetivos e, por fim, a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final, não necessariamente nesta ordem (BARDIN, 2004).

A exploração do material constitui a segunda fase, em que consiste na exploração do material com os procedimentos de codificação, classificação e categorização. A exploração incide numa etapa importante, pois vai possibilitar ou não as interpretações e inferências (BARDIN, 2004). As categorias a prioi foram escolhidas a partir da literatura, as categorias a posteriori surgiram, após a transcrição das entrevistas, análise e interpretação dos resultados das respostas e a inserção no documento principal, foi possível construir o entendimento e codificação das respostas.

De acordo com Bardin (2004), a última fase trata sobre a interpretação, em que os resultados brutos são versados de maneira a serem significativos e válidos. As operações estatísticas simples ou completas permitem estabelecer quadros, diagramas, e modelos, os quais revelam as informações fornecidas pela análise.

3.5 ETAPA 3 – PESQUISA DOCUMENTAL

Nesta etapa para analisar a satisfação dos usuários internados no Hospital Geral no período de 2013 a 2019, utilizou-se os dados do plano operativo, documento integrante no contrato entre o Hospital Geral e a secretaria de saúde do município de Caxias do Sul, em que

define metas qualitativas, quantitativas e de ensino, para que a secretaria possa medir e avaliar o desempenho do hospital, considerando o respectivo período, sendo quadrimestralmente até 2018 e a partir de então o prazo passou a ser trimestralmente.

A meta que mede a satisfação do usuário, prevê que seja aplicado pesquisa para no mínimo 30% dos pacientes internados mês, sendo exigido no mínimo que a satisfação do usuário seja acima de 80% para bom e muito bom.

O termo “satisfação” é considerado um conceito vago que pode se referir a realidades e compreensões variadas (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006). Geralmente, a delimitação desse conceito tem como base as expectativas e percepção dos usuários em relação aos serviços utilizados. Desse modo, o que se analisa, muitas vezes, é a percepção/expectativa dos usuários e não exatamente a satisfação (PARASURAMAN; BERRY; ZEITHAML, 1988).

Ressaltar que esse tipo de estudo precisa considerar juntamente com os níveis de satisfação dos usuários, qual é a compreensão que os mesmos têm sobre o conceito de resolutividade. Há estudos cujos resultados apontam para bons níveis de satisfação por aspectos ligados a cordialidade com que os usuários foram tratados em determinados serviços de saúde, ou pela garantia de dispensação de medicamentos (ESPERIDIÃO; TRAD, 2006; TRAD et al., 2002). Essas são questões que estão, sem dúvida, ligadas a uma boa resolutividade, mas que tratadas de forma isolada, não garantem a resolução dos problemas de saúde da população. Por isso, a realização desse tipo de avaliação precisa considerar métodos de pesquisa que permitam uma análise mais aprofundada da percepção dos usuários.

4 ANÁLISE DE DADOS

Segundo Charmaz (2002), os pesquisadores sociais vêem a análise de dados como uma construção que, não simplesmente indica os dados no tempo, espaço, cultura e contexto, mas sim, reflete os pensamentos e as abstrações do pesquisador e dos pesquisados no tema situado.

O estudo pretende averiguar e confrontar as informações na triangulação de dados e de fontes que acontecerá por meio de: (i) entrevistas com os enfermeiros, (ii) entrevistas com *stakeholders* externos e internos e, ainda; (iii) observação e análise de documentos, todas coletadas e observadas pelo pesquisador.

Primeiramente será analisado os dados quantitativos, após qualitativo; e por fim, análise documental.

4.1 ANÁLISE DE DADOS QUANTITATIVOS

4.1.1 Caracterização da amostra – enfermeiros

Foram 83 enfermeiros que participaram dessa pesquisa, cuja caracterização será descrita a seguir.

4.1.1.1 Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo o cargo

Quanto ao cargo dos respondentes observa-se que 6% são da área administrativa ou outros, 60,2% são da área assistencial, 12% são coordenadores, 21,7% são gestores, estes resultados estão apresentados na Tabela 6.

Tabela 6 – Distribuição dos respondentes segundo o cargo que ocupam

Cargo	Frequência	Percentual
Enfermeiro Administrativo ou outros	5	6,0
Enfermeiro Assistencial	50	60,2
Enfermeiro Coordenador	10	12,0
Enfermeiro Gestor	18	21,7
Total	83	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.1.1.2 Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo ao tempo de atuação no hospital

Em relação ao tempo de atuação no hospital, foi constatado que a maioria dos

respondentes atuam há mais de 5 anos (61,4%) na ocasião da pesquisa, sendo que: entre 2 e 5 anos a representação ficou em 15,7% e entre 1 até dois anos com 22,8%. Pode-se verificar que mais de 70% dos entrevistados já atuavam na instituição antes da implantação da Acreditação Hospitalar, que iniciou em 2013, isso representa que tanto a equipe como a gestão do Hospital Geral estão em sintonia, conforme Tabela 7.

Tabela 7 – Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo ao tempo de atuação no hospital

Tempo de atuação	Frequência	Percentual
Até 1 ano.	10	12,0
De 1 a 2 anos.	9	10,8
De 2 a 5 anos	13	15,7
De 5 a 10 anos	28	33,7
De 10 a 15 anos	14	16,9
De 15 a 21 anos	9	10,8
Total	83	100,0

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.1.1.3 Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo o número de leitos sob sua responsabilidade

Considerando que o Hospital Geral tem cadastrado 237 leitos no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde (CNES), quando abordados sobre o número de leitos pelos quais são responsáveis: 50% declararam que respondem por setores com até 20 leitos, enquanto 50% respondem por setores com mais de 20 leitos, e 15,7% dos respondentes tem atividades não ligadas a leitos de enfermaria, conforme Tabela 8.

Tabela 8 – Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo o número de leitos que são responsáveis

Número de leitos	Frequência	Porcentual
Até 10 leitos	19	27,14
De 11 a 20 leitos	16	22,86
De 21 a 30 leitos	22	31,43
Acima de 30	13	18,57
Total	70*	100

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Ressalta-se que 13 respondentes deixaram em branco, ou seja, correspondem aos enfermeiros que atuam em setores administrativos ou outros.

4.1.1.4 Distribuição dos enfermeiros respondentes segundo o número de subordinados

Pode-se observar na Tabela 9 a distribuição do número de enfermeiros segundo o número de subordinados sob sua responsabilidade.

Tabela 9 – Distribuição do número de subordinados

Número de subordinados	**Quantidade**	**Percentual**
Até 50	70	92,11
De 51 a 200	5	6,58
Mais de 200	1	1,32
Total	76*	100,00

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Observa-se que a maior concentração está em até 50 subordinados, ou seja, 92,11%. Do total de 83 respondentes 7 não responderam.

4.2 ANÁLISE DE DADOS

Para o tratamento dos dados quantitativos, foi utilizada a estatística descritiva. Para as análises utilizou-se o programa SPSS versão 20.1. Após a realização do Teste Z *Score* para *outliers* (em 13/12/17) foi excluído 1 (um) questionário por não atender a proposta dessa pesquisa, totalizando assim, 83 questionários válidos.

4.2.1 Quanto à normalidade

Para análise de normalidade utilizou-se os coeficientes de assimetria e curtose. O teste de normalidade comprovou que os dados seguem uma distribuição normal, já que a assimetria ficou entre > -3 < 3 e a curtose ficou > -10 < 10.

4.2.2 Quanto à confiabilidade

Para medir a confiabilidade do instrumento aplicado utilizou-se o teste alfa de Cronbach, que tem por objetivo verificar a consistência interna do instrumento de coleta de dados (PESTANA; GAGEIRO, 2008) aplicado em uma pesquisa. A utilização e aceitação do mesmo no meio acadêmico é fator determinante para sua adoção como ferramenta para apurar a confiança, interpretada no intervalo entre 0 e 1 (DA HORA; MONTEIRO; ARICA, 2010).

Quadro 8 – Valores de referência Alpha de Cronbach

Valor do Alpha de Cronbach	**Consistência Interna**
$0,9 > \alpha$	Excelente
$0,8 \leq \alpha < 0,9$	Bom
$0,7 \leq \alpha < 0,8$	Aceitável
$0,6 \leq \alpha < 0,7$	Questionável
$0,5 \leq \alpha < 0,6$	Pobre
$\alpha < 0,5$	Inaceitável

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.2.2.1 Teste Alfa de Cronbach por construto

Para medir a confiabilidade interna dos construtos que contemplaram o instrumento utilizou-se alfa de Cronbach, obtendo-se coeficientes que indicaram confiabilidade alta nos blocos Produtividade, Eficácia e Segurança, Usuários, Inovação e Excelência na Gestão, com Alfa de Combrach entre 0,818 à 0,920, com destaque para o bloco de usuários 0,92. No construto Segurança e Inovação identifica-se o Alfa de Combrach próximo a 0,6. Conforme pode-se observar na Tabela 10.

Tabela 10 – Análise da consistência interna dos constructos

Construtos	**Estatística de confiabilidade**	
	Alfa de Cronbach	Nº de itens
Produtividade	0,838	4
Eficácia e Segurança	0,840	5
Usuários	0,920	10
Inovação e Excelência na Gestão	0,818	4
Segurança e Inovação	0,56	2

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.2.3 Análise descritiva

4.2.3.1 Análise da dimensão desempenho hospitalar

O instrumento buscou identificar a percepção em relação ao desempenho hospitalar perguntando sobre a Produtividade (DH1, DH6), Segurança (DH7, ..., DH9) e Satisfação (DH10, ..., DH15). Na Tabela 11, mostra-se a média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a dimensão Desempenho Hospitalar.

Tabela 11 – Média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a dimensão Desempenho Hospitalar

Variáveis	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação
DH1 - O aproveitamento dos recursos disponíveis (equipamentos, instalações, insumos, medicamentos, materiais, etc.) para produzir os melhores resultados ao paciente	3,73	,750	20,11
DH2 - A utilização dos recursos disponíveis de modo minimizar desperdícios (tempo, recursos financeiros, materiais, medicamentos, etc.)	3,71	,773	20,84
DH3 - O tempo Médio de Permanência em internação	3,37	,711	21,10
DH4 - A taxa de rotatividade de Leitos.	3,42	,683	19,97
DH5 - A incidência de erros de medicação aos pacientes.	3,72	,738	19,84
DH6 - A taxa de mortalidade.	3,57	,684	19,16
DH7 - Os indicadores que medem riscos e eventos adversos (flebite, quedas, úlcera por pressão, extubação acidental, saída espontânea de sonda, etc.).	3,96	,749	18,91
DH8 - O número de notificações de risos e eventos adversos realizadas, em relação à meta mensal estipulada.	3,79	,786	20,74
DH9 - A taxa de infecção hospitalar.	3,51	,729	20,77
DH10 - O nível de satisfação dos pacientes.	4,01	,773	19,28
DH11 - A utilização dos dados de satisfação dos pacientes na definição de oportunidades de melhoria do atendimento e no projeto de novos serviços.	3,77	,801	21,25
DH12 - O atendimento aos pacientes e seus familiares (orientações e conforto das instalações).	3,89	,797	20,49
DH13 - A consideração das necessidades específicas de cada paciente pelos profissionais na prestação dos serviços.	3,84	,671	17,47
DH14 - A ocorrência mensal de reclamações recebidas de pacientes.	3,37	,762	22,61
DH15 - A aprendizagem e melhorias geradas à prestação dos serviços a partir da análise crítica das reclamações dos pacientes.	3,86	,685	17,75
Média Geral	**3,70**		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Conforme nota-se na Tabela 11, há uma alta concordância entre os respondentes em relação aos questionamentos feitos, comprovando-se por meio dos valores do coeficiente de variação menor do que 30%, pois segundo Fávero et al. (2009), valores de coeficiente de variação (CV) superiores a 30% indicam que as respostas são heterogêneas, enquanto valores inferiores a 30% demonstram homogeneidade das respostas, com relação às variáveis que compõem a dimensão Desempenho Hospitalar. Com base na média geral, pode-se afirmar que o desempenho melhorou dentro das expectativas.

Na Tabela 12, apresenta-se média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a sub-dimensão Produtividade.

Tabela 12 – Média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a sub-dimensão produtividade

Variáveis	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação
DH1 - O aproveitamento dos recursos disponíveis (equipamentos, instalações, insumos, medicamentos, materiais, etc.) para produzir os melhores resultados ao paciente	3,73	,750	20,11
DH2 - A utilização dos recursos disponíveis de modo minimizar desperdícios (tempo, recursos financeiros, materiais, medicamentos, etc.)	3,71	,773	20,84
DH3 - O tempo Médio de Permanência em internação	3,37	,711	21,10
DH4 - A taxa de rotatividade de Leitos.	3,42	,683	19,97
Média Geral	**3,56**		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Observando a Tabela 12, pode-se afirmar que há uma alta concordância entre os respondentes em relação aos questionamentos feitos comprovando-se por meio dos valores do coeficiente de variação menor do que 30%, pois conforme Fávero et al. (2009) o qual determina que valores de coeficiente de variação (CV) superiores a 30% indicam que as respostas são heterogêneas, enquanto que valores inferiores a 30% demonstram homogeneidade das respostas, com relação às variáveis que compõem sub-dimensão Produtividade.

Com base na média geral, pode-se afirmar que a produtividade melhorou dentro das expectativas.

Na Tabela 13, estão apresentados a Média, desvio padrão e coeficiente de variação as variáveis que representam as sub-dimensões Segurança e Eficácia.

Tabela 13 – Média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam os sub-construtos segurança e eficácia

Variáveis	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação
DH5 - A incidência de erros de medicação aos pacientes.	3,72	,738	19,84
DH6 - A taxa de mortalidade.	3,57	,684	19,16
DH7 - Os indicadores que medem riscos e eventos adversos (flebite, quedas, úlcera por pressão, extubação acidental, saída espontânea de sonda, etc.).	3,96	,749	18,91
DH8 - O número de notificações de risos e eventos adversos realizadas, em relação à meta mensal estipulada.	3,79	,786	20,74
DH9 - A taxa de infecção hospitalar.	3,51	,729	20,77
Média Geral	**3,71**		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Pelo resultado apresentado na Tabela 13, pode-se afirmar que há uma alta concordância entre os respondentes em relação aos questionamentos feitos comprovando-se por meio dos valores do coeficiente de variação menor do que 30%, pois conforme Fávero et al. (2009) o qual determina que valores de coeficiente de variação (CV) superiores a 30% indicam que as respostas são heterogêneas, enquanto que valores inferiores a 30% demonstram

homogeneidade das respostas, com relação às variáveis que compõem as sub-dimensões Segurança e Eficácia.

Com base na média geral, pode-se afirmar que segurança e eficácia melhoraram dentro das expectativas.

Observa-se na Tabela 14, a média, o desvio padrão e o coeficiente de variação das variáveis que representam os sub-dimensões satisfação, atentidimento às necessidades e tratamento das reclamações dos usuários.

Tabela 14 – Média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam os sub-dimensões satisfação, atendimento às necessidades e tratamento das reclamações dos usuários

Variáveis	**Média**	**Desvio padrão**	**Coeficiente de variação**
DH10 - O nível de satisfação dos pacientes.	4,01	,773	19,28
DH11 - A utilização dos dados de satisfação dos pacientes na definição de oportunidades de melhoria do atendimento e no projeto de novos serviços.	3,77	,801	21,25
DH12 - O atendimento aos pacientes e seus familiares (orientações e conforto das instalações).	3,89	,797	20,49
DH13 - A consideração das necessidades específicas de cada paciente pelos profissionais na prestação dos serviços.	3,84	,671	17,47
DH14 - A ocorrência mensal de reclamações recebidas de pacientes.	3,37	,762	22,61
DH15 - A aprendizagem e melhorias geradas à prestação dos serviços a partir da análise crítica das reclamações dos pacientes.	3,86	,685	17,75
Média Geral	**3,79**		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Conforme nota-se na Tabela 14, há uma alta concordância entre os respondentes em relação aos questionamentos feitos, comprovando-se, por meio dos valores do coeficiente de variação menor do que 30%, pois conforme Fávero et al. (2009) o qual determina que valores de coeficiente de variação (CV) superiores a 30% indicam que as respostas são heterogêneas, enquanto que valores inferiores a 30% demonstram homogeneidade das respostas que representam as sub-dimensões satisfação, atendimento às necessidades e tratamento das reclamações dos usuários. Com base na média geral, pode-se afirmar que o atendimento às necessidades e tratamento das reclamações dos usuários melhorou dentro das expectativas.

Considerando a análise das médias das dimensões sobre desempenho hospitalar, produtividade, segurança e eficácia e por último a dimensão de satisfação do usuário, identifica-se que a média geral fica entre o menor índice 3,56 e o maior para 3,79, demonstrando homogeneidade, sendo que a média geral é equivalente 3,7 e 3,71 nas dimensões de desempenho hospitalar e segurança e eficácia.

Análise da média geral da dimensões Desempenho Hospitalar, produtividade, Segurança e eficácia e Usuários

Tabela 15 – Médias das dimensões

Tabela	Dimensão	Média Geral
11	Desempenho Hospitalar	3,70
12	Produtividade	3,56
13	Segurança e eficácia	3,71
14	Usuários – Satisfação e tratamento de reclamações	3,79

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

4.2.3.2 Análise da dimensão práticas da acreditação hospitalar

Na Tabela 16, mostra-se a média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a dimensão das Práticas da Acreditação Hospitalar direcionados para segurança do paciente, que atende o nível 1 – Segurança e legislação pelo manual da ONA.

Tabela 16 – Média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a dimensão práticas da acreditação hospitalar

Variáveis	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação
SL1_16 - Manutenção de equipes de profissionais habilitados, capacitados e compatíveis, em quantidade e especialidades, com a demanda dos serviços	3,95	,805	20,37
SL2_17 - Apresentar instalações físicas e equipamentos adequados e compatíveis, em quantidade, com a demanda dos serviços	3,60	,904	25,07
SL3_18 - Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, assistenciais, profissionais e ocupacionais	4,20	,732	17,43
SL4_19 - Elaboração e uso de Protocolos para prevenção de riscos e eventos Adversos	4,37	,679	15,54
SL5_20 - Uso de Dispositivos de gestão à vista (carimbos, pulseiras de identificação, placas de identificação de leitos, etc.) para auxiliar a prevenção de riscos e eventos adversos	4,62	,624	13,51
SL6_21 - Comissão de Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos para monitorá-los, medi-los e responsabilizar-se pela Gestão da Segurança dos pacientes	4,30	,697	16,23
SL7_22 - Iniciativas de Farmacovigilância e Tecno vigilância (registros, capacitação e conscientização dos profissionais e Comissão de Gerenciamento)	4,20	,749	17,84
SL8_23 - Gerenciamento de estoques e suprimentos (medicamentos, materiais, etc.) com foco na segurança, isto é, para evitar desabastecimentos e falta principalmente nos meses em que a demanda por atendimento é elevada	4,10	,768	18,74
Média Geral	**4,17**		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Observa-se na Tabela 16 que há uma alta concordância entre os respondentes em relação aos questionamentos, comprovando-se por meio dos valores do coeficiente de variação menor do que 30%, pois conforme Fávero et al. (2009), o qual determina que valores de coeficiente de variação (CV) superiores a 30% indicam que as respostas são heterogêneas, enquanto que valores inferiores a 30% demonstram homogeneidade das respostas, com relação

às **Práticas da Acreditação Hospitalar**.

Com base na média geral, pode-se afirmar que as práticas de acreditação hospitalar melhoraram acima das expectativas.

Quanto à manutenção de equipes de profissionais habilitados e capacitados em quantidade e especialidades para demanda de serviços, 51,8% responderam consideravelmente implantado, 24,1% responderam completamente implantado e melhorando periodicamente e, ainda, 19,3% responderam parcialmente implantado. As respostas sinalizam que na percepção dos enfermeiros a equipe tem o entendimento de que está implantando métodos e processos para melhoria contínua.

Em relação às instalações físicas e equipamentos adequados e em quantidade a percepção dos enfermeiros foi: 45,8% responderam que consideravelmente implantado, 27,7% parcialmente implantado, enquanto que 10,8% entendem que está completamente implantado e melhorando periodicamente.

Em relação à identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, assistenciais, profissionais e ocupacionais, os enfermeiros responderam: 51,8% consideravelmente implantado e 34,9% entendem que está completamente implantado e melhorado periodicamente.

Quanto à elaboração de protocolos para prevenção de riscos e eventos adversos: 91,56% responderam consideravelmente e completamente implantados e melhorando periodicamente.

Quanto ao uso de dispositivos para auxiliar e prevenção de riscos e eventos adversos os enfermeiros responderam: 92,5% entendem que está consideravelmente ou completamente implantado e melhorado periodicamente.

Quanto à comissão de gerenciamento de riscos e eventos adversos para monitorá-los, medi-los e responsabilizar-se pela Gestão de segurança do paciente 89,2% entendem que está consideravelmente ou completamente implantado e melhorado periodicamente.

Considerando as iniciativas de farmacovigilância e tecnovigilância, os enfermeiros responderam: 48,2% consideravelmente implantado, 36,1% entendem que está completamente implantado e melhorado periodicamente. 13,25% entendem que está parcialmente implantado.

Quanto ao gerenciamento de estoque 79,5% entendem que está consideravelmente ou completamente implantado e melhorando periodicamente. Somente 18,1% entendem que está parcialmente implantado.

Alástico e Toledo (2013) identificou na sua pesquisa que três variáveis obtiveram as maiores melhorias de desempenho após a adoção da Acreditação: “Evolução da taxa de

infecção hospitalar", "Evolução dos indicadores de riscos e eventos adversos" e "Notificação e tratamento de riscos e eventos adversos". Essas três variáveis compõem a dimensão Efetividade do desempenho hospitalar. As variáveis "Utilização de recursos", "Consideração das necessidades específicas dos usuários" e "Aproveitamento de recursos" obtiveram as menores melhorias percebidas pós-Acreditação, com percentuais de 15,6%, 16% e 18%, respectivamente.

Comparando o resultado da pesquisa realizado no Hospital Geral que apresentou o menor percentual "A ocorrência mensal de reclamações recebidas de pacientes" com 87,9% de implantação na percepção dos enfermeiros e nos demais itens pesquisados com o percentual acima de 90%, com destaque para "A consideração das necessidades específicas de cada paciente pelos profissionais na prestação dos serviços" com o percentual de 98,8%, "O nível de satisfação dos pacientes" que chega a 97,9%, identifica-se que hospital em estudo apresenta percentuais superiores, demonstrando grau de maturidade da equipe de enfermagem, quanto à implantação dos protocolos e processos orientados para a prática da Acreditação Hospitalar.

4.2.3.3 Análise da dimensão prática da acreditação hospitalar direcionada

Na Tabela 16, mostra-se a média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a dimensão das **Práticas da Acreditação Hospitalar** direcionados para gestão de processos, que atende o nível 2 – Gestão Pleno pelo manual da ONA.

Tabela 17 – Estatística descritiva da dimensão gestão pleno pelo manual da ONA

Variáveis	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação
GP1 – Os processos, suas interações, seus fornecedores e clientes (internos e externos) e as interações fornecedores-clientes dos processos estão identificadas e documentadas.	4,01	,783	19,53
GP2 - Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada pelos profissionais	4,35	,636	14,62
GP3 - As ocorrências em serviços e processos são registradas e, periodicamente, analisadas em reuniões de Análise Crítica.	4,20	,732	17,43
GP4 - Nas reuniões de Análise Crítica, são definidas oportunidades de melhoria e estas são implantadas e evidenciadas para melhoria de desempenho dos serviços.	4,15	,673	16,22
GP5 - Os indicadores são continuamente melhorados e utilizados para definição das temáticas de capacitação dos profissionais e para identificação de oportunidades de melhoria.	4,30	,660	15,35
Média Geral	**4,20**		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Conforme nota-se na Tabela 17, há uma alta concordância entre os respondentes em

relação aos questionamentos feitos, comprovando-se, por meio dos valores do coeficiente de variação menor do que 30%, pois conforme Fávero et al. (2009) o qual determina que valores de coeficiente de variação (CV) superiores a 30% indicam que as respostas são heterogêneas, enquanto que valores inferiores a 30% demonstram homogeneidade das respostas, em relação a práticas da Acreditação direcionados para gestão de processos, que atende o nível 2 – Gestão Pleno pelo manual da ONA.

Quanto aos processos, suas interações, seus fornecedores e clientes, e interações fornecedores-clientes dos processos, 97,6% entendem que está consideravelmente, completamente implantado e melhorado periodicamente.

Em relação à documentação disponível e aplicada pelos profissionais, a ocorrência em serviços e processos registrados e analisados em reunião crítica, relação as análises críticas em reuniões para definição de oportunidades de melhoria, e em relação aos indicadores se são melhorados e utilizados para definição de temática de capacitação, os enfermeiros responderam: 100% que está consideravelmente, completamente implantado e melhorado periodicamente.

4.2.3.4 Análise da dimensão inovação e gestão de excelência

Na Tabela 18, mostra-se a média, desvio padrão e coeficiente de variação das variáveis que representam a dimensão de inovação e gestão de excelência.

Tabela 18 – Estatísticas descritivas da dimensão inovação e gestão de excelência ONA

Variáveis	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação
INOV_EXCE_GESTAO_01	3,72	1,004	26,89
INOV_EXCE_GESTAO_02	4,01	,789	19,68
INOV_EXCE_GESTAO_03	4,16	,671	16,13
INOV_EXCE_GESTAO_04	4,22	,812	19,24
Média Geral	**4,03**		

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Conforme nota-se na Tabela 18, há uma alta concordância entre os respondentes em relação aos questionamentos realizados comprovando-se por meio dos valores do coeficiente de variação menor do que 30%, pois conforme Fávero et al. (2009) o qual determina que valores de coeficiente de variação (CV) superiores a 30% indicam que as respostas são heterogêneas, enquanto que valores inferiores a 30% demonstram homogeneidade das respostas das variáveis referentes à dimensão inovação e gestão de excelência.

Com base na média geral, pode-se afirmar que da dimensão inovação e gestão de excelência ONA está acima das expectativas.

Em relação a inovações em abordagens de gestão, os enfermeiros responderam: 91,6% consideravelmente ou completamente implantado e melhorado periodicamente. Em relação aos indicadores de desempenho, os enfermeiros responderam: 96,4% consideravelmente ou completamente implantado e melhorado periodicamente.

Em relação à análise crítica sistemática com evidências de melhoria, os enfermeiros responderam: 100% consideravelmente ou completamente implantado e melhorado periodicamente.

Em relação ao planejamento, melhoria contínua e investimentos em estrutura, os enfermeiros responderam: 97,7% consideravelmente ou completamente implantado e melhorado periodicamente.

Alástico e Toledo (2013) em sua pesquisa identificou que as práticas "Adotar inovações em práticas gerenciais para o setor hospitalar" (43%), "Análises críticas sistemáticas com melhorias focadas em inovações" (45,6%) e "Comparar indicadores com referenciais nacionais e internacionais" (51%), têm menor grau de implantação. Essas três práticas compõem parte dos requisitos do nível Acreditação por Excelência, o mais avançado. É possível que, por se tratar de requisitos associados ao nível mais avançado e por estarem ligadas a inovações em gerenciamento e melhoria contínua, tais práticas ainda não tenham sido adotadas ou assimiladas pela maioria dos hospitais respondentes.

Comparando com o resultado do objeto de estudo identificou-se percentuais superiores, sendo o menor de 91,6% e o maior de 100%, evidenciando que, na percepção da equipe de enfermeiros do Hospital Geral, desenvolve práticas de excelência da Acreditação Hospitalar.

Considerando que estudos anteriores sinalizam que a inovação relacionada a Acreditação Hospitalar está diretamente ligadas a melhoria contínua em processos e protocolos, com base nas repostas, confirma-se a partir da média geral que varia entre 3,72 à 4,22.

4.2.3.5 Dificuldades em relação às práticas da acreditação

Ainda, quando questionado aos enfermeiros quanto às dificuldades em relação as práticas da Acreditação, os enfermeiros percebem as opções apresentadas na Tabela 19.

Tabela 19 – Dificuldades em relação às práticas de acreditação

Dificuldades em relação as práticas da Acreditação	Frequência	%
Dificuldade de realizar investimentos em estrutura (instalações, profissionais, equipamentos, novas tecnologias, sinalizações, e outros dispositivos) por falta de recurso financeiro.	59	71,10%
Dificuldade de manutenção de processo em função da rotatividade, considerando a remuneração praticada no mercado.	58	69,90%
Resistência, Falta de envolvimento e de Conscientização dos profissionais para a importância da aplicação, manutenção, monitoramento e melhoria das práticas da Acreditação implantadas (registros, protocolos, indicadores, etc.)	34	41,00%
Dificuldade de realizar investimentos em estrutura (instalações, profissionais, equipamentos, novas tecnologias, sinalizações, e outros dispositivos) por falta de projeto ou iniciativa da gestão.	11	13,30%
Dificuldade de realizar investimentos em estrutura (instalações, profissionais, equipamentos, novas tecnologias, sinalizações, e outros dispositivos) por falta ou ruído de comunicação entre as áreas para promoção de melhoria contínua e práticas da Acreditação Hospitalar.	11	13,30%
Falta de Apoio da Alta Administração em fornecer os investimentos e recursos necessários à manutenção e melhoria contínua das práticas da Acreditação.	8	9,60%
Falta de Apoio da Alta Administração em fornecer investimentos e recursos necessários para inovações gerenciais (FMEA, *Lean*, Seis Sigma, *Lean*-Sigma, etc.).	8	9,60%

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Em relação ao aprendizado, Junqueira (2015) identificou na sua pesquisa junto à equipe de enfermagem, que o processo de acreditação proporcionou mudança nos padrões da qualidade da assistência, com destaque para o engajamento, responsabilidade, envolvimento, motivação, participação dos profissionais. A certificação proporcionou o aprimoramento no planejamento estratégico da organização e também acesso a recursos materiais e financeiros, visando melhor estrutura física e de equipamentos do hospital.

O reflexo do trabalho desenvolvido pode ser percebido pela equipe interna do hospital pela satisfação do usuário que foi aumentando, na mesma medida em que a equipe foi aplicando o aprendizado desenvolvido pelo processo de acreditação e, consequentemente, proporcionando maturidade a todas as áreas envolvidas.

Analisando a percepção dos enfermeiros, pode-se identificar que o desempenho hospitalar após a Acreditação Hospitalar alcança o percentual acima de 90% acima ou muito acima da expectativa. Confirmando que os processos e protocolos são realizados de forma consciente, proporcionando maior melhor gerenciamento das partes. Identifica-se, ainda, que a satisfação do paciente e dos familiares são relevantes para que a equipe de atendimento possa melhorar não somente nos protocolos e processos, mas considerando a empatia, com o intuito de proporcionar ao paciente uma melhor experiência dentro da estrutura hospitalar.

Em relação às práticas da Acreditação, a investigação aponta que mais de 80% dos participantes percebem que houve a implantação completamente com melhoramento contínuo. O resultado da pesquisa por meio das repostas, reforça a visão sistêmica do grupo, que a partir

do perfil investigado, apresenta que mais de 60% dos entrevistados atuam na instituição há mais de 5 anos, corroborando com o raciocínio de que atuavam no período em que se iniciou a implantação da Acreditação Hospitalar em nível 1 no ano de 2013, passando pelo nível 2 e consequentemente participaram ativamente na certificação do nível 3.

Considerando as dificuldades encontradas pela equipe, na percepção dos enfermeiros, evidencia-se que está diretamente com a resistência, falta de envolvimento e de conscientização dos profissionais para a importância da aplicação, manutenção, monitoramento e melhoria das práticas da Acreditação implantadas (registros, protocolos, indicadores, etc.), dificuldade de realizar investimentos em estrutura (instalações, profissionais, equipamentos, novas tecnologias, sinalizações, e outros dispositivos) por falta de recurso financeiro e, ainda, dificuldade de manutenção de processo em função da rotatividade, considerando a remuneração praticada no mercado.

4.2.4 Perspectivas e tendências da acreditação hospitalar

Considerando a visão futura das práticas diárias, pode-se identificar a percepção dos enfermeiros a partir das perspectivas e tendências da Acreditação Hospitalar com base nas respostas alinhadas em ordem pelo maior número de repetição. Na Tabela 20, mostra-se as frequências e porcentagem das respostas sobre perspectivas futuras.

Tabela 20 – Frequências e percentagem das respostas sobre perspectivas futuras

Perspectivas Futuras	**Frequência**	**%**
Manter o nível atual de Acreditação	47	30,3
Realizar investimentos em estrutura (contratação de profissionais, instalações físicas, equipamentos, aparelhagem, novas tecnologias), adequando-a às necessidades dos serviços do Hospital	42	27,1
Obter certificação internacional específica dos serviços de saúde (por exemplo: *Joint Commission ou outras*	37	23,9
Adotar inovações em práticas de gestão (Exemplos: FMEA, Lean, Seis Sigma, Lean-Sigma)	20	12,9
Realizar análise comparativa dos resultados dos indicadores do Hospital com os de Hospitais Nacionais de reconhecida Excelência	9	5,8

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Na percepção de 56% dos enfermeiros a perspectiva futura é manter o nível atual de Acreditação, enquanto que 27% percebe que seria necessário realizar investimentos em estrutura (contratação de profissionais, instalações físicas, equipamentos, aparelhagem, novas tecnologias), adequando-a às necessidades dos serviços do Hospital, enquanto que 23,9%

identifica que seria necessário obter certificação internacional específica dos serviços de saúde (por exemplo: *Joint Commission* ou outras): 37 respostas e 23,9%.

4.3 ANÁLISE FATORIAL EXPLORATÓRIA

Na Tabela 21, mostra-se os testes de KMO e Bartlett, onde apresentam índices satisfatórios para a realização da análise fatorial exploratória, os quais sugeriram interpretabilidade da matriz de correlação dos itens.

Tabela 21 – Apresentação do teste de KMO e Bartlett

Teste de KMO e Bartlett		
Medida Kaiser-Meyer-Olkin de adequação de amostragem.		0,854
Teste de esfericidade de Bartlett	Qui-quadrado aprox.	1734,432
	Df	465
	Sig.	,000

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Como o valor do KMO foi de 0,854, que conforme Hutcheson e Sofroniou (1999) é considerado ótimo. Para a extração dos fatores, foi utilizado o método de análise dos componentes principais e para a rotação dos componentes foi utilizado o método Varimax com normalização de Kaiser, é considerado significativo os valores acima de 0,5 (SHARMA, 1996). Na Tabela 22, apresenta a variância explicada por cada um dos seis construtos. Pode-se constatar que os seis fatores explicam 68,86% da variação total.

Tabela 22 – Variância total explicada

(continua)

Componente	Valores próprios iniciais			Soma da extração de carregamentos ao quadrado			Somas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
1	13,108	42,283	42,283	13,108	42,283	42,283	6,572	21,200	21,200
2	3,140	10,129	52,412	3,140	10,129	52,412	4,607	14,861	36,061
3	1,464	4,721	57,133	1,464	4,721	57,133	3,166	10,213	46,274
4	1,339	4,320	61,453	1,339	4,320	61,453	2,980	9,614	55,889
5	1,250	4,032	65,485	1,250	4,032	65,485	2,621	8,454	64,343
6	1,047	3,377	68,862	1,047	3,337	68,862	1,401	4,520	68,862
7	0,942	3,037	71,900						
8	0,885	2,853	74,753						
9	0,850	2,743	77,496						
10	0,755	2,436	79,933						
11	0,659	2,126	82,059						
12	0,588	1,898	83,957						
13	0,540	1,742	85,699						
14	0,517	1,669	87,368						
15	0,432	1,394	88,762						
16	0,387	1,248	90,010						

(conclusão)

Componente	Valores próprios iniciais			Soma da extração de carregamentos ao quadrado			Somas rotativas de carregamentos ao quadrado		
	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa	Total	% de variância	% cumulativa
17	0,373	1,203	91,213						
18	0,359	1,157	92,370						
19	0,314	1,014	93,384						
20	0,293	0,946	94,330						
21	0,266	0,858	95,188						
22	0,238	0,768	95,956						
23	0,232	0,748	96,705						
24	0,201	0,649	97,354						
25	0,174	0,562	97,916						
26	0,137	0,444	98,360						
27	0,133	0,428	98,788						
28	0,116	0,373	99,161						
29	0,113	0,365	99,526						
30	0,092	0,296	99,822						
31	0,55	0,178	100,000						

Método de extração: análise do componente principal.
Fonte: Dados da pesquisa (2020).

É apresentado na Tabela 22 os indicadores que fazem parte de cada um dos fatores (Componente Matriz), que permite com maior precisão, verificar qual dos fatores explica melhor cada um dos indicadores considerados.

Tabela 23 – Matriz dos componentes rotacionados para os seis fatores

(continua)

Itens	Fatores					
	Usuários	Satisfação	Produtividade	Eficácia e Segurança	Inovação e Excelência na gestão	Segurança e inovação
DH1			,621			
DH2			,723			
DH3			,631			
DH4			,628			
DH5				,548		
DH6				,825		
DH7				,622		
DH8				,532		
DH9				,743		
DH10		,732				
DH11		,703				
DH12		,622				
DH13		,783				
DH14		,608				
DH15		,624				
SL2_17						0,566
SL3_18	,670					
SL4_19	,760					
SL5_20	,817					
SL6_21	,651					
SL7_22	,618					
SL8_23						,549
GP1	,519					

(conclusão)

Itens	Fatores					
	Usuários	Satisfação	Produtividade	Eficácia e Segurança	Inovação e Excelência na gestão	Segurança e inovação
GP2	,739					
GP3	,735					
GP4	,662					
GP5	,722					
INOV_EXCE_GESTAO_01					,690	
INOV_EXCE_GESTAO_02					,677	
INOV_EXCE_GESTAO_03					0,62	
INOV_EXCE_GESTAO_04					,528	

Método de extração: Análise do Componente principal.
Método de rotação: Varimax com normalização de Kaiser.
a. Rotação convergida em 14 iterações.

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Com base no resultado na Análise Fatorial, pode-se analisar a relação entre as práticas de acreditação e o desempenho organizacional, para isto realizou-se uma análise de regressão linear, cujos resultados estão apresentados na Tabela 23.

4.4 ANÁLISE DE REGRESSÃO

Para se analisar a relação entre as práticas de acreditação e o desempenho organizacional, realizou-se uma análise de regressão linear, cujos resultados estão apresentados na Tabela 24.

Tabela 24 – Coeficientes da análise de regressão

Modelo		Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	t	Sig.
		B	Desvio padrão	Beta		
	(Constante)	1,118	,358		3,122	,002
	Práticas de Acreditação	,661	,091	,628	7,261	,000

a. Variável dependente: Desempenho
Desempenho = 0,628 x Práticas de Acreditação

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

Assim, pode-se afirmar que as Práticas de Acreditação explicam o desempenho organizacional do Hospital Geral, ou seja, o coeficiente de explicação (R^2) representa 39,4%, sendo que a relação entre as práticas de acreditação e o desempenho é 0,628.

4.5 ANÁLISE DE DADOS QUALITATIVA

Nesta etapa as categorias foram definidas a partir dos conceitos de aprendizagem,

credibilidade, resolutividade e humanização. Ao todo foram 11 questões com suas respectivas categorias e variáveis, conforme pode ser visto no Quadro 9.

Quadro 9 – Categorias e perguntas

Categoria	Pergunta
Conhecimento / Aprendizado	O que você entende sobre Acreditação Hospitalar? Você sabe qual o nível da Acreditação Hospitalar do Hospital Geral? Qual a representatividade para a saúde pública? A Acreditação Hospitalar do Hospital Geral agregou aprendizado e ou benefício na sua atividade ou entidade? Qual?
Credibilidade	Qual(is) o(s) serviços relevantes que você identifica no Hospital Geral? Qual a sua percepção referente a prestação de contas e investimentos no HG? A Acreditação Hospitalar teve influência neste processo? Você direcionaria recurso ou influenciaria os órgãos públicos ou privados para direcionar recurso para o Hospital Geral? Comente.
Resolubilidade	Qual a sua percepção quanto aos pacientes tratados no Hospital Geral? A Acreditação Hospitalar teve influência neste processo? O atendimento no Hospital Geral tem diferença em relação aos demais hospitais de Caxias do Sul? Comente.
Humanização	Qual a sua percepção quanto aos profissionais (assistência) que atuam no Hospital Geral? Qual(is) o(s) projeto(s) de humanização do Hospital Geral você lembra e tem maior relevância? Como você avalia o atendimento do Hospital Geral em relação aos demais atendimentos SUS no Brasil?
Geral	Qual o primeiro pensamento quando você ouve ou lê o nome Hospital Geral?

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

A partir da classificação foi elaborada a divisão de *stakeholders* externos e internos, usado a nomenclatura de SE (*Stakeholder* Externo) e SI (*Stakeholder* Interno), em sequência numérica considerando a quantidade de entrevistados, como forma de preservar a identidade dos participantes da pesquisa.

4.5.1 Percepção sobre acreditação hospitalar e aprendizagem

Com o objetivo de verificar a percepção dos *stakeholders* sobre o desempenho organizacional e Inovação a partir da Acreditação Hospitalar do Hospital Geral de Caxias do Sul, tendo como base o roteiro de entrevista (APÊNDICE A). No primeiro bloco apresenta-se as repostas dos *stakeholders* externos e após os *stakeholders* externos.

Acreditação Hospitalar pode ser definida como: “Entende-se como ferramenta para o gerenciamento coletivo da qualidade, pois, representa a melhoria contínua da instituição, e

ainda reverte em reconhecimento perante a sociedade" (ANTUNES, 2002).

A primeira pergunta direcionada aos entrevistados foi: O que você entende por Acreditação Hospitalar?

> [...] Acreditação eu entendo que tem como objetivo melhorar a eficiência como um todo do hospital, de levar essa cultura da eficiência pra todos os setores do hospital... Hospital Geral que é um hospital 100% SUS, o quanto isso também nos remete a uma realidade um pouco diferenciada, [...] porque quando se fala do Sistema Único de Saúde a preocupação é com o acesso [...] (SE2).

> [...] eu entendo que seja um sistema que vai avaliar o hospital como um todo com certificações, ...uma ISO digamos assim, que são 3 níveis, que o primeiro preza pela segurança do paciente, o segundo parte pra gestão e o terceiro então é a excelência, [...] (SE9).

> [...] essa experiência de estar no hospital público e saber que existe acreditação, para mim significa, me mostra e me faz sentir que é um hospital em plena evolução ...o HG tem acreditação, é referência nas áreas onde ele atua, no espaço onde atua, a mim traz mais confiança (SE12).

> [...] é um processo de avaliação dos serviços, da qualidade de serviços de uma instituição hospitalar, enfim vários parâmetros que são levados em consideração pra dar, digamos assim, uma nota de excelência a instituição hospitalar (SE15).

Através das respostas entende-se que a Acreditação Hospitalar está relacionada a padrão de processos e procedimentos que qualificam a prestação de serviço em saúde. Dentre as respostas identificou-se que a percepção dos *stakeholders* externos está relacionada a aferimento de processo e serviços e atividades desempenhadas no hospital, alguns entendem que faz parte de um sistema do governo, que avalia as instituições, que está ligado ao nível de qualidade da instituição. Neste mesmo pensamento, identificou-se, ainda, que a Acreditação tem o objetivo de melhorar a eficiência do serviço, aperfeiçoar os processos de atendimento, assistencial e administrativo. Outros descrevem como uma metodologia de acompanhamento de indicadores para melhores resultado. Dentre as respostas, foi possível perceber para melhor explicar o que eles entediam de Acreditação Hospitalar, usando como referência a ISO 9.000 (utilizada como certificação de qualidade da indústria), em algumas respostas, utilizou-se explicitamente "Acreditação Hospitalar é a ISO dos Hospitais".

> [...] a acreditação hospitalar faz parte de um sistema ...que avalia as instituições, popularmente se diz como a ISO dos hospitais. Então, entendo como uma certificação que olha esse ponto de vista de cumprimento das normas, tem diretrizes claras para todos os procedimentos técnicos e outros, em que a partir disso você observa se o hospital cumpri ou não, e... depois no final a certificação [...] (SI2).

> Acreditação Hospitalar é a garantia da segurança do paciente desde a entrada dele até a alta hospitalar, envolvendo tanto o paciente, médicos e profissionais da área da saúde (SI4).

> Entendo a acreditação como uma operação de regramento de práticas, parametrização de práticas hospitalares que vai permitir um conhecimento institucional, que vai ser a partir daí, capaz de entregar soluções mais precisas... gerar um conhecimento institucional, isso traz para o colaborador um sentimento [...] de apropriação da instituição, na medida que eu conheço os dados que movem a instituição, positivos ou negativos, isso me traz o sentimento de que eu estou apropriado da instituição, isso me faz gerar engajamento maior, [...] obviamente que ao fim vai trazer uma resolutividade da intervenção mais bem sucedida (SI6).
>
> Acreditação Hospitalar são processos de qualidade e melhorias que visam a segurança do paciente e a qualidade dos processos institucionais ..., a instituição escolhe passar por esse processo [...] (SI8).
>
> Acreditação hospitalar traz um desempenho ímpar para as instituições de saúde que buscam de alguma forma priorizar a qualidade da assistência e... vem correlacionada em todos os processos, tanto da forma assistencial como administrativa e como operacional... trazendo qualidade, resultados, indicadores, promovendo ações de melhorias constantes (SI10).
>
> Eu entendo que acreditação é trabalhar os processos, aperfeiçoar cada processo de todas as áreas envolvendo principalmente o paciente (SI12).
>
> [...] principalmente a segurança, a segurança no hospital é a base pra consequentemente ser, [...] um hospital que é acreditado é visto por várias esferas, seja paciente, políticos da região, seja outros profissionais, como um lugar de confiança, um lugar que funciona, que é seguro e que luta para isso (SI15).

Os *stakeholders* internos em suas respostas, têm a percepção de que a Acreditação Hospitalar está ligada a uma participação voluntária, que permite a avaliação da gestão de qualidade de um serviço de saúde, que inicia a partir da segurança do paciente, envolvendo a relação e fluxo de atividade entre os setores, culminando na gestão de excelência, que envolve a participação de todos os profissionais da instituição, considerando o papel relevante do planejamento estratégico, que contribui para visão sistêmica, envolvimento de todos, gerando engajamento das partes para entregar o resultado final com maior qualidade, maior efetividade na assistência do paciente. Para isso é necessário revisitar os processos, desenvolver fluxo e planos de ação, controle dos indicadores, o que gera uma transformação do modo que o profissional desenvolve a sua atividade dentro e fora do hospital, conforme pode ser observado nos relatos.

A segunda questão busca identificar se os *stakeholders* conhecem o nível de acreditação e qual a representatividade para a saúde pública?

Conforme Dutra (2009), ao se desenvolver a empresa desenvolvem-se as pessoas, e estas, ao se desenvolverem, fazem o mesmo pela organização. Os profissionais que compõem a empresa são diretamente responsáveis pelo desempenho da mesma.

> Nível 3 de Excelência pela metodologia ONA. Representatividade absolutamente

> importante pela relevância da Instituição no contexto regional tornando possível apoiar a gestão pública no desenvolvimento da própria rede... (SE1).
>
> [...] eu acho que a Acreditação é bom justamente para esse melhor entendimento do paciente, ...o hospital tem o nível 3, a gente imagina que seja o nível mais profundo, até onde a certificação, a qualidade consegue atingir dentro dos processos... (SE2).
>
> [...] eu sei que ele está no nível 3, mas como a gente não acompanha de perto qual o escopo da acreditação, para a saúde pública, ele pode representar uma instituição que tem foco no registro e na informação mais detalhada, tu vê que os processos de trabalhos estão documentados, registrados e validados... para a saúde pública tu, através desses registros, pode depois fazer algum tipo de cobrança de que isso aconteça realmente de fato daquele jeito (SE3).
>
> [...] é o nível 3. Acredito que ... são poucos hospitais no Brasil e até mesmo no Rio Grande do Sul que tem esse reconhecimento. A gente acredita que com a evolução do tempo os ambientes hospitalares tenham que evoluir por que as pessoas também evoluem, ... para pessoa enquanto ela está internada lá, quanto a família também acompanha, envolve tudo isso na qualidade do próprio atendimento (SE4).
>
> Acho que é nível 3, e na verdade não sei não qual seria o impacto para o público. Não sei quais as vantagens de o hospital ter essa acreditação. Eu sei as vantagens para o público que utiliza porque são processos padronizados, [...] (SE8).

A percepção dos *stakeholders* externos aponta que o impacto na sociedade e a representatividade para a saúde pública é saber que a instituição presta um serviço gratuito pra comunidade e está sendo nivelada, acreditada com o melhor desempenho existente de avaliação do mercado nacional. Destaca-se, ainda, a percepção de que é muito bom tanto para o hospital quando a população, porque quanto mais engajamento tiver com a segurança do paciente, com padronizações do hospital, melhor será o resultado para a população envolvida. Demonstra preocupação em melhorar os processos, equipamentos e buscar recursos para melhor atender o usuário. Alguns respondentes não souberam explicar qual a representatividade para a saúde pública, o fato de existir na comunidade um hospital com Acreditação Nível 3:

> [...] o nível 3, tu vai aprimorando não só a questão de segurança, mas tu vai qualificando e melhorando os processos, como por exemplo, protocolos que se gerencia dentro das áreas pra tu buscar entender o teu funcionamento e onde tu pode modificar as coisas pra atingir as melhorias que vão beneficiar, não só a equipe como os pacientes, a comunidade como um todo, à medida que tu está certificado... ele vai reverberando para o contexto geral da comunidade, você atende mais pessoas então é um impacto, se nós fossemos analisar ele está diretamente ligado com a qualidade da saúde pública [...] (SI7).
>
> Então nós somos o nível 3, somos o nível de excelência... Com relação a saúde pública, ... eu acho que é todo um diferencial na verdade, que existe um Hospital Geral antes da acreditação e posteriormente depois do processo da acreditação. Então hoje nós conseguimos realmente analisar, qualificar, sermos... prestarmos uma atenção integral ao paciente, dando toda a assistência de segurança, as questões clinicas do paciente, fisiológicas, biológicas, psicológicas e sociais ainda desse paciente, por toda a equipe multiprofissional treinada, capacitada, com essa visão realmente de qualidade, de segurança com processos alinhados que daí esse resultado muito positivo que nós vemos hoje, menores tempos de internação, resolutividade, o

> paciente sendo satisfeito [...] (SI8).
>
> [...] nós estamos no nível 3, que é um nível de excelência, ... a representatividade é extremamente positiva e significativa porque eu acredito que a instituição mais do que um certificado na parede, ela buscou realmente aquilo que a gente diz que a gente faz, a gente concretize nas nossas atitudes do dia a dia. ... hospital totalmente SUS e pela mídia e pelo país ter um SUS precário, ele é importantíssimo porque mostra o outro lado do SUS, aquele SUS que dá certo, ou seja o Sistema Único de Saúde é um sistema fantástico só que ele é mostrado de uma forma totalmente negativa, através da Acreditação tu tens a oportunidade de mostrar os processos de uma forma positiva, mostrar o que funciona, mostrar como é que a gente pode todos os dias aperfeiçoar melhor, não significa que não temos problema, significa que a gente detecta os problemas e procura trabalhar neles, isso a Acreditação vem resgatar (SI9).
>
> Nós somos nível 3, nível de excelência preconizado pela organização nacional de acreditação, é um extremo orgulho e satisfação que trabalho num hospital, no SUS que dá certo. Isso emociona qualquer funcionário que trabalha aqui. Nas andanças e muitas vezes a gente em uma viagem, em uma auditoria que é feita, no próprio jornal a gente assiste, nas mídias sociais a gente vê muito aquele SUS que tem fila, aquele SUS que os pacientes estão desde a meia noite pra conseguir uma consulta de tarde ou final de turno da manhã e aqui é gratificante ver que é uma realidade totalmente diferente. O Hospital Geral de Caxias do Sul é um exemplo para a região, para o Estado, para o nosso país. É um case de sucesso. Isso aqui me emociona bastante e não tenho dúvidas que se a nossa saúde pública hoje fosse vista como a gente tem aqui, esse atendimento dentro do hospital não tenho dúvida que teríamos uma qualidade de atendimento, de dignidade para a comunidade (SI10).
>
> Hospital é nível 3, e isso representa uma melhoria de qualidade no atendimento da saúde pública. Somos um hospital que tem um atendimento padronizado que segue protocolos, que buscar melhoria constante e isso reflete no atendimento da população (SI13).
>
> Sim, nível 3... isso acaba mostrando para a sociedade e para quem trabalha também, porque existe uma teoria que as pessoas acham que o SUS não funciona, que no SUS os médicos e a instituição não tem vontade de atender, a gente vê na cultura popular muito isso, então o nível 3 o nível de acreditação que seja, isso mostra e toda aquela instituição está engajada no melhor atendimento ao paciente, que o paciente pode fazer o seu atendimento e saber que lá dentro ele vai ter o melhor atendimento, mesmo sendo SUS, ele está sendo tratado como se trataria em uma outra instituição privada do mesmo nível de acreditação, então acho que isso mostra realmente a confiança do cliente naquele serviço (SI17).

Na percepção dos *stakeholders* internos a representatividade para a saúde pública está ligada à garantia de segurança do paciente, envolvendo todos os profissionais, visando minimizar diariamente os gargalos e as dificuldades, pois a atuação tem foco na melhoria contínua. Ainda se percebe nas respostas que todos se identificam “nós somos nível 3”, não necessariamente identificando que o certificado da Acreditação Hospitalar seja somente para o Hospital Geral, e sim estendida a cada profissional da organização.

Os *stakeholders* internos prontamente responderam que é nível 3 e os externos, alguns não souberam exatamente, porém, citaram como nível máximo, por entenderem que o Hospital de destaca e anuncia o seu grande diferencial. No que se refere à representatividade para a saúde pública, novamente os *stakeholders* internos (SI) imediatamente entendem que a partir de

padronização dos processos é possível otimizar o atendimento e consequentemente repercutir na saúde pública.

Segundo Cardoso (2009) no ambiente organizacional, os gestores são um elemento importante, pois, enfrentam desafios utilizando-se das experiências anteriores, dos resultados produzidos na solução de outros problemas para agir e tomar suas decisões. Essa forma cíclica de aprendizagem refere-se ao poder de reflexão dos profissionais. Melo (2014) ressalta a importância e o impacto que representam as ações dos empresários para a sobrevivência ou mortalidade das suas organizações. As diversas causas apontadas nas pesquisas como fatores que contribuem para a elevada taxa de mortalidade das empresas têm origem, em sua maioria, nas decisões ou indecisões desses empresários (SILVA; SILVA, 2011). Diante deste contexto, entende-se que os gestores e empresários, influenciam e atuam diretamente nas mudanças organizacionais e no desempenho das organizações.

Ainda sobre aprendizagem, a terceira pergunta buscou identificar se a Acreditação Hospitalar agregou aprendizado ou benefício individual ou para entidade.

> [...] eu não me sinto aqui vendo a questão do planejamento, enfim, como parte integrante desse processo, acredito até que a gente poderia participar mais, ... acho que eu podia dizer assim também que a Acreditação do Hospital Geral não tem influenciado até o momento, ... talvez esse trabalho possa ser justamente a ponte entre a Acreditação, a consequência da eficiência que tem no hospital e que a gente possa levar essa cultura pra outros prestadores do SUS.... a gente entende que a região da Macroserra é privilegiada porque tem um hospital de excelência com 100% SUS como o Hospital Geral, ... se vê também por se tratar de um hospital escola e por ter alta tecnologia nesse hospital ele deveria ser objetivamente um hospital de alta complexidade, resolutivo pra região ... que ele possa ter mais leitos dispensados pra procedimentos cirúrgicos, enfim de alta resolutividade (SE2).
>
> Não agregou porque a gente não participa desse processo infelizmente. Se a gente participasse mais ativamente do processo de acreditação daí iria agregar (SE3).
>
> Sinceramente para o nosso trabalho não... a forma como a gente age não influência, mas a forma como a gente percebe o hospital sim, como se percebe os funcionários, [...] Como a gente é recebido, é diferente. Eu acho que mais é só questão de conduta [...] (SE13)
>
> Não, para fins do nosso trabalho lá não, obviamente que no momento em que o hospital vai melhorando a qualidade dos seus serviços, isso é importante para os usuários, isso acaba tendo um retorno, digamos assim, ... a avaliação que a população faz em geral do trabalho do hospital é sempre positiva [...] (SE15).

Os *stakeholders* externos não percebem que tenha agregado aprendizado. Inclusive os representantes das secretarias de saúde do município e do estado, além de não agregar aprendizagem acreditam que poderia melhorar em algumas deficiências que existe na regulação de acessos de pacientes ao hospital, quanto no desenvolvimento contratual. Importante destacar

que, apesar de não identificarem aprendizado, todos os *stakeholders* externos percebem a relevância e a qualidade dos serviços prestados pelo Hospital Geral.

> [...] Eu identifico que a gestão atual, bem como os funcionários que vivem dentro do hospital estão conectados com essa lógica da Acreditação... o processo de Acreditação instalado, nós conseguimos observar ... pela mentalidade que circula nesta mantida, que isso foi incorporado, por além das capacidades individuais que já são de excelência, ... há uma percepção positiva da implantação desses modelos de gestão, a base de certificações (SI1).
>
> O benefício é uma coisa quase que inequívoca e óbvia que acho que o maior benefício é o impacto que isso provoca na opinião pública e faz com que não só o hospital seja, tenha uma leitura diferenciada, como a própria Fundação que abarca o Hospital Geral, ...o principal resultado, é a opinião da comunidade acerca do hospital sendo muito bem visto, na comunidade de modo geral (SI3).
>
> Talvez seja a experiência no Hospital Geral que mais agregou. Poder trabalhar em um hospital que domina o alinhamento dele foi o principal instrumento para que eu me sentisse motivado a apresentar soluções, a destinar um pouco do meu ócio, de prospecção de ideias na direção do Hospital Geral, de tentar apresentar soluções de movimentar com bons argumentos, junto universo solidário para trazer coisas para o Hospital Geral. Muito importante para mim, eu hoje sei com toda a clareza quanto custa o Hospital Geral por mês, eu sei o quanto a moeda SUS paga, eu sei a janela que a gente tem que preencher com outras iniciativas para que o Hospital Geral se mantenha viável [...] (SI6).
>
> [...] primeiro que a Acreditação te desacomoda, ela faz tu buscar novos processos de trabalho, ela te movimenta para buscar mais conhecimento, ... buscar aperfeiçoamento, ela te faz com que tenha uma visão sistêmica, ... eu costumo usar um termo entre o meu grupo que é: "somos todos um quebra-cabeça, onde cada pessoa com o seu tamanho de peça diferentes, no final monta um grande quebra-cabeça". ..., ela faz com que esse movimento todos os dias tu busque melhorar os processos de trabalho e isso é fundamental (SI9).
>
> [...] não tenho dúvidas que houve um crescimento fantástico pra todos os profissionais que estão aqui desde o início. Estou aqui desde o diagnóstico e com certeza, essa busca pela qualidade, pela acreditação trouxe para os profissionais que atuam aqui o despertar do conhecimento... houve um crescimento enorme pra mim que entrei aqui com uma graduação e pós de gestão de pessoas; eu só busquei cada vez mais o meu crescimento e isso reflete no meu atendimento, na minha condução dentro do hospital [...] (SI10).
>
> Acreditação agregou sim, com certeza. Acho que não só na minha área, mas em todo o hospital no geral, aqui a gente percebe uma diferença entre antes da acreditação e depois. Eu verifico ali: trabalhos, processos ficaram mais minuciosos. Que a gente trabalha com mais segurança, ... a metodologia do trabalho e do desenvolvimento das atividades diárias (SI12).
>
> O entendimento é: estabelecer protocolos de rotina serve para tudo na nossa vida, não só na parte de assistência hospitalar, no atendimento com seus colegas, com as parcerias, saber que a gente tem que seguir protocolos de funcionamento é uma coisa que serve para vida da gente e ainda mais para mim como coordenadora... mesmo que um dia eu não trabalhe mais aqui, o que eu aprendo com o processo de acreditação pode ser entregue em outra instituição (SI13).

Novamente identificou-se que o SI entende que agregou aprendizado qualificando as

atividades profissionais dentro e fora do hospital, sendo reportadas para a vida como um todo. A percepção dos *stakeholders* internos ligados diretamente com o processo diário do hospital é de uma cultura que promove visão sistêmica, com metodologia de trabalho, promovendo posicionamento crítico quanto à forma de executar as atividades, buscando sempre a melhoria contínua, evitando desperdício, otimizando o resultado do trabalho e oferecendo assistência de qualidade. Identifica-se que o aprendizado proporcionado pela Acreditação Hospitalar é estendido para extramuro hospitalar, sendo utilizado em outras atividades da vida dos profissionais, tanto na esfera acadêmica, quanto em outros ambientes de trabalho.

Considerando que Cardoso (2009) aponta os gestores como importantes atores que, utilizando-se das experiências anteriores, dos resultados produzidos na solução de outros problemas para agir e tomar suas decisões. Essa forma cíclica de aprendizagem refere-se ao poder de reflexão dos profissionais, alinhado com a percepção dos *stakeholders* internos, identifica-se que há o entendimento do quanto a Acreditação Hospitalar contribuiu de forma efetiva, agregando aprendizado nas atividades diárias com análise crítica.

4.5.2 Percepção credibilidade

Com o objetivo de verificar a percepção dos *stakeholders* em relação à credibilidade, que neste contexto está relacionado à questão financeira, por meio de prestação de contas e disponibilidade de apoio em casos de captação de recurso, considerando o envolvimento para influenciar órgãos públicos ou privados.

A palavra ‘credibilidade’, origina-se do latim ‘*credibilìtas*’ que significa ‘o que é de acreditar, o que é de confiança’, e pode ser conceituada como: atributo, qualidade, característica de quem ou do que é crível; confiabilidade. O prefixo da palavra ‘credibilidade’, ‘cred’, origina-se do latim ‘credo’, que significa: crer, emprestar, confiar, entregar, recomendar, dar crédito, ter por verdadeiro, ter como certo, pensar, julgar, reputar.

Neste momento a pergunta direcionada para os *stakeholders* foi: Qual(is) o(s) serviços relevantes que você identifica no Hospital Geral?

> [...] na verdade, a gente tem que considerar que o Hospital Geral é referência pra vários serviços dos 49 municípios da Macroserra. Então, na verdade, não tem nenhum serviço que não seja relevante lá porque essa é a importância do Hospital Geral (SE2).

> Eu acho que o hospital é de suma importância no contexto geral, não dá pra dizer que a gente poderia abrir mão ou não de determinada área... Ele é um complexo que por si só já dá uma dimensão imensurável, que qualquer parte desse complexo que tu tirar vai fazer falta e qualquer parte que tu implementar vai ser bem vindo (SE3).

> “Eu acho que tanto o corpo clínico quanto o cirúrgico do hospital ele é muito forte sim, mas eu diria também que especificamente se eu tivesse que elencar uma eu diria que o Unacon do hospital, é um serviço assim de grande impacto na região assim, um serviço muito bom (SE5).
>
> Acredito que a parte da oncologia, [...] totalmente faz a diferença. E alguns outros serviços como a clínica médica, em geral [...] (SE6).
>
> [...] Eu acho que é o atendimento em si, o que o hospital oferece pros pacientes porque eu venho de uma realidade do Rio onde os hospitais públicos não funcionam (SE7).
>
> Acredito que vários serviços são importantes, a oncologia é um serviço de primeira linha ... Acho que a gineco obstetrícia também é uma área que tem seu papel importante, da parte do alto risco... E a parte da pediatria também [...] (SE8).
>
> Eu acho que acaba, todos são importantes. Se tratando de saúde nenhum pode ser menos que o outro [...] (SE10).
>
> [...] eu acredito que todos são bons assim sabe, porque um depende do outro (SE11).
>
> [...] como a gente está dentro da área de oncologia, acho que é um setor de muita relevância. Até porque eu sou paciente também, consigo entender qual que é essa necessidade e pelo conhecimento ...como paciente... inclusive aonde nós vamos a referência é a UNACON (SE12).
>
> [...] O hospital inteiro. Eu acho que a oncologia é sensacional, ... Eu não saberia enumerar, ... porque é um atendimento SUS e ... não tem como dimensionar. A gente que vai em todos os setores, todos são importantes, como se fossem tijolinhos, se tirar um, vai faltar (SE13).
>
> [...] primeiro a parte do tratamento de câncer da oncologia, primeiro pela estrutura, se você entrar ali os olhos vendados e você tirar a venda do teu olho, você vai achar que você está no Einstein ... Aí nós temos a parte de obstetrícia, ... que também esse hospital já recebeu certificados ..., amigo da criança, ... Por outro lado, também, tem aqui na área pulmonar, torácica, nós temos aqui os melhores médicos ...no Hospital Geral pelo SUS [...] (SE14).
>
> [...] Eu acho que nos serviços que ele presta ali, todos são de grande relevância pra comunidade, eu não diria que um é mais relevante que o outro [...] (SE15).
> [...] a oncologia é uma área é muito importante pra cidade, ... ah e também o Pravivis. ... acolhe as pessoas que sofreram violência sexual, então é um serviço muito diferenciado [...] (SE16).
>
> O Hospital Geral ele tem vários serviços importantes. Sinto falta de recursos financeiros por parte da União, que algumas cirurgias, ... demoram meses ou anos para o paciente ter esse benefício. O setor de tratamento do câncer e ele é o mais de destaque do Rio Grande do Sul [...] (SE17).

O Hospital Geral tem habilitações em diversas especialidades. Neste contexto, quando questionado qual o setor ou setores que os *stakeholders* entendem que tem maior relevância, na percepção da maioria destaca-se o setor de oncologia, que contribui de forma efetiva no tratamento do câncer, assim como, contribui de forma efetiva no atual resultado econômico. Importante citar que nesta região não há fila de espera para o tratamento do câncer. Destaca-se, também, o Pronto Socorro e o serviço de Gestante de Alto Risco. Porém, é relevante citar que

muitos dos *stakeholders* também entendem que o hospital como um todo é relevante, e que não há como enxergá-lo em partes.

Neste ponto em específico não há diferença nas respostas entre *stakeholders* externos ou internos, a percepção se mantém similar em ambas as categorias. Pode-se confirmar pelas respostas:

> [...] pegando uma oncologia que resolve um problema grande da região, eu diria assim: hoje que é uma área de excelência onde os procedimentos são bastante resolutivos, bem organizados, e ... tem um impacto social gigantesco, ... o Pronto Socorro, o Porta Aberta, isso tem uma importância muito grande pra região, e ele..., eu diria assim, que o Pronto Socorro ou uma Porta Aberta de acolhida e de resolubilidade e uma oncologia. [...] (SI1).
>
> Olha se destaca sim Oncologia, evidentemente, mas eu diria que todos os procedimentos. Desde ... pronto socorro que a porta de entrada, tudo que o hospital faz hoje ele é referência, desse ponto de vista técnico daquilo que é a sua competência em fazer, desde o seu ponto de vista humanitário de outras ações, programas dentro do hospital que visa a humanização, todos eles para mim são importantes e são visíveis para a comunidade (SI2).
>
> [...] para instituição o hospital não presta serviço, mas pra mim, para minha família, para as pessoas com as quais eu tenho relacionamento a coisa que mais identifica o Hospital Geral é o trato do câncer... Essa é a imagem quando eu lembro do HG eu me lembro das crianças, aquela história das perucas, essa é a imagem mais impactante do HG (SI3).
>
> [...] hoje o hospital tem como base a oncologia que é o grande carro chefe, que é um dos pilares do hospital, é onde tem um investimento muito forte a nível de tecnologia, como treinamento e o próprio medicamento. E o outro pilar é a parte Cardiovascular que também é uma especialidade que vem sofrendo bastante modernização e que Acreditação Hospitalar traz um olhar muito especial, nos protocolos, protocolos de dor torácica e assim por diante. Então posso resumir as duas áreas principais do hospital que são afetadas diretamente pela Acreditação são a Cardiovascular e a Oncológica (SI4).
>
> Eu seria injusto em nominar serviços por relevância certo! ... o que mais me chama a atenção no Hospital Geral é o entendimento que a massa que faz o hospital funcionar tem do processo de qualificação e de desempenho do hospital....eu acho é que no nosso hospital a parte de ... enfermagem, cuidados, a parte de gestão, a parte administrativa ela está muito bem preparada para que a parte assistencial termine o seu desembarque na qualificação (SI5).
>
> [...] eu acho que todas as áreas são importantes, eu acho que cada um no seu contexto e na sua forma de operar e de viabilizar o atendimento para o público. Pronto socorro tem a sua importância, o atendimento pediátrico com a sua. ... o centro obstétrico ... Referência de alto risco e que atende uma gama muito grande de gestantes e bebês de alto risco, ... não posso deixar de falar da oncologia,... Seria injusto dizer uma parte A ou B, não tem como, cada uma no seu contexto (SI7).
>
> [...] eu acredito, volto a te dizer o exemplo do quebra-cabeça, o quebra-cabeça cheio de peça e no final tu monta uma peça única. Então destacar um serviço eu não conseguiria, pois na minha visão todos os serviços têm o mesmo nível de importância para o todo e se eu estou falando de hospital, eu estou falando que todos os serviços têm a mesma relevância (SI9).
>
> Eu acredito que a oncologia é a parte mais importante do hospital (SI11).

> A Oncologia e o serviço de Hemodinâmica que foi ...um grande acréscimo para o Hospital (SI14).
>
> UNACOM, a parte da oncologia, a parte do Hospital Amigo da Criança, parte da pediatria, o centro da ginecologia, ah todas as esferas, é muito porque se tu pensar no Hospital Geral, cada área se destaca, é referência em tudo, se tu tirar, com exceção de trauma da minha parte cirúrgica, em tudo que tu pensar em especialidades no Hospital Geral ela se destaca (SI15).
>
> Eu acho que a Oncologia como um todo, que tem uma interação boa para conseguir iniciar os tratamentos, a gente consegue fazer um tratamento 3D para todos os pacientes sendo que muitos serviços que atendem SUS não fazem... (SI14).

Considerando que a credibilidade está relacionada à confiança, na percepção de todos os *stakeholders* ao identificar se haveria um ou mais setores com maior relevância, identifica-se que todos os setores têm relevância, porque o hospital apresenta-se como um conjunto de soluções. No entanto alguns *stakeholders* sinalizam que o setor da oncologia apresenta destaque pela especialidade relacionada e pelo apoio financeiro à sustentabilidade do negócio.

Newell (1993) considera a credibilidade como uma das variáveis que compõe a imagem e a reputação. Para o autor, a imagem relaciona-se ao conceito sobre alguém ou algo apresentado ou projetado por um público, a reputação ao valor geral percebido por um público e a credibilidade a uma variável componente dos termos imagem e reputação, sendo associada à percepção de veracidade, aceitabilidade, honestidade e confiança do público associada a uma informação.

A soma das imagens percebidas dos diversos atores sobre algo ou alguém, segundo Fombrun (1996), compõe a reputação que, por sua vez, influencia e é influenciada pelas variáveis: credibilidade, qualidade/confiabilidade, confiança e responsabilidade. Para o autor, a credibilidade está associada ao cumprimento dos contratos realizados a determinado público, à qualidade e à confiabilidade, à percepção do que é entregue ao público; à confiança, à percepção da solidez e da integridade, à responsabilidade e ao papel dos atores dentro da sociedade.

Ainda neste bloco foi direcionada aos entrevistados a pergunta: Qual a sua percepção referente à prestação de contas e investimentos no HG? A Acreditação Hospitalar teve influência neste processo? Através das respostas dos entrevistados buscou-se entender se o hospital tem transparência e é merecedor de confiança em função da prestação de contas e investimento, ainda identificar se na percepção dos mesmos, a Acreditação Hospitalar tem forte influência na forma e metodologia de prestação de contas.

> Sempre percebi uma preocupação genuína na prestação de contas por parte da Direção

do Hospital Geral. Da mesma forma percebemos muita reponsabilidade na definição de alocação de investimentos.... Creio que esses princípios reforçam a responsabilidade com que o Hospital Geral sempre tratou sua gestão financeira (SE1).

[...] eu não sei se a Acreditação ela leva em conta disso, a prestação de contas, ... a gente tem um acompanhamento da prestação de contas do recurso que é do Estado... Agora os recursos como um todo, eu pelo menos não participei dessa explanação clara de todos esses números. Até para que se possa se necessário, aportar ou direcionar o recurso que sobrou em algum outro lugar..., acho que a Acreditação poderia melhorar também esse instrumento, ... de ficar mais claro, desse acesso, da gente poder mensurar, e poder distribuir esse acesso per capta (SE2).

[...] a gente percebe que a prestação de contas ... na reunião do conselho gestor ela é bem sucinta, porque ela é dessa forma nesse fórum que se apresenta. Ela poderia ser mais esmiuçada, poderia abrir mais as rubricas, enfim aonde são gastos os recursos que o hospital recebe. Como o hospital define essa gestão de investimento, ... isso tá pouco difundido assim, isso a gente não tem clareza e não fica claro pra mim se a acreditação hospitalar em si agrega ou não [...] (SE3).

Com certeza tem por que dentro da acreditação além do atendimento também tem a parte financeira... eu acredito que... a prestação de contas também vem ... pra um modelo moderno em que as pessoas conseguem visivelmente verificar a prestação de contas (SE4).

[...] um hospital mais acreditado seria um hospital mais sério, mais transparente, ... o CID da infeção em si gera menos recurso que a sepse, enquanto existem por aí outros centros pessoas que... burlam, indicam CIDs alterados, para ganhar mais pela internação, aqui no Hospital Geral não acontece isso, eu acho que o reflexo disso é a Acreditação dele (SE5).

[...] com certeza, é muito clara a prestação de contas tanto que a gente tá sempre ouvindo falar, ...tem impacto sim porque se sabe onde é gasto o dinheiro, o dinheiro vai parar... Como acadêmica **c**onsigo enxergar com certeza, hoje em dia melhor [...] (SE9).

[...] Não é um dinheiro escondido ou um investimento que não está sendo feito. Acredito que dentro desse processo que o hospital apresenta, tem interferência da acreditação hospitalar, precisa porque o hospital se torna mais organizado (SE10).

[...] acredito que sim, porque se o trabalho é bem feito as pessoas vão investir mais, nossos governantes federal ou municipal, até mesmo estadual, o trabalho bem feito fica um respaldo para que as pessoas invistam mais, com mais transparência (SE11).

[...] essa forma transparente que a direção tem, a Fundação, enfim todos que a compõem, ... gera confiança. ... eu me orgulho de ver isso e não canso de dizer. ... Acho que quando você tem transparência, isso vem a credibilidade, por certo favorece mais investimentos, favorece a vinda recursos (SE12).

[...] uma coisa é certa, se a tarefa foi executada é porque foi preservado e cuidado bem dos recursos gastos. A acreditação é mais garantida ainda, é dada com mais tranquilidade....um dos argumentos que foram encontrados para que a Universidade assumisse, era a seriedade que tem ... que não é pública, mas ela é comunitária, ... eu confio plenamente e porque nós vivemos em uma época com muita transparência, e qualquer coisa que tivesse errado já apareceria (SE14).

[...] o hospital é isso, ele não só fala, mas faz.... o Hospital Geral é o único, quem sabe da região, do estado, que tem esses equipamentos, através do PRONON, enfim, é por causa que o Hospital Geral tem essa ligação esse elo muito forte com o empresariado, eles não vão dar para qualquer instituição. ..., pela transparência que tem e principalmente pelo forte engajamento da direção, dos funcionários, atendimento

> direto com a comunidade, com o poder público. E isso facilita e muito a conquista de recursos. ... o Hospital Geral ele é mais incisivo na busca de recursos, eles participam, ligam, são proativos e isso faz com que gerem resultados positivos [...] (SE20).

Nos estudos de comportamento organizacional, por exemplo, a credibilidade é tratada de maneira diferente se comparada aos estudos de economia. Enquanto neste a credibilidade atua como variável que auxilia os agentes econômicos a prever melhor as ações da política monetária, naquele, desempenha um papel importante no estabelecimento de relacionamentos de confiança, diminuindo os custos referentes a sua manutenção junto aos diversos *stakeholders* da organização (FOX, 1974; MONTES, 2008).

Os estudos na área de economia definem a credibilidade, segundo Tejada e Portugal (2001, p. 91), como "o grau de crença dos agentes em que os *policymakers* levarão a cabo os planos anunciados". Para os autores, o problema da credibilidade passou a desempenhar um papel central no planejamento e implementação de políticas macroeconômicas, a partir do final da década de 1970, com a publicação de Kydland e Prescott (1977).

A relevância da credibilidade nos estudos da área de economia relaciona-se, principalmente, à probabilidade de sucesso da política econômica e à possível redução de seus custos sociais e econômicos, se tal política é crível. Por essa razão é que, com muita frequência, estabelece-se a hipótese de credibilidade da seguinte maneira: quanto mais crível for uma política econômica para reduzir a inflação, menores serão os custos sociais e econômicos associados a ela (TEJADA; PORTUGAL, 2001).

A percepção dos *stakeholders* externos é favorável pois é possível conferir a aplicação de recursos em investimentos de equipamentos e melhoria estrutural nos serviços ofertados. Apesar da forma de financiamento, há transparência e envolvimento das partes interessadas, por meio de divulgação e entrega das melhorias desenvolvidas. No entanto, cabe destacar que o SE representantes do estado e município, tem a percepção que a prestação de contas poderia ser mais detalhada, principalmente em função do hospital ser considerado regional, e por muitas vezes não conseguir disponibilizar vagas de atendimento para o público a região.

> O Hospital Geral é um hospital bem transparente. A sua equipe de gestores é uma equipe séria e competente, todos os demonstrativos não deixam dúvida nenhuma de que há um acompanhamento na prestação de contas e utilização de recursos, ou devo aqui mencionar, do diretor para baixo, que são equipes sérias... então é positiva essa percepção, não sei mensurar o quanto disso, mas acredito que sim porque a metodologia da Acreditação ela permeia todos os processos (SI1).

> [...] é evidentemente que uma prestação de contas não se faz só com números, mas também com o nível de credibilidade e de confiança que a população tem.... Quanto à percepção referente à prestação de contas e investimentos, ... enquanto Fundação nós temos acompanhado todos os desempenhos financeiros e os evidentemente

também os anexos de investimento e até onde me consta está tudo certo. ....estão sendo feitos de maneira adequada e muito bem amparados, legalmente inclusive (SI3).

Com certeza a acreditação teve e tem influência, mas eu acho que hoje o nosso sistema de financiamento e entendimento da saúde é absurdamente complexo. Hoje nós temos a base do reconhecimento do trabalho das instituições, do trabalho do médico pela tabela SUS e aí situação gerada por uma tabela irreal que é defasada, ...Então fica muito complexo pra quem presta o serviço dizer o quanto gasta pro gestor, ... nós temos que saber realmente, na ponta do lápis todo custo e gasto que nós temos e eu tenho certeza que ... esse gasto investido no atendimento é justificado,...Eu tenho que saber qual é a desproporção entre o que a tabela conhece como trabalho e o que o sistema tem que reconhecer como financiamento e hoje eu vejo isso muito distante, eu não vejo isso claro. ...então eu acho que tem que existir mais do que a transparência, o conhecimento dos custos. Eu acho que essa transparência do hospital ela tende a agregar muito em equidade e poder de negociação... eu tenho que mostrar isso para quem tem o poder de decidir os investimentos, ... o nosso grande desespero do dia a dia é o financiamento, ... e, pior do que isso, é você não ter da outra parte o entendimento de que você precisa de mais, ... Então na minha impressão quanto mais competente for uma instituição no sentido de ter as suas contas abertas, de saber o seu custo você tem como justificar a captação (SI5).

Eu entendo que prestação de contas é uma operação que o Geral vem aprimorando continuamente, até porque o Hospital Geral percebeu que o movimento de aporte financeiro nas mais diferentes esferas, inclusive nesse movimento solidário aumentou, e prestar conta é o grande instrumento que a gente tem para que esse movimento se repita... Primeiro, credibilidade nas suas ações, mas chancelar com uma ação que realmente demonstra a credibilidade sai do texto e vem para o fato. ... Eu acho que isso o hospital tem feito cada vez melhor e acho que isso tem a influência absoluta da acreditação, que construiu uma cultura que a medida que ela primeiramente implantada para segurança do paciente, no primeiro momento, no primeiro nível de acreditação, quando a gente protocola ações na assistência isso vai ecoando como uma cultura para tudo [...] (SI6).

Eu acho que na medida que tu gera confiança na comunidade, na população, tu tem credibilidade através do processo de Acreditação isso se torna transparente pra população que tá envolvida. O meu entendimento é que essa prestação de contas ela é bem transparente, bem acessível que as pessoas entendam, ... Eu acho que tu tem uma mentalidade de crescimento, de estar engajado não só com a questão da assistência, que é muito importante hoje no hospital, mas o ensino, que vem através da ligação com a Universidade, com a fundação de Caxias, [...] (SI7).

Tem sim porque a gente para investir com recursos próprios a gente não tem e a Acreditação trouxe, abriu portas para que a gente conseguisse novos benefícios e equipasse melhor o hospital. Então isso é um ganho muito para sociedade para os pacientes do SUS (SI11).

[...] acho isso muito importante para o corpo clínico, porque eu enquanto médico, os médicos não têm o hábito, não tem uma noção administrativa, ... E mesmo com toda dificuldade que o hospital tem, essa questão da acreditação traz para o hospital isso, de apresentar para nós o que vai ser feito, onde vai ser empregado, o porquê que a gente não tá conseguindo tal coisa e fazer isso de forma sistemática, organizada traz uma confiança para o médico enquanto operador de saúde trabalhar (SI13).

[...] me parece ser uma questão clara, ...acredito que a Acreditação Hospitalar tem influência, porque também da mesma forma todos os processos que são feitos eles precisam responder um padrão, desde o atendimento da higienizadora até o processo mais superior da gestão (SI14).

[...] acredito que acreditação hospitalar tem bastante influência. ... eu vejo muito essa preocupação de ir atrás de investimento, sou de ir atrás de projetos que possam

> aumentar o hospital, não só aumentar um dos setores, mas aumentar o número de serviços que a gente presta. E ampliar ir para áreas novas, que não se faziam antigamente que nem a cirurgia bariátrica [...] (SI17).

Considerando que para Fombrun (1996), a credibilidade está associada ao cumprimento dos contratos realizados a determinado público, à qualidade e à confiabilidade, à percepção do que é entregue ao público; à confiança, à percepção da solidez e da integridade, à responsabilidade e ao papel dos atores dentro da sociedade, identifica-se relação com a respostas dos *stakeholders*.

Segundo Eisend (2006), a credibilidade está relacionada à percepção individual sobre a verdade a respeito de determinada informação, caracterizando-se como um conceito multidimensional que atua como instrumento de avaliação de uma informação, fonte ou transmissor quanto à honestidade.

Conforme Eisend (2006) encontram-se três fatores englobados na credibilidade corporativa: 1. Veracidade; 2. Competência; 3. Agilidade.

Para ao *stakeholders* internos a percepção quanto à prestação de contas é transparente, e é possível conferir que os recursos recebidos, tanto dos órgãos públicos, quanto de projetos com apoio de entidades privadas, de forma transparente são apresentados e executados com criticidade, em reuniões oficiais para as partes interessadas, como também para os colaboradores bimensalmente, o que gera mais credibilidade. No entanto, cabe destacar que o SI5 identifica que o hospital deve investir mais na qualificação quanto ao entendimento de custos (por procedimento ou por setor), desse modo poderia justificar quanto a forma de financiamento, pois assim poderia explicar melhor os custos de manutenção do hospital e, consequentemente, teria mais entendimento por parte das instituições que o financiam, conforme pode ser visto nos relatos.

Outro fator relevante a considerar é que alguns *stakeholders* identificam que a credibilidade do Hospital tem influência da Acreditação Hospitalar, porém o fato de estar vinculado a uma universidade, que atua há mais de 50 anos, que contribui de forma expressiva para o desenvolvimento profissional e da saúde para comunidade também é importante ser considerado.

Ainda sobre credibilidade, nesta etapa da entrevista, a pergunta direcionada para os *stakeholders* foi: Você direcionaria recurso ou influenciaria os órgãos públicos ou privados para direcionar recurso para o Hospital Geral? Comente.

> [...] com certeza, na verdade parte do nosso trabalho é esse, ... Nosso esforço sempre será esse, não só para o Geral... a Acreditação ela facilita isso sim com certeza, porque

> a gente tem que levar em conta a economicidade do recurso, tem que aportar o recurso em algum lugar que seja eficiente, isso é um dos critérios que se utiliza, ... não é a titulação da Acreditação que facilita angariar o recurso é o processo em si... (SE2).
>
> [...] com certeza. Tanto como diretora de um departamento da Secretaria da Saúde como pessoa física, como quem possa vir a utilizar o SUS e quem utiliza o SUS, com certeza disponibilizaria recursos. .... Reconheço que é uma instituição importante, é uma instituição de relevância nacional, não só relevância municipal, está atrelada, está em conjunto com uma universidade também de grande porte, é produto da nossa terra que a gente tem que dar valor [...] (SE3).
>
> Sim, com certeza, ... eu seria um que iria direcionar e peço para direcionar porque tu vê o recurso na prática sendo implementado... (SE4).
>
> [...] Sim, tem aquela campanha da Panvel muito benéfica para o hospital ... claro que não é um investimento direto, mas sempre aconselho [...] (SE5).
>
> Sim, acho que sim. Não só pelo fato de ser 100% SUS, mas de ser 100% SUS com a qualidade acima de outras instituições que [...] (SE8).
>
> [...] com certeza, hoje até mais ... eu vejo também na Panvel que tem o Troco Amigo, que antes eu não dava muita bola, ... convivendo com o hospital e vendo, ... sim com certeza é bem destinado os valores ... A gente mesmo que usa (SE9).
>
> Já fiz, faço [...] o Hospital Geral é uma usina de excelência. Se você for verificar, também, que o nosso curso de medicina da UCS, ele é considerado como um dos melhores da Brasil. ... qualquer político, qualquer pessoa pode investir, pode ajudar, que aqui é o canal (SE14).
>
> [...] sem dúvida principalmente em dois níveis, primeiro a nível da União, os repasses do Sistema Único de Saúde eles estão com seus preços represados a um período significativo de tempo, ... em segundo lugar sempre é importante lembrar que este hospital ele é do estado do Rio Grande do Sul, ele foi transferido a sua gestão, a sua administração para a universidade mediante um convênio, então a responsabilidade pela manutenção desse hospital é do estado e não da universidade, ... quem tem que sustentar o hospital nos serviços de saúde que são prestados para a população é o poder público, é o estado, o município e a união, ...De um tempo pra cá as emendas passaram a ter que ser de custeio por que os hospitais passaram a ter dificuldades com o custeio[...] (SE15).
>
> Bem, eu sou uma pessoa que defende que a gente não deveria viver de emendas parlamentares, ...o que eu defendi inclusive estive em dado momento ... é que a gente possa considerar parcerias público-privadas especialmente para conclusão da obra do hospital [...] (SE16).

No que se refere a direcionamento de recursos, considerando órgãos públicos ou privados, ou como pessoa física, por meio de projetos, todos os *stakeholders* acreditam no hospital e ainda percebem que a Acreditação tem forte influência no desempenho, porém identificam que se faz necessário o desenvolvimento de projetos que agreguem recursos oriundos de outras fontes, além do contrato e convênio com órgãos públicos, dessa forma todos, sem exceção, direcionariam ou influenciariam órgãos públicos para direcionar recurso do hospital, com base na declaração do respondentes:

> Certamente (risos), certamente que sim. Eu acho que pela importância que o hospital tem hoje no que diz respeito ao atendimento da quinta regional aqui, são 49 municípios em atendimento e tudo mais. ... o hospital tem um corpo clínico hoje muito engajado com as causas do hospital e que está em constante crescimento e eu acho que o hospital tem um potencial enorme para crescer, para desenvolver, [...] (SI7).
>
> Com certeza porquê ... eu sei como o recurso é aplicado, eu tenho o conhecimento de onde foi gasto cada parte do que a gente recebeu e eu presto conta desses valores, então para mim é um orgulho muito grande estar fazendo essa prestação de contas porque eu sei onde está indo (SI11).
>
> Com certeza. Como o hospital depende principalmente de verbas do estado ou do município, e até mesmo a federal nos convênios, eu acho que sim. Se a gente tivesse, se eu tivesse a possibilidade de fazer um contato com alguém, eu solicitaria recursos para ajudar o hospital. Porque acredito no hospital, é transparente a forma que ele faz. E o hospital desde a inauguração, só veio a ajudar os usuários do SUS de Caxias e da região[...] (SI12).
>
> Sim. Todos nós enquanto população, por mais que tenhamos saúde suplementar e pagamos plano de saúde, todos nós somos usuários da saúde pública... eu me internaria no Hospital Geral, com tranquilidade. Porque eu sei que eu vou ser bem atendida, eu vou estar dentro de um processo protocolado de atendimento e tal. [...] porque não tentar recursos para cá, eu não sei o dia de amanhã, e se um dia eu precisar (SI13).
>
> Sem sombra de dúvida, a gente tendo acesso às pessoas é um serviço de credibilidade, então acho que seja apoio financeiro, particular, seja de entidade, seja de política, sempre que pedirem uma referência, o Hospital Geral é uma instituição que dá credibilidade para isso, que tu sabe onde vai ser investido o dinheiro a gente na Oncologia nós tivemos vários exemplos disso, então o dinheiro entra e ele é investido em determinada situação, dinheiro não fica parado (SI14).
>
> Sem dúvidas, eu trabalho aqui eu poderia muito bem, ... investir mais no ... horário privado, consultório particular, que financeiramente é muito mais atrativo para mim, mas eu não largo mão desses meus horários aqui, porque eu penso assim: também não é uma doação por que eu recebo para tá aqui mas, eu faço a minha parte aqui dentro justamente por isso. ... publicamente falando, não tenho dúvidas e que eu sempre apoiaria ao hospital a investira no Hospital Geral, ... de tudo que eu participo, se fosse um lugar que eu pudesse apoiar ou orientar alguém apoiar seria Hospital Geral, sem sombras de dúvidas (SI15).
>
> Sim. Porque o hospital tem uma boa gestão. Carência por ser 100% SUS, mas que por exemplo assim, se consegue fazer uma excelente gestão (SI16).
>
> [...] Eu acho que isso é bem pertinente, justamente por ver que o hospital se preocupa em ampliar [...] é sempre ampliar leitos, equipamentos mais modernos, sempre visando o resultado final e visando uma melhor qualidade de tratamento para o paciente (SI17).

Os *stakeholders* internos percebem a necessidade da constante busca de recurso para a manutenção do hospital e consequentemente investimento em atualização do parque tecnológico e reformas para melhorar a entrega dos serviços realizados. Neste contexto se posicionam de maneira extremamente favorável para influenciar órgãos públicos e privados para contribuir em projetos do Hospital Geral, como pode ser conferido nas respostas.

Considerando a definição de Eisend (2006), identifica-se na percepção dos

stakeholders que o hospital em estudo apresenta os três fatores englobados na credibilidade corporativa: veracidade, competência e agilidade.

4.5.3 Percepção resolutividade

Nesta categoria buscou-se identificar a percepção dos *stakeholders* quanto ao desempenho do Hospital a partir da resolutividade na ordem econômica e de atendimento. As questões foram feitas com critérios de tratamento ofertado, na sua totalidade, quanto à acolhida e farmacológico. Ainda buscou-se identificar se o fato de ser um hospital 100% SUS, o tratamento oferecido seria inferior em relação ao praticado em outros hospitais de Caxias do Sul, particulares ou filantrópicos, considerando sempre se a Acreditação teria influência sobre o desempenho.

No Brasil, o Ministério da Saúde utiliza o termo 'resolubilidade' e o apresenta como diretriz do SUS, definindo-a como "a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível da sua competência" (BRASIL, 1990).

Para Campos (1988), pensar sobre resolutividade pressupõe considerar a correlação entre os serviços e os objetivos para os quais foram criados. Ao considerar o limite de competências de cada serviço, outros autores definem que a resolutividade de cada serviço está no fato destes estarem bem preparados para atender as necessidades de sua população, mesmo que isso signifique encaminhá-lo para outro serviço para continuidade do cuidado (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

A organização dos serviços de saúde em níveis assistenciais que possuem papeis distintos, porém complementares, tem o objetivo de concretização da integralidade e resolutividade do sistema como um todo (TORRES et al., 2012).

Para identificar a percepção dos *stakeholders* em relação à resolutividade do atendimento, foi direcionado a seguinte pergunta: Qual a sua percepção quanto aos pacientes tratados no Hospital Geral? A Acreditação Hospitalar teve influência neste processo?

> Creio que o processo de acreditação colaborou e continua colaborando com a melhor organização dos serviços em torno do paciente, busca pelas melhores práticas de segurança e provocações positivas para melhorias e inovações no tratamento assistencial. Acredito que hoje, de forma geral, os pacientes do Hospital Geral são tratados com o mesmo padrão de qualidade de centros privados de excelência existentes nos grandes centros do País (SE1).

[...] pode-se trazer aqui a questão de ouvidoria assim, que não tem muita reclamação de pacientes tratados, ... hoje se tu for considerar um montante de atendimentos tu não tem 10 ouvidorias no ano, ... porque com a Acreditação o processo de trabalho tu torna mais resolutivo e mais eficaz, as vezes os municípios relatam, “ah dificuldades da gente ter acesso ao Hospital Geral, mas depois que tu tá lá dentro é excelente, é ótimo” ... além da ouvidoria é dos gestores das reuniões de CIR e a reclamação deles é muito mais sobre o acesso [...] (SE2).

[...] A gente tem pouquíssimas demandas de ouvidoria em relação a atendimento. A gente tem muitas ouvidorias em relação a demora do atendimento, mas quando o paciente já está lá de fato sendo atendido dificilmente a gente tem um apontamento de que não foi bom, [...] eu acho que isso é reflexo da acreditação, ... a nossa dificuldade hoje em saúde pública é chegar; [...] mas isso é entrave do sistema como um todo, não do serviço (SE3).

[...] um dos motivos que eu escolhi fazer residência aqui no Hospital Geral é porque é um hospital de qualidade, tanto clínico quanto cirúrgico é excelente assim e eu acho que os pacientes de_uma forma geral são bem tratados e eu falo isento da minha posição como funcionário e residente daqui, é uma opinião genuína, [...] a grande maioria dos pacientes são muito bem tratados, [...]Eu particularmente, tenho orgulho de dizer que sou residente do Hospital Geral (SE5).

[...] o tratamento aqui, levando em consideração que nós somos 100% SUS, tem muita coisa que falta, mas que mesmo assim a gente consegue compensar com algumas outras formas. ... Eu acredito que a acreditação tem influência sim, porque querendo ou não, a acreditação é um incentivo para nós. Então temos as metas a serem batidas, [...] (SE6).

[...] é muito raro tu ouvir um paciente reclamando do serviço. Normalmente quando o paciente recebe alta ele agradece, diz que foi bem tratado, que foi muito bem. ... Eu acho, enfim, a acreditação tem total influência, porque manter a acreditação é um benefício para o hospital... é manter essa qualidade (SE8).

[...] no tratamento do câncer, ... quando o pessoal entra no HG, a coisa anda, entende? A gente vai ver resultado assim de imediato, não tem aquela fila de espera, ... diagnosticado com câncer ou com metástase a coisa funciona assim. E eu acredito que por ter essa Acreditação é que a coisa anda assim certinho (SE11).

[...] o que nós sentimos, a paciente vem e é bem nítido o diálogo do médico com ela, porque elas sabem dizer tudo que o médico explicou. ... Com certeza a acreditação ... trouxe mais técnica, processo, protocolo, isso também traz a equipe médica para uma responsabilidade maior, compromisso maior [...] (SE12).

[...] as referências são sempre muito elogiosas, é raro surgir algum problema, ... a gente vai atrás da informação para as pessoas, depois elas ficam contentes e ainda acabam elogiando o hospital. A Acreditação Hospitalar tem influência claro que sim, porque se o hospital está qualificando seus serviços isso vai ter reflexo na atenção à saúde das pessoas (SE15).

[...] A reclamação que eu escuto é para chegar no hospital, para o acesso... uma realidade na nossa cidade, que nós temos a falta de leitos... se gente observa a reclamação não é do hospital, mas até chegar lá... Quando as pessoas são atendidas e chegam lá no hospital, desde a portaria a gente vê somente elogios. ... é hospital escola que as pessoas além de aprender, se interagem com a população e abre a porta para iniciativa da população, por exemplo, médicos do sorriso, ... Isso gera credibilidade para o hospital, que é o diferencial e principalmente dos funcionários, porque observo que os funcionários gostam de trabalhar no hospital. A gente não vê reclamação, [...] (SE17).

A percepção de todos os *stakeholders* foi de que não há diferença no tratamento, pelo contrário, a maioria, *stakeholders* externos e internos, entendem que a qualidade desenvolvida por meio da Acreditação, associada à forma humanizada de atendimento pela equipe do hospital o tratamento apresenta-se até superior se comparado com outros hospitais, não só de Caxias do Sul, mas do Estado.

> [...] a gente tem conhecimento que o próprio hospital fornece pra nós, que o nível de satisfação é bem elevado, passando dos 90% ... Então a satisfação é igual, não só atendimento correto, mas o atendimento que resolveu o problema... um hospital acreditado... gera um indicador de satisfação, porque gera resolução do problema (SI1).

> Acredito que sim, a acreditação ela está associada a todo um processo. Inclusive não é só gestão é padronização de normas, enfim, lá na ponta está aquele que precisa do cuidado por questão de saúde, então entendo dessa maneira. ... tem toda uma equipe de profissionais em todas as áreas que atuam ali dentro que são referências e destaque (SI2).

> Sem sombra de dúvidas. ...a minha percepção do paciente está em nossos índices de 96% de satisfação elevado, ... se você tem protocolos, rotinas estabelecidas pela Acreditação, você tem menor índice, menos chance de erro médico, de erro de enfermagem e isso o paciente enxerga quando ele coloca o hospital com índice 96% de satisfação, essa é a visão do paciente... ele vai sentir toda a eficiência [...] (SI4).

> O paciente do Hospital Geral na sua essência é muito bem acolhido, cuidado e muito do que é a qualidade do acolhimento e a qualidade do cuidado e que às vezes as pessoas podem pensar que seja algo intuitivo ou empírico... acho que isso nada mais é do que a melhor expressão que a acreditação é capaz de construir. Uma cultura de bem acolher, de bem cuidado, porque mesmo as pessoas que às vezes não acreditam nisso, elas conseguem com o tempo perceber que o risco maior que a gente corre de fazer coisas regradas, baseadas em parâmetros sistemáticos a despeito de quem seja, de como seja, e que condição social tenha, o risco que a gente corre é o risco de ser reconhecido positivamente por isso e aí a cultura começa a se tornar algo enraizado na instituição [...] (SI6).

> Eu acho que o atendimento é de altíssimo nível, independente da área, ... eu acho que para um atendimento SUS o Hospital Geral está muito bem servido, e se percebe que os pacientes saem daqui bastante satisfeitos com o atendimento de modo geral **...** acho que a Acreditação nos ajuda a ... passar de uma forma mais clara para um paciente ... acho que a Acreditação contribui sim (SI7).

> [...] Então toda essa organização de processos de protocolos gerenciáveis, de uma assistência realmente direto ao paciente e visando a humanização que é algo muito forte dentro da instituição junto com processos de excelência, com certeza o paciente percebe, se sente acolhido e seguro dentro do seu serviço no qual ele está, então com certeza a percepção dele é muito positiva com relação a instituição, ... eu vejo a satisfação dele estar aqui e as manifestações claras ... que ele sente muito bem dentro da instituição (SI8).

> Eu sempre percebo que o profissional que atua na área da saúde ele é um profissional [...] e os profissionais que estão atuando aqui dentro do Geral a gente vê nitidamente o carinho, o zelo e essa empatia que a gente tanto fala. ... a gente pode ter os melhores medicamentos, os melhores materiais, mas se o humano não conseguir olhar esse outro humano de uma forma acolhedora talvez não se esteja fazendo bem aquilo que foi proposto [...] (SI10).

> [...] eu acho que os pacientes são muito bem tratados. São muito bem orientados, eu acho que acreditação trabalhou muito nisso, na questão de um protocolo de atendimento, mas principalmente na comunicação médico paciente. ... eu acho que o grande ganho foi a comunicação médico paciente, [...] (SI13).

> Tem influência, porque também é tudo protocolar, ... vejo essa rotina bem tranquila, o que acho que a acreditação não tem como ter acesso é realmente essas incorporações de drogas novas, que depende de outros valores e que não é no SUS em geral que a gente tem deficiência (SI14).

> [...] o Hospital melhorou depois que o hospital quis acreditar, não só a nível 3, desde o início desse movimento ..., eu vejo que o nível de tratamento do Hospital Geral, apesar de ser 100% SUS, dá para comparar sem sombra de dúvidas com hospitais privados de muito boa qualidade também, com certeza acreditação fez isso aí ficar cada vez melhor (SI15).

> [...] eu acredito que a gente consiga atender aquilo que o paciente espera ou até mais [...] a vinda da acreditação hospitalar só nos fez assim perceber que a gente tem pontos positivos e que a gente pode investir em cima disso, que o paciente vai continuar se beneficiando tendo um tratamento com uma menor toxicidade e ao mesmo tempo que tem pontos que a gente sempre tem que melhorar (SI17).

Na percepção dos *stakeholders* internos o tratamento é de excelência, mesmo sendo um hospital 100% SUS, a estrutura, os serviços e a medicação ofertada são muito elogiadas, em função da padronização de processo, com protocolos e principalmente pelo acolhimento humanizado por parte dos profissionais da instituição.

Assim, a análise da resolutividade dos serviços deve considerar a sua organização e atribuição por níveis de atenção e pode ser avaliada por dois aspectos: internamente, através da sua capacidade de atender a demanda e referenciar as pessoas que necessitam de atenção especializada e, também, dentro da rede de saúde, considerando desde o atendimento inicial do usuário até a sua resolução em outros níveis de atenção à saúde (TURRINI; LEBRÃO; CESAR, 2008).

Considerando que os hospitais do SUS geralmente apresentam condições extremamente limitadas, sendo o Hospital Geral 100% SUS, nesta etapa, buscou-se identificar a percepção dos *stakeholders* a partir da pergunta: O atendimento no Hospital Geral tem diferença em relação aos demais hospitais de Caxias do Sul? Comente.

> [...] Tu identifica sim diferenças de estrutura, de equipe, de serviços ofertados entre um hospital e outro, ... O que se observa é que tem uma estrutura diferenciada, inclusive se comparar hoje a estrutura física do Hospital Geral com os outros hospitais SUS eu acho que ele tem uma estrutura melhor, ele está melhor equipado internamente, ele está mais organizado [...] (SE3).

> [...] acho que aqui a gente dá um pouco mais de atenção, ... é algo mais tocado. ... eu não sei dizer, os outros hospitais são bons, mas o nosso eu considero um pouco melhor, [...] (SE6).

> [...] o acolhimento que os funcionários dão para os pacientes. Isso tem sido referido

> por todos ... é uma coisa fora do comum em se comparando com os nossos colegas aí de atuação, os outros hospitais; ... nós hoje já estamos sendo referência e isso é um tema comentado inclusive pelos próprios profissionais da saúde, pelas pessoas, profissionais que lidam com os médicos, enfim... Por ser 100% SUS eu não vejo diferença nenhuma, pelo contrário (SE7).
>
> [...] privados tem a questão de hotelaria, é um outro investimento, existe um investimento em cima disso que o hospital 100% SUS infelizmente não tem como ter uma hotelaria, [...]. Mas como relação aos outros hospitais, hospital SUS... o Geral tem isso muito organizado, muito bem colocado, [...] eu pude conhecer, alguns em outras cidades, sim está acima do esperado. Tem uma diferença, mas é positiva [...] (SE8).
>
> [...] eu vejo, eu já estive no privado também, já estive em outros hospitais públicos e eu penso que o Hospital Geral esteja num patamar bem alto, não dá pra dizer que é um hospital público, ele é um hospital muito organizado, a gestão do hospital é muito, muito criteriosa no sentido de manter o hospital numa linha de segurança, de interligar os funcionários com os pacientes para estar tudo dentro... ele é muito diferenciado, eu não digo aqui dentro que é um hospital público (SE9).
>
> [...] o Geral ele acaba se destacando nessa parte SUS e ele acaba ainda chegando perto de um hospital particular em certas partes, [...] (SE10).
>
> [...] quando se trata da parte de atendimento oncológico as pessoas dizem "no privado não é tão bem atendido" ...pessoal destaca muito a qualidade do atendimento oncológico em Caxias [...] (SE16).
>
> [...] o Hospital Geral [...] É sempre o primeiro a tudo, e aí que é o diferencial. E o atendimento dele é diferenciado sim e em muitas questões, por exemplo, o tratamento oncológico. ...talvez é por essa acreditação que tem do hospital é que as pessoas recorrem como primeiro atendimento, [...]. A gente escuta do Hospital Geral, só questões positivas, que o tratamento humanizado é ofertado pelo hospital (SE17).

Para os *stakeholders* internos a percepção é equivalente, considerando que a qualidade é evidente, mesmo comparado com os demais hospitais da cidade.

> [...] o hospital se diferencia não só pelo fato de 100% SUS, ... Se diferencia por aquilo que ele se propõe enquanto instituição. ... eu acho que a causa da qualidade é outra independente do ser 100% SUS. ... eu vejo, que no atendimento não há diferença. Eu acredito, que aí a acreditação passa a ter valor. Por ali você tem que seguir protocolo, seguir regras, e não interessa quem é e de onde vem [...] (SI2).
>
> [...] você vai se igualar aos melhores hospitais, prova disso se nós pegarmos o nível 3 da Acreditação no estado do Rio Grande do Sul são 5 hospitais e 3 são a Unimed. Então nós podemos garantir que o mesmo tratamento fornecido ao paciente dentro do Hospital Geral ele vai ser feito dentro da Unimed, ressalvando obviamente algum medicamento de extra custo... o HG faz um atendimento diferencial dos demais públicos, [...] a gente vai sempre pela boa prática e pela excelência no atendimento isso é um diferencial em todo o Brasil (SI4).
>
> Acho absolutamente, e ele é diferente por ser melhor...ainda que se viva uma dificuldade óbvia que nos coloca em uma dificuldade que é particularmente no nosso contexto, ...o que gera a essência da satisfação é o cuidado humano, por mais que tu tenha uma tecnologia disponível, se não existe uma escolta afetiva, consistente, o desfecho de satisfação ele não acontece. Mesmo tendo sido apresentado uma dificuldade, e esse é um talento que as pessoas tem que ter na área da saúde, ... mesmo quando tu vai dar uma má notícia para o paciente, tu tem que ter o talento... para que

> ao final daquela consulta o paciente ao ser apresentado a uma má notícia saia melhor do que quando ele chegou. E eu acho que isso na essência, ... do hospital isso é preponderante, muito pela ação acadêmica aqui dentro, os alunos colaboram muito para que isso aconteça. ... E é diferente justamente nessa escolta, dentro do âmbito técnico afetivo (SI6).
>
> [...] eu acredito que o hospital talvez se sobressaia um pouco mais na questão humana ... a gente tem pessoas aqui dentro extremamente comprometidas, tem pessoas aqui com um carinho muito grande pelo hospital ... consegue não só dar o remédio, o atendimento de enfermagem, o atendimento médico, se consegue ver nele outras necessidades..., inclusive uma palavra, um carinho, um orientação, um direcionamento pra ele que as vezes fica percorrendo a rede inteira e ninguém consegue ajudar naquilo que ele precisa, tem coisas por exemplo que só o Hospital Geral dá pra um paciente e os outros hospitais não dão, e não é nem verbas públicas, [...] (SI9).
>
> [...] o profissional que está dentro do Hospital Geral ele é um profissional diferenciado. A gente tem aqui algo que muitos não conseguem compreender que é o pertencimento. ... com certeza um diferencial no atendimento por ser aqui um hospital 100% SUS e por ser um hospital acreditado também e digo não somente pelo paciente, ser um paciente que não está em um convênio ou no plano de saúde, ...porque o atendimento no SUS é igualitário e é com equidade [...] (SI10).
>
> [...] eu já estive em outros hospitais e tem diferença sim, inclusive o meu neto foi tratado aqui logo que nasceu e minha filha elogiou muito o hospital e isso que faz já bastante tempo, então tu imagina hoje, com tudo o que melhorou lá dentro. ... tem diferença para melhor (SI11).
>
> Tem uma diferença básica, que o funcionário daqui é diferente ... os funcionários têm um atendimento com paciente e com o médico de uma outra forma. ... eu vejo o funcionário daqui, muito mais educado, que está feliz de estar aqui, um funcionário que sente orgulho de estar aqui, eu não percebo em algumas instituições, ... Essa é a grande diferença que eu vejo aqui, o humano daqui é diferente do humano de alguns hospitais (SI13).
>
> [...] a diferença que pode ser feita é a estrutura física mesmo, porque estrutura pessoal não faz diferença, comparando inclusive com algumas situações particulares eu me sentiria mais tranquilo em me tratar no SUS do que em algumas situações particulares da cidade, ... a diferença vai ser só de estrutura física por um hospital particular ...inclusive comparando ...ainda tem o ganho dessa credibilidade no atendimento (SI14).
>
> [...] em termos de atendimento, claro que em recursos você pode pegar hospitais privados com materiais, alguns mais de última geração, mais modernos, a estrutura em si, mas em termos de qualidade de atendimento, inclusive eu posso botar assim, a parte física não só humana é melhor que a maioria dos privados de Caxias não sei se é o melhor, mas que alguns privados com certeza é, [...] (SI15).
>
> [...] eu acho que o Hospital Geral tem pontos muito positivos que se tu comparar com outros hospitais de atendimento SUS não conseguem dar qualidade de atendimento que a gente dá, ... são coisas que é muito difícil tu conseguir encontrar no outro hospital que tenha 100% SUS e às vezes até no plano tu não consegue (SI17).

Considerando o atendimento no Hospital Geral tem diferença em relação aos demais hospitais de Caxias do Sul e ainda se a Acreditação Hospitalar tem influência, alguns *stakeholders* consideram que a diferença está relacionada à estrutura e hotelaria, principalmente se comparado com hospitais privados. Identificam que o atendimento humanizado e a gestão

destacam fortemente, mesmo comparado com outros hospitais que também são certificados com a Acreditação Hospitalar. As respostas dos *stakeholders* está diretamente relacionada com os autores Turrini, Lebrão e Cesar (2008), pois pode ser avaliada nos aspectos: da capacidade de atender a demanda e referenciar as pessoas que necessitam de atenção especializada e, também, dentro da rede de saúde, considerando desde o atendimento inicial do usuário até a sua resolução em outros níveis de atenção à saúde.

4.5.4 Percepção humanização

No desempenho organizacional não financeiro é importante considerar os dados não tangíveis, que neste contexto buscou-se identificar a percepção dos *stakeholders* sobre o atendimento realizado pela equipe assistencial, que com base na literatura são os principais profissionais que contribuem para o sucesso da implantação da Acreditação Hospitalar, assim como a percepção se comparando o hospital com os demais atendimentos SUS do Brasil.

Por meio da criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que vigorou entre 2000 a 2002, o tema da humanização em saúde é formalmente inserido na pauta institucional do Ministério da Saúde. Tal programa propôs, inicialmente, a criação de comitês de humanização nas instituições hospitalares almejando, num primeiro momento, a ampliação na qualidade da atenção e do serviço prestado ao usuário (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Segundo o Ministério da Saúde, “humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética”. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer no corpo, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro, palavras de seu reconhecimento.

O processo de humanização do trabalho hospitalar implica uma série de dimensões organizacionais, institucionais, profissionais e pessoais, e cabe aos usuários do Sistema Único de Saúde, questionar e avaliar as regras que restringem o acesso e a participação de famílias e usuários, proporcionando formas mais abertas e livres de interação com o hospital.

No cenário hospitalar, ao analisarmos o compromisso com o usuário que sofre e com os cuidadores, verifica-se que humanizar a assistência hospitalar implica em dar lugar tanto à palavra do usuário quanto à dos profissionais de saúde, criando uma rede de diálogo, a fim de promover ações, programas, campanhas, políticas assistenciais a partir de solidariedade, respeito, reconhecimento mútuo e dignidade ética.

Nesta categoria buscou-se identificar a percepção dos *stakeholders* quanto à

humanização no contexto geral, em projetos, recursos humanos. Foi questionado, primeiramente, a percepção em relação ao atendimento realizado pela equipe assistencial, com o seguinte questionamento: Qual a sua percepção quanto aos profissionais (assistência) que atuam no Hospital Geral?

> Não apenas na assistência, mas em todas as áreas vejo profissionais muito engajados com a causa da Instituição e buscando melhorias constantes no seu desenvolvimento profissional e nos processos que representam (SE1).
>
> [...] a gente vê o profissional enfermeiro bem comprometido e engajado assim, notei também uma grande comunicação ... com os diversos setores, ... na educação permanente ... a equipe de enfermagem ela geralmente é bem estruturada... eu vejo é que os protocolos que certamente são exigências da Acreditação eles tão fixados nas paredes, são claros, [...] tem instituições que a gente vai e os protocolos clínicos e os POPs eles estão numa gaveta, se percebe que ele é pra cumprir, uma regra diferente dali que são protocolos que são seguidos, que são organizados e seguidos e eles estão ali pra fácil manuseio, a direcionar a prática mesmo (SE2).
>
> [...] eu acho que o relacionamento que a secretaria tem com o corpo assistencial de enfermagem, de técnicos enfim, é super tranquilo (SE3).
>
> A minha percepção é que são pessoas bem humanizadas, tem um olhar diferenciado para o usuário. ... sente essa preocupação com o usuário. Isso tu vê de cara no Hospital Geral (SE4).
>
> [...] tanto aqui na Onco como no resto do hospital eu acho eles muito comprometidos em fazer com que dê certo (SE7).
>
> [...] a equipe tem uma percepção não só dentro do trabalho dela do Hospital Geral, mas assim visando o paciente fora do hospital, [...] (SE11).
>
> Bom, então eu vou me emocionar. Porque são excepcionais, ...elas não aplicam só a injeção, elas acalentam o coração do paciente. Nota se eu pudesse dar, eu daria muito mais que 10, Com certeza (SE12).
>
> [...] enfim, as pessoas fazem referência em geral, ao serviço como um todo, ... sempre são boas, são positivas, as pessoas saem satisfeitas lá de dentro, gostam do atendimento, se consideram bem atendidas, nunca ouvi dizer que alguém foi mal atendido lá dentro (SE15).
>
> [...] a percepção pelas visitas, por quem eu conheço, e assim, ... nossa é muito carinho, é muito comprometimento, por fazer parte da equipe (SE16).
>
> [...] eu vejo que o Hospital Geral se diferencia justamente nisso, porque os enfermeiros [...] eles têm prazer de fazer aquilo que eles fazem diariamente no hospital. [...] são muito bem treinados para ter esse atendimento direto com a população, aquele carinho, aquele acesso direto (SE17).

Os *stakeholders* externos percebem que os profissionais têm engajamento pelo atendimento assertivo e humanizado, em que o cuidado oferecido ao paciente vai além da medicação, olhando o paciente como ser humano e colocando-se à disposição para o cuidado extra hospital.

> [...] sei [...] que são profissionais que têm uma vocação, uma sensibilidade grande e um conhecimento técnico também bastante forte, e também da contínua formação interna, continuada aqui dentro por conta da Acreditação e novas técnicas que faz com que diga que temos excelentes profissionais aqui dentro, [...] (SI1).
>
> Eu vejo eles com excelente formação para atuarem dentro do tudo que se exige de um profissional, atentos sempre. Eu vejo que muitos buscam a formação na Universidade, então profissionais de qualidade e excelência. ... eu vejo profissionais que fazem a diferença (SI2).
>
> [...] acho que o HG hoje ele está em uma posição assim muito diferenciada dos outros. Porque nós temos uma Universidade com muita credibilidade por trás, nós sermos um hospital escola significa muito para esse tipo de leitura não só minha, mas de maneira geral todo mundo. [...] Eu acredito que hoje inclusive para os próprios profissionais fazer parte dessa equipe é motivo de muita satisfação e orgulho porque o Hospital Geral já é ... uma referência em algumas áreas de atuação (SI3).
>
> Todo o processo de Acreditação ele começa com resistência, quer seja da área de enfermagem, quer seja da área médica, mas com o conhecimento que eles vão tendo do processo de Acreditação, os benefícios que isso traz, eles vão ingressando nessa política de qualidade [...]. Então hoje eu enxergo um quadro de colaboradores extremamente engajados no processo, extremamente preocupados na melhoria contínua que é o nível 3 de Acreditação e buscando avançar e já introjetado neles essa cultura, [...] (SI4).
>
> [...] eu tenho certeza de quem dá a cara do hospital, o cartão de visitas do hospital é a enfermagem e nós estamos aqui realmente muito bem servidos. [...] então aqui na nossa realidade no Hospital Geral nós estamos muito bem (SI5).
>
> [...] nós focamos muito no capital humano que nós vamos contratar dentro da instituição, então isso vem como muito forte nas contratações dentro da instituição, buscamos pessoas diferenciadas que vem na verdade acrescentar qualidades como pessoa, nós sempre falamos que questões técnicas nós ensinamos, nós gerenciamos, [...] nós temos cuidado, [...] na contratação das pessoas que vão fazer parte do que chamamos de família HG. Profissionais de excelência (SI8).
>
> [...] falando ali da enfermagem a gente tem todo um cuidado planejado, um cuidado, um olhar para o indivíduo de forma muito humana, então por mais que a gente fale de equipe multiprofissional todos tem o seu espaço dentro do atendimento desse paciente e esse trabalho em equipe, esse trabalho organizado e com colaboração e humanização ele faz todo o diferencial e talvez pela enfermagem ser a categoria que mais fica presente com o paciente ... que está mais constante com o paciente e a gente vê todo esse olhar e esse cuidado diferente também na assistência (SI10).
>
> O que diferencia o Hospital Geral de um hospital 100% SUS é a humanização A humanização, em primeiro lugar, que não basta só o bom atendimento, tu tem que compreender a pessoa que tu tá atendendo, eu acho que esse é o diferencial (SI8).
>
> Alto nível, [...] eles são muito bem preparados, porque não é só os da ponta, aqueles que entram tu vê uma curva de aprendizado muito rápida, pra tá num nível bom de instrumentação, de preservação de material cirúrgico, de organização de sala cirúrgica, de assistência ao paciente no pós-operatório, tu vê que é alto nível, é muito bom (SI13).

Na percepção dos *stakeholders* internos percebe-se o reconhecimento da equipe assistencial, alinhados com o propósito não somente de atender o protocolo previsto no processo

de atendimento, porém com um olhar humanizado e afetivo pelo paciente, que se estende a todas a áreas do hospital, que muito foi desenvolvido pela Acreditação Hospitalar, porém também relacionado ao perfil de pessoas selecionadas para atuarem dentro da instituição. Todos os *stakeholders* identificam que a acreditação tem forte influência no melhor atendimento, porém o maior destaque se dá pelo comportamento dos profissionais, que se apresentam com o sentimento de pertencimento e empatia no cuidado ao paciente.

A humanização no ambiente hospitalar deve ser entendida não só na perspectiva do cuidado e tecnologias disponibilizadas pelos profissionais e serviços de saúde. Estratégias como a escuta compreensiva, a comunicação verbal e não-verbal, a otimização das informações entre a equipe e a família, e do paciente, adulto ou criança, com a família, devem ser valorizadas pela equipe de saúde. Dessa forma, frente a ações humanizadas, de parceria entre a equipe e familiares, possibilitam que opiniões, percepções, reclamações e sugestões sejam expressas de forma democrática, livre, cidadã aos membros da equipe de saúde.

Nas respostas dos *stakeholders* identifica-se que a humanização é percebida tanto no atendimento quanto no próprio desenvolvimento dos profissionais que atuam no hospital em estudo, evidenciando um dos pontos mais fortes trabalhado na respectiva organização, percebida pela comunidade em geral.

Ainda referente a categoria Humanização, o hospital desenvolve muitos projetos de humanização que permitem que a experiência do paciente seja menos traumática possível, os projetos são elaborados e desenvolvidos por voluntários e colaborares que se solidarizam e identificam que o hospital seja o local apropriado para contribuir de forma solidária. A pergunta direcionada nesta etapa foi: Qual(is) o(s) projeto(s) de humanização do Hospital Geral você lembra e tem maior relevância?

> Inúmeros: Pravivis, Voluntariado, Troco Solidário, Oficina de perucas, quarto de cuidados paliativos, etc... (SE1).
>
> [...] são inúmeros, eles acabam sendo até invisíveis assim, [...] acabam sendo a prática corriqueira. Eu não saberia citar um projeto específico, [...] um projeto que particularmente, ...é o projeto Hospital Amigo da Criança, aquele processo das mães ficarem logo depois do parto [...] são 72 horas até o bebê conseguir amamentar, ...no atendimento das gestantes [...] a questão dos Polvos, tem as parcerias também com o Clubes de Mãe, os enxovais (SE2).
>
> [...] acho que na parte da ginecologia, outro que eu poderia citar é a crianças... que tem um projeto do câncer da oncologia que é ligado a perucas..., e outro ...que é na ala infantil [...] (SE4).
>
> Não sei se é considerado um projeto de humanização, [...] o troco, acho que é a Panvel. Tem alguns outros projetos, os amigos Pets**.** ... acho que é importante para chamar a população para o hospital, para ajudar o hospital e também é um reforço para as

> pessoas que estão aqui dentro sofrendo e irem melhor (SE6).
>
> [...] não lembro de nenhum [...] (SE7).
>
> O próprio projeto que tem da humanização como um todo o Hospital Amigo da Criança [...] Médicos do Sorriso [...] tem projetos de humanização do hospital, em todas as partes [...] (SE9).
>
> O quarto que a Liga construiu humanização, ... outro que a gente também fez que acho bem humanitário assim foi quando a gente fez a doação das TVs, ... foi um trabalho que se fez, muito bom, que acaba ajudando várias pacientes [...] (SE11).
>
> Na realidade, a humanização é uma corrente, de vários elos. ... Desde aquela senhora que faz o pijaminha, do palhaço que vem alegrar as crianças, ... acho que Hospital ele realmente é um orgulho nesse sentido, dessa humanização de integrar tantas pessoas, eu não conhecia isso em lugar nenhum (SE12).
>
> Acho interessante a questão dos animais dentro do hospital -Amigo Pet. [...] O nosso próprio projeto, [...] eu acredito que ter palhaços dentro de um hospital também ... ajuda a tornar esse cliente menos doloroso, [...] As próprias, as meninas do Banco de Perucas... acho que é a Pastoral, que faz um trabalho muito legal, ... é difícil pontuar, mas o legal é que aqui no Hospital Geral sempre está acontecendo alguma coisa, ... para além do que o hospital tem que fazer (SE13).
>
> Eu não sei quais são as ações elaboradas, mas eu só sei que as pessoas quando vêm aqui saem muito contentes e que se sentem [...] muito bem estando aqui tratada. Uma que eu vejo é aquelas pessoas que são uns palhaços (SE14).
>
> Ai, eu não vou saber te dizer não (SE15).

A percepção dos *stakeholders* é que de fato o hospital contribui de forma efetiva para o acolhimento humanizado, provocando empatia e preocupação ao cuidado, identificando os principais projetos de humanização. Todos os *stakeholders* externos expressaram muito carinho ao tocar nas questões dos projetos, porém cabe destacar que alguns *stakeholders* não lembraram, porém compreendem o quanto é importante a atuação de ações humanizadas para o tratamento do paciente, por mais singular ou singela que seja, como se observa:

> [...] eu considero relevante é o banho do recém-nascido do ofurô. Outro bem interessante é o resfriamento capilar, já que a oncologia tem o estigma forte de perda de cabelo. ... a Pastoral da Saúde, ... a gente propicia dentro do hospital uma capela para pessoas que venham visitar, essa promoção espiritual que é uma humanização [...] (SI1).
>
> Tem o da liga, tem o banco da peruca, tem o pessoal que passa aí, que trabalha como voluntários - médicos do sorriso. Eu acho que esses três são os mais relevantes, ... acompanho essa ação já há muito tempo, fazem a diferença, há um cuidado da própria comunidade. E isso é bonito [...] (SI2).
>
> [...] aquele espaço lá na oncologia que é mais humanizado e que tem inclusive as salas pra as crianças, é muito importante; tem aquela sala também onde são feitas as transfusões de sangue [...] o banco de perucas [...] eu penso por que essas pessoas trazem uma colaboração espontânea, desinteressada que é o grande diferencial [...] (SI3).

> São tantos projetos de humanização, mas eu acho que os Amigos de Peito e Alma, [...] o Banco de perucas e o apoio psicológico aos pacientes eu acho que é fundamental, são tantos projetos que [...] projetos assistenciais, o Clipe Mario que nasceu no processo de humanização e se tornou um avanço tecnológico no tratamento do câncer, os Amigos pets, ... são vários projetos, mas eu acho que o Banco de Perucas, a Liga de Combate ao Câncer, os Amigos Pets e tantos outros, mas eu estaria entre esses 3 (SI4).
>
> [...] (risos) é que são vários. Cada um abrange um tipo de público e todos eles são desenvolvidos assim com extremo carinho, ... dois que eu vou te dizer assim que se destacam, ... Um é a visita de amigos pet porque veio pra dentro de Caxias do Sul quebrar paradigmas, no Hospital Geral foi o primeiro hospital a permitir a ter um projeto [...] E o outro [...] acho importantíssima é as crianças que vão para a cirurgia de motinho e de carro [...], é uma coisa extremamente simples que o hospital não investiu dinheiro nenhum e olha a diferença que isso faz pra uma criança, [...]. Projeto Amigos Pet foi elaborado por mim **...** e a direção foi sensível ao ponto onde nenhum hospital da região fazia isso [...] (SI9).
>
> Nossa, são tantos os projetos de humanização que o hospital desempenha e ele é muito bem visto por causa disso também, as ações humanizadoras dentro da instituição não somente com o paciente, mas também com o funcionário. Eu gostaria de citar a visita dos amigos pet [...]. Uma outra atividade de humanização que eu acho fantástica é [...] o caderno do sentimento descritos. [...] O familiar sofre, o profissional também sofre e é um olhar muito amplo e diferente que o Hospital Geral tem para com esse contexto (SI10).
>
> Acho que a equipe de cuidados paliativos, do assim, talvez seja um viés por estar na Oncologia, [...] (SI14).
>
> [...] da peruca [...], esse dos carrinhos ali no bloco cirúrgico é fantástico [...] (SI15).

Em relação aos projetos de humanização desenvolvidos, os *stakeholders* internos prontamente souberam responder identificando, com alegria e satisfação no olhar, inclusive alguns desenvolvidos pelo próprio respondente, identificando a grande relevância do projeto para auxiliar no tratamento do paciente e acolhimento do familiar, proporcionando maior conforto durante a sua estado e experiência no hospital.

As ações de humanização sempre estiveram relacionadas a duas fases do ser humano: aos neonatos e aos adultos. Para os neonatos, a instituição do alojamento conjunto foi a proposta de humanização. Outro marco importante na história da humanização para crianças foi o surgimento das brinquedotecas. Para o Ministério da Saúde, entende-se por brinquedoteca o espaço provido de brinquedos e jogos educativos, destinado a estimular as crianças e seus acompanhantes a brincar, contribuindo para a construção e ou fortalecimento das relações de vínculo e afeto entre as crianças e seu meio social. A Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005, tem por objetivo a obrigatoriedade, por parte dos hospitais que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação, de contarem com brinquedotecas em suas dependências (BRASIL, 2005).

Outro importante fato ocorrido foi à implantação do Método Mãe-Canguru aos recém-

nascidos de baixo peso, em dezembro de 1999. O método Mãe-Canguru é uma tecnologia humana de cuidado dos bebês prematuros e de baixo peso onde mãe e o recém-nascido ficam em contato pele-a-pele, trocando calor, amor e possibilitando uma amamentação em livre demanda. A ideia era de que a colocação do recém-nascido contra o peito da mãe promoveria maior estabilidade térmica, substituindo as incubadoras, permitindo alta precoce, menor taxa de infecção hospitalar e consequentemente melhor qualidade da assistência com menor custo para o sistema saúde.

Para os adultos, a proposta de humanização lançada pelo Ministério da Saúde que merece destaque, é o Estatuto do Idoso. Esse garante direitos a todos os usuários. Em seu artigo 16 º "ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito de acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para sua permanência em tempo integral".

Dentre os diversos projetos desenvolvidos no Hospital Geral, um dos primeiros e mais citados são os relacionados às pacientes infantis e ainda às ações relacionadas com câncer, muitos desenvolvidos por voluntários e pelos próprios colaboradores.

Nesta etapa para verificar a percepção dos *stakeholders* em relação ao atendimento SUS no Brasil, comparado ao atendimento oferecido no Hospital Geral, foi direcionada a pergunta: Como você avalia o atendimento do Hospital Geral em relação aos demais atendimentos SUS no Brasil?

> Sem a menor sombra de dúvida o Hospital Geral está na "ponta positiva" da qualidade de atendimento SUS no Brasil (SE1).
>
> [...] particularmente na Serra, a gente tem uma qualidade, mesmo quando a gente fala em Sistema Único de Saúde diferenciado até do resto do estado, acho que a gente tem [...] uma ´população muito exigente, não só na saúde, mas como em várias áreas, se tem um nível de qualidade ainda nessas comparações de, [...] ainda se tem muito o que evoluir mesmo num nível bom de qualidade e atendimento (SE2).
>
> [...] a percepção geral assim no Brasil, quando tu fala em SUS é que o serviço não é bom, que os equipamentos são precários, enfim, e é uma realidade que se apresenta em muitos lugares dessa forma, mas não é o caso do Hospital Geral, certamente não é o caso do Hospital Geral, [...] dessa percepção geral como é comum do SUS, e o Hospital Geral tem esse diferencial, e tem aquela coisa da ala SUS é diferente da ala no plano privado e tal, a gente tem alguns hospitais aqui que atendem o privado .. e a gente têm o hospital 100% SUS que é o da região, que tu não notaria a diferença se tivesse o atendimento de plano privado não teria essa diferença (SE2).
>
> [...] Hoje o Hospital Geral ele pode tranquilamente ser comparado com grandes hospitais que não são 100% SUS que são hospitais privados, porque a gente não vê dentro da estrutura do Hospital Geral aquela coisa de equipamento sucateado... tem dificuldade de equipamento que estraga, de agenda que fica parada, mas se não vê equipamento sucateado, cama quebrada, elevador parado, corredor sujo né, [...]. Pronto socorro lotado que a gente vê, enfermaria lotada, uma maca do lado da outra. [...] só que essa é uma realidade SUS do Brasil, [...]. Ele não é o retrato do SUS de um panorama geral assim, se tu fosse botar todo mundo no mesmo saco, o Hospital Geral

não estaria ali dentro, porque ele não trabalha nessa lógica. Ele é diferenciado (SE3).

Bem superior. [...] então jamais tu vai ver no Hospital Geral [...] um paciente deitado no chão o que já acontece com frequência no Norte e no Nordeste, acho que é acima da média... é um atendimento como se fosse no particular. Tanto que se tu for na oncologia que se vê pacientes que tem o próprio convenio utilizando com o SUS e tu não consegue diferenciar quem que é ali que é do convenio e quem é do Sistema Único de Saúde; então isso caracteriza [...] de ser 100% SUS e humanizado. Atender as pessoas de formas iguais (SE4).

acho que o Hospital Geral não reflete a realidade no Brasil, que é uma realidade muito superior que se vê por aí, [...] a qualidade aqui eu acho que é muito boa, [...] não é o que se encontra por aí sabe, profissionais de alto calibre, tanto clínico quanto cirúrgico, não imagino que aqui no Brasil seja uma mesma equivalência. [...] porque aqui é alto nível o negócio [...] (SE5).

[...] posso falar em relação à Pelotas que foi onde eu fiz minha formação. [...] comparado com o hospital SUS de lá, isso aqui é muito melhor, principalmente questão do pronto-socorro. [...] aqui é outro nível de atendimento. A questão de espera, também aqui as pessoas reclamam, mas não existe comparação com o que a gente via lá. E literalmente aquela coisa, das macas jogadas nos corredores que é o que não existe isso, questão de enfermaria também... sabendo que a gente é um hospital que não tem uma renda para dar e vender, a gente consegue lidar bem com o que a gente tem (SE6).

Eu nunca tinha visto um hospital 100% SUS funcionar tão bem. Eu venho de uma realidade onde o SUS é um caos, onde nada funciona [...]. eu trabalhei Rio de Janeiro antes de vir pra cá e o meu hospital escola era 100% SUS e não tinha nada, nada. Nada funcionava, a gente não conseguia pedir exame, a gente não tinha um ambulatório descente para atender os pacientes [...] (SE7).

[...] um hospital tem um atendimento acima da média, com certeza, tanto no trato com o paciente, na própria equipe, enfim é um hospital que eu considero, acima da média dos outros hospitais SUS que eu conheço e que se tem notícia na televisão. Não tem longas filas, não tem paciente jogado no corredor e coisas desse tipo que são chocantes. Um ponto fora da curva. Exato. Isso não existe aqui (SE8).

Eu acho que aqui tem uma estrutura muito boa até porque eu já ouvi relato de alguns pacientes que acabam vindo de outros estados para ter o atendimento aqui e acaba sendo muito mais organizado e melhor [...]. eu vejo que aqui está sendo bem melhor (SE10).

[...] nos visitamos vários postos em Porto Alegre, hospitais públicos. Tem-se evoluído muito, porque o SUS é dos melhores sistemas públicos de saúde do mundo. [...] se a gente falar a nível de Brasil eu diria que tem muito hospital privado que não é o nível do HG que é público. [...] pode demorar um pouco, um dia mais ou menos, mas você vai ser atendido, quando você entrar as coisas funcionam [...] (SE12).

Não parece SUS. Eu já fui atendida em outras cidades pelo SUS e é bem precário. Tanto na maneira de falar, como na estrutura. A questão de ter pacientes pelos nos corredores, as pessoas tratando como números, só quer se livrar daquilo quanto antes e às vezes o paciente fica como se fosse uma bolinha de ping pong, que jogam para cá e para lá, e aquilo é um fardo, ter aquelas pessoas ali. Eu acho que Hospital Geral tá excelente (SE13).

[...] Eu não tenho dúvidas nenhuma de que, o tratamento da oncologia seria o melhor do Brasil, médicos das crianças o serviço que é feito pela obstetrícia. É sem sombra de dúvida, em uma nota de 0 a 10, é nota 10 (SE14).

[...] pela TV se vê coisas até piores, cadeiras e coisas assim e eu sempre escutei dos

> próprios médicos, que a gente é uma ilha, aqui em relação a saúde, [...] eu penso que a gente vive uma realidade assim de excelência, comparando com outros lugares do Brasil, até porque são poucos hospitais com Acreditação plena como o Hospital Geral (SE16).

> O que se vê na TV, nos jornais, nas rádios, o que se escuta, [...] é o abarrotamento de pessoas dormindo no chão, é sujeira dos hospitais, os lixos esparramados por tudo quanto é canto, as pessoas gritando para ser atendidas. [...]. Quando a pessoa chega ao Hospital Geral ela é acolhida, aquele paciente, a família, porque muitos pacientes de outros municípios da região muitos deles distantes [...] as pessoas se sentem em casa. [...] porque o hospital se destaca [...] a limpeza do Hospital Geral ela é fantástica [...] A questão do atendimento dos profissionais que eles estão, pessoalmente daqueles que estão buscando conhecimento através da parceria que tem com Universidade de Caxias do Sul, na equipe de trabalhadores, na direção que está sempre pronta para responder questionamentos da comunidade. E nesse serviço aí que hospital oferece de excelência e que garante então esse atendimento diferenciado (SE17).

Quando questionado aos *stakeholders* externos sobre a comparação do Hospital Geral com os demais serviços SUS do Brasil, imediatamente todos responderam com muita tranquilidade de que o serviço desenvolvido no Hospital Geral realmente não pode ser comparado, principalmente se for balizado pelas imagens e reportagem apresentadas nos telejornais. Ainda há os que identificam que o serviço é superior se comparada inclusive com serviços privados, como se identifica nas respostas:

> Eu diria o Hospital Geral 100% SUS, ele sob o ponto de vista de atendimento, ele não perde por nenhum particular top do Brasil. Eu ousaria dizer isso. Em relação a outros hospitais, o que eu tenho de informação e não de vivência, é aquilo que aparece nas mídias, não tem nem comparação (SI2).

> [...] sermos comparados aos outros hospitais. Quem conhece um pouquinho do Brasil, quem assiste noticiário na televisão, meu Deus do céu. Não existe termos de comparação. ... Isso aqui parece o Mãe de Deus e é um hospital SUS. Honestamente, eu acho assim, que é covardia nós tentarmos comparar o resto da rede SUS, porque nós estamos a anos para nossa grande satisfação e tristeza ao mesmo tempo, de ver o resto da rede hospitalar do jeito que está, ... por culpa do governo, porque não é culpa dos hospitais muitas vezes eles até tentam prestar um bom serviço, mas os valores que se recebe do SUS não tem como fazer (SI3).

> Eu diria que nós somos um dos melhores "Os melhores" (risos) De modéstia. ...Se observarmos o atendimento SUS do Estado do Rio Grande do Sul que tem um atendimento diferente do Brasil, o Sul tem isso, eu nos colocaria entre os melhores e no Brasil ... uma outra parte que é a questão do ensino porque se tem por trás, se o hospital é o que é, muito se avalia a importância da universidade, que diante de toda essa Acreditação, tem professores que viajam pelo mundo inteiro que trazem o que é de mais moderno em tecnologia, em atendimento e querem colocar pra nós ... Eu acho que tem um terceiro pilar que poderia chamar de ensino (SI4).

> Nós somos um modelo. Eu acho que aqui não é a primeira vez que eu ouço isso, mas ouvi isso do secretário de saúde, esse é o SUS que funciona. Funciona de maneira um tanto atribulada com essa busca de recursos e nós temos uma tarefa muito importante que é definir realmente os nossos custos de maneira muito transparente para que os gestores tenham ideia de quanto falta investir aqui [...] (SI5).

> Eu não tenho dúvida de que o Hospital Geral ele é um case nacional, [...], o que eu

> posso dizer é que o Hospital Geral é um case de sucesso inegável em relação ao movimento assistencial do SUS. Especial para a sua característica de se manter ainda como um hospital 100% SUS, ainda que isso seja notoriamente uma operação financeira que matematicamente nunca vai fechar[...] que o Brasil, eu tenho certeza que poucos hospitais conseguem. Especialmente com o modelo de financiamento que a gente tem. [...]. Ainda que no atual contexto já nos permita dizer que o Hospital Geral é um case de sucesso, eu não tenho dúvidas disso (SI6).
>
> [...] eu vou te dizer assim, que a gente está no caminho certo, [...] a gente tá se aprimorando, a gente tá buscando e a gente quer melhorar todos os dias, esse é o lema do Hospital Geral, [...] eu acho que assim a gente se destaca, [...] tem hospitais no Brasil inteiro com trabalhos belíssimos, mas nós somos também prova de que o SUS dá certo (SI9).
>
> Eu acho que o nosso atendimento SUS, é um SUS Plus, bem diferenciado. Isso aqui não é sus da realidade brasileira, isso aqui não é um sus Brasil (SI13).
>
> Acho que tá acima da média, não tem como comparar, já fiz algumas visitas em hospitais SUS de Curitiba, Porto Alegre, São Paulo, é gritante a diferença, propendo o Hospital Geral, é muito acima (SI15).
>
> Acho que tem um atendimento excelente comparado com os outros. Sim, em questão das especialidades disponíveis para atendimento, recursos de exames. Por ser SUS tem uma qualidade muito boa, principalmente a oncologia, [...] (SI16).
>
> Eu acho que não tem nem como comparar, [...] Seja feita no mínimo tempo possível, não se deixa o paciente muito tempo esperando para ter um diagnóstico, para ter acesso a uma consulta e se sabe tem pacientes que vêm do Piauí, tratar aqui [...] o Hospital Geral tem muito a ser seguido nesses prazos que se coloca [...] como também na maneira que se acolhe o paciente (SI17).

Os *stakeholders* internos ratificam que o atendimento no Hospital Geral é muito superior em todos os sentidos, ressalvam que a Acreditação Hospitalar contribuiu de forma efetiva para que o mesmo ocupasse uma posição de destaque, portanto não há comparação. Os SI mencionaram diversas situações em que no Hospital Geral atendem os pacientes e seu familiares com maior dinamismo, melhor estrutura e acolhimento. Ainda alguns *stakeholders* mencionam o Hospital Geral como SUS de Qualidade, SUS Plus, por não identificarem outra estrutura de saúde equivalente.

4.5.5 Percepção geral do hospital

Da mesma forma como o Hospital Geral tem como compromisso contratual de avaliar a satisfação do usuário internado, foi perguntado aos entrevistados: qual o primeiro pensamento quando você ouve ou lê o nome Hospital Geral? Com o intuito de identificar no contexto geral identificar a percepção sobre o sentimento e pensamento, para que cada um pudesse expressar de forma positiva ou não sobre o desempenho e o que o hospital representa para as partes interessadas.

Orgulho e gratidão “empatados” (SE1).

[...] o que me vem à cabeça é referência, sabe, referência, atendimento e SUS, acho que essa é a imagem, [...] referência, referência e referência. É um hospital de referência, ele é o hospital regional, essa foi a concepção do Hospital Geral [...] (SE2).

O hospital do tijolinho, é aquele hospital dos tijolinhos, ali na BR116 [...] é uma forma carinhosa assim sabe, o hospital dos tijolinhos (SE3).

Hospital de referência no Rio Grande do Sul que é no interior e é modelo para muitos hospitais no Brasil. [...] Referência e credibilidade (SE4).

Eu acho que seria seriedade [...] que não procrastina, “não empurra com a barriga”, atende bem, [...] (SE5).

Eu acho que gratidão [...] eu adoro esse hospital [...] eu espero continuar aqui depois (SE6).

[...] Se eu tivesse que escolher uma palavra era cuidado e o pensamento eu acho que é esse, de acolhimento [...] (SE7).

Eu me sinto meio em casa. É um sentimento bom assim... eu tenho orgulho de ter passado por aqui (SE8).

Eu tenho orgulho de dizer que eu faço parte, que eu estudo aqui que eu presto o meu curricular todo no Hospital Geral, é de orgulho e gratidão, de gratidão por ter essa oportunidade de fazer parte... E orgulho por dizer que estou num hospital que é Acreditado nível 3 com excelência... as pessoas realmente dizem “o Hospital Geral é muito bom” [...] eu gostaria futuramente de estar aqui e que eu faça parte da equipe (SE9).

Eu acho que é um bom hospital pelo o que eu já ouvi e principalmente pelo o que eu presenciei ... ele é um hospital que tem padrão bom, é uma referência (SE10).

[...] de alegria. Um hospital que nasceu há não muito tempo, ... para ter tanta grandiosidade sabe... então assim pra mim é uma alegria trabalhar aqui [...] (SE11).

[...] quando abre uma matéria eu quero ler do que se trata. Porque me sinto parte [...]. Porque me sinto parte (SE12).

[...] uma palavra: afeto. [...] aqui eu sinto acolhida e assim como eu quero acolher a todos, não só os pacientes, funcionários também [...] eu me sinto abraçada. [...] Eficácia, [...] O Hospital Geral, na minha percepção, ele passa uma imagem muito forte enquanto hospital, de consolidação, ele tem uma boa reputação... Eu acho que o afeto vem dos Médicos do Sorriso. É minha casa. Segunda casa (SE13).

Amor. Amor pelo que faz. É, se abre o jornal, estando em Brasília e vê Hospital Geral, lhe dá essa ideia de amor (SE14).

De acolhimento, acolhimento das pessoas que precisam de um serviço de saúde (SE15).

[...] eu penso assim na equipe, no amor que tem envolvido nisso, ... quando a gente vai lá se vê todo mundo muito engajado e uma garra ..., eu acho que é um engajamento muito forte, [...] Então eu tenho assim dedicação, empenho, esforço [...] (SE16).

[...] O Hospital Geral hoje é referência no atendimento à saúde da região em alta complexidade, então a referência do atendimento à saúde. [...] é referência no atendimento e na qualidade do atendimento (SE17).

Surpreendentemente todos os *stakeholders* expressaram carinho, gratidão, reconhecimento de que o hospital é uma referência em serviço de saúde, como modelo a ser seguido. No entanto, cabe destacar que os *stakeholders* internos de forma emocionada, inclusive alguns com olhos marejados, demonstraram que atuar no hospital, transcende a um vínculo empregatício. Alguns citando como sendo sua casa, ou segunda casa, alicerçando sua estrutura e organização de vida particular mesclando com as responsabilidades desenvolvidas na organização.

> [...] Vai lá no HG, lá se resolve, SUS de qualidade. É, tu vai lá e tu tem, SUS de qualidade (SI1).
>
> Hospital de referência. Hospital de qualidade. Hospital voltado para atendimento à comunidade, buscando fazer o melhor para a comunidade [...] (SI2).
>
> [...] hoje muito mais a flor da pele é uma coisa assim de pertencimento. [...] eu tenho satisfação, eu tenho orgulho, tenho muito prazer de poder doar uma parte do meu tempo pra essa instituição que presta serviços tão dignificantes pra comunidade de Caxias [...] finalizaria registrando que é um sentimento tanto de um misto de respeito e de admiração (SI3).
>
> Orgulho por estar aqui, orgulho por ter desenvolvido um trabalho que hoje é reconhecido e... hoje se pegar todas as vezes que aparece o nome do Hospital Geral é sempre de reconhecimento, de palavras de carinho e de orgulho [...] (SI4).
>
> [...] é qualidade. E sempre foi assim. Qualidade. [...] aqui o ambiente institucional é muito bom, a qualidade obviamente do atendimento, a qualidade da estrutura, nós temos as nossas unidades cuidadas de uma maneira impressionante [...] (SI5).
>
> Orgulho, eu tenho absoluto. Eu costumo dizer que toda a vez que sai alguma coisa do Hospital Geral, eu talvez, a frase que eu dissesse, que independe do que seja, isso me diz respeito (SI6).
>
> [...] um atendimento comprometido com o melhor para o paciente [...] aqui é um lugar que especialmente eu tenho um carinho porque a gente também tá atendendo uma população mais carente que necessita mais de nós. E a gente consegue dar um atendimento exemplar (SI7).
>
> Hospital Geral me traz uma sensação de família, porque na verdade pelos seus valores que ele traz, até me emociono um pouco com essa parte (risos) [...] porque mesmo nas dificuldades conseguimos nos unir e continuamos sempre a diante (SI8).
>
> [...] que é a oportunidade todos os dias de dar um pouquinho de mim e de receber um pouquinho dos outros, é de crescer enquanto profissional e enquanto ser humano [...] o Hospital Geral é o aprendizado constante [...] e eu falo da vida profissional e pessoal, eu falo enquanto construção enquanto ser humano (SI9).
>
> Difícil falar só de um pensamento, é orgulho, gratidão [...] Orgulho por estar fazendo parte da construção desse hospital que atende com tanta humanização e com tanta qualidade de ter profissionais tão competentes [...]. E gratidão... pela comunidade, [...] (SI10).
>
> É de coração, é. O Hospital Geral representa para mim a minha família, a minha casa, eu me sinto bem aqui (SI11).
>
> Eu fico bem, não é emocionada, é orgulhosa de fazer parte dessa instituição, de saber

> que a gente está fazendo o bem para os usuários para quem depende em Caxias e na região (SI12).
>
> Minha casa. Essa é minha casa (Emocionada) (SI13).
>
> Credibilidade e confiança, [...] sabendo que ele passou por aqui a gente já sabe o processo que deve ter passado, então acho que é credibilidade (SI14).
>
> Minha segunda casa, é diretamente relacionado a mim, eu vejo aquilo como uma coisa que eu estou, é minha camiseta é minha segunda casa, é meu orgulho, é onde eu aprendi e onde eu trabalho, é aonde eu ensino, é todas as esferas, isso aqui me criou, e me mantém aqui, segunda casa [...] (SI15).
>
> O meu local de trabalho (SI16).
>
> [...] eu me sinto orgulhosa de fazer parte dessa equipe (emocionada) "felizmente hoje a gente oferece para o SUS algumas coisas que nem para convênio a gente consegue oferecer. Então assim, eu tenho muito muito orgulho (SI17).

De forma muito positiva, engajada e comprometida com o hospital, os *stakeholders* internos expressam o seu pensamento e ou sentimento pelo hospital, corroborando com a percepção dos *stakeholders* externos, conforme Figura 8.

Figura 8 – Nuvem de palavras a partir do pensamento/sentimento dos *stakeholders*

Fonte: Dados da pesquisa (2020).

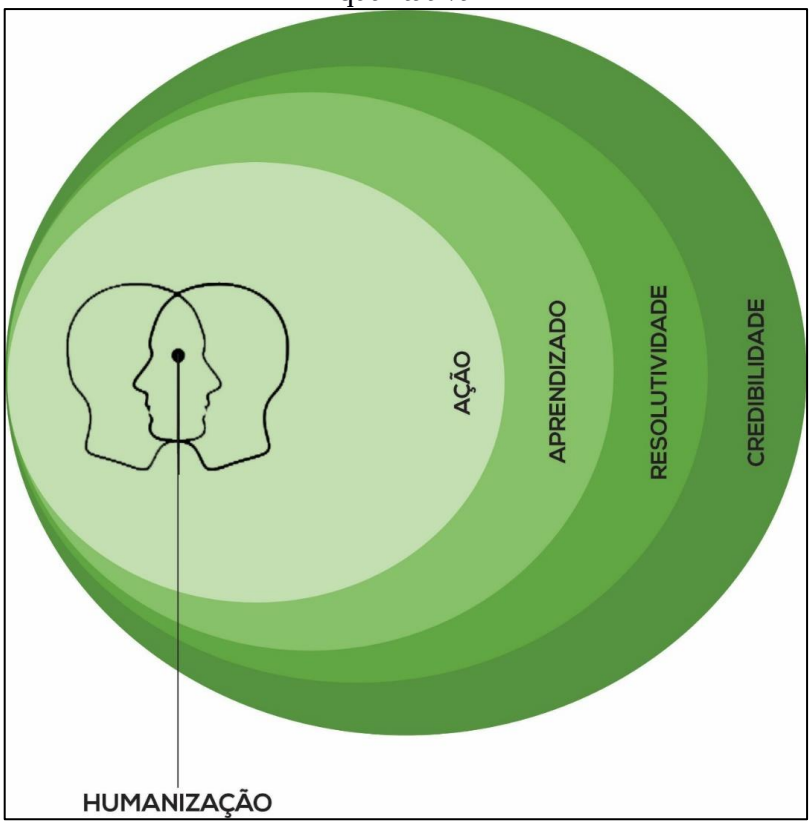
Essas percepções são subjetivas, desta forma acredita-se que foi possível atingir o objetivo da pesquisa: Identificar a percepção dos *stakeholders* em relação desempenho organizacional e na inovação, após a Acreditação Hospitalar do Hospital Geral de Caxias do Sul – RS.

Analisando o referencial teórico e relacionando com as repostas dos entrevistados, pode-se resumir desempenho organizacional alinhado com às categorias propostas na pesquisa qualitativa: aprendizagem, credibilidade, resolutividade e humanização, ocorrem em 4 ciclos

em expansão, a partir da interação entre pessoas, descritos abaixo e representada na Figura 9:

a) comportamento com empatia – HUMANIZAÇÃO: a ação é desenvolvida de forma a atender a necessidade de outra pessoa;
b) ciclo 1 - Tudo começa na ação de FAZER: todo negócio, empresa de produtos ou serviço, inicia por uma ação para outra pessoa;
c) ciclo 2 - Após fazer repetidamente a ação, gera APRENDIZADO: Depois de praticar a ação, ou fazendo determinada atividade, gera-se o aprendizado para fazer melhor, mais rápido, com maior eficiência, agregando aprendizado para definir um processo padrão e até inovação;
d) ciclo 3 - Realizar a ação com processo padronizado, gera RESOLUTIVIDADE: a partir de fazer determinada atividade com padrão, visando melhoria contínua, consequentemente o resultado da ação é mais efetivo em diversos aspectos, financeiros ou não;
e) ciclo 4 – Quanto mais efetiva a ação gera-se a CREDIBILIDADE: na ação padronizada, com maior efetividade, que promove solução, consequentemente gera maior confiança;

Figura 9 – Visão sintética do desempenho organizacional relacionado com categorias pesquisa qualitativa



Fonte: Elaborado pela autora (2020).

4.6 ETAPA PESQUISA DOCUMENTAL

Os dados apresentados fazem parte da realidade do hospital em estudo, comprovando como evidência a prática e a percepção dos usuários (*stakeholders* externos) em relação à satisfação dos serviços prestados em formulário específico (Apêndice E) aprovado entre as partes. Os percentuais foram identificados nos relatórios emitidos pela Secretaria Municipal de Saúde, para avaliar a satisfação do usuário SUS internado no Hospital Geral, prevista em cláusula contratual.

Tabela 25 – Percentual de satisfação dos usuários internados do Hospital Geral

Mês	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Janeiro	87%	84%	90%	94%	94%	93%	97%
Fevereiro	83%	89%	93%	96%	98%	96%	95%
Março	90%	83%	91%	90%	92%	93%	96%
Abril	87%	94%	95%	92%	94%	93%	95%
Maio	90%	94	81%	90%	88%	94%	93%
Junho	90%	76%	87%	93%	92%	92%	96%
Julho	88%	87%	95%	93%	84%	96%	95%
Agosto	87%	86%	97%	93%	92%	94%	92%
Setembro	90%	90%	97%	94%	92%	93%	96%
Outubro	82%	87%	93%	94%	94%	99%	93%
Novembro	76%	94%	96%	92%	90%	94%	95%
Dezembro	89%	82%	94%	90%	85%	98%	95%

Fonte: Elaborada pela autora a partir dos relatórios do plano operativo emitido pelo SMS (2020).

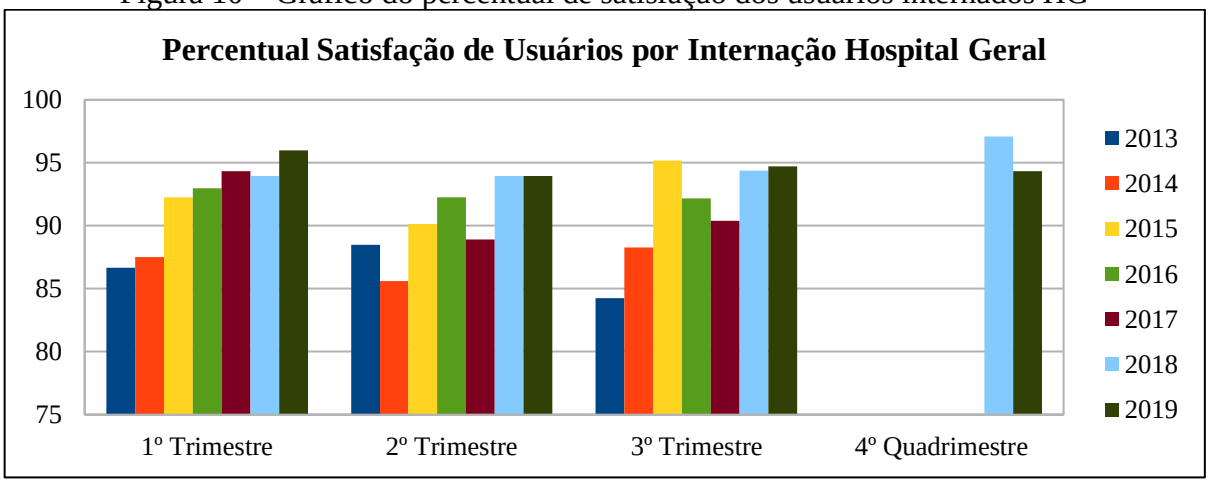
Considerando as médias por trimestre e quadrimestres previstas no contrato em Hospital Geral e a Secretaria Municipal de Saúde, apresenta-se o quadro abaixo, permitindo visualizar de forma mais objetiva o percentual de satisfação do usuário.

Tabela 26 – Média por trimestre ou quadrimestre

Quadri/ Trimestre	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1º Trimestre	87	88	92	93	94	94	96
2º Trimestre	88	86	90	92	89	94	94
3º Trimestre	84	88	95	92	90	94	95
4º Quadrimestre						97	94

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Figura 10 – Gráfico do percentual de satisfação dos usuários internados HG



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Na Figura 10 fica visível identificar que a satisfação do usuário foi crescente durante os anos em que o Hospital foi desenvolvendo as melhorias contínuas, orientadas pela Acreditação Hospitalar, que iniciou em 2013 na busca primeiramente pela segurança do paciente; na sequência, ampliando para a Gestão Plena, que envolve processos alinhados entre os setores, e a partir do Nível 3, Gestão de Excelência, identifica-se que o percentual permanece acima dos 90%.

4.7 SÍNTESE DAS ANÁLISES QUANTITATIVA, DOCUMENTAL E QUALITATIVA

Os métodos que combinam coletas e análises quantitativas, qualitativas e documental possibilitam ampliar a obtenção de resultados em abordagens investigativas, proporcionando ganhos relevantes para as pesquisas em todas as áreas do conhecimento (CRESWELL, 2007).

Com base na fundamentação teórica identifica-se que o desempenho organizacional se configura por meio de indicadores, os quais são mensuráveis como financeiro e não financeiro. A Acreditação Hospitalar é uma certificação concedida como forma de reconhecimento de práticas de gestão, com base no desenvolvimento de métodos e acompanhamento dos indicadores, de forma consciente de todas as partes envolvidas, contribuindo para visão sistêmica, gerando melhoria contínua nos processos e atendimento, com foco na redução de custo, agregando atendimento humanizado, eficiência e inovação nos serviços a partir de protocolos médicos.

Em relação à pesquisa qualitativa foi possível identificar claramente a percepção dos *stakeholders* nas categorias *a priori*, as quais estão apresentadas de forma resumida e ainda uma categoria *a posteriori*.

Quanto à aprendizagem, identificou-se que alguns *stakeholders* externos, apesar de perceberem a grande relevância do hospital em seu contexto geral e excelência no atendimento, compreendendo resolutividade e humanização, entendem que a Acreditação Hospitalar do Hospital Geral não agregou aprendizagem. No entanto, os *stakeholders* internos, diretamente ligados ao processo de trabalho, percebem que o aprendizado desenvolvido por meio da Acreditação Hospitalar é muito expressivo. Definem-se como sendo uma pessoa antes e outra depois, inclusive que o aprendizado conquistado é levado para a vida em outros ambientes profissionais.

Considerando a percepção dos *stakeholders*, independente da condição do mesmo, identificou-se que todos os *stakeholders* percebem que a credibilidade e melhor desempenho do Hospital Geral estão ligados a outras percepções, além da Acreditação Hospitalar. São fatores cruciais o fato de o hospital ter vínculo com a Universidade, o comprometimento dos profissionais que atuam na organização e, ainda, que a sustentabilidade econômica é prejudicada em função da forma de remuneração do Sistema Único de Saúde, exigindo mais esforço e estratégia da direção na captação de recurso.

A credibilidade está ligada também ao fato da Universidade de Caxias do Sul, com mais de meio século (50 anos) de existência, sendo referência em diversos cursos da área da saúde, com destaque nacional. A relação da Universidade e do Hospital se retroalimentam, pois, a Universidade oferece graduação em diversas atividades profissionais ligadas à área da saúde, as quais têm no Hospital Geral campo de estágio, o que possibilita preparar profissionais mais qualificados para o mercado. Proporcionando atendimento aos usuários SUS, pelos alunos/acadêmicos acompanhados pelos médicos preceptores (professores da Universidade e médicos do Hospital), agregando ainda a pesquisa, que visa melhoria contínua no tratamento e cuidado com o paciente, a partir de diversas patologias.

Quanto à resolutividade e humanização todos os *stakeholders* percebem que os profissionais que atuam no Hospital Geral têm comportamento diferente dos demais serviços de saúde. Identifica-se, pelos relatos, que esses profissionais demonstram comprometimento extremo. Além de seguir os protocolos técnicos, demonstram cuidado com o paciente na aplicação da técnica, importando-se não somente com a eficácia no remédio ou tratamento, mas com olhar ampliado. Realizam o acolhimento se colocando no lugar do outro, para que o paciente não somente tenha alta hospitalar recuperado, mas se sentindo grato pelo atendimento ofertado pelos profissionais do HG. Pelo relato dos *stakeholders* internos, sem distinção de cargo, percebe-se que trabalhar no hospital tem sentido maior que um emprego, ou vínculo empregatício. Falam de um local de trabalho em que se pode agregar uma atividade profissional

com a possibilidade de realização pessoal, com a liberdade de inovar e gerar mais benefícios para todas as pessoas (colegas de trabalho, colaboradores e principalmente o paciente).

Percebe-se que o comprometimento é literalmente com a vida, não somente com o tratamento. Pode-se dizer que o comprometimento está ligado ao sentimento de pertencimento de todos os colaboradores, voluntários e envolvidos. Considerando a ousadia e liberdade de inovação permitida pela direção, somada à possibilidade de trabalhar em atividade que permite a realização pessoal, em uma estrutura que está na busca de aprendizado, melhoria contínua, inovação, porém com recurso financeiro limitado. Ou seja, reconhece que sempre há espaço e possibilidade de melhorar. É possível dizer que o comprometimento é tanto, que esses mesmos profissionais têm senso de autocrítica extremo, e talvez até humilde, no sentido se saber que sempre há espaço para melhorar. “O que fizemos hoje não é suficiente, amanhã é possível fazer melhor”, enfatizam.

4.7.1 Categorias a *posteriori*

Após as entrevistas, transcrições das respostas dos *stakeholders* e análise de saturação, foi possível identificar duas categorias *a posteriori* que ficaram muito evidentes na percepção dos *stakeholders*. São elas: sustentabilidade econômica e uma terceira categoria de *stakeholders*, a qual pode ser identifica como Síncrono, conforme se apresenta.

4.7.1.1 Sustentabilidade econômica

No que se refere à questão financeira, todos os *stakeholders* percebem que a forma de remuneração praticada pelo SUS não permite sustentabilidade econômica. O que exige, por parte da direção, esforços na captação de recursos, a partir do relacionamento com políticos no direcionamento de emenda parlamentares ou projetos sociais, com ou sem renúncia fiscal. Outra ação estratégica da direção para equalizar o déficit financeiro é a oferta dos serviços ambulatoriais como radioterapia, diagnóstico por imagem e de análises clínicas. No entanto, os esforços são insuficientes, exigindo ainda a participação da sociedade com doação financeira, através de projetos sociais organizados por pessoas voluntárias e empresas, como o caso da Panvel Farmácia, que direciona anualmente o valor equivalente a R$ 115.000,00. Recurso este que é utilizado em diversas necessidades da instituição.

Todos os *stakeholders* afirmam que direcionariam recurso ou influenciariam órgãos públicos ou privados porque percebem que o hospital tem transparência na aplicação do recurso.

Citam que é possível conferir os recursos direcionados, constatados nas obras e equipamentos entregues à sociedade, através de eventos, bem como liberdade de acesso por toda a comunidade. Todos citam que doariam ou influenciariam. Inclusive a maioria já direciona recurso direta ou indiretamente pela credibilidade e eficiência do hospital.

4.7.1.2 *Stakeholder* síncrono

A gestão de *stakeholders* é definida como um processo em que a equipe responsável pelo projeto administra as necessidades das partes interessadas. Identificando, discutindo, acordando e zelando para que os objetivos sejam atendidos (RAJABLU; MARTHANDAN; YUSOFF, 2015). O processo de gestão de *stakeholder* ocorre ao longo do ciclo de vida do projeto (BOURNE; WALKER, 2005), pois a influência dos *stakeholders* poderá, a qualquer momento, ser diferente em sentido e intensidade (CLELAND, 1986). A base de influência dos *stakeholders* não é estática, justificando atualizar a base de conhecimento sobre as partes interessadas nos diferentes estágios do projeto (OLANDER; LANDIN, 2005).

Na gestão de *stakeholders*, uma das ações previstas durante a identificação das partes interessadas é a sua classificação entre *stakeholders* internos (primários) e *stakeholders* externos (secundários), com o intuito de auxiliar na categorização e análise do poder e do impacto da influência no projeto (RAJABLU; MARTHANDAN; YUSOFF, 2015). Segundo Cleland (1986), os *stakeholders* primários são os que compõem o time de projeto, tendo o gerente de projeto algum grau de autoridade e de influência direta sobre eles, já os *stakeholders* secundários são aqueles que o gerente de projeto não representa autoridade direta, exercendo a influência essencialmente por meio do relacionamento.

Os autores Rabechini Jr. e Carvalho (2003) apresentam alguns exemplos de *stakeholders* primários como: o próprio gerente de projeto, o patrocinador, o fornecedor, o pessoal técnico, a equipe de projeto, o gerente funcional e de suporte. Para os *stakeholders* secundários, Carvalho e Rabechini Jr. (2011) relacionam: governo, associações de classes, mídia, a família dos envolvidos, a comunidade usuária.

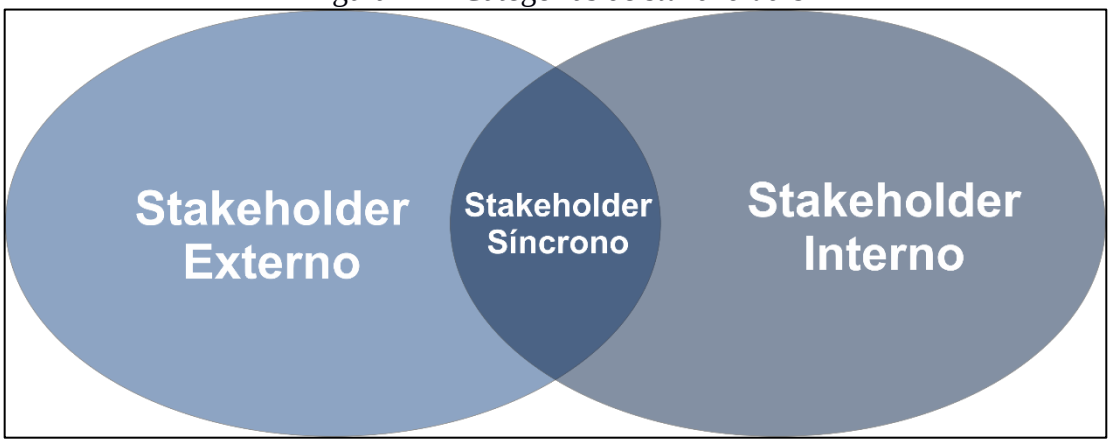
Identificou-se a partir da pesquisa que hospital escola tem uma terceira categoria de *stakeholder*. Além de externo e interno previsto na literatura, surge o *stakeholder* que atua simultaneamente no ambiente externo como cliente (aluno) e interno (atendimento de usuário), que são os médicos residentes e acadêmicos que utilizam a estrutura do Hospital Geral como ambiente de aprendizagem a partir do atendimento ao público.

Para esta terceira categoria sugere-se o nome de *stakeholder* síncrono, pode-se conferir

a definição desta categoria por meio do relato do SE5 “eu falo isento da minha posição como funcionário e residente daqui, é uma opinião genuína, eu acho que todos, [...] a grande maioria seriam pacientes muito bem tratados, [...] Eu particularmente, tenho orgulho de dizer que sou residente do Hospital Geral”.

A Figura 11 identifica que estes *stakeholders* atuam simultaneamente em ambas categorias. Em sequência, o Quadro 9 apresenta um resumo da percepção dos *stakeholders* nas categorias a *priori*, aprendizagem, credibilidade, resolutividade e humanização.

Figura 11 – Categorias de *stakeholders*



Fonte: Elaborada pela autora (2020).

Quadro 10 – Quadro resumo: aprendizagem, credibilidade, resolutividade e humanização

(continua)

Categoria	***Stakeholders* internos**	***Stakeholders* externos**	***Stakeholders* síncrono**
Aprendizagem	A Acreditação Hospitalar é definição de protocolos e processos padrões no atendimento, gerando segurança ao paciente. Em falas diversas, mas como mesmo sentido.	A Acreditação Hospitalar tem padrão no processo de atendimento, que contribui para o atendimento de qualidade, porém nem todos conseguem explicar com segurança e o rigor a aplicação do referido certificado.	Percepção equivalente à dos *stakeholders* externos
Nível de Acreditação e Representatividade Saúde Pública	Todos souberam que é nível 3 e expressaram com muito orgulho. O processo padrão contribui para o atendimento mais efetivo, com menor tempo de internação, proporcionando solução em saúde	Alguns não souberam informar, outro atribuiu como nível máximo. Não houve uma fala concordante por todos, para os mais envolvidos entendem que tem importância, outros não souberam explicar.	Médicos residentes e acadêmicos acreditam que tem influência, mas não souberam expressar.
Agregou aprendizado ou benefício	Sinalizam que o aprendizado obtido a partir da Acreditação Hospitalar agregou não somente no ambiente hospitalar, mas também na vida pessoal e profissional	Percebem o excelente atendimento do hospital, porém entendem que não gerou aprendizado	Médicos residentes e acadêmicos em estágio, acreditam que o aprendizado está no processo desenvolvido pelos profissionais, mas não tem clareza que este processo seja oriundo da Acreditação Hospitalar. A acadêmica de enfermagem identifica que houve grande aprendizado, no período que atuou na UTI
Serviços Relevantes	A percepção de todos os *stakeholders* divide-se basicamente em 3 opiniões basicamente: 1) O serviço de Oncologia, 2) alguns setores: Oncologia, Pronto Socorro e Gestante de Alto Risco; ou ainda 3) Todos os serviços são relevantes		

(continuação)

Categoria	*Stakeholders* internos	*Stakeholders* externos	*Stakeholders* síncrono
Prestação de Contas e Investimento	É importante e demonstra transparência, gerando credibilidade, potencializada com a AH. O diretor Técnico identifica que a prestação de contas poder ser mais efetiva, a partir do momento que o hospital tiver na ponta do lápis os custos por setor ou de procedimento. A dificuldade financeira tem origem no sistema de remuneração do SUS, e que implica diretamente na distribuição de recurso.	Atende, são efetivas, conseguem identificar que os recursos são aplicados no melhoramento do serviço prestado ao usuário SUS. O Estado e SMS acreditam que a prestação de contas poderia ser detalhada, considerando que hospital recebe diversos incentivos	Não acompanham e alguns não têm conhecimento. O acadêmico de Medicina menciona que deveria haver melhor comunicação entre a direção estratégica do Hospital com a direção de ensino da Universidade, referindo-se a um serviço que é realizado na estrutura do HG, após a ruptura com prestadores a UCS direcionou para outro hospital da cidade.
Direcionaria Recurso	Todos afirmaram que sim, não só pela Acreditação Hospitalar, mas também pela abrangência atinge		
Tratamento de pacientes	A acreditação contribuiu de forma efetiva para melhor atendimento ao usuário	Estado, Município e o Vereador Rafael Bueno identificam a qualidade de atendimento, considerando o número de reclamação ou ouvidoria. Comparando o número de atendimento realizado no HG, o número de reclamação praticamente inexiste	
	Todos os *stakeholders* identificam que o tratamento oferecido é resolutivo.		
Diferença atendimento HG x outros hospitais	Todos os *stakeholders* identificam que o atendimento oferecido no HG é igual ou superior se comparado com os demais hospitais de Caxias do Sul, alguns identificam ainda que a diferença pode ser em relação a hotelaria se comparado com hospital particular. Há ainda os que consideram que a estrutura do hospital é melhor, por ser mais jovem no segmento, ainda é melhor se comparada com os demais serviços filantrópicos. O estado dá ênfase no entendimento de que o HG é referência em habilitação de alta complexidade específica, assim como modelo de atendimento.		

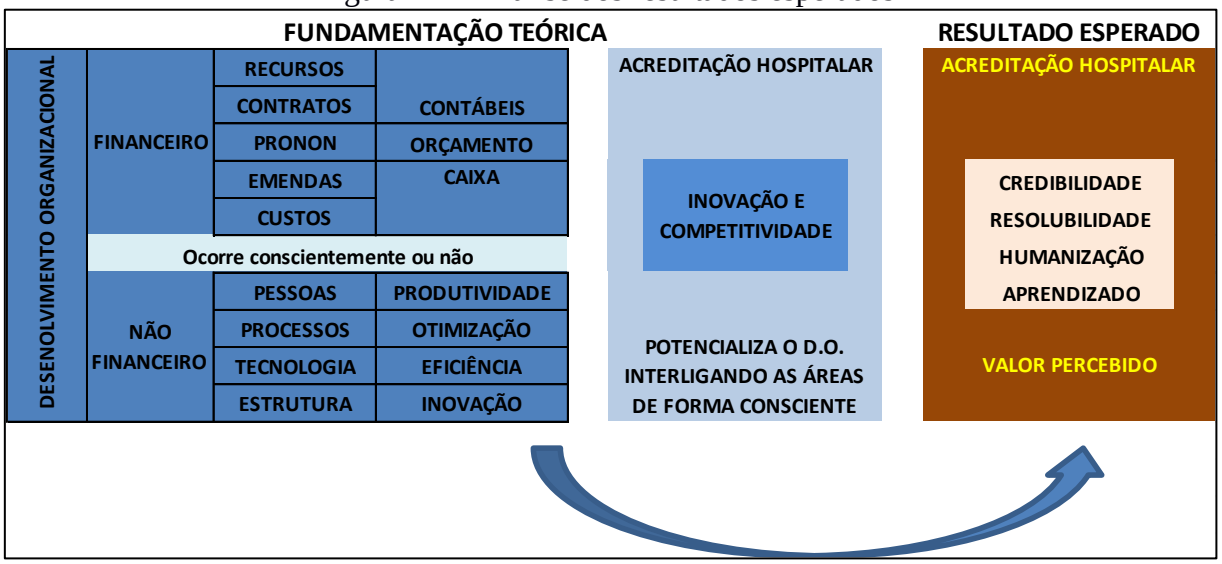
(conclusão)

Categoria	*Stakeholders* internos	*Stakeholders* externos	*Stakeholders* síncrono
Profissionais da assistência	Todos os *stakeholders* identificam que os profissionais da assistência, demonstram competência alinhada à responsabilidade, direcionando atendimento técnico e humanizado. Muitos citam que o grupo de profissionais do HG tem diferenciação, se comparado com demais serviços de saúde. Uma vereadora cita que não tem certeza se é em função da acreditação, pois já atuou na área da saúde, e percebe que as pessoas que atuam neste segmento têm uma tendência mais humanizada no desempenho da sua função.		
Projetos	Respondem rapidamente, identificam com mais frequência os projetos relacionados a oncologia desenvolvidos pelos voluntários da Liga de Combate ao Câncer, as Amigas de Peito e Alma e os Médicos do Sorriso	De imediato não lembram dos nomes em específico, após informado a referência, os projetos mais lembrados foram os relacionados a oncologia e foi citado com frequência o projeto amigo pet	Praticamente tem a mesma percepção que os *stakeholders* externos.
HG x Serviços SUS Brasil	Todos identificam que o hospital é de excelência, que não há como comparar, inclusive na fala do presidente da FUCS, "é uma covardia", pois o atendimento e a solução oferecida são com qualidade plena. O Estado e o Município identificam que comparando com os demais serviços da região também não é possível comparar. Apontam que o serviço do HG está muito acima, inclusive de serviços do estado, em que os próprios entrevistados tiveram a oportunidade de visitar. Na opinião do deputado Pepe Vargas, entende que o serviço é de qualidade tanto quanto outros serviços que visitou em São Paulo e Rio de Janeiro. Em contrapartida, a médica residente na especialidade de oncologia, natural do Rio de Janeiro, cita que no hospital em que estagiou pra concluir a graduação era desorganizado e não tinha a qualidade oferecida do HG.		
1º Pensamento e Sentimento	Orgulho, minha casa, minha família, me diz respeito, referência, hospital dos tijolinhos, orgulho, eu faço parte, credibilidade,		

Fonte: Elaborado pela autora (2020).

No projeto de qualificação, a proposta de resultados esperados apresenta-se na Figura 12.

Figura 12 – Análise dos resultados esperados



Fonte: Elaborada pela autora (2019).

A partir da Figura 12 foi possível identificar o resultado expresso de forma resumida no Quadro 11.

Quadro 11 – Resultado da pesquisa quantitativa, qualitativa e documental

CATEGORIA	QUANTITAIVA	QUALITATIVA	DOCUMENTAL
APRENDIZAGEM	Enfermeiros – Melhorou dentro, acima e muito acima da expectativa	*Stakeholders* Externos – não percebida por não fazer parte do processo *Stakeholder* Internos – agregou não somente para atividade dentro do hospital, como para vida *Stakeholder* Síncrono – Agregou conhecimento profissional	Satisfação do usuário SUS foi aumentando conforme o serviço foi desenvolvendo a melhoria contínua, por meio da Acreditação Hospitalar, atualmente acima de 90%
CREDIBILIDADE	Enfermeiros têm protocolos, indicadores consideravelmente ou completamente implantados, o que gera maior confiabilidade de resolutividade no atendimento ao paciente	*Stakeholders* Internos e Externos: O Hospital Conquistou em função da Acreditação Hospitalar, mas também por estar vinculada a uma universidade	
RESOLUTIVIDADE	Enfermeiros têm protocolos, indicadores consideravelmente ou completamente implantados, o que gera maior confiabilidade de resolutividade no atendimento ao paciente	*Stakeholders* internos e Externos entendem que o Hospital Geral tem atendimento equivalente a um serviço privado. Alguns entendem que o atendimento é superior em função do comprometimento dos profissionais que atuam na instituição	
HUMANIZAÇÃO	Enfermeiros entendem e buscam o cuidado e atenção com o paciente na sua especificidade, sinalizando que a equipe demonstra empatia na prestação de serviço.	Todos *stakeholders* entendem que existe um cuidado por parte dos profissionais da instituição, que visa atender a necessidade do paciente além da condição de saúde, demonstrando empatia no acolhimento e tratamento.	

Fonte: Elaborada pela autora (2020).

A partir dos resultados esperados em relação as categorias de aprendizagem, resolutividade, credibilidade e humanização foi possível identificar por meio dos resultados encontrados na percepção de todos os *stakeholders*, que a Acreditação Hospitalar promove aprendizado para os agentes envolvidos, melhorando o atendimento de forma resolutiva e inclusive agregando inovação nos processos, protocolos e principalmente de forma humanizada, ainda a gestão que visa transparência na aplicação dos recursos, propicia a credibilidade e visibilidade.

Como resultado encontrado pode-se agregar a reflexão, nos artigos pesquisados na bibliometria, como de Hafner et al. (2011) pode-se confirmar que é representativa a mudança ambiental e mais substancial à medida que o setor de saúde se move em direção a uma maior transparência e responsabilidade. Demonstrando que a transparência na utilização de recurso, prestação de contas e o envolvimento da comunidade, contribui para maior confiabilidade por parte da comunidade. E no artigo de Guest (2017) está diretamente relacionado com o resultado da pesquisa, em que se pode observar que os *stakeholders* internos, de forma emocionada, percebem no hospital mais que um vínculo de emprego. Identificam a possibilidade de realização pessoal e profissional simultaneamente, que se pode definir como sentimento de gratidão e o grande desejo de retribuir o imenso prazer de fazer parte desta instituição que muitos chamam de forma emocionada, de sua casa.

Cabe destacar também que apesar de são ser previsto inicialmente, na pesquisa, foi possível encontrar como resultado a percepção em relação a sustentabilidade da organização e uma nova categoria de *stakeholder*, além das categorias previstas na literatura, as quais são interno e externo, foi identificado a categoria Síncrono, que atua simultaneamente como interno e externo, especificamente para a atividade econômica de hospital ensino.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a análise, discussão dos resultados e triangulação de dados são apresentadas, neste capítulo final, as considerações a respeito do problema de pesquisa e os achados obtidos a partir dos objetivos propostos. Em seguida, serão expostos os limites do estudo e as sugestões para o desenvolvimento de futuras pesquisas.

Nesta dissertação os pilares teóricos foram selecionados a partir de leituras sobre desempenho organizacional, Acreditação Hospitalar e inovação em serviços de saúde.

Referente ao desempenho organizacional, até a década de 80 o desempenho era medido unicamente pelo resultado financeiro e contábil. Merece destaque os estudos de Bourne et al. (2000) que defende a criação de modelos de avaliação de desempenho equilibrados e multidimensionais com ênfase não financeira, medidas externas e que pudessem indicar o desempenho futuro. Os novos modelos de avaliação de desempenho organizacional deveriam também monitorar áreas como operações, marketing e recursos humanos, sendo o *Balanced Scorecard*, criado por Kaplan e Norton (1992) um dos modelos mais difundidos tanto na esfera acadêmica quanto nas empresas.

Quanto à Acreditação Hospitalar, D'Innocenzo, Adami e Cunha (2006) defendem que um hospital para ter adequada Gestão da Qualidade deve focar sua gestão em três fatores: estrutura, processo e resultado. Feldman, Gatto e Cunha (2005), dizem que o atendimento com padrões pré-estabelecidos pelos programas de Acreditação torna-se referência para a sociedade, indicando que a instituição presta serviços livres de erros e sem resultados que prejudiquem os usuários. Bonato (2007) diz que a Acreditação objetiva melhorar a qualidade dos serviços hospitalares com base na avaliação de padrões de referência pré-estabelecidos pela ONA; e os indicadores para constatar se os padrões foram observados ou estão presentes na instituição. Os níveis de classificação previstos pelo processo de Acreditação da ONA são: Nível 1 Acreditação (estrutura), Nível 2 Acreditação Plena (processos) e Nível 3 Acreditação por excelência (resultados e melhoria contínua).

Quanto à inovação em serviços de saúde, Thakur, Hsu e Fontenot (2012) define como a adoção das melhores práticas que garantam a segurança e os melhores resultados para o paciente, contribuindo positivamente a performance da organização. Ainda para Varkey, Horne e Bennet (2008), as inovações em saúde podem ser do tipo produto, processo ou estrutura. Albuquerque e Cassiolato (2002) também destacam a importância das universidades e institutos de pesquisa no processo de inovação e a relação com o setor de saúde.

Essa pesquisa buscou compreender qual a percepção dos *stakeholders* sobre o

desempenho organizacional e inovação do Hospital Geral após a Acreditação Hospitalar, considerando que o hospital em estudo tem extrema relevância para atendimento aos usuários do SUS no Rio Grande do Sul, no entanto apresenta resultado financeiro e contábil deficitário. No levantamento desse estudo foi possível concluir que a equipe de enfermeiros percebe que, após a implantação completa com melhoria contínua nos processos e protocolos da Acreditação Hospitalar, houve melhora muito acima da expectativa em relação ao desempenho hospitalar. Ainda foi possível identificar, por meio das respostas dos *stakeholders* externos e internos, que o reconhecimento da qualidade e resolutividade dos serviços prestados são chancelados pela satisfação do usuário, que fica acima de 90%.

Para alcançar tal objetivo foi necessário realizar três etapas de pesquisa: quantitativa, qualitativa e documental, apresentadas nos objetivos específicos:

a) verificar o aprendizado e as inovações nos serviços de enfermagem após a Acreditação Hospitalar;
b) identificar a percepção dos *stakeholders* quanto ao desempenho do Hospital Geral após a Acreditação Hospitalar; e
c) analisar a satisfação dos usuários internados no Hospital Geral no período de 2013 a 2019.

Na etapa quantitativa, buscou-se verificar o aprendizado e as inovações nos serviços de enfermagem após a Acreditação Hospitalar, a qual foi realizada uma *survey* aplicada a todos os enfermeiros do Hospital Geral, com 83 respondentes, tendo como instrumento de coleta de dados (Apêndice D). Para o tratamento dos dados quantitativos foi utilizada estatística multivariada, mediante estatística descritiva, utilizando frequências, média, desvio padrão e coeficiente de variação.

A etapa qualitativa contou com entrevistas realizadas para 37 (trinta e sete) participantes, entre diretores, gestores e representantes de órgãos públicos de saúde do estado e do município, políticos, acadêmicos, profissionais que atuam no hospital e o controle social, sendo que destes, foram escolhidos 2 ou 3 participantes de cada setor, aumentando, assim, a diversidade de atores, utilizando roteiro de pesquisa (APÊNDICE B) semiestruturado, com perguntas abertas. A análise de conteúdo foi a técnica utilizada para a interpretação de dados. Buscou-se com a pesquisa qualitativa responder ao seguinte objetivo específico: identificar a percepção dos *stakeholders* quanto ao desempenho do Hospital Geral após a Acreditação Hospitalar.

Na etapa documental buscou-se analisar a satisfação dos usuários internados no Hospital Geral no período de 2013 a 2019, realizando o levantamento de dados no respectivo

período, do plano operativo, que integra o contrato entre o Hospital Geral e a Secretaria de Saúde do município de Caxias do Sul. O documento define metas qualitativas, quantitativas e de ensino, para que a Secretaria possa medir e avaliar o desempenho do hospital, por meio de formulário padrão (APÊNDICE E).

Esta dissertação alcança seus objetivos inter-relacionando a percepção dos *stakeholders* e apresenta, na sequência, o resultado da pesquisa.

A partir do referencial teórico foi possível contextualizar que o desempenho organizacional pode ser mensurado de forma financeira e não financeira, que existe mesmo que os indicadores não sejam gerenciados. No entanto, a partir da implantação da Acreditação Hospitalar, houve contribuição de forma efetiva para a visão sistêmica entre as áreas, melhorando a performance do serviço prestado em qualidade e otimização de recurso. O que possibilita a melhoria contínua e gera maior conscientização pelo aprendizado e inovação em serviços, por meio de implantação de protocolos e processos padrões, que reverberam em satisfação no atendimento ao paciente.

Em relação ao aprendizado, identifica-se que os enfermeiros sinalizam grande evolução, corroborando com a percepção dos *stakeholders* internos. No entanto os *stakeholders* externos sinalizam que a Acreditação Hospitalar não agregou conhecimento, por não fazerem parte do processo.

O resultado da pesquisa com os enfermeiros reflete que o trabalho desenvolvido após a Acreditação Hospitalar é percebido pela equipe interna do hospital e, consequentemente, pela satisfação do usuário que foi aumentando, na mesma medida em que a equipe foi aplicando o aprendizado desenvolvido pelos critérios da acreditação, proporcionando maturidade a todas áreas envolvidas.

Quanto à inovação é possível identificar, na percepção dos enfermeiros, que após as práticas da Acreditação, evidencia-se que as atividades, práticas e uso de ferramentas (conforme *Lean*, *Seis Sigma*, L*ean-sigma*, *FMEA* utilizados por estes profissionais proporcionam maior eficiência no atendimento ao paciente, agregando inovações de protocolo e processo, inclusive ampliando os cuidados para necessidades além das doenças tratadas. Pode-se ratificar pelos projetos de humanização criados pelas equipes interna, melhor acolhida ao paciente, proporcionando-lhe uma experiência humanizada no ambiente hospitalar e ainda auxiliando na breve recuperação, que pode ser identificado pelos indicadores de tempo de permanência.

Considerando a percepção dos *stakeholders* externos e internos quanto ao entendimento sobre a Acreditação Hospitalar, de forma resumida, eles percebem que está relacionado à padronização de processos e protocolos que promovem qualidade no

atendimento. Alguns de forma mais simplificada apresentam o seu entendimento, que está ligado a uma certificação, ou órgão que orienta e confere se o serviço aplica de forma efetiva o que se propõe a fazer. Cabe registrar que descreve a Acreditação Hospitalar como “a ISO dos Hospitais”.

Referente ao nível atual de Acreditação do Hospitalar do Hospital Geral, os *stakeholders* internos prontamente identificaram como nível 3. Alguns, de forma rápida, anunciavam “nós somos nível 3”. Os *stakeholders* externos, na sua maioria, também revelaram que seria nível 3. Porém, outros poucos não souberam e ou sinalizaram que seria “nível máximo”.

Sobre a representatividade para a saúde pública, o fato de um hospital ter Acreditação Hospitalar, os *stakeholders* novamente respondem com brevidade, sinalizando que é de grande importância. Especialmente considerando que a padronização de atendimento, processos e protocolos contribui de forma efetiva para o melhor cuidado do usuário SUS. Reverbera para as demais práticas das unidades de atendimento nos bairros. Alguns *stakeholders* externos não souberam ou não entendem como o fato de um hospital ter a certificação da Acreditação contribui para a saúde pública.

Em relação à credibilidade, pode-se concluir que a visão sistêmica, alinhada com a melhoria contínua identificada por parte dos enfermeiros, tem respaldo na percepção dos *stakeholders* internos e externos, em função da transparência na utilização do recurso, evitando desperdício, na geração de novos serviços e protocolos, reconhecidos pela comunidade. Cabe destacar que os *stakeholders* internos e externos identificam que a credibilidade do hospital é, em grande parte, pela própria Acreditação Hospitalar em Nível 3 de excelência, que mantém processos padronizados. Porém, eles percebem que a credibilidade também está fortemente relacionada ao fato de o hospital estar vinculado à Universidade de Caxias do Sul, que é uma instituição de ensino referência, atuando há mais de 50 anos, na Serra Gaúcha e Região Metropolitana da capital, Porto Alegre.

Ainda sobre credibilidade relacionada à prestação de contas, um dos *stakeholders* internos evidencia a necessidade de o hospital promover uma gestão mais efetiva de custos, o que proporcionaria melhor diálogo com os órgãos que financiam a estrutura hospitalar. Isto contribuiria para o maior entendimento e, consequentemente, aporte equivalente às necessidades, visando principalmente reduzir o déficit anual por conta da própria tabela SUS.

Quanto à credibilidade relacionada a direcionamento de recursos, ou ainda influenciar órgão públicos e privados para direcionar recurso para o hospital, todos os *stakeholders* percebem que o hospital tem qualidade comprovada e que já fizeram, fazem e fariam esforços

para contribuir com a sustentabilidade. Exatamente pela entrega de serviços de qualidade, pelo envolvimento e relacionamento recorrente desenvolvido com todos os níveis da sociedade, envolvendo políticos, empresários, entidades de classe e comunidade em geral.

Referente à credibilidade vinculada à resolutividade no serviço prestado, conclui-se que a forma de gestão desenvolvida no hospital promove transparência, ousadia e liberdade de inovação. Isto abre a possibilidade de desenvolver projetos de humanização realizados pela equipe interna de colaboradores, ou ainda, pela própria iniciativa de voluntários e da comunidade, para acolher e proporcionar ao paciente melhor experiência durante a internação. Neste ponto todos os *stakeholders* reconhecem os projetos realizados no Hospital Geral. Alguns não lembram o nome do projeto, porque entendem que faz parte da estrutura de atendimento, porém reconhecem que, de alguma forma, todos se sentem tocados pelos belos e excelentes projetos realizados.

Quanto à resolutividade é possível identificar, pela percepção dos enfermeiros, que a partir das práticas da Acreditação, evidencia-se que as atividades e uso de ferramentas que proporcionam maior eficiência no atendimento ao paciente, inclusive ampliando os cuidados para necessidades além das doenças tratadas.

Cabe destacar que as Secretarias de Saúde Estadual e Municipal, e um vereador sinalizam que não há reclamações em relação ao atendimento no hospital. A reclamação percebida por eles está relacionada ao acesso, ou seja, a regulação de acesso aos usuários da região em que o Hospital Geral é referência. A limitação de acesso está diretamente vinculada ao número de leitos que atualmente são 237, para atender uma população com 1.200.000 habitantes. Importante destacar que a regulação é realizada pela Secretaria Municipal de Saúde de Caxias do Sul, como Gestão Plena de Saúde, sendo a respectiva secretaria, o órgão responsável para direcionar os pacientes para os serviços públicos de saúde.

Observa-se, na percepção dos *stakeholders* internos e externos, que o atendimento do hospital é efetivo e de extrema qualidade, se comparado com outros hospitais privados; desmistificando a imagem ruim de serviços SUS, veiculada por meios de comunicação, com macas pelos corredores e pacientes pelo chão. Os *stakeholders* citam que há diferença entre alguns hospitais privados no que se refere à hotelaria e estrutura. Porém, mesmo no quesito de estrutura física, alguns *stakeholders* sinalizam que o fato do Hospital Geral ser o mais jovem da cidade, em determinados pontos ele é melhor que outros filantrópicos. Ainda, comparado com demais hospitais SUS do Brasil, os relatos dos *stakeholders* é de que não há comparação, reconhecendo que o Hospital Geral tem o título “SUS de Qualidade”.

Em relação à humanização, os *stakeholders* externo e internos sinalizam que os

profissionais que atuam no Hospital Geral têm algo diferente, em relação aos demais serviços. Eles relatam que existe um sentimento de pertencimento. Todos os colaboradores são engajados com o propósito da missão do hospital, oferecendo atendimento humanizado, empático, o que gera engajamento de toda a sociedade para ajudar e apoiar os projetos desenvolvidos internamente, especialmente os que buscam de captar recursos, tanto na ordem financeira como em equipamentos.

Durante as considerações finais, surgiram outras duas situações por meio da pesquisa, as quais foram identificadas *a posteriori*. A primeira se refere à sustentabilidade, explicitada no entendimento de todos os *stakeholders* de que a forma de financiamento de hospital 100% SUS, não contribui para a sustentabilidade, nem ao menos para o equilíbrio econômico. No entanto, considerando a qualidade e a eficiência que o hospital se apresenta, todos os *stakeholders* responderam que fariam ou já fizeram esforço em prol do hospital receber recurso por meio de projeto para auxiliar na sustentabilidade econômica, principalmente pelo fato da Acreditação Hospitalar, que demonstra a transparência na gestão de recurso.

Outro ponto identificado na pesquisa foi de que os acadêmicos da área da saúde da Universidade de Caxias do Sul o e os médicos residentes que atuam no Hospital Geral, apesar de clientes reconhecidos como *stakeholders* externos, por atuarem no hospital no cuidado ao paciente e por terem horário e data fixa de atuação no hospital, simultaneamente podem ser considerados *stakeholders* interno, inclusive na entrevista relatam “o meu chefe” ou “como funcionário”. Conclui-se que surge uma terceira categoria de *stakeholder* Síncrono, para a atividade econômica relacionada ao hospital ensino, como é o caso do Hospital Geral.

Como reflexão final entrelaçando a pesquisa na literatura e resultados encontrados na pesquisa qualitativa, pode-se resumir desempenho organizacional alinhado com às categorias aprendizagem, credibilidade, resolutividade e humanização, ocorrem em 4 ciclos em expansão, a partir da interação entre pessoas. A cada ciclo há uma propagação para o ciclo posterior, iniciando pela ação com empatia (humanizada), que gera aprendizado, que por sua vez propaga para a resolutividade e conclui em credibilidade.

Em resumo, o estudo evidencia que a percepção do *stakeholders* sobre o desempenho Organizacional e Inovação do Hospital Geral a partir da Acreditação Hospitalar é de que a certificação ressalta o reconhecimento da sociedade como um serviço de qualidade, que promove aprendizado, credibilidade, resolutividade com humanização, sendo referência para os demais hospitais e principalmente para hospitais que dependem de recurso público.

5.1 LIMITAÇÕES DA PESQUISA

A limitação em razão da disponibilidade de agenda dos entrevistados, sendo possível concluir todas as entrevistas apenas em janeiro de 2020.

Por fim, em função da pandemia, como atenção especial para evitar contaminação entre as áreas, e adaptação em reuniões virtuais, exigindo resiliência de todas as partes, o que desencadeou em atraso da entrega da dissertação.

5.2 DESENVOLVIMENTO DE PESQUISAS FUTURAS

A pesquisa concluiu que, de fato, os hospitais públicos, especificamente hospitais 100% SUS e escola, enfrentam dificuldade quanto à sustentabilidade econômica. Porém, a Acreditação Hospitalar contribui de forma efetiva para o melhor desempenho financeiro, produzindo mais atendimento, com melhor otimização do recurso público, e ainda proporcionando credibilidade para que a estrutura hospitalar possa captar recursos através de projetos sociais, participação de políticos e entes governamentais. A Acreditação Hospitalar não somente é possível, como imprescindível para melhor aplicação de recurso público.

O foco da investigação limitou-se ao município de Caxias do Sul em estudo de caso único. No entanto, a mesma pesquisa pode ser realizada em outros hospitais com Acreditação Hospitalar, em municípios do Rio Grande do Sul, ou até mesmo, em outros estados do Brasil, pois poderia trazer informações relevantes sobre desempenho hospitalar e inovações em saúde. Aspectos como o contexto sustentabilidade deveria ser incluído em pesquisas futuras.

Como uma continuidade a esse estudo, sugere-se a pesquisa quanto à viabilidade do formato da remuneração SUS, ou identificar formas de financiamento além da remuneração SUS para viabilidade de serviços de saúde públicos.

REFERÊNCIAS

AAGAARD, E. M. et al. Physician champions are key to improving antibiotic prescribing quality. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety**, v. 36, n. 3, p. 109-116, 2010.

AAKER, D. A.; KUMAR, V.; DAY, G. S. **Marketing research.** New Jersey: John Wiley & Sons, 2008.

ABDALLAH, A. Implementing quality initiatives in healthcare organizations: drivers and challenges. **International journal of health care quality assurance**, v. 27, n. 3, p. 166-181, 2014.

ALANO, J. **Inovação tecnológica utilizada no parque de neve Snowland em Gramado-RS.** 2016. 65 f. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade de Caxias do Sul, 2016.

ALÁSTICO, G. P.; TOLEDO, J. C. Acreditação Hospitalar: proposição de roteiro para implantação. **Gest. Prod,** v. 20, n. 4, p. 815-831, 2013.

ALBUQUERQUE, E. M.; CASSIOLATO, J. E. As especificidades do sistema de inovação do setor saúde. **Revista de Economia Política,** v. 22, n. 4, p. 88, 2002.

ANTUNES, F. L.; RIBEIRO, J. D. Acreditação hospitalar: um estudo de caso. **Revista Produção,** v. 5, n. 1, p. 1-27, 2005.

ANTUNES, L. M. **Implantação do processo de acreditação baseado no manual das organizações prestadoras de serviços hospitalares da ONA.** 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) –Universidade do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2002.

ARAÚJO, C. A. A. Bibliometria: evolução histórica e questões atuais. **Em questão,** v. 12, n. 1, p. 11-32, 2006.

BARATA, L. R. B.; MENDES, J. D. V.; BITTAR, O. J. N. V. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Rev. Adm. Saúde,** v. 12, n. 46, p. 7-14, 2010.

BARBASH, G. I.; GLIED, S. A. New technology and health care costs—the case of robot-assisted surgery. **New England Journal of Medicine,** v. 363, n. 8, p. 701-704, 2010.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** 3. ed. Lisboa: Edições, 2004.

BATES, I. et al. A practical and systematic approach to organisational capacity strengthening for research in the health sector in Africa. **Health research policy and systems,** v. 12, n. 1, p. 11, 2014.

BDTD. **Página inicial.** Disponível em: http://bdtd.ibict.br/vufind/. Acesso em: 25 mar. 2016.

BEHN, R. D. Why measure performance? Different purposes require different measures. **Public administration review,** v. 63, n. 5, p. 586-606, 2003.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de

saúde. **Ciência & saúde coletiva,** v. 10, n. 3, p. 561-571, 2005.

BHATTI, M. I.; AWAN, H. M.; RAZAQ, Z. The key performance indicators (KPIs) and their impact on overall organizational performance. **Quality & Quantity,** v. 48, n. 6, p. 3127-3143, 2014.

BOGDAN, R.; BIKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação:** uma introdução à teoria e aos métodos. Lisboa: Porto editora, 1994.

BOHRER, C.; VARGAS, E. R. Inovação nos serviços hospitalares: estudos de caso em hospitais universitários. **Anais [...]** XXXIII Enanpad, p. 1-16, 2009.

BONACIM, C. A. G.; ARAÚJO, A. M. P. Valor econômico agregado por hospitais universitários públicos. **RAE-Revista de Administração de Empresas,** v. 49, n. 4, p. 419-433, 2009.

BONATO, V. L. **Gestão em saúde:** programas de qualidade em hospitais. São Paulo: Ícone Editora, 2007.

BOURNE, L.; WALKER, D. H. T. Visualising and mapping stakeholder influence. **Management decision**, v. 43, n. 5, p. 649-660, 2005.

BOURNE, M. et al. Designing, implementing and updating performance measurement systems. **International Journal of Operations & Production Management,** v. 20, n. 7, p. 754-771, 2000.

BRASIL. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 01 abr. 2019.

BRASIL. **Lei nº 11.104, de 21 de março de 2005**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de instalação de brinquedotecas nas unidades de saúde que ofereçam atendimento pediátrico em regime de internação. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11104.htm#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20a%20obrigatoriedade%20de,pedi%C3%A1trico%20em%20regime%20de%20interna%C3%A7%C3%A3o.. Acesso em: 02 abr. 2018.

BRASIL. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica**. A melhoria contínua da qualidade na atenção primária à saúde: conceitos, métodos e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. Disponível em: https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTIyMg==. Acesso em: 07 nov. 2019.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde**. Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar: Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/MH_completo.pdf. Acesso em: 23 out. 2019.

BRUYNE, P.; HERMAN, J.; SCHOUTHEETE, M. Dinâmica da pesquisa em ciências sociais: os pólos da prática metodológica. In: **Dinâmica da pesquisa em ciências sociais:** os polos da prática metodológica. 1982.

BUFREM, L. S.; PRATES, Y. O saber científico registrado e as práticas de mensuração da informação. **Ciência da Informação,** v. 34, n. 2, p. 9-25, 2005.

BUTLER, A.; LETZA, S. R.; NEALE, B. Linking the balanced scorecard to strategy. **Long range planning,** v. 30, n. 2, p. 242-153, 1997.

CAMPOS, F. E. **Resolutividade:** uma aproximação à avaliação qualitativa dos serviços de saúde. 1988. 264 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Osvaldo Cruz. Recife, 1988.

CARDOSO, A. L. J. **Percepções de gestores sobre competências gerenciais em diferentes contextos**: estabilidade e mudança organizacional. REBRAE. Revista Brasileira de Estratégia, Curitiba, v. 2, n. 2, p. 147-169, maio/ago. 2009.

CARVALHO, M. M.; RABECHINI JR, R. **Fundamentos em gestão de projetos:** construindo competências para gerenciar projetos. São Paulo: Atlas, 2011.

CHARMAZ, K. Stories and silences: Disclosures and self in chronic illness. **Qualitative inquiry**, v. 8, n. 3, p. 302-328, 2002.

CHAVES, C. V.; ALBUQUERQUE, E. M. Desconexão no sistema de inovação no setor saúde: uma avaliação preliminar do caso brasileiro a partir de estatísticas de patentes e artigos. **Economia Aplicada,** v. 10, n. 4, p. 523-539, 2006.

CHENHALL, R. H.; LANGFIELD-SMITH, K. Multiple perspectives of performance measures. **European management journal,** v. 25, n. 4, p. 266-282, 2007.

CHIARETO, J.; CORRÊA, H. L.; CUNHA, J. A. C. Avaliação de Desempenho Organizacional: Um Estudo em um Hospital Universitário Público. **Revista Ibero-Americana de Estratégia**, v. 17, n. 1, p. 112-129, 2018.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa qualitativa em ciências sociais.** Rio de Janeiro: Vozes, 2006.

CHRISTENSEN, C. M.; BOHMER, R.; KENAGY, J. Will disruptive innovations cure health care? **Harvard business review,** v. 78, n. 5, p. 102-112, 2000.

CHRISTENSEN, C. M.; GROSSMAN, J. H.; HWANG, J. The innovator's prescription: a disruptive solution for health care. 2009.

CLARKSON, M. B. E. A stakeholder framework for analyzing and evaluating corporate social performance. **The Academy of Management Review,** v. 20, n. 1, p. 92-117, 1995.

CLELAND, D. I. Project stakeholder management. **Project Management Journal**, v. 36, n. 44, p. 275-301, 1986.

CORRÊA, H. L. **Modelo de avaliação de desempenho organizacional:** MADE-O: como conhecer o verdadeiro desempenho de uma organização. Notas de aula da disciplina de EAD 5948 – Avaliação de Desempenho Global. Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de São Paulo. São Paulo, 2012.

CORRÊA, H. L. **O estado da arte da avaliação de empresas estatais.** 1986. 242 f. Tese (Doutorado em Administração de Empresas) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 1986.

COSTA, L. S. Inovação nos serviços de saúde: apontamentos sobre os limites do conhecimento. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 32, n. 2, p. 1-12, 2016.

CRESPO, A. A. **Matemática financeira fácil**. São Paulo: Saraiva. 2009.

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

CUNHA, J. A. C.; CORRÊA, H. L. Avaliação de desempenho organizacional: um estudo aplicado em hospitais filantrópicos. **RAE: Revista de Administração de Empresas,** v. 53, n. 5, p. 485-499, 2013.

CURTIS, L. H.; SCHULMAN, K. A. Overregulation of health care: musings on disruptive innovation theory. **Law and Contemporary Problems,** v. 69, n. 4, p. 195-206, 2006.

D'INNOCENZO, M. D.; ADAMI, N. P.; CUNHA, I. O. O Movimento pela Qualidade nos Serviços de Saúde e Enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem, v**. 59, n. 1, p. 84-88, 2006.

DA HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em questionários para qualidade: um estudo com o Coeficiente Alfa de Cronbach. **Produto & Produção**, v. 11, n. 2, p. 85-103, 2010.

DATASUS. **Internações hospitalares do SUS por local de internação - RS.** Disponível em: http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sih/cnv/sxrs.def. Acesso em: 14 jun. 2019.

DAVILA, T.; EPSTEIN, M. J.; SHELTON, R. **As regras da inovação.** Porto Alegre: Bookman Editora, 2009.

DENCKER, A. F. M. **Métodos e técnicas de pesquisa em turismo.** 5. ed. São Paulo: Futura, 1998.

DENCKER, A. F. M.; VIÁ, S. C. **Pesquisa empírica em ciências humanas:** com ênfase em comunicação. São Paulo: Futura, 2001.

DENTON, D. K. Measuring relevant things. **International Journal of Productivity and Performance Management,** v. 54, n. 4, p. 278-287, 2005.

DENZIN, N. K. **The research act:** a theoretical introduction to sociological methods. 3. ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1989.

DOSI, G. Technological paradigms and technological trajectories: a suggested interpretation of the determinants and directions of technical change. **Research policy,** v. 11, n. 3, p. 147-162, 1982.

DRUCKER, P. F. **Inovação e o espírito empreendedor:** prática e princípios. São Paulo: Pioneira Thomson, 2003.

DUTRA, J. S. **Gestão de pessoas**: modelo, processos, tendências e perspectiva. São Paulo: Atlas, 2009.

DUYGULU, S.; KUBLAY, G. Transformational leadership training programme for charge nurses. **Journal of advanced nursing,** v. 67, n. 3, p. 633-642, 2011.

EBSERH. **Página inicial.** Disponível em: http://ebserh.mec.gov.br/. Acesso em: 25 mar. 2014.

ECCLES, R. G. The performance measurement manifesto. **Harvard Business Review**, p. 131-137, 1991.

EDVINSSON, L. Developing intellectual capital at Skandia. **Long Range Planning,** v. 30, n. 3, p. 366-373, 1997.

EISEND, M. Source credibility dimensions in marketing communication–a generalized solution. **Journal of Empirical Generalisations in Marketing Science**, v. 10, n. 2, p. 1-33, 2006.

ELSEVIER. **Conteúdo da base Scopus.** Disponível em: https://www.elsevier.com/solutions/scopus. 2016a. Acesso em: 01 set. 2016.

ELSEVIER. **Conteúdo da base Scopus.** Disponível em: https://www.elsevier.com/solutions/scopus/content. 2016b. Acesso em: 01 set. 2016.

ESPERIDIÃO, M. A.; TRAD, L. A. B. Avaliação de satisfação de usuários: considerações teórico-conceituais. **Cadernos de Saúde Pública,** v. 22, n. 6, p. 1267-1276, 2006.

FÁVERO, L. P. et al. **Análise de dados:** modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FELDMAN, L. B.; GATTO, M. A. F.; CUNHA, I. C. K. O. História da evolução da qualidade hospitalar: dos padrões a acreditação. **Acta paulista de enfermagem,** v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FERNANDES, H. M. L. G. **Acreditação hospitalar:** a percepção da equipe de enfermagem do centro cirúrgico de um hospital universitário. 2014. 180 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo. São Paulo, 2014.

FERREIRA, A.; OTLEY, D. **Exploring inter and intra-relationship between the design and use of management control system.** Working Paper. SSRN, 2007.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.

FOGUEL, S.; SOUZA, C. C**. Desenvolvimento organizacional.** 2. ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

FOMBRUN, C. J. **Reputation:** realizing value from the corporate image. Boston: Harvard Business School Press, 1996.

FORTUIN, L. Performance indicators - why, where and how? **European journal of operational research,** v. 34, n. 1, p. 1-9, 1988.

FOX, A. **Beyond contract:** work, power and trust relations. London: Faber, 1974.

FREEMAN, C. Inovação e ciclos longos de desenvolvimento. **Ensaios FEE,** v. 5, n. 1, p. 5-20, 1984.

FREEMAN, C.; PEREZ, C. Structural crises of adjustment, business cycles and investment behavior. In: DOSI, G. et al. **Technical change and economic theory.** Prynter publishers, London, N. Y., 1988.

FREEMAN, E.; LIEDTKA, J. Stakeholder capitalism and the value chain**. European Management Journal,** v. 15, n. 3, p. 286-296, 1997.

FREEMAN, R. E.; REED, D. L. Stockholders and stakeholders: A new perspective on corporate governance. **California management review,** v. 25, n. 3, p. 88-106, 1983.

GADELHA, C. A. G. O complexo industrial da saúde e a necessidade de um enfoque dinâmico na economia da saúde. **Ciência & saúde coletiva,** v. 8, n. 2, p. 521-535, 2003.

GARCÍA-GOÑI, M.; MAROTO, A.; RUBALCABA, L. Innovation and motivation in public health professionals. **Health Policy,** v. 84, n. 2-3, p. 344-358, 2007.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOES, J. B.; PARK, S. H. Interorganizational links and innovation: the case of hospital services. **Academy of management Journal,** v. 40, n. 3, p. 673-696, 1997.

GONÇALVES, P. C. et al. Stakeholders na atividade hospitalar: uma investigação setorial no Estado de São Paulo. **Revista de Administração FACES Journal,** v. 7, n. 2, p. 84-101, 2008.

GOYEN, M.; DEBATIN, J. F. Healthcare costs for new technologies. **European journal of nuclear medicine and molecular imaging,** v. 36, n. 1, p. 139-143, 2009.

GRIGOROUDIS, E.; ORFANOUDAKI, E.; ZOPOUNIDIS, C. Strategic performance measurement in a healthcare organisation: a multiple criteria approach based on balanced scorecard. **Omega,** v. 40, n. 1, p. 104-119, 2012.

GROSSKOPF, S.; MARGARITIS, D.; VALDMANIS, V. Comparing teaching and non-teaching hospitals: a frontier approach (teaching vs. non-teaching hospitals). **Health Care Management Science,** v. 4, n. 2, p. 83-90, 2001.

GUEST, D. E. Human resource management and employee well-being: towards a new analytic framework. **Human resource management journal**, v. 27, n. 1, p. 22-38, 2017.

HAFNER, J. M. et al. The perceived impact of public reporting hospital performance data: interviews with hospital staff. **International Journal for Quality in Health Care,** v. 23, n. 6, p. 697-704, 2011.

HAIR, J. F. et al. **Análise multivariada de dados.** Porto Alegre: Bookman Editora, 2005.

HALACHMI, A. Performance measurement and government productivity. **Work Study,** v. 51, n. 2, p. 63-73, 2002.

HALACHMI, A. Performance measurement is only one way of managing performance. **International Journal of Productivity and Performance Management,** v. 54, n. 7, p. 502-516, 2005.

HERZLINGER, R. E. Why innovation in health care is so hard. **Harvard business review,** v. 84, n. 5, p. 58, 2006.

HUTCHESON, G. D.; SOFRONIOU, N. **The multivariate social scientist:** introductory statistics using generalized linear models. New York: Sage, 1999.

IESS - Instituto de Estudos de Saúde Suplementar. **A cadeia de saúde suplementar no Brasil, avaliação de falhas de mercado e propostas de políticas.** 2016. Disponível em: http://www.iess.gov.br/. Acesso em: 01 abr. 2019.

IOAN, B.; NESTIAN, A. S.; TITA, S. Relevance of key performance indicators (KPIs) in a hospital performance management model. **Journal of Eastern Europe Research in Business & Economics,** v. 2012, n. 1, p. 15, 2012.

JUNIOR, E. D. B.; ENSSLIN, L.; ENSSLIN, S. R. Seleção e análise de um portfólio de artigos sobre avaliação de desempenho na cadeia de suprimentos. **Revista Gepros,** v. 1, n. 1, p. 113, 2012.

JUNQUEIRA, S. F. **Percepção dos profissionais da área da saúde sobre o processo de acreditação hospitalar nível I (ONA)-caso do Hospital Geral de Caxias do Sul.** 2015. 96 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade de Caxias do Sul. Caxias do Sul, 2015.

KALISCH, B. J.; AEBERSOLD, M. Interruptions and multitasking in nursing care**. The joint commission journal on quality and patient safety,** v. 36, n. 3, p. 126-132, 2010.

KAPLAN, R. S.; NORTON, D. P. **The balanced scorecard:** measures that drive performance. 1992.

KRIGGER, G.; PANICHI, L. M. A crise econômica no Brasil: Influências nos indicadores financeiros das sociedades anônimas da capital aberto. 2016. Disponível em: https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/148431/001000741.pdf?sequence=1. Acesso em: 21 set. 2020.

KYDLAND, F. E.; PRESCOTT, E. C. Rules rather than discretion: the inconsistency of optimal plans. **Journal of political economy,** v. 85, n. 3, p. 473-491, 1977.

LEBAS, M. J. Performance measurement and performance management**. International journal of production economics,** v. 41, n. 1-3, p. 23-35, 1995.

LOBO, M. S. C. et al. Avaliação de desempenho e integração docente-assistencial nos hospitais universitários. **Revista de Saúde Pública,** v. 44, n. 4, p. 581-590, 2010.

LORENZI, N.; PINSON, W.; STARMER, J. M. Integration quality management efforts in a complex oragnization: a panel discussion. **Quality Management in Health Care,** v. 2, n. 16, p. 182-186, 2007.

LUGOBONI, L. F. **Modelos de avaliação de desempenho organizacional em instituições de ensino superior na grande São Paulo.** 2010. 128 f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Municipal de São Caetano do Sul. São Caetano do Sul, 2010.

MACHADO, S. P.; KUCHENBECKER, R. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva,** v. 12, n. 1, p. 871-877, 2007.

MACINATI, M. S. A relação entre sistemas de gestão da qualidade e desempenho organizacional no Serviço Nacional de Saúde da Itália. **Política de saúde,** v. 85, n. 2, p. 228-241, 2008.

MANZO, B. F.; BRITO, M. J. M.; CORRÊA, A. R. Implications of hospital accreditation on the everyday lives of healthcare professionals. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 46, n. 2, p. 388-394, 2012.

MASIERO, G. **Administração de empresas.** São Paulo: Saraiva, 2007.

MAYAN, M. Una introducción a los métodos cualitativos: **módulo de entrenamiento para estudiantes y profesionales.** Alberta: International Institute for Qualitative Methodology, v. 34, 2001. Disponível em: https://sites.ualberta.ca/~iiqm/pdfs/introduccion.pdf. Acesso em: 09 dez. 2020.

MAYNARD, G. A. *et al*. Mentored implementation: building leaders and achieving results through a collaborative improvement model**. The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,** v. 38, n. 7, p. 301-AP3, 2012.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Rev. Ass. Med. Brasil,** v. 47, n. 2, p. 149-156, 2001.

MELO, P. M. S. **Humanização dos processos de trabalho**: fundamentos, avanços sociais, tecnológicos e atenção à saúde. São Paulo: Erica, 2014.

MIKUŠOVÁ, M.; JANEČKOVÁ, V. Developing and implementing successful key performance indicators. **World Academy of Science, Engineering and Technology,** v. 42, n. 6, p. 969-981, 2010.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 4. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 1996.

MITCHELL, R. K.; AGLE, B. R.; WOOD, D. J. Toward a theory of stakeholder identification and salience: defining the principle of who and what really counts. **Academy of management review,** v. 22, n. 4, p. 853-886, 1997.

MONTES, G. C. Metas de inflação em perspectiva: a influência do trinômio reputação-credibilidade-transparência sobre a economia. **Brazilian Journal of Political Economy,** v. 28, n. 4, p. 648-668, 2008.

MUNDO EDUCAÇÃO. **Frequência relativa**. 2018. Disponível em: https://mundoeducacao.uol.com.br/matematica/frequencia-relativa.htm. Acesso em: 09 dez. 2019.

NEAMAN, K. C. et al. Plastic surgery chief resident clinics: the current state of affairs. **Plastic and reconstructive surgery,** v. 126, n. 2, p. 626-633, 2010.

NEELY, A. **Performance measurement system design – third phase**. US: Performance Measurement System Design Workbook, 1994.

NEELY, A.; ADAMS, C.; CROWE, P. The performance prism in practice. **Measuring business excellence,** v. 5, n. 2, p. 6-13, 2001.

NEELY, A.; GREGORY, M.; PLATTS, K. Performance measurement system design: a literature review and research agenda**. International journal of operations & production management,** v. 25, n. 12, p. 1228-1263, 2005.

NETO, A. Q.; GASTAL, F. L. **Acreditação hospitalar:** proteção dos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde. Rio de Janeiro: Dacasa, 1997.

NEWELL, S. J. **Developing a measurement scale and a theoretical model defining corporate credibility and determining its role as an antecedent of consumers' attitude toward the advertisement**, 1993. Dissertação (Doutorado) – Florida State University. Flórida, 1993.

NG, K. B. et al. Factors affecting implementation of accreditation programmes and the impact of the accreditation process on quality improvement in hospitals: a SWOT analysis. **Hong Kong Medical Journal,** v. 19, n. 5, p. 434-446, 2013.

OCDE. **Manual e Oslo:** Proposta de Diretrizes para Coleta e Interpretação de Dados sobre Inovação Tecnológica. Tradução: Financiadora de Estudos e Projetos – FINEP. 3. ed. 2004. Disponível em: http://www.finep.gov.br/images/apoio-efinanciamento/manualoslo.pdf. Acesso em: 05 mai. 2009.

OLANDER, S.; LANDIN, A. Evaluation of stakeholder influence in the implementation of construction projects. **International journal of project management,** v. 23, n. 4, p. 321-328, 2005.

OLSON, E. M.; SLATER, S. F. The balanced scorecard, competitive strategy, and performance. **Business Horizons,** v. 45, n. 3, p. 11-16, 2002.

OMACHONU, V. K.; EINSPRUCH, N. G. Innovation: implications for goods and services. **International Journal of Innovation and Technology Management,** v. 7, n. 2, p. 109-127, 2010.

ONA - ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. **Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.** 2010. Brasília: Organização Nacional de Acreditação, 2010.

ONA – ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO. Mapa de acreditações. 2019. Disponível em: https://www.ona.org.br/mapa-de-acreditacoes. Acesso em: 05 maio 2019.

ONDATEGUI-PARRA, S. et al. Essential practice performance measurement. **Journal of the American College of Radiology,** v. 1, n. 8, p. 559-566, 2004.

PARASURAMAN, A.; BERRY, L. L.; ZEITHAML, V. A. More on improving service quality measurement. **Journal of Retailing**, v. 69, n. 1, p. 140-147, 1993.

PARK, M. M. et al. Transforming mental health services: a participatory mixed methods study to promote and evaluate the implementation of recovery-oriented services. **Implementation science,** v. 9, n. 1, p. 119, 2014.

PESTANA, M. H.; GAGEIRO, J. N. **Análise de dados para ciências sociais:** a complementaridade do SPSS. 5.ed. Lisboa: Edições Silabo, 2008.

PISANO, G. P. **Science business:** the promise, the reality and the future of biotech. Boston: Harvard Business School Press, 2006.

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

PROENÇA, A. et al. **Gestão da inovação e competitividade no Brasil:** da teoria para a prática. Porto Alegre: Bookman Editora, 2015.

RABECHINI JUNIOR, R.; CARVALHO, M. M. Perfil das competências em equipes de projetos. **RAE eletrônica**, v. 2, n. 1, p. 1-17, 2003.

RAJABLU, M.; MARTHANDAN, G.; YUSOFF, W. F. W. Managing for stakeholders: the role of stakeholder-based management in project success. **Asian Social Science**, v. 11, n. 3, p. 111-125, 2015.

RIGBY, D. K. **Ferramentas de gestão:** um guia para executivos. São Paulo: Bain & Company, 2009.

ROESCH, S. M. A. **Projetos de estágio do curso de administração:** guia para pesquisas, projetos, estágios e trabalhos de conclusão de curso. São Paulo: Atlas, 1996.

RUIZ, U.; SIMON, J. Quality management in health care: a 20-year journey. **International Journal of Health Care Quality Assurance,** v. 17, n. 6, p. 323-333, 2004.

SALAS, E.; PAIGE, J. T.; ROSEN, M. A. Creating new realities in healthcare: the status of simulation-based training as a patient safety improvement strategy. **BMJ Quality and Safety,** v. 23, n. 6, p. 449-452, 2013.

SCHMIED, V. et al. Ten steps or climbing a mountain: a study of Australian health professionals' perceptions of implementing the baby friendly health initiative to protect, promote and support breastfeeding. **BMC health services research,** v. 11, n. 1, p. 208, 2011.

SCHUMPETER, J. A. **Teoria do desenvolvimento econômico:** uma investigação sobre capital, crédito, juro e ciclo econômico. São Paulo: Abril, 1982.

SERTEK, P.; GUINDANI, R. A.; MARTINS, T. S. **Administração e planejamento estratégico.** 2. ed. Curitiba: Ibpex, 2009.

SHARMA, S. **Applied multivariate techniques**. NJ: Wiley, 1996.

SILVA, B. L.; SILVA, B. A. A reflexão como mediadora da aprendizagem gerencial em organizações não governamentais. **RAM-Revista de Administração da Mackenzie**, v. 12, n. 2. 55-89, 2011.

SILVA, C. F. B. **O trabalho na saúde pública:** uma análise a partir do Programa de Acreditação Hospitalar no Hospital Getúlio Vargas–HGV. 2017. 154 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. Pernambuco, 2017.

SMETZER, J. et al. Shaping systems for better behavioral choices: lessons learned from a fatal medication error. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,** v. 36, n. 4, p. 152-163, 2010.

SMITS, H.; SUPACHUTIKUL, A.; MATE, K. S. Hospital accreditation: lessons from low- and middle-income countries. **Globalization and health,** v. 10, n. 1, p. 65, 2014.

STARMER, A. J. et al. Development, implementation, and dissemination of the I-PASS handoff curriculum: a multisite educational intervention to improve patient handoffs. **Academic Medicine,** v. 89, n. 6, p. 876-884, 2014.

STOL, I. S.; EHRENFELD, J. M.; EPSTEIN, R. H. Technology diffusion of anesthesia information management systems into academic anesthesia departments in the United States. **Anesthesia & Analgesia,** v. 118, n. 3, p. 644-650, 2014.

TAGUE-SUTCLIFFE, J. An introduction to informetrics. **Information Processing & Management,** v. 28, n. 1, p. 1-3, 1992.

TANGEN, S. Demystifying productivity and performance. **International Journal of Productivity and performance management,** v. 54, n. 1, p. 34-46, 2005.

TEJADA, C. A. O.; PORTUGAL, M. S. Credibilidade e inércia inflacionária no Brasil. **Estudos Econômicos**, v. 31, n. 3, p. 459-494, 2001.

THAKUR, R.; HSU, S. H. Y.; FONTENOT, G. Innovation in healthcare: issues and future trends. **Journal of Business Research,** v. 65, n. 4, p. 562-569, 2012.

THE SIGMA PROJECT. **The sigma guidelines:** putting sustainable development into practice – a guide for organizations, 2003. Disponível em: http://www.projectsigma.co.uk/. Acesso em: 01 abr. 2019.

TIDD, J.; BESSANT, J. **Gestão da inovação.** 5. ed. Porto Alegre: Bookman, 2015.

TORRES, L. M. et al. Significado atribuído por trabalhadores da saúde de Belo Horizonte-MG ao princípio da resolutividade nas ações cotidianas. Revista de Brasileira de Enfermagem, v. 65, n. 5, p. 822-828, 2012 .

TOUATI, N.; POMEY, M. Accreditation at a crossroads: are we on the right track?. **Health policy,** v. 90, n. 2-3, p. 156-165, 2009.

TRAD, L. A. B. et al. Estudo etnográfico da satisfação do usuário do Programa de Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 7, n. 3, p. 581-589, 2002.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Pesquisa qualitativa:** introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

TSAI, H.; CHANG, C.; LIN, H. Fuzzy hierarchy sensitive with Delphi method to evaluate hospital organization performance. **Expert Systems with Applications,** v. 37, n. 8, p. 5533-5541, 2010.

TURRINI, R. N. T.; LEBRÃO, M. L.; CESAR, C. L. G. Resolutividade dos serviços de saúde por inquérito domiciliar: percepção do usuário. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 3, p. 663-674, 2008.

UTTERBACK, J. **Dominando a dinâmica da inovação.** Rio de Janeiro: Qualitymark, 1996.

VAPORCIYAN, A. A. et al. Cardiothoracic surgery residency training: past, present, and future. **The Journal of thoracic and cardiovascular surgery,** v. 146, n. 4, p. 759-767, 2013.

VARGAS, E. R. **A dinâmica da inovação em serviços:** o caso dos serviços hospitalares no Brasil e na França. 2006. 282 f . Tese (Doutorado em Administração), Programa de Pós-Graduação em Administração. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, porto Alegre, RS, 2006.

VARKEY, P.; HORNE, A.; BENNET, K. E. Innovation in health care: a primer. **American Journal of Medical Quality,** v. 23, n. 5, p. 382-388, 2008.

VOELKER, K. E.; RAKICH, J. S.; FRENCH, G. R. The balanced scorecard in healthcare organizations: a performance measurement and strategic planning methodology**. Hospital topics,** v. 79, n. 3, p. 13-24, 2001.

WATTS, T.; MCNAIR-CONNOLLY, C. J. Novos sistemas de medição e controle de desempenho. **Revista de Pesquisa Contábil Aplicada,** v. 13, n. 3, p. 226-241, 2012.

WINDRUM, P.; GARCÍA-GOÑI, M. A neo-Schumpeterian model of health services innovation. **Research Policy,** v. 37, n. 4, p. 649-672, 2008.

WOODHEAD, A. Scoping medical tourism and international hospital accreditation growth. **International journal of health care quality assurance,** v. 26, n. 8, p. 688-702, 2013.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010.

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

APÊNDICE A – BIBLIOMETRIA

BIBLIOMETRIA PARA DISSERTAÇÃO

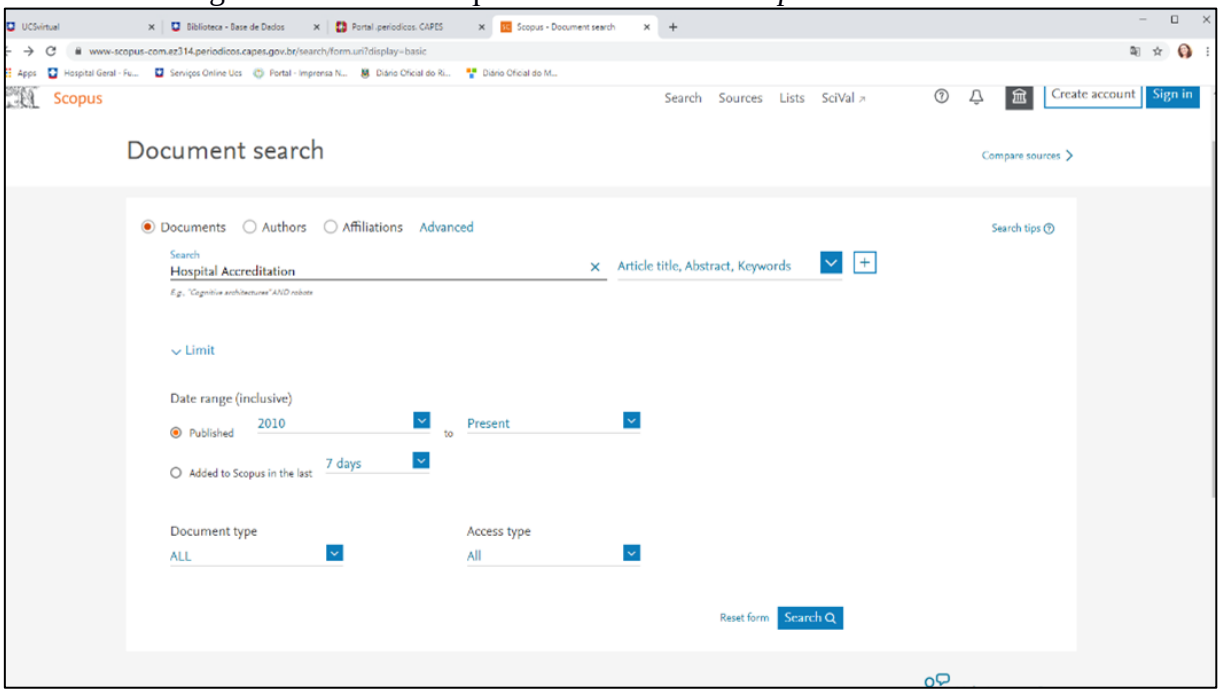
a) acreditação hospitalar;

b) inovação;

c) desempenho organizacional.

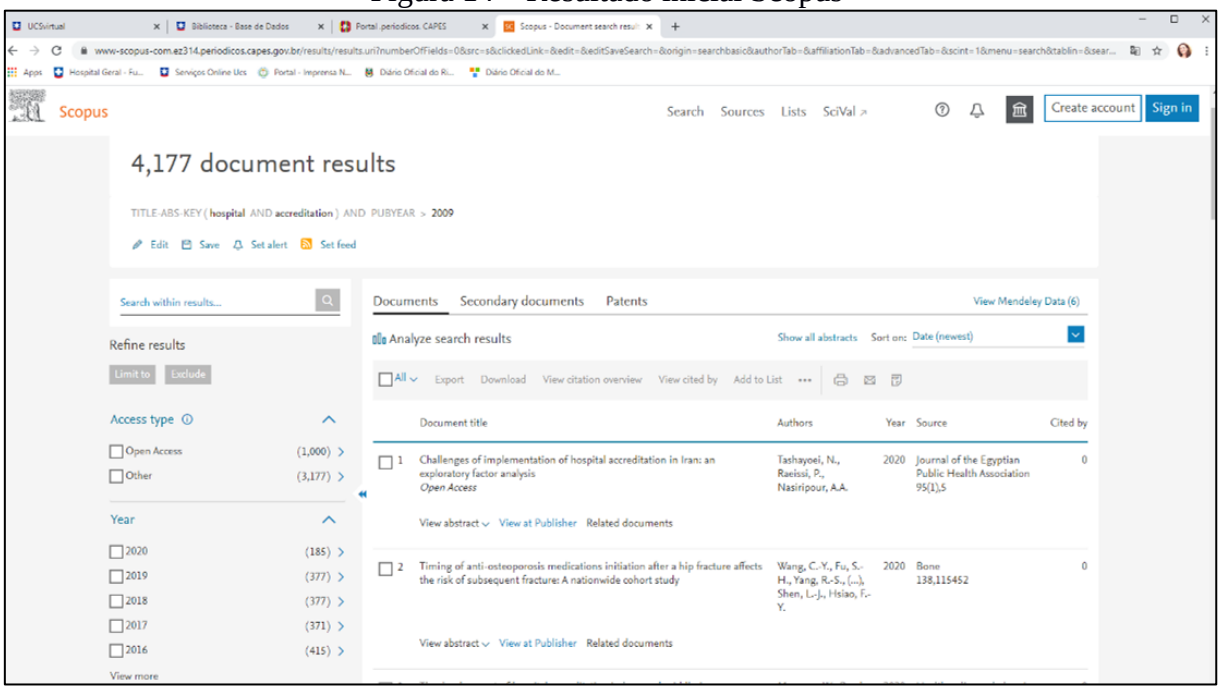
Será apresentada a pesquisa com os *prints* das telas, conforme as etapas de pesquisa, realizada em 29/06/2020:

Figura 13 – Busca Scopus com os termos "*hospital accreditation*"



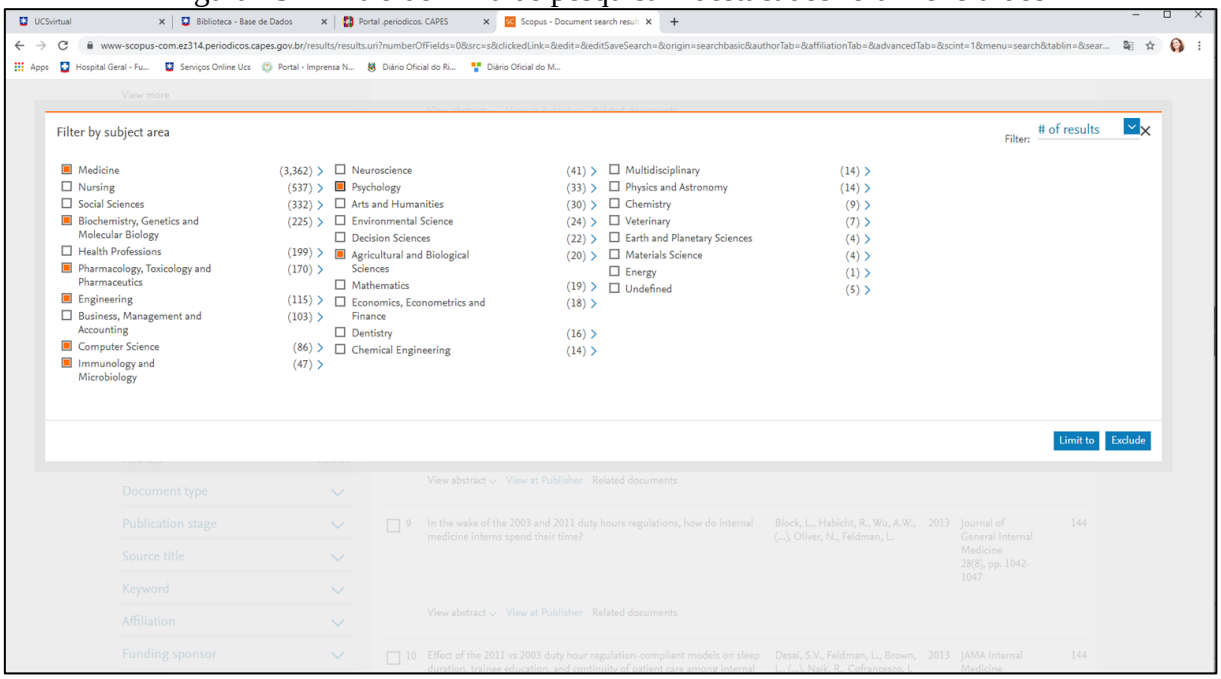
Fonte: Scopus (2020).

Figura 14 – Resultado inicial Scopus



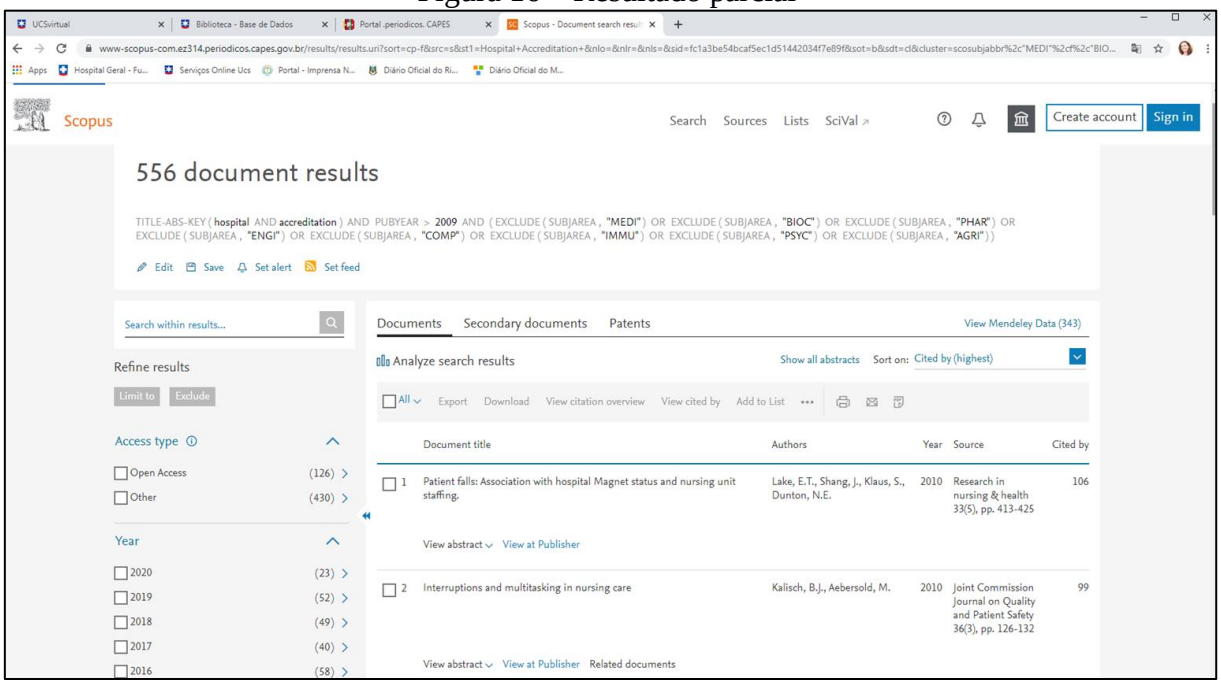
Fonte: Scopus (2020).

Figura 15 – Filtro de linha de pesquisa – destacados foram excluídos



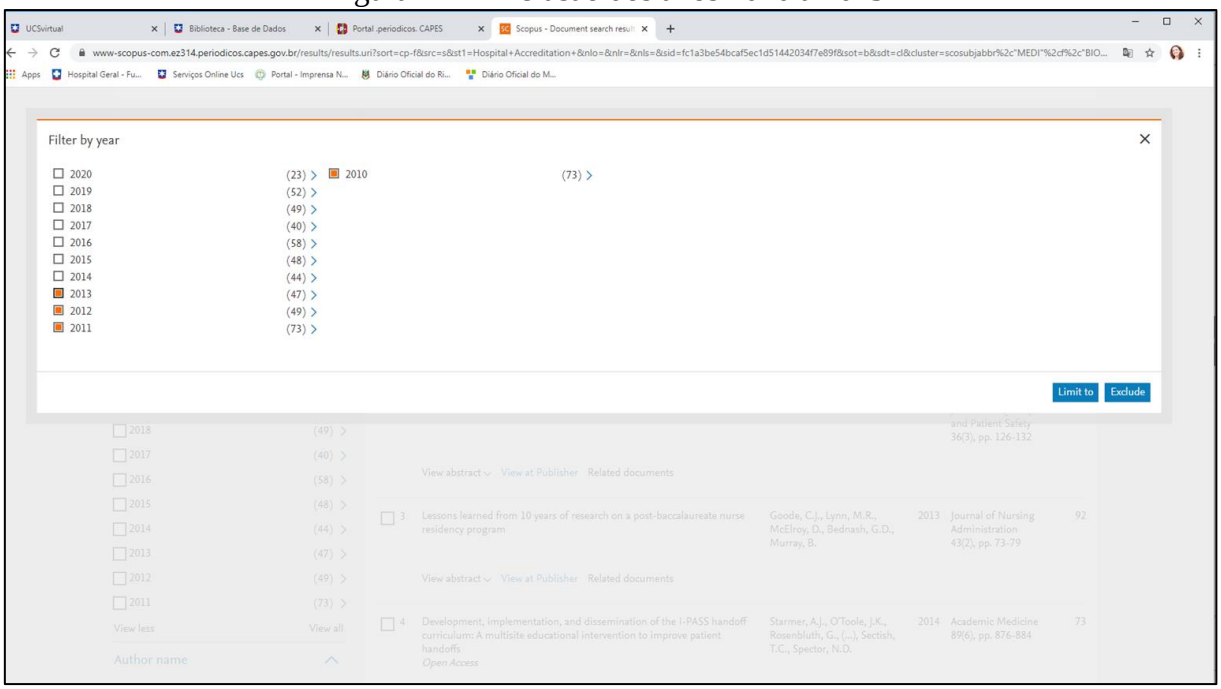
Fonte: Scopus (2020).

Figura 16 – Resultado parcial



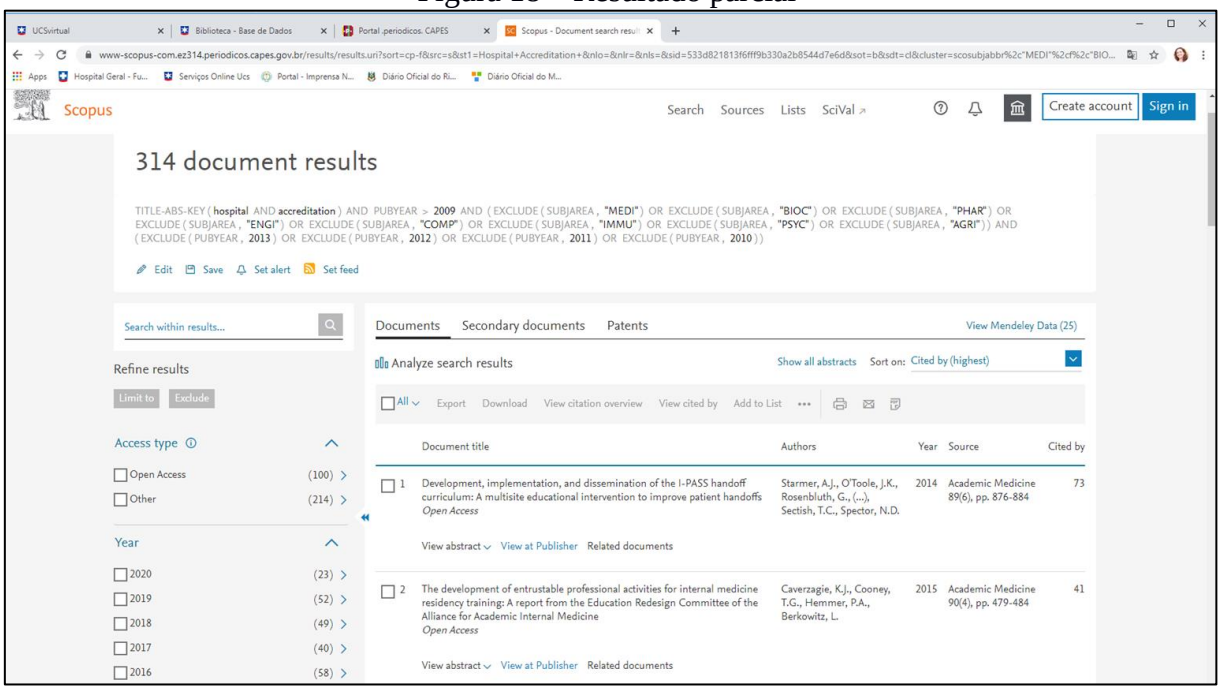
Fonte: Scopus (2020).

Figura 17 – Exclusão dos anos 2010 a 2013



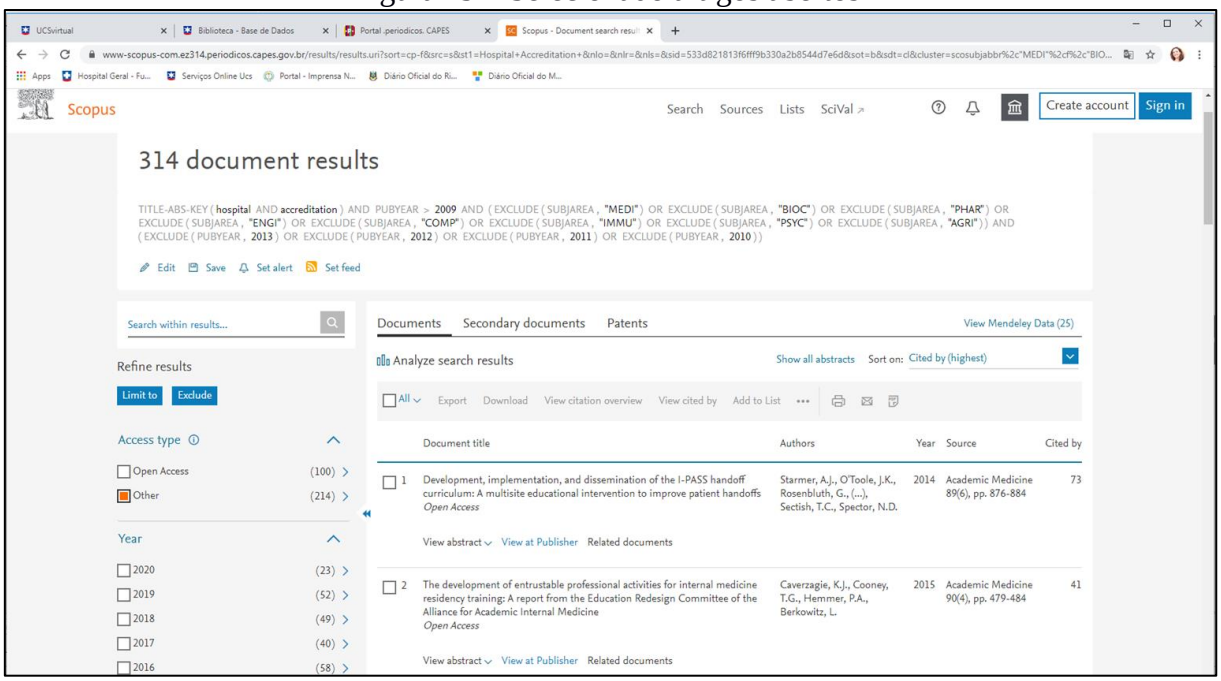
Fonte: Scopus (2020).

Figura 18 – Resultado parcial



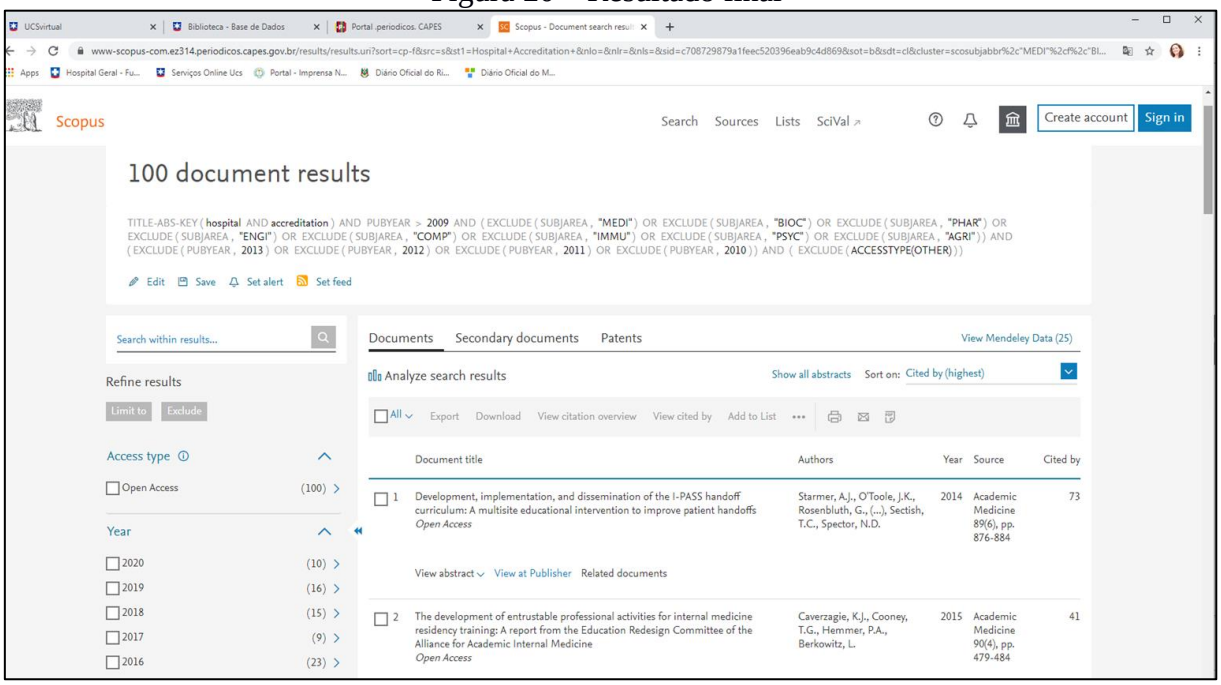
Fonte: Scopus (2020).

Figura 19 – Selecionado artigos abertos



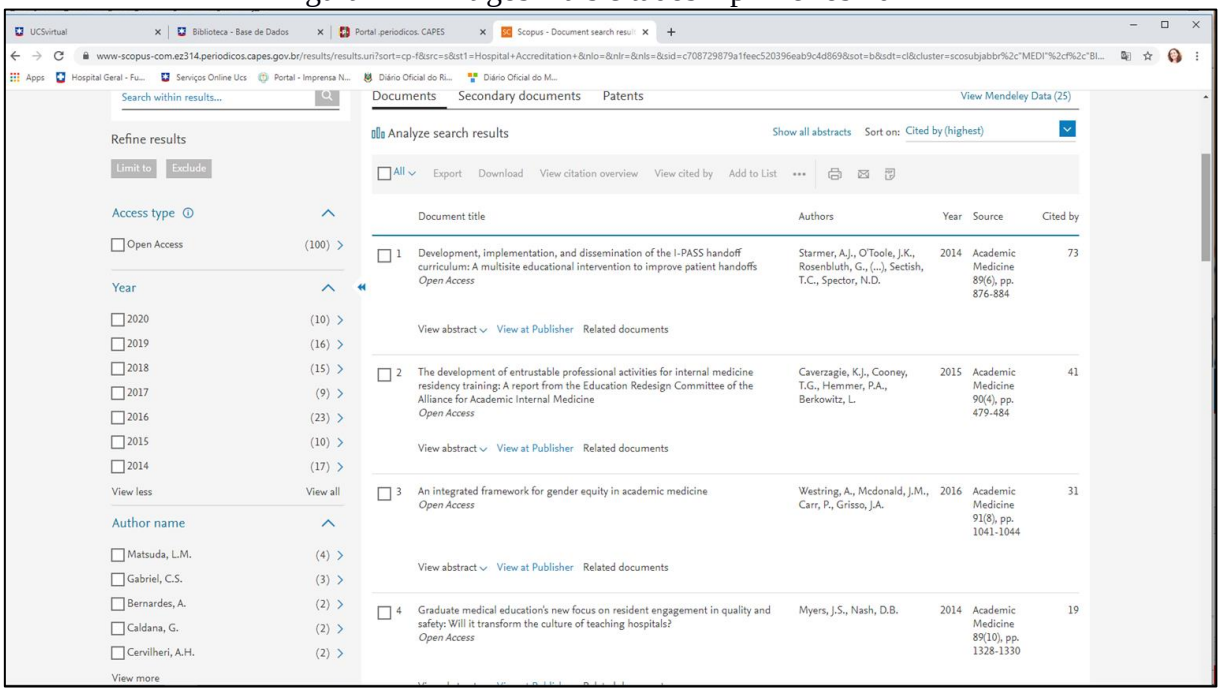
Fonte: Scopus (2020).

Figura 20 – Resultado final



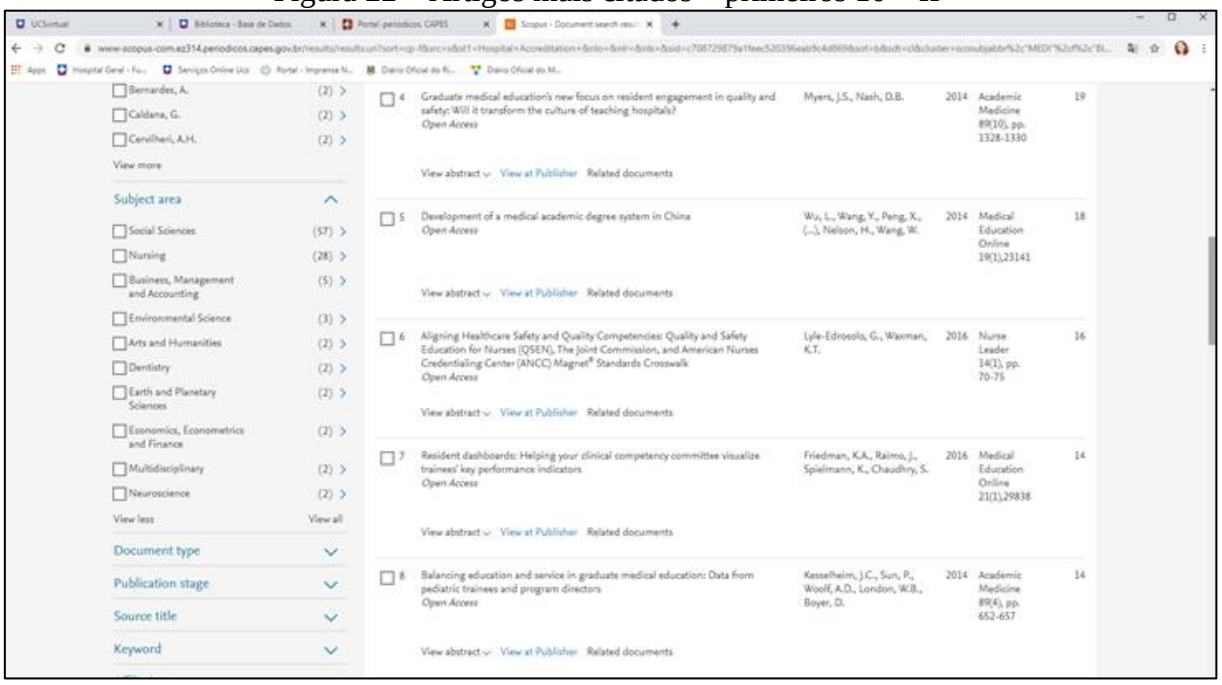
Fonte: Scopus (2020).

Figura 21 – Artigos mais citados – primeiros 10 – I



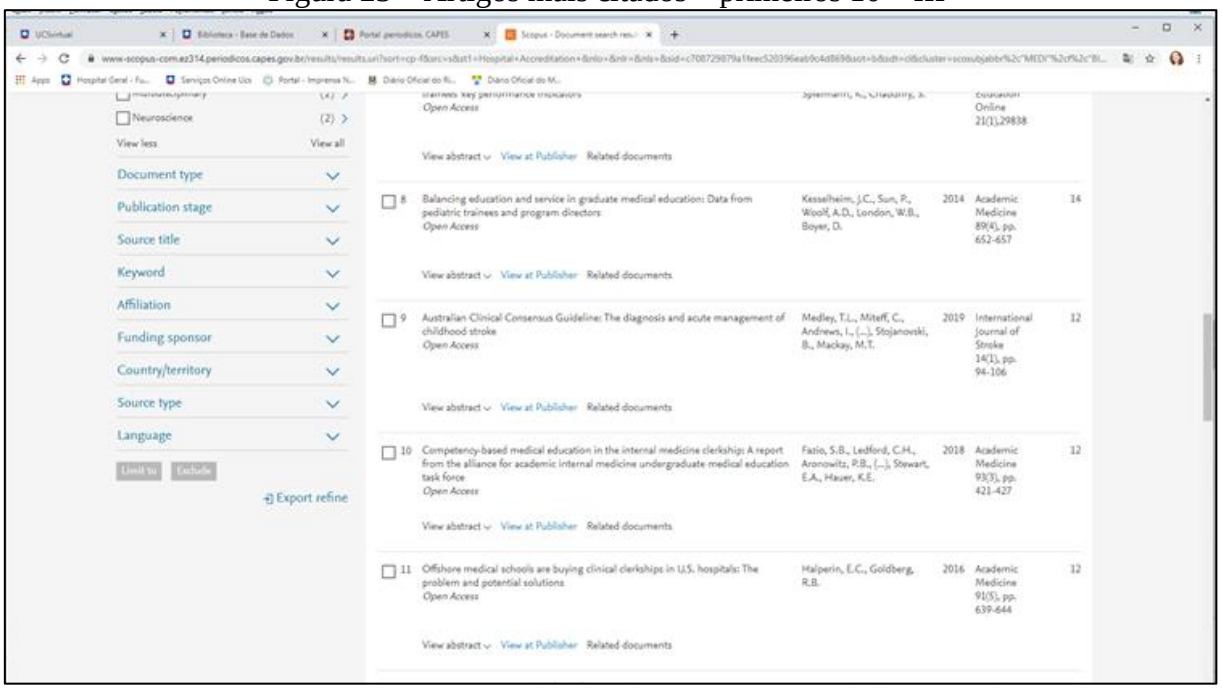
Fonte: Scopus (2020).

Figura 22 – Artigos mais citados – primeiros 10 – II



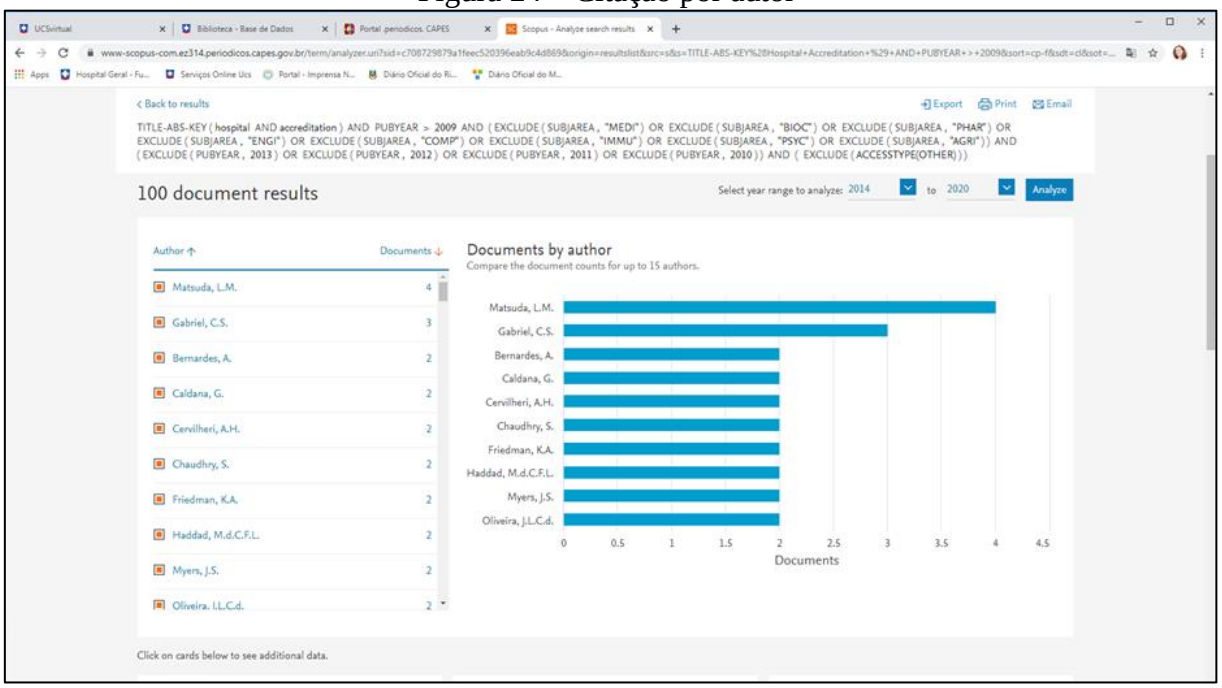
Fonte: Scopus (2020).

Figura 23 – Artigos mais citados – primeiros 10 – III



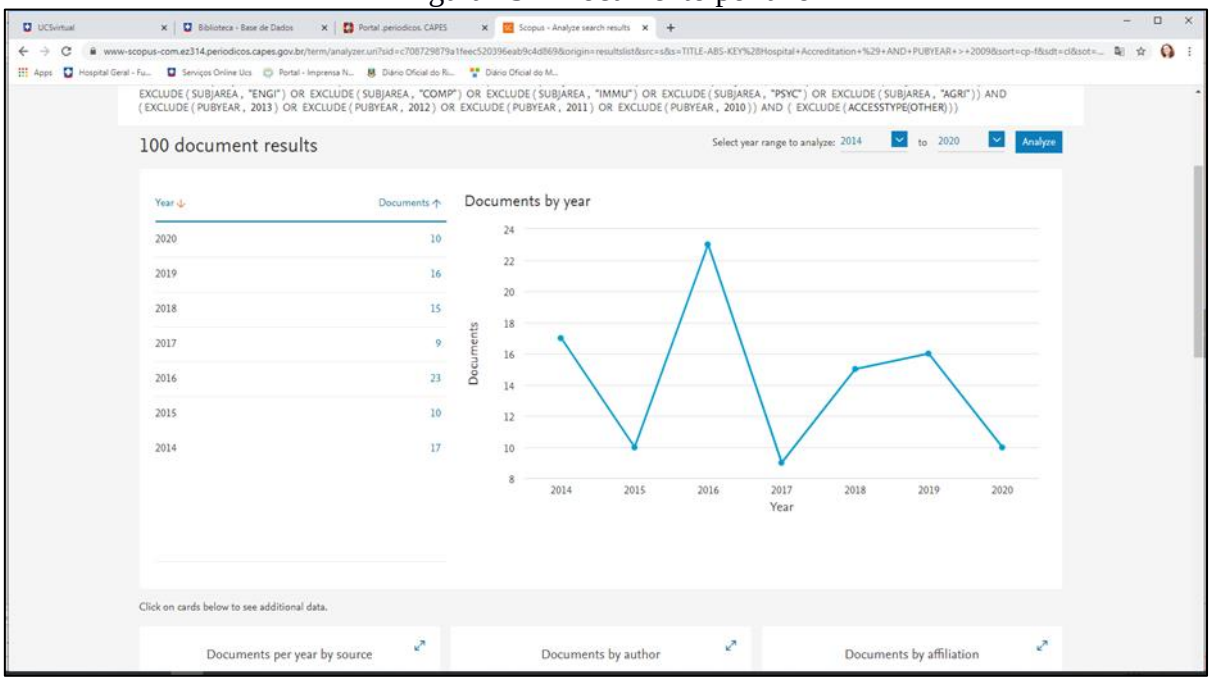
Fonte: Scopus (2020).

Figura 24 – Citação por autor



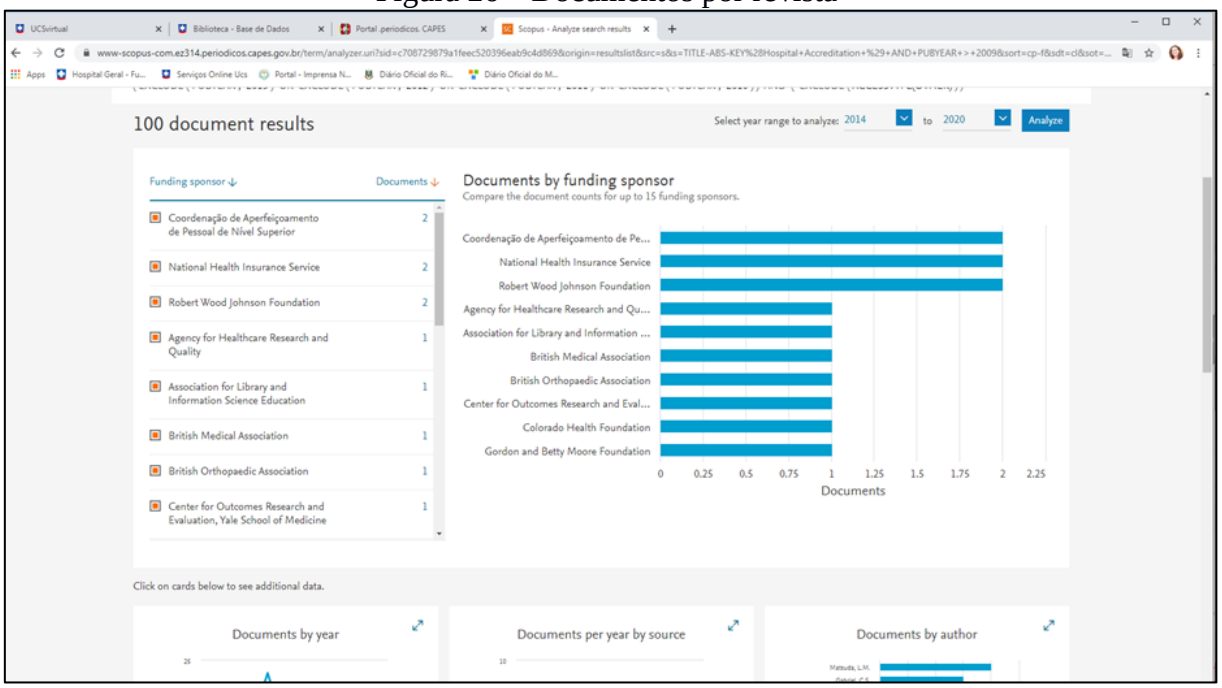
Fonte: Scopus (2020).

Figura 25 – Documento por ano



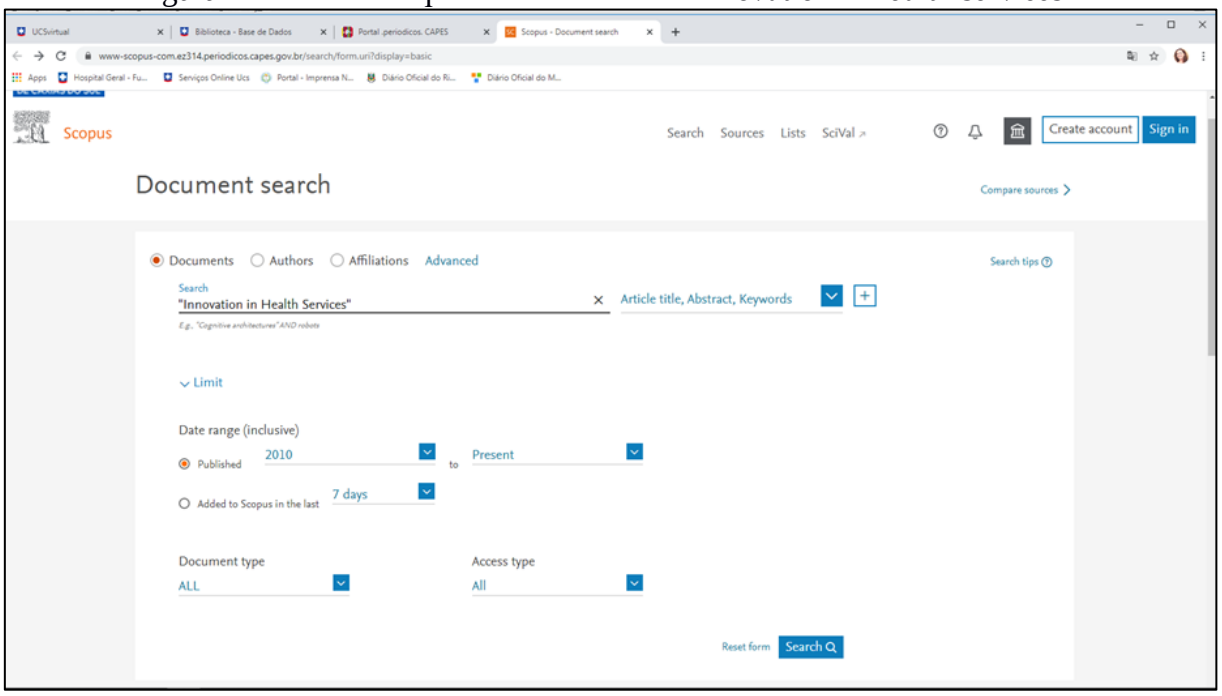
Fonte: Scopus (2020).

Figura 26 – Documentos por revista



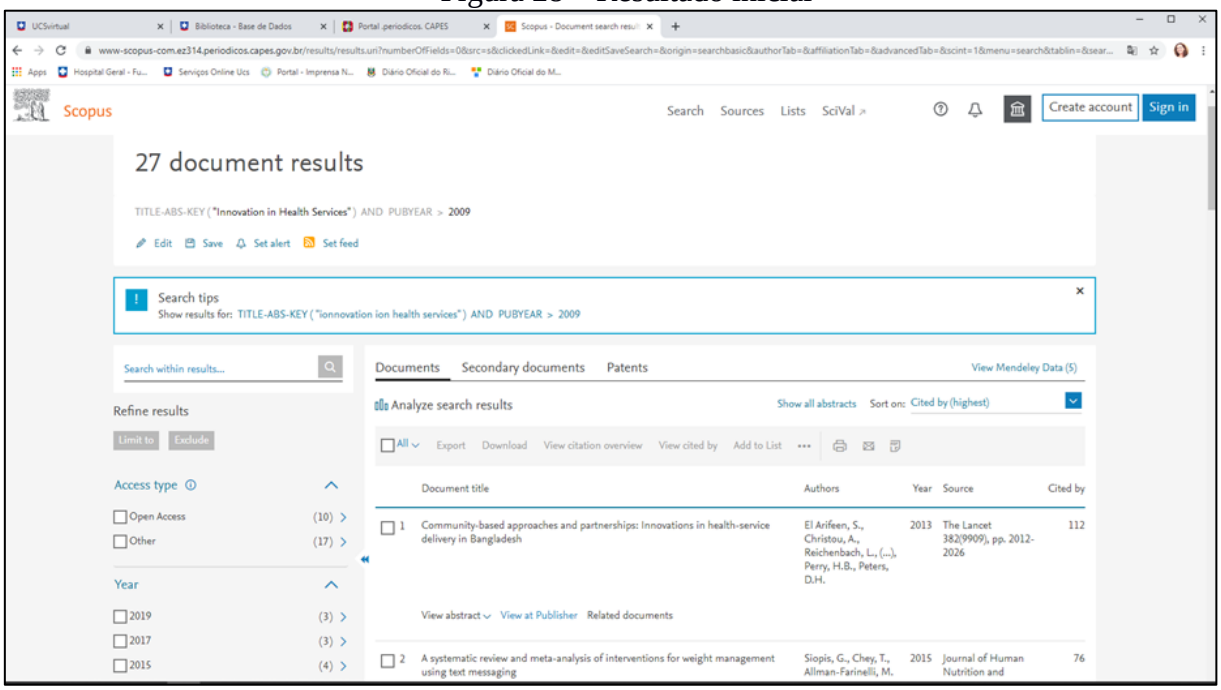
Fonte: Scopus (2020).

Figura 27 – Busca Scopus com os termos "*iinnovation in health services*"



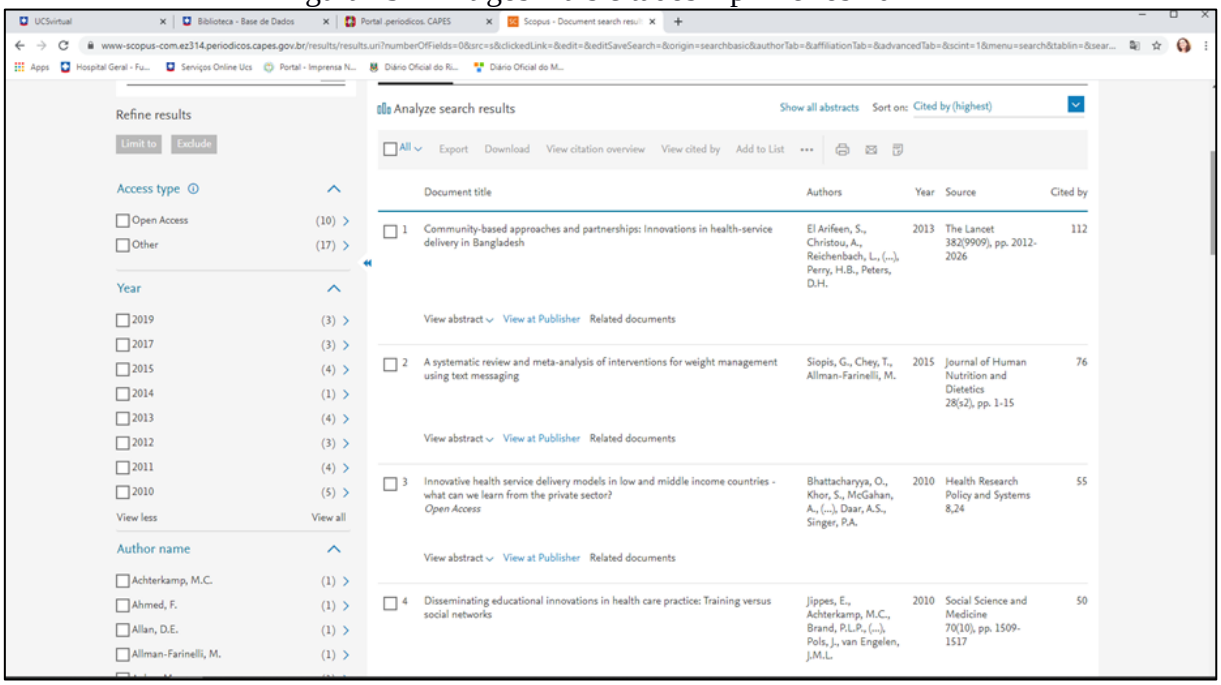
Fonte: Scopus (2020).

Figura 28 – Resultado inicial



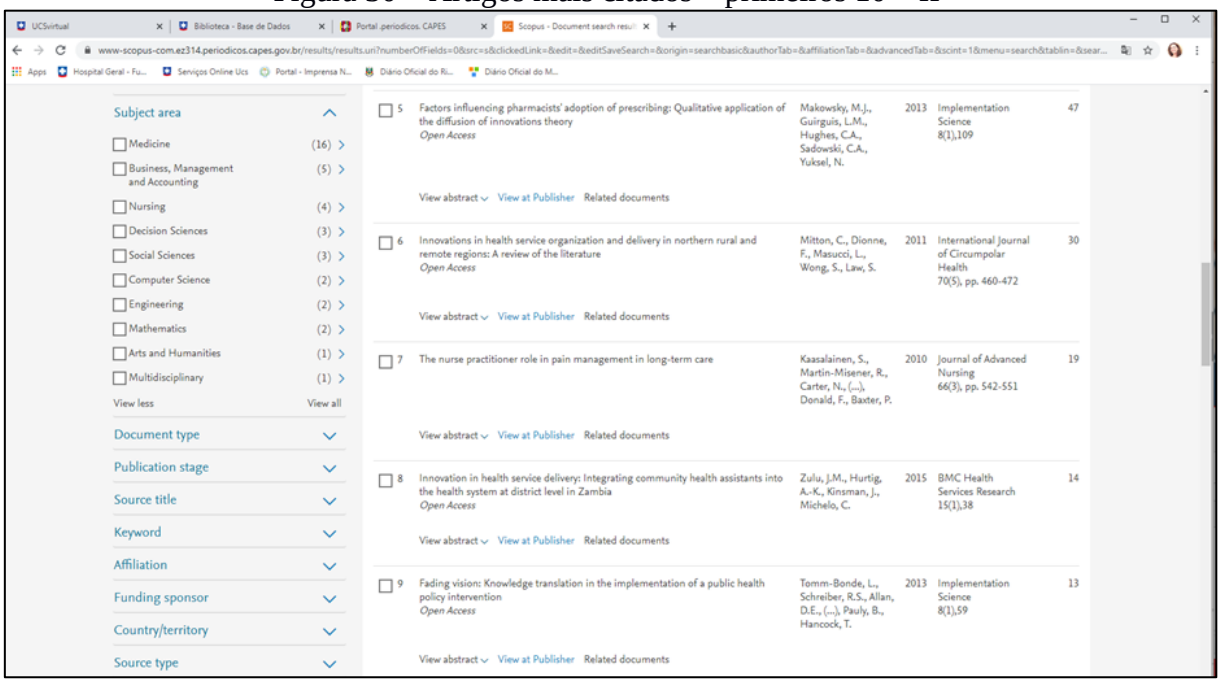
Fonte: Scopus (2019).

Figura 29 – Artigos mais citados – primeiros 10 – I



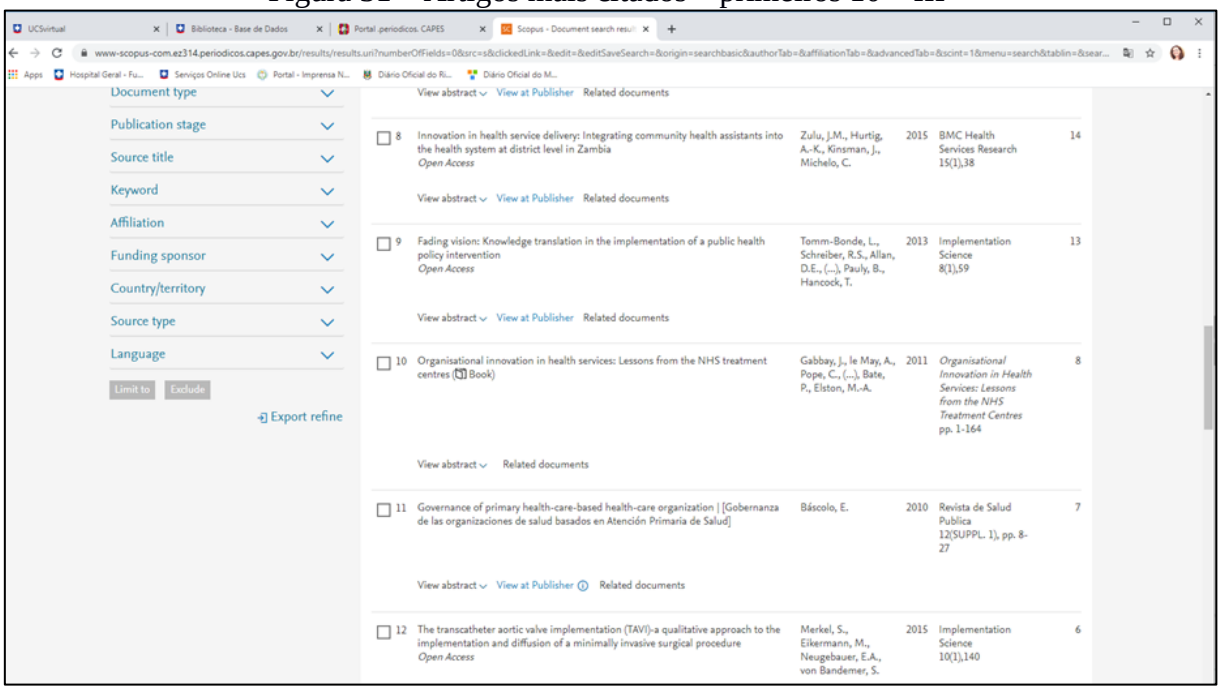
Fonte: Scopus (2020).

Figura 30 – Artigos mais citados – primeiros 10 – II



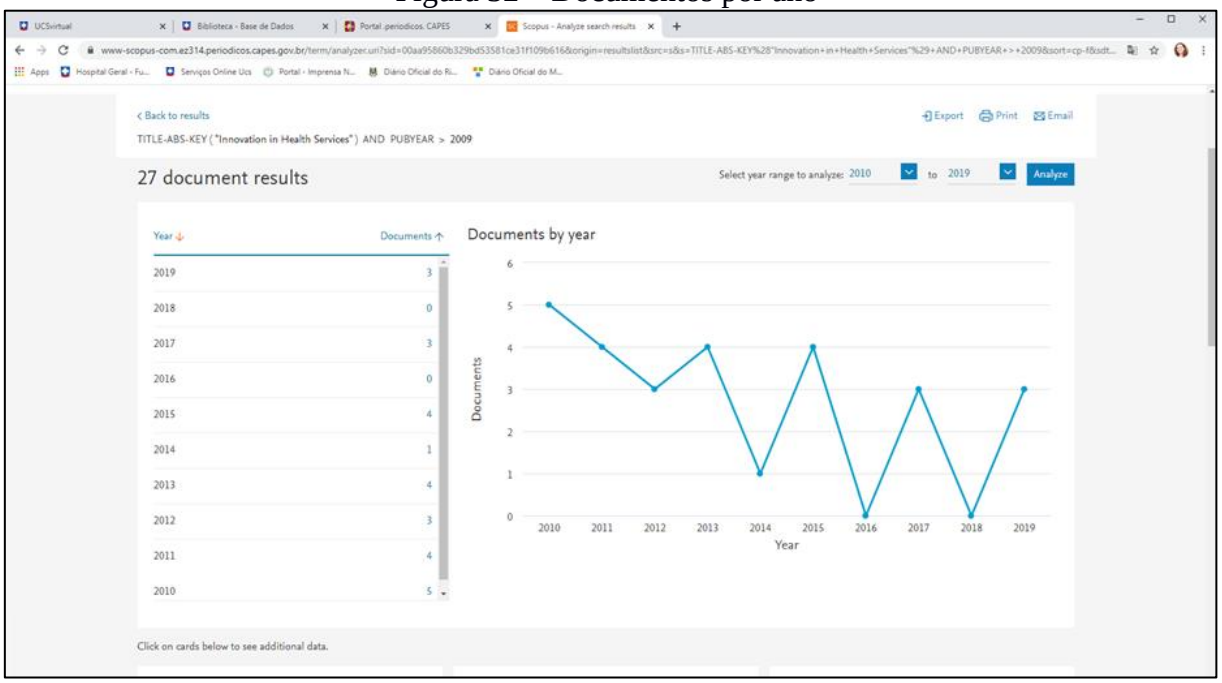
Fonte: Scopus (2020).

Figura 31 – Artigos mais citados – primeiros 10 – III



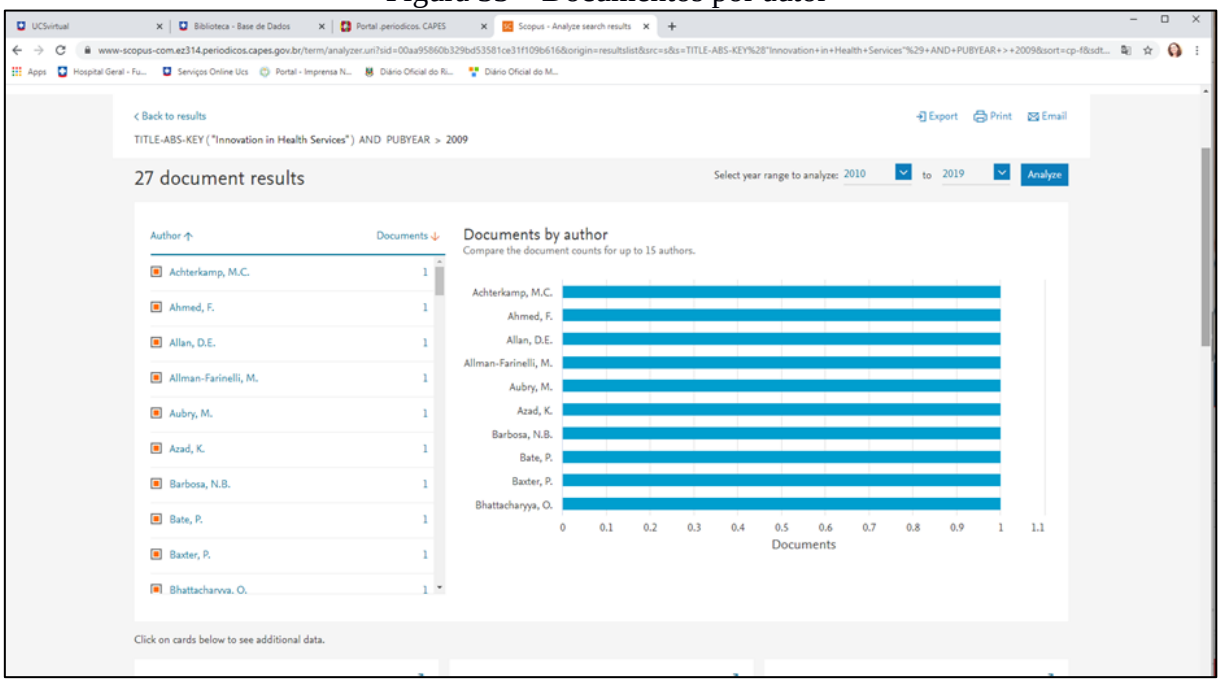
Fonte: Scopus (2020).

Figura 32 – Documentos por ano



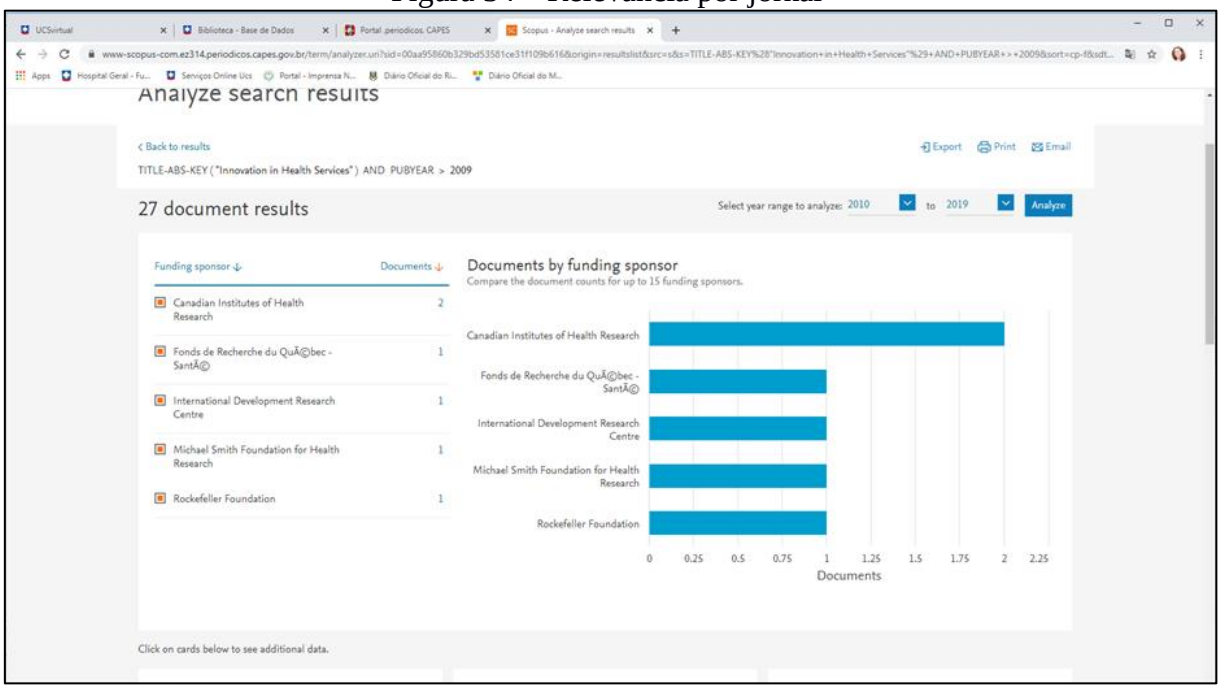
Fonte: Scopus (2020).

Figura 33 – Documentos por autor



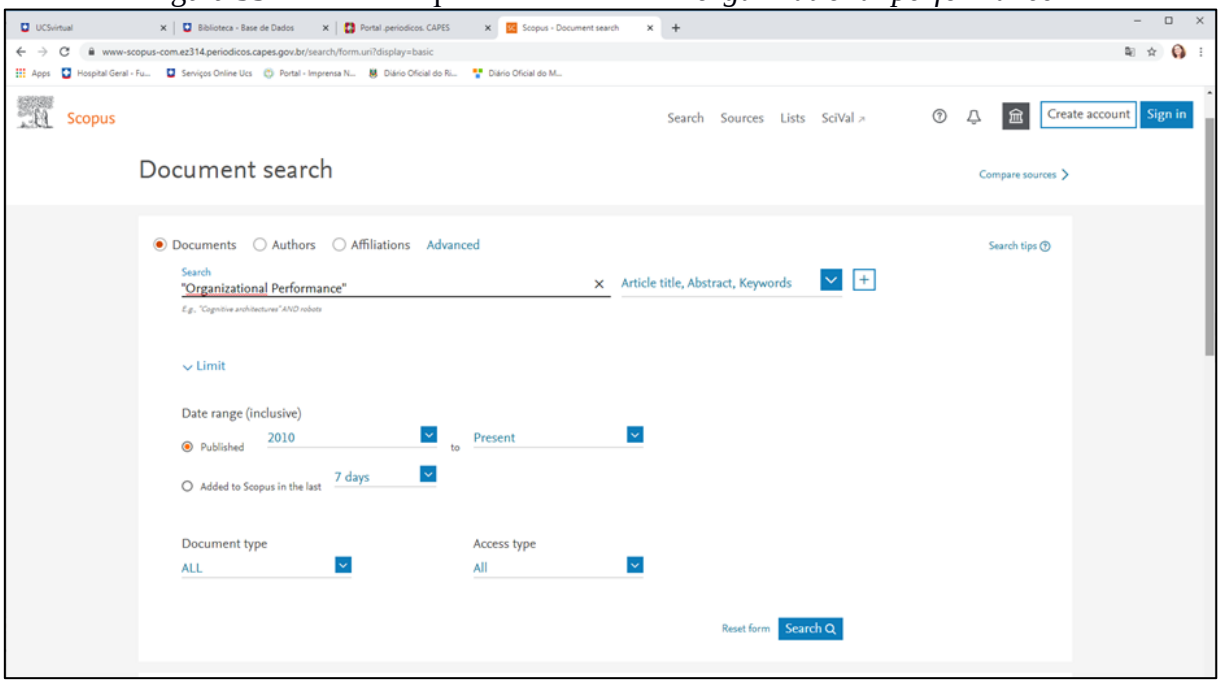
Fonte: Scopus (2020).

Figura 34 – Relevância por jornal



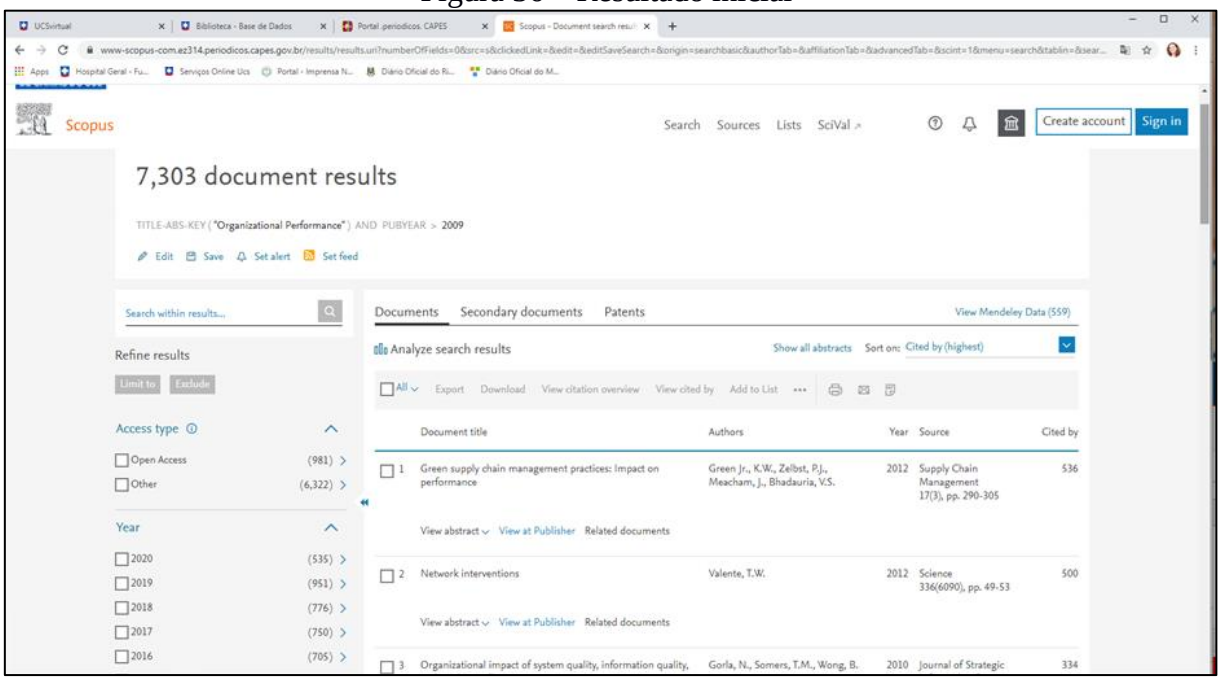
Fonte: Scopus (2020).

Figura 35 – Busca Scopus com os termos "*organizational performance*"



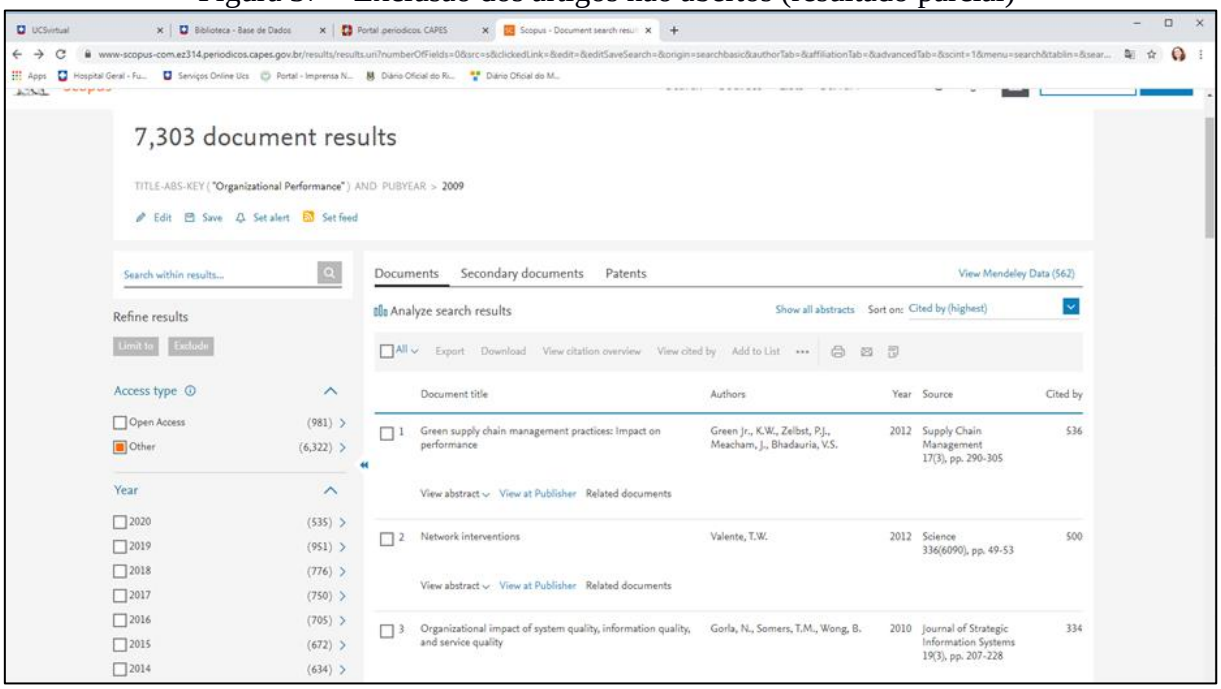
Fonte: Scopus (2020).

Figura 36 – Resultado inicial



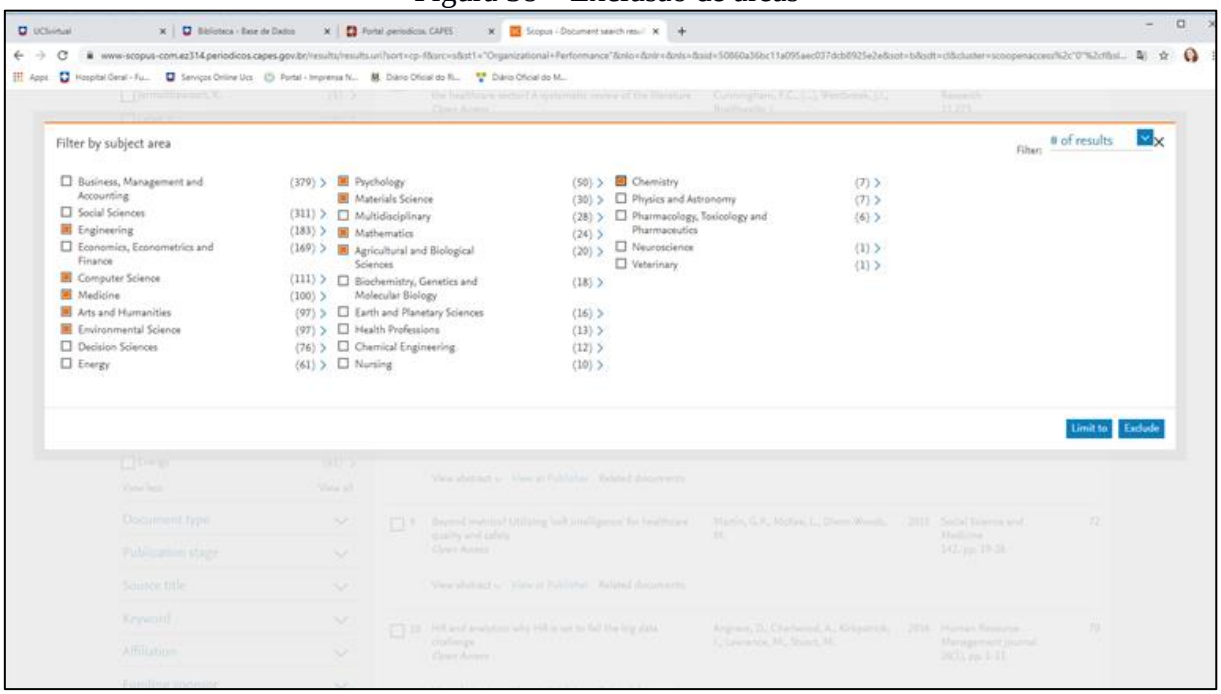
Fonte: Scopus (2020).

Figura 37 – Exclusão dos artigos não abertos (resultado parcial)



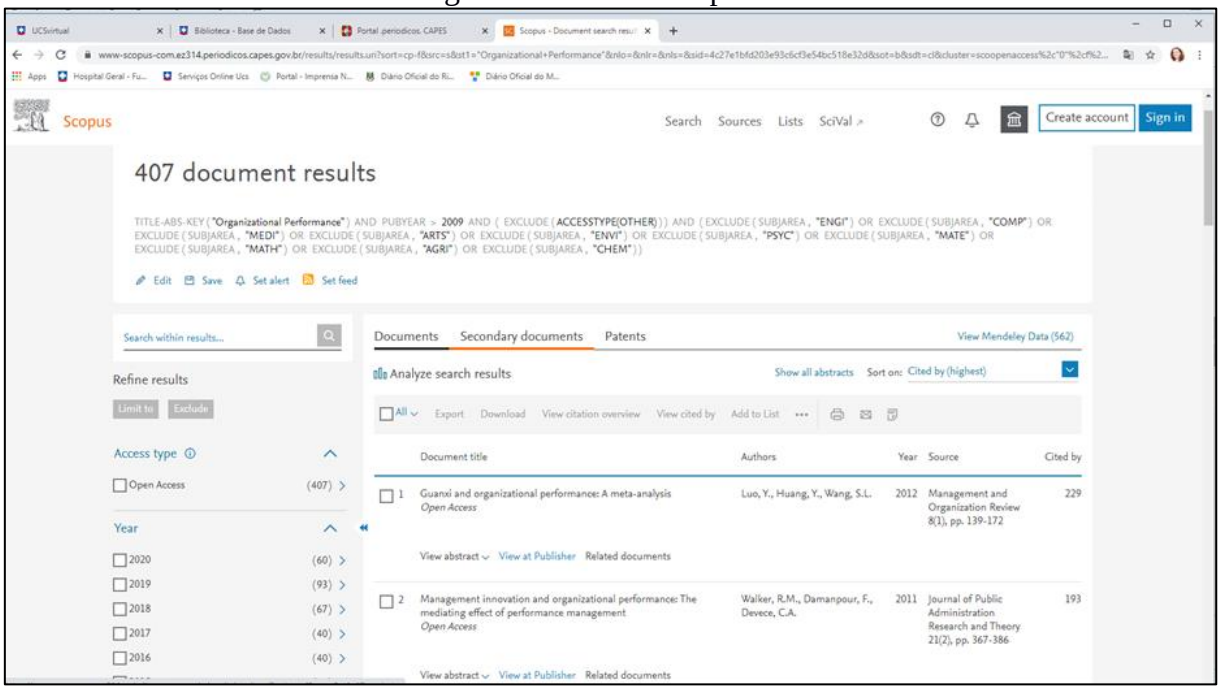
Fonte: Scopus (2020).

Figura 38 – Exclusão de áreas



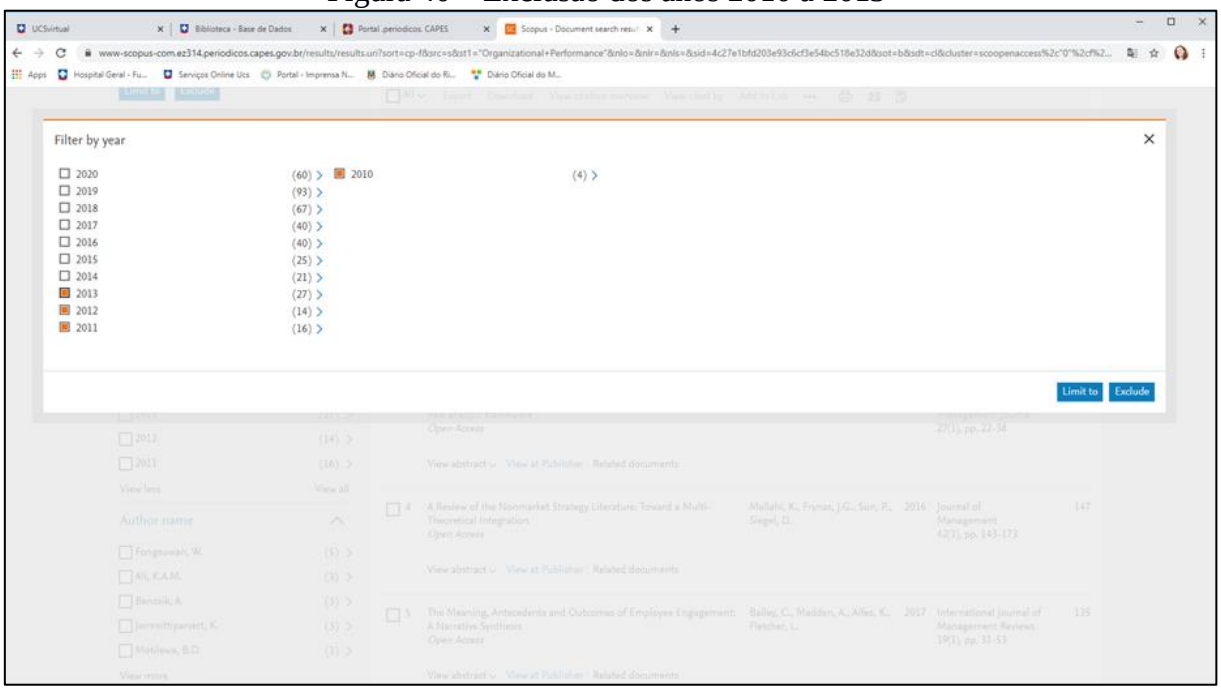
Fonte: Scopus (2020).

Figura 39 – Resultado parcial



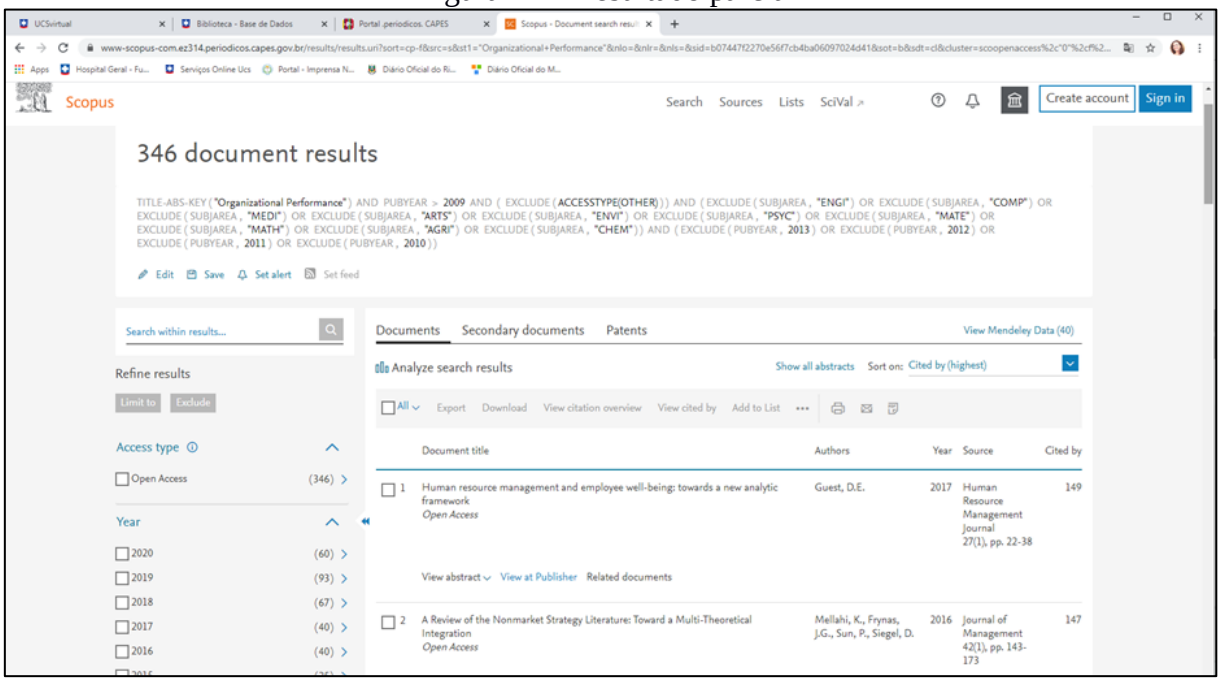
Fonte: Scopus (2020).

Figura 40 – Exclusão dos anos 2010 a 2013



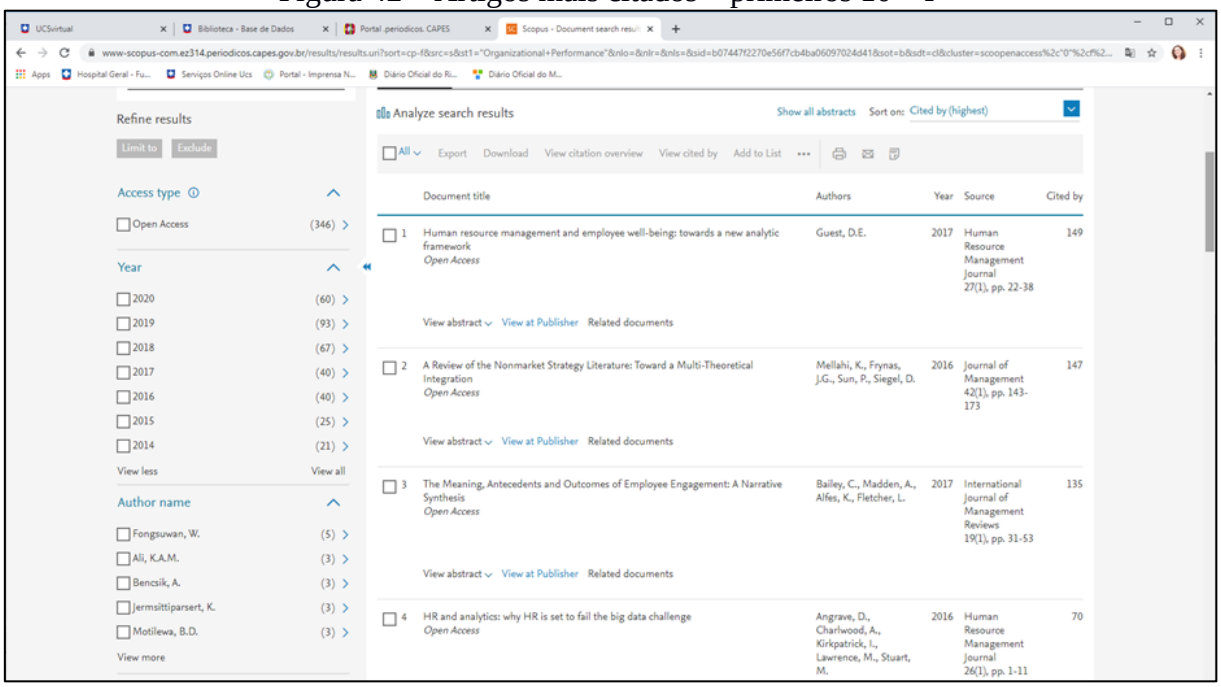
Fonte: Scopus (2020).

Figura 41 – Resultado parcial



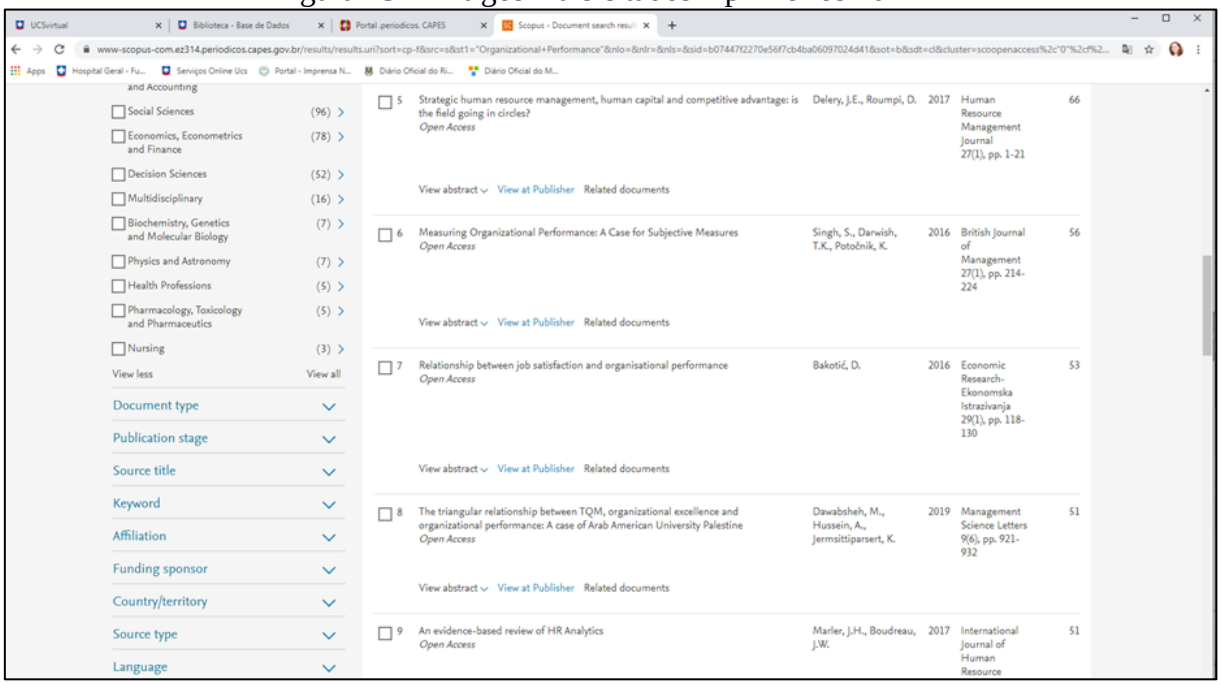
Fonte: Scopus (2020).

Figura 42 – Artigos mais citados – primeiros 10 – I



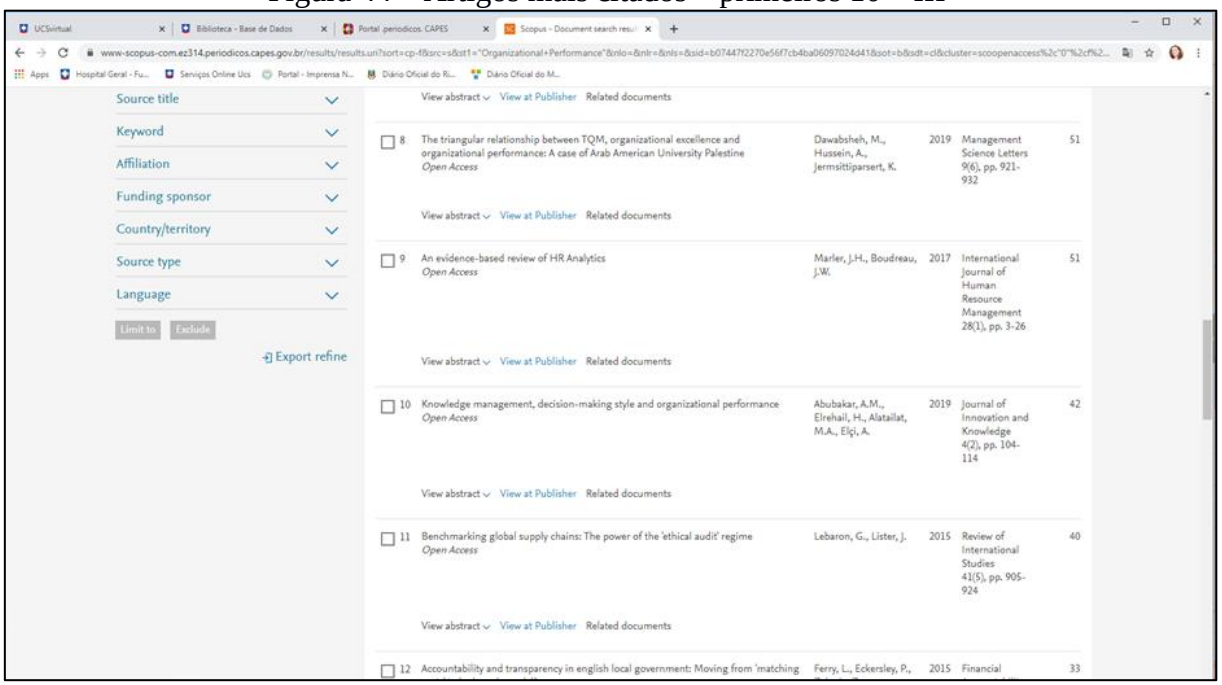
Fonte: Scopus (2020).

Figura 43 – Artigos mais citados – primeiros 10 – II



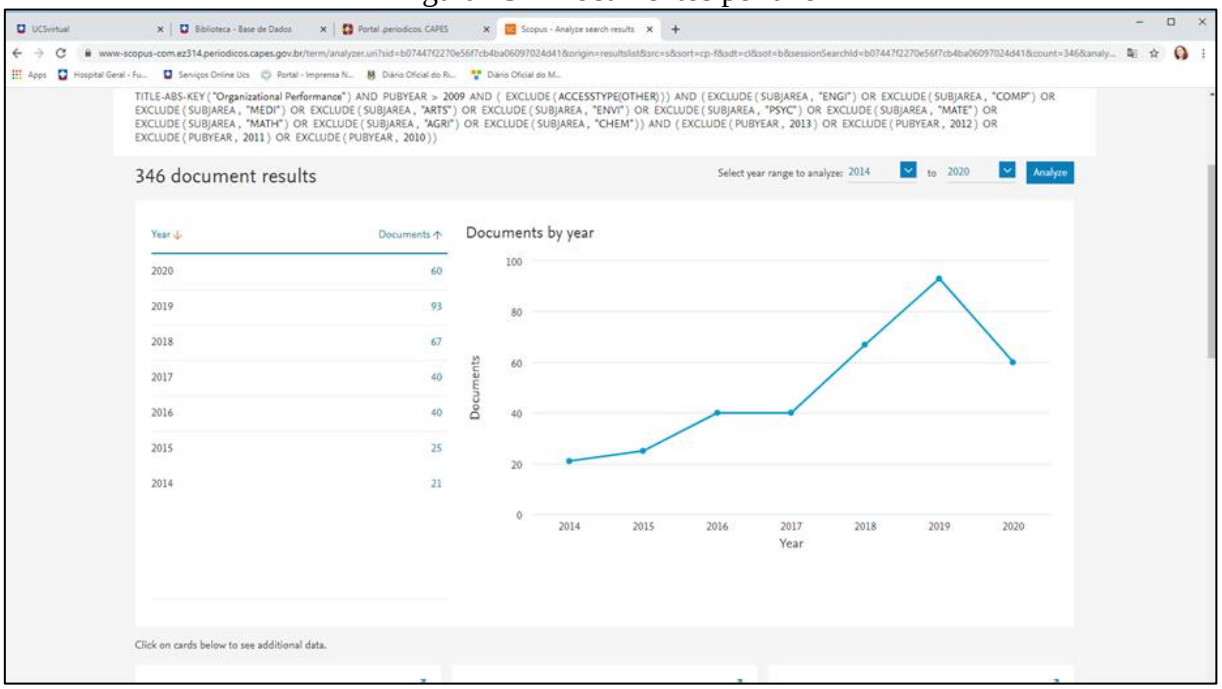
Fonte: Scopus (2020).

Figura 44 – Artigos mais citados – primeiros 10 – III



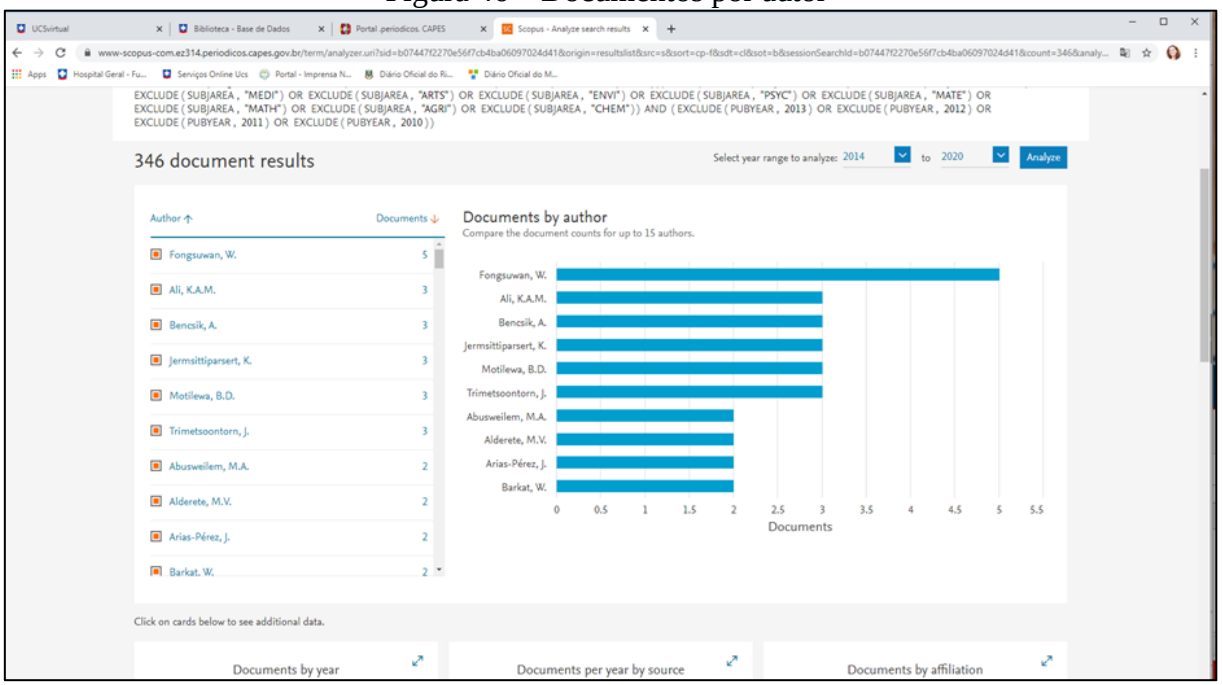
Fonte: Scopus (2020).

Figura 45 – Documentos por ano



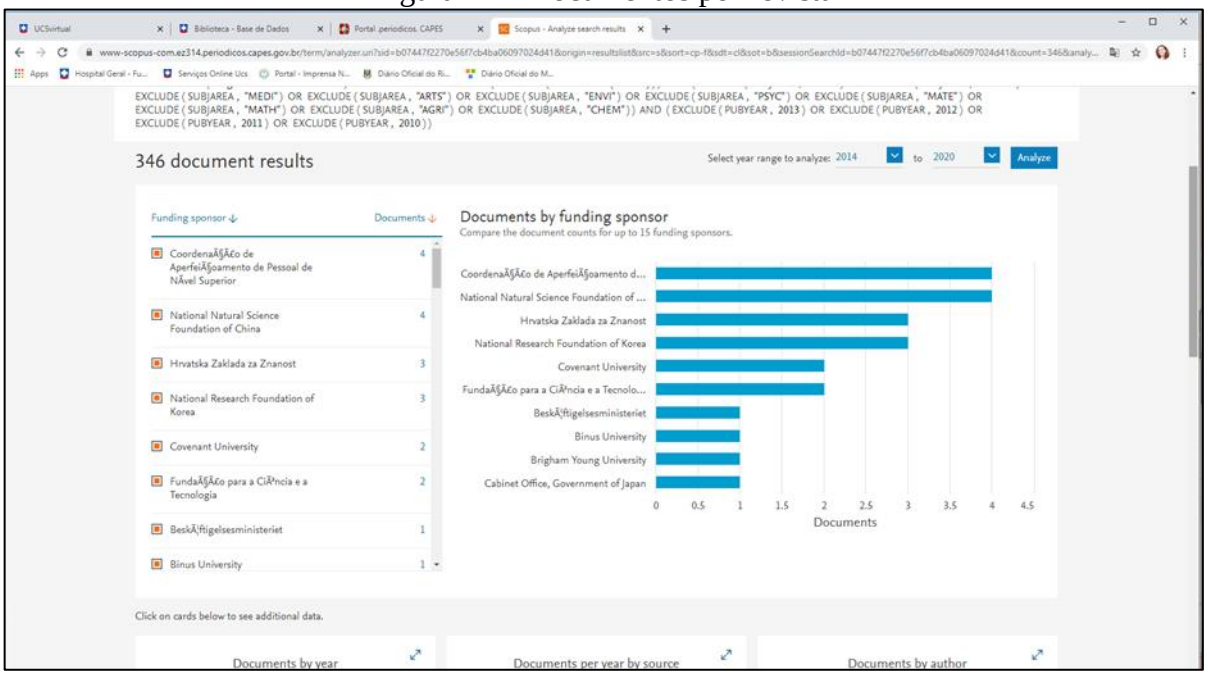
Fonte: Scopus (2020).

Figura 46 – Documentos por autor



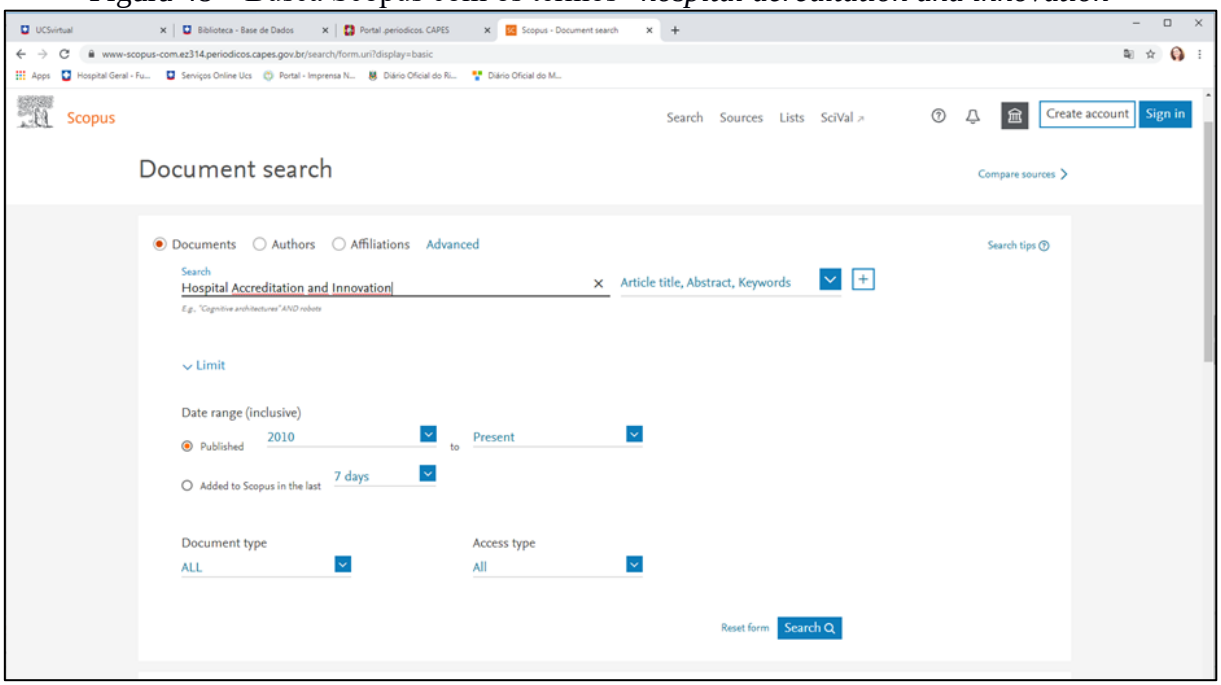
Fonte: Scopus (2020).

Figura 47 – Documentos por revista



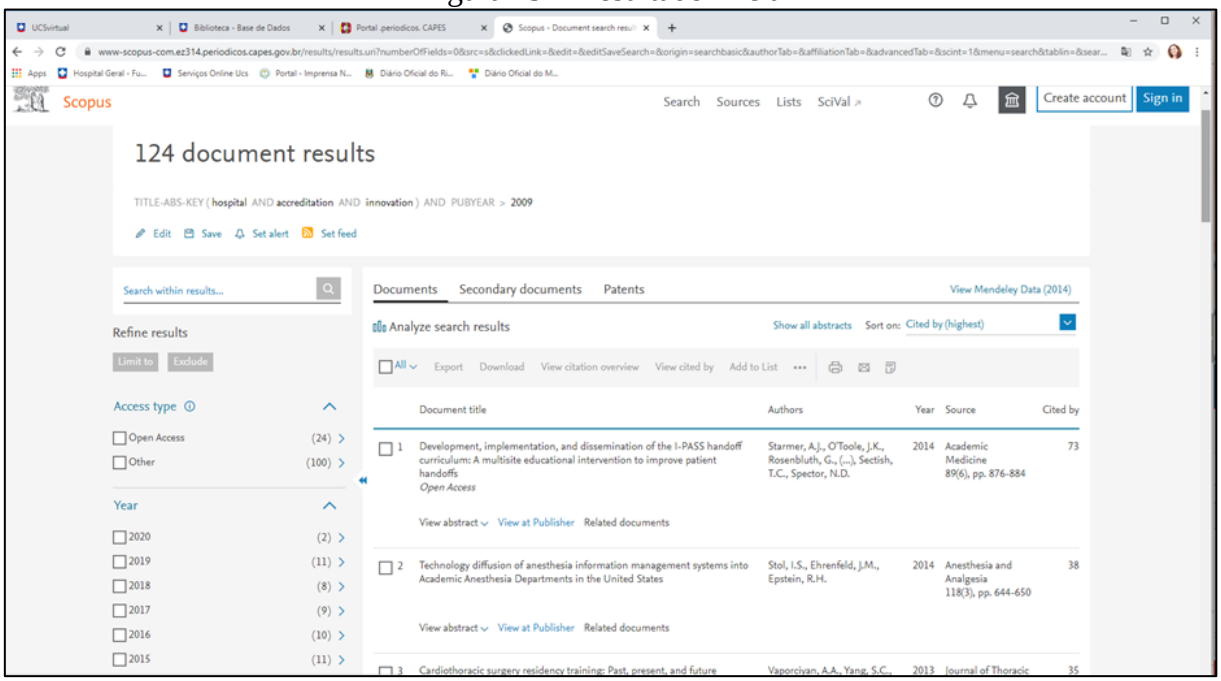
Fonte: Scopus (2020).

Figura 48 – Busca Scopus com os termos "*hospital acreditation and innovation*"



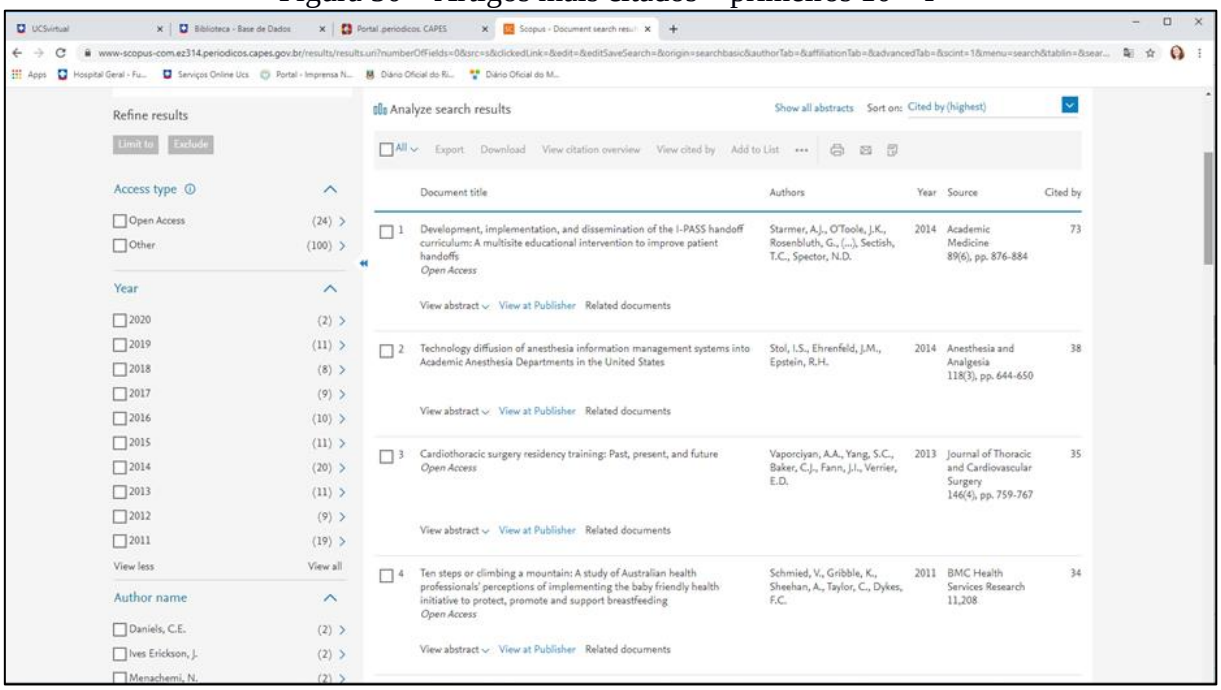
Fonte: Scopus (2020).

Figura 49 – Resultado inicial



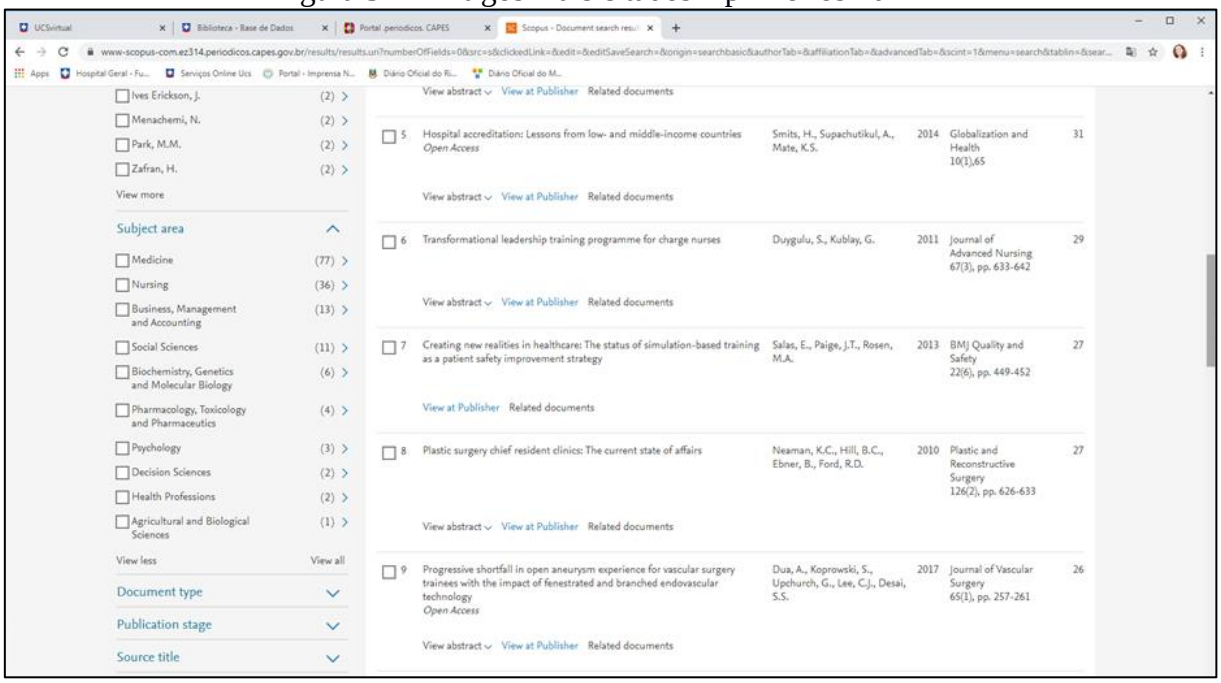
Fonte: Scopus (2020).

Figura 50 – Artigos mais citados – primeiros 10 – I



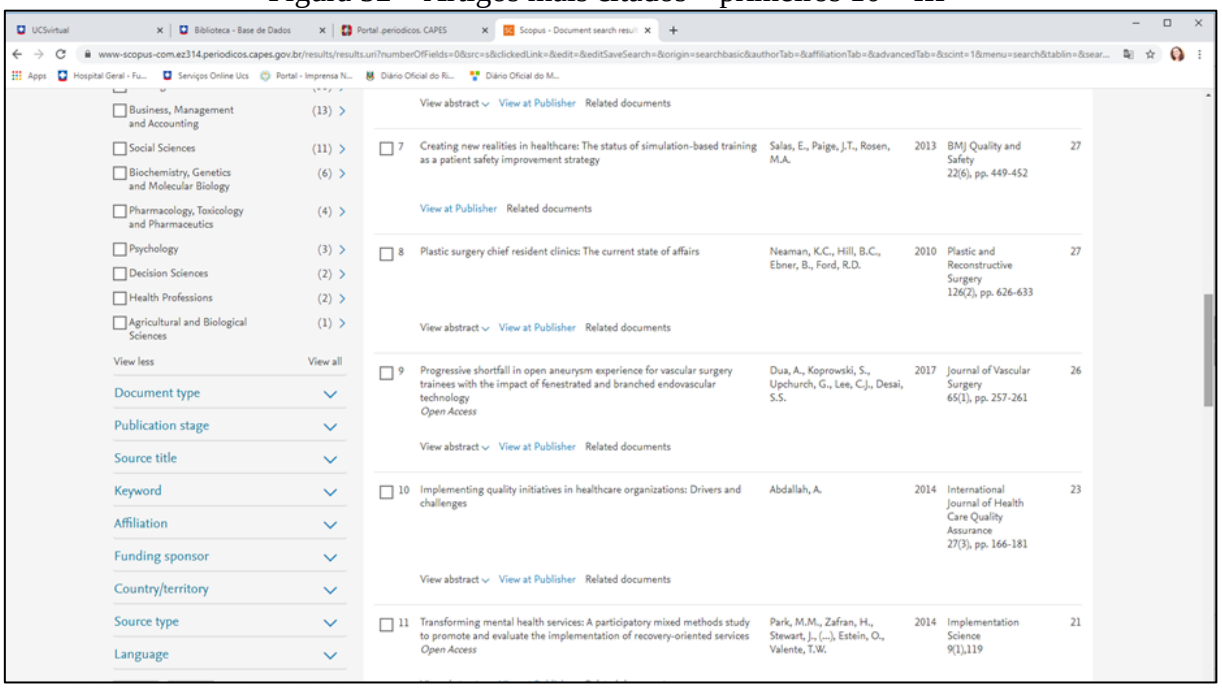
Fonte: Scopus (2020).

Figura 51 – Artigos mais citados – primeiros 10 – II



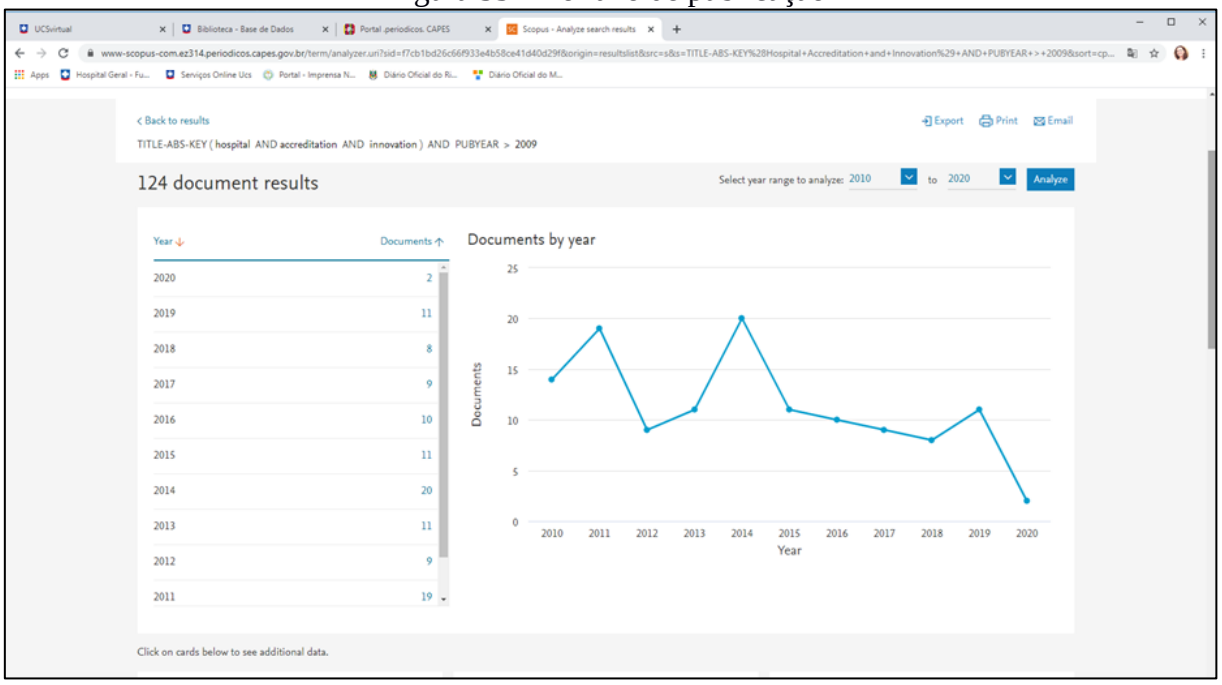
Fonte: Scopus (2020).

Figura 52 – Artigos mais citados – primeiros 10 – III



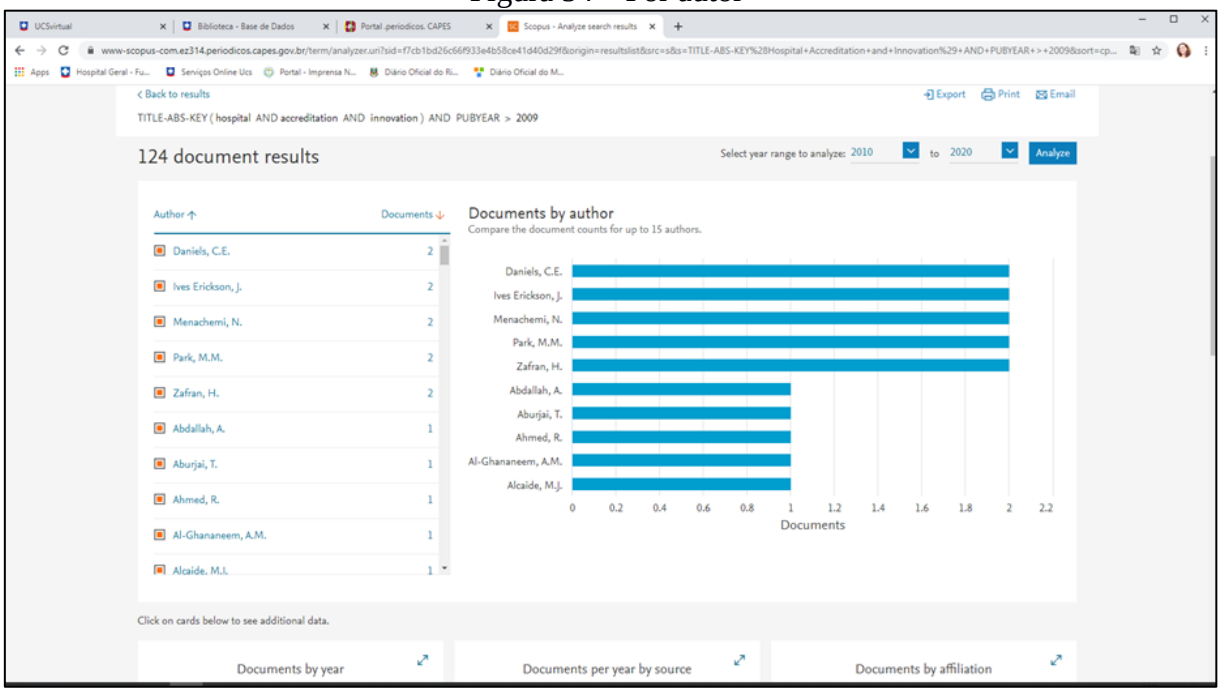
Fonte: Scopus (2020).

Figura 53 – Por ano de publicação



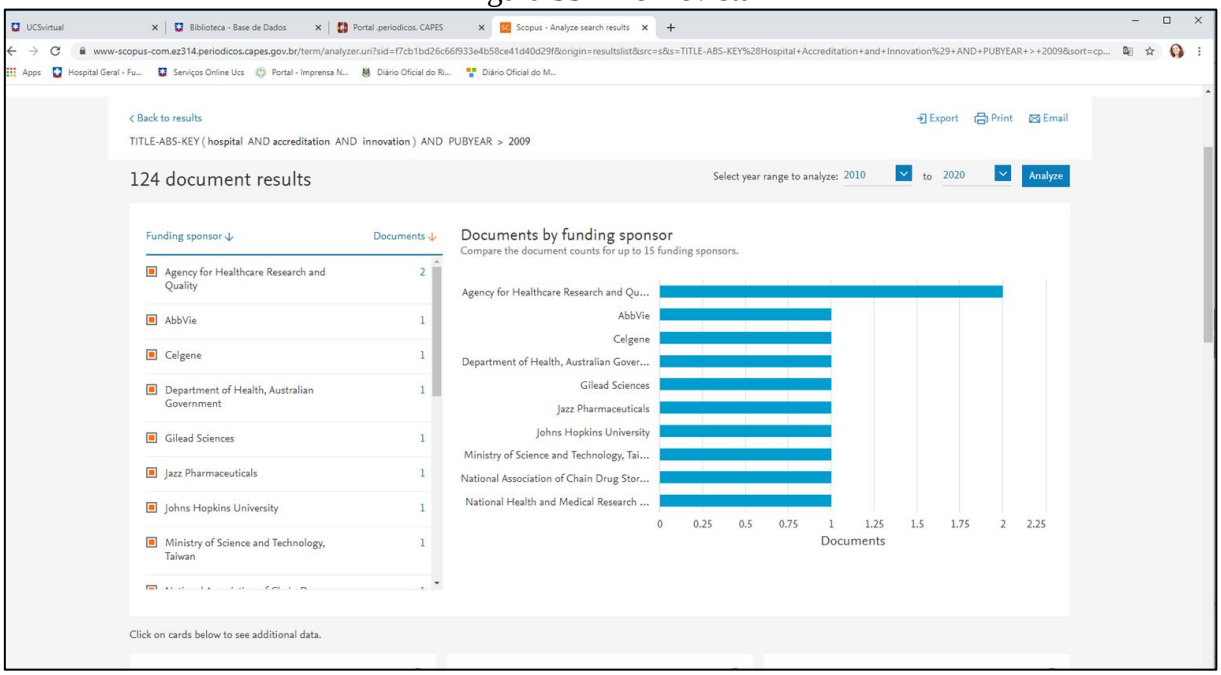
Fonte: Scopus (2020).

Figura 54 – Por autor



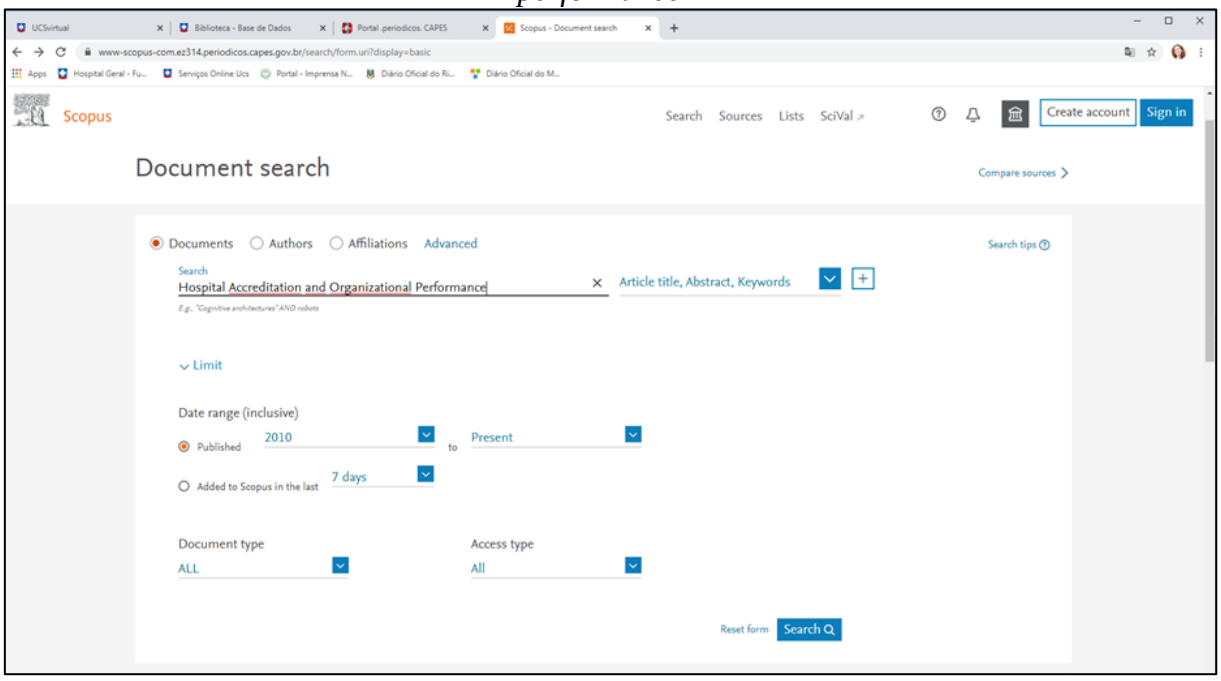
Fonte: Scopus (2020).

Figura 55 – Por revista



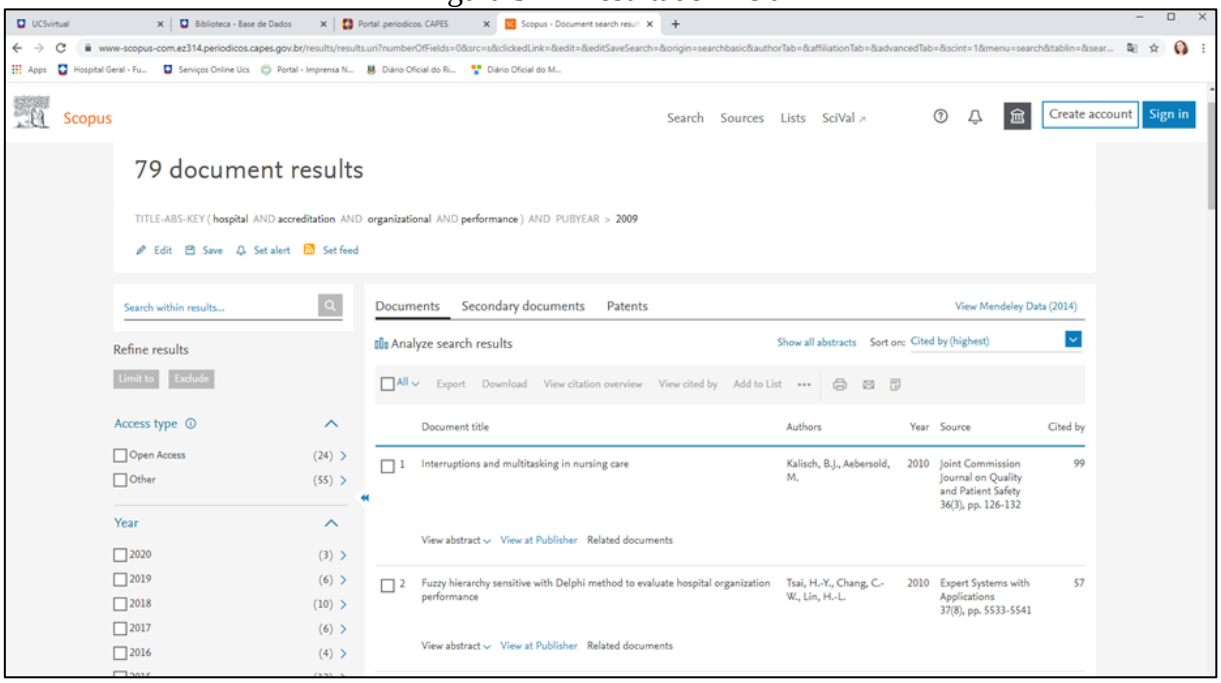
Fonte: Scopus (2020).

Figura 56 – Busca Scopus com os termos "*hospital acreditation and organizacional performance*"



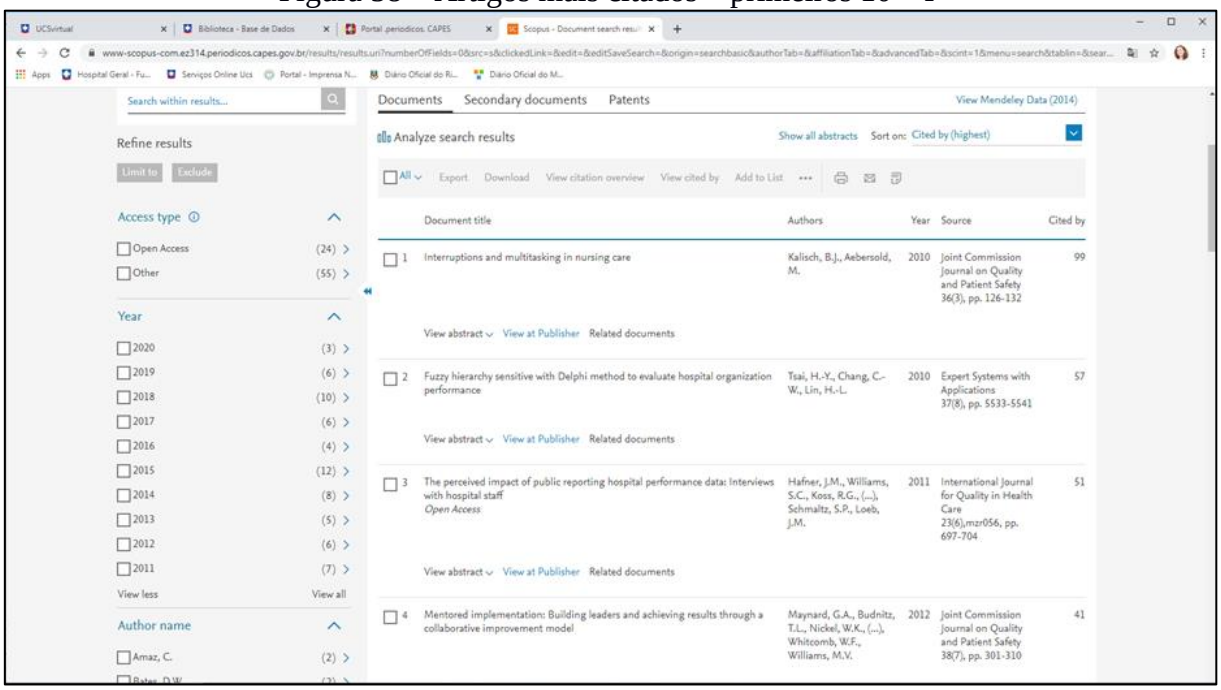
Fonte: Scopus (2020).

Figura 57 – Resultado inicial



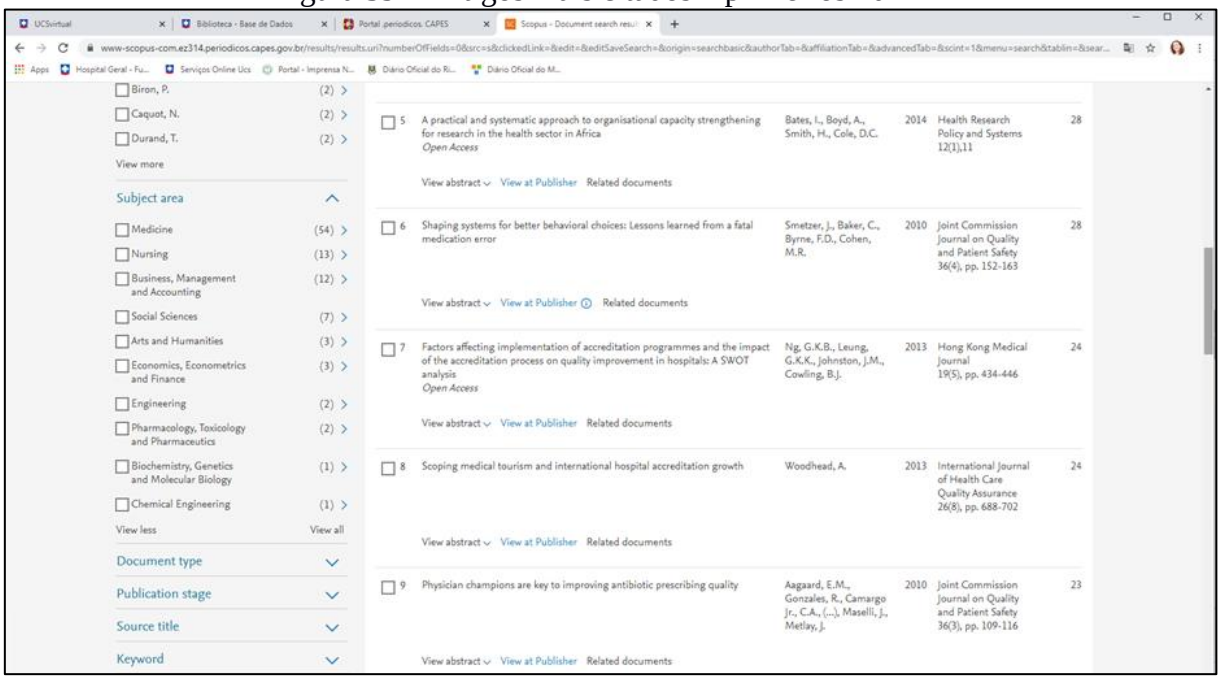
Fonte: Scopus (2020).

Figura 58 – Artigos mais citados – primeiros 10 – I



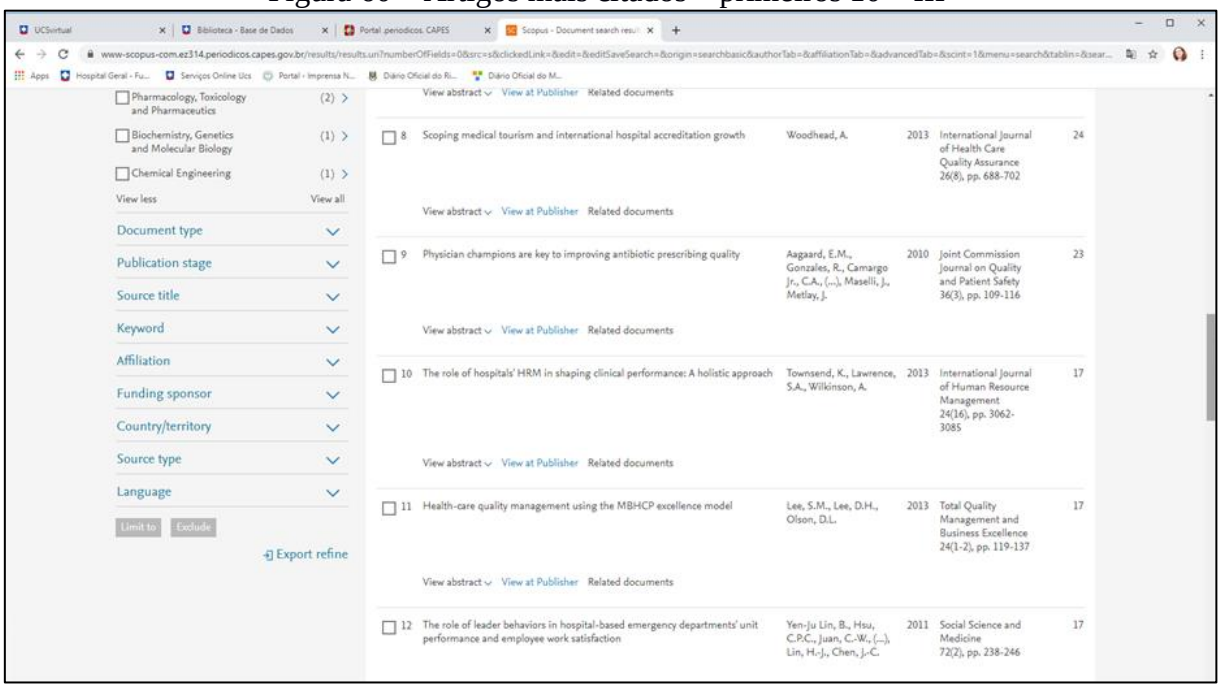
Fonte: Scopus (2020).

Figura 59 – Artigos mais citados – primeiros 10 – II



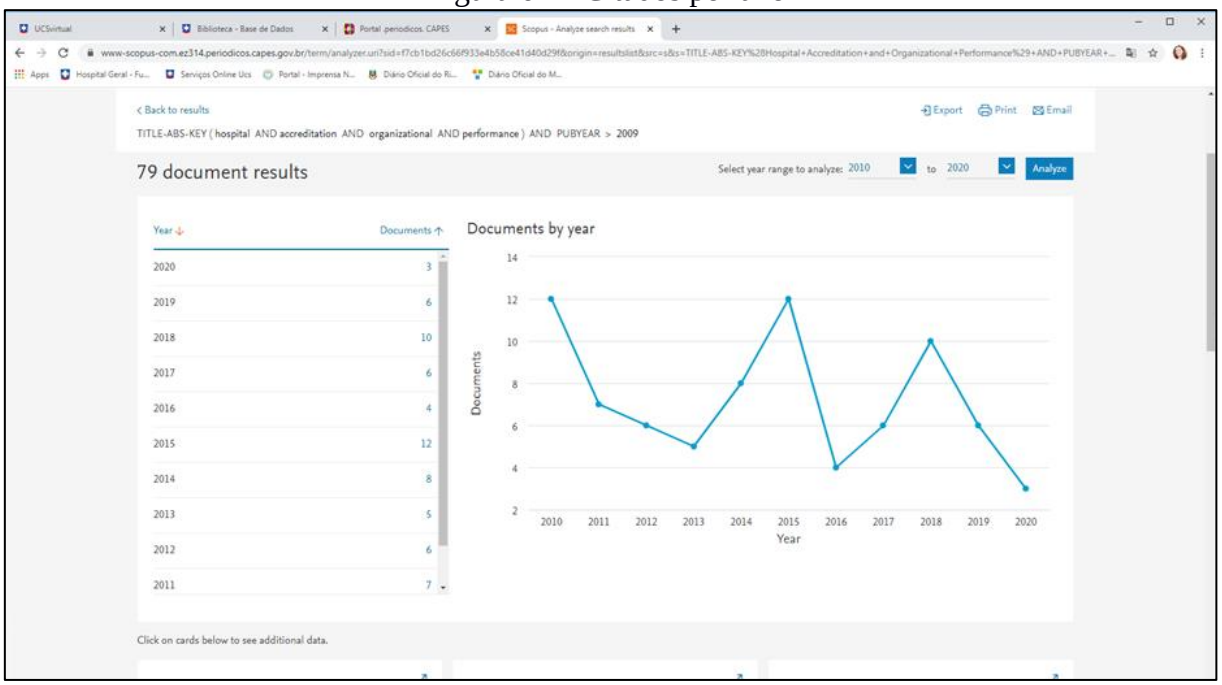
Fonte: Scopus (2020).

Figura 60 – Artigos mais citados – primeiros 10 – III



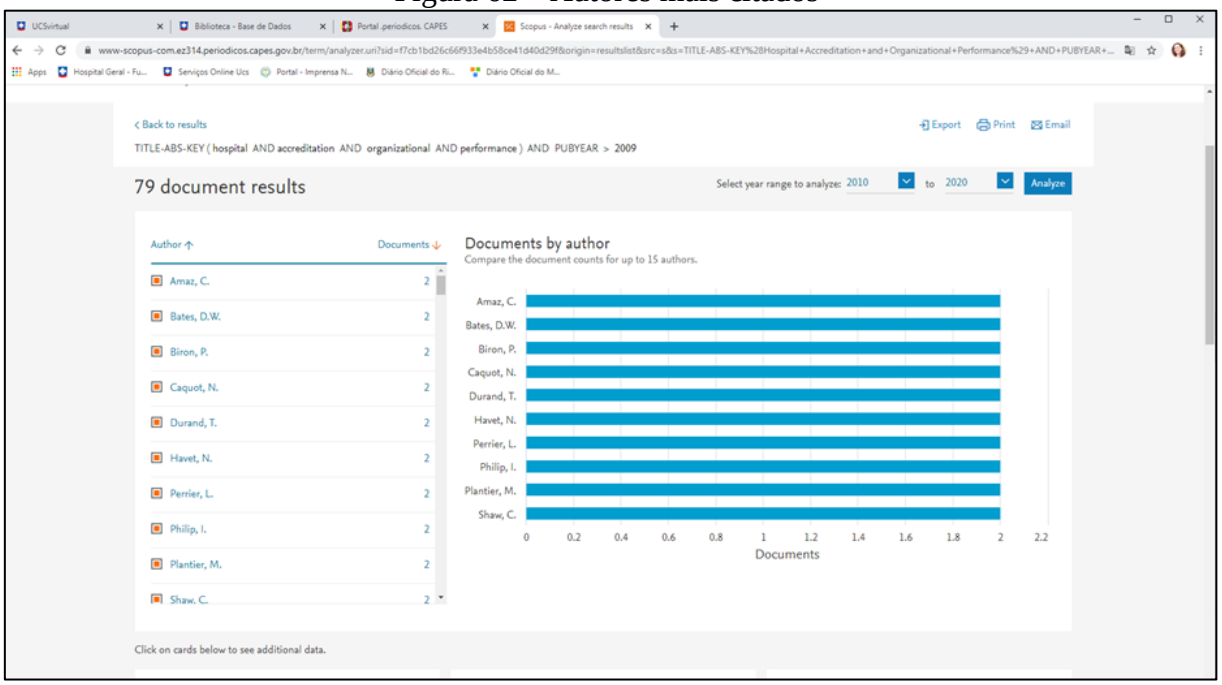
Fonte: Scopus (2020).

Figura 61 – Citados por ano



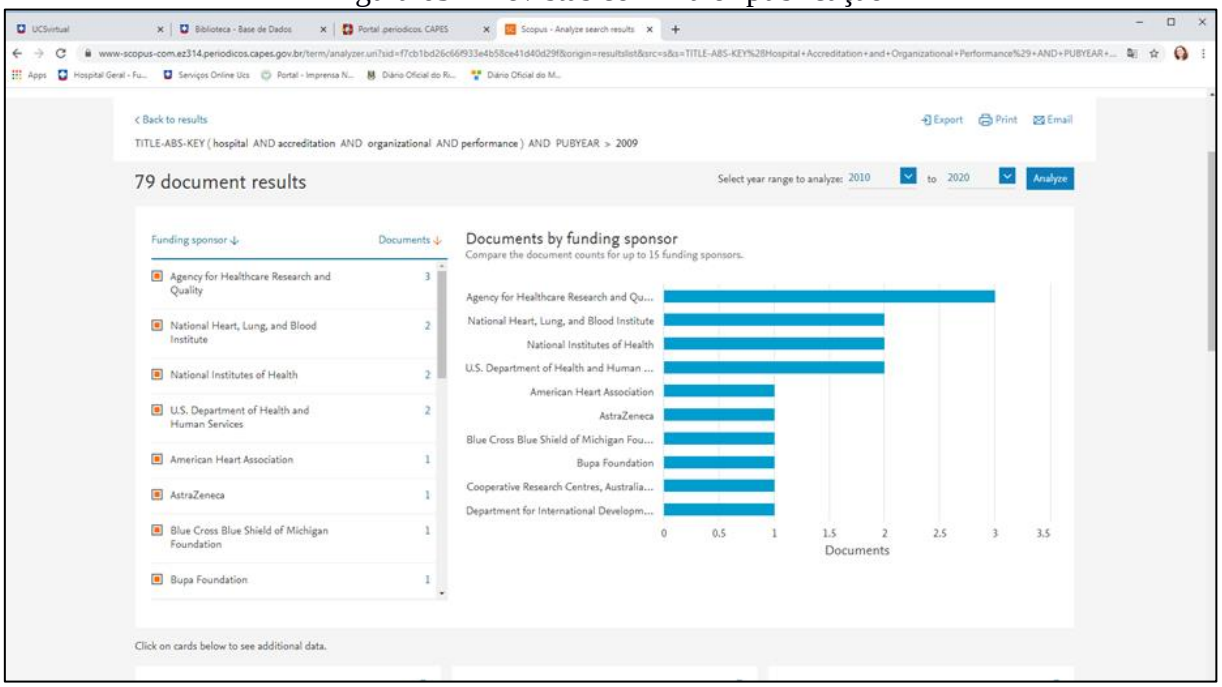
Fonte: Scopus (2020).

Figura 62 – Autores mais citados



Fonte: Scopus (2020).

Figura 63 – Revistas com maior publicação



Fonte: Scopus (2020).

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS

Este roteiro de entrevista faz parte de um projeto de dissertação de mestrado, do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Caxias do Sul, com o objetivo de identificar a percepção dos *stakeholders*, considerando o desempenho organizacional e inovação sobre a Acreditação Hospitalar, concedida do Hospital Geral de Caxias do Sul, em Nível III – Excelência.

Perguntas:

Categoria	Pergunta
Conhecimento / Aprendizado	O que você entende sobre Acreditação Hospitalar? Você sabe qual o nível da Acreditação Hospitalar do Hospital Geral? Qual a representatividade para a saúde pública? A Acreditação Hospitalar do Hospital Geral agregou aprendizado e ou benefício na sua atividade ou entidade? Qual?
Credibilidade	Qual(is) o(s) serviços relevantes que você identifica no Hospital Geral? Qual a sua percepção referente a prestação de contas e investimentos no HG? A Acreditação Hospitalar teve influência neste processo? Você direcionaria recurso ou influenciaria os órgãos públicos ou privados para direcionar recurso para o Hospital Geral? Comente.
Resolubilidade	Qual a sua percepção quanto aos pacientes tratados no Hospital Geral? A Acreditação Hospitalar teve influência neste processo? O atendimento no Hospital Geral tem diferença em relação aos demais hospitais de Caxias do Sul? Comente.
Humanização	Qual a sua percepção quanto aos profissionais (assistência) que atuam no Hospital Geral? Como você avalia o atendimento do Hospital Geral em relação aos demais atendimentos SUS no Brasil?
Geral	Qual o primeiro pensamento quando você ouve ou lê o nome Hospital Geral?

Fonte: Elaborado pela autora (2019).

Muito obrigada por participar deste projeto, ao final do trabalho, se for do seu interesse, compartilharei o resultado da pesquisa.

Atenciosamente,
Ilsa Loivamara da Silva Andrade
Mestranda em Administração

APÊNDICE C – AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR QUESTIONÁRIO

---------- Forwarded message ---------
De: **Gabriel Pedro Alastico** <gabriel_alastico@yahoo.com.br>
Date: qui, 4 de jul de 2019 19:25
Subject: Re: instrumento de pesquisa
To: Ilsa Loivamara da Silva Andrade <ilsandrade@ucs.br>

Olá, Loivamara. Concedo, à você, a autorização para utilizar e referenciar meu instrumento de pesquisa. Agradeço pelo interesse e pela prévia consulta.

Att Gabriel

Enviado do meu iPhone

Em 4 de jul de 2019, à(s) 17:52, Ilsa Loivamara da Silva Andrade <ilsandrade@ucs.br> escreveu:

> autorização para que que possa utilizar e referenciar seu instrumento.

Enviado via UCSMail.

APÊNDICE D – QUESTIONÁRIO ADAPTADO DA PESQUISA *SURVEY*

A) Dados Gerais:
Cargo do Respondente: ( ) Enfa. Coordenadora ( ) Enfa. Gestora ( ) Enfa. Assistencial
Tempo de atuação no hospital: ( ) até 1 ano ( ) de 1 a 2 anos ( ) De 2 a 5 anos ( ) de 5 a 10 anos ( ) de 10 a 15 anos ( ) de 15 a 21 anos
Número de Leitos do setor: ( ) até 10 leitos ( ) 11 a 20 leitos ( ) de 21 a 30 leitos e ( ) acima de 30 leitos
Número de profissionais subordinados:

B) Desempenho Hospitalar					
Melhoria percebida do desempenho do hospital após a Acreditação (independente do nível de Acreditação) nas dimensões a seguir, conforme a escala: (1) = melhorou muito abaixo das expectativas (2) = melhorou abaixo das expectativas (3) = melhorou dentro das expectativas (4) = melhorou acima das expectativas (5) = melhorou muito acima das expectativas					
B1) Dimensão do Desempenho Hospitalar: Eficiência Operacional	**Melhoria Percebida**				
B1.1) Subdimensão: Produtividade	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
1. O aproveitamento dos recursos disponíveis (equipamentos, instalações, insumos, medicamentos, materiais, etc.) para produzir os melhores resultados ***ao paciente***					
2. A utilização dos recursos disponíveis de modo a minimizar desperdícios (tempo, recursos financeiros, materiais, medicamentos, etc.)					
3. O Tempo Médio de Permanência em Internação					
4. A Taxa de Rotatividade de Leitos					
B2) Dimensão do Desempenho Hospitalar: Efetividade	**Melhoria Percebida**				
B2.1)Subdimensão: Eficácia	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5. A incidência de erros de medicação aos pacientes					
6. A taxa de mortalidade					
B2.2) Subdimensão: Segurança	**Melhoria Percebida**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
7. Os indicadores que medem riscos e eventos adversos (flebite, quedas, úlcera por pressão, extubação acidental, saída espontânea de sonda, etc.)					
8. O número de notificações de riscos e eventos adversos realizadas, em relação à meta mensal estipulada					
9. A taxa de infecção hospitalar					
B3) Dimensão do Desempenho Hospitalar: Orientação aos Usuários	**Melhoria Percebida**				
B3.1) Subdimensão: Satisfação	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10. O nível de satisfação dos pacientes					
11. A utilização dos dados de satisfação dos pacientes na definição de oportunidades de melhoria do atendimento e no projeto de novos serviços					
12. O atendimento aos pacientes e seus familiares (orientações e conforto das instalações)					
B3.2) Subdimensão: Atendimento às Necessidades dos Usuários	**Melhoria Percebida**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
13. A consideração das necessidades específicas de cada paciente pelos profissionais na prestação dos serviços					
B3.3) Subdimensão: Tratamento de Reclamações dos Usuários	**Melhoria Percebida**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
14. A ocorrência mensal de reclamações recebidas de pacientes					
15. A aprendizagem e melhorias geradas à prestação dos serviços a partir da análise crítica das reclamações dos pacientes					

C) Práticas da Acreditação					
Indique o *status* de implantação das práticas da Acreditação a seguir, de acordo com a escala: (1) = não implantado (2) = começando a implantar (3) = parcialmente implantado (4) = consideravelmente implantado (5) = completamente implantado e melhorado periodicamente					
C1) Segurança e Legislação	***Status* de Implantação**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
1. Manutenção de equipes de profissionais habilitados, capacitados e compatíveis, em quantidade e especialidades, com a demanda dos serviços					
2. Apresentar instalações físicas e equipamentos adequados e compatíveis, em quantidade, com a demanda dos serviços					
3. Identificação, gerenciamento e controle de riscos sanitários, ambientais, assistenciais, profissionais e ocupacionais					
4. Elaboração e uso de Protocolos para prevenção de riscos e eventos Adversos					
5. Uso de Dispositivos de gestão à vista (carimbos, pulseiras de identificação, placas de identificação de leitos, etc.) para auxiliar a prevenção de riscos e eventos adversos					
6. Comissão de Gerenciamento de Riscos e Eventos Adversos para monitorá-los, medi-los e responsabilizar-se pela Gestão da Segurança dos pacientes					
7. Iniciativas de Farmacovigilância e Tecnovigilância (registros, capacitação e conscientização dos profissionais e Comissão de Gerenciamento)					
8. Gerenciamento de estoques e suprimentos (medicamentos, materiais, etc.) com foco na segurança, isto é, para evitar desabastecimentos e falta principalmente nos meses em que a demanda por atendimento é elevada					
C2) Gestão de Processos	***Status* de Implantação**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
9. Os processos, suas interações, seus fornecedores e clientes (internos e externos) e as interações fornecedores-clientes dos processos estão identificados e documentados					
10. Documentação (procedimentos e registros) atualizada, disponível e aplicada pelos profissionais					
11. As ocorrências em serviços e processos são registradas e, periodicamente, analisadas em reuniões de Análise Crítica					
12. Nas reuniões de Análise Crítica, são definidas oportunidades de melhoria e estas são implantadas e evidenciadas para melhoria de desempenho dos serviços.					
13. Os indicadores são continuamente melhorados e utilizados para definição das temáticas de capacitação dos profissionais e para identificação de oportunidades de melhoria					
C3) Inovação e Excelência na Gestão	***Status* de Implantação**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
14. Inovações em abordagens de gestão (*Lean*, *Seis Sigma*, L*ean-sigma*, *FMEA*, etc.)					
15. Indicadores de desempenho são avaliados internamente com base em referenciais externos pertinentes (hospitais do exterior, padrões internacionais, hospitais referências, etc.)					
16. Análises Críticas sistemáticas com evidências de ações de melhoria focadas em inovação					

17. Planejamento, Melhoria Contínua e investimentos em estrutura, novas tecnologias e capacitação profissional contínua em procedimentos mais atualizados e/ou inovadores					

D) Dificuldades Enfrentadas pelo Hospital em relação às Práticas de Acreditação	
Assinale as 3 principais ou maiores dificuldades enfrentadas pelo Hospital em relação às práticas da Acreditação. ***(Favor ler todas as alternativas e assinalar apenas as 3 maiores dificuldades no seu caso, indicando 1 para a alternativa com maior e 3 para menor impacto.)***	
1. Resistência, Falta de envolvimento e de Conscientização dos profissionais para a importância da aplicação, manutenção, monitoramento e melhoria das práticas da Acreditação implantadas (registros, protocolos, indicadores, etc.)	
2. Dificuldade em determinar as oportunidades de melhoria dos processos e as temáticas a serem abordadas nos programas de capacitação dos profissionais do hospital	
3. Falta de participação ou apoio da Alta Administração nas iniciativas de incentivo e monitoramento das práticas da Acreditação adotadas ou em implantação	
4. Falta de Apoio da Alta Administração em fornecer os investimentos e recursos necessários à manutenção e melhoria contínua das práticas da Acreditação	
5. Falta de Apoio da Alta Administração em fornecer investimentos e recursos necessários para inovações gerenciais (FMEA, *Lean*, Seis Sigma, *Lean*-Sigma, etc.)	
6. Dificuldade em estabelecer indicadores que traduzam a verdadeira realidade de desempenho dos processos	
7. Dificuldade de consolidação da Gestão por Evidências (basear o processo de tomada de decisão e de melhoria contínua dos processos em dados e indicadores de desempenho)	
8. Dificuldade de realizar investimentos em estrutura (instalações, profissionais, equipamentos, novas tecnologias, sinalizações, e outros dispositivos) por falta de projeto ou iniciativa da gestão	
9. Dificuldade de realizar investimentos em estrutura (instalações, profissionais, equipamentos, novas tecnologias, sinalizações, e outros dispositivos) por falta de recurso financeiro	
10. Dificuldade de realizar investimentos em estrutura (instalações, profissionais, equipamentos, novas tecnologias, sinalizações, e outros dispositivos) por falta ou ruído de comunicação entre as áreas para promoção de melhoria contínua e práticas da Acreditação Hospitalar	
11. Dificuldade de manutenção de processo em função da rotatividade, considerando a remuneração praticada no mercado	
E) Perspectivas (tendências) em relação às Práticas da Acreditação	
Assinale as 2 principais perspectivas (tendências) para o Hospital em relação às práticas da Acreditação:	
1. Manter o nível atual de Acreditação	
2. Realizar investimentos em estrutura (contratação de profissionais, instalações físicas, equipamentos, aparelhagem, novas tecnologias), adequando-a às necessidades dos serviços do Hospital	
3. Adotar inovações em práticas de gestão (Exemplos: FMEA, Lean, Seis Sigma, Lean-Sigma)	
4. Realizar análise comparativa dos resultados dos indicadores do Hospital com os de Hospitais Nacionais de reconhecida Excelência	
5. Obter certificação internacional específica dos serviços de saúde (por exemplo: *Joint Commission* ou outras)	

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Alástico e Toledo (2013).

APÊNDICE E – INSTRUMENTO UTILIZADO PELO HOSPITAL GERAL PARA PESQUISA DE SATISFAÇÃO DE USUÁRIO SUS

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL — HOSPITAL GERAL

PESQUISA DE SATISFAÇÃO DO PACIENTE HOSPITALIZADO

Data: ___ / ___ / ___

Sua opinião é muito importante para que possamos atendê-lo cada vez melhor.

1. Preencha abaixo o nome do setor que você utilizou os serviços:
Internação (indique o setor ou quarto da internação): _____

2. Assinale com um X a alternativa que melhor representa a sua opinião.		**Muito bom**	**Bom**	**A melhorar**
Recepção	Central			
	Pronto-Socorro			
Atendimento Médico				
Atendimento de Enfermagem (diurno)				
Atendimento de Enfermagem (noturno)				
Alimentação				
Higiene e Limpeza				
Roupa de Cama				
Exames de Imagem (raiox, tomografia, ecografia, mamografia, ressonância magnética)				
Exames Laboratoriais				
De um modo geral avalie o atendimento recebido durante sua permanência no HG.				

2.1 Se você assinalou a opção «A melhorar» , descreva o que deve ser melhorado na sua opinião: _____
_____

3. Caso deseje, faça comentários, críticas, sugestões e/ou outros esclarecimentos.
_____
_____

4. Caso queira se identificar, preencha os dados abaixo:
Nome: _____ Fone: _____
Endereço: _____

Ouvidoria - Telefone: 0800.642.41.41 ou (54) 3218.7229 - hgeral@ucs.br

APÊNDICE F – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA COEDI

FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL HOSPITAL GERAL	PARECER DO CONSELHO CIENTÍFICO E EDITORIAL	FR – DEPE-COEDI – 06.04
		Data de emissão: 30/10/2019
		Revisão: 09
		Data da Revisão: 03/05/2019
		Página: 1 de 1

Caxias do Sul, 31/10/2019

Prezado(a) Senhor(a), Professora Doutora Marta Elisete Ventura Motta

Vimos, por meio deste, comunicá-lo (a) que, em reunião ordinária do dia 31/10/19, o Conselho Científico e Editorial do Hospital Geral (HG) de Caxias do Sul avaliou o projeto de sua autoria: **"Efeitos da Acreditação Hospitalar no esempenho organizacional e na inovação do Hospital Geral de Caxias do Sul"** e emitiu o seguinte parecer, levando em consideração a *viabilidade* de realização, *interesse* científico e *relevância* do esmo para o HG/AMCE:

Aprovado	x
Aprovado com pendências	
Não aprovado	

Comentários:

Este projeto deverá ser encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP)	
SIM	x
NÃO	

Ao final da pesquisa, o pesquisador (a) deverá encaminhar ao COEDI um resumo dos resultados da pesquisa ou cópia da publicação.

Sem mais,

Atenciosamente,

Dr. Luciano da Silva Selistre
Nefrologista
CRM/RS 23458

Presidente do COEDI

Não se esqueça de encaminhar seu projeto ao CEP

APÊNDICE G – AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA NEPS

PREFEITURA DE CAXIAS DO SUL
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE - NEPS

CARTA DE ANUÊNCIA

Título da Pesquisa:	**EFEITOS DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR NO DESEMPENHO ORGANIZACIONAL E NA INOVAÇÃO DO HOSPITAL GERAL DE CAXIAS DO SUL – RS**
Pesquisador:	**ILSA LOIVAMARA DA SILVA ANDRADE**
Orientador:	**PROF. DRA. MARTA ELISETE VENTURA DA MOTTA**
Curso e Instituição:	**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO – PPGA/ CURSO DE MESTRADO – UNIVERSIDADE DE CAXIAS DO SUL**
Nº de Protocolo:	**543/19**

Em relação ao pedido de realização da Pesquisa supracitada, esta Secretaria, ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão utilizados, manifesta-se favorável à realização da mesma e autoriza a coleta de dados conforme prevista no Projeto, desde que sejam assegurados os requisitos abaixo:

1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução nº 466/2012 CNS/CONEP;
2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa;
4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

Além disso, é de **responsabilidade do Pesquisador(a):**

☒ 1) Entregar, **obrigatoriamente**, o Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com a aprovação do Projeto antes da coleta de dados;

☒ 2) Fornecer uma cópia da conclusão do trabalho à Secretaria Municipal da Saúde;

☒ 3) Incluir o nome da Prefeitura Municipal de Caxias de Sul/SMS em possíveis publicações científicas.

Caxias do Sul, 13 de novembro de 2019.

Cássio de Oliveira
Gerente do NEPS

Milene Lopes Calegaro
Diretora de Gestão, Trabalho e Educação

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPS)
Rua Marechal Floriano, 421, 5º andar – Centro – CEP: 95020-370 – Caxias do Sul/RS
Fone: (54) 3290.4400 / 3290.4494 – E-mail: neps@caxias.rs.gov.br