

## Área temática – ECONOMIA DAS ORGANIZAÇÕES

### **EXTERNALIDADES E CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE COM BASE EM PADRÕES: UM ESTUDO SOBRE GESTÃO DE UNIDADES HOSPITALARES**

#### **AUTORES**

##### **MARCELINO JOSÉ JORGE**

Universidade Federal do Rio de Janeiro

marcelino.jorge@ipecc.fiocruz.br

##### **FREDERICO A. DE CARVALHO**

Curso de Biblioteconomia e Gestão de Unidades de Informação - FACC - UFR

fdecarv@msn.com

##### **MARINA FILGUEIRAS JORGE**

Universidade Federal do Rio de Janeiro (Ciências Econômicas)

marina\_filgueiras@yahoo.com.br

##### **LUCIANA CAVALCANTI DE MELO**

Universidade Federal do Rio de Janeiro

luciana.melo@ipecc.fiocruz.br

##### **JOSE ALEXANDRE MAGRINI PIGATTO**

Universidade Federal de Santa Maria

pigatto71@gmail.com

#### **Resumo**

Com foco empírico em unidades hospitalares (UHs), este estudo pretende testar a associação entre certas funções gerenciais e a gerência do ambiente organizacional pela Acreditação Hospitalar. A amostra de conveniência é composta de 24 relatórios de avaliação sobre 18 UHs não-identificadas, concluídos entre 2004 e 2008. Para tratar o material empírico foram desenvolvidas uma análise descritiva, com apoio em frequências e tabelas cruzadas, e uma análise confirmatória, apoiada em técnicas paramétricas e não-paramétricas, que buscou avaliar a influência daquelas funções organizacionais sobre a função de Gerência do Ambiente Hospitalar. Os objetivos propostos só foram atingidos parcialmente, em parte devido ao reduzido tamanho da amostra e também em decorrência de elevada colinearidade, além da reduzida variação dos escores usados como variáveis independentes. Como contribuição metodológica, o estudo divulgou uma fonte de dados inédita na pesquisa sobre economia da gestão. Como contribuição gerencial, identificou os fatores que influenciam o desempenho em gerência do ambiente hospitalar da UH, esclarecendo, ainda, as relações existentes entre as funções organizacionais e seu desempenho na gerência do ambiente

hospitalar, contribuindo para o compromisso de gestores e profissionais com a mudança na organização.

Palavras-chave: Hospitais – Brasil. Gestão do Ambiente Hospitalar. Acreditação Hospitalar.

#### Abstract

By empirically focussing on hospital units this paper intends to test whether selected managerial functions are associated to the use of Hospital Accreditation to manage health services environment. The convenience sample consisted of 24 assessment reports relating to 18 unidentified hospitals and completed between 2004 and 2008. To investigate the empirical information both descriptive and confirmatory analysis were performed with the help of statistical techniques. Stated research goals were only partially attained due to both the small sample and collinearity problems, as well as to the small range of most independent variables in the study. Two contributions of the paper should be noted: first, its pioneering use of accreditation reports as a data source on the economics of organizations; second, the managerial implications stemming from its investigation of the organizational environment around hospital units and pointing to a necessary compromise of managers and professionals toward organizational change.

Keywords: Hospitals-Brazil. Accreditation Standards for Hospitals. Care Environment.

## EXTERNALIDADES E CERTIFICAÇÃO DA QUALIDADE COM BASE EM PADRÕES: UM ESTUDO SOBRE GESTÃO DE UNIDADES HOSPITALARES

### INTRODUÇÃO

Em um ambiente de competição, uma questão de interesse para a pesquisa sobre o desempenho de unidades hospitalares (UHs) brasileiras diz respeito à avaliação dos efeitos potenciais da mudança recente em seus processos internos de gestão sobre o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde no país. Nessa mudança recente, o mecanismo de certificação do controle da qualidade do serviço (DONAHUE; O'LEARY, 2000) e a gerência do ambiente substituíram a regulamentação e a regulação direta como meio para reduzir os custos de transação e para desenvolver o mercado de bens e serviços comercializados com base na experiência de uso (DONABEDIAN, 1980).

A Acreditação Hospitalar é um sistema de certificação do controle da qualidade usado para avaliar e melhorar o atendimento em Unidades Hospitalares (UHs). Para compatibilizar as metas de expansão e de qualidade da assistência da política de saúde pública, esse mecanismo de gestão orientada para o mercado substituiu a ênfase na regulamentação pela preocupação de permitir ao produtor de sinalizar a qualidade do serviço e ao consumidor de fazer escolhas genuínas.

O uso desses sistemas de certificação baseada em padrões cresceu nas UHs brasileiras na última década, já sendo adotado em inúmeras UHs governamentais e há evidências de que contribuiu para ganhos de eficiência e de qualidade bastante significativos.

Diante do aumento dos gastos com a saúde pública e do crescimento da rede privada de assistência à saúde no país, uma questão debatida em resposta aos relatórios periódicos de avaliação educativa para a acreditação que são emitidos diz respeito às dificuldades que existem para a efetivação dos investimentos em instalações físicas, a alternativa de solução mais convencional para evitar a deterioração dos serviços.

Em face da escassez de recursos para investimento, ainda maior entre as UHs da rede pública de saúde, vislumbra-se a solução alternativa de melhorar a gerência do ambiente hospitalar. Em outras palavras, de “proporcionar um ambiente seguro, funcional e operacional para pacientes, familiares, profissionais e visitantes, e adequado para a realização do cuidado ao paciente, para o trabalho dos funcionários e para o trânsito das pessoas no hospital” (CBA, 2003). O argumento básico sustenta que a melhoria – isto é, a conformidade - do ambiente hospitalar tem impacto efetivo na satisfação do consumidor e do prestador, e portanto também em termos de ganho de bem-estar.

Uma vez que há pouca literatura sobre o tema, este estudo tem por objetivo testar a associação entre, de um lado, as funções de organização *a priori* identificadas, e, de outro lado, a gerência do ambiente pela Acreditação Hospitalar, mensurando, ainda, o efeito desta gestão sobre o ambiente hospitalar. Como resultado da pesquisa, espera-se agregar conhecimento e contribuição gerencial sobre o treinamento dos profissionais de saúde, a gestão participativa com governabilidade, a promoção do usuário e a informação suprida pelo prestador de serviço. Além disso, espera-se apontar os efeitos que essas funções gerenciais têm sobre a expansão das UHs e, em última instância, sobre o crescimento do mercado de serviços de saúde, independente do investimento em instalações.

Este texto está organizado em cinco seções, que se seguem a esta introdução. A próxima seção propõe o problema de pesquisa. A segunda seção expõe o referencial teórico adotado. A metodologia que orienta a pesquisa aparece na seção seguinte, incluindo a fonte dos dados usados na pesquisa empírica e os métodos adotados para tratá-los. A quarta seção apresenta e analisa os resultados, seguindo-se as conclusões, na quinta e última seção.

## **1. O PROBLEMA DA PESQUISA : ACREDITAÇÃO E GERÊNCIA DO AMBIENTE**

Reconhecidamente gerenciados segundo critérios qualitativos de tomada de decisão (UBEL, 1999), os custos e os benefícios das atividades de atenção à saúde tornaram-se uma preocupação para as famílias, devido ao crescente aumento das suas despesas com estes serviços e ao risco de colapso financeiro que elas enfrentam. Nos EUA, por exemplo, o paciente que venha a utilizar todo o seu benefício-saúde é declarado inepto do ponto de vista médico e precisa recorrer à assistência direta do governo, abrindo mão, portanto, do seu convívio com os familiares.

Também no Brasil, a despesa com a atenção à saúde é considerada um tema polêmico, generalizando-se a queixa de que a insuficiência de recursos públicos para o sistema de saúde é a principal responsável pelas deficiências da prestação de serviço por parte das autoridades de todos os níveis de governo. Nesse sentido, a participação das atividades relacionadas à saúde no PIB brasileiro, calculada pelo critério do valor adicionado, caiu de 5,7 para 5,3 % no período 2000-2005 (IBGE, 2008, p. 30).

O agravamento dos problemas de financiamento das atividades de atenção à saúde levou um grande número de UHs a um conflito de interesses quanto à escolha das suas prioridades de prestação de serviços. Contando com recursos de transferências governamentais insuficientes e preservando objetivos de universalidade e de integralidade de atendimento de serviços públicos, ao mesmo tempo em que atuando como prestadoras de serviços comerciais com prioridade absoluta para a obtenção de resultado econômico, a busca de posicionamento de mercado dessas UHs resultou na intensificação das suas estratégias de concorrência.

No novo cenário, as UHs do setor privado transformaram-se no principal prestador de serviços hospitalares do país, enquanto que a maior parte da rede pública de saúde foi ocupada por UHs da rede municipal e a rede federal ficou restrita a 2% do número total de unidades do sistema de saúde brasileiro em 2002 (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008, p. 29-30). No mesmo cenário, o modelo de gestão da Certificação Hospitalar visou replicar o papel que os chamados sistemas de certificação do controle da qualidade (ENGEL, 1994) – ou programas de certificação baseada em padrões (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008, p. 29-30) deveriam preencher como mecanismos orientados pelo mercado na atividade de saúde, ou seja, promover a “educação dos consumidores para fazerem a economia funcionar melhor” nas economias de mercado de um ponto de vista mais amplo (ENGEL, 1995, P. 24).

Certificando a qualidade de um serviço complexo, comercializado com base na experiência de uso, em complementação aos mecanismos de defesa do consumidor através da regulamentação, da regulação direta e da via judicial, a Acreditação Hospitalar teve o propósito de contribuir para o barateamento do custo de transação que não é incorporado ao preço de mercado do serviço cobrado do consumidor, desta forma complementando a informação que é suprida normalmente pelo prestador do serviço, concorrendo para a expansão das atividades da UH e desobstruindo uma margem potencial para o crescimento do mercado de serviços de saúde como um todo. No caso do mercado de saúde em particular, os programas de certificação com base em padrões visaram motivar a atenção dos gestores para os danos não apropriados no preço de mercado dos serviços de saúde que rondam o cotidiano das relações entre os pacientes, os profissionais de saúde e a administração hospitalar – o seu ambiente, desta forma caracterizando a Gerência do Ambiente Hospitalar como uma função de organização da UH que deve obedecer padrões de conformidade e ser analisada nos relatórios de avaliação educativa para a acreditação.

Do ponto de vista deste estudo, portanto, para efeitos de exame do *tradeoff* entre investimento em instalações e gerência do ambiente, o Ambiente Hospitalar é a percepção do profissional, do paciente e dos seus familiares e da comunidade externa de interface com a UH sobre os benefícios e os danos que podem advir do serviço prestado, como um subproduto ou efeito colateral imprevisto e indesejado, seja para o prestador do serviço, seja para o

consumidor e que podem originar conflitos de interesse e, em condições extremas, inviabilizar a comercialização dos serviços.

Usando as características destacadas nas funções de organização do modelo de representação das UHs pela certificação hospitalar como ponto de partida, este estudo recorre às contribuições de Kahn (1970), Harris (1977), Engel (1995), Viscusi *et al.* (1997) e Mintzberg *et al.* (2006) como fontes para investigar o seguinte problema de pesquisa:

estabelecer a correspondência do conceito de ambiente hospitalar com o conceito de externalidade da análise microeconômica como referência, para depois determinar empiricamente quais destas funções têm influência na gerência do ambiente hospitalar.

## **2. REFERENCIAL TEÓRICO.**

Segundo a perspectiva de análise adotada neste estudo:

a) a existência de benefícios e danos que não são cobertos pelo preço do serviço prestado – externalidades - é inerente à comercialização dos serviços baseados na experiência de uso;

b) em certos casos, como o dos serviços de saúde, a barganha que se estabelece entre as partes atingidas por externalidades é tão complexa, que os altos custos de transação necessários a um acordo entre elas podem impedir a formação de um mercado para tal tipo de serviço;

c) como conseqüência dos custos de barganha elevados, do problema do comportamento oportunista dos agentes e da dificuldade para identificar os agentes que foram afetados, na prática raras vezes é possível que as pessoas negociem as externalidades através do mercado;

d) os direitos de propriedade indefinidos e as despesas de avaliação e cobrança da compensação de valor alto também causam falha dos mecanismos corretivos de solução judicial das pendências e de regulação direta dos preços de comercialização;

e) a gerência do ambiente da UH é então um mecanismo útil de prevenção da incidência das externalidades, que visa diminuir os custos de transação no mercado de serviços de saúde; e

f) o treinamento de pessoal, o ganho de governabilidade, a educação do paciente e do familiar e a informação e comunicação contribuem para boas práticas de gerência do ambiente.

### **2.1. Custos de transação, externalidades e falhas de mercado**

Quando deseja serviços escolhidos com base na experiência de uso, como é o caso dos serviços de saúde, o usuário tem que investir tempo e fazer despesas para avaliar a qualidade da assistência que lhe é oferecida. Ao mesmo tempo, o prestador do serviço depende de informações sobre os pacientes de que ele não dispõe e que não consegue obter com facilidade nestas ocasiões. Em ambos os casos surgem dificuldades para concretizar um acordo entre as partes envolvidas na transação do serviço. Tais dificuldades introduzem ineficiências na relação de atendimento que não existiriam se a informação necessária fosse disponível sem custos.

Nas aplicações da teoria do consumidor às condições da concorrência em mercados imperfeitos de bens e serviços é destacado que esses ‘custos de transação’ incorridos na conciliação dos interesses entre os produtores e os consumidores de fato existem e que uma parcela relevante deles decorre das ‘assimetrias’ entre as informações de que os produtores e consumidores dispõem no momento da transação (ENGEL, 1994, p. 9). Os custos de transação podem, além disso, ser tipicamente altos em alguns mercados, impedindo as transações entre as partes e, em alguns casos, bloqueando completamente a formação do mercado.

As ‘externalidades’, por sua vez, ocorrem quando um agente econômico afeta terceiros de uma maneira que não se reflete nos preços praticados e podem ter efeito positivo como o

de prover informação, por exemplo, ou efeito negativo, como o de gerar poluição, insegurança ou saturação das redes de fornecimento de serviços públicos. Uma vez que a externalidade positiva resulta de uma ação benéfica sem plena recompensa de contrapartida para o agente econômico produtor, este tende a levar a ação a cabo com menos intensidade ou com menor frequência do que é socialmente desejado. No sentido contrário, o agente econômico produtor também não é onerado por todo o dano que infringe a terceiros se a externalidade é negativa e, no caso em apreço, o impacto negativo da sua atividade tende a ser maior do que é desejável para o bem comum. As externalidades são vistas, ainda, como um caso em que os custos de transação elevados podem constituir um obstáculo à existência do mercado. Tornam-se relevantes, nesse sentido, quando é dispendiosa a exclusão dos agentes econômicos beneficiários da parcela não paga ou dos responsáveis pelas perdas infringidas sem compensação (ENGEL, 1994, p. 12).

Diante das dificuldades daí decorrentes para o desenvolvimento das atividades econômicas (VISCUSI *et al.*, 1997, p. 716-717), seja pelas vias da regulação direta ou judicial, seja pela via do mercado, ganha destaque, então, o incentivo que o produtor possa ter para proporcionar informação adequada sobre o bem ou serviço ao consumidor.

## **2. 2. Direitos de propriedade, questões administrativas e falhas de regulação**

Uma evidência de consenso a respeito do processo de exclusão se traduz pelo fato de que, em geral, a sua condução envolve barganha com custos de transação substanciais. Vejamos. Em primeiro lugar, no que diz respeito à solução judicial, o principal obstáculo talvez seja a dificuldade que temos para distinguir direitos de propriedade bem definidos e separáveis, dificuldade ainda mais grave nos países com instituições ainda em desenvolvimento. Mesmo quando os direitos de propriedade estão bem estabelecidos, é comum haver limitações para torná-los efetivos, situação que ainda pode ser agravada pela insuficiência da informação disponível para que os tribunais façam valer o direito de propriedade que é reconhecido. Os tribunais não conhecem, por exemplo, o montante do dano efetivo que é infringido ao agente econômico prejudicado, além de haver incerteza sobre as formas de prevenção ou de compensação de perdas que são mais adequadas. Há, nesse sentido, custos a serem incorridos para obter a informação necessária e subsistem erros significativos na informação que é prestada nos tribunais (KAHN, 1970).

Em segundo lugar, quanto à tradução dos princípios de eficiência alocativa em preços pró-eficiência efetivos pela autoridade reguladora, a regulação direta – externa ao mercado – é também considerada uma tarefa extraordinariamente difícil (KAHN, 1970, v. 1, p. 184). Assim como para a efetivação dos direitos de propriedade, dois tipos de dificuldade são mencionados na literatura a respeito: as dificuldades de estimação (MEDICI; MARQUES, 1996) e as de imposição dos preços eficientes. Em muitos casos, as considerações administrativas sobre as possibilidades práticas para medir os parâmetros privados necessários à fixação de preços eficientes (através da regulação direta) podem resultar em custos maiores que os ganhos de eficiência que se suponha obter (KAHN, 1970, v.1, p. 182-183).

Por tudo isso, grandes doses de julgamento subjetivo são inevitáveis mesmo nos esforços mais acurados e fundamentados de aplicação dos princípios da eficiência através da regulação dos preços. Na melhor das hipóteses, admite-se, os preços fixados pela agência reguladora só trazem um resultado aproximado em relação ao que é desejado (KAHN, 1970).

Na prática, o resultado líquido das limitações do processo de interação entre os agentes econômicos é que não se viabiliza a formação de um mercado para que os agentes econômicos negociem seus interesses relacionados com os custos e os benefícios das externalidades produzidas livremente (VISCUSI *et al.*, 1997, p. 711-718) – veja-se a controvérsia sobre o mercado de carbono, por exemplo.

### **2. 3. Falhas de regulação e gerência do ambiente da unidade hospitalar**

Na prestação de serviços de saúde ocorrem transações envolvendo barganha entre a administração da UH e o profissional prestador de serviços clínicos, entre a administração e o paciente e seus familiares, entre os prestadores de serviços clínicos e o paciente e seus familiares e entre a administração e a coletividade. Isto ocorre porque a incerteza é inerente à assistência, assim como a complexidade dos procedimentos implica em riscos e as condições de trabalho podem conduzir ao estresse. Assim sendo, no mercado de serviços de saúde, a garantia de exclusão *a priori* das distorções associadas à presença de externalidades costuma ser descartada, uma vez que neste mercado são transacionados serviços cuja qualidade, em geral, só é percebida depois que os bens foram adquiridos – são bens tipicamente ‘de experiência’.

Todas essas, portanto, são transações realizadas a custos muitas vezes elevados, porque dizem respeito ao valor de preservação da vida e se espriam no interior do ambiente hospitalar, assim como nas interfaces da UH com o seu ambiente externo. Por isso mesmo cabe tratar, preventivamente, a gerência do ambiente como prioridade da gestão orientada para o mercado, capaz de complementar o investimento em instalações, a melhoria da qualidade dos serviços, a atenção ao paciente e a seus familiares, e a seleção de pessoal qualificado, sob pena de inviabilizar o desenvolvimento da assistência à saúde. Nessa atividade, portanto, a questão central para o bom funcionamento do mercado é saber se os produtores têm o incentivo suficiente para informar o consumidor sobre as características do serviço e para saber o que fazer a respeito de forma adequada (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008, p. 264).

O reconhecimento de que consumidores mais bem educados não beneficiam somente a si próprios, como também carregam externalidades positivas para benefício da sociedade como um todo, explica a importância hoje atribuída ao efeito conjunto do treinamento do prestador de serviço clínico, da gestão participativa com governabilidade, da promoção do consumidor (GASTAL; QUINTO NETO, 1997) e da informação e comunicação para o controle das perdas de terceiros, para a gerência do ambiente das UHs em particular e para o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde em geral.

### **2. 4 Treinamento, governabilidade, promoção, informação e gerência do ambiente**

Quanto ao treinamento, as pessoas compõem um recurso estratégico em qualquer organização. Uma empresa não alcançará sucesso se seus funcionários não estiverem adequadamente preparados para o trabalho, ou se não possuírem atitude adequada em relação ao cliente e ao serviço, ou, ainda, se não puderem ou não souberem aproveitar com eficácia o suporte de sistemas, de tecnologias, dos demais prestadores internos de serviços e, principalmente, dos seus gerentes e supervisores. Assim sendo, práticas que visam assegurar que os funcionários contribuam para o desempenho externo da organização configuram uma questão estratégica, a despeito do desenvolvimento da tecnologia de informação (TI) e do crescimento dos serviços de alta tecnologia. O treinamento é uma das dimensões reconhecidamente importantes no desenvolvimento das pessoas em qualquer organização (GRÖNROOS, 2003, p. 406-407).

Se não há incentivo para que a informação suprida pelo prestador de serviço seja suficiente, então pode ser vantajoso para o produtor e para o consumidor do serviço que a informação seja suprida por terceiros – *Information Provided by Third Parties*. Dentre os mecanismos da informação suprida por terceiros, a moderna teoria do consumidor destaca dois tipos: os chamados mecanismos utilizados pela regulação direta para a promoção do consumidor – *Regulatory Remedies for Consumer Promotion*; e os chamados mecanismos orientados pelo mercado – *Market-based Remedies* (ENGEL, 1994, p. 24-33). Um exemplo desses últimos é o modelo de avaliação do Manual Internacional de Padrões de Acreditação

Hospitalar da Joint Commission International – JCI, tema da próxima subseção, em cuja representação da UH são destacadas certas funções organizacionais aqui analisadas.

## **2. 5. Avaliação da UH pelo Manual de Certificação Hospitalar da JCI**

A acreditação hospitalar teve início nos EUA na década de 50 e a criação de uma agência de certificação não-governamental e o desenvolvimento de padrões internacionais e de procedimentos para a certificação foram recomendados pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Academia Nacional de Medicina e o Instituto de Medicina Social/UERJ no Brasil em 1994.

No Brasil, o Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA é o representante exclusivo da JCI e aplica a metodologia de Acreditação Internacional de Sistemas e Serviços de Saúde, desenvolvida pela *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization - JCAHO* há mais de 50 anos. Em 2002 a JCI já acumulava a experiência de mais de 12.000 organizações certificadas em 30 países, abarcando 85% do mercado americano.

Em termos operacionais, os serviços do CBA obedecem princípios e procedimentos regulados por manuais normativos do processo de certificação. Este estudo utiliza os padrões da acreditação do Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar da JCI (CBA, 2003), que são de dois tipos: o de Padrões com Foco no Paciente e o de Padrões de Administração de Instituições de Saúde.

Seis funções são do primeiro tipo: a) a de Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado – ACC; b) a de Direitos dos Pacientes e Familiares – DPF; c) a de Avaliação dos Pacientes – AP; d) a de Cuidado aos Pacientes – CP; e) a de Educação de Pacientes e Familiares – DPF; e f) a de Prevenção e Controle de Infecções – PCI. Cinco funções são do segundo tipo: g) a de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente – QPS; h) a de Governo, Liderança e Direção - GLD; i) a de Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança – GAS; j) a de Educação e Qualificação dos Profissionais – EQP; e l) a de Gerenciamento de Informação - GI.

Cada padrão da acreditação do manual é composto de um ou mais EMs, que recebem pontuação ou ‘achado’ de avaliação educativa ou de certificação da UH de: Conformidade – C, ou Conformidade Parcial – PC, ou Não Conformidade – NC.

Uma vez que o mecanismo de sinalização da qualidade da assistência através da certificação inclui a realização de avaliações periódicas independentes orientadas para os *stakeholders*, que têm validade por três anos e podem ser suspensas, as pontuações conferidas pelos avaliadores externos e a sua evolução no tempo são consideradas manifestações objetivas do desenvolvimento organizacional da UH neste estudo.

## **2. 6. Modelo de Certificação Hospitalar da JCI e gerência do ambiente**

A regulamentação pelas autoridades locais de um país determina, em grande parte, como o ambiente hospitalar é projetado, usado e mantido, de forma que as UHs têm por referência estarem em conformidade com as leis e regulamentos. No Brasil, segundo o Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS-MS), a “ambiência na saúde” refere-se ao tratamento dado ao espaço físico, entendido como espaço social, profissional e de relação interpessoal. Este espaço deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana, no que diz respeito ao conforto que é assegurado, à possibilidade de produção de subjetividades e à introdução de ferramentas que facilitam o processo de trabalho (BRASIL, 2006).

Nesse sentido, uma minuciosa legislação, a exemplo das Resoluções RDC 50-02 e RDC 307-02 da ANVISA, da Lei Estadual RJ 3623-01 e das Normas Regulamentadoras n<sup>os</sup> 17, 24 e 32 do Ministério do Trabalho e Emprego e a NBR 9050-04 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (SALES, 2008), aborda fatores que condicionam o ambiente de trabalho, direta ou indiretamente, sejam eles provocados ou não pelas pessoas e abrange projeto físico, ergonomia, meio ambiente e conforto no trabalho. A legislação aplicável fixa parâmetros

sobre: morfologia – formas, dimensões e volumes que configuram e criam espaços; luz – natural ou artificial, quanto à incidência, quantidade e qualidade; ar – umidade e poluição; temperatura, vibrações, radiações, gases e vapores; cheiro - odores que podem interferir ou não no bem-estar das pessoas; som – música ambiente que considere a proteção acústica; sinestesia – percepção do espaço por meio dos movimentos, assim como das superfícies e texturas; arte – como meio de inter-relação e expressão das sensações humanas; cor – como um recurso útil, uma vez que a reação a ela é profunda e intuitiva; tratamento das áreas externas – um lugar muitas vezes de espera ou de descanso de trabalhadores, pacientes e seus acompanhantes; e privacidade e individualidade – proteção da intimidade do paciente e facilidade para o processo de trabalho.

A regulamentação aborda, ainda, a área de materiais perigosos - controles sobre sua manipulação, armazenamento e uso de materiais radioativos, químicos e inflamáveis, e descarte seguro do lixo hospitalar potencialmente perigoso – e a área de emergências - respostas planejadas e eficazes, por exemplo, às epidemias e calamidades.

Segundo intérpretes da doutrina do Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar da JCI, no entanto, as UHs começam a reunir dados e adquirem conhecimento sobre os detalhes do ambiente hospitalar que estão ocupando ao longo do tempo, passando a executar ações próprias para reduzir riscos e para aprimorar de maneira pró-ativa o ambiente de cuidado ao paciente (SALES, 2008).

### **2. 7. Certificação Hospitalar, treinamento, promoção, governabilidade e informação**

Entre as ações consideradas influentes na gerência do ambiente pelo modelo de organização das UHs para a Certificação Hospitalar estão incluídas, em primeiro lugar, as ações de treinamento do profissional (EQP) e de promoção do paciente e do familiar (EPF) mediante um processo educativo sistemático, cujos desdobramentos práticos visam a integração da participação dos diversos profissionais envolvidos no cuidado ao paciente com a promoção dos pacientes e as respectivas famílias, para que atuem em conjunto na preservação de um cenário adequado à prestação do cuidado.

Em segundo lugar, as ações de estabelecimento e efetivação coordenada das normas, rotinas, instruções de serviço e protocolos de origem interna e externa (GLD), que asseguram a gestão participativa com governabilidade da UH a partir da obediência legal, do planejamento do ambiente e da segurança, da educação dos clientes internos e externos e do monitoramento deste conjunto de ações, são consideradas necessárias para corrigir e minimizar os riscos que decorrem do tipo de conhecimento técnico que é exigido, dos serviços que são prestados, da tecnologia que é empregada e das situações específicas que são observadas nas atividades de assistência, quando tais atividades são conduzidas de forma compartimentalizada para o meio ambiente e para os clientes.

Em terceiro lugar, o modelo de organização subjacente à Certificação Hospitalar sublinha a necessidade das ações de uso da informação e de comunicação (GI) para a gerência do ambiente, face à presença:

- a) das incertezas decorrentes das contingências da demanda por serviços de saúde;
- b) dos problemas de coordenação, já que as UHs podem constituir complexos multi-produtos tão amplos quanto alguns dos grandes municípios brasileiros e são reguladas por orçamento fixo; e
- c) dos problemas de compromisso, uma vez que a TI não substitui integralmente a comunicação direta entre o prestador de serviço clínico e o paciente para assegurar a eficácia do atendimento, nem o incentivo da administração da UH ao prestador de serviço clínico para conseguir incorporar o conhecimento do especialista na tomada de decisão.

## **3. METODOLOGIA**

Nesta seção são descritos os passos metodológicos desenvolvidos para executar a pesquisa., incluindo as hipóteses de pesquisa, a coleta e o tratamento dos dados e, finalmente, os procedimentos para tratar e analisar os dados coletados.

### **3. 1. Hipótese de pesquisa**

A presença de custos e benefícios não diretamente apropriados no preço de comercialização dos bens e serviços consumidos com base na experiência de uso tem diversas implicações para o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde. Assim sendo, a hipótese de pesquisa deste estudo é :

além do tamanho e do tipo de propriedade da UH, também o treinamento do prestador de serviço clínico, a gestão participativa com governabilidade, a promoção do consumidor e do familiar e a informação e comunicação são fatores diretamente associados à melhoria da gerência do ambiente hospitalar.

### **3. 2. Coleta dos dados**

Por força das restrições de confidencialidade observadas durante o processo de Certificação Hospitalar das UHs, a amostra de conveniência utilizada neste estudo é composta de 24 relatórios de avaliação de 18 UHs não-identificadas, concluídos entre 2004 e 2008. Dos 959 EMs examinados nos relatórios disponíveis, estão sendo aqui considerados todos os 410 EMs que foram classificados em alguma das cinco funções de interesse da análise. Face às restrições mencionadas, foi possível obter os dados necessários ao uso de ambas as características organizacionais selecionadas como variáveis independentes *dummy*, mas não para usar o tamanho da UH como uma variável métrica.

### **3. 3. Tratamento e análise dos dados**

Primeiramente foi desenvolvida uma análise exploratória dos dados de uma amostra de relatórios de avaliação educativa da acreditação com apoio em estatísticas descritivas - tabelas de frequência e tabelas cruzadas. Em segundo lugar, foram usadas técnicas paramétricas e não-paramétricas para uma análise confirmatória dos dados que permitisse identificar o tipo de influência exercido pelas funções organizacionais de Treinamento de Pessoal, de Gestão Participativa com Governabilidade dos objetivos e metas fixados, de Educação do Paciente e do Familiar, e de Informação e Comunicação sobre a função de Gerência do Ambiente Hospitalar.

A primeira etapa da análise para testar a hipótese da pesquisa deste estudo consistiu em identificar o conjunto de todos os EMs das cinco “funções” de interesse que foram avaliados em pelo menos um dos 24 relatórios da amostra de conveniência utilizada. Foram então identificados:

- (a) 92 EMs da função Educação e Qualificação dos Profissionais – EQP;
- (b) 91 EMs da função Governo, Liderança e Direção - GLD;
- (c) 38 EMs da função Educação de Pacientes e Familiares – EPPF;
- (d) 104 EMs da função Gerenciamento de Informação - GI; e
- (e) 85 EMs da função Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança – GAS.

A nota de avaliação conferida a cada EM das cinco funções nos 24 relatórios educativos da acreditação examinados foi apurada a seguir. A soma das frequências absolutas das diferentes notas de avaliação (C, NC e PC) que foram atribuídas aos EMs de cada função nos relatórios consultados foi então obtida.

A quarta etapa envolveu calcular a frequência relativa das diferentes notas de avaliação dadas aos EMs em cada uma das 5 funções nos 24 relatórios estudados.

A média ponderada das notas de avaliação da UH em cada EM das 5 funções de interesse foi calculada em seguida, utilizando-se os pesos de valoração das diferentes notas que são

atribuídos pelos avaliadores responsáveis pelos relatórios educativos: peso 10 para a nota C, peso 5 para a nota PC e peso 0 para a nota NC. As médias ponderadas resultantes foram transformadas em cinco variáveis métricas contínuas representativas da consolidação das notas de avaliação que foram dadas nos K relatórios da amostra para o conjunto dos EMs de cada função de interesse ou escores:

- a) o escore conferido à função EQP no K-ésimo relatório – MEDEQPK;
- b) o escore conferido à função GLD no K-ésimo relatório – MEDGLDK;
- c) o escore conferido à função EPF no K-ésimo relatório – MEDEPFK;
- d) o escore conferido à função GI no K-ésimo relatório – MEDMCIK; e
- e) o escore conferido à função GAS no K-ésimo relatório – MEDGASK.

Esses escores foram definidos como as médias aritméticas das notas de avaliação calculadas (em cada EM) da função de organização correspondente, na quinta etapa aqui descrita e podem assumir, portanto, qualquer valor do intervalo [0,10].

Para completar, foram definidas duas variáveis qualitativas com o objetivo de representar os atributos organizacionais que influenciam o comportamento da variável MEDGASK:

f) o tamanho da UH avaliada no K-ésimo relatório – DPORTEK (MARINHO; FAÇANHA, 2002); e

g) o tipo de propriedade da UH avaliada no K-ésimo relatório – DPROPRK (LA FORGIA; COUTOLLENC, 2008, p. 74).

Na primeira *dummy*, grande = 1 e pequena = 0; na segunda, privada = 1 e pública = 0.

Quantificadas as variáveis explicativas MEDEQPK, MEDGLDK, MEDEPFK, MEDMCIK, DPORTEK e DPROPRK e a variável explicada MEDGASK, foi feita, primeiro, uma análise exploratória dos dados organizando-os em tabelas de frequência e tabelas cruzadas. A seguir foram usadas duas técnicas estatísticas para testar a associação existente entre essas variáveis: (a) o teste não-paramétrico do coeficiente de correlação de Spearman (Siegel, 1975, p. 228-240) e (b) a análise de regressão linear múltipla (GUJARATI, 2006, Parte I, caps. 7 e 8).

#### **4. ANÁLISE DOS RESULTADOS**

Os resultados são analisados em duas fases. Na primeira fase, o perfil de organização das UHs é delineado com base nas frequências relativas e médias. A seguir, a análise bivariada com tabelas cruzadas e correlação de *rankings* é usada para testar a associação entre as variáveis selecionadas. Considerando a influência simultânea das variáveis, o resultado do modelo de regressão múltipla sobre a influência de cada uma é apresentado em paralelo.

##### **4.1. Análise Exploratória dos Dados**

A partir dos escores das funções de treinamento dos profissionais, gestão participativa com governabilidade, promoção do paciente e do familiar e informação e comunicação das UHs avaliadas, em primeiro lugar analisou-se, através de tabelas cruzadas com a variável dependente da pesquisa, a frequência das boas práticas de gerência do ambiente hospitalar.

Com respeito às 7 UHs que obtiveram escores de avaliação no quartil superior quanto às práticas de gerência do ambiente hospitalar, na Tabela 1 observa-se que:

- (a) todas elas também foram julgadas do quartil superior de conformidade de desempenho na função de organização treinamento dos profissionais;
- (b) todas elas também foram julgadas do quartil superior de conformidade de desempenho na função de organização gestão participativa com governabilidade;
- (c) mais de 70% delas também foram julgadas do quartil superior de conformidade de desempenho na função de organização promoção do paciente e dos familiares; e
- (d) todas elas também foram julgadas do quartil superior de conformidade de desempenho na função de organização informação e comunicação.

Resulta dessa análise, ainda, que boa parte das 6 UHs com escores do segundo quartil (entre 4 e 7) de conformidade em gerência do ambiente também estavam no segundo quartil de conformidade aos padrões de treinamento (75%), participação com governabilidade (33%), promoção do usuário (83%) e informação e comunicação (66%) do sistema de certificação do controle da qualidade hospitalar.

Tabela 1: Escores da Gerência do Ambiente por Função

Função Explicativa	Escore	Escore em Gerência do Ambiente			
		[2, 4]	(4, 7]	(7, 10]	(7, 10] (em %)
Treinamento do Profissional	(7, 10]	2	2	7	100
	(4, 7]	7	4	0	
	[0, 4]	2	0	0	
Participação e Governabilidade	(7, 10]	5	4	7	100
	(4, 7]	6	2	0	
	[0, 4]	0	0	0	
Promoção do Paciente e Familiares	(7, 10]	5	1	5	71
	(4, 7]	5	5	2	
	[0, 4]	1	0	0	
Informação e Comunicação	(7, 10]	3	2	7	100
	(4, 7]	7	4	0	
	[0, 4]	1	0	0	

#### 4. 2. Análise da Associação entre as Variáveis

Quanto à associação entre as variáveis, a Tabela 2 apresenta indicadores que medem a relação entre as variáveis explicativas utilizadas – Treinamento do Profissional, Gestão Participativa com Governabilidade, Promoção do Paciente e do Familiar e Difusão da Informação – e a Gerência do Ambiente na UH, bem como a direção daquela relação. Na tabela a associação é captada pelo coeficiente de correlação de Spearman. Pelos resultados mostrados na tabela, o teste de Spearman demonstra que há associação positiva entre as variáveis testadas e a adoção das boas práticas de gerência do ambiente. A força dessa relação é particularmente evidenciada pelo teste de Spearman para as mesmas funções organizacionais que foram destacadas na análise exploratória dos dados: o treinamento do profissional, a gestão participativa com governabilidade e a preocupação com a informação e a comunicação.

Tabela 2: Teste de Associação - Coeficiente de Spearman

	MEDEQPK	MEDGDLK	MEDEPFK	MEDMCIK
MEDGASK	0,66	0,68	0,24	0,72

Consistentes com a literatura de Economia da Regulação, ambos os resultados sobre as características da gerência do ambiente hospitalar evidenciaram, portanto, que o crescimento efetivo das UHs avaliadas no mercado de serviços de saúde está associado à busca de solução dos problemas de ajuste mútuo entre os profissionais, os pacientes e a administração. Além disso, no caso tratado, os mecanismos de gestão aplicados à solução dos problemas de coordenação e de compromisso ajudam a explicar a importância que a competência profissional, as normas e protocolos, a conscientização do usuário e o uso do conhecimento têm para estas organizações.

#### 4. 3. Análise de Regressão Linear Múltipla

Tomando por base a literatura recente sobre o efeito dos sistemas de certificação do controle da qualidade e da gerência do ambiente no desenvolvimento do mercado das UHs e tendo em vista os dois primeiros resultados empíricos sugestivos que foram apresentados sobre as funções organizacionais associadas à função de gerência do ambiente hospitalar, o terceiro passo deste estudo foi usar a análise de regressão linear múltipla como caminho alternativo para testar a associação entre essas funções. Uma vez que a medição do *tradeoff* entre o esforço de gerência do ambiente ao alcance da UH e o investimento em melhoria das instalações físicas e expansão de capacidade faz parte da formulação do problema da pesquisa, o conhecimento, por exemplo, sobre medidas da influência dos ganhos de governabilidade e informação sobre a qualidade do ambiente é um resultado importante.

Tomemos a Tabela 3. Considerando a natureza e o tamanho da amostra, pode-se considerar alto o valor de 0,6642 encontrado para o coeficiente de determinação múltipla, ajustado para graus de liberdade ( $R^2$  ajustado), o que mostra a qualidade explicativa do modelo. A influência das variáveis independentes sobre o comportamento da variável dependente pode ser avaliada pelos coeficientes de regressão estimados, que aparecem na mesma tabela. Os testes da hipótese revelaram, portanto, uma influência direta e significativa da função organizacional informação e comunicação ( $p=0,027 < 5\%$ ) e do tipo de propriedade da UH ( $p=0,077 < 10\%$ ) sobre a função de organização gerência do ambiente hospitalar. Quanto às demais variáveis explicativas – funções treinamento de profissionais, promoção do usuário e gestão participativa com governabilidade, assim como da característica organizacional tamanho – não foi confirmado o efeito sobre a função gerência do ambiente hospitalar.

Tabela 3 - Resultados da Regressão Linear Múltipla

Variáveis	Coefficientes	Erro Padrão	p-valor
Constante	-3,2073	1,7705	0,0880
MEDEQPK	0,0101	0,4656	0,9830
MEDGLDK	-0,1211	0,5346	0,8230
MEDEPFK	-0,0857	0,2759	0,7600
MEDMCIK	1,2539	0,5190	0,0270
DPORTEK	0,1261	1,0619	0,9070
DPROPRK	1,4954	0,7950	0,0770

#### 4.4. Resumo da Análise dos Resultados

##### 4.4.1. Sub-hipótese 1: influência do treinamento profissional na qualidade do ambiente

As análises exploratória e confirmatória da variável independente referente ao Treinamento do Profissional da UH avaliada no K-ésimo relatório (MEDEQPK) através das tabelas de frequência e tabelas cruzadas explicam a influência deste fator sobre a variável dependente Qualidade do Ambiente da UH avaliada no K-ésimo relatório (MEDGASK). A técnica de regressão linear múltipla utilizada não confirmou, no entanto, uma possível influência do treinamento do profissional em detrimento do nível eficiente das atividades da UH, um impacto diferente do que é desejável para o bem comum. Diante desse resultado, não se confirmou a sub-hipótese 1 sobre a influência esperada do treinamento do profissional para o desenho de mecanismos efetivos de prevenção da incidência de externalidades danosas à expansão das atividades da UH (a propósito, ver SALES, 2008).

##### 4.4.2. Sub-hipótese 2: influência da gestão participativa com governabilidade

A sub-hipótese 2, que visa verificar se a descentralização das decisões com preservação da governabilidade (variável independente MEDGLDK) tem influência nos custos de transação

necessários à compatibilidade de interesses entre os contratantes dos serviços de saúde prestados pelas UHs (MEDGASK) não foi confirmada pela análise de regressão múltipla. No entanto, as análises exploratórias e confirmatórias, através das tabelas de frequência e tabelas cruzadas, confirmam a influência da combinação de decisões colegiadas com a efetividade de normas, rotinas e protocolos nos altos custos de transação que muitas vezes são necessários ao ajuste mútuo entre os profissionais, os usuários e a administração das UHs. O resultado descrito contrasta com a tendência observada na literatura de gestão no sentido de conferir destaque à eficiência dos mecanismos de solução dos problemas de coordenação e compromisso que são concebidos com vistas ao posicionamento da organização no mercado (MINTZBERG *et al.*, 2006, p. 187).

#### **4.4.3. Sub-hipótese 3: influência da promoção do paciente e do familiar**

A sub-hipótese 3 - que visou verificar a influência da promoção do usuário dos serviços de saúde da UH (MEDEPFK) sobre a gerência dos benefícios e danos que não são cobertos pelo preço do serviço prestado pela UH (VISCUSI *et al.*, 1997) também não foi confirmada pelos resultados da regressão linear múltipla. No entanto, a análise das tabelas de frequência e das tabelas cruzadas confirmou aquela influência sobre o resultado efetivo daqueles mecanismos internos de gerência do ambiente que atuam, na UH, para compensar as falhas reconhecidas na literatura (KAHN, 1970). Esse resultado destoa da literatura sobre a peculiaridade da relação do prestador de serviço clínico com o paciente *vis-à-vis* sua relação com a administração da UH, que implica em altos custos necessários à convergência, capazes de impedir a formação de um mercado para o serviço e que torna necessários certos tipos de arranjos internos de organização substitutos da regulação direta dos serviços (HARRIS, 1977). Note-se, a propósito, que a medida de simetria mais baixa da variável MEDEPFK em comparação com a das demais variáveis na Tabela 2 é consistente com a observação de que a mudança de comportamento do consumidor é relativamente mais lenta (ENGEL, 1995, P. 24)

#### **4.4.4. Sub-hipótese 4: influência da informação e da comunicação**

A sub-hipótese 4, por sua vez, visou verificar se a informação suprida pelo prestador de serviço - os fluxos de informação e comunicação da UH, envolvendo o processamento e o uso privado do conhecimento na tomada de decisão (MEDMCIK) - influenciam o esforço de barganha requerido para compatibilizar os interesses dos agentes do mercado de serviços de saúde. A análise de regressão múltipla confirmou a influência da variável em pauta como instrumento capaz de reduzir os custos de transação no mercado de serviços de saúde das UHs ( $p < 5\%$ ). A concordância dos resultados das análises exploratória e confirmatória robustecem a confirmação da sub-hipótese. Consistente com a literatura de princípios e políticas de proteção do consumidor nos mercados sujeitos a concorrência imperfeita (ENGEL, 1995), esse resultado destaca o efeito do reconhecimento mais completo das características do bem ou serviço consumido com base na experiência de uso sobre a redução do custo de escolha e de exclusão do dano ao consumidor - ou do desincentivo ao produtor - e, portanto, sobre a incerteza e o crescimento do mercado.

#### **4.4.5. Sub-hipótese 5: influência do tamanho da UH**

Com relação à primeira das duas características organizacionais consideradas no modelo de representação da gerência do ambiente hospitalar nesta pesquisa, a quinta sub-hipótese visa verificar se o tamanho da UH avaliada (variável explicativa dicotômica DPORTEK) tem influência nos custos de transação necessários à compatibilidade de interesses entre os contratantes dos serviços de saúde prestados pelas UHs (MEDGASK), mas não foi confirmada pela análise de regressão múltipla. Este resultado corrobora o mencionado testemunho dos avaliadores da Certificação Hospitalar, segundo os quais não existe diferença

de conformidade aos padrões de gerência do ambiente hospitalar entre as UHs de pequeno e de grande porte.

#### **4.4.6. Sub-hipótese 6: influência do tipo de propriedade da UH**

Finalmente, a sub-hipótese acerca da influência do tipo de propriedade da UH avaliada pelo K-ésimo relatório (DPROPRK) sobre a possibilidade de que um agente econômico qualquer afete terceiros de uma maneira que não se reflete nos preços fixados no mercado foi confirmada pela análise de regressão múltipla a um nível de significância de 10%.

### **5. CONCLUSÃO**

Esta pesquisa teve os objetivos de:

- a) esclarecer os fundamentos econômicos da doutrina da certificação hospitalar;
- b) tornar mais conhecidos os dados produzidos nos relatórios educativos da acreditação;
- c) usar os dados disponíveis para validar possíveis relações entre a mudança das características organizacionais representativa da dinâmica interna das UHs e o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde; e
- d) usar as relações estabelecidas pelo resultado da análise da dinâmica interna das UHs para conhecer o *tradeoff* entre o investimento em capital físico de modernização e expansão de capacidade e a despesa em gerência do ambiente hospitalar destas organizações.

Os objetivos propostos só foram atingidos parcialmente, em parte por força do pequeno número de unidades de observação que foi possível estudar com os dados disponíveis de imediato e também em decorrência da elevada correlação entre as variáveis independentes que supostamente exercem influência na gerência do ambiente hospitalar, assim como em vista da pequena variância dos escores usados como variáveis independentes (GUJARATI, 2006).

Quanto ao primeiro objetivo, o referencial teórico abordou vários aspectos sobre a função atribuída aos chamados sistemas de certificação do controle de qualidade no desenvolvimento do mercado de bens e serviços comercializados com base na experiência de uso. Tomou por base a literatura de análise econômica dedicada às aplicações da teoria dos custos de transação ao estabelecimento dos preços eficientes que são de interesse da regulação direta e ao desenho de mecanismos de incentivo orientados pelo mercado que são de interesse da política de proteção ao consumidor.

Estabelecendo a conexão entre os conceitos de sistema de certificação do controle de qualidade e de modelo de certificação hospitalar, assim como entre os conceitos de externalidade da teoria dos custos de transação e de ambiente hospitalar do modelo de certificação hospitalar, foi possível identificar o paralelo das análises desenvolvidas na literatura sobre, de um lado, os mecanismos de treinamento, de gestão participativa com governabilidade, de promoção do consumidor e de informação suprida pelo prestador de serviço e, de outro, as funções organizacionais de Educação e Qualificação dos Profissionais (EQP), Governo, Liderança e Direção (GLD), Educação de Pacientes e Familiares (DPF) e Gerenciamento de Informação (GI), respectivamente.

Visou-se identificar os fundamentos da doutrina da Certificação Hospitalar através dessa leitura e, com o modelo de análise construído a partir desse referencial, buscou-se, então:

- a) explicar um subconjunto das funções de organização da UH como exemplos de mecanismos de gestão pró-eficiência destas organizações no ambiente de competição;
- b) extrair contribuições gerenciais a respeito do uso do treinamento do profissional, da gestão participativa com governabilidade, da promoção do usuário e da informação suprida pelo prestador de serviço para a melhoria do ambiente hospitalar e a expansão da UH; e
- c) prever o efeito do ganho de conformidade de cada função de organização da UH sobre a melhoria do ambiente hospitalar.

Quanto ao segundo objetivo, a exposição detalhada dos dados que podem ser extraídos dos relatórios educativos da acreditação hospitalar, assim como a menção ao grande número de unidades amostrais cujos dados estão potencialmente ao alcance da pesquisa sobre a gestão das UHs, visaram despertar:

- a) o interesse dos pesquisadores pelo estudo de diferentes representações destas organizações como unidades produtivas e de diferentes mecanismos orientados pelo mercado que podem suprir o incentivo para a prestação de serviços de saúde; e
- b) um novo tipo de engajamento da administração e dos profissionais na experiência da Acreditação Hospitalar, em que a percepção de ambos sobre as relações existentes entre os padrões das rotinas de atividades específicas, as funções da organização e os objetivos de posicionamento estratégico da UH pode contribuir para o compromisso do gerente com o suporte à rotina das unidades operacionais, ao mesmo tempo em que pode motivar o especialista a partir de um horizonte de inserção mais abrangente e funcionalmente promissor.

Quanto ao terceiro objetivo, foi possível confirmar a associação direta entre o aumento do treinamento, da gestão participativa com governabilidade, da promoção do consumidor e da informação suprida pelo prestador de serviço e a melhoria da gerência do ambiente hospitalar, de forma a evidenciar a contribuição potencial do aperfeiçoamento destas funções organizacionais para a expansão da UH e para o crescimento do mercado de serviços de saúde.

Com respeito ao quarto objetivo, a confirmação desse tipo de associação e a estimativa de medidas da influência de cada variável sobre a gerência do ambiente hospitalar não foi em geral possível, em função das dificuldades decorrentes da multicolinearidade, do tamanho da amostra e da reduzida variação numérica dos valores das variáveis definidas no modelo.

Como vimos, a dificuldade para gerenciar o ambiente da UH representa um *handicap* para o sucesso da estratégia de prestação de serviço da organização e pode constituir um obstáculo à expansão do mercado de serviços de saúde, corroborando a importância do resultado obtido acerca do efeito ampliado que o gasto em informação tem no ambiente hospitalar. Em contrapartida, não foi possível confirmar a influência do tamanho da UH sobre a conformidade dos padrões observados de gerência do ambiente hospitalar.

A difusão da experiência de inovação organizacional a partir do uso de sistemas de certificação do controle de qualidade é bastante ampla (LA FORGIA; COUTTOLENC, p. 315). No Brasil, em particular, aumentou de intensidade com a globalização dos mercados, tendo crescido entre as organizações de atendimento à saúde na última década.

Recentemente, com a preocupação de reforma do Estado e a busca de eficiência no uso dos recursos da assistência à saúde no país, a adesão aos princípios da administração pública gerencial deu origem à utilização da Certificação Hospitalar também nas organizações governamentais. Nessas organizações, particularmente caracterizadas por colegiados descentralizados na tomada de decisão, o modelo da acreditação hospitalar reveste-se de grande importância como modelo de aprendizado, em que os relatórios educativos da acreditação são usados para catalisar, de forma coordenada, a adesão da administração e dos profissionais a padrões de atendimento. O processo de decisão colegiada no 'ajuste mútuo' entre gestores e profissionais abarca outras funções de organização que não foram cobertas neste estudo (MINTZBERG *et al.*, 2006, p. 318).

Vale destacar que, embora concebida inicialmente para fornecer prescrições sobre a alocação de recursos em gerência do ambiente hospitalar e no investimento em instalações, a abrangência desta pesquisa foi ampliada, passando a abarcar o estudo das relações existentes entre as funções de organização que são importantes para o funcionamento das UHs, o seu desempenho na gerência do ambiente hospitalar e o crescimento do mercado de serviços de saúde. A ampliação do propósito original da pesquisa revelou-se, no entanto, necessária para o discernimento dos fatores que têm influência nos padrões de desempenho em gerência do

ambiente hospitalar da UH, servindo para evidenciar a contribuição que novos dados dos relatórios educativos da acreditação podem trazer para o progresso da pesquisa empírica sobre organizações de saúde.

Como contribuição metodológica, o estudo divulgou uma fonte de dados inédita na pesquisa sobre economia da gestão. Como contribuição gerencial, identificou os fatores que influenciam o desempenho em gerência do ambiente hospitalar da UH, esclarecendo, ainda, as relações existentes entre as funções de organização consideradas importantes para o funcionamento da UH, o seu desempenho na gerência do ambiente hospitalar e o crescimento do mercado de serviços de saúde, contribuindo para o compromisso da administração e dos profissionais com a reestruturação da organização. Estas contribuições ganham relevo quando se recorda que a pesquisa nesta área - de tão grande importância para a gestão da saúde pública, perde força na medida em que os dados empíricos ainda são muito pouco divulgados e os resultados são, em larga medida, descritivos.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Ambiência**. 2. ed. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2006.
- CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO. **Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar**. 1. ed. Rio de Janeiro: CEPESC, 2003.
- DONABEDIAN, A. **The Definition of Quality and Approaches to its Assessment**. v. 1. Explorations in quality assessment and monitoring. Health Administration Press. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
- DONAHUE, K. T.; O'LEARY, D. S. A evolução dos sistemas de Acreditação de instituições de saúde. **Ensaio**, Rio de Janeiro, v. 8, jun. 2000.
- ENGEL, E. The Basics of Consumer Protection: Principles and Policies. In: FRISCHTAK, C. R. (Ed.). **Regulatory policies and reform: a comparative perspective**. Washington, D.C.: World Bank, 1995.
- GASTAL, F. L.; QUINTO NETO, A. **Acreditação Hospitalar: proteção aos usuários, dos profissionais e das instituições de saúde**. Porto Alegre: Dacasa, 1997.
- GRÖNROOS, C. **Marketing: gerenciamento e serviços**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- GUJARATI, D. N. **Econometria Básica**. Rio de Janeiro: Campus, 2006.
- HARRIS, J. E. The Internal Organization of Hospital: Some Economic Implications. **The Bell Journal of Economics**, v. 8, n. 2, p. 467-482, 1977.
- IBGE. Economia da Saúde: uma perspectiva macroeconômica 2002-2005. **Estudos e Pesquisas: Informação Econômica**, Rio de Janeiro, n. 9, 2008.
- KAHN, A. E. **The Economics of Regulation: Principles and Institutions**. Economic Principles. New York: Wiley, 1970.
- LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. **Hospital Performance in Brazil: The search for excellence**. Washington, D.C.: The World Bank, 2008.
- MARINHO, A.; FAÇANHA, L. O. Hospitais Universitários: Indicadores de Utilização e Análise de Eficiência. **Economia Aplicada**, v. 6, n. 3, p. 607 – 638, 2002.
- MEDICI, A. C.; MARQUES, R.M. Sistemas de Custos como Instrumento de Eficiência e Qualidade dos Serviços de Saúde. **Cadernos FUNDAP**, n. 19, pp. 47-59, 1996.
- MINTZBERG, H.; LAMPEL, J.; QUINN, J. B.; GHOSHAL, S. **O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados**. 4. ed. São Paulo: Bookman, 2006.
- SALES, P. R. Gestão de Ambiente: Responsabilidade de Todos; Benefícios e Segurança para Todos. **Revista Home Care Brasil**, Rio de Janeiro, ano 2, n. 16, 2008.
- SIEGEL, S. **Estatística não-paramétrica para as ciências do comportamento**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil Ltda, 1975.
- UBEL, P. A. Dose response. **The Sciences**, v. 39, n.6, p. 18-23, nov-dez. 1999.
- VISCUSI, W. K.; VERNON, J. M.; HARRINGTON, J. E. **Economics of Regulation and Antitrust**. 2. ed. Cambridge, MA: The MIT Press, 1997.