

ECONOMIA DAS ORGANIZAÇÕES

**INOVAÇÃO, TREINAMENTO E QUALIDADE: UM ESTUDO EMPÍRICO
SOBRE UNIDADES HOSPITALARES**

AUTORES

MARCELINO JOSÉ JORGE

Universidade Federal do Rio de Janeiro
marcelino.jorge@ipec.fiocruz.br

FREDERICO A. DE CARVALHO

Curso de Biblioteconomia e Gestão de Unidades de Informação - FACC - UFR
fdecarv@msn.com

RENATA DE OLIVEIRA MEDEIROS

INSTITUTO DE PESQUISA CLÍNICA EVANDRO CHAGAS (IPEC/FIOCRUZ)
renata.medeiros@ipec.fiocruz.br

PAULO ROBERTO DE SALES

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (COPPEAD/UFRJ)
paulo.sales@ipec.fiocruz.br

ANDRÉA DA COSTA SOUZA

FUNDAÇÃO GETULIO VARGAS (FGV-RJ)
andrea.dacosta@ipec.fiocruz.br

Resumo

O debate recente sobre a mudança institucional do sistema público de saúde no Brasil dispensa pouca atenção à contribuição que os mecanismos de incentivo orientados para a organização interna das Unidades Hospitalares de Referência (UHRs) podem trazer para seu desenvolvimento. Este artigo explora as conexões entre a efetividade de normas, rotinas e protocolos, o treinamento de pessoal e a qualidade do serviço prestado nas UHRs. Apresenta-se uma análise exploratória dos dados dos relatórios de avaliação da Acreditação Hospitalar com tabelas de frequência e tabelas cruzadas e uma análise de associação pelo teste de correlação de Spearman para identificar a configuração dessas características gerenciais nas UHRs. O resultado da pesquisa permite destacar a importância dos esforços de inovação organizacional de estabelecimento de normas, rotinas e protocolos de procedimentos para a qualidade do serviço prestado pela UHR, independente da capacitação de pessoal. A conclusão é que as implicações desses resultados não podem passar despercebidas por aqueles que refletem sobre os rumos da mudança institucional da rede de saúde pública brasileira.

Palavras-chave: Esforço de Inovação Organizacional; Treinamento de Pessoal; Qualidade do Serviço.

Abstract

Recent debate on institutional change in public health system in Brazil pays little attention to the contribution that internal organization oriented incentive mechanisms bring to develop Referral Hospital Units (RHUs). This paper investigates the connections among effectiveness of rules, routines and protocols, staff training, and service quality in RHUs. The convenience sample consisted of 10 Hospital Accreditation reports containing assessment data. Exploratory analysis of reports is performed using frequency tables and cross tabulation. Confirmatory analysis of report data applies the Spearman correlation test. Both empirical approaches allow to identify the configuration of managerial features in UHRs. Research findings highlight the importance of organizational innovation in terms of establishing rules, routines and procedure protocols to improve the quality of service provided by RHUs, regardless of staff training. The conclusion is that these results can't be overlooked by those who reflect on the direction of institutional change of the public health system in Brazil.

Keywords: Organizational Innovation; Staff Training; Service Quality.

1. INTRODUÇÃO

A discussão sobre alternativas de inovação institucional para a reestruturação da rede pública de saúde no Brasil enfatiza a necessidade de aperfeiçoar as compras das unidades hospitalares (UHs) através de licitações mais ágeis e a contratação e dispensa de pessoal. Esse debate deixou em segundo plano, no entanto, resultados dos estudos sobre os possíveis efeitos pró-eficiência da atividade de inovação organizacional e gerencial que é encorajada nas UHs pelos mecanismos de incentivo de tipo *market oriented* da regulação dos serviços de saúde.

Um exemplo de mecanismo de incentivo orientado para o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde é a Certificação Hospitalar, um modelo criado para avaliar e promover a qualidade do atendimento das UHs. Baseado na associação de características gerenciais com a qualidade do serviço de saúde prestado (a chamada “conformidade” e com os fatores de desenvolvimento deste mercado, esse mecanismo substitui a ênfase na regulamentação pela preocupação com a capacidade do produtor para sinalizar a qualidade do serviço e do consumidor fazer escolhas genuínas.

Este artigo, portanto, é uma contribuição empírica sobre a importância das características de organização interna das UHs, independente da qualificação do pessoal das UHs. O objetivo é testar a associação das características de organização, de treinamento e de qualidade do serviço prestado *a priori* identificadas nas funções de organização da Acreditação Hospitalar (AH).

A AH surgiu no Brasil na década de 1980 e é regulamentada pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Os sistemas de acreditação atualmente existentes no país são os da Organização Nacional de Acreditação - ONA, do Consórcio Brasileiro de Acreditação - CBA e o do Controle de Qualidade Hospitalar - CQH.

O uso de sistemas de certificação baseada em padrões como a AH cresceu entre as UHs brasileiras, já sendo adotado em inúmeras UHs governamentais e há evidências de que contribui para ganhos de eficiência e de qualidade significativos (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008).

O Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar, elaborado pela Joint Commission International – JCI, é o manual utilizado pelo CBA. Ele contém todos os padrões, propósitos, elementos de mensuração dos padrões, políticas e procedimentos de AH.

Do ponto de vista da análise empírica, o estudo utiliza dez relatórios de avaliação educativa da Acreditação Hospitalar. Uma vez que há pouca literatura sobre o tema, divulga uma fonte de dados inédita na pesquisa sobre economia da gestão.

O texto está organizado em cinco seções, incluindo esta Introdução. A próxima seção aborda o tema da inovação organizacional e gerencial nas UHs e propõe o problema da pesquisa. A terceira seção apresenta a metodologia, incluindo o marco conceitual, a fonte dos dados usados na pesquisa empírica e os métodos adotados para tratá-los. A quarta seção apresenta um estudo de caso único sobre a organização interna das UHs e a análise da associação entre a configuração da organização, o treinamento e o desempenho em dez UHs prestadoras de serviços de saúde de referência (UHRs) brasileiras, seguindo-se as conclusões e comentários finais.

2. ORGANIZAÇÃO, CAPACITAÇÃO E SERVIÇOS DE SAÚDE DE REFERÊNCIA

Os custos e os benefícios das atividades de atenção à saúde tornaram-se uma preocupação dos formuladores de políticas em todo o mundo. Tem sido enfatizada, então, a necessidade de aumentar a qualidade do gasto e a eficiência dos serviços.

Por seu turno, 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 UHs do sistema de saúde brasileiro em 2002 (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008, p. 29-30).

Duas preocupações surgem a propósito da mudança do sistema de saúde brasileiro: (a) a de concentrar as UHs da rede pública nas atividades indelegáveis à regulação do mercado; e (b) a de garantir a relevância e a qualidade das organizações privadas e dos seus programas.

Menos explorados na literatura, no entanto, os “esforços” (OEA, 2001, p. 20) de inovação organizacional e gerencial (OCDE, 2004, p. 130) que são induzidos nas UHs por “mecanismos inteligentes de incentivo” (ENGEL, 1995) e os seus efeitos para a expansão das UHs constituem o objeto deste artigo. Este caminho se justifica na medida que, segundo estudos da Economia Interna das Organizações e diagnósticos setoriais recentes, “as evidências disponíveis sugerem que a adoção bem-sucedida de programas de acreditação ou de certificação baseada em padrões está associada com eficiência e qualidade significativamente maiores” (LA FORGIA; COUTTOLENC, 2008, p. 315).

Como mecanismo de incentivo integrante da regulação atual do mercado de serviços de saúde, a Acreditação Hospitalar (AH) teve o propósito de contribuir para o barateamento do custo de transação que não é incorporado ao preço cobrado do consumidor através da certificação da qualidade de um serviço complexo, comercializado com base na experiência de uso.

Do ponto de vista da organização interna das UHs, por sua vez, a AH é um processo de avaliação externa independente periódica registrada em relatórios educativos reservados da UH que: (a) busca determinar se a UH atende um conjunto de padrões de qualidade do cuidado ao paciente; (b) envolve um processo educativo para a promoção do controle da qualidade de iniciativa interna; e (c) descentraliza o incentivo ao treinamento de pessoal e aos esforços de inovação gerencial e organizacional para a solução dos problemas de compromisso relacionados com a fixação e a efetividade das normas, rotinas e protocolos (FAÇANHA; RESENDE, 2010).

Nas UHs prestadoras de serviços de saúde de referência (UHRs), em particular, esses esforços com vistas à qualidade do serviço prestado correspondem a um estágio relativamente mais avançado: (a) do planejamento, da coordenação e da avaliação em todos os níveis de atendimento; e (b) de capacitação de uma equipe multiprofissional.

Usando como ponto de partida as características gerenciais das funções de organização destacadas no modelo de representação das UHs pela Acreditação Hospitalar, este estudo visa então recorrer às contribuições de North (1994), Engel (1995), Grönroos (2003), Iacobucci et al. (2004), Mintzberg et al. (2006) e Façanha e Resende (2010), com vistas a estabelecer, primeiro, a relação entre normas, rotinas e protocolos, organização interna e inovação organizacional e gerencial e, segundo, a relação entre qualidade do serviço prestado e desempenho da UH.

As pontuações conferidas aos Elementos de Mensuração (EMs) dos Padrões com Foco no Paciente e dos Padrões de Administração de Instituições de Saúde das onze funções de organização da UH são descritas no Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar da JCI (CBA, 2003). A partir da ocorrência dessas pontuações em uma amostra de conveniência composta de dez relatórios de avaliação educativa de UHs não-identificadas será possível, a seguir, estabelecer o estágio evolutivo de cada dessas características gerenciais da UH – seu nível de conformidade - à época da respectiva avaliação.

Finalmente, o objetivo da pesquisa empírica deste estudo é recorrer a uma análise estatística dos dados extraídos da amostra de relatórios consultados do CBA para testar a associação entre as características organizacionais e gerenciais e de capacitação de pessoal e a qualidade do serviço prestado nas UHRs, assim como para avaliar a importância relativa da influência destas características sobre o desempenho organizacional.

3. METODOLOGIA

Com a mudança recente do marco de regulação do mercado de serviços de saúde, os esforços de inovação organizacional e gerencial de normas, rotinas e protocolos, a descentralização do treinamento de pessoal e a adoção de sistemas de certificação do controle da qualidade do serviço (DONAHUE; O'LEARY, 2000) integram os mecanismos de incentivo à redução dos custos de transação para o desenvolvimento do mercado de bens e serviços avaliados com base na experiência de uso (DONABEDIAN, 1980), de modo que a medição do resultado efetivo destes mecanismos orienta a escolha dos métodos de análise deste estudo.

A proposição das relações entre a inovação organizacional, o treinamento de pessoal e a qualidade do serviço prestado influentes no desempenho das UHRs que são testadas através da pesquisa empírica deste estudo foi apoiada nos conceitos: da Nova Economia Institucional sobre a função da organização (NORTH, 1994); da Teoria das Configurações sobre ajuste mútuo e governabilidade (MINTZBERG, 1995); de inovação organizacional e gerencial (OCDE, 2004); de competição via treinamento de pessoal (BATESON; HOFFMAN, 2001); de certificação da qualidade (ENGEL, 1995) e de satisfação do consumidor (IACOBUCCI et al., 2004); e de descentralização de incentivos na organização (FAÇANHA; RESENDE, 2010).

Criticando a falha da economia neoclássica em reconhecer a importância das limitações institucionais no processo de tomada de decisão econômica, a Nova Economia Institucional sustenta que as instituições constituem as regras de um jogo numa sociedade em que os “jogadores” são as organizações, tais como as firmas e os consumidores. Isso é, que as instituições representam os limites estabelecidos pela sociedade para disciplinar as interações humanas, enquanto que as organizações são compostas de grupos de indivíduos dedicados a alguma atividade executada com um determinado fim (NORTH, 1994).

Nesse sentido, vale sublinhar, as instituições podem ser restrições formais, informais ou os mecanismos responsáveis pelo cumprimento dessas regras (NORTH, 1994) e são entendidas como padrões sistemáticos de expectativas comuns, normas aceitas e rotinas de interação geralmente incorporados em organizações coordenadas com regras formais e capacidade de impor sanções coercitivas, como o governo ou as empresas (CHANG; EVANS, 2000).

Em particular, as instituições cumprem o papel de reduzir a incerteza, incentivar o avanço das ações humanas coordenadas (COASE, 1937) e reduzir o custo das interações entre os seres humanos, constituindo um elemento relevante para a eficiência econômica e o desenvolvimento (NORTH, 1994). Por seu turno, o desempenho econômico das diversas sociedades, bem como sua evolução institucional, é resultado da interação das organizações (NORTH, 1994).

Segundo a Nova Economia Institucional, portanto, as regras ou arranjos institucionais que estimulam ou inibem atividades no sentido do avanço tecnológico ou da acumulação de capital são o fator decisivo para o desempenho econômico (NORTH; THOMAS, 1973). Tais instituições têm que oferecer incentivos para a aquisição de conhecimentos e instrução, promover inovações e estimular a disposição de correr riscos e a criatividade:

Segundo a Teoria das Configurações, por sua vez, os vários estágios do desenvolvimento da organização requerem mudança de comportamento que reduza a tendência à resistência, a qual é amenizada pelo reconhecimento da necessidade de mudança (MINTZBERG, 1995).

A configuração de organização, em suma, interage com: a forma de gestão da organização; as suas relações de poder; os seus mecanismos de coordenação e parâmetros de desenho; e com a efetivação das formas de padronização, que são consideradas particularmente importantes para eliminar as dificuldades mais persistentes de organização interna das UHs.

Entre as tensões do convívio do especialista com a insuficiência de incentivo à coordenação e compromisso na assistência, há as que dizem respeito, em especial, aos grupos de interesse internos que devem ser considerados na formulação de políticas e metas. O ‘ajuste

mútuo' da administração com os profissionais de saúde depende, por exemplo, da governabilidade através de instâncias deliberativas e consultivas substitutas da supervisão direta, estruturadas em colegiados de gestão da organização (MINTZBERG et al., 2006, p. 187).

Quanto ao efeito do avanço científico e da mudança técnica na pesquisa biomédica, além disso, há uma busca constante de aperfeiçoamento e inovação incremental que tornou mais rápida a atualização da prática médica nos últimos anos.

Esses novos métodos de atendimento, por sua vez, introduzem novos riscos para os pacientes e custos cada vez maiores, tornando a medicina cada vez mais complexa e transformando a atualização em uma tarefa a ser perseguida.

No mercado de saúde, portanto, “a omissão frente a aspectos referentes ao desenvolvimento dos recursos humanos é tender à negligência na prestação de qualquer dos seus tipos de serviço que lhe são potencialmente atribuíveis.” (MALIK, 1992).

As pessoas compõem, de fato, um recurso estratégico. Funcionários adequadamente preparados para o trabalho, que possuam uma atitude adequada em relação ao serviço e que saibam aproveitar com eficácia o suporte de sistemas, de tecnologias, dos demais prestadores de serviços internos e de seus gerentes e supervisores são umas das condições para o alcance do sucesso por parte de uma organização (GRÖNROOS, 2003).

O treinamento pode envolver uma mudança de habilidades, conhecimento, atitudes ou comportamento. As empresas que usam políticas de gestão de recursos humanos estrategicamente, por exemplo, vêem o treinamento como uma via para um melhor desempenho competitivo (BATESON; HOFFMAN, 2001). Isso significa mudar o que os empregados conhecem, como eles trabalham, suas atitudes perante o trabalho ou suas interações com os colegas ou supervisor. Como reiteram Façanha e Resende (2010, p. 296), porém, nenhuma tarefa em uma firma, não importa quão rotineira, é completamente destituída de tomada de decisão.

De forma geral, praticamente todas as relações de troca envolvem custos adicionais aos do preço que é pago pelo serviço objeto da transação.

Por força desses ‘custos de transação’, o aumento da satisfação dos clientes assegura maior rentabilidade no futuro, menores custos relacionados a produtos e serviços defeituosos e níveis superiores de retenção e de lealdade do consumidor. A chave para a satisfação de longo prazo e a retenção de clientes é focar no desenvolvimento de produtos e serviços de alta qualidade e adaptados para a satisfação das necessidades do cliente: o aumento da lealdade reduz o custo de transações futuras. (IACOBUCCI et al., 2004).

O estudo da relação entre qualidade e satisfação aponta a satisfação do consumidor como função da disparidade entre a expectativa prévia do consumidor e a sua percepção quanto à utilização do produto ou serviço. É possível prever uma avaliação favorável por parte do consumidor quando a experiência com o uso do produto ou serviço é melhor do que se esperava (IACOBUCCI; OSTROM; GRAYSON, 1995).

Quando o usuário deseja serviços escolhidos com base na experiência de uso, do tipo dos serviços de saúde, tem que investir tempo e fazer despesas para avaliar a qualidade da assistência que lhe é oferecida, assim como o prestador do serviço depende de informações sobre os pacientes de que ele não dispõe e que não consegue obter com facilidade nestas ocasiões.

Tais dificuldades introduzem ineficiências na relação de atendimento que não existiriam se a informação necessária fosse disponível sem custos.

Os custos de transação podem, além disso, ser altos em alguns mercados, impedindo as transações entre as partes e, às vezes, bloqueando completamente a formação do mercado.

Diante das dificuldades daí decorrentes para o desenvolvimento das atividades econômicas (VISCUSI; VERNON; HARRINGTON, 1997, p. 716-717), ganha destaque, então, o

incentivo que o produtor possa ter para proporcionar a informação adequada sobre o bem ou serviço ao consumidor. No mercado de serviços de saúde, em particular, tal tipo de garantia de exclusão a priori das distorções associadas à presença de assimetrias de informação costuma ser descartado, uma vez que são transacionados serviços neste mercado cuja qualidade, em geral, só é percebida depois que os bens foram adquiridos – são bens tipicamente ‘de experiência’.

Existem 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, uma vez que a incerteza é inerente à assistência, assim como a complexidade dos procedimentos implica em riscos e as condições de trabalho podem conduzir ao estresse.

O reconhecimento de que os consumidores melhor educados não somente beneficiam a si próprios, como também promovem um efeito aprendido sobre a qualidade do serviço prestado para benefício da sociedade como um todo, explica a importância que hoje é atribuída ao efeito conjunto do treinamento do prestador de serviço clínico e da gestão participativa com governabilidade para a expansão da UH e para o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde em geral

Caso, ao contrário, não haja o 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. Dentre os mecanismos da informação suprida por terceiros, a moderna teoria do consumidor destaca os chamados mecanismos orientados pelo mercado (ENGEL, 1995, p. 24-33). O caso dos sistemas de certificação do controle de qualidade é um caso importante em que o setor privado supre os consumidores com informação. Um exemplo de sistema de certificação da qualidade é o da AH.

Avaliado, ainda, pelo efeito que o processo educativo da AH desencadeia na UH, esse sistema também opera como um mecanismo de descentralização dos incentivos à reorganização interna e ao treinamento de pessoal das UHs (FAÇANHA; RESENDE, 2010) e é considerado um elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade da assistência em saúde na América Latina pela Organização Mundial de Saúde e pela Organização Pan-Americana de Saúde.

Os padrões do manual são organizados em torno de funções comuns a todas as UHs. Os EMs de um padrão são os requisitos do padrão e dos seus propósitos, que serão verificados e aos quais será atribuída uma pontuação durante o processo da avaliação da AH. Eles relacionam o que é necessário para estar em total conformidade com o padrão (CBA, 2003).

Em particular, os padrões considerados no processo de AH e constantes do manual são classificados nas avaliações de duas formas: como Padrões com Foco no Paciente; e como Padrões de Administração de Organizações de Saúde.

O manual se divide em onze capítulos funcionais, dos quais os seis primeiros compreendem os padrões com foco no paciente: (a) o de Acesso ao Cuidado e Continuidade do Cuidado – ACC; (b) o de Direitos dos Pacientes e Familiares – DPF; (c) o de Avaliação dos Pacientes – AP; (d) o de Cuidado aos Pacientes – CP; (e) o de Educação de Pacientes e Familiares – DPF; e (f) o de Prevenção e Controle de Infecções – PCI.

Os outros cinco capítulos contemplam padrões de administração de UHs: (g) o de Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente – QPS; (h) o de Governo, Liderança e Direção-GLD; (i) o de Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança – GAS; (j) o de Educação e Qualificação dos Profissionais – EQP; e (l) o de Gerenciamento de Informação – GI.

Cada padrão é composto de um ou mais EMs, cujas opções de pontuação são as seguintes: Conformidade (C); Conformidade Parcial (PC); e Não Conformidade (NC).

Durante o processo de avaliação da AH, são coletadas informações sobre a conformidade com os padrões. A estrutura organizacional, os processos e a performance são avaliados em relação aos padrões pré-determinados. Ao final do processo, é elaborado um relatório completo com os achados e as pontuações da avaliação. (CBA, 2003).

A avaliação verifica a conformidade da UH com base em: entrevistas com profissionais e pacientes e outras informações obtidas verbalmente; observações locais feitas pelos avaliadores, dos processos de cuidado ao paciente; documentos fornecidos pela UH; e resultados das auto-avaliações, quando parte do processo de AH. (CBA, 2003).

Ao final da avaliação, é gerado um relatório com um parecer final dos avaliadores a respeito da indicação ou não da UH para a acreditação. O certificado emitido tem um prazo de validade ao término do qual a UH deve se submeter a um novo processo de avaliação. As pontuações conferidas pelos avaliadores externos e a sua evolução no tempo são consideradas manifestações objetivas do desenvolvimento organizacional das UHs neste estudo.

Como exemplificado no Quadro 1, os 959 EMs avaliados são distintos quanto à sua identificação com os aspectos de organização, treinamento e qualidade do serviço da UH

A hipótese de pesquisa deste estudo, então, é de que, independente da capacidade profissional dos quadros de RH, a persistência de incentivo insuficiente aos esforços de inovação organizacional e gerencial para a solução dos problemas de compromisso relativos à fixação e à efetividade de normas, rotinas e protocolos de organização interna está associada à perda de qualidade do serviço nas UHs que prestam serviços complexos de assistência como as UHRs.

O enunciado numérico das relações potenciais entre os esforços de inovação organizacional, o treinamento de pessoal e a qualidade do serviço prestado das UHs ao longo do processo de AH é usado para quantificá-las, com vistas a testar a hipótese desta pesquisa dedutiva e quantitativa através de um estudo de caso único sobre a dinâmica do processo de AH e da análise da associação entre os dados ‘de corte transversal’ sobre a presença efetiva destas características nas UHRs extraídos de uma amostra de conveniência de dez relatórios da AH.

Com vistas à avaliação empírica do efeito da descentralização do incentivo à organização interna e ao treinamento sobre o desempenho da UH, os 959 EMs que recebem pontuação dos avaliadores nos relatórios de avaliação educativa foram primeiro distinguidos segundo três grupos de características gerenciais diferentes entre si com respeito ao tipo de contribuição esperada da conformação dos EMs de cada um dos grupos para a UH obter a certificação: (a) o grupo dos EMs identificados com a inovação organizacional e gerencial de solução dos problemas de compromisso para a fixação e a efetividade de normas, rotinas e protocolos; (b) o grupo dos EMs identificados com o treinamento de pessoal; e (c) o grupo dos EMs identificados com a qualidade do serviço prestado.

Em seguida, a análise exploratória dos dados extraídos de um estudo de caso sobre a evolução dos EMs desses três grupos em uma UHR ao longo do intervalo de tempo transcorrido entre a emissão de dois relatórios educativos da AH foi feita em sete etapas:

- (1) os 959 EMs foram classificados nos três grupos de EMs citados;
- (2) foi obtida a pontuação conferida aos EMs dos 3 grupos nos dois relatórios;
- (3) foi calculada a soma das frequências absolutas das diferentes opções de pontuação conferidas – (C), (NC) e (PC) aos EMs dos 3 grupos nos dois relatórios;
- (4) foram calculadas as frequências relativas das diferentes opções de pontuação dos EMs dos 3 grupos nos dois relatórios;
- (5) foram calculadas as frequências relativas e relativas médias das pontuações (C) e (NC ou PC) de EMs para os 3 grupos nos dois relatórios;

(6) foi comparada a evolução no tempo das frequências relativas das pontuações (C) e (NC ou PC) nos 3 grupos de EMs; e

(7) foi evidenciado um padrão de evolução das conformidades e não conformidades das características gerenciais de organização interna, treinamento e qualidade do serviço prestado da UHR estudada ao longo do intervalo de tempo transcorrido entre a emissão de dois relatórios educativos da AH.

Quadro 1 (a). Acreditação Hospitalar: EMs exemplificativos dos esforços de inovação organizacional, do treinamento e da qualidade do serviço na UH

Função de Organização	Esforço de Inovação Organizacional e Gerencial	Treinamento de Pessoal	Qualidade do Serviço Prestado
ACC - Acesso e Continuidade do Cuidado	Políticas e procedimentos são utilizados para padronizar o processo de admissão de pacientes.	Os profissionais são treinados para aplicar os critérios ou protocolos para inclusão de pacientes em pesquisa ou em outros programas desenvolvidos para atender necessidades especiais.	Os pacientes só são admitidos se a instituição puder fornecer os serviços e o ambiente necessários para o cuidado.
DPF - Direitos dos Paciente e Familiares	Políticas e procedimentos orientam e dão suporte aos direitos do paciente e familiares na instituição.	Os profissionais são treinados para conhecer essas políticas e procedimentos e o seu papel em apoiar a participação no processo de cuidado. A instituição orienta os profissionais de saúde em questões éticas e legais quanto à realização de desejos expressos pelo paciente.	A instituição fornece informações ao paciente e os serviços disponíveis. Os líderes da instituição protegem e divulgam os direitos dos pacientes e familiares.
AP - Avaliação dos Pacientes	Políticas e procedimentos da instituição definem quem realiza a avaliação dos pacientes. As atividades de avaliação são definidas por escrito. Existe um processo para identificar os pacientes para os quais o planejamento de alta é crítico.	Os profissionais que realizam exames são adequadamente treinados e experientes.	A instituição identifica os pacientes em condições e situações especiais para os quais o processo de avaliação inicial é modificado. Existe um número adequado de profissionais para satisfazer as necessidades dos pacientes.
CP - Cuidado aos Pacientes	Políticas e procedimentos orientam o cuidado uniforme e refletem as leis e regulamentos relevantes. O cuidado é planejado de forma integrada e coordenada entre os diversos setores, departamentos e serviços. Existe um método definido para garantir que cada profissional que presta cuidados ao paciente tenha acesso às anotações dos outros profissionais envolvidos nesse cuidado.	A equipe é treinada e utiliza políticas e procedimentos para orientar o cuidado.	O cuidado é prestado de modo coordenado entre os diversos setores, departamentos e serviços. Os medicamentos de emergência estão disponíveis na instituição em tempo hábil para atender às necessidades de emergência. O cuidado ao paciente terminal, prestado pela instituição, aborda suas necessidades.
EPF - Educação de Pacientes e Familiares	A instituição planeja a educação de acordo com sua missão, escopo dos serviços prestados e perfil dos pacientes. Existe uma estrutura ou mecanismo apropriado para a educação em toda a instituição	NÃO HÁ EMs COM FOCO NO "TREINAMENTO" NESTA FUNÇÃO.	Pacientes e familiares recebem educação e treinamento para o atendimento de suas necessidades continuadas de saúde ou para alcançar suas metas de saúde. O paciente e familiares tomam conhecimento sobre participação nas decisões e no processo de cuidado. Quando apropriado, pacientes e familiares são educados quanto ao uso seguro e efetivo de medicamentos e seus possíveis efeitos colaterais.
QSP - Melhoria da Qualidade e Segurança do Paciente	Aqueles que governam e lideram a instituição participam do planejamento e monitoramento do programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente. O programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente abrange toda a instituição Existe um plano escrito para o programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente. Princípios e ferramentas de melhoria de qualidade são aplicados ao projeto de processos novos ou modificados. A documentação contribui para o desenvolvimento dos planos estratégicos de melhoria.	Existe um programa de treinamento para os profissionais da instituição que é coerente com seu papel no programa de melhoria da qualidade e segurança do paciente.	As mudanças que resultam em melhorias são implementadas.

Fonte: CBA, Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar, 2003.

Quadro 1 (b). Acreditação Hospitalar: EMs exemplificativos dos esforços de inovação organizacional, do treinamento e da qualidade do serviço na UH

Função de Organização	Esforço de Inovação Organizacional e Gerencial	Treinamento de Pessoal	Qualidade do Serviço Prestado
PCI - Prevenção e Controle de Infecções	Existe um programa para reduzir o risco de infecções hospitalares nos pacientes e profissionais de saúde.	Todo o corpo profissional é orientado sobre as políticas, procedimentos e práticas do programa de controle da infecção.	A instituição identifica os procedimentos e processos associados aos riscos de infecção e implementa ações para reduzir esse risco.
GLD - Governo, Liderança e Direção	A estrutura de governo da instituição está descrita em documentos escritos. Os planos da instituição descrevem o cuidado e os serviços a serem prestados. Os dirigentes de serviços clínicos determinam o tipo de cuidado e serviços a serem prestados pela instituição. As políticas e procedimentos de cada departamento ou serviço orientam a prestação dos serviços identificados.	NÃO HÁ EMs COM FOCO NO "TREINAMENTO" NESTA FUNÇÃO.	Os dirigentes de serviços recebem dados e informações necessárias para o gerenciamento e melhoria do cuidado e dos serviços. Os responsáveis pelo governo dão suporte e promovem os esforços para a melhoria da qualidade e a segurança do paciente. O dirigente sênior ou diretor garante a conformidade com as leis e regulamentos aplicáveis e vigentes.
GAS - Gerenciamento do Ambiente Hospitalar e Segurança	A Instituição define um programa para gerenciar o ambiente hospitalar. Existe um programa para monitorar todos os aspectos do gerenciamento do ambiente hospitalar e do programa de segurança. A instituição desenvolve um plano para responder às possíveis emergências da comunidade, epidemias, desastres naturais e outros.	Os profissionais são qualificados por experiência ou treinamento. Os profissionais são treinados para operar equipamentos biomédicos. Os profissionais são treinados para participar no plano de segurança contra fogo e fumaça.	A direção e os dirigentes de serviços da instituição implementam as exigências de inspeções do ambiente hospitalar aplicáveis ou alternativas aprovadas.
EQP - Educação e Qualificação dos Profissionais	A instituição utiliza um processo definido para encontrar a correspondência entre os conhecimentos e habilidades dos profissionais e as necessidades do paciente.	Os novos profissionais são orientados quanto à instituição, as responsabilidades de seu cargo e suas tarefas específicas. Os profissionais da instituição recebem treinamento contínuo em serviço. A instituição proporciona o local e o equipamento para educação e o treinamento em serviço dos profissionais. A instituição proporciona o tempo adequado para que todo o corpo profissional participe das oportunidades de treinamento e educação. Os profissionais são informados sobre as oportunidades de participar da educação avançada, treinamento, pesquisa ou outras experiências.	Existe no mínimo uma avaliação documentada dos profissionais a cada ano ou com menor frequência, conforme definido pela instituição.
GI - Gerenciamento de Informação	A Instituição desenvolve e implementa um plano de informação. Existe um protocolo, por escrito, que define o arquivamento de políticas e procedimentos obsoletos pelo menos durante o tempo exigido por leis e regulamentos, e a garantia de que não serão usados erradamente.	Os tomadores de decisão e outros profissionais são educados sobre os princípios de gerenciamento da informação.	Estratégias são implementadas para atender às necessidades de informação daqueles que prestam serviços clínicos. Os profissionais da Instituição têm acesso a informação de que necessitam para desempenhar as suas responsabilidades de trabalho.

Fonte: CBA, Manual Internacional de Padrões de Acreditação Hospitalar, 2003.

E, finalmente, para confirmar as relações entre essas características gerenciais das UHRs de uma forma mais geral, a análise confirmatória dos dados extraídos da amostra de dez relatórios educativos da AH envolveu os seguintes passos:

- (1) foi apurada a pontuação conferida a cada EM dos três grupos nos 10 relatórios;
- (2) foi obtida, então, a soma das frequências absolutas das diferentes pontuações (C, NC e PC) que foram atribuídas aos EMs de cada grupo nos 10 relatórios consultados;
- (3) foi calculada a frequência relativa das diferentes pontuações que foram dadas aos EMs em cada um dos 3 grupos nos 10 relatórios;
- (4) essas frequências relativas foram usadas como coeficientes de ponderação (“pesos”) para calcular, em seguida, a média ponderada das pontuações atribuídas aos EMs do grupo correspondente, uma vez arbitrados valores para as notas de avaliação dadas consideradas as notas de avaliação que são dadas a cada pontuação pelos avaliadores responsáveis pelos relatórios educativos: nota de avaliação 10 para a pontuação C, nota de avaliação 5 para a pontuação PC e nota de avaliação 0 para a pontuação NC;
- (5) as médias ponderadas resultantes foram transformadas em três variáveis métricas contínuas (ou escores), representativas da consolidação das pontuações atribuídas nos 10 relatórios da amostra para o conjunto dos EMs de cada grupo de interesse; assim definidos os

escores podem assumir qualquer valor do intervalo [0,10] e são identificados pelos seguintes símbolos:

- (a) o escore dado à inovação organizacional no K-ésimo relatório – MEDINORGK;
- (b) o escore dado ao treinamento no K-ésimo relatório – MEDTRENAK; e
- (c) o escore dado à qualidade do serviço no K-ésimo relatório – MEDQUALIK.

Quantificadas as variáveis explicativas MEDINORGK e MEDTRENAK, assim como a variável explicada MEDQUALIK, a análise exploratória dos dados baseou-se em tabelas de frequência e tabelas cruzadas, enquanto que o teste não-paramétrico da correlação de Spearman foi usado na análise da associação existente entre estas variáveis.

Devido às exigências de confidencialidade do processo de certificação hospitalar, a amostra de conveniência utilizada neste estudo é composta de 10 relatórios de avaliação de UHs (não-identificadas). São relatórios concluídos entre 2004 e 2008 e estão sendo considerados todos os 959 EMs examinados nos relatórios disponíveis, classificados em algum dos três grupos de características gerenciais de interesse da análise: inovação organizacional, treinamento de pessoal e qualidade do serviço prestado. Inobstante as restrições mencionadas, foi possível classificar as UHs avaliadas em cada relatório segundo o tipo de propriedade: cinco relatórios avaliam UHs da rede pública e cinco avaliam UHs da rede privada.

A seleção das variáveis quantificadas, vale reiterar, foi respaldada em questões conceituais e não apenas em bases empíricas, constituindo fator decisivo quando da opção pela técnica multivariada para o teste da hipótese de pesquisa deste estudo. Por força do pequeno número de unidades de observação que foi possível estudar com os dados disponíveis, além da elevada correlação entre as variáveis independentes que supostamente exercem influência na qualidade do serviço prestado e da pequena variância dos escores usados como variáveis independentes – veja a Tabela 4, a análise de regressão múltipla foi descartada (GUJARATI, 2006) e foi usada a análise da associação dos dados da amostra para estudar as relações da inovação organizacional e da capacitação de pessoal com a qualidade do serviço das UHRs.

4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

A análise exploratória dos dados deste estudo abrange os resultados do estudo de caso sobre a evolução das notas de avaliação da AH a respeito das características gerenciais selecionadas do Instituto de Pesquisa Clínica Evandro Chagas (IPEC) da Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) entre 2003 e 2006 e a análise dos dados de dez relatórios da AH relativos a estas características organizados em tabelas cruzadas e tabelas de frequência. Finalmente, os dados desses 10 relatórios são usados na análise confirmatória que conclui esta seção do texto.

O IPEC foi o primeiro hospital de pesquisa brasileiro em que os estudos de pacientes das várias regiões do país definiram formas clínicas, manifestações anatomopatológicas, diagnósticos diferenciais e avaliações terapêuticas de doenças endêmicas à luz da fronteira do conhecimento.

Considerada a necessidade estratégica, os critérios sócio-epidemiológicos e a possibilidade concreta de pesquisar a doença, eram criadas as condições para atender os pacientes. O objetivo era uma organização do Ministério da Saúde – MS com capacidade de resposta, devotada à pesquisa e à prestação de serviço de referência.

O IPEC, portanto, regularmente contrata recursos especializados, promove treinamento, investe em novos laboratórios e busca a melhoria dos serviços, com vistas à assistência humanizada e de referência, vivendo a série de tensões de uma organização em crescimento.

Suas principais fontes de recursos são a FIOCRUZ e o MS, mas também presta serviços especializados remunerados e faz parcerias com outros institutos e com órgãos governamentais, universidades e organizações estrangeiras.

A gestão do IPEC é colegiada e um dos seus programas, integrado à execução do plano estratégico da FIOCRUZ, é o de desenvolvimento institucional, concebido para incentivar os esforços internos de inovação organizacional e gerencial do IPEC em busca de governabilidade.

O IPEC aderiu à AH em 2002, com vistas a obter a certificação em 2010.

Comparando os dados dos relatórios educativos da AH sobre o IPEC de 2003 e de 2006, observa-se uma significativa redução do número absoluto dos EMs identificados com os esforços de inovação organizacional e com a qualidade do serviço prestado que receberam pontuação (C) dos avaliadores da AH, mas não dos EMs (66% dos padrões de avaliação) identificados com o treinamento de pessoal no IPEC entre 2003 e 2006.

A partir desses dados, a Tabela 1 mostra a diferença na evolução das frequências relativas de atendimento (C) e violação (PC ou NC) dos padrões da AH nos 3 grupos de EMs selecionados entre julho de 2003 e novembro de 2006:

(a) no grupo dos EMs com ênfase nos esforços de inovação organizacional, o afastamento dos padrões da AH cresce em 23% e a convergência aos padrões cai em 15% dos critérios;

(b) no grupo dos EMs com ênfase no treinamento de pessoal, a convergência aos padrões da AH foi mantida para o conjunto dos critérios; e

(c) no grupo de EMs com ênfase na qualidade do serviço prestado, a distância dos padrões cresce em 26% e a convergência aos padrões da AH cai em 10% dos critérios.

Tabela 1. IPEC - Evolução da pontuação dos grupos de EMs: Jul./2003 - Nov./2006

Grupos de EMs Selecionados	Frequência Relativa da Pontuação (em %)				Evolução (em %)	
	2003 (a)		2006 (b)		(b-a) / (a)	
	(PC ou NC)	(C)	(PC ou NC)	(C)	(PC ou NC)	(C)
Esforços de Inovação Organizacional	39	61	48	52	23	-15
Treinamento do Pessoal	34	66	34	66	0	0
Qualidade do Serviço Prestado	27	73	34	66	26	-10

Fonte: Relatórios de Avaliação Educativa do IPEC pelo CBA; Jul./03 e Nov./06

Os resultados obtidos significam que a força de trabalho do IPEC manteve a capacitação para o trabalho durante o período 2003-2006. Entretanto, segundo os mesmos resultados, os padrões de efetividade dos esforços de inovação organizacional em normas, rotinas e protocolos e de efetividade da qualidade do serviço prestado no IPEC deterioraram.

O aumento da falha de adesão aos padrões da AH – a taxa de adição de novos EMs com pontuação (PC ou NC) - foi maior entre os EMs com foco na qualidade do serviço prestado (26%) do que nos EMs com foco na inovação organizacional em normas, rotinas e protocolos (23%) durante esses três anos.

A redução da convergência aos padrões - a taxa de eliminação de EMs com pontuação original (C) - foi maior nos EMs com foco na inovação organizacional em normas, rotinas e protocolos (15%) do que nos EMs com foco na qualidade do serviço prestado (10%).

Através dos resultados obtidos no estudo de caso do IPEC também é possível observar que houve associação no triênio: (a) entre aumento das falhas de efetividade dos esforços de inovação organizacional em normas, rotinas e protocolos (23%) e uma maior deterioração da qualidade do serviço (26%); e (b) entre abandono dos padrões de efetividade das normas, rotinas e protocolos (15%) e um menor abandono dos padrões de qualidade do serviço prestado (10%).

Por seu turno, a partir das pontuações atribuídas aos EMs dos três grupos de características gerenciais das UHs estudados nos dez relatórios examinados, assim como dos escores de avaliação que foram calculados de acordo com as notas de avaliação adotadas para

cada pontuação pelos avaliadores, de início foram usadas tabelas de frequência para analisar a presença das boas práticas de gerência da qualidade do serviço prestado nestas organizações.

Na Tabela 2 observa-se heterogeneidade na aderência relativa aos padrões da AH em todos os três grupos de diferentes características gerenciais das UHs, independente do tipo de propriedade de cada uma: tanto nas UHs da rede pública, quanto nas UHs da rede privada, convivem características compatíveis com as boas práticas, com outras a serem aperfeiçoadas.

Pode ser observado, ainda, que os escores calculados para a nota de avaliação das UHs da amostra de conveniência de relatórios utilizada são relativamente elevados nos grupos de EMs com foco na efetividade de normas, rotinas e protocolos, no treinamento de pessoal e na qualidade do serviço prestado e que a trajetória de aperfeiçoamento das características gerenciais subjacente também pode ser constatada entre as UHs sujeitas às regras da administração pública.

Na Tabela 2, no entanto, dois resultados adicionais apresentados qualificam melhor as práticas gerenciais prevaletentes nas UHs avaliadas: (a) a frequência relativa média da pontuação (C) é alta nos três grupos de EMs selecionados, assim como é alta em cada UH da amostra, independente do tipo de propriedade; e (b) como consequência, todas as UHs da amostra podem ser caracterizadas como UHRs, mesmo aquelas sujeitas às regras da administração pública.

E, finalmente, a análise do resultado apresentado na tabela cruzada dos rankings dos escores relativos às notas de avaliação conferidas às UHRs pelos relatórios para cada dos três grupos de EMs permite concluir que os escores mais altos de avaliação das características gerenciais associadas com a inovação gerencial e organizacional orientada para a fixação e a efetividade de normas, rotinas e protocolos são conferidos, com frequência, às mesmas UHRs cujos escores obtidos na avaliação das características associadas à descentralização do treinamento de pessoal e à qualidade do serviço prestado também são mais altos.

Resulta da análise da Tabela 3, em particular, que às UHRs a cujas características gerenciais associadas com a efetividade de normas, rotinas e protocolos foram atribuídas as notas de avaliação mais altas, também foram conferidos os três escores mais altos de avaliação das características associadas com a capacitação de pessoal e a qualidade do serviço prestado, ao mesmo tempo em que as UHRs às quais foram conferidos os três menores escores relativos à organização interna, também receberam as três piores notas de avaliação das suas características de treinamento de pessoal e de qualidade do serviço.

Da análise exploratória dos dados dos dez relatórios resultam evidências, portanto, em suporte às conclusões do estudo de caso apresentado sobre as relações entre os esforços de inovação organizacional e gerencial de fixação e efetividade de normas, rotinas e protocolos interna e a qualidade do serviço prestado no IPEC.

A seguir, quanto à associação entre as variáveis representativas do comportamento dos esforços de organização interna e de treinamento e da qualidade do serviço prestado pelas UHRs, os postos de ordenação crescente dos escores do grupo de EMs relativos à organização interna das UHRs são usados para medir o sentido e a força da relação entre as variáveis explicativas testadas – Esforços de Inovação Organizacional e Gerencial de Fixação e Efetividade de Normas, Rotinas e Protocolos e Treinamento de Pessoal – e a Qualidade do Serviço Prestado.

No resultado dessa análise, o teste de Spearman confirma a associação positiva entre as variáveis testadas e as boas práticas de qualidade do serviço prestado nas UHRs. A força dessa relação é evidenciada pelo teste de Spearman para ambas as características organizacionais destacadas no estudo de caso e na análise exploratória dos dados: os esforços de inovação organizacional ($r = 0,94$) e o treinamento de pessoal ($r = 0,82$). E a associação da qualidade do serviço da UHR com as suas características de organização interna é particularmente mais forte,

uma vez que, quanto mais próximo de [1] o resultado do teste, melhor a indicação de que os conjuntos de dados analisados são ordenados de forma semelhante (TRIOLA, 2005).

Tabela 2. Esforços de inovação organizacional, treinamento e qualidade do serviço por UH

Relatório	Tipo de Propriedade	Opções de Pontuação dos EMs	Frequências Relativas das Pontuações e Escores (em %)			Média das Frequências Relativas das Pontuações (C) (em %)	UHR
			Esforços de Inovação Organizacional	Treinamento de Pessoal	Qualidade do Serviço Prestado		
UH1	Privada	C	60,19	50,68	70,86	60,58	Sim
		PC	17,87	24,66	18,71		
		NC	21,94	24,66	10,43		
		ESCORE	6,91	6,30	8,02		
UH2	Privada	C	49,21	45,83	61,98	52,34	Sim
		PC	7,94	25,00	12,43		
		NC	42,86	29,17	25,59		
		ESCORE	5,32	5,83	6,82		
UH3	Privada	C	84,13	74,29	80,29	79,57	Sim
		PC	14,29	24,29	18,10		
		NC	1,59	1,43	1,61		
		ESCORE	9,13	8,64	8,93		
UH4	Privada	C	52,04	64,38	58,33	58,25	Sim
		PC	17,24	20,55	20,57		
		NC	30,72	15,07	21,10		
		ESCORE	6,07	7,47	6,86		
UH5	Privada	C	90,91	79,17	83,55	84,54	Sim
		PC	7,14	15,28	13,89		
		NC	1,95	5,56	2,56		
		ESCORE	9,45	8,68	9,05		
UH6	Pública	C	48,83	46,03	62,53	52,46	Sim
		PC	18,36	19,05	17,07		
		NC	32,81	34,92	20,40		
		ESCORE	5,80	5,56	7,11		
UH7	Pública	C	87,11	82,19	76,20	81,83	Sim
		PC	7,23	16,44	21,67		
		NC	5,66	1,37	2,13		
		ESCORE	9,07	9,04	8,70		
UH8	Pública	C	41,32	45,83	57,09	48,08	Não
		PC	24,61	25,00	21,28		
		NC	34,07	29,17	21,63		
		ESCORE	5,36	5,83	6,77		
UH9	Pública	C	60,58	66,25	72,93	66,59	Sim
		PC	11,86	17,50	15,64		
		NC	27,56	16,25	11,42		
		ESCORE	6,65	7,50	8,08		
UH10	Pública	C	52,20	66,22	65,61	61,34	Sim
		PC	12,58	6,76	13,05		
		NC	35,22	27,03	21,34		
		ESCORE	5,85	6,96	7,21		

Fonte: Relatórios de Avaliação Educativa do CBA

Tabela 3. Rankings dos escores das UHs nos grupos de EMs selecionados

Relatório	Tipo de Propriedade	VARIÁVEIS EXPLICATIVAS		VARIÁVEL EXPLICADA
		Esforços de Inovação Organizacional (MEDINORG)	Treinamento de Pessoal (MEDTRENA)	Qualidade do Serviço Prestado (MEDQUALI)
UH2	Privada	5,32	5,83	6,82
UH8	Pública	5,36	5,83	6,77
UH6	Pública	5,80	5,56	7,11
UH10	Pública	5,85	6,96	7,21
UH4	Privada	6,07	7,47	6,86
UH9	Pública	6,65	7,50	8,08
UH1	Privada	6,91	6,30	8,02
UH7	Pública	9,07	9,04	8,70
UH3	Privada	9,13	8,64	8,93
UH5	Privada	9,45	8,68	9,05

Consistentes com a literatura da Nova Economia Institucional e da Economia Interna das Organizações, os resultados apresentados neste artigo evidenciam que o crescimento efetivo das UHRs 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.

5. CONCLUSÃO

Esta pesquisa empírica teve os objetivos de: (a) caracterizar os efeitos potenciais da organização interna (NORTH, 1994) e do treinamento de pessoal sobre a qualidade do serviço e sobre o desempenho das UHRs, assim como para o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde; (b) esclarecer as razões econômicas da adoção do mecanismo de certificação hospitalar na transição para o modelo de administração pública gerencial; (c) tornar conhecido o tipo de dado produzido nos relatórios da AH; e (d) usar os dados disponíveis de avaliação da AH para validar as possíveis relações entre a mudança das características organizacionais representativa da dinâmica interna das UHs e o desenvolvimento do mercado de serviços de saúde.

Recorrendo a Mintzberg (1995) e aos princípios da moderna teoria dos incentivos (ENGEL, 1995), foi possível identificar e explicar um padrão característico do processo de expansão das UHRs e de desenvolvimento do mercado de serviços de saúde.

Foi estabelecida a relação entre os conceitos de bens de experiência, sistema de certificação do controle de qualidade e qualidade do serviço prestado da teoria dos custos de transação (ENGEL, 1995), assim como entre os conceitos de fixação e efetividade de normas, rotinas e protocolos e incentivo aos esforços de inovação organizacional e gerencial da economia interna das organizações (FAÇANHA; RESENDE, 2010).

Quanto ao segundo objetivo, o marco conceitual abordou a função regulatória dos chamados sistemas de certificação do controle de qualidade no desenvolvimento do mercado de bens e serviços comercializados com base na experiência de uso e, a partir desse referencial, buscou-se explicar um subconjunto das funções de organização da UH como exemplos de mecanismos de gestão pró-eficiência destas organizações no ambiente de competição.

Com respeito ao objetivo seguinte, a exposição detalhada dos dados que podem ser extraídos dos relatórios educativos da AH, assim como a menção ao acervo de relatórios da acreditação, visaram despertar: (a) o interesse dos pesquisadores pelo estudo de diferentes representações dessas organizações como unidades produtivas; e (b) um novo tipo de engajamento da cúpula estratégica e do núcleo operacional na organização interna da UH, a partir

da percepção de ambos sobre as relações existentes entre os padrões da AH para as rotinas de atividades específicas, as funções da organização e os objetivos estratégicos da UH.

As conclusões obtidas favorecem o entendimento da necessidade de compromisso da cúpula estratégica da UH com a descentralização dos incentivos aos esforços de inovação organizacional e ao treinamento de pessoal e esclarecem a importância do monitoramento dos padrões das características gerenciais das funções de organização para a busca de posicionamento estratégico da UH e, em última análise, para o crescimento do mercado de serviços de saúde.

Como foi possível constatar, finalmente, os dados dos relatórios educativos da AH, inéditos na literatura de Economia da Gestão, foram úteis para conhecer a dinâmica das UHRs.

Em primeiro lugar, a análise exploratória dos dados no estudo de caso sobre o IPEC permitiu acumular evidências sobre a relação existente entre os esforços de inovação organizacional e gerencial de normas, rotinas e protocolos e a qualidade do serviço prestado nesta UHR de pesquisa clínica e assistência de referência sobre doenças infecciosas.

Em segundo lugar, a análise confirmatória dos dados extraídos de dez relatórios educativos da AH sobre a configuração da inovação organizacional, do treinamento de pessoal e da qualidade do serviço prestado permitiu confirmar a hipótese de que, para todo o conjunto das UHRs, há associação direta entre persistência de esforços de inovação de normas, rotinas e protocolos insuficientes, de um lado e perda da qualidade do serviço prestado, de outro, independente do treinamento do prestador de serviço clínico e do tipo de propriedade da UH.

Ficou demonstrado neste estudo, em suma, que a falha de efetividade das rotinas tem implicações negativas na qualidade dos serviços das UHRs com padrão elevado de certificação no treinamento de RH e na qualidade dos serviços.

Foi possível confirmar, ainda, que, comparado com o efeito do treinamento de pessoal, o efeito dos esforços de inovação organizacional sobre a qualidade do serviço das UHRs é maior.

Nesse sentido, a contribuição gerencial da análise diz respeito à importância da inovação promotora da efetividade de normas, rotinas e protocolos para o desempenho da UHR. Com esta pesquisa dedutiva e quantitativa espera-se agregar conhecimento em uma área de grande importância para o debate sobre a mudança institucional da rede pública de saúde no Brasil, mas em que os dados ainda são pouco divulgados e os resultados são em larga medida descritivos.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BATESON, J. E. G.; HOFFMAN, K. D. Marketing de serviços. 4. ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.
- CHANG, H. J.; EVANS, P. The role of institutions in economic change. In: CONFERENCE ON "THE OTHER CANON AND ECONOMIC DEVELOPMENT", 2000, Oslo. Proceedings... Oslo, August, 2000, p. 1-22.
- COASE, R. The nature of the firm. *Economica*, London, v. 4, n. 16, p. 387-405, nov. 1937.
- CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). 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. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980. (Explorations in quality assessment and monitoring, v. 1).
- 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.

- FAÇANHA, L. O.; RESENDE, M. Determinants of hierarchical structure in industrial firms: an empirical study. *Economics of Governance*, Heidelberg, v. 11, n. 3, Jun. 2010.
- GRÖNROOS, C. *Marketing: gerenciamento e serviços*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2003.
- GUJARATI, D. N. *Econometria Básica*. Rio de Janeiro: Campus, 2006.
- IACOBUCCI, D. et al. Customer satisfaction across organizational units. *Journal of Service Research*, v. 6, n.4, p. 231-242, Feb. 2004
- IACOBUCCI, D.; OSTROM, A.; GRAYSON, K. Distinguishing service quality and customer satisfaction: the voice of the consumer. *Journal of Consumer Psychology*, v. 4, n. 3, p. 277-303, 1995.
- LA FORGIA, G. M.; COUTTOLENC, B. F. *Hospital performance in Brazil: the search for excellence*. Washington, D.C.: The World Bank, 2008.
- MALIK, A. M. Desenvolvimento de recursos humanos, gestão da qualidade e cultura das organizações de saúde. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 32, n.4, p. 32-41, set-out 1992.
- MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes*. São Paulo: Atlas, 1995.
- MINTZBERG, H. et al. *O processo da estratégia: conceitos, contextos e casos selecionados*. 4. ed. São Paulo: Bookman, 2006.
- NORTH, D. *Custos de transação, instituições e desempenho econômico*. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1994.
- NORTH, D.; THOMAS, R. P. *The rise of the western world: a new economic history*. Cambridge: Cambridge University Press, 1973.
- ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS (OEA). *Normalización de indicadores de innovación tecnológica en América Latina y el Caribe: Manual de Bogotá*. Bogotá: OEA, 2001.
- ORGANIZAÇÃO PARA COOPERAÇÃO ECONÔMICA E DESENVOLVIMENTO (OCDE). *Manual de Oslo: proposta de diretrizes para coleta e interpretação de dados sobre inovação tecnológica*. Tradução FINEP – Financiadora de Estudos e Projetos. Brasília, DF: FINEP, 2004.
- TRIOLA, M. F. *Introdução à estatística*. Rio de Janeiro: LTC, 2005.
- VISCUSI, W. K.; VERNON, J. M.; HARRINGTON, J. E. *Economics of regulation and antitrust*. 2. ed. Cambridge, MA: The MIT Press, 1997.