

Andreia Maria Berto

**UMA TEORIA SUBSTANTIVA ACERCA DA  
ACREDITAÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL PÚBLICO**

Tese submetida ao Programa de Pós-  
Graduação em Administração da  
Universidade Federal de Santa  
Catarina para a obtenção do Grau de  
Doutora em Administração  
Orientador: Prof. Dr. Rolf Hermann  
Erdmann

Florianópolis  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor  
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária  
da UFSC.

Berto, Andreia Maria

Uma teoria substantiva acerca da acreditação  
hospitalar em um hospital público / Andreia Maria  
Berto ; orientador, Rolf Hermann Erdmann, 2018.  
518 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Catarina, Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós  
Graduação em Administração, Florianópolis, 2018.

Inclui referências.

1. Administração. 2. Acreditação hospitalar. 3.  
Grounded theory. 4. Hospital. 5. Melhoria contínua.  
I. Erdmann, Rolf Hermann. II. Universidade Federal  
de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em  
Administração. III. Título.

Andreia Maria Berto

## UMA TEORIA SUBSTANTIVA ACERCA DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR EM UM HOSPITAL PÚBLICO

Esta Tese foi julgada adequada para a obtenção do título de “Doutora em Administração” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Administração.

Florianópolis, 22 de fevereiro de 2018.

---

Prof.<sup>a</sup> Cibele Barsalini Martins, Dr.<sup>a</sup>  
Coordenadora do Curso

### **Banca Examinadora:**

---

Prof. Rolf Hermann Erdmann, Dr.  
Orientador  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof. Luciano Antônio Prates Junqueira, Dr.  
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

---

Prof.<sup>a</sup> Ana Maria Malik, Dr.<sup>a</sup>  
Fundação Getúlio Vargas

---

Prof. André Luís da Silva Leite, Dr.  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Gabriela Gonçalves Silveira Fiates, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina

---

Prof.<sup>a</sup> Rosalia Aldraci Barbosa Lavarda, Dr.<sup>a</sup>  
Universidade Federal de Santa Catarina

Aos meus amores.

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço...*

*A Deus pela oportunidade da complexidade da vida.*

*À minha mãe por me fazer acreditar que o impossível é sempre uma possibilidade.*

*Ao meu marido pelo apoio incondicional.*

*À minha família pelo suporte constante e à Lua pelo companheirismo.*

*À Pró-Saúde pela abertura das portas ao desenvolvimento desta Tese.*

*A todos os diretores, coordenadores e funcionários do HRPT pela disponibilização de tempo e compartilhamento de conhecimento - vocês foram as peças centrais desta Tese.*

*Ao professor Rolf pelo apoio, orientação e direcionamento, permitindo que eu pudesse ousar como pesquisadora.*

*Aos professores da UFSC que estimularam a busca por conhecimento e desfragmentaram meu modelo mental, abrindo espaço para o novo.*

*Aos colegas do NIEPC pela amizade e apoio nestes longos quatro anos.*

*A todos os demais que direta ou indiretamente apoiaram e colaboraram nesta jornada.*

*E, à vida, por me brindar com este tempo, onde reaprendi a administração hospitalar e compreendi que saúde se faz com amor.*

**MUITO OBRIGADA!**

Os que buscam devem continuar a buscar até encontrar. A busca é a destinação, a descoberta é o destino (Kathleen McGowan, 2010).

## RESUMO

Este estudo apresenta uma teoria substantiva, aplicada nos processos de implantação, manutenção e evolução da acreditação hospitalar. A pesquisa foi realizada entre os anos de 2015 a 2017, por meio do *case* do Hospital Regional Público da Transamazônica, localizado em Altamira (PA), região Norte do Brasil. Os argumentos, de ordem pessoal, prática e teórica motivaram este estudo, cujo objetivo é compreender a implantação, manutenção e evolução da acreditação hospitalar, desenvolvendo uma teoria substantiva. Assim, na busca pela compreensão de um contexto específico, este estudo foi conduzido pelo paradigma interpretativo, em uma abordagem construtivista. Foi adotada como abordagem de pesquisa, seguindo os pressupostos de Charmaz (2009), a *grounded theory*, por ter se mostrado adequada, visto que seus procedimentos visam, por meio da interpretação dos envolvidos na pesquisa bem como do pesquisador, construir uma resposta conjunta sobre o fenômeno investigado. Os dados foram coletados por meio de entrevistas, observação participante, conversas de cubuca e análise documental, em cinco rodadas distintas, intercaladas com análises e validação dos dados. Ao todo, 56 atores sociais, envolvidos no contexto de estudo, direta ou indiretamente, participaram por meio de reflexões sobre o fazer organizacional empreendido no hospital em análise. As reflexões conduziram a um modelo sistêmico denominado “Comprometimento com o cuidado”, que é permeado por três categorias centrais: ‘A forma como nós trabalhamos’, ‘Acreditação como instrumento de ação’ e ‘Amor à causa’; uma categoria de suporte: ‘Desenvolvimento dos profissionais de saúde’; e, duas categorias de resultado: ‘Excelência nos resultados’ e ‘Cuidado centrado no paciente’. Essas categorias impactam as subcategorias e estas, entre si, delineando a estrutura com 39 proposições vinculadas. Juntas, categorias e proposições formam uma teoria substantiva, na qual se estabelece a tese de que a acreditação hospitalar é implantada, que se mantém e evolui em resposta aos determinantes externos, os quais induzem à busca de contingências para solucionar pressões humanas, sociais e econômicas, oriundas, especialmente, das instituições presentes no ambiente e fruto da localização, que, associadas às fragilidades internas do processo, determinam a forma como os atores sociais atuam. A atuação desses atores se alinha à melhoria contínua, como um instrumento do agir corretamente, e se fortalece do elo emotivo gerado nos profissionais pela necessidade do outro, pela sua própria necessidade e a dos seus. Outros pontos que se destacaram dizem respeito à implantação do projeto, aos

profissionais que vieram de outros Estados recém-formados, ao reconhecimento das fragilidades, à posição do hospital como apoiador da rede de saúde e ao amor que permeia a complexidade instalada. Esse amor está vinculado à forma como o hospital se constitui; ao entremeio de profissionais, que, com várias visões de mundo, criaram uma para explicar aquele contexto; à aceitação de que culturas diferentes podem coexistir e se apoiarem; à vontade de fazer o bem ao outro e ver que isso favorece o sentido de que o profissional pertence àquele lugar e que contribui para a mudança daquele espaço; ao estar junto ao paciente de forma mais integral, trazendo-o à discussão de seu próprio cuidado, tornando-o agente de seu restabelecimento à saúde e à sociedade; às relações estabelecidas e à significância que o hospital tem para as pessoas e que o consideram como a causa de suas vidas. Esses achados dialogaram com o pensamento complexo e o estudo das instituições. O modelo proposto se mostrou uma alternativa integradora e sistêmica à compreensão de como ocorre a acreditação hospitalar na organização estudada. O resultado encontrado pode motivar novas pesquisas, visando desenvolver teorias no contexto brasileiro.

**Palavras-chave:** Acreditação Hospitalar. Teoria substantiva. Melhoria Continua. Hospital. ONA.



## ABSTRACT

This study presents a substantive theory applied in the implantation, maintenance and evolution processes of hospital accreditation. The study was carried out between 2015 and 2017, through the case of the Transamazônica Regional Public Hospital, located in Altamira (PA), northern region of Brazil. The arguments, personal, practical and theoretical, motivated this study, whose objective is to understand the implementation, maintenance and evolution of hospital accreditation, developing a substantive theory. Thus, in the search for the understanding of a specific context, this study was led by the interpretative paradigm, in a constructivist approach. It was adopted as a research approach, following the assumptions of Charmaz (2009), grounded theory, for having proved adequate, since its procedures aim, through the interpretation of those involved in the research as well as the researcher, to build a joint response on the phenomenon investigated. Data were collected through interviews, participant observation, cumbuca conversations and documentary analysis, in five different rounds, interspersed with data analysis and validation. In all, 56 social actors, involved in the study context, directly or indirectly, participated through reflections on the organizational work undertaken in the hospital under analysis. The reflections led to a systemic model called "Commitment to Care," which is permeated by three central categories: 'The way we work', 'Accreditation as an instrument of action' and 'Love to the cause'; a category of support: 'Development of health professionals'; and two outcome categories: 'Excellence in Outcomes' and 'Patient-Centered Care'. These categories impact the subcategories and these, among them, outlining the structure with 39 related propositions. Together, categories and propositions form a substantive theory, in which the thesis is established that hospital accreditation is implanted, maintained and evolved in response to external determinants, which induce the search for contingencies to solve human, social and economic pressures, especially from the institutions present in the environment and the result of the location, which, together with the internal fragilities of the process, determine the way in which social actors act. The performance of these actors aligns with continuous improvement, as an instrument of acting correctly, and is strengthened by the emotional bond generated in professionals by the need of the other, by their own need and their own. Other points that stood out concern the implementation of the project, the professionals who came from other newly formed states, the recognition of fragilities, the

hospital's position as a supporter of the health network and the love that permeates the installed complexity. This love is linked to the way the hospital is constituted; to the entremeio of professionals, who, with various worldviews, created one to explain that context; the acceptance that different cultures can coexist and support each other; the will to do good to the other and see that it favors the sense that the professional belongs to that place and that contributes to the change of that space; by being with the patient in a more integral way, bringing him to the discussion of his own care, making him the agent of his recovery to health and society; the relationships established and the significance that the hospital has for people and who consider it as the cause of their lives. These findings were in dialogue with complex thinking and the study of institutions. The proposed model was an integrative and systemic alternative to the understanding of how hospital accreditation occurs in the organization studied. The result can motivate new research, aiming to develop theories in the Brazilian context.

**Keywords:** Hospital Accreditation. Grounded theory. Hospital. Improvement Continues. ONA.

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Linha do tempo da Acreditação Hospitalar .....	50
Figura 2 - Modelo esquemático do processo de certificação da ONA..	53
Figura 3 - Paradigmas Sociológicos.....	110
Figura 4 - Estrutura Epistemológica e Metodológica da Tese.....	114
Figura 5 - A codificação dos dados na Grounded Theory Construtivista .....	119
Figura 6 - Localização do município de Altamira no Estado do Pará/Brasil.....	125
Figura 7 - Delineamento da pesquisa .....	128
Figura 8 - Indução, dedução e validação na <i>grounded theory</i> .....	130
Figura 9 - Transcrição de parte de entrevista na fase de codificação inicial.....	147
Figura 10 - Modelo “Comprometimento com o cuidado” simplificado. ....	155
Figura 11 - Eixo central do Modelo “Comprometimento com o cuidado”.....	157
Figura 12 - Mapa da distribuição da população indígena no Brasil e extrato referente à Região do Xingu. ....	181
Figura 13 - Estrutura pilar do Modelo “Comprometimento com o cuidado” .....	188
Figura 14 - Processo histórico longitudinal da Acreditação Hospitalar no HRPT 2010-17 .....	193
Figura 15 - Representação da categoria central “Acreditação como instrumento de ação” e das categorias adjacentes.....	197
Figura 16 - Representação da categoria central “Acreditação como instrumento de ação” em seu processo esperado.....	199
Figura 17 - Representação do triângulo do fazer .....	223
Figura 18 - Série histórica do indicador Taxa de Infecção Hospitalar Global.....	233
Figura 19 - Representação das categorias adjacentes à categoria central Acreditação como instrumento de ação, que são a vertente inesperada do fazer.....	243
Figura 20 - Representação do “Círculo motor” em suas categorias adjacentes da vertente inesperada do fazer.....	255
Figura 21 - Representação da categoria “Desenvolvimento dos profissionais de saúde” e suas interligações.....	269
Figura 22 - Resultados sistêmicos apresentados na visita de certificação ONA 3.....	286

Figura 23 - Resultados sistêmicos apresentados na visita de certificação ONA 3.....	288
Figura 24 - Representação da categoria central “Amor à causa” e as categorias adjacentes.....	297
Figura 25 - Representação das categorias adjacentes à categoria central Amor à Causa em seu fenômeno técnico.....	301
Figura 26 - Representação das categorias adjacentes à categoria central Amor à Causa, que são o reflexo inesperado de ocorrência.....	317
Figura 27 - Resumo da categoria central “Amor à causa”.....	337
Figura 28 - Eixo central e categorias de resultado do Modelo “Comprometimento com o cuidado”.....	342
Figura 29 - Indicador Taxa de Satisfação Global 2009-2016.....	344
Figura 30- Modelo “Comprometimento com o cuidado”.....	354

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Lacunas teóricas e práticas no campo de estudo e contribuições pretendidas com a tese.....	32
Quadro 2 - Informações acerca do Manual de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde.....	54
Quadro 3 - Melhorias alavancadas com o processo de acreditação hospitalar.....	60
Quadro 4 - Especificidades da <i>Grounded Theory</i> segundo as três principais vertentes metodológicas .....	117
Quadro 5 - Esquema de participação em acordo com as rodadas do levantamento de dados.....	135
Quadro 6 - Técnicas utilizadas para aprimorar a qualidade da teoria gerada.....	151
O impacto e a probabilidade de ocorrência foram considerados como variações dimensionais. Quanto mais severo o impacto da fragilidade, maior o risco que ela traz e a probabilidade de ocorrência, que pode variar de rara a quase certa. A observação da combinação impacto e probabilidade é que dirá o quanto a fragilidade deverá ser monitorada. A classificação foi elaborada em conjunto com o NQSP. Quadro 7 - Fragilidades de maior relevância no HRPT na visão dos envolvidos na pesquisa.....	244
Quadro 8 - Aproximações teóricas do eixo central do Modelo “Comprometimento com o cuidado”.....	365
Quadro 9 - Aproximações teóricas da categoria “Acreditação como instrumento de ação”.....	380
Quadro 10 - Aproximações teóricas do quadrante vinculado à vertente esperada do fazer.....	383
Quadro 11 - Tipo de especificidade relacionado à estrutura de governança correspondente e exemplos no HRPT.....	394
Quadro 12 - Aproximações teóricas do quadrante vinculado à vertente inesperada do fazer.....	400
Quadro 13 - Aproximações teóricas com a categoria de suporte Desenvolvimento dos profissionais de saúde.....	408
Quadro 14 - Aproximações teóricas com a categoria de resultado “Excelência nos resultados” .....	413
Quadro 15 - Aproximações teóricas com a categoria central “Amor à causa” .....	417
Quadro 16 - Aproximações teóricas do quadrante relacionado ao fenômeno esperado.....	419

Quadro 17 - Aproximações teóricas do quadrante relacionado ao fenômeno inesperado .....	424
Quadro 18 - Aproximações teóricas da categoria de resultado “Cuidado centrado no paciente” .....	433
Quadro 19 - Aproximações teóricas vinculadas às lentes externas ao processo no que concerne ao resultado .....	435
Quadro 20 - Inter-relação entre categorias e proposições do Modelo “Comprometimento com o Cuidado” e os <i>insights</i> teóricos alinhados ao Pensamento Complexo e às Instituições .....	439
Quadro 21 - Complementaridade do Modelo “Comprometimento com o cuidado” aos estudos referentes à acreditação hospitalar com indicação de estudos possíveis de associação .....	442
Quadro 22 - Contribuições do Modelo “Comprometimento com o cuidado” à acreditação hospitalar .....	447

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Resumo da coleta e análise de dados em acordo com as fases de codificação da <i>grounded theory</i> .....	150
Tabela 2 - IDHM dos Municípios pertencentes à Região do Xingu ...	177

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACI - *Accreditation Canada Internacional*  
ACS - *American College of Surgeons*  
BDTD - Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações  
CCHSA - *Canadian Council on Health Services Accreditation*  
CCAH - Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais  
CBA - Consórcio Brasileiro de Acreditação  
ECT - Economia dos Custos de Transação  
EnANPAD - Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração  
HRPT - Hospital Regional Público da Transamazônica  
IAC - Instituições Acreditadoras  
IOM - *Institute of Medicine*  
IQG - Instituto Qualisa de Gestão  
ISO - *International Organization for Standardization*  
ISQua - *International Society for Quality in Health Care*  
JCI - *Joint Commission International*  
JCAHO - *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations*  
NHS - *National Health Service*  
NEI - Nova Economia Institucional  
NIEPC - Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos  
OMS - Organização Mundial da Saúde  
ONA - Organização Nacional de Acreditação  
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde  
OSS - Organizações Sociais de Saúde  
IAP - Programa de Acreditação Internacional  
PPH - Programa de Padronização Hospitalar  
SADT - Serviços de Apoio e Diagnóstico ao Tratamento  
SBA - Sistema Brasileiro de Acreditação  
SUS - Sistema Único de Saúde  
UTI - Unidade de Terapia Intensiva



## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>21</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA TEORIA</b> .....	<b>39</b>
2.1	ACREDITAÇÃO HOSPITALAR.....	39
2.1.1	A acreditação hospitalar como um marco nos processos de qualidade nos hospitais.....	40
2.1.2	A acreditação hospitalar como instrumento dos sistemas de saúde mundiais.....	44
2.1.3	A acreditação hospitalar no Brasil.....	48
2.1.4	A bricolagem da acreditação hospitalar.....	55
2.2	PENSAMENTO COMPLEXO.....	66
2.3	INSTITUIÇÕES.....	85
2.3.1	As instituições sob o ponto de vista econômico.....	86
2.3.2	As instituições sob o ponto de vista sociológico.....	96
2.3.3	<i>Institutional work</i> .....	103
<b>3</b>	<b>POSICIONAMENTO EPISTEMOLÓGICO E PROPOSTA METODOLÓGICA</b> .....	<b>109</b>
3.1	OS PARADIGMAS NAS CIÊNCIAS SOCIAIS.....	109
3.2	O PARADIGMA INTERPRETATIVO E O CONSTRUTIVISMO.....	112
3.3	PROPOSTA EPISTEMOLÓGICA E METODOLÓGICA DA TESE.....	114
3.4	<i>GROUNDED THEORY</i> .....	115
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>123</b>
4.1	LÓCUS DE ESTUDO: HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DA TRANSAMAZÔNICA.....	123
4.2	CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA.....	127
4.3	TRABALHO DE CAMPO.....	130
4.3.1	Revisão da literatura e definição da questão da pesquisa.....	131
4.3.2	Construção do roteiro de entrevista e do guia de observação.....	131
4.3.3	Seleção dos entrevistados.....	134
4.3.4	O percurso (rodadas) de levantamento dos dados.....	137
4.3.5	O percurso de análise dos dados.....	146

4.3.5.1	Codificação inicial .....	146
4.3.5.2	Codificação focada .....	147
4.3.5.3	Codificação teórica .....	149
<b>4.3.6</b>	<b>O percurso de validação dos dados .....</b>	<b>150</b>
<b>4.3.7</b>	<b>O retorno à literatura .....</b>	<b>152</b>
<b>5</b>	<b>A CONSTRUÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA ACERCA DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR [NO HRPT].....</b>	<b>153</b>
5.1	EIXO CENTRAL COMO DETERMINANTE DA OPERACIONALIZAÇÃO ORGANIZACIONAL .....	156
5.2	ACREDITAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE AÇÃO....	190
<b>5.2.1</b>	<b>Acreditação como uma construção interna do fazer .....</b>	<b>198</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Reconhecimento das fragilidades como uma ação inesperada do fazer .....</b>	<b>243</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Desenvolvimento dos profissionais de saúde como estratégia da ação.....</b>	<b>269</b>
<b>5.2.4</b>	<b>Excelência nos resultados.....</b>	<b>282</b>
5.3	AMOR À CAUSA.....	294
<b>5.3.1</b>	<b>Fenômeno esperado ligado à técnica da categoria Amor à Causa</b>	<b>301</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Fenômeno inesperado ligado à categoria Amor à Causa</b>	<b>316</b>
<b>5.3.3</b>	<b>Categoria de resultado Cuidado centrado no paciente...337</b>	
5.4	AS LENTES EXTERNAS DO PROCESSO.....	341
5.5	A TEORIA QUE EMANOU DOS DADOS: APRESENTAÇÃO DO MODELO COMPROMETIMENTO COM O CUIDADO .....	352
<b>6</b>	<b>O MODELO TEÓRICO À LUZ DA LITERATURA....</b>	<b>363</b>
6.1	<i>INSIGHTS</i> ACERCA DO PENSAMENTO COMPLEXO E DO ESTUDO DAS INSTITUIÇÕES .....	363
<b>6.1.1</b>	<b><i>Insights</i> sobre o eixo central do Modelo Comprometimento com o cuidado.....</b>	<b>365</b>
<b>6.1.2</b>	<b><i>Insights</i> acerca da categoria central Acreditação como instrumento de ação.....</b>	<b>380</b>
<b>6.1.3</b>	<b><i>Insights</i> acerca da Acreditação como uma construção interna do fazer .....</b>	<b>382</b>

6.1.4	<i>Insights</i> acerca do reconhecimento das fragilidades como uma ação inesperada do fazer .....	399
6.1.5	<i>Insights</i> acerca do desenvolvimento dos profissionais de saúde como estratégia da ação .....	407
6.1.6	<i>Insights</i> acerca da excelência nos resultados.....	412
6.1.7	<i>Insights</i> acerca do Amor à causa.....	416
6.1.8	<i>Insights</i> acerca da categoria Amor à causa em seu fenômeno esperado.....	418
6.1.9	<i>Insights</i> acerca da categoria Amor à Causa em seu fenômeno inesperado .....	423
6.1.10	<i>Insights</i> acerca da categoria Cuidado centrado no paciente 432	
6.1.11	<i>Insights</i> acerca das lentes externas do processo.....	435
6.1.12	Considerações finais acerca do pensamento complexo e do estudo das instituições envolvendo o Modelo Comprometimento com o cuidado.....	439
6.2	CONTRIBUIÇÕES DO MODELO COMPROMETIMENTO COM O CUIDADO AOS ESTUDOS DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR.....	442
7	<b>CONCLUSÃO</b> .....	451
7.1	PRINCIPAIS RESULTADOS .....	452
7.2	CONTRIBUIÇÕES PARA A TEORIA.....	456
7.3	CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA .....	459
7.4	LIMITAÇÕES E PESQUISAS FUTURAS.....	460
7.5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	462
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	463
	<b>APÊNDICES</b> .....	499



## 1 INTRODUÇÃO

De tudo, ficaram três coisas:  
 a certeza de que estamos sempre começando;  
 a certeza de que é preciso continuar e  
 a certeza de que podemos ser interrompidos antes de terminar.  
 Vamos fazer da interrupção um caminho novo (SABINO, [s/d])

A conjunção de ideias que permite propor esta tese perpassou por um caminho anterior, que é relevante relatar: sou formada em administração hospitalar; atuei como gestora em grandes hospitais de vários estados brasileiros; atualmente, sou consultora na área e avaliadora de uma organização acreditadora para processos hospitalares.

Alicerçada no meu interesse profissional, comecei a distinguir pontos que conduzem alguns hospitais a se destacar mais do que os outros e, seguramente, há diversos fatores que contribuem para tal, cujos teóricos de várias áreas já defenderam em seus estudos: liderança (BRADLEY et al., 2006; PUOANE et al., 2008; PARSONS; CORNETT, 2011; CURRY et al., 2011; OLSON et al., 2011), trabalho em equipe (BRADLEY et al., 2006; BAUMANN et al., 2007; KRAMER et al., 2008; VANDEUSEN et al., 2010; CURRY et al., 2011; OLSON et al., 2011; ADELMAN, 2012; ROSE et al., 2012), capacitação profissional (MANNION; DAVIES; MARSHALL, 2005; KEROACK et al., 2007; RANGACHARI, 2008; STANGER et al., 2012; LANDMAN et al., 2013), capilaridade de recursos financeiros (SITAKALIN, 2003; SHAW, 2004; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008), *expertise* (BRADLEY et al., 2006; KEROACK et al., 2007; SAUTTER et al., 2007; HOCKEY; BATES, 2010; PARSONS; CORNETT, 2011; STANGER et al., 2012), celeridade nas decisões (COUTINHO; FERRAZ, 2002; BORDOLOI; ISLAM, 2012), processos alinhados (SCHIESARI, 2004; SHAW, 2004; POMEY et al., 2004; SEABRA, 2007; CHASSIN, 2008; EL-JARDALI et al., 2008; SEKIMOTO et al., 2008; GREENFIELD; PAWSEY; BRAITHWAITE, 2011; SACK et al., 2011; DIAB, 2011; TURNER, 2011), humanização (CHASSIN, 2008; PACCIONI; SICOTTE; CHAMPAGNE, 2008) e o trabalho multiprofissional com foco no paciente (SALMON et al., 2003; PIONTEK et al., 2003; KOZHIMANNIL et al., 2009; SEIFFER, 2013).

Neste sentido, as organizações hospitalares, caracterizadas pela complexidade em função da diversidade de interesses envolvidos, tanto de atores internos quanto externos, têm sido protagonistas da ação do mercado e dos efeitos consubstanciados pela dinâmica do sistema de

saúde brasileiro. Essas organizações carregam, ainda, um significativo impacto social, tanto no sentido de lidar com a vida das pessoas quanto na possibilidade de geração de riquezas à sociedade que as cerca (HAYES et al., 2008).

Pinto (2015) afirma que há um novo *éthos* hospitalar formativo e homogeneizador, construído na contemporaneidade, que impõe a escuta permanente dos clientes. Nesse sentido, gerir uma organização hospitalar, a partir da percepção de clientes satisfeitos, qualquer que seja o seu porte, em um ambiente complexo, requer desenvolvimento de competências, inovação constante e postura de renovação. Compete, então, à gestão hospitalar cumprir a missão do hospital, voltada tanto ao negócio quanto à assistência à saúde, otimizando recursos financeiros, muitas vezes insuficientes, a fim de oferecer assistência com qualidade à sociedade (PORTELA; SCHMIDT, 2008).

Roste (2005) ponderou que uma das formas de responder a este ambiente desafiador passa pela necessidade de inovações, que vão além da tecnologia e suas variantes de produtos, serviços e processos, mas também organizacionais, gerenciais e sociais, em que condições legais, normas e cultura do contexto institucional representam significativos incentivos ou restrições ao processo de trabalho. Santos et al. (2012) complementam que a regulação ao acesso assistencial é definida em uma organização de estruturas, tecnologias e ações, de modo a viabilizar o acesso do usuário ao sistema de saúde e a adequar a complexidade do atendimento necessário aos níveis tecnológicos, gerando uma resposta eficiente ao problema humano.

Ressalta-se, porém, que cada organização hospitalar é uma realidade com características diferentes e, de acordo com Greenfield e Braithwaite (2009), necessita de apoio para uma melhor gestão de seus processos, encontrando respaldo em instrumentos relacionados ao controle da gestão operacional.

Um desses instrumentos refere-se ao uso de programas de acreditação como intervenções organizacionais (POMEY et al., 2004; SCHIESARI, 2004; SHAW, 2004; SEABRA, 2007; MILNER, 2007; PACCIONI et al., 2008; EL-JARDALI et al., 2008; CHASSIN, 2008; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; SEKIMOTO et al., 2008; RITZ, 2009; MANZO, 2009; GREENFIELD; PAWSEY; BRAITHWAITE, 2011; DIAB, 2011; TURNER, 2011; SACK et al., 2011; TABRIZI et al., 2011; MANZO; BRITO; ALVES, 2013; KARIMI et al., 2013; ALMASABI, 2015; ARAUJO; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2015), que buscam harmonizar a conduta organizacional e clínica dentro de um contexto multifacetado,

moldado por um ambiente complexo e institucionalizado (GREENFIELD et al., 2012). Logo, a acreditação hospitalar tem uma lógica instrumental de eficiência e, ao mesmo tempo, serve de conformidade ao sistema em que está imbricada.

Desde sua introdução, na década de 1970, a acreditação se espalhou por todo o mundo e se tornou uma parte estabelecida dos sistemas de saúde em mais de 70 países (GREENFIELD, BRAITHWAITE, 2008), conforme apontam estudos nos Estados Unidos (GREENFIELD; PAWSEY; BRAITHWAITE, 2011), no Irã (KARIMI et al., 2013), no Líbano (EL-JARDALI et al., 2008), na Tailândia (SITAKALIN, 2003), na Austrália (MUMFORD et al., 2014; MUMFORD et al., 2015), na Arábia Saudita (ALONAZI, 2013; ALMASABI, 2015), em Taiwan (HO et al., 2014), na França, no Reino Unido e na Espanha (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011), entre outros. Dessa forma, considera-se a acreditação um exemplo de difusão de inovação, em que uma ideia é adotada por alguns proponentes, é transferida para outros e, em seguida, torna-se prática normal (ROGERS, 2003).

A acreditação hospitalar, no entanto, não pode ser intuída apenas como uma ferramenta de qualidade que se oferece à adesão de hospitais, pois cada sistema nacional de saúde, com seus arranjos de financiamento, meios de pagamento e instrumentos de coordenação da rede de serviços, apropriará seus procedimentos de acreditação. Assim, são as relações internas da acreditação com os sistemas de saúde que lhe dão sentido, como um amálgama político de qualificação de serviços de saúde que, ao ser moldado para atender às necessidades e limitações de cada país, modifica sua essência e deixa de ser um modelo padrão (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Neste sentido, é preciso entender que, no formato apresentado no Brasil, a acreditação é um método voluntário e educativo (THIMMIG, 2007; SEIFFER, 2013; MONTEIRO, 2014) e, ao mesmo tempo, um sistema de avaliação e certificação da qualidade, com padrões pré-estabelecidos que aferem a conformidade a um modelo de qualidade na assistência à saúde (RIBEIRO, 2006; SEIFFER, 2013), capaz de promover mudanças institucionais (CASIMIRO, 2005) como um mecanismo de incentivo (JORGE; CARVALHO; MEDEIROS, 2013) que favorece boas-práticas e conduz à cultura da qualidade (SEABRA, 2007).

Destarte, os hospitais brasileiros adotam três certificações: a *Joint Commission International* (JCI), com 37 hospitais acreditados (CBA, 2018); a *Accreditation Canada International* (ACI), com 36

hospitais acreditados (IQG, 2018); e, a Acreditação Hospitalar da Organização Nacional de Acreditação (ONA), com 289 hospitais certificados (ONA, 2018b).

A ONA é reconhecida formalmente pelo Ministério da Saúde como organização responsável pelo sistema de avaliação da qualidade hospitalar no país, com maior abrangência devido à adaptação de suas normas à realidade brasileira, com observação à legislação nacional (VIANA et al., 2011). Fato esse que torna o instrumento da ONA fundamental para esta tese. A certificação apresenta três níveis conceituais, que conduzem o processo de evolução da qualidade, quais sejam: nível 1, vinculado à segurança; nível 2, atrelado à gestão integrada dos processos organizacionais; e, nível 3, voltado à excelência em gestão (ONA, 2014).

Neste cenário, outro ponto, que não me passou despercebido, é o fato de que, em um país com 6.161 hospitais (DATASUS, 2018), somente 362 organizações (CBA, ONA, IQG, 2018) apresentam uma certificação voltada à qualidade da assistência. Ou seja, somente 5,9% dos hospitais brasileiros buscam se vincular, voluntariamente, a um processo de melhoria contínua de sua atividade principal - a assistência prestada ao paciente. Ressalto, no entanto, que as bases de dados indicam um crescimento exponencial a partir de 2014.

Concomitantemente, isso me traz à lembrança os problemas historicamente cravados na estrutura hospitalar brasileira: a maioria dos nossos hospitais são públicos (DATASUS, 2016), apresentam deficiências, possuem recursos financeiros e de infraestrutura insuficientes ao atendimento ao qual se destinam; nossas leis são falhas; não se consegue buscar resultados que sejam efetivos; faltam profissionais, os profissionais são mal remunerados (MENDES, 2013; CARVALHO, 2015). Muito embora o sistema de saúde brasileiro seja um dos melhores do mundo nas legislações que o compõe, é ineficaz na prática. Nos últimos 30 anos, embora com melhorias a partir da institucionalização do Sistema Único de Saúde (SUS), faltam recursos financeiros (MENDES, 2013) e, mais recentemente, com as demissões nas empresas, vimos despencar o número de clientes dos planos de saúde (IESS, 2016).

Neste ambiente circunspecto, situa-se o meu “laboratório de pesquisa”, onde a tese aconteceu. Aconteceu no sentido de que não está posto, mas foi/vem sendo construído pelos envolvidos na prática de trabalho (REES, 2008). E, a partir das minhas primeiras anotações no diário de campo, apresento o objeto de estudo e alguns dos motivos que influenciaram minha escolha:



Voltei à Altamira, mais uma vez, desta para desenvolver uma consultoria de apoio ao planejamento estratégico, e a cada volta fico a me perguntar: como pode este hospital no fim do mundo, ser assim, tão bom? Talvez, fim do mundo para quem está no lugar de onde venho, não para os que estão aqui. Lembrei-me da primeira vez que estive aqui, cheguei em um turboélice de menos de 20 lugares, que quase encostava na copa das árvores, e ao pousar, vi que havia um avião que estava enferrujando ao tempo, que descobri depois, foi um pouso de emergência. Desejei ir embora correndo, mas logo a realidade se apresentou e percebi que era quase impossível concretizar meu desejo, pois, a estrada que liga Altamira a Belém ou a outra cidade era quase intransponível, só com carro 4X4 e levaria dias, enfim, voltei em um avião semelhante. O hospital era, à época, um elefante claro em meio a uma cidade sem estrutura básica e escura. Estou falando de uma cidade no meio da Transamazônica, um lugar onde a poeira deixa tudo encardido. E, o mais interessante, era que este hospital, público é bom dizer, conseguia fazer o que eu não encontrava em grandes capitais, como Rio de Janeiro ou São Paulo. Oferecia-se ali uma assistência de qualidade a uma população de uma extensão territorial enorme (maior que Santa Catarina), onde alguns dos pacientes chegavam para atendimento depois de três dias pelo Rio Xingu. Enfim, eram diferentes. Lembro-me que este primeiro contato ocorreu quando fui acompanhar a visita em que o hospital foi acreditado no nível 1 pela ONA. Na ocasião, era diretora em um hospital próximo a São Paulo, e, tentávamos há anos obter tal título. Estava ali para ver como era na prática. Imaginava que se eles conseguiram, nós conseguiríamos. Aprendi muito ao ver na essência da ação, a simplicidade do fazer. Ao retornar, em poucos meses conseguimos acreditar o hospital em que eu trabalhava. Anos depois estive novamente em Altamira, agora como consultora. Encontrei a cidade diferente, com mais aviões (e maiores), ruas asfaltadas (apesar do lodo continuar por lá), tudo fruto da

usina de Belo Monte que estava sendo construída na região. E o hospital, como tinha evoluído! Fiquei uma semana e a impressão inicial se manteve: eles faziam as coisas de forma diferente, tinham talvez, todos aqueles pontos característicos de empresas que deram certo, mas, havia algo que eu não conseguia traduzir. Retornei outras vezes, acompanhando o planejamento estratégico, geralmente, com novas lideranças (a rotatividade é grande), e sempre comentava com pessoas da área – este hospital é diferente, longe de ser perfeito, mas, na imperfeição é feito o que muitos outros sequer imaginam fazer. Agora estou indo embora, e algo brotou em mim, uma vontade que já sei onde vai me levar. Eu quero saber o que eles fazem aqui que eu não consigo entender em tantos anos. Sempre que vou embora, levo um sentimento bom, me faz acreditar ter feito a escolha certa quando optei por atuar na área hospitalar. Hoje decidi, ao sentar no avião voltando para casa, que é isto que quero desvendar (Diário de campo, 23/01/2015).

Assim, neste ambiente peculiar, chamado hospital, surgiu a motivação de conduzir a pesquisa para o doutorado, para a qual emergem três lentes de observação: acreditação hospitalar, pensamento complexo e instituições. Essas lentes conduziram à formulação do problema de pesquisa: como se dá a implantação, manutenção e evolução da acreditação hospitalar?

Escolhidos o objeto de estudo, os temas que o envolvem e o problema que o conduz, apoiados por bases epistemológicas das crenças que considero representar meu mundo e pela estrutura do núcleo de estudo do qual faço parte - Núcleo Interdisciplinar de Estudos em Gestão da Produção e Custos (NIEPC), foi elaborada o que denomino de a estrutura epistemológica e metodológica desta tese. Partindo do paradigma interpretativo (VERGARA; CALDAS, 2005; SCHWANDT, 2006) em sua vertente construtivista (DENZIN; LINCOLN, 2006; REES, 2008; CRESWELL, 2010), optei pelo uso da *grounded theory* (CHARMAZ, 2007, 2009), que passaram a pilares de sustentação dos achados e das vivências do estudo.

Usando a lógica da *grounded theory* (CHARMAZ, 2009), foi definida como área substantiva os hospitais acreditados, sendo a unidade

de caso o Hospital Regional Público da Transamazônica (HRPT)<sup>1</sup> e o grupo social os envolvidos no processo de acreditação desse hospital, constituído por praticantes diretos, como os profissionais da saúde, e indiretos, articuladores do ambiente externo, como avaliadores ONA, representantes da Organização Social de Saúde (OSS) que administra o hospital, usuários e consultores. Assim, envolvido é todo aquele que participa do acontecer do fenômeno social estudado, com questões de importância na vida dessas pessoas (CHARMAZ, 2007; BRYAN, 2002; LOMBORG; KIRKEVOLD, 2003; MCCANN; CLARK, 2003a, 2003b; CLARKE, 2005; GOULDING, 2005; MILLS; BONNER; FRANCIS, 2006; HUNTER et al., 2011; HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013).

Com estes pormenores postos, destaco que esse cenário tem como pano de fundo o pensamento complexo (MORIN, 1996, 2002, 2003, 2007, 2013) com instituições (COASE, 1937; WILLIAMSON, 1985, 1991, 1996, 1999; SCOTT, 1991, 1992, 2008; NORTH, 1994; LAWRENCE; SUDDABY, 2006), que apresentam fortes demandas, conforme verificado por meio da literatura teórico-empírica acerca da acreditação hospitalar em bases de dados nacionais e internacionais.

Deste modo, a leitura para a tese foi vasta, em especial, por seguir o método da *grounded theory* construtivista (CHARMAZ, 2009). Essa abordagem busca, por meio do envolvimento com a bibliografia, demonstrar a sua compreensão dos trabalhos relevantes, apresentar as ideias significativas mostradas nesses estudos, situar o que se pretende em relação a esses estudos com novas propostas e explicar seus conceitos iniciais. Em suma, demonstra a forma como desejo que os leitores considerem minhas análises na estruturação da teoria substantiva resultante.

Relevante apontar que, durante o processo de análise, foram incorporados novos estudos, em especial, no que diz respeito à lente das instituições, com objetivo de prover aporte teórico ao entendimento das necessidades analítico-conceituais que emergiram da análise dos dados (SANTOS et al., 2016).

Por outro lado, as lentes por meio das quais se observa o objeto de estudo (o hospital) - acreditação hospitalar, pensamento complexo e instituições, praticamente não foram encontradas associadas em artigos ou bibliografias da área, havendo somente combinações entre esses

---

<sup>1</sup> Hospital localizado em Altamira (PA), apresentado no tópico 4.1.

temas. Nesse sentido, apresento lacunas em algumas frentes, que conduziram minhas angústias de estudo.

Como o objeto de estudo é um hospital que se destaca no processo de acreditação, considerado um caso de alto desempenho na área em que se situa, foram considerados estudos de Taylor et al. (2015), que empreenderam extensa pesquisa na literatura para verificar métodos utilizados para identificar hospitais de alto desempenho, fatores associados e estratégias práticas para melhoria. Tal pesquisa demonstrou que a literatura existente é útil para identificar relações quantificáveis, mas não consegue captar os fatores explicativos subjacentes ao alto desempenho. Indicam, ainda, que estudos qualitativos em hospitais de alto desempenho podem ser valiosos no intuito de identificar lições aprendidas que podem ser transferíveis para outros hospitais, bem como que fatores que contribuem para o alto desempenho tendem a ser complexos e a ampla gama de variáveis que os determinam não é susceptível de ser desembarçada pela análise quantitativa (TAYLOR et al., 2015).

Os estudos de Jai et al. (2007) indicam que pesquisas que se concentram apenas em indicadores selecionados apresentam resultados limitados no âmbito de alto desempenho de hospitais. Ou ainda, o foco em medidas específicas empobrece a análise do todo, dificultando a comparação entre hospitais, em especial, pelo desempenho variar substancialmente entre os mesmos (GROENE et al., 2013). Logo, são necessários dados qualitativos para dar respostas à forma como as ações e os processos se estabelecem e ocorrem no movimento empreendido a partir da acreditação hospitalar.

Além disso, a base de evidência empírica para programas de acreditação é subdesenvolvida na área de saúde (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2009), apesar da ocorrência de algumas chamadas de publicações na literatura internacional para a investigação de acreditação hospitalar (SHAW, 2003; FERNANDOPULLE; FERRIS, 2003; OVRETVEIT; GUSTAFSON, 2003; BAKER, 2006). Isso induz que os programas de acreditação na saúde são aceitos por serem considerados um motor importante para melhorar a qualidade e segurança nas organizações hospitalares (BAKER, 2006), mas pouco há publicado sobre o exame transparente dos diferentes aspectos de acreditação e, menos ainda, sobre os resultados ao longo do tempo (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2009). Importante frisar que, pela particularidade de esses programas estarem atrelados à assistência à saúde, tratam de pormenores que não são alcançados por outros programas de

certificação, como aqueles empreendidos por empresas, faculdades ou escolas.

Nesta mesma linha, extensa pesquisa desenvolvida por Greenfield et al. (2012), em âmbito mundial, identificou somente três estudos de intervenção e dez estudos com desenhos de pesquisa para investigar os impactos da acreditação nos hospitais, dentre os quais apenas um observou questões de implementação, identificando facilitadores e barreiras associados à acreditação hospitalar. No entanto, há uma falta de evidência empírica para examinar o desenvolvimento, a implementação e a evolução da acreditação, que pode, provavelmente, ser conduzida por pesquisas de base longitudinal e qualitativa. O desafio é traduzir as experiências práticas e as discussões em evidência empírica. Os fatores que promovem ou inibem a aplicação das normas, assim como os impactos resultantes, precisam estudos com exame e apreciação detalhados (GREENFIELD et al., 2012).

Em estudo bibliométrico no Portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), com 22 artigos selecionados até 2013, Berto, Uhlmann e Erdmann (2015) discutiram a acreditação hospitalar com foco na ciência administrativa e identificaram que a maioria dos artigos debate somente assuntos específicos dentro do contexto hospitalar, como manutenção (AMORIM et al., 2013), gestão de pessoas (PEIXOTO; BRITO; SANTANA, 2012) e práticas de enfermagem (VARGAS et al., 2007; CUNHA; FELDMAN, 2005; MAZIERO; SPIRI, 2013), não havendo uma avaliação sistêmica e integrada do processo.

E, ao analisarem o campo, os autores apontaram que o tema qualidade na organização hospitalar somente começa a ser publicado após o ano 2000, com o desenvolvimento da ONA no Brasil, com quase 80% dos artigos selecionados focados nessa metodologia. Indicaram, ainda, a necessidade de estudos que fortaleçam a aplicação, a prática e o campo da Administração, na medida em que mais da metade dos artigos encontrados tratam da metodologia prescrita nos manuais de acreditação, o que reforça o positivismo dos trabalhos, abrindo caminho para pesquisas qualitativas que observem a efetividade do processo na qualidade da assistência e nas mudanças que proporciona, ou não, ao ambiente hospitalar (BERTO; UHLMANN; ERDMANN, 2015).

Ainda, na busca por evidências de estudos sobre a acreditação hospitalar, realizei levantamento nas bases da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD, 2017) e constatei que os estudos sobre o tema são embrionários, com 34 pesquisas realizadas, todas publicadas após o ano 2002, o que reforça os achados de Berto,

Uhlmann e Erdmann (2015). Dessas, 29 são dissertações e 5 são teses. Entre as dissertações, 11 estudos estão voltados à área de gestão hospitalar, porém todos com visões peculiares a respeito da implantação da acreditação ou seu efeito sob aspectos delimitados (ANTUNES, 2002; MARTELOTTE, 2003; RODRIGUES, 2004; CASSIMIRO, 2005; SEABRA, 2007; TERRA, 2000; ALÁSTICO, 2011; VIANA, 2011; MONTEIRO, 2014; NEUWIEM, 2014; ALVES, 2015) e um estudo verifica a descontinuidade do processo de acreditação (RIBEIRO, 2006). Entre as teses, somente um trabalho é voltado à gestão (ALÁSTICO, 2013). Estudos interessados na visão dos profissionais sobre o processo são encontrados somente na área de enfermagem, entre os quais Manzo (2009) e Higashi (2011). Não há estudos com resultados longitudinais do processo de acreditação, a maioria está centrada na implantação, na obtenção, nas motivações e nos fatores relevantes da acreditação. Nenhum deles busca compreender as pessoas ou o ambiente onde ocorre o processo social. Não foi observada a utilização da *grounded theory* nessas pesquisas, apesar de ser uma metodologia adequada a estes estudos.

Neste sentido, os aspectos metodológicos e epistemológicos delineados para esta tese são estratégicos. Há poucos trabalhos empíricos publicados que utilizam a *grounded theory*, e somente um trabalho em Administração analisado dá *insights* de como conduzir uma pesquisa sob essa base (PINTO; SANTOS, 2012). Ademais, de acordo com os estudos de Hopfer e Maciel-Lima (2008), Bianchi e Ikeda (2008) e Torres et al. (2014), no campo da Administração, as pesquisas que utilizam essa metodologia ainda são insipientes, em especial no Brasil, e, apesar de diversas análises teóricas terem sido desenvolvidas, as aplicações práticas ainda são poucas, sendo que a maioria dos casos não emprega o método de forma integral.

Todavia, foram encontrados alguns estudos que, utilizando a metodologia da *grounded theory*, buscaram compreender organizações que se destacaram em ambientes complexos e turbulentos, seja pela sua característica de base, seja pelo ambiente circunscrito naquele momento, em especial, por volatilidade econômica (BANDEIRA-DE-MELLO, 2002; SANTOS, 2005; GROSS; PULLMANN, 2011; SANTOS, 2012; OLIVEIRA, 2013; FERREIRA, 2015). Inclusive, há o trabalho de Pereira (2002), que trata especificadamente de como as mudanças estratégicas ocorreram em um hospital ao longo de 20 anos. No entanto, nas pesquisas que observei, não houve estudos sobre gestão hospitalar envolvidos ao pensamento complexo e/ou às instituições, ademais, não vi evidência de sua relação com a acreditação hospitalar.

Ao passo que, Pinto, Freitas e Mendes (2016), ao analisarem artigos publicados nos Encontros da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Administração (EnANPAD) entre 1997 e 2014, identificaram 54 pesquisas que citam a *grounded theory* nos estudos em Administração e concluem que, de forma geral, esses trabalhos estão em vias caracterizadas pela pluralidade das vertentes, usos indevidos, abordagens superficiais e entendimentos equivocados. Esta constatação reforça que a *grounded theory* ainda parece ser um "continente virgem" a ser explorado.

Jacobus, Souza e Bitencourt (2012) levantaram, em bases internacionais, uma amostra de 45 artigos sobre *grounded theory* e entre os resultados foram observadas algumas lacunas que são de interesse desta tese: i) a *grounded theory* é adequada em áreas em que o desenvolvimento teórico ainda é muito limitado (neste caso, na acreditação hospitalar); ii) a *grounded theory* é ajustada para ser aplicada a fenômenos que são altamente determinados pelo contexto organizacional em que estão inseridos, no qual se destacam as percepções dos sujeitos que vivem esse fenômeno (o caso estudado, do HRPT); iii) não há empenho em detalhar o processo de codificação e de análise dos dados (o que foi feito de forma exaurida nesta tese) e das evidências (sob a percepção dos envolvidos); e, iv) a quase totalidade dos artigos não produz teoria (uma teoria substantiva foi gerada neste tese), mas aproximações teóricas.

Em replicação de artigos brasileiros, Troccoli (2014) observou um comportamento semelhante aos resultados das pesquisas anteriores. Relevante chamar atenção para o fato de que, os artigos brasileiros, ao contrário dos estrangeiros, tiveram foco em uma abordagem de pesquisa qualitativa, enquanto aqueles foram quantitativos. E, poucos estudos aprofundam o tratamento dos dados e das evidências.

O Quadro 1 ilustra uma síntese dos problemas teóricos e práticos enfrentados no campo da gestão e as respostas oferecidas pela tese.

Quadro 1 - Lacunas teóricas e práticas no campo de estudo e contribuições pretendidas com a tese.

Campo	Problemas/Lacunas	Contribuições pretendidas na tese
Prático	<p>Estudos existentes não conseguem captar os fatores explicativos subjacentes ao alto desempenho dos hospitais (TAYLOR et al., 2015).</p>	<p>As 39 proposições (assertivas) e as categorias inter-relacionadas do modelo construído explicam como a acreditação hospitalar ocorreu, se manteve e evoluiu no HRPT, considerado, atualmente, um hospital de alto desempenho por figurar entre os poucos hospitais públicos com certificação de excelência no Brasil.</p>
	<p>Há concentração em indicadores ou medidas específicas, não contemplando os fatores sistêmicos que conduzem um hospital ao alto desempenho (JAI et al., 2007; GROENE et al., 2013).</p>	<p>A análise documental, a observação participante, os relatos nas entrevistas e as conversas de cumbuca contribuíram para a construção, em conjunto com os envolvidos, de um cenário sistêmico, com os fatores que o influenciam, em um viés qualitativo.</p>
	<p>O tema acreditação hospitalar merece estudos que fortaleçam a aplicação, a prática e o campo da Administração, na medida em que mais da metade dos artigos estudados tratam da metodologia prescrita nos manuais de acreditação, o que reforça o positivismo, dando espaço para metodologias qualitativas que observem a efetividade do processo na qualidade da assistência e nas mudanças que proporciona, ou não, ao ambiente hospitalar (BERTO; UHLMANN; ERDMANN, 2015).</p>	<p>A tese é a construção de uma teoria substantiva acerca do olhar e dos significados atribuídos pelos envolvidos e por mim descrevendo como a acreditação ocorreu e ocorre em um hospital, oferecendo possíveis respostas ao fazer do processo, além de se trata de um estudo qualitativo.</p>



Teórico	<p>Em levantamento nas bases da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD, 2017), a maioria dos estudos sobre acreditação está centrada na implantação, na obtenção, nas motivações e nos fatores relevantes da acreditação, nenhum deles busca compreender as pessoas ou o ambiente onde ocorre o processo social.</p>	<p>Os envolvidos no estudo e eu construímos um modelo, que representa a realidade do processo de acreditação hospitalar instaurado em um ambiente empírico e que traz os determinantes externos (do ambiente) como uma das categorias de análise de maior destaque.</p>
	<p>- Há falta de evidência empírica para examinar o desenvolvimento, a implementação e os impactos das normas de saúde de acreditação, que pode ser conduzida por pesquisas de base longitudinal e qualitativa (GREENFIELD et al., 2012).</p> <p>- A base de evidência empírica para programas de acreditação é subdesenvolvida, pouco há publicado sobre os aspectos da acreditação e, menos ainda, sobre os resultados ao longo do tempo (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2009).</p> <p>- Em levantamento nas bases da Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações (BDTD, 2017), nenhum estudo apresenta resultados longitudinais do processo de acreditação.</p>	<p>A tese foi construída sob entrevistas e observações que ocorreram de forma longitudinal em um período de 24 meses, espaço de tempo que compreendeu a manutenção do nível 2 da acreditação hospitalar no HRPT, a evolução ao nível 3 e sua manutenção nesse nível. Ademais, a fase anterior, relatada pelos envolvidos ou resgatada de evidências documentais (exemplo, relatórios de visitas da ONA), fez os oito anos anteriores. Logo, um estudo longitudinal.</p>
	<p>- A evidência em <i>peer-reviewed</i> é limitada em relação à correspondência entre a aplicação de normas e as melhorias no desempenho organizacional, na qualidade ou nos comportamentos clínicos – faltam dados sistêmicos de melhorias contínuas</p>	<p>-Inicialmente, a teoria fundamentada gerada traz em suas categorias, em especial naquelas acerca da ação, um retrato empírico de dados sistêmicos que nortearam a evolução da acreditação hospitalar e demonstram a excelência da operação</p>

	<p>encontradas (GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2009).</p> <p>- O desafio é traduzir as experiências práticas e as discussões em evidência empírica. Os fatores que promovem ou inibem a aplicação das normas, assim como os impactos que resultam, precisam exame detalhado e análise (GREENFIELD et al., 2012).</p>	<p>instalada.</p> <p>- Em breve, pretendo, com a publicação de artigos, possibilitar a divulgação ao meio acadêmico da teoria substantiva construída.</p>
Metodológico	<p>De acordo com os estudos de Hopfer e Maciel-Lima (2008), Bianchi e Ikeda (2008) e Torres et al. (2014), no campo da Administração, as pesquisas que utilizam a <i>grounded theory</i> são insipientes e, apesar de diversas análises teóricas terem sido desenvolvidas, as aplicações práticas ainda são poucas e a maioria dos casos não utiliza o método de forma integral.</p>	<p>Ao desenvolver uma teoria substantiva que explica como a acreditação hospitalar ocorre na prática, utilizando a <i>grounded theory</i>, aportamos ao estudo um caso prático. Além disso, o método foi utilizado em todas as suas fases, seguindo a vertente construtivista.</p>
	<p>Jacobus, Souza e Bitencourt (2012) apontam, como uma lacuna nos estudos da <i>grounded Theory</i>, que a quase totalidade dos artigos observados não produz teoria plena, mas aproximações teóricas.</p>	<p>Esta tese resulta na construção de uma teoria substantiva, que, após sua elaboração, apresentou interfaces com o conhecimento teórico-empírico prévio, proporcionando averiguar pontos de complementaridade e novas lentes acerca do tema acreditação hospitalar.</p>
	<p>Para Pinto, Freitas e Mendes (2016), a <i>grounded theory</i> ainda parece ser um "continente virgem" a ser explorado. E, em nenhum artigo analisado os autores revelaram suas bases epistemológicas, desvelando uma lacuna a ser preenchida.</p>	<p>As bases epistemológicas desta tese foram descritas pela estrutura epistemológica e metodológica elaborada, que guiou a coleta e análise de dados.</p>

	<p>Há diversos estudos que utilizaram a <i>grounded theory</i> em ambientes complexos e turbulentos, no entanto nenhum trabalho voltado à gestão de hospitais ou à acreditação hospitalar</p>	<p>A construção da teoria substantiva acerca da acreditação hospitalar fundamentou-se em um fenômeno empírico e complexo, que ocorre em ambiente com determinantes externos ímpares no contexto nacional.</p>
	<p>- Com relação à <i>grounded Theory</i>, são poucos os trabalhos empíricos publicados, e somente um trabalho dá <i>insights</i> de como conduzir uma pesquisa (PINTO; SANTOS, 2012).</p> <p>- Jacobus, Souza e Bitencourt (2012) constataram que não há empenho em detalhar o processo de codificação e de análise dos dados e das evidências nos estudos de <i>grounded theory</i>.</p> <p>- Troccoli (2014) comenta que poucos estudos de <i>grounded theory</i> se aprofundam no tratamento dos dados e das evidências.</p>	<p>Apresenta detalhada descrição da utilização da <i>grounded theory</i>, bem como pormenores da análise dos dados e retorno à literatura, de tal forma que possibilite servir como guia para estudos futuros nesse formato.</p>

Fonte: elaborado pela autora com base em Marchi (2014).

Em resumo, esta tese pretendeu dar respostas a um fenômeno – a acreditação hospitalar, interpretativamente, por meio da visão dos envolvidos no processo de implantação, manutenção e evolução, qualitativamente, usando uma abordagem pouco empreendida – *grounded theory*, em sua postura construtivista, que apoia a construção conjunta de um resultado, em um processo empreendido longitudinalmente, perpassando por observações e entrevistas ocorridas durante o espaço de dois anos. Logo, respondendo as lacunas referentes à análise qualitativa, ao percurso longitudinal e ao pensamento sistêmico da união de várias partes, que compõem, ao final, uma teoria, gerando novo arcabouço teórico ao tema.

Partindo das definições apresentadas, somadas aos *gaps* da pesquisa, o objetivo desta tese é compreender a implantação, manutenção e evolução da acreditação hospitalar.

“Compreender” no sentido de prover, por meio da teoria fundamentada em dados, um avanço teórico-científico e prático acerca da acreditação hospitalar sob o olhar dos envolvidos no processo. “Implantação” na acepção de responder a uma lacuna de mais de 94% dos hospitais brasileiros que não estão inscritos (por opção ou falta dela) em processos voltados à melhoria contínua da assistência à saúde prestada à sociedade brasileira. “Evolução e Manutenção” na pretensão de exemplificar a viabilidade (e possível caminho) àqueles hospitais que já estão inseridos nos programas de acreditação hospitalar.

Deste objetivo, derivaram outros, para possibilitar a busca do resultado por meio da estrutura epistemológica e metodológica empregada:

- i) identificar os elementos estruturantes que contribuem para a implantação, manutenção e evolução da acreditação hospitalar;
- ii) reconhecer as relações entre os elementos estruturantes em acordo com a percepção dos envolvidos no processo de acreditação hospitalar (atores sociais);
- iii) construir, em conjunto com os envolvidos no processo, uma teoria substantiva que seja capaz de explicar o fenômeno imbricado no processo de acreditação hospitalar.

Nesta tese, comprometo-me com a “busca pela união” da prática e da teoria no arcabouço metodológico e epistemológico traçado, como forma de proporcionar um processo constante de reflexão crítica e de transformação. O que não poderia ser diferente, visto que estudo a melhoria contínua nos processos hospitalares, mas que pode ser transferida para a teoria que a desvenda, uma vez que a abordagem de base desta tese oferece um retrato interpretativo do mundo estudado e de seus atores. Porém, como aponta Charmaz (2009), não é um quadro fechado, os significados, as ações e as expressões dos envolvidos na pesquisa, incluindo-me, representaram uma das possíveis construções da realidade.

Logo, a reivindicação desta tese não é ser generalista, mas sim específica a uma realidade investigada. No entanto, suas proposições e a interação das categorias suportarão contribuir para o desenvolvimento da teoria em gestão hospitalar no Brasil.

Isso posto, a tese foi estruturada em sete capítulos, além desta introdução.

O capítulo 2 oferece um compilado do estado da arte da área de conhecimento e de seus elementos estruturantes, no intuito de apresentar alguns *insights* que podem ser preenchidos pela construção da teoria substantiva. Apresentando a acreditação hospitalar como instrumento de

melhoria contínua da assistência à saúde, guiada pelo pensamento complexo que alinhava as interações organizacionais e proporciona reflexão acerca das instituições que lhe são peculiares.

O capítulo 3 ilustra o posicionamento epistemológico e a apresentação da estrutura epistemológica e metodológica da tese, abordando o interpretativismo, o construtivismo e a *grounded theory*.

O capítulo 4 traça o caminho para o alcance dos objetivos propostos na tese, expõe o objeto do estudo – o HRPT, bem como trata os aspectos operacionais da pesquisa referentes à amostragem teórica e aos procedimentos de obtenção e tratamento dos dados.

No capítulo 5, apresento os resultados da pesquisa e a forma como as categorias foram construídas e inter-relacionadas entre si, por meio da interpretação dos envolvidos no processo e da minha interpretação acerca da acreditação hospitalar no HRPT. No final, apresento o modelo teórico fundamentado nos dados.

O capítulo 6 traz *insights* e aproximações da teoria substantiva emergente à luz da literatura sobre pensamento complexo e instituições. A seguir, apresento contribuições do modelo proposto ao arcabouço teórico-empírico existente.

No último capítulo, encerro com as considerações finais e as sugestões para futuras pesquisas. Nos apêndices, consta o detalhamento de alguns aspectos metodológicos.



## 2 REVISÃO DA TEORIA

As coisas em si mesmas não são nem boas nem más. É o pensamento que as torna desse ou daquele jeito (William Shakespeare, 1564-1616 - *Hamlet*, Ato II, Cena II).

Este capítulo tem por função apresentar um compilado do estado da arte da área de conhecimento e de seus elementos estruturantes, no intuito de apresentar alguns *insights* que podem ser preenchidos pela construção da teoria substantiva.

Algumas lentes foram apresentadas para compor o arcabouço teórico estruturante da tese, inicialmente, a “acreditação hospitalar” como proposta de melhoria da qualidade da assistência à saúde. Precedido pelo “pensamento complexo” aceito como uma linha norteadora para entendimento das interações da organização hospitalar. Seguido pelo estudo das “instituições”, que balizam o fazer da complexa teia organizacional da saúde.

### 2.1 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

Excelência é uma habilidade que se conquista com treinamento e prática. Nós somos aquilo que fazemos repetidamente. Excelência, então, não é um ato, mas um hábito (ARISTÓTELES, 384-322 a.C).

Iniciativas de melhoria da qualidade na assistência à saúde em hospitais são relatadas em diversos países (HASAN; KERR, 2003; ALAVI; MAHAMOUD, 2008; EL-JARDALI et. al., 2008; GREENFIELD; PAWSEY; BRAITHWAITE, 2011; ALONAZI, 2013; MUMFORD et al., 2014), bem como no Brasil (PORTELA; SCHMIDT, 2008; ALÁSTICO, 2011; SEIFFERT, 2013; ARAUJO; FIGUEIREDO; FIGUEIREDO, 2015; OLIVEIRA et al., 2017), e recebem neste tópico um lugar de destaque.

Primeiramente é apresentada a acreditação dentro de um processo histórico com sua aplicação em nível mundial, para a seguir traçar sua alocação no sistema de saúde brasileiro. E, finalmente, são apontadas as circunstâncias que direcionam sua opção e consolidação entre os hospitais, como forma de garantir segurança e maior qualidade ao cuidado à saúde.

### **2.1.1 A acreditação hospitalar como um marco nos processos de qualidade nos hospitais**

A qualidade como objeto de atenção da gestão de produção é observada nos primórdios da atividade manufatureira, quando predominava o artesanato. A observação dos aprendizes pelos mestres-artesãos, era a principal ferramenta de controle da qualidade, com o objetivo de evitar falhas no processo de manufatura (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

No século 20, com o desenvolvimento da indústria e a elevação da produtividade, houve alterações significativas nos processos laborais, em especial, com a divisão do trabalho em tempos e movimentos implantada por Henry Ford. O uso intenso de máquinas na produção e o surgimento da preocupação com a uniformidade dos produtos originaram a atividade de inspeção, com intenção de averiguar o produto final e separar os defeituosos, evitando erros na comercialização (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002). Considera-se esta a fase embrionária do movimento da qualidade, com o objetivo de sistematizar a qualidade por meio de medidas e de gabaritos como modelos padrão (GARVIN, 2002). Taylor com a administração científica consolidou este período.

Por volta de 1930, surgiram os Departamentos de Engenharia de Produção que usavam instrumental estatístico voltado à medição e controle da qualidade. Representando a segunda fase do movimento da qualidade, Shewhart como mentor, defendeu a impossibilidade de que duas peças fossem exatamente iguais, pois existiria, certo grau de variabilidade inerente ao produto, em função de matéria-prima, das máquinas ou dos operadores. A vigilância ao grau de variação suportável que não levasse efetivamente a problemas, passou a ser embutida ao processo de produção, dando origem ao controle estatístico por amostragem, com a criação de técnicas de limites aceitáveis durante todo o processo de fabricação e não apenas ao final (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002; GARVIN, 2002).

A Segunda Guerra Mundial trouxe a exigência de confiabilidade nos armamentos, bem como, a necessidade de maior volume de produtos, e, conseqüentemente, a diminuição do tempo de inspeção, passando a predominar o uso do controle estatístico do processo por amostragem, com ganhos em produtividade e qualidade na indústria (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Nos anos 50 e 60 houve uma significativa evolução no gerenciamento das empresas, sobretudo, no Japão, motivada pela



necessidade de reconstrução da economia após a guerra. Deming, Juran e Feigenbaum empreenderam esforços no exercício de práticas gerenciais voltadas para a qualidade nas organizações japonesas. Iniciou-se, assim, a Era da Garantia da Qualidade, cujo objetivo era prevenir os problemas, indo além do controle estatístico (GARVIN, 2002).

Naquela época, surgiram novos conceitos no processo de qualidade, sendo eles: i) a quantificação dos custos da qualidade – custos evitáveis (JURAN, 1951); ii) o controle total da qualidade – padronização, bons fornecedores, controle de produção e satisfação do cliente (FEIGENBAUM, 1956); iii) a engenharia da confiabilidade - durabilidade e funcionalidade; e, iv) o zero defeito - evitar perdas, retrabalho, observar aspectos comportamentos no gerenciamento das organizações (GARVIN, 2002).

Observa-se que, até esse momento, os elementos que representam a qualidade têm uma abordagem mecanicista, no entanto, a organização é um fenômeno social, ou seja, não a representavam em sua totalidade. Somente na metade do século passado é que este pormenor começou a ser modificado.

Posteriormente, a preocupação com os custos de produção, o acirramento do mercado concorrencial, a criação de leis e códigos de defesa do consumidor e o nivelamento tecnológico, fizeram com que a busca da qualidade passasse a ser considerada um diferencial às organizações. Em 1957, em Genebra (Suíça), iniciou-se o desenvolvimento das certificações *International Organization for Standardization* (ISO), que incorporam rigorosos parâmetros de avaliação da performance organizacional, um marco para o movimento da qualidade no mundo (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Adentrando-se no século XXI, vivencia-se a gestão estratégica da qualidade, que envolve o uso de técnicas comportamentais, a formação de equipes que pensam e executam os projetos, a ênfase nos processos e fluxos de trabalho a partir da estruturação organizacional e a utilização do conceito de clientes internos e externos, cuja satisfação é o objetivo maior. É uma abordagem que engloba um caleidoscópio de junções difíceis de enquadrar em um esquema prescritivo simplificado, havendo necessidade de profundo entendimento da organização (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002). Além disso, envolve a responsabilidade social das empresas com o seu ambiente externo, potencializando seu uso em vários setores da economia, notadamente no setor de serviços (GARVIN, 2002).

Neste sentido, esta tese que tem um hospital por objeto de

estudo, parte deste breve histórico geral para agora situar o leitor no percurso da qualidade atrelada à saúde. Qualidade esta percebida remontado, 400 anos a.C. e ao famoso juramento de Hipócrates que refere “*primum non nocere*”<sup>2</sup>. A seguir, tem-se, a considerada primeira legislação sobre a qualidade da assistência em saúde, o Código de Hammurabi (200 anos a.C.), escrita pelo imperador da Babilônia, que em sua essência preconizava “*não causar mal a alguém*” (QUINTO NETO, 2000; PORTELA; SCHMIDT, 2008).

E assim, por centenas de anos o médico se manteve como o único responsável pela assistência do paciente, assim como, pela qualidade a ela implícita. Essa percepção foi alterada em 1854, quando na Guerra da Criméia, a enfermeira inglesa Florence Nightingale introduziu algumas medidas inovadoras que melhoraram o ambiente de cuidados aos pacientes, nos campos de batalha, tais como ventilação e uso de desinfetantes, diminuindo, consideravelmente, a taxa de mortalidade nos hospitais (ZANON, 2001).

Recentemente, o conceito de cuidado passou a envolver toda uma equipe de profissionais qualificados no cuidado ao paciente – médico, nutricionista, enfermeiro, farmacêutico, fonoaudiólogo, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional, fisioterapeutas, enfim, uma equipe multiprofissional. Ou seja, o “trabalho em equipe é uma estratégia que contempla a articulação das ações e dos saberes dos diversos profissionais inseridos neste ambiente, promovendo a integralidade do cuidado” (CAMELO, 2011, p. 734).

Para percorrer este caminho, Feldman, Gatto e Cunha (2005) comentam que, em 1913, iniciou-se efetivamente a sistematização da qualidade da assistência hospitalar, com os trabalhos publicados por Ernest Armory Codman, cirurgião norte-americano, o que fortaleceu o debate sobre a padronização dos hospitais. Em 1917, o *American College of Surgeons* (ACS) implementou o *College's Hospital Standardization*, conhecido como Programa de Padronização Hospitalar (PPH), com objetivo de avaliar a conformidade dos procedimentos realizados pelos cirurgiões com relação a um conjunto de padrões mínimos. Em 1918 foi realizada a primeira avaliação de hospitais nos Estados Unidos. De 692 hospitais avaliados, somente 89 apresentaram conformidade com os padrões mínimos estabelecidos, e o ACS, com temor de alarmar a sociedade, resolveu não tornar público esse resultado. Em contrapartida em 1950, 3290 hospitais foram aprovados

---

<sup>2</sup> Primeiro não cause dano.

pela avaliação do PPH (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1949, o ACS buscou parcerias para apoio e participação com a Associação Médica Americana, a Associação Médica Canadense, o Colégio Americano de Clínicos e a Associação Americana de Hospitais, dando origem em 1951, nos EUA, à criação da Comissão Conjunta de Acreditação dos Hospitais (CCAH), que delegou já no ano seguinte, o programa de Acreditação à *Joint Commission Accreditation of Hospitals*, empresa de natureza privada com intuito de desenvolver instrumentos para promover a melhoria na qualidade do atendimento e maior efetividade nos resultados (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Como a maioria dos hospitais americanos havia atingido os padrões mínimos preconizados, iniciou-se a evolução no grau de exigência, com a publicação, em 1970, do *Accreditation Manual for Hospital* contendo padrões ótimos de qualidade e passando a incluir itens como processos e resultados da assistência (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Em consequência, criou-se a *Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations* (JCAHO), com a missão de promover a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde, respaldada pela busca da excelência, em lugar do padrão mínimo para o funcionamento dos serviços.

Paralelamente, em 1984, surgia a *International Society for Quality in Health Care* (ISQua), associação parceira da Organização Mundial da Saúde (OMS) que observa a qualidade em cuidados de saúde de forma global. Com mais de 100 países participantes, e um conselho com representantes de 5 continentes, a ISQua visa orientar e padronizar o desenvolvimento das agências acreditadoras, além de conduzir o Programa de Acreditação Internacional (IAP) para a certificação ou acreditação de normas contra seus padrões (ADAMS et al, 2002).

Hoje, de acordo com a ISQua (2016), há no mundo mais de 70 agências de acreditação que desenvolvem ou aplicam normas, ou ambos, especificamente para serviços e organizações de saúde, sendo destas 62 credenciadas junto a organização.

Nos EUA, em 1994, foi criada a JCI, com a missão de assistir às organizações de saúde internacionais, às agências de saúde pública, aos ministros da saúde e outros, no desenvolvimento da qualidade e da segurança nos cuidados dos pacientes ao redor do mundo. Atualmente, esta organização possui projetos em mais de 90 países (JCI, 2016), inclusive no Brasil.

A discussão acerca da qualidade da assistência, no entanto,

recebeu um reforço significativo em 1999, quando foi publicado o documento “*To err is human: buidilng a safer health care*” pelo *Institute of Medicine* (IOM), que demonstrou números alarmantes e teve forte impacto sobre a segurança do paciente no mundo. As estimativas demonstraram que entre 44.000 e 98.000 pacientes morriam a cada ano em hospitais americanos em virtude de danos causados durante a prestação de cuidados à saúde. Isto gerou notoriedade, e governos e organizações internacionais se mobilizaram e começaram a tratar a hospitalização como uma das atividades de risco mais elevado existente (KOHNS; CORRIGAN; DONALDSON, 2000).

A OMS, muito em função desta publicação, criou em 2004 o projeto “Aliança mundial para a segurança do paciente”, com o objetivo de alertar para a melhoria e o desenvolvimento de políticas públicas e práticas para mitigar o risco em todo o mundo (CALDANA, 2015). Neste sentido, apresenta-se a seguir um breve relato da experiência do uso da acreditação como instrumento de melhoria dos sistemas de saúde em alguns países.

### **2.1.2 A acreditação hospitalar como instrumento dos sistemas de saúde mundiais**

No contexto mundial, tem-se observado que, nestas últimas décadas, houve uma proliferação em vários países, da aplicação de programas de qualidade nas organizações de saúde, com o objetivo de incrementar seu gerenciamento e melhorar a eficiência destes serviços (SEABRA, 2007).

A acreditação, no entanto, não pode ser intuída apenas como uma ferramenta de qualidade que se oferece à adesão de hospitais. Ela passa a ser compreendida no conjunto das propostas políticas que delimitam sua aplicação em sistemas de saúde reais, bem como em razão das características do arranjo dos serviços de saúde dentro destas redes (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011). Ou seja, cada sistema nacional de saúde, com seus arranjos de financiamento, meios de pagamento e instrumentos de coordenação da rede de serviços, apropriará seu procedimento de acreditação.

Shaw (2006) aponta a acreditação como um mecanismo para introdução da qualidade nos estabelecimentos assistenciais por meio dos sistemas nacionais de saúde. A acreditação é vista, assim, como uma possível estratégia política dos sistemas de saúde, uma ferramenta usada pelos governos para direcionar mudanças em prol da qualidade assistencial.

Porém, as particularidades dos sistemas de saúde vão de encontro às diretrizes e propostas de políticas formuladas pelos seus governos. E, segundo Gurgel Junior e Vieira (2002), as políticas dependem do processo pelo qual incidem e da influência dos atores envolvidos. Os pressupostos apresentados por Tabrizi et al. (2011) corroboram essas afirmações ao pronunciarem que os processos e os padrões da acreditação devem ser desenhados em conformidade com as necessidades de cada país, determinadas pelas características do sistema de saúde, bem como por suas políticas, regulamentações e requisitos socioculturais, embora isso só acontecerá com a evolução e a necessidade nacional da busca por melhorias na saúde local.

Ou ainda, conforme aponta Alástico (2011), muitas vezes, os esforços governamentais e das organizações hospitalares para implantação de programas de gestão da qualidade são justificados pela forma como seus sistemas se encontram. Situações nas quais procedimentos e serviços apresentam demora de atendimento aos usuários, pela falta de leitos, insuficiente capacitação e treinamento dos profissionais da saúde, resultam em acumulação de erros em procedimentos e atividades e, conseqüentemente, na falta de qualidade. Então, o objetivo é promover a garantia e a melhoria dos serviços prestados por meio de sistemáticas estruturadas de gestão.

Em alguns países a participação nos programas de certificação da qualidade é fundamentalmente voluntária, acionada por iniciativa estratégica ou por exigência dos planos de saúde. Em outros países, sobretudo naqueles em que o Estado é o financiador majoritário do sistema de saúde, há padrões de conformidade a serem obedecidos pelo setor de saúde, usualmente qualificados como um padrão mínimo de aceitação e sem cuidado com a melhoria do desempenho (TABRIZI et al., 2011).

E, como a OMS preconiza um arcabouço básico a ser observado na constituição dos sistemas de saúde nacionais, muitos países apresentam semelhanças entre si, além da possibilidade de aprendizado a partir das experiências de terceiros, sobretudo daqueles já bem estabelecidos. Por exemplo, tem-se a utilização do sistema canadense *Canadian Council on Health Services Accreditation* (CCHSA) na Irlanda, o uso do sistema americano JCI em muitos hospitais particulares na Índia e no Brasil e, o emprego do sistema australiano em Hong Kong, sem contar que muitos países adotam e alteram os modelos de acreditação desenvolvidos por outros países (TABRIZI et al., 2011). Enfim, os Estados Unidos foram os pioneiros, seguidos de perto pelo

Canadá e pela Austrália. A acreditação só chegou à Europa na década de 80 (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Neste contexto, tem-se diferentes processos de acreditação com diversos formatos e objetivos governamentais. Por exemplo, a Espanha, mais especificadamente, a Catalunha, comunidade autônoma espanhola mais importante economicamente, iniciou o processo de acreditação em 1981, sendo o primeiro da Europa. A acreditação é voluntária e apresentou inúmeras modificações ao longo dos anos. Atualmente, o programa do governo limita-se aos hospitais de cuidados agudos. O manual só existe em catalão, o que pode ser considerado um complicador ou um indicador de que a preocupação do governo catalão está apenas com os seus hospitais. A visita de avaliação acontece após o recebimento do manual de acreditação. Esta visita tem o intuito de ajudar no diagnóstico da instituição, que tem um período para se adequar aos padrões propostos. Desta forma, a acreditação tem a tarefa de ajudar o hospital a atingir padrões estabelecidos e o hospital deve, ao fim do processo, fornecer as provas de suas conquistas (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Já a acreditação francesa é obrigatória e as unidades de saúde não têm autonomia para decidir participar ou não desse processo. Existente desde 1996, todos os hospitais têm obrigação de se credenciar. O resultado não se apresenta sob a forma de uma certificação. Neste caso, a acreditação é utilizada como uma estratégia ao estabelecimento de uma cultura de qualidade, com possibilidades de transformar o sistema francês de saúde. Ou seja, na França a acreditação se constitui em um mecanismo de controle dos estabelecimentos de saúde e devem-se considerar, pelo menos, dois paradoxos: a acreditação não é voluntária e não fornece um resultado, uma certificação. Essas características advêm da natureza da acreditação americana (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

No Reino Unido a acreditação é oferecida por várias organizações independentes, com o objetivo de estabelecer a melhoria contínua ao sistema de saúde inglês – o *National Health Service* (NHS). O hospital voluntariamente se vincula ao processo, segue padrões de um manual, porém, após a visita de avaliação não há emissão de certificado, apenas um relatório sobre as condições encontradas na instituição que se voluntariou para o processo e recomendações para melhorias. E, há ainda, um tipo específico de acreditação para hospitais de baixa complexidade, para o qual, as organizações têm que se preparar para o processo e a visita é planejada, com emissão de certificados com duração de dois anos (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011).

Tem-se ainda outros exemplos, como o do Irã, onde, de acordo com Karimi et al. (2013) a acreditação é uma ferramenta de avaliação da qualidade de organização de cuidados de saúde, especialmente em hospitais, sendo considerada uma das prioridades do Ministério da Saúde deste país. Há o entendimento por parte do governo de que a acreditação apresenta efeitos positivos para atingir os objetivos do hospital e melhorar a qualidade dos serviços.

No Líbano, primeiro país da Região do Mediterrâneo Oriental a desenvolver e implementar padrões de acreditação, segundo El-Jardali et al. (2008), como em outros países em desenvolvimento, a acreditação está sendo usada como uma ferramenta para a regulamentação do governo, além de garantir a qualidade do atendimento.

Na República da China, a acreditação é obrigatória em hospitais universitários por representar uma garantia de que estes locais de aprendizagem corresponderão às expectativas da sociedade, formando profissionais qualificados (HUANG; WUNG; YANG, 2009).

Já na Tailândia, o Programa de Acreditação Hospitalar Tailândia (HA-Thai) foi estabelecido em 1997, como uma forma de ajudar os hospitais a passar pela recessão econômica em que o país estava passando. Sitakalin (2003) demonstra, em seus estudos com 35 hospitais locais, que passada a crise econômica, os hospitais continuaram a adotar várias iniciativas de qualidade, ademais continuaram a fornecer uma formação de qualidade. Assim, o governo conseguiu seu intento, e com a cultura estabelecida, os hospitais mantiveram seus processos de melhoria contínua.

Percebe-se ainda, que existem modelos antigos, que logo precederam aos Estados Unidos e que já estão consolidados, como nos hospitais australianos que têm sido submetidos a acreditação desde 1974 (MUMFORD et al., 2014). Ao mesmo tempo, vislumbram-se programas jovens, como na Arábia Saudita, que somente em 2005 iniciou a implementação de processos de acreditação para melhorar os programas de saúde.

Com este cenário desenhado, Braithwaite et al. (2012) investigaram os atributos organizacionais dos programas de acreditação em países de baixa e média renda para determinar como ou em que medida esses diferem dos atributos dos referidos programas em países de renda mais alta. Os resultados demonstraram que os programas de acreditação nos países de baixa e média renda exibem características semelhantes às dos países de alta renda. Concluíram também, que há um modelo consistente de acreditação em todo o mundo, centrado em promover a melhoria, aplicar padrões e fornecer *feedback*. A

sustentabilidade do programa de acreditação, independentemente das características do país, é influenciada pelo apoio à política em curso do governo, pela extensão do mercado de saúde, pela estabilidade de financiamento do programa, pelos incentivos à participação, bem como, pelo contínuo aperfeiçoamento e melhoria nas operações das agências de acreditação que coordenam os programas estabelecidos.

Ao se comentar sobre alguns sistemas de qualidade existentes no mundo, cabe lembrar que são as relações internas da acreditação com os sistemas de saúde que lhe dão sentido. Destarte, considera-se a acreditação como um amalgama político de qualificação de serviços de saúde que, ao ser moldada para atender às necessidades e limitações de cada país, modifica sua essência e deixa de ser um modelo padrão (FORTES; MATTOS; BAPTISTA, 2011). Neste sentido, é delineada a seguir, a acreditação no sistema de saúde brasileiro.

### **2.1.3 A acreditação hospitalar no Brasil**

Apresento neste tópico um breve histórico do desenvolvimento da qualidade no Brasil, partindo do pressuposto que, enquanto sistema de saúde, possui características peculiares, as quais somente serão tomadas como assertivas, quando aplicadas à realidade nacional. É relevante lembrar que, no sistema de saúde brasileiro, as iniciativas de classificação e categorização de hospitais e outros serviços de saúde são constituídas unicamente pelo poder público.

Considerada, o primeiro estudo brasileiro com objetivo de melhorar a qualidade nos hospitais, a “Ficha de Inquérito Hospitalar” da Comissão de Assistência Hospitalar do Ministério da Saúde, foi elaborada por Odair Pedroso, em 1935 (QUINTO NETO, 2000). Duas décadas depois, em 1956, foram propostos, por meio do Decreto 25.465, os padrões gerais iniciais, para classificação dos estabelecimentos de saúde. Em 1960, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Previdenciários passou a usar padrões para credenciamento dos serviços hospitalares, considerando os aspectos da planta física, dos equipamentos e da organização. E, a partir de 1970, o Ministério da Saúde passou a desenvolver a qualidade e a avaliação hospitalar por meio de publicação de Normas e Portarias, como forma de regulamentar esta atividade (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Relevante observar que, foi neste período que o SUS<sup>3</sup> foi

---

<sup>3</sup> O atual sistema de saúde brasileiro denominado SUS, foi instituído pela Constituição Federal Brasileira de 1988, em seu artigo 196, que garante a saúde



instituído no Brasil como “um direito de todos” e um “dever do Estado”, passando o sistema de saúde brasileiro a uma configuração universal (BRASIL, 1988).

Como, a partir de 1989, a OMS passou a considerar publicamente a acreditação como elemento estratégico para o desenvolvimento da qualidade na saúde da América Latina, em 1990 foi realizado um convênio com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), a Federação Latino Americana de Hospitais e o Ministério da Saúde para elaborar o Manual de Padrões de Acreditação para América Latina. E, em 1994, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Qualidade para promover esta cultura e estabeleceu a Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde para elaboração das diretrizes do programa e sua disseminação (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Nos anos de 1994 e 1997, o Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, a Academia Nacional de Medicina e o Colégio Brasileiro de Cirurgiões realizaram encontros e simpósios com a participação do CCHSA e JCI, visando a elaboração de um programa nacional de acreditação de hospitais. Com a associação junto a JCI, o Brasil foi integrado ao contexto internacional de avaliação de serviços de saúde (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Em 1997 ocorreu a fundação do Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA) para a elaboração de um consenso entre os padrões de avaliação comuns a todos os programas. E, em 1998, foi lançado o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar, criando também o Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA). Em 1999, foi constituída a ONA, pessoa jurídica de direito privado e sem fins lucrativos, responsável por coordenar o SBA e a implantação das normas técnicas, bem como o credenciamento de Instituições Acreditoras (IACs) e a qualificação dos avaliadores (FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005). Os fundamentos de gestão em saúde são os alicerces do SBA e da ONA e

---

como um direito social de todo cidadão e um dever do Estado (BRASIL, 1988). O modelo dos serviços de saúde prestados pelo segmento público é regido pelos princípios da universalidade (todos têm direito a atenção à saúde), equidade (tratar igualmente os desiguais) e integralidade das ações de saúde (conjunto das necessidades para atender o indivíduo de forma integral), e operacionalizado por meio da descentralização, da regionalização e da hierarquização da rede. A institucionalização do SUS, com o Ministério da Saúde como administrador da rede de saúde, ocorreu por meio da Lei nº. 8080/1990 (BRASIL, 1990). Entende-se o SUS como um sistema de saúde universal.

as organizações de saúde certificadas devem traduzir estes fundamentos por meio de práticas e fatores de desempenho.

Acrescenta-se aqui, o fato de, em abril de 2013, o Ministério da Saúde ter lançado o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que contribuiu com os princípios da acreditação hospitalar e seu desenvolvimento. Este programa tem por objetivo promover e apoiar iniciativas voltadas à segurança do paciente em diferentes áreas da atenção, organização e gestão de serviços de saúde, por meio da implantação da gestão de risco e de Núcleos de Segurança do Paciente nos estabelecimentos de saúde do país (CALDANA, 2015).

A Figura 1 ilustra os principais fatos históricos relacionados à qualidade na área da saúde desde os Estudos de Ernest Godman até o estabelecimento no sistema de saúde brasileiro do processo de acreditação hospitalar, como uma forma de sintetizar o caminho percorrido.

Figura 1 - Linha do tempo da Acreditação Hospitalar

Estudos de Ernest Codman	1913	
Programa de Padronização Hospitalar	1917	
		1935 Ficha de Inquérito Hospitalar
Comissão Conjunta de Acreditação (CCAH)	1951	
<i>Joint Commission Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)</i>	1952	
		1956 Decreto nº. 25.465 – Padrões Gerais para Estabelecimento de Saúde
<i>Accreditation Manual for Hospital</i>	1970	
<i>International Society for Quality in Health Care (ISQua)</i>	1984	
		1988 Constituição Brasileira Art. 198 – Saúde um direito de todos.
		SUS – Sistema Único de Saúde
		1990 Manual de Padrões de Acreditação para América Latina
	1994	1994 Comissão Nacional de Qualidade e Produtividade em Saúde
<i>Joint Commission International (JCI)</i>		Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA)
		1997 Associação a JCI – Brasil integra o contexto internacional de acreditação de saúde
		1998 Programa Brasileiro de Acreditação Sistema Brasileiro de Acreditação (SBA) Manual Brasileiro de Acreditação
<i>“To err is human: buidling a safer health care” do Institute of Medicine</i>	1999	1999 Organização Nacional de Acreditação (ONA)
“Programa Aliança mundial para a segurança do paciente” - OMS	2004	
		2013 Protocolos de Segurança do Paciente

Fonte: elaborada pela autora (2018).

Destarte, nestes mais de, 2400 anos, percorreu-se um caminho que busca o cuidado com a raça humana, pois, mais que certificados, a qualidade na assistência tem por função melhorar o cuidado à saúde da população, sendo a acreditação um instrumento que proporciona entendimento do caminho a percorrer.

E, este estímulo da acreditação pode ser observado em um dos primeiros artigos que trata sobre a acreditação no Brasil, quando Azevedo (1991), em suas pesquisas chamava atenção que, os intensos progressos no campo da avaliação de serviços de saúde em geral e do desempenho hospitalar em particular, apresentam correlações que não somente são sequenciais com o estilo de prática de serviços, mas mostram um padrão interativo de comportamento. Ou seja, à medida que se implantam os procedimentos de avaliação, a prática já assume um estilo compatível com os mesmos, como é o caso da introdução maciça, em anos recentes, dos protocolos de segurança do paciente. Este fato por si só, demonstra a importância deste campo na prática diária dos gestores de saúde, corroborando com o objeto de estudo desta tese: a acreditação hospitalar.

Neste sentido, entende-se no Brasil que a Acreditação Hospitalar é um método voluntário e educativo (THIMMIG, 2007; SEIFFER, 2013; MONTEIRO, 2014) e, ao mesmo tempo, um sistema de avaliação e certificação da qualidade (externa) com padrões pré-estabelecidos que aferem a conformidade a um modelo de qualidade na assistência à saúde (RIBEIRO, 2006; SEIFFER, 2013; MONTEIRO, 2014) capaz de promover mudanças institucionais (CASIMIRO, 2005). Percebida, ainda, como um mecanismo de incentivo (JORGE; CARVALHO; MEDEIROS, 2013) que segue um modelo de boas-práticas que conduzem à cultura da qualidade (SEABRA, 2007).

Nos dias atuais, partindo destes conceitos, os hospitais brasileiros adotam, em maior ou menor grau, três organizações atuando como acreditadoras no Brasil: i) a ONA, reconhecida formalmente pelo Ministério da Saúde como instituição responsável pelo sistema de avaliação da qualidade hospitalar no país ii) a JCI, representada pelo CBA; e iii) a ACI, representada pelo Instituto Qualisa de Gestão (IQG).

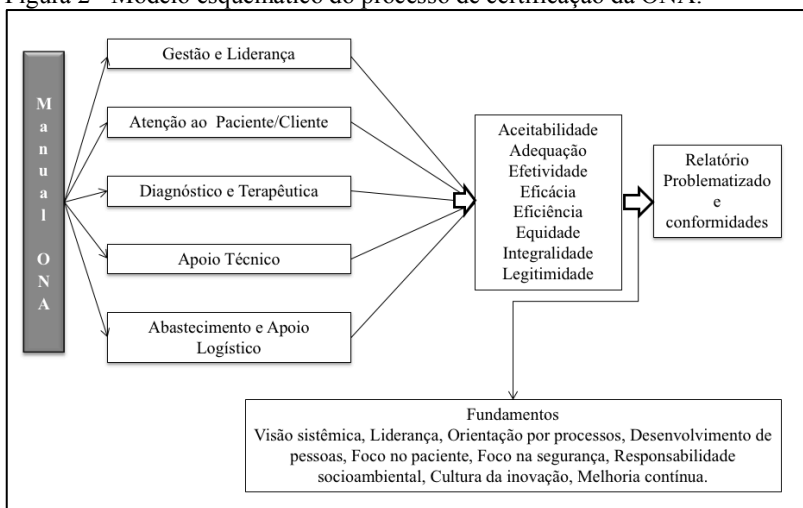
Estas opções são estimadas pelo efeito que o processo educativo de conformação dos padrões desencadeia nos hospitais, bem como por operar como mecanismos de descentralização do incentivo à sua reorganização interna e ao treinamento de pessoal (FAÇANHA; RESENDE, 2010) e são consideradas estratégicas para o desenvolvimento da qualidade dos serviços de saúde na América Latina

pela OMS e pela OPAS (SCHIESARI; KISIL, 2003; FELDMAN; GATTO; CUNHA, 2005).

Observa-se que o processo de certificação concedida pela ONA é um método de avaliação voluntário com objetivo de garantir a qualidade da assistência por meio de padrões pré-estabelecidos no Manual de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (ONA, 2014). E, o processo de avaliação das organizações prestadoras de serviços de saúde é desenvolvido pelos avaliadores das IACs, devidamente credenciadas pela ONA, sendo vedada a prestação de serviços de consultoria/assessoria, bem como a participação de avaliadores no desenvolvimento de planos de ação para a melhoria. Atualmente no Brasil, estão credenciadas seis IACs para realizar os processos de avaliação e acreditação dos hospitais (ONA, 2018a).

O Manual da ONA, como é conhecido, é composto por cinco seções, conforme se observa na Figura 2: i) gestão e liderança; ii) atenção ao paciente/cliente; iii) diagnóstico e terapêutica; iv) apoio técnico; e, v) abastecimento e apoio logístico. Nas seções estão agrupados os processos (subseções) com características e fundamentos semelhantes e que possuem afinidades entre si. A avaliação da ONA é realizada com a utilização do manual no local de forma transversal. A abordagem é sistêmica e permite analisar os processos de trabalho e as relações com os resultados. Cada seção é avaliada sob a ótica de oito dimensões de qualidade que orientam a avaliação do desempenho organizacional: i) aceitabilidade; ii) adequação; iii) efetividade; iv) eficácia; v) eficiência; vi) equidade; vii) integralidade; e, viii) legitimidade (ONA, 2014).

Figura 2 - Modelo esquemático do processo de certificação da ONA.



Fonte: BERTO et al. (2014).

O processo de avaliação, conforme Quadro 2, se dá pela verificação de evidências objetivas que comprovem o cumprimento dos níveis e padrões estabelecidos no Manual da ONA, que podem ser de 3 níveis: a) nível 1: segurança (estrutura); b) nível 2: gestão integrada (processos, organização); e c) nível 3: excelência em gestão (resultados). Relevante observar que o hospital pode não receber a certificação, ficando com o status de “Não Certificado” (ONA, 2014; ONA, 2017).

Ao final da visita é preparado um relatório, conforme observado ao final da Figura 3, sob a orientação do avaliador líder (responsável por sua exatidão). Este documento deve conter o plano de visita executado, o resumo global da avaliação, os pontos fortes por seção, as oportunidades de melhoria por seção, o nível obtido pela subseção, os elementos fundamentais de conformidade por subseção, as não conformidades por subseção, as observações por subseção, o enquadramento dos níveis e o parecer final da equipe de avaliadores (ONA, 2014).

Em acordo com o resultado obtido na avaliação o hospital receberá uma recomendação para um dos níveis de certificação, que consoante a demonstração no Quadro 3, poderá ser: a) acreditado; b) acreditado pleno; c) acreditado com excelência; ou, d) não certificado (ONA, 2014; ONA, 2017).

O certificado é concedido somente após análise pelo Comitê de Certificação da IAC e homologação pelo Conselho de Administração da ONA. Ademais, certificações em nível 3 somente serão homologadas havendo acompanhamento de observador da ONA durante a visita (ONA, 2017), o que garante maior transparência e lisura ao processo.

Quadro 2 - Informações acerca do Manual de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde

Nível	Denominação da Certificação	Princípio	Atributos	Certificação	
				Validade	Visitas de Manutenção
1	Acreditado	Segurança	- Habilitação dos profissionais; - Segurança do paciente; - Normatização da organização da assistência e estrutura; - Configuração dos recursos.	2	A cada 8 meses
2	Acreditado pleno	Gestão integrada	- Normas, rotinas e procedimentos documentados e atualizados, com lógica dos processos; - Interação de Processos.	2	A cada 8 meses
3	Acreditado com excelência	Excelência em gestão	- Demonstração dos ganhos resultantes das boas práticas de gestão. - Inter-relação de resultados de melhoria contínua.	3	Anual

Fonte: Adaptado do Manual de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde (2014) e das Normas Operacionais da ONA n.º. 4 (2017) e n.º.6 (2016).

Para os níveis 1 e 2, conforme Quadro 2, ocorrem duas visitas intermediárias a cada 8 meses para manutenção do título que tem validade de dois anos. Já para o nível 3, estas visitas ocorrem anualmente e o certificado tem validade de 3 anos (ONA, 2014). Segundo dados da ONA (2018b), dos 289 hospitais brasileiros acreditados, são 70 no nível 1, 86 no nível 2 e 133 no nível 3.

Ao comentar sobre a acreditação hospitalar concedida pela ONA, Antunes (2002) afirma que o manual apresenta um modelo de garantia da qualidade voltado especificadamente para hospitais, que pela ênfase no resultado final do processo, diferencia-se de outros mecanismos da qualidade, como a ISO que possui um foco maior no negócio. Ou ainda, como apontado por Fortes, Mattos e Baptista (2011), esta certificação é mais minuciosa, pois, cada setor de uma organização de saúde deve ser acreditado, praticamente individualmente, para que o estabelecimento, como um todo, venha a ser considerado acreditado.

Refletindo sobre o Brasil, Rodrigues (2004) já alertava que para fortalecer o SUS, é relevante implementar uma rede de serviços estruturada, comprometida, capacitada e produtiva, com sistemas e processos eficientes que melhorem o desempenho. Neste sentido, a

acreditação como processo de avaliação e certificação, torna-se essencial, uma vez que, exerce papel na estimulação da prática do planejamento, avaliação e controle, contribuindo com um processo sistemático de melhoria contínua, e, influenciando na qualificação da gestão, tornando-a mais eficiente, comprometida e criativa nas tomadas de decisão.

Para consolidar este alerta, no próximo tópico, apresentam-se estudos relevantes sobre o assunto, como forma de corroborar a importância da acreditação para o progresso da qualidade da assistência nos hospitais.

#### **2.1.4 A bricolagem da acreditação hospitalar**

A literatura tem apontado alguns motivadores que são essenciais à implantação da acreditação hospitalar, sendo o mais relevante - a melhoria dos processos (SCHIESARI, 2004; SHAW, 2004; POMEY et al., 2004; SEABRA, 2007; CHASSIN, 2008; EL-JARDALI et al., 2008; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; SEKIMOTO et al., 2008; GREENFIELD; PAWSEY; BRAITHWAITE, 2011; SACK et al., 2011; DIAB, 2011; TURNER, 2011; OLIVEIRA et al., 2017).

Além disso, a acreditação é empreendida pelas organizações para, por meio de processos, racionalizar a utilização dos recursos e, conseqüentemente, afetar positivamente os resultados financeiros da organização (SITAKALIN, 2003; SHAW, 2004; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008). Ou ainda, para tornar a administração do hospital mais profissional, desenvolver os profissionais e aumentar a segurança dos funcionários (EL-JARDALI et al., 2008; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008; PACCIONI et al., 2008; DIAB, 2011).

Outras pesquisas apontam que os hospitais enxergam na acreditação uma forma de melhorar a comunicação interna (MANZO; BRITO; ALVES, 2013; ALMASABI, 2015), assim como, estimular o trabalho em equipe e motivar os funcionários (SALMON et. al, 2003; MILNER, 2007; PACCIONI et al., 2008; RITZ, 2009). No que tange aos aspectos facilitadores, o trabalho de equipe apresentou-se como o pilar fundamental para o processo de acreditação (BRAITHWAITE, WESTBROOK, 2004; SEABRA, 2007; MANZO, 2009). Outro facilitador está atrelado ao incremento da cultura de mensuração nos hospitais acreditados (SCHIESARI, 2004; SEABRA, 2007).

Os gestores almejam dedicar um cuidado mais humanizado ao paciente, atendendo às expectativas do consumidor (CHASSIN, 2008; PACCIONI; SICOTTE; CHAMPAGNE, 2008). Além disso, há autores

que afirmam que, alguns gestores hospitalares buscam a acreditação por confiar que ela seja capaz de comunicar padrões de excelência aos clientes e aos demais *stakeholders*, como planos de saúde, no caso dos hospitais particulares, e governo, no caso dos hospitais públicos (MIHALIK; SCHERER, 2000; NEVES, 2004; LIU; YANG; OU, 2010).

Para diversos autores, um dos maiores motivadores para os hospitais buscarem a acreditação é a preocupação em aumentar a segurança dos pacientes (SHAW, 2004; SEABRA, 2007; CHASSIN, 2008; GIRAUD-ROUFAST; CHABOT, 2008; TURNER, 2011). A segurança do paciente seria maximizada, com o controle de processos críticos como prontuário do paciente, protocolos de conduta clínica e monitoramento de efeitos adversos (CHASSIN, 2008; DIAB, 2011; TURNER, 2011).

Além de que, o uso de padrões do programa de acreditação e a ampla organização na assistência foram relatados como indutores de elevação da qualidade na prestação de cuidados aos pacientes (SALMON et al., 2003; PIONTEK et al., 2003; KOZHIMANNIL et al., 2009; SEIFFER, 2013). Bem como, melhorias em vários aspectos da qualidade clínica, como reduções na mortalidade e no tempo de permanência (PIONTEK et al., 2003).

Neste sentido, os resultados da pesquisa realizada por Sekimoto et al. (2008) junto a hospitais universitários apontam que, um dos grandes benefícios da acreditação é o impacto positivo no controle de infecções hospitalares. Este estudo foi complementado por Mumford et al. (2015) que sugeriram alguns indicadores e ferramentas adequados para avaliar e monitorar os resultados de acreditação, e comprovaram sua hipótese de que a melhoria das taxas de cumprimento de higiene das mãos e as taxas mais baixas de infecção se correlacionam com a certificação dos resultados.

Reforçando os achados destas pesquisas internacionais, Monteiro (2014) comenta que o setor hospitalar brasileiro tem sido pressionado a realizar mudanças e reformas gerenciais, e observou, em seus estudos sobre a acreditação, que foram em períodos de reorientação do equilíbrio, que as organizações estudadas, de fato, evoluíram. Indicando o processo de certificação como uma ferramenta para romper problemas que foram historicamente cravados na estrutura hospitalar.

Complementarmente, Araujo, Figueiredo e Figueiredo (2015), em pesquisa com 111 hospitais brasileiros acreditados ou em busca deste processo, indicam que a motivação para a busca da acreditação é um construto multidimensional e que aumentar a segurança do paciente é um dos principais motivadores.



Por outro ângulo, são associadas à acreditação hospitalar a qualificação dos profissionais, a eficiência dos serviços prestados, o acesso e ampliação do mercado, o reconhecimento da organização pela comunidade e a segurança da estrutura física (SEABRA, 2007). Além de benefícios ao hospital relacionados ao *status*, à referência e ao lucro (SITAKALIN, 2003; MANZO, 2009). Outra característica positiva que resulta com a acreditação é a imagem positiva do hospital, ou seja, transmite credibilidade ao mercado, bem como, demonstra padrão de excelência para os clientes (SHAW, 2004; SEGOUIN; HODGES, BRECHAT, 2005; MILNER, 2007; SEABRA, 2007; LANDAU, 2010; LIU; YANG; OU, 2010; SACK et al., 2011; TURNER, 2011).

Seabra (2007) aponta como fatores críticos que geram impacto positivo no processo, o envolvimento das lideranças e do grupo médico, o reconhecimento estratégico da qualidade, o foco da organização no paciente e na melhoria contínua, a imersão da organização no processo da qualidade, o trabalho em equipe, o *empowerment* dos funcionários e a abertura da organização às mudanças. Manzo (2009) corrobora ao apontar a capacitação continuada de todos os profissionais como a principal estratégia para a busca constante de melhoramentos.

Schiesari (2004), Shaw (2004), Seabra (2007), El-Jardali et al. (2008), Greenfield e Braithwaite (2008), Diab (2011), Greenfield, Pawsey e Braithwaite (2011), Turner (2011) concordam que a maior eficiência das organizações acreditadas se reflete na otimização de processos. Seabra (2007) comenta ainda, que a melhoria dos processos diminui os custos do desperdício, do retrabalho e oferece um melhor gerenciamento dos recursos aplicados em cada processo.

Outro ponto apontado como um resultado positivo da acreditação é desenvolvimento profissional dos gestores e funcionários (SEABRA, 2007; GREENFIELD; BRAITHWAITE, 2008). El-Jardali et al. (2008), ao estudarem os impactos da acreditação sob o ponto de vista de enfermeiras, concluíram que o envolvimento destes profissionais com o hospital aumentou bastante com o processo de acreditação. Há evidências de que a prática pode melhorar quando for considerada credível e válida pelos médicos (BRADLEY et al., 2004; IVERS et al., 2012). Pesquisa realizada por Diab (2011), com médicos e enfermeiros, revelou que estes profissionais têm uma percepção positiva do efeito da acreditação sobre a gestão do hospital.

Neste caminho, Higashi (2011) aponta que a busca pela melhoria da qualidade dos serviços de saúde constitui uma das lutas das organizações para prezar o atendimento com excelência e para permanecer no mercado competitivo. Neste contexto, o processo de

acreditação hospitalar surge como uma das possibilidades de promoção da qualidade, sugerindo mudanças de valores, hábitos e comportamentos das pessoas envolvidas. Ou mesmo, capaz de promover mudanças permanentes nas organizações de saúde (CASIMIRO, 2005).

Greenfield, Pawsey e Braithwaite (2011) observaram que a participação do hospital no processo de acreditação promoveu uma cultura de qualidade e segurança que cruzou as fronteiras organizacionais. Os *insights* sobre a motivação dos trabalhadores podem ser aplicados para contratar pessoal, promover a aprendizagem, superar limites organizacionais e melhorar os serviços. Manzo (2009) garante que no que tange os aspectos facilitadores, o trabalho de equipe se apresentou como o pilar fundamental para processo de qualidade. E, os diretores foram considerados como sendo os principais instigadores do hospital para obtenção do certificado de acreditação (SITAKALIN, 2003; CASIMIRO, 2005).

Karimi et al. (2013) comentam que, a acreditação colabora para o controle, estabelecimento de sistemas de informação adequados, transparência das informações e mudança da atitude geral da organização. Além de levar a efeitos positivos para atingir os objetivos do hospital e melhorar a qualidade dos serviços. Ainda com relação aos benefícios da acreditação, Almasabi (2015) aponta o desenvolvimento de comunicação mais fluída, a definição de uma cultura local de trabalho, a satisfação do paciente e a implementação da missão e visão organizacional

Acerca do fator humano, Nandraj et al. (2001) concluíram que médicos, administradores e representantes de planos de saúde valorizam hospitais acreditados. E, os estudos de Dutton et al. (2003), indicam que as intervenções para aumentar a diversidade de profissionais e a interdependência da equipe multiprofissional levaram a uma série de resultados organizacionais, incluindo diminuição no número de reinternações, queda nas taxas de permanência, e conseqüentemente, redução nas despesas hospitalares.

Ademais, a organização acreditada encontra facilidade na captação de melhores profissionais que procuram um lugar diferenciado para trabalhar, conforme também relata Shaw (2004), ao abordar os benefícios da acreditação para os hospitais. Além de que, os resultados da pesquisa de Schiesari (2004), também, demonstram que a acreditação é capaz de provocar mudança na cultura do hospital, estimulando o estabelecimento de padrões, de ciclos de melhoria contínua e o uso de indicadores.

E, estudos realizados por Casimiro (2005), demonstraram que a

participação da maioria dos profissionais nos processos de acreditação foi motivada pelo desejo de aprender e desenvolver novas práticas que conformasse a melhoria da qualidade da assistência. As relações positivas com o emprego da acreditação hospitalar emitem maior reflexo quando associadas à prática assistencial, e se observa que o trabalho da equipe multidisciplinar centrada nos cuidados do paciente tem sido associado ao alto desempenho das organizações (BRAITHWAITE, WESTBROOK, 2004).

Outros aspectos que se tornam favoráveis aos processos de acreditação são integração da gestão, confiança do público na qualidade do serviço, publicidade dos resultados, aplicabilidade internacional, atualização periódica dos padrões, inovação, estruturação da base de dados organizacionais, gestão da informação (TABRIZI et al., 2011)

E, por ser tratada ainda como um reconhecimento da qualidade da organização de saúde, a acreditação pode ser vinculada a uma ferramenta de *marketing*, transmitindo uma imagem de credibilidade ao mercado (SHAW, 2004; POMEY et al., 2005; SEABRA, 2007; LIU; YANG; OU, 2010; TURNER, 2011; TABRIZI et al., 2011), e comunicando valor aos pacientes (POMEY et al., 2005; MILNER, 2007; SACK et al., 2011). Estudos indicam que os pacientes valorizam a busca por qualidade e segurança nos serviços de saúde e que a acreditação demonstraria que o hospital atende a estes requisitos (BUETOW; WILLINEGHAM, 2003; SEABRA, 2007). Aumentar a satisfação dos pacientes e seus familiares pode, também, ser um dos focos de interesse dos hospitais (ALMASABI, 2015) e, no entendimento de Paccioni et al. (2008), este é um dos maiores frutos da busca da acreditação hospitalar.

Além das motivações internas, pressões externas, exercidas pelo mercado, pelo governo, por planos de saúde, pacientes, familiares e profissionais da área, podem ser um forte estímulo à acreditação (CHASSIN, 2008; LANDAU, 2010). No caso dos hospitais públicos, a pressão externa pode vir do governo, que enxerga a acreditação como um importante mecanismo de controle da qualidade dos hospitais (NANDRAJ et al., 2001) e, no caso dos hospitais particulares, dos planos de saúde (FRANKO, 2002).

Como forma de dinamizar o entendimento das melhorias ocasionadas com a acreditação, o Quadro 3, apresenta-as organizadas em três categorias: a) organizacionais -aquelas sistêmicas dentro do ambiente hospitalar; b) assistenciais - voltadas ao atendimento ao paciente; e, c) externas - vinculadas aos resultados refletidos para além dos muros do estabelecimento.

Quadro 3 - Melhorias alavancadas com o processo de acreditação hospitalar.

Melhorias	Descrição	Autores
Organizacionais	Melhoria de processos	Pomey et al. (2004); Schiesari (2004); Shaw (2004); Seabra (2007); El-Jardali et al. (2008); Chassin, (2008); Greenfield e Braithwaite (2008); Sekimoto et al. (2008); Greenfield, Pawsey e Braithwaite (2011); Diab (2011); Turner (2011); Sack et al. (2011); Oliveira et al., 2017
	Envolvimento/Comprometimento dos profissionais de saúde (lideranças, funcionários, médicos)	Schiesari (2004); Seabra (2007); El-Jardali et al. (2008)
	Cultura da qualidade (melhoria contínua)	Schiesari (2004); Seabra (2007); Greenfield, Pawsey e Braithwaite (2011); Oliveira et al., 2017
	Trabalho em equipe (interdisciplinaridade e equipe multiprofissional)	Salmon et al. (2003); Braithwaite, Westbrook (2004); Seabra (2007); Milner (2007); Paccioni et al. (2008); Ritz, (2009); Manzo (2009)
	Educação Continuada	Seabra (2007); Manzo (2009)
	Diminuição de desperdícios	Sitakalin (2003); Dutton et al. (2003)
	Melhor gestão dos recursos	Sitakalin (2003); Shaw (2004); Seabra (2007); Greenfield; Braithwaite (2008); Diab (2011); Mendes; Mirandola (2015)
	Segurança da estrutura física	Seabra (2007)
	Utilização de ferramentas de qualidade (indicadores, PDCA)	Schiesari (2004); Seabra (2007); El-Jardali et al. (2008)
	Desenvolvimento profissional	Greenfield e Braithwaite (2008); El-Jardali et al. (2008); Paccioni et al. (2008); Diab (2011).
	Comunicação fluída	Milner (2007); Paccioni et al. (2008); Ritz (2009); Manzo, Brito e Alves (2013); Almasabi (2015)
	Melhor Clima Organizacional	Schwendimann et al. (2013); Almasabi (2015)
	Tecnologia da	Tabrizi et al. (2011); Karimi et. al.

	informação	(2013)
	Inovações	Tabrizi et al. (2011)
Assistenciais	Foco na segurança/cultura do paciente	Greenfield, Pawsey e Braithwaite (2011); Schwendimann et al. (2013); Seiffer (2013); Araujo, Figueiredo e Figueiredo (2015); Mendes; Mirandola (2015)
	Redução da taxa de mortalidade	West et al. (2002); Piontek et al. (2003)
	Diminuição da média de permanência	Dutton et al. (2003); Piontek et al. (2003)
	Controle da infecção hospitalar	Mumford et al. (2015); Sekimoto et al. (2008)
	Melhoria na qualidade do serviço assistencial	Piontek et al. (2003); Salmon et al. (2003); Kozhimannil et al. (2009); Seiffer (2013)
	Melhor gerenciamento de riscos (relacionados à assistência)	Schwendimann et al. (2013)
	Melhor prática médica	Bradley et al. (2004); Ivers et al. (2012)
	Diminuição das reinternações	Dutton et al. (2003)
Externas	Comunicar padrões de qualidade aos <i>stakeholders</i>	Mihalik; Scherer (2000); Neves (2004); Milner (2007); Pomey et al. (2005); Liu; Yang; Ou (2010); Sack et al. (2011)
	Reconhecimento da organização	Nandraj et al. (2001); Buetow; Willinegham (2003); Seabra (2007)
	Ampliação do mercado	Seabra (2007), Higashi (2011)
	Imagem positiva do hospital	Sitakalin (2003); Shaw (2004); Pomey et al. (2005); Segouin, Hodges e Brechat (2005); Milner (2007); Seabra (2007); Manzo (2009); Landau (2010); Liu; Yang e Ou (2010); Sack et al. (2011); Turner (2011); Tabrizi et al. (2011)
	Referência / <i>Benchmarking</i>	Bukonda et al. (2000); Sitakalin (2003); Manzo (2009)

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Entretanto, existem nas organizações hospitalares algumas especificidades de natureza econômica e organizacional que podem se colocar como possíveis obstáculos à introdução de programas de

qualidade. Obstáculos encontrados em face dos elementos estruturais e das especificidades dessas organizações, que podem inviabilizar os resultados dos referidos programas se aplicados de forma superficial (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Casimiro (2005) e Seabra (2007) observam que o principal fator a dificultar a implementação da acreditação nas organizações hospitalares é a cultura do grupo médico, que demonstra certa resistência ao processo (CASIMIRO, 2005). Da mesma forma, pesquisa realizada por Sack et al. (2011) indicou que médicos e outros profissionais da saúde ainda se sentem reticentes em relação à acreditação, enxergando-a como um exercício burocrático, que os desvia das suas funções- alvo.

Focando na subcultura médica, a gestão do corpo clínico se mostra difícil pela ausência de relação contratual (geralmente os médicos são contratados como terceiros por meio de empresas jurídicas), além da burocracia profissional da classe médica (MINTZBERG, 2003; HALL, 2004). Porém, esses aspectos não representam um impeditivo para a implementação da acreditação (SEABRA, 2007). A gestão do hospital precisa desenvolver ações de aproximação e controle do corpo médico e, no momento em que o profissional percebe os benefícios do controle dos processos que levam a segurança da sua própria prática profissional, eles passam a aderir (CASIMIRO, 2005; SEABRA, 2007; MANZO, 2009; SACK et al., 2011).

No entanto, há estudos que indicam que os profissionais reconheceram que o grande desafio enfrentado é o da manutenção do processo de acreditação (MANZO, 2009). Entre as variáveis que maior impacto se cita a comunicação, a mudança de gestão (RIBEIRO, 2006), a falta de incentivos, as pressões externas, as políticas, a cultura organizacional (DEVERS; PHAM; LIU, 2004), a sistematização dos registros (ANTUNES, 2002), as restrições de custo e de recursos, e, o envolvimento da equipe (MANZO, 2009).

Antunes (2002) apresenta como maiores dificuldades para implantação da acreditação, por meio da ONA, a mudança de cultura, o envolvimento da equipe e a sistematização dos registros. Porém, após superadas essas ditas dificuldades, elas passam a ser consideradas como as principais vantagens obtidas.

Observam-se, no entanto, vários estudos que apontam falta de evidências empíricas que levem a comprovação do benefício da acreditação para alguns fatores organizacionais. Por exemplo, Manzo (2009) comenta que não há entre os funcionários pesquisados um senso

comum, pois, no que se refere aos pacientes, a visão dos profissionais demonstra segurança e confiabilidade no bom atendimento desenvolvido com a padronização de técnicas e o respaldo na cientificidade do cuidado. Porém, há preocupação de alguns funcionários relacionada ao distanciamento do executor envolvido com o processo de qualidade em relação ao paciente, relatam burocracia do processo, o que leva à fragmentação do cuidado, além de facilitar um afastamento entre o cuidador e o paciente. Ou ainda, em pesquisa desenvolvida por Paccioni, Sicotte e Champagne (2008) a acreditação não tem efeitos significantes na percepção dos funcionários.

Estudos, como o de Shaw (2004), afirmam que o processo de acreditação racionaliza recursos financeiros. Apesar disso, Seabra (2007) aponta dificuldade em seus estudos na mensuração objetiva dos custos na saúde. Comenta que, a acreditação pode ocasionar um aumento inicial nos custos da organização, e, após diminuição, ou, pelo menos, contenção dos mesmos. Porém, não há evidência disponível para verificar quanto a qualidade dos processos realmente diminui os custos do hospital, por exemplo com a diminuição da média de permanência ou da morbidade ou das infecções hospitalares.

No mesmo caminho, Greenfield e Braithwaite (2008) ao analisar 66 artigos publicados sobre acreditação, concluíram que os resultados são inconsistentes quanto ao impacto da acreditação no desempenho financeiro do hospital. Acredita-se que, pela dificuldade de clareza sobre o assunto, este não é um motivador da acreditação.

Mumford et al. (2013) realizaram estudos para identificar e analisar as pesquisas sobre o uso da avaliação econômica no serviço de saúde onde é empregada a acreditação e demonstram que não há evidência de que a acreditação melhora a segurança e qualidade de atendimento ao paciente. Demonstrando como é difícil projetar e conduzir avaliações desta natureza, sem uma compreensão mais robusta e explícita dos custos e benefícios envolvidos.

Greenfield e Braithwaite (2008) alegam falta de evidências suficientes para se afirmar que pacientes e/ou familiares de fato valorizam hospitais que são acreditados. E, Almasabi (2015), em sua tese demonstra que, apesar de algumas melhorias nos procedimentos reconhecidos, a acreditação não foi associada a melhores resultados. Reforçando achados de Merkow et al. (2014), que encontraram bom desempenho na maioria das medidas do processo de acreditação, mas não em medidas de resultados.

Algumas dimensões carecem de observação, pois podem prejudicar a implantação e continuação dos processos de qualidade nos

hospitais, em especial pelo objeto de estudo da tese se referir a serviços públicos, e estes estarem inclusos em um sistema de saúde universal. Em acordo com Gurgel Júnior e Vieira (2002) estas dimensões podem assim ser explícitas:

- i) Antropofagia: simples transposição de modelos criados em uma realidade sociocultural específica (exemplo, Estados Unidos) para outra com grande possibilidade de gerar problemas de conflito entre os pressupostos básicos da técnica e os valores centrais da sociedade em que se encontra a organização que irá adotar (exemplo, África do Sul). Faz-se necessário, detalhada análise que identifique os pressupostos e os compare com os valores básicos da cultura local, identificando possíveis adequações ao modelo a implementar.
- ii) Eficiência: a noção de eficiência tem como pressuposto a racionalidade instrumental, que implica, necessariamente, uma dimensão econômica que envolve a relação custo-benefício. E, as organizações públicas, entre elas - os hospitais, devem subordinar o conceito de eficiência a critérios superiores de eficácia, efetividade e relevância. Uma organização pública que trata diretamente com a vida das pessoas não pode ser dirigida pela lógica da acumulação lucrativa, sob pena de pôr em cheque a própria razão de sua existência. A eficiência não é a única e, em algumas circunstâncias, nem a mais importante das dimensões.
- iii) Profundidade da análise organizacional: uma visão de qualidade limitada aos seus aspectos instrumentais não permite observar com clareza a complexidade das organizações. É preciso observar as coalizões de poder interno, os objetivos organizacionais operativos e a cultura institucional antes da sua implementação. A adoção de critérios de excelência, expressos em manuais de qualidade, aliados a simples definição de metas mobilizadoras e elaboração de planos de melhoria, sem uma visão do ambiente organizacional, pode ocasionar sobretudo em uma perspectiva de resultados no curto prazo, a descontinuidade do processo (MISOCZKY; VIEIRA, 2001).
- iv) Grupo dominante: a implantação e o gerenciamento da qualidade variam em função do grupo dominante interno na arena política da organização, que os conduzem de acordo com seus interesses corporativos, negociando as divergências e conflitos de forma a permitir sua hegemonia.



Observar estes pontos pode ser de fundamental valor quando se deseja implantar e manter processos de qualidade na assistência hospitalar. No cenário delimitado, poucos trabalhos brasileiros sugerem variação ao modelo da ONA. Um deles é o estudo desenvolvido na tese de Thimmig (2007), que sugere um modelo a partir do instrumento da ONA, utilizando a sistemografia como ferramenta de modelização de sistemas. Os sistemógrafos permitem observar e eliminar redundâncias e ciclos que são (ou não) importantes para o processo propriamente dito, proporcionando, assim, a sua visualização sistêmica, identificando pontos que permitam sua racionalização, seu aumento de flexibilidade e sua agilização. O uso dos modelos propostos pelo método permitiu facilitar e racionalizar o próprio processo de acreditação, evitando que eventuais faltas, necessidades ou redundâncias viessem a ocorrer, uma vez que são evidenciadas.

Em outro estudo, Seiffert (2013) estruturou um modelo lógico-teórico de auditoria interna com o objetivo de preparar o hospital para a acreditação, onde um grupo interno (escolhido e treinado para a função) atua como agente de transformação da unidade, provendo ações que conduzem a um ambiente de cuidado seguro e de qualidade.

Com base neste aporte teórico, voltamos a Rodrigues (2004), ao apontar a acreditação como um método de avaliação de apelo: a) social, ao demonstrar preocupação com a qualidade do cuidado, centrada no paciente sem abandonar profissionais e o ambiente; b) econômico quando financiadores e usuários aumentam suas exigências pela qualidade; e c) político-social ao buscar garantir a qualidade do cuidado da atenção e do bem-estar do cidadão.

Percebe-se, assim, que a qualidade aplicada às organizações hospitalares é capaz de provocar discussões teóricas e um desafio a sua aplicabilidade prática. Este processo nos coloca diante de vários questionamentos, motivo pelo qual a acreditação carece de exaustivos estudos, como forma de desenvolver modelos de gestão mais adaptados às peculiaridades e especificidades destas organizações, considerando a complexidade do seu ambiente institucional (GURGEL JÚNIOR; VIEIRA, 2002).

Desta forma, nos parece *sine qua non* aprofundar os conhecimentos referentes ao pensamento complexo e às instituições, para a posterior, compreender o pensar e o fazer organizacional desenvolvido em organizações hospitalares que se enveredam no caminho da melhoria da qualidade assistencial.

## 2.2 PENSAMENTO COMPLEXO

Tomemos uma tapeçaria contemporânea. Ela comporta fios de linho, de seda, de algodão e de lã de várias cores. Para conhecer esta tapeçaria seria interessante conhecer as leis e os princípios relativos a cada um desses tipos de fio. Entretanto, a soma dos conhecimentos sobre cada um desses tipos de fio componentes da tapeçaria é insuficiente para se conhecer esta nova realidade que é o tecido, isto é, as qualidades e propriedades próprias desta textura, como, além disso, é incapaz de nos ajudar a conhecer sua forma e sua configuração (MORIN, 2007a, p. 85).

A história da filosofia ocidental e oriental apresenta artefatos e elementos que nos conduzem a um pensamento da complexidade. Na Antiguidade, o pensamento das relações dialógicas entre o *yin* e o *yang*; Lao Tsé dizia que a união dos contrários era o pilar da realidade; Heráclito, no século XVII, passou a tecer associações de termos contraditórios; Pascal, na idade clássica, com a teoria da probabilidade, escrutinou a incerteza; mais tarde, Kant evidenciou a razão e seus limites; Leibniz, com as monodas, apresenta a unidade complexa da unidade do múltiplo; Spinoza arbitra o conceito da autoprodução do mundo; Hegel traz à luz a dialética e Marx a dialógica; Nietzsche abala a certeza; Adorno, Horkheimer e Lukács trazem elementos para uma concepção da complexidade. Balzac, Dostoievski e Proust, no século passado, com seus romances, revelaram a complexidade humana; na contemporaneidade, o pensamento complexo aflora nos estudos de diferentes disciplinas, com a matemática de Wiener, von Neumann, von Foerster, na termodinâmica de Prigogine, na biofísica de Atlan e na filosofia de Castoriadis (MORIN, 2003).

Segundo Morin (2003), as revoluções científicas deste último século estimularam o pensar complexo. A primeira revolução sucedeu-se com a incerteza da termodinâmica, da física quântica e da cosmofísica, que geraram reflexões epistemológicas de Popper, Kuhn, Holton, Lakatos, Feyerabend, em que a ciência deixa de ser certeza, passa à hipótese; uma teoria provada não é definitiva. A segunda revolução, a revolução sistêmica, introduz a auto-eco-organização. Nesse sentido, o pensamento complexo trata da incerteza e ao mesmo tempo concebe a organização.

Destarte, o modo complexo de pensar une e ilumina diferentes

problemas e soluções, visto a amplitude de suas bases. Deste modo, a tapeçaria de Morin (2007a), que abre este tópico, ou o “Procedimento de retalhos” de Kauffman (1995) ilustra bem esta complexidade.

Pegue uma tarefa difícil e carregada de conflito, na qual muitas partes interagem, e divida-a em uma colcha de retalhos. Tente organizar dentro de a cada retalho. Conforme isso ocorre, devido às conexões entre dois retalhos, uma ‘boa’ solução encontrada em um retalho muda o problema a ser resolvido pelas partes em retalhos adjacentes. Uma vez que mudanças em cada retalho vão alterar os problemas confrontados pelos retalhos vizinhos e os movimentos adaptativos destes retalhos por sua vez alterarão o problema encarado por ainda outros retalhos, o sistema é exatamente como nosso modelo de sistema em co-evolução (Kauffman (1995, p. 252).

Esse caminho é percorrido por muitos estudiosos que contribuíram/contribuem para a evolução da revolução sistêmica e a discussão de um pensar complexo. Entre eles Luhmann, que trata a complexidade sob a perspectiva da observação (sob o ângulo de um observador de segunda ordem) e da descrição, entendendo o mundo como a mais alta unidade de referência (LUHMANN, 1973). O mundo não possui entorno, por não ser delimitado, também não pode ser o entorno, pois não pressupõe um interior. Ele engloba todos os sistemas, tudo acontece no mundo. A complexidade do mundo é, para este autor, o problema central de sua análise funcional-estrutural. O que é possível, só é possível no mundo (NEVES; NEVES, 2006).

É neste contexto que os sistemas sociais assumem a sua função de redutor da complexidade, intervindo entre a derradeira complexidade do mundo e a restrita habilidade do homem em trabalhar a complexidade (LUHMANN, 1990). A partir deste autor, os sistemas não são mais vistos como uno, mas como a soma das partes, diferenciadas segundo a sua relação com o entorno. Assim, os sistemas sociais atuam para a diminuição da complexidade, ao mesmo tempo que constituem sua própria complexidade. Para tal, o sistema se fecha operacionalmente em relação ao entorno, gerando seus próprios elementos – *autopoiesis*, onde ocorre a evolução. Neves e Neves (2006, p. 192) corroboram que “diferenciação entre sistema e entorno ocorre quando o sistema passa a atuar seletivamente” e “a constituição de sistemas é resultado, pois, da redução de complexidade do mundo, através de uma operação de

distinção entre o que é sistema e o que é entorno”, sendo o último mais complexo que o primeiro, por juntar todas as possíveis relações, acontecimentos e processos.

Desta forma, sob o olhar da revolução sistêmica, o sistema decompõe-se, de um lado, em subsistemas e, de outro, em elementos e relações. A complexidade é “quando num conjunto inter-relacionado de elementos já não é possível que cada elemento se relacione em qualquer momento com todos os demais, devido a limitações iminentes à capacidade de interconectá-los” ocorrendo ali a “obrigação à seleção, obrigação à seleção significa contingência e contingência significa risco” (LUHMANN, 1990, p. 69). Destarte, no mundo contemporâneo, os sistemas reais apresentam a necessidade da manutenção da seleção dos elementos, ou seja, a organização seletiva da *autopoíeses* do sistema (NEVES; NEVES, 2006).

Voltando à descrição de complexidade de Luhmann, ao introduzir o observador no sistema complexo, passa-se a tratar a complexidade para além de uma operação, é tratada como um conceito de observação e de descrição, que pode ser, inclusive, de auto-observação e autodescrição. Assim, para Luhmann (1999, p. 136), “a distinção que constitui a complexidade assume a forma de um paradoxo: complexidade é a unidade de uma multiplicidade”.

O pensar complexo perpassa também por outros autores, como Prigogine e Stengers (1991) que, a partir da termodinâmica, evidenciam uma pluralidade de tempos e na física liberam a flecha do tempo, bem como sua dimensão criativa e organizacional. A flecha do tempo está presente em todas as formas da natureza, indicando o aparecimento de acontecimento, de novas mostras que atestam a sua capacidade criadora. Assim, “a flecha do tempo não está associada ao declínio, mas, ao contrário, à possibilidade de bifurcação, de novidade, de criatividade” (PRIGOGINE, 2009b, p.82).

Assim, “quanto mais complexa for a sociedade, mais importantes são os efeitos não-lineares, mais numerosos os pontos de bifurcação (...) leis deterministas não são suficientes quando procuramos conhecer o futuro” (PRIGOGINE, 2009c, p.105). São necessárias leis que aludem probabilidades, onde o mundo é semelhante a um romance, com histórias que se ligam umas às outras, evoluindo até a nossa própria história (PRIGOGINE, 1996).

Stacey (1996), outro dos estudiosos, comenta sobre a existência de um paradigma dominante de gestão, caracterizado pelo uso de fórmulas mágicas que solucionam todos os problemas organizacionais. Empresas estão habituadas a usar soluções reproduzidas há bastante

tempo e que exibem falhas, por não observar as peculiaridades e complexidades de cada local ou situação. Neste sentido, de acordo com Boeira, Stürmer e Inácio (2013), Stacey propõe tratar as organizações como um sistema adaptativo complexo, no qual há diferentes agentes interagindo por meio de *schemas*, que são como regras de comportamento entre esses envolvidos. Estes sistemas aprendem, evoluem e estão em frequente interação com outros sistemas adaptativos complexos. Segundo Stacey (1996, p. 284), os sistemas “aprendem ou evoluem de um modo adaptativo: eles computam informação de forma a extrair regularidades, construindo esquemas que são continuamente modificados à luz da experiência”.

Adiante em seus estudos, Stacey e Griffin (2005) refletem sobre a perspectiva dos *complex responsive processes* nos estudos organizacionais, o que sugere uma lente mais próxima da vida cotidiana, e apontam duas consequências desta forma de pensar: a) ninguém pode ficar fora de sua interação com outras pessoas; b) não há nenhum programa, projeto ou plano para a organização como um todo, isto só existe à medida que as pessoas os consideram em suas interações locais. Destarte, na vertente dominante do pensamento, uma organização é vista como um sistema acima do nível dos indivíduos que a arranjam, afetada por padrões de poder e relações econômicas da sociedade, que amoldam as formas locais de experiência (STACEY; GRIFFIN, 2005).

Porém, nesta tese, o fio condutor do pensar complexo se deu a partir de Morin (2002, p. 45), que vê o mundo como “caos, é uma vertigem em movimento”. Um mundo onde é difícil entender o que se passa, visto ser cada vez mais uno, ao mesmo tempo que é cada vez mais particularizado, cortado em pedaços – “uno no sentido de que cada parte do mundo faz parte cada vez mais do mundo em sua globalidade. E que o mundo em sua globalidade se encontra dentro de cada parte” (MORIN, 2002, p. 46). A respeito deste aspecto, a mundialização é ótima sob a “possibilidade de emergência de um mundo novo” e péssima ante a “possibilidade de autodestruição da humanidade” (MORIN, 2013, p. 36). De um lado, paradoxos como perigos e catástrofes e, de outro, oportunidades extraordinárias e a improvável esperança.

A complexidade é, assim, um entremear de desconstrução e de criação, de transformação do todo sobre as partes e das partes sobre o todo, um influenciando o outro (MORIN, 2002). Portanto, quando um sistema não consegue solucionar seus problemas vitais, ou ele se degrada, se desintegra ou se metamorfoseia, gerando um novo sistema hábil a abordar suas pendências. Aqui a visão da metamorfose é superior

à de evolução. Inova radicalmente, mas conserva - a vida, as culturas, a herança de pensamentos e sabedorias da humanidade. Para que isto ocorra, é imprescindível mudar de via. Tudo começa por um ponto, uma iniciativa, uma inovação, normalmente com caráter desviante, marginal e, frequentemente, invisível aos contemporâneos (MORIN, 2013).

Assim, necessitaríamos ser orientados por um princípio de pensamento que nos permitisse conectar as coisas que nos parecem afastadas umas em relação às outras. Porém, somos educados na separação das disciplinas. Por exemplo, para conhecer o espírito humano, o fazemos por meio da psicologia; no entanto, se quisermos saber sobre o cérebro, teremos que estudar a biologia. Ou seja, “vivemos numa realidade multidimensional, simultaneamente econômica, psicológica, mitológica, sociológica, mas estudamos estas dimensões separadamente, e não umas em relação com as outras” (MORIN, 2003, p. 14). O princípio de separação torna-nos míopes, o conhecimento ignora o fenômeno sistêmico.

Ao se examinar uma sociedade, constata-se que há interações entre os sujeitos. Essas interações formam um conjunto; e a sociedade, como tal, é detentora de uma língua e de uma cultura que imprime aos indivíduos; essas emergências sociais possibilitam o progresso dos mesmos. Neste cenário, é preciso uma forma de conhecimento que permita atinar como as organizações e os sistemas engendram as qualidades essenciais do nosso mundo (MORIN, 2003). Um tipo de conhecimento chamado de complexo, que propicia uma orientação de possibilidade, incerteza, holismo e evolução. Destarte, “a complexidade é uma maneira de pensar que liga a ordem, o universal e o regular, bem como a desordem, o particular e o futuro” (MORENO, 2002, p. 13).

Este conhecimento complexo leva à ligação entre a autonomia e a dependência. Para tal, faz-se necessário abandonar a concepção linear da causalidade que foi ensinada, na qual, se há causas, há efeitos. Passe-se de uma visão linear a uma visão circular. Circularidade consiste no fato de produtos e efeitos serem necessários ao produtor e ao causador. Por exemplo, a vida é um sistema de reprodução que gera os indivíduos; somos produtos da reprodução dos nossos pais; porém, para dar continuidade ao processo de reprodução, é indispensável que nós mesmos nos tornemos produtores e reprodutores de nossos filhos. Somos, portanto, produtos e produtores no processo da vida. E, em última instância, produzimos a sociedade que nos produz (MORIN, 2003).

Acerca do critério indivíduo sujeito, que remete a si mesmo, enquanto entidade corporal, tem-se a objetivação:

No si mesmo estão incluídos o eu e o eu mesmo. Com efeito, há um jogo completo entre esses termos que são, por sua vez, idênticos e diferentes: eu, eu mesmo, si mesmo. Certamente estou expressando-o em nossa linguagem humana, que a bactéria ignora totalmente, mas essa espécie de princípio informativo (logiciel), eu sou eu mesmo, está gravada nela, do contrário não poderia existir, não poderia tratar-se a si mesma (...) assim como a auto-organização é de fato auto-eco-organização, de igual modo, a auto-referência é a auto-exo-referência, ou seja, para referir-se a si mesmo, é preciso referir-se ao mundo externo. Devo fazer uma distinção fundamental entre o si e o não-si (MORIN, 1996, p. 49).

Desta forma, o pensamento complexo busca a auto-organização e a negação do determinismo, trabalhando com a criatividade em todos os níveis da natureza. Para Stacey (2012), as organizações devem ser abarcadas como padrões de interações entre pessoas. Em organizações, bem como em sistemas complexos adaptativos, agentes são conjecturados por emoções, aspirações e ansiedade, honestidade e decepção (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000). Pessoas refletem sistemicamente, o que lhes possibilita observar, refletir e mudar de comportamento, partindo de sua compreensão do ambiente, agindo como observadoras e participantes (PASCUCCI; MEYER, 2013). Agentes são os responsáveis pela influência mútua, pelo processo de decisão e por estratégias de desenvolvimento organizacional (STACEY, 2010). Isto conduz os agentes a buscar a legitimidade do sistema por meio de interações formais e informais, enquanto desenvolvem redes de *feedback*, que incentivam o aprendizado e a criatividade, conduzindo o sistema à auto-organização e evolução (STACEY, 1996).

Segundo Morin (2007a), a auto-organização é um paradigma, pois não soluciona a crise, mas é um condutor que abre caminho por entre os impedimentos. A auto-organização associa, mas não unifica a física, a biologia, as ciências humanas e a filosofia no movimento circular que é o paradigma da complexidade, que convive com paradoxos e a contradições. Assim, o conceito de auto-organização articula conceitos e ideias oriundos de múltiplas ciências, incluindo a ecologia, formando a auto-eco-organização. Este conceito, todavia, é uma abreviação de um macro conceito, a auto-eco-geno-socio-feno-re-organização, que se estabelece como cerne do Método de Morin, um caminho tão dialógico, quanto recursivo e hologramático (BOEIRA;

STÜRMER; INÁCIO, 2013).

Dentro desta complexidade, o “eu” não é o primeiro, nem é puro. Segundo Morin (1996), o cômputo não existe fora das intervenções físico-químico-biológicas que estabelecem a auto-eco-organização da bactéria. Assim, o cômputo é indispensável para a existência da bactéria, a qual é mandatória para a vivência do cômputo. Da mesma forma que a vida desponta de algo que não é vidente, e sim físico-químico, mas que, ante a organização físico-química, obtém caracteres vivos e, com isso, a oportunidade da computação na primeira pessoa.

Isso significa também que, quando falo, ao mesmo tempo que eu, falamos “nós”; no “eu falo” também está o “se fala”. Fala-se, algo anônimo, algo que é a coletividade fria. Em cada “eu” humano há algo do “nós” e do “se”. Pois o eu não é puro e não está só, nem é único. Se não existisse o se, o eu não poderia falar (MORIN, 1996, p. 54).

Neste sentido, observa-se que há o domínio do mundo por complexos, em que organizações de negócios, da guerra, dos mercados e dos Estados fazem do sujeito, um objeto do conhecimento da operação destes complexos. Para Casanova (2006, p. 61), este fenômeno transpassa do complexo aos sujeitos que o constroem e se constroem: “como sujeitos organizados, são sujeitos cognitivos organizados, e como sujeitos cognitivos, fazem parte de organizações complexas que estabelecem vínculos entre o saber, o dizer e o fazer”.

Sob a égide desta incerteza, Morin (2007b, p. 295) faz algumas perguntas sobre nossa consciência, entre elas: “saberemos que somente o amor e a poesia vívidos são respostas capazes de levar a enfrentar a angústia e a mortalidade?”; “poderemos fortalecer o mais precioso, o mais frágil, essas últimas emergências que são o amor e a amizade?”; “será possível transformar a hominização em humanização?”. Sobre a resposta às indagações, apenas diz que: “nada está definido, nem o pior”. O pensamento complexo não expele a certeza com a incerteza, a separação com a inseparabilidade, a lógica para deliberar as transgressões. É um ir e vir constantes entre o elementar e o global, entre o separável e o inseparável (MORIN, 2003).

Outro fator proposto por Morin (2002) é que se vive em uma circunstância de perdição do porvir, do futuro, porque antigamente o mundo repousava com a ilusão de que o progresso é um imperativo



histórico, determinado, em que a evolução técnica, mecânica e industrial conduziam ao progresso humano, ao bem-estar – “e havia a ideia de um futuro bom, ideal” (MORIN, 2002, p. 47). Atualmente, não se vê mais este futuro feliz, tudo é incerto, “estamos como em uma navegação na noite e na neblina (...) o porvir das sociedades está na força da ciência, da técnica, da economia e do Estado” (MORIN, 2002, p. 47).

Morin (2002) comenta que o que está faltando é a consciência ética e política, que precisa de um sentido como o de pertencer. Algo como a comunhão que existe na palavra “pátria” – que significa ser parte de uma mesma comunidade humana, de uma mesma diversidade, que assinala para o desenvolvimento dos sentidos ético e político e conduz a uma reforma epistemológica de pensamento.

Destarte, nem tudo que exprime desenvolvimento e técnica é bom, pois é ambivalente. Sendo que ambivalência é um conceito de difícil compreensão, por se estar acostumado a um modelo mental que quer respostas simples, como bom ou mal. Porém, usando dos conhecimentos de Heráclito, Pascal, Hegel e Marx, Morin (2002, p. 51) comenta que “duas verdades contraditórias podem valer ao mesmo tempo”, além de que, considera o desenvolvimento complexo e ambivalente “simultaneamente positivo e negativo” (MORIN, 2013, p. 28).

O desenvolvimento faz com que os indivíduos sejam partes limitadas de responsabilidade de um modo de organização da sociedade em que a especialização compartimentaliza uns em relação aos outros. Perde-se aí o conjunto, o global, a solidariedade. Ao mesmo tempo, a educação hiperespecializada substitui as ignorâncias anteriores por uma nova cegueira; essa cegueira é nutrida pela quimera de que a racionalidade produz o desenvolvimento, ao mesmo tempo que o desenvolvimento embaraça racionalização tecnoeconômica e racionalidade humana (MORIN, 2013).

A abordagem tecnoeconômica do desenvolvimento traz o cálculo como aparelho de conhecimento, índices e estatísticas que pretendem medir tudo. Porém, o cálculo ignora, além das atividades monetarizadas, as produções domésticas, de subsistência, os serviços mútuos, o uso dos bens comuns, a parte gratuita da existência. E mais, desconhece “a alegria, o amor, o sofrimento, a dignidade, dito de outra forma, o próprio tecido de nossa vida” (MORIN, 2013, p. 30).

Ainda, segundo Morin (2013), o desenvolvimento é uma ideia subdesenvolvida, pois é uma fórmula-padrão que desconsidera os contextos humanos e culturais. O desenvolvimento ignora que sociedades estão em crise exatamente por seu desenvolvimento, que

gerou um subdesenvolvimento intelectual ao ensinar a dissociar e não a religar; psíquico, por sermos dominados por uma lógica puramente econômica onde consideramos tudo em termos quantitativos e materiais, não vemos sob uma perspectiva política; e moral, deixando egocentrismo obscurecer a solidariedade (MORIN, 2013).

Assim, o homem é acometido por delírios: um é o da incoerência absoluta, das onomatopeias, das palavras soltas; o outro é o da coerência absoluta. Contra este último delírio, Morin (2011) sugere a racionalidade autocrítica e o apelo à experiência.

A filosofia jamais teria podido conceber esta formidável complexidade do universo atual, tal como nós temos podido observar com os quanta, os *quasars*, os buracos negros, com sua origem incrível e seu devir incerto. Jamais algum pensador poderia imaginar que uma bactéria fosse um ser de uma complexidade tão extrema. Tem-se necessidade do diálogo permanente com a descoberta. A virtude da ciência que impede de mergulhar no delírio é que sem cessar dados novos chegam e a levam a modificar suas visões e suas ideias (MORIN, 2011, p. 72).

Neste sentido, Morin propõe o “Método”, que é para todos, mas não aplicável em toda a parte. Assegura que não é um método que se emprega como uma metodologia, porém, incita a elaboração de estratégias de conhecimento que possam ser aproveitadas a qualquer domínio aberto, basta não ser fechado ou fragmentado (MORIN, 2005). O intuito “não é o de enumerar os mandamentos (...) é sensibilizar para as enormes carências de nosso pensamento, e compreender que um pensamento mutilador conduz necessariamente a ações mutilantes” (MORIN, 2007a, p. 15).

O método é contrário à inteligência parcelar, compartimentada, mecânica, disjuntiva, reducionista, que elimina a possibilidade de reflexão e compreensão. Este método vem para complementar o pensamento que separa com outro que une, corroborando com a ideia de “*complexus*”, que significa o que se tece junto. Portanto, o pensamento complexo busca distinguir, sem separar, e ligar. O objetivo é ao mesmo tempo unir e aceitar o desafio da incerteza (MORIN, 2003).

Sem isolar ou reduzir o todo e as partes, ligando-os num

circuito recursivo onde, por meio de complementaridades e antagonismos, eles se coproduzam e se cogерem. Todo e partes são sempre relacionais (FORTIN, 2005). Há de se destacar ainda que se propuseram alguns princípios, complementares e interdependentes, como guias para pensar a complexidade (MORIN, 2003, p. 26-29):

- i. Princípio sistêmico ou organizacional: liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo. Parte da ideia sistêmica, que entende o todo como mais do que a soma das partes, da bactéria ao homem e à sociedade, a organização do todo produz qualidades ou propriedades novas em relação às partes apreciadas isoladamente, as emergências.
- ii. Princípio hologramático: cada ponto contém a quase totalidade da informação do objeto representado, evidenciando o paradoxo dos sistemas complexos, de que não somente a parte está no todo, mas o todo se inscreve na parte. Assim, a sociedade aparece em cada indivíduo, por meio da linguagem, da cultura, das normas.
- iii. Princípio do anel retroativo: introduzido por Norbert Wiener, rompe com o princípio de causalidade linear, a causa age sobre o efeito, e esse sobre a causa, ou ainda a “homeostase” de um organismo vivo é um conjugado de processos reguladores instituídos sobre múltiplas retroações. O anel de retroação ou *feedback* possibilita, no formato negativo, reduzir o desvio e estabilizar o sistema; no modo positivo, atua como um mecanismo amplificador, por exemplo, uma situação de violência, determina uma reação ainda mais violenta. Inflacionistas ou estabilizadoras, as retroações são comuns nos fenômenos econômicos, sociais, políticos ou psicológicos de nossos dias.
- iv. Princípio do anel recursivo: supera a noção de regulação com a de autoprodução e auto-organização. É um anel gerador, no qual os produtos e os efeitos são produtores e causadores do que os produz. Os indivíduos humanos produzem a sociedade nas/por meio de suas interações, mas a sociedade produz a humanidade desses indivíduos, os aportando de linguagem e cultura.
- v. Princípio de auto-eco-organização: os seres vivos são auto-organizadores que se autoproduzem continuamente, dependendo de energia para salvaguardar a própria autonomia. Essa necessidade os leva a extrair energia, informação e organização do meio ambiente. Por ser uma autonomia

inseparável da dependência, são considerados auto-eco-organizadores. Uma perspectiva determinante da auto-eco-organização é a de que ela se regenera em continuação a partir da morte de suas células e que as concepções de morte e de vida são complementares, mesmo sendo antagônicas.

- vi. Princípio dialógico: une dois princípios ou noções excluindo um ao outro, mas que são indissociáveis em uma mesma realidade. Sob as formas mais diversas, a dialógica entre a ordem, a desordem e a organização, por meio de incontáveis inter-retroações, está invariavelmente em ação nos mundos físico, biológico e humano. A dialógica possibilita tornar racional a agregação de noções conflitantes para conceber um mesmo fenômeno complexo.
- vii. Princípio da reintrodução daquele que conhece em todo conhecimento: esse princípio traz a restauração do sujeito e clarifica a problemática cognitiva central - da percepção à teoria científica, todo conhecimento é uma reconstrução/tradução por um espírito/cérebro numa certa cultura e num determinado tempo.

Assim, o pensamento complexo emprega a lógica clássica e os princípios de identidade, de não-contradição, de dedução, de indução, e por conhecer seus limites, em algumas circunstâncias, deve transpassá-los. Nesse método, não se abandona os princípios de ordem, de separabilidade e de lógica, sendo esses integrados em uma concepção mais ampla, que trata “de repor as partes na totalidade, de articular os princípios de ordem e de desordem, de separação e de união, de autonomia e de dependência, em dialógica (complementares, concorrentes e antagônicos) no universo” (MORIN, 2003, p. 29).

Esta forma de pensar leva a refletir sobre o anseio à totalidade como uma busca pela verdade, em que se descobre a impossibilidade desta totalidade. Para Morin (2007, p. 97), “a totalidade é simultaneamente verdade e não verdade”, visto que a complexidade é o desafio e não a resposta “vou voltar ao osso duro de roer que é a ideia complexa” (MORIN, 2007, p. 102). Argumenta, para tal, que a ciência se expande de forma espantosa, pois “nunca encontramos o que procuramos” (MORIN, 2007, p. 107).

Destarte, mesmo com tanta expansão da ciência, ainda vivemos num planeta que muito comunica e pouco compreende (MORIN, 2002). Arrazoa-se hoje que somos uma sociedade do conhecimento, porém, nossa submersão real é em informação, em publicização extrema, visibilidade acentuada. Conhecimento é mais que o que temos, é

tratamento de informação, articulação de dados levantados e não ajuntamento de informações (ALMEIDA, 2010).

Conhecimento é como um oleiro construindo uma peça artesanal, usando as mãos para dar forma ao barro, empregando ali todos os seus saberes, refletindo sua forma de ver o mundo e seus sentimentos. O que nos leva a pensar em outra palavra significativa para esta reflexão: sabedoria. Sabedoria é o lodo de onde vem o barro para o oleiro construir o pote, o vaso.

Para Almeida (2010), ao admitir que somos um dos fios da teia da vida, estamos dizendo que a vida é uma teia, e esta é a sabedoria, visto que as teorias, as ciências, podem ser alteradas a partir do momento que novas informações surgem, novos conhecimentos são gerados, mas continuaremos sabendo que a vida é uma teia com muitos fios. Assim, a sabedoria é o que fica, aquilo que nos fala do essencial e permanente, ao mesmo tempo que se desdobra, no que é particular, fugaz e instantâneo – que é complexo.

De tal modo, entende-se que existe um *gap* entre o acontecimento e a consciência de sua significação, pois o conhecimento é mais vagaroso do que o imediatismo, o presente só é perecível na superfície. Além de que, o conhecimento fica desatinado ante a celeridade das mudanças hodiernas e pela complexidade própria à globalização, com incontáveis inter-retroações entre os mais diversos processos. Isso nos leva inconscientemente a dois tipos de carência cognitiva: a) a cegueira do conhecimento compartilhamentado dos saberes, que fragmenta os problemas vitais e globais, oposta ao conhecimento transdisciplinar; b) o ocidentalocentrismo que nos conduz na racionalidade e nos dá a ilusão de possuir o universal. Ou seja, não somente a ignorância nos cega, nosso conhecimento também (MORIN, 2013).

Percebe-se que Morin (2003) refletiu sobre a complexidade em vários aspectos, da globalização, do sentimento, de patriotismos, do conhecimento, enfim, mostrou que o problema do conhecimento é um desafio porque só se pode conhecer “as partes se conhecermos o todo em que se situam, e só podemos conhecer o todo se conhecermos as partes que o compõem” (MORIN, 2003, p. 13).

Em uma tese, o objetivo é buscar por este conhecimento que nem sempre está revelado. Então, busca-se complementar a visão do pensar complexo de Morin com outros estudiosos que se dedicam, mais recentemente, a este porvir da complexidade, em especial observando outras lentes que podem abrir novas frentes de análise. Reforça-se que complexidade é vista aqui sob a égide do pensamento complexo, na

concepção que é uma forma de pensar, que vai para além de uma forma de fazer.

Essa complementação corrobora com a reflexão de Casanova (2006), de que as conclusões do passado não devem ser utilizadas para legitimar as do presente. Contudo, “frequentemente são úteis para aperfeiçoar as próprias conjecturas e projetos, e para pensar e atuar de novas maneiras” e “os processos cognitivos são ao mesmo tempo acumulativos e criadores, e que há um diálogo permanente com nossos clássicos e novos contemporâneos” (CASANOVA, 2006, p. 59).

Assim sendo, o estudo da complexidade acena a possibilidade de promover estratégias que propiciem a emergência de novas soluções, entre elas aquelas relativas à economia e ao universo das organizações. Estudos nesta linha vêm comumente sendo desenvolvidos, entre eles por Holland (1996), Bauer (1999), Gleiser (2002), Agostinho (2003a, 2003b), Sarra (2006), Casanova (2006), Dutra e Erdmann (2006), Stacey (2010), McDaniel (2007), Boisot e McKelvey (2010), Zimmerman (2011), Meyer, Pascuci e Murphy (2012), Pascucci e Meyer (2013), Aubry, Richer e Lavoie-Tremblay (2014).

Entre esses, alguns serão abordados por ensejarem possibilidades de análise do fenômeno que se estuda nesta tese. Assim, parte-se de Holland (1996), que estuda os sistemas complexos adaptativos, descritos como aqueles que exibem congruência sob mudança, por meio de ação condicional e previsão e o fazem sem uma direção central. Concomitantemente, apresentam pontos de alavancagem, nos quais pequenos *inputs* motivam grandes mudanças. Pode-se dizer que são sistemas que se auto-organizam, em que se tem o reconhecimento dos organismos, das sociedades ou mesmo de ecossistemas, pelo uso de padrões que emergem naturalmente dos intercâmbios entre seus diversos componentes.

O comportamento complexo se dá por agentes que estão livres para usufruírem de sua capacidade de aprendizado e de adaptação, onde existem pontos de alavancagem, que possibilitam ações que podem gerar efeito amplificador. Nesse sentido, este é um ponto relevante quando se intenciona intervir no comportamento de um sistema, influenciando-o por meio de ações gerenciais focadas em determinados pontos de alavancagem – que aponta que o “processo de auto-organização será gerenciado” (AGOSTINHO, 2003a, p. 7).

Todavia, sob este cerne, Agostinho (2003a) propõe uma abordagem de quatro conceitos para entendimento do funcionamento geral dos sistemas complexos adaptativos: a autonomia, a cooperação, a agregação e a auto-organização. Onde,

(...) indivíduos autônomos, capazes de aprender e de se adaptarem, cooperam entre si obtendo vantagens adaptativas. Tal comportamento tende a ser selecionado e reproduzido, chegando ao ponto em que estes indivíduos cooperativos se unem formando um agregado que também passa a se comportar como um indivíduo e assim por diante. Diz-se, então, que o sistema resultante se auto-organiza, fazendo emergir um comportamento global cujo desempenho também é avaliado por pressões de seleção presentes no ambiente (AGOSTINHO, 2003a, p. 8-9).

Neste sentido, o papel dos líderes em todos os níveis hierárquicos é o de cunhar e cultivar as condições propícias para que: a) os indivíduos tenham a prerrogativa e a capacidade de agir com autonomia; b) os indivíduos distingam as circunstâncias em que é interessante cooperar e o façam por entender ser o certo e não por serem coagidos; c) os indivíduos conheçam as restrições e as implicações à efetivação do objetivo em torno do qual se unem, bem como desenvolvam suas competências, talentos e incentivem o aprendizado continuado; d) o sistema se auto-organize, abrindo e fortalecendo canais de comunicação multidirecionais e ampliando a capacidade de *feedback* (AGOSTINHO, 2003a).

Outro ponto que merece atenção, resgatado por Dutra e Erdmann (2006), diz respeito à aprendizagem destes sistemas adaptativos complexos. Para “aprender”, eles dependem de uma forma diferente daquela dos sistemas fechados. Além disso, o caos e a instabilidade desses sistemas podem colaborar na resolução dos problemas internos por meio de *insights*. Para tal, os referidos autores retomam de Argyris e Schön (1974) a noção do aprendizado de *double-loop* em contraponto ao *single-loop*.

A aprendizagem em circuito simples precede uma habilidade de detectar e ajustar o erro usando como base um agrupamento de normas operacionais usuais e estratégias definidas em alinhamento ao modelo mental do sistema, não se gerando nada inovador, uma vez que se replicam práticas tidas como adequadas, sendo o conhecimento adquirido com a experiência reproduzido por aqueles que a aderem. Todavia, a aprendizagem em circuito duplo está embasada na capacidade de averiguar a situação duplamente, questionando o *status quo* vigente, levando à reflexão sobre a alteração do modelo mental, que

conduz o primeiro circuito, sendo eficaz nas situações ambíguas e imprevisíveis, das quais emergem as inovações (MORGAN, 1996).

Estes processos estão ligados à retroalimentação da cibernética, que pode ser negativa (auto-equilíbrio) ou positiva (auto-reforço). A primeira ocorre quando uma mudança em uma variável incita uma mudança na direção oposta, propiciando estabilidade ao sistema. A segunda acontece quando uma mudança leva à amplificação do estímulo inicial aplicado ao sistema, gerando a mudança do mesmo (MORGAN, 1996). Ante tal perspectiva, Dutra e Erdmann (2006, p. 202) apontam que um sistema adaptativo complexo interatua com “seu ambiente, aprendendo e evoluindo com a experiência e desta maneira, adapta-se às novas situações que surgem”.

Pensando na evolução, entende-se que as organizações, por serem sistemas sociais, são complexas e ambíguas, principalmente, pelo antagonismo entre os objetivos e os interesses dos diferentes grupos internos e externos, o que as leva a serem consideradas, também, como pluralistas (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006), e implica na sua gestão estratégica, em especial, pelas intenções que são transformadas em ações por esses agentes (STACEY, 2010; PASCUCCI; MEYER, 2013).

Organizações complexas são compreendidas como sistemas abertos em persistente interação com o ambiente, com predominância de propriedades como a não linearidade, a auto-organização e a autonomia relativa dos agentes (MCDANIEL, 2007). Pascucci e Meyer (2013) citam os hospitais e as universidades como exemplos, por entenderem que suas decisões e ações são direcionadas por diferentes interesses dos grupos que os integram, todos com poderes legítimos para garantir seus objetivos ante aos propósitos organizacionais.

Destarte, organizações complexas e pluralistas apresentam objetivos difusos e pouco consensuais entre os diferentes grupos que as compõem, visto que a imprevisibilidade, a incerteza, a circularidade das atividades e a heterogeneidade de atores colaboram para a ambiguidade e a dificuldade de concordância (STACEY; GRIFFIN; SHAW, 2000). Nessas organizações, caracterizadas pela complexidade, individualidade e pluralidade de profissionais e de interesses, as atividades costumam ser efetivadas por profissionais especializados, como médicos e professores, o que assegura autonomia na execução de suas atividades. Essa autonomia, hodierna em hospitais e universidades, por exemplo, reflete uma dualidade de poder que implica na gestão organizacional dicotomizada, de um lado, com o poder centrado nos dirigentes e, de



outro, abalizado na competência profissional (PASCUCCI; MEYER, 2013).

Assim, as organizações que expõem aspectos culturais, políticos, normativos, simbólicos e sociais que não podem ser negligenciados, demandam um desafio adicional na formação de suas estratégias, pelo avultamento da burocracia profissional (MINTZBERG, 2007), do poder descentralizado (MEYER, 2007) e da incompatibilidade de expectativas (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006).

Nestes sistemas complexos, as estratégias são formadas coletivamente e continuamente com a participação de diferentes níveis organizacionais (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006), onde agentes operam como intérpretes dos processos, refletindo na construção de práticas e procedimentos rotineiros essenciais à execução das estratégias (PASCUCCI; MEYER, 2013), ou seja, a estratégia é uma atividade realizada socialmente (JARZABKOWSKI; BALOGUN; SEIDL, 2007). Em sistemas com esse formato, a diferenciação entre a formulação e a implementação de estratégias normalmente é anulada, pois aquele que planeja é o mesmo que implanta/implementa/desenvolve as ações (MEYER; PASCUCI; MURPHY, 2012).

Nesse cenário, socialmente construído, o entendimento acerca do que fazer, como fazer e a ação em si, decorre de um arcabouço de significações imputado pelos próprios agentes, determinado por seu passado, experiências, interesses e preferências que impactam na maneira como fazem suas escolhas e agem (CLEGG et al., 2011), especialmente pela autonomia própria das atividades exercidas por esses envolvidos. Assim, este processo depende de elementos cognitivos expressos pelos envolvidos, pois há diferentes agentes com variadas formas de interpretar o mundo a sua volta (PASCUCCI; MEYER, 2013).

Stacey e Griffin (2006) discutem alguns destes aspectos sob a perspectiva dos processos complexos e responsivos, cujas características essenciais dos agentes humanos emergem nos processos sociais de interação comunicativa e poder relacionados. Sob essa lente, as questões são observadas do ponto de vista da experiência diária, que aportada de sentido, desenvolve a prática. As organizações com o objetivo de construir sentido da experiência em um sistema em rápida mudança usam contas reflexivas da vida organizacional cotidiana, no lugar de contas idealizadas (STACEY; GRIFFIN, 2006).

Como generalizações e idealizações, essas ferramentas precisam ser realizadas de forma particular e funcional nas situações contingentes particulares nas quais as pessoas se encontram, ou seja, há

necessidade de adaptação, não se podem aplicar diretamente as ferramentas generalizadas e idealizadas pelo grupo de pessoas no centro do governo. Problemas ocorrem, pois as políticas, ferramentas e técnicas ajuízam uma forma de pensar sobre organizações, que são impróprias na medida em que abrangem contingências cotidianas comuns que as pessoas devem trabalhar para continuar desempenhando o que precisam fazer. Dessa forma, em vez de importar noções mecanicistas, é relevante questionar o que a qualidade realmente significa na situação local, no caso dos hospitais e das universidades, em que os cuidados de saúde e a educação são efetivamente entregues aos usuários (STACEY; GRIFFIN, 2006).

Partindo destas interações sociais entre agentes, Sarra (2006) debate a individualidade humana, na qual cada um tem uma experiência de vida única do mundo sobre si, ninguém pode viver exatamente a mesma vida que outro vive. Porém, o ser humano é um ente grupal e sensorial, que depende da experiência social, sem a qual deixa de existir de forma significativa. É nas diferenças entre as pessoas, mesmo aquelas pequenas, que surge o movimento, o que significa que não conseguimos simplesmente reiterar padrões passados. O que torna esse movimento imprevisível é a forma como as discrepâncias no padrão das interações sociais podem ser amplificadas e reconfigurar esses padrões de interação existentes.

As atitudes generalizadas que se instituem são formadas por meio da interação das relações de poder entre subgrupos organizacionais, sendo replicadas dentro desses subgrupos e da organização e, até mesmo, da sociedade em que vivem. Os participantes podem reivindicar múltiplas agregações de grupo, muitas das quais permeiam por limites aparentes, sendo as identidades reconhecidas como atitudes generalizadas ao lar, ao trabalho e à sociedade (SARRA, 2006).

Ocorrem, ainda, formas sutis e não sutis de retórica, em que detentores de poder usam de artimanhas para estabelecer a identidade de grupo. Essas ações são necessárias para preservar os sentidos de autonomia, autoestima e poder, bem como para estabelecer atitudes generalizadas daquele grupo em relação a outros grupos. Apesar de tudo o que precede essa retórica, os participantes normalmente agem como se isso fosse invisível. Eles não percebem, de maneira conscientemente reflexiva, os complexos processos responsivos, ou seja, eles passam suas experiências sem percebê-las (SARRA, 2006), doravante, não se vê o que é visível demais, nem se nota o que está sempre lá, o que é dado

rotineiro. Só se vê o que é aleatório, aquilo que está e some (BAUMAN, 2003).

Durante nossa rotina, nos esforçamos para fazer a coisa certa, o que perpassa por um sistema de direitos e erros instituído pela sociedade. Empreende-se uma luta constante por não errar, segundo Lacey (2006), por vergonha, pois há a fantasia que sempre é possível corrigir. Assim, a esperança habita no fato de que, se continuarmos a ajustar e a corrigir perpetuamente, isso terminará por ocorrer, evitando sentimentos desagradáveis de vergonha. É fatídico que erros e percalços são intrínsecos à interação humana, é um processo social no qual reside o paradoxo complexo que precisamos agir de forma irresponsável de acordo com, pelo menos, um conjunto de lealdades para exercer a responsabilidade nas organizações.

O impacto da vergonha é muito mais corrosivo em uma organização, como o Sistema Nacional de Saúde do Reino Unido, o NHS, uma vez que os envolvidos no fazer estão expostos a realidades difíceis. O NHS, como a maioria dos outros sistemas de saúde mundiais (inclusive o brasileiro), promete mais do que pode entregar. Pode-se dizer que é um sistema projetado para falhar. Porém, como isso passa por uma superexposição deste sentimento, ele se torna entorpecido, e os envolvidos imunes a ele (LACEY, 2006).

Isso acarreta um processo que ignora respostas sentidas, e os agentes se tornam burocratas sem vida. Artimanhas são engendradas, e o sistema garante que a culpa sempre esteja com um indivíduo ou lugar, em qualquer outro lugar, desde que esteja longe do eu. Ser visto fazer o que é certo depende de quem está olhando e de como os outros o veem. Destarte, o senso de poder referente aos outros e aos sistemas afeta a maneira pela qual podemos influenciar a mudança (LACEY, 2006), o que reflete um exemplo da dualidade do pensamento complexo.

Antes de finalizar o presente tópico, cabe uma diferenciação entre complicado e complexo, pois esse paradoxo nos arremete na direção da defesa do uso do pensamento complexo nesta tese. Para tal, a analogia do quebra-cabeça parece adequada. Esta atividade recreativa é composta por uma quantidade de peças, com um único lugar possível dentro de sua estrutura e, por meio da análise das peças e do agrupamento daquelas semelhantes, é possível simplificar o trabalho e montar o quebra-cabeça. Esta ação parece complicada, no entanto, não é complexa. Agora, pensando em outro tipo de peças, citam-se as estruturas moleculares, que podem interagir umas com as outras de várias maneiras diferentes, produzindo uma infinidade de resultados, onde a identidade de cada molécula se dá pelas ações que se

estabelecem entre elas. Esse é um processo complexo, cuja chave está na interação (MORIN, 1996).

Mais próximo ao objeto de estudo desta tese, Aubry, Richer e Lavoie-Tremblay (2014) trazem a analogia de que enviar um foguete para a Lua é complicado, já criar uma criança é uma ação complexa e comparável à gestão em saúde, devido aos aspectos multifacetados do sistema de saúde que a compõe (ZIMMERMAN, 2011).

Outro ponto que perpassa a interação, ainda no âmbito da distinção entre complexo e complicado, diz respeito ao controle exercido sobre estes tipos de sistemas, onde os sistemas complicados podem ser totalmente controlados por meio de regras, visto que sua operação é conhecida. Em sistemas complexos, porém, o controle total é inatingível, visto as relações variáveis, incertas e imprevisíveis entre os elementos desse sistema (DUTRA; ERDMANN, 2006).

(...) complexidade é um tecido de elementos heterogêneos inseparavelmente associados, que apresentam a relação paradoxal entre o uno e o múltiplo. A complexidade é efetivamente a rede de eventos, ações, interações, retroações, determinações, acasos que constituem nosso mundo fenomênico. A complexidade apresenta-se, assim, sob o aspecto perturbador da perplexidade, da desordem, da ambigüidade, da incerteza, ou seja, de tudo aquilo que é se encontra do emaranhado, inextricável (MORIN; CIURANA; MOTTA, 2003, p. 44).

Destarte, o pensamento complexo induz que tudo o que deveria ser religado encontra-se disperso, separado, compartilhamentado. Iniciativas existem, no entanto, falta reconhecê-las, enumerá-las e examiná-las para dar abertura a uma pluralidade de vias reformadoras. São essas múltiplas vias que, ao se expandirem conjuntamente, poderão formar uma nova via, que deslocará aquela seguida e encaminhará à metamorfose, hoje invisível e inconcebível, pois “a salvação começou pela base” (MORIN, 2013, p. 41).

Neste sentido, sob as lentes de Morin, se reconhece a necessidade de interdisciplinaridade, para reconhecer a relevância da transdisciplinaridade, seja para o estudo da saúde, da velhice, da juventude, das cidades. No entanto, a transdisciplinaridade só “é uma solução no caso de uma reforma do pensamento” (MORIN, 2003, p. 34). Assim, é preciso substituir um pensamento que separa por um pensamento que une; substituir uma causalidade unilinear e

unidimensional por uma causalidade em círculo e multirreferencial; trocar a lógica pela dialógica, que aceita simultaneamente noções complementares e antagônicas (MORIN, 2003).

E, como toda reforma desse tipo suscita o paradoxo de que “não se pode reformar a instituição sem a reforma anterior das mentes; mas não é possível reformar as mentes sem antes reformar a instituição” (MORIN, 2003, p. 35), busca-se, no próximo tópico, por conhecimento sobre as instituições.

### 2.3 INSTITUIÇÕES

Por ideologia entendo as percepções subjetivas (modelos, teorias) que todas as pessoas possuem para explicar o mundo à sua volta. Seja no nível micro dos relacionamentos individuais seja no nível macro das ideologias organizadas provedoras de explicações integradas do passado e do presente, como o comunismo ou as religiões, as teorias que os indivíduos constroem são coloridas por visões normativas de como o mundo deve ser organizado (NORTH, 1990, p. 23).

A jornada para entender as instituições perpassa pela compreensão do contexto teórico que a emprega (CONCEIÇÃO, 2002), bem como pelo ângulo de visão que se pretende dar à análise. O termo é usado em uma miscelânea de sentidos, que vai de leis a mercado, neste sentido, apropriar o que se procura conciliar é uma necessidade, corroborando com Lapassade (1977, p. 250) ao apontar que “a instituição é o significante de que o indivíduo se torna significado”.

Alguns autores, como Thérét (2003), admitem a existência do uso do institucionalismo em diferentes correntes ou versões dentro das ciências sociais, políticas e econômicas. Para Cavalcante (2014), três dimensões institucionais são aceitas: instituições como regras do jogo; instituições como modelos mentais; e, instituições como organizações. Entre uma classificação e outra, autores de distintas linhas apontam possíveis diferenciações e entroncamentos empregados dentro do uso das instituições (PECI, 2006; BOEIRA, PEREIRA, TONON, 2013; JACOMETTI et al., 2016).

No entanto, de acordo com Peci (2006), estes possíveis pontos de incoerências internas e estrangulamentos de uma escola incentivam uma adesão mais consciente a uma ou outra corrente, para os que sentem a necessidade de pertencer a um espaço demarcado. Por outro

ângulo, pode-se inferir que seja a possibilidade de escolha que melhor convém a um estudo ou outro, adequando-se àquela que aloja o corpo teórico necessário à análise pretendida. Complementando, Boeira, Pereira e Tonon (2013, p. 11) comentam que a ampla classificação dada ao uso do institucionalismo permite uma “compreensão multidisciplinar ou mesmo interdisciplinar de médio alcance sobre as relações entre política, economia e sociedade”.

A partir do contexto de estudo e dos achados da pesquisa, optou-se nesta tese pela verificação mais acurada de duas destas correntes que estudam as instituições, a econômica e a social. A primeira para dar subsídios ao entendimento do ambiente no qual os hospitais estabelecem suas relações, e a segunda para compreender as relações empreendidas intra e extra-organização. Entretanto, entende-se que o vínculo político também está presente e será apontado como uma possibilidade para estudos futuros, que demandarão um conhecimento que, em função da área de conhecimento, não foi alcançado nesta tese.

Sob essas escolhas, apresentam-se nos próximos dois itens as instituições vistas sob o viés da economia e da sociologia, como um arcabouço teórico conceitual que possibilita *insights* para conceber seu emprego em diferentes enfoques, indo ao encontro de Conceição (2002, p. 80) ao alegar que as instituições têm “na interação sua mais relevante expressão teórica”.

### **2.3.1 As instituições sob o ponto de vista econômico**

As instituições, vistas sob esta lente econômica, têm origem na publicação do artigo *Why is Economics not an Evolutionary Science*, em 1898, por Thorstein Veblen, que reconhece o processo evolutivo das mesmas dentro da ciência econômica. Porém, o termo “economia institucional” foi criado por Walton Hamilton somente em 1919. Ademais, a demarcação entre a velha e a nova economia institucional (NEI), como hoje é distinguida, só foi cunhada por Oliver Williamson décadas depois, ao se autodenominar novo institucionalista, apontando a descontinuidade com o que chamou de velho institucionalismo (COASE, 1998).

Veblen (1961) contrapunha-se à teoria ortodoxa do “animismo”, que explicava os fenômenos econômicos realizados por alguma intenção, e da “taxonomia”, que construía uma base teórica a partir da dedução de fenômenos econômicos como o “homem econômico” e a “competição perfeita”. Esse pensamento levava ao “hedonismo”, que via o homem como um agente econômico ou um “calculador instantâneo de dor e

prazer” (VEBLEN, 1961, p. 73). Assim, utilizando-se de uma explicação envolvendo cadeias de causa e efeito, esse autor sugeriu uma reformulação da teoria econômica que se escorasse em uma “teoria do processo, de uma sequência que se desdobra” (VEBLEN, 1961, p. 58).

Os homens seriam, desta forma, impelidos por três instintos: (i) *workmanship* – refere-se ao instinto de artesanato que tende à prática de desenvolvimentos tecnológicos; (ii) *parental bent* - ilustra o instinto familiar que busca a melhoria do bem-estar da família e da sociedade; e, (iii) *idle curiosity* - determina o instinto de curiosidade que induz o sujeito a explicações lógicas do mundo (RUTHERFORD, 1984). Entretanto, mais relevantes que os instintos seriam as instituições que, segundo Veblen, receberiam autonomia em relação àqueles, revelando-se suficientes para moldá-los (CAVALCANTE, 2014).

Este caminho conduz ao entendimento de instituições como hábitos mentais, ou seja, “métodos habituais de dar continuação ao modo de vida da comunidade em contato com o ambiente material no qual ela vive” (VEBLEN, 1988, p. 89). Assim, as instituições comporiam o tecido social, mantidas e modificadas por ações e decisões dos sujeitos ao longo do tempo. Mitchell (1910) corrobora com o entendimento de instituições como hábitos de pensamento aceitos como normas orientadoras da conduta. E, para Commons (1931), as instituições são mecanismos de controle coletivo, desempenhando a função de organismo de resolução de conflitos, respaldados em regras e punições frente a sua inadimplência.

Esse controle coletivo, praticado por meio das instituições, sucede de costumes desorganizados ou da ação constituída que compreende o Estado, a família, a igreja, as corporações, entre outros, e possui um conjunto de regras que determina o que os indivíduos podem/devem fazer/cumprir ou não (COMMONS, 1931). As instituições agiriam na solução de conflitos sem força física, regulando as relações sociais de conflito, dependência e ordem implícitas nas transações entre indivíduos na sociedade.

Assim, o principal objetivo da orientação econômica da teoria institucional consiste em pôr em evidência as instituições econômicas, tais como as empresas, os mercados e as relações contratuais. Desta forma, as transações identificadas por Commons são sugeridas como uma unidade de análise e trazem a relação de propriedade, algo como um acordo coletivo e inicial entre indivíduos, que viabilizaria um sistema econômico apto a produzir, distribuir e trocar mercadorias (CAVALCANTE, 2014).

Surge aí um caminho para a NEI, que tem nas transações sua

principal unidade de análise, as quais são responsáveis pela descrição dos mercados, das hierarquias e das formas híbridas das organizações. Coase (1937) inicia a discussão sobre a economia dos custos de transação (ECT) transcorrendo pelos limites da firma e de díspares formas de organização e coordenação, progredindo em direção aos estudos de diferentes combinações de arranjos.

A firma deixa de ser considerada como uma função de produção, em que os insumos se convertem em produtos, e passa a ser reconhecida como uma organização de arranjo dos agentes econômicos. Assim, ao verificar a transação e a economia, os custos de transação, antes considerados exógenos à análise econômica, sobrevêm como direito de propriedade, assimetria de informação, estrutura organizacional, mecanismo de governança das transações e ambiente institucional (COASE, 1993).

Destarte, a firma passa a ser vista como um intricado de contratos, prescrevendo as transações internas e externas. Deixa-se de ter o mercado e a firma se relacionado por meio do sistema de preços, para dar força à relação contratual (ROCHA JUNIOR, 2004).

Sob um ponto de vista mais abrangente, voltado ao desenvolvimento econômico, North (1991) também adota as ideias de custos de transação, definindo instituições como as regras do jogo em uma sociedade - instituições são, assim, concepções humanas que estruturam as interações políticas, econômicas e sociais. De acordo com Rocha Junior (2004), as regras são formais ao estarem explícitas, com poder legítimo à sustentação da ordem e do desenvolvimento da sociedade (a constituição de um país, os estatutos de uma empresa). São informais quando relacionadas aos valores culturais cravados na sociedade e passados de geração a geração (costumes, tradições, regras informais, tabus, códigos tácitos de conduta, cultura organizacional).

Nessa perspectiva, os indivíduos acatam as regras devido às sanções amoladas em seu descumprimento, descrevendo o agente econômico como um indivíduo oportunista, que age movido por seu auto-interesse, travado pelas medidas impostas, em maior parte, pelo Estado. O Estado impõe sanções ao descumprimento das regras por ser “uma organização com vantagem comparativa em violência” (NORTH, 1981, p. 21). As normas e regras abalizam as ações empreendidas pelo homem, regulando suas interações com os semelhantes, possibilitando ainda regular ou reforçar outras instituições.

Complementarmente, na visão da NEI há o reconhecimento de que a operação e a eficiência de um sistema econômico têm suas restrições e gargalos rigidizados pelo agrupamento de instituições que



regula o ambiente econômico. Os mercados eficientes são fruto de um conjunto de instituições que proporciona baixo custo, medidas e meios para que os contratos sejam efetivados. Assim, a eficiência do sistema econômico se dá na forma como as instituições se relacionam e são arranjadas na sociedade (NORTH, 1994). O que demonstra a relevância das instituições ao influenciar as ações dos agentes econômicos (RUTHERFORD, 1996).

Segundo North (1990), as instituições concebem, no processo histórico, a manutenção da ordem e a diminuição das incertezas nas sociedades. As instituições limitam o conjunto de escolhas e oportunidades a que os agentes econômicos se sujeitam nesta sociedade, o que pode favorecer ou não os custos de transação, a transformação e a lucratividade possibilitados no sistema econômico, em especial, quando da existência de incerteza e concorrência no mercado. Desta forma, as “instituições criam e delimitam o ambiente onde ocorrerá a transação e onde as organizações irão atuar” (ROCHA JUNIOR, 2004, p. 311), para além do mercado, ocorrendo a dinâmica evolutiva das economias, ancorada na interação entre as instituições (regras do jogo) e as organizações (jogadores).

Complementarmente, Fiani (2011, p. 154) introduz o que chama de papel institucional que “pode se referir ao papel do Estado na constituição de arranjos institucionais (as estruturas de governo) necessários ao bom funcionamento da economia, reduzindo conflitos e promovendo a cooperação, de forma a diminuir os custos da transação”. Ainda como papel do Estado, tem-se o fornecimento da Constituição, de leis e de regulamentos ao ambiente institucional, que possibilitará aos agentes constituir suas estruturas de governança sobre essa base.

Destarte, a mudança institucional torna-se um processo lento, gradativo, em vista dos conhecimentos e das habilidades adquiridos e exercidos pelos agentes ao longo da interação com as instituições. Neste sentido, a rede de externalidades, que floresce a partir de uma matriz de regras formais ou restrições informais, enviesará os custos e os benefícios das preferências em benefício da estrutura atual. O interesse está em preservar o *status quo*, pois os modelos mentais já estão concebidos e impingidos aos pensamentos ideológicos das organizações, que procuram estabelecer seus interesses.

As mudanças que ocorrem ao longo do tempo são pequenas, e as restrições informais, ao contrário, são profundamente impressas nos padrões comportamentais, servindo de suporte à solução de crises e dificilmente serão alteradas. As mudanças trazem conflitos, tensões, que são solucionados e reestruturam o sistema de restrições, permitindo o

equilíbrio e a ordem na sociedade (NORTH, 1992). Assim, além da importância da inércia à instituição, ela motiva a sua mudança, coligando o condicionamento de trajetória, *path dependence*, de novas concepções institucionais, elevando sua complexidade, para novamente se tornar inerte, o que lhe confere a estabilidade (MATTHEWS, 1986).

Neste sentido, de acordo com Rocha Junior (2004), as oportunidades observadas pelas organizações advêm das estruturas institucionais e as mudanças são o resultado das escolhas feitas. Ocorrem situações que requerem alterações nas regras preexistentes, visto os agentes perceberem a possibilidade de ganho com a mudança. Não obstante, pode ocorrer o aprendizado dos agentes, indivíduos ou empresários, que arranjados entre si, arquitetam modelos mentais diferentes para entender as alterações do ambiente (NORTH, 1994).

Entre estas mudanças, um dos principais problemas enfrentados pela organização é de adaptação ao ambiente em constante transformação. Por ser uma situação desconfortável, os indivíduos se unem para maximizar ações, com vistas a alcançar seus objetivos, afrouxando a probabilidade de êxito da equipe. Eis um motivo para a união dos grupos, pois estando isolados, a chance de sucesso seria inexistente ou menor. As pessoas se agrupam e desenvolvem ações de interesse mútuo, mesmo quando há interesses particulares conflitantes com os do grupo (ROCHA JUNIOR, 2004).

Porém, ao pensar as organizações, existem mecanismos singulares (de incentivo e controle) para ordenar estas ações no ambiente, entendido aqui como mercado. Os mecanismos de incentivo existem para que os membros operem de acordo com a organização, como forma de integrar a equipe em um empenho comum. Os mecanismos de controle estão vinculados aos fluxos de informação relacionados a cada um dos integrantes da organização (SAES, 2000).

Destarte, as organizações são redes de contratos, que incluem controle e incentivos. No entanto, esses mecanismos de governança não se reduzem a contratos, visto que os indivíduos têm racionalidade limitada e comportam-se de forma oportunista, levando à incompletude dos contratos. Neste sentido, o compromisso tácito entre os membros e a organização pode ser quebrado a qualquer momento, o que leva ao uso de estratégias que atendam o interesse desses envolvidos para a manutenção do contrato (ROCHA JUNIOR, 2004).

Neste ambiente institucional econômico, a NEI apresenta quatro pressupostos, dois transacionais e dois comportamentais. O primeiro pressuposto é o da existência de custos no uso do sistema de preço, quer seja realizado pelo mercado ou pela firma. Neste sentido, o

funcionamento do sistema econômico está amarrado aos contratos providos no mercado, porém pode ser coordenado pelas firmas. O segundo pressuposto alude que as transações são realizadas em um ambiente institucional estruturado, onde as instituições são relevantes e têm a envergadura de implicar nos custos de transação, e o ambiente institucional influencia o processo de transferência dos direitos de propriedade (COASE, 1998).

O terceiro pressuposto trata da assimetria de informações entre os agentes econômicos, que advém do oportunismo, como um comportamento aético que tem seus custos para os agentes que estão transacionando. Os custos podem ocorrer de duas formas o *ex-ante* e o *ex-post*. Uma informação pré-contratual pode gerar ônus devido à seleção adversa, onde um bem em determinado mercado apresenta diferentes opções de qualidade de difícil detecção pelos consumidores, o que afeta o nivelamento do produto pelo valor mais baixo. A informação, também, é precedida de um risco moral pós-contratual, em que uma das partes implexas na transação tem uma informação privada e pode tirar proveito dessa em prejuízo da outra parte (ROCHA JUNIOR, 2004).

O último pressuposto refere-se à racionalidade limitada, um comportamento com o qual os indivíduos não desenvolvem, de forma completa, a sua aptidão cognitiva, causando limitação na sua ação (WILLIAMSON, 1996). Devido à racionalidade limitada, os custos de transação e o oportunismo tornam os contratos incompletos, incapazes de salvaguardar a possibilidade de lacunas decorrentes da própria complexidade dos mesmos e da limitação do ser humano.

Os conceitos de ECT podem ser utilizados para melhor compreensão de alguns destes pressupostos, por exemplo, segundo Leite, Lanzer e Serra (2009, p. 48), “A economia dos custos de transação trata do estudo das transações que ocorrem, principalmente, em ambientes de racionalidade limitada e onde o comportamento dos agentes é, de modo geral, marcado pelo oportunismo”. Assim, a ECT é a teoria da adaptação da firma ao ambiente institucional (GIBBONS, 2005), sendo que, tal adaptação gera legitimação.

Para Farina (1997, 1999), a ECT elucidada as díspares formas organizacionais prevaletentes nos mercados. Suas bases teóricas atuam sobre uma realidade encrustada pela racionalidade limitada dos agentes, arrolada pela incerteza e informação imperfeita em seus processos de decisão, permitindo a elaboração de diferentes arranjos contratuais com intento de coordenar as transações eficientemente.

A ECT classifica as diferentes formas de coordenação, ou estruturas de governança, em mercado, hierarquia ou forma híbrida, assim resumidas:

i) mercado: é a arena, o local onde as partes autônomas constituem suas relações de troca. É uma forma de organização com baixo controle e alto incentivo. O agente dirige-se ao mercado para adquirir determinado bem ou serviço pelo preço que lhe interessar, convier. Essa estrutura de governança beneficia transações com baixo grau de especificidade e ignora a incerteza, mesmo ciente de sua existência. Não há controle por parte da empresa dos diferentes elos da cadeia ou rede, ficando à frente somente de sua atividade fim.

ii) hierarquia: conjunto das transações sob a mesma propriedade, sujeitas a controles administrativos geridos por uma estrutura com ordem e níveis de autoridade (WILLIAMSON, 1996). É quando a empresa opta por produzir o bem ou prestar o serviço, utilizando os recursos internos, em vez de transações de mercado, para atingir seus propósitos econômicos. Gera ativos específicos, o que conduz a maior estabilidade e à diminuição de atitudes oportunistas.

iii) forma híbrida (contrato): é quando a empresa vai a terceiros para contratar serviços ou produzir bens. Os contratos têm custos que advêm de seu desenho, sua implementação e seu monitoramento, além daqueles associados à solução de problemas ocasionados pelo descumprimento das relações contratuais constituídas (ZYLBERSZTAJN, 1995). A opção pela forma híbrida, de acordo com Williamson (1985), pode ocorrer devido à existência de níveis moderados de investimentos em ativos específicos, aproveitando o emprego de estruturas do tipo intermediária, suficientes para reprimir o oportunismo sem custos extras próprios da estrutura hierárquica. Tem-se a autonomia da firma, assegurando a relação de dependência. Apresenta, normalmente, medianos graus de incerteza da transação e de especificidade de ativos.

Admitindo que os agentes sejam calculistas, porém apresentam capacidade limitada, a ECT pondera que quando sobrepujados a pressões competitivas, sucessivamente buscam a estrutura de governança mais favorável, na qual se acomodem os atributos de transações de forma que minimizem os custos. Assim, em um ambiente competitivo, a estrutura que minimiza os custos de transação é a escolhida (MÉNARD et al., 2014).

Para Williamson (1985, 1991, 1999), a opção por cada uma das formas de coordenação depende das características que envolvem as

transações, podendo ser: especificidade dos ativos, frequência e incerteza.

A especificidade dos ativos pode ser subdividida em seis tipos distintos, segundo Williamson (1996): i) especificidade locacional, pautada a um ativo que é dependente do ponto geográfico onde é adquirido ou para onde carece de ser conduzido ou executado; ii) especificidade temporal, diz respeito ao tempo que o diferencia dos demais ativos, limitando seu uso; iii) especificidade física do ativo, alinhada ao uso limitado que o ativo tem, não é versátil no uso, geralmente, exclusivo; iv) especificidade dos ativos humanos, relacionada ao feito humano muito especializado e particular, o que exige treino e destreza; v) especificidade de ativos dedicados a interesses particulares do comprador, que preconcebeu investimentos; e, vi) especificidade de marca, vinculada ao renome que o nome da empresa ou do produto tem no mercado.

A frequência trata do quantitativo de ocorrências de uso da estrutura ou de quantas vezes acontece a comercialização dos produtos e/ou serviços entre os agentes. Passa a ser relevante na medida em que determina o surgimento de instituições notadamente apuradas para sua coordenação e gestão. Desta forma, quanto maior a frequência de ocorrência das transações, superiores se constituirão os incentivos ao desenvolvimento de instituições para as gerir. A recuperação dos custos vinculados com estruturas de governança varia de acordo com a frequência com que as transações se repetem (WILLIAMSON, 1985).

Por último, a incerteza constitui-se em uma propriedade das transações e desempenha influência sobre as particularidades das instituições, visto que a maior ou menor habilidade dos agentes em antever os fatos futuros pode incitar a flexibilização nos contratos.

A principal fonte de economia dos custos de transação diz respeito às estruturas de gestão, que diferem em seus custos e suas competências e, desta forma, carecem de alinhamento, buscando a criação de estruturas de governança apropriadas (WILLIAMSON, 1996). Segundo Coase (1937), a capacidade de uma organização obter seu ápice está no momento em que os custos de produzir externamente (mercado) são inferiores àqueles de produzir utilizando sua própria estrutura (hierarquia).

Assim, a hierarquia, marcada sob a forma de organização, ou o mercado, qualificado sob a forma de contratos, são escolhas para coordenar e controlar as atividades econômicas da organização, sendo que somente no primeiro caso a empresa internaliza os custos de transação. Nesse caminho, as formas híbridas poderiam ser entendidas

como uma posição intermediária, marcadas pela existência de contratos entre firmas centradas em níveis sucessivos da cadeia produtiva (LEITE; LANZER; SERRA, 2009).

Estudos de Bradach (1997), Parmigiani (2007) e Souza et al. (2011) indicam o uso de formas de governança simultâneo para ordenar a mesma transação, ao que se denomina de formas plurais. Neste sentido, uma estrutura de governança não é compreendida somente entre o fazer e o comprar no mercado, visto que formas plurais podem ser úteis para diferentes necessidades organizacionais, consistindo em arranjos em que uma empresa combina diferentes formas de coordenação para realizar iguais transações (MÉNARD et al., 2014).

As formas plurais podem ser verificadas onde a combinação de diferentes formas de governança é impingida, combinando mais de duas estruturas de governança para a mesma transação. Por exemplo, aplicando, concomitantemente, mercado *spot*, contratos formais e integração vertical, além da possibilidade de constituir tipos diferentes de contratos formais (MÉNARD et al., 2014).

Para Ménard et al. (2014), as formas plurais são estáveis e não transitórias. Esses autores revisaram o modelo proposto pela ECT de Williamson (1991, 1996), propondo um com três determinantes presumíveis: i) ambiguidade - relativa à dificuldade de avaliar os benefícios de escolher entre uma ou outra estrutura de governança; ii) complexidade - derivada das características tecnológicas ou organizacionais da transação que uma parte tem de organizar, onde ocorre a incerteza de qual a forma mais adequada para monitorar a operação; e, iii) comportamento estratégico - há o estabelecimento de uma estrutura de governança plural para apanhar o máximo de renda ante problemas de observação, comportamento do parceiro e/ou mensuração da qualidade do bem transacionado.

Mais recentemente, institucionalistas como Geoffrey Hodgson e Ha-Joon Chang exibem suas ideias embasadas na interdisciplinaridade, aproveitando conceitos tanto do velho quanto do novo institucionalismo. Hodgson alude a um indissolúvel círculo de determinação mútua entre indivíduos e instituições, ainda que aparentem características ontologicamente distintas. Comenta que a amplitude de vida de indivíduos e instituições é diferente, bem como seus mecanismos de reprodução (HODGSON, 2001). Unindo a visão de instituição como regras do jogo, de North, com a ideia webliana de modelos mentais, Hodgson (2006) afirma:

Instituições são os tipos de estruturas que mais importam no domínio social: elas compõem o

material da vida social. (...) nós devemos definir instituições como sistemas de regras sociais estabelecidas e prevaletentes que estruturam as interações sociais. Linguagem, dinheiro, lei, sistema de pesos e medidas, maneiras à mesa, firmas (e outras organizações) são, portanto, todos instituições (HODGSON, 2006, p. 2).

Observa-se que as instituições não arquetam somente as interações sociais, elas também são reforçadas e mantidas pelo comportamento individual por meio do hábito. Hábitos estabelecidos a partir da repetição da ação ou do pensamento, como propensão a um determinado comportamento amoldado a uma situação específica (HODGSON, 2001). De acordo com Hodgson e Knudsen (2004, p. 36), os “hábitos são mais que um meio de economizar no processo de tomada de decisão para os indivíduos; estes são um meio através do qual as convenções sociais e as instituições são formadas e preservadas”.

Neste sentido, os hábitos compartilhados poderiam moldar e estabelecer as instituições, que seriam convertidas em regras sociais responsáveis pelas interações entre os indivíduos. Hodgson propõe um modelo de causação reconstitutiva de cima para baixo, que tem nos hábitos sua principal fonte de análise e no qual as instituições têm o papel de estruturar as interações individuais, ao mesmo tempo que conservam a permeabilidade às ações dos indivíduos (CAVALCANTE, 2014).

A proposta de Chang segue o caminho da permeabilidade mútua entre instituições e indivíduos de Hodgson, ao mesmo tempo que considera as mesmas três instituições de análise eleitas por Coase: o mercado, as firmas e o Estado. Todavia, Chang pondera que uma “instituição pode ser tanto a regra, que restringe, constitui e possibilita as ações dos indivíduos, quanto um conjunto de regras componente de uma organização – firmas, Estado e mercado” (CAVALCANTE, 2014, p. 384).

As instituições precisam ser compreendidas como mecanismos que permitem atingir objetivos supraindividuais e são constitutivas dos interesses e visões de mundo dos agentes econômicos (CHANG; EVANS, 2005). Além do que, as instituições são duráveis e estáveis, o que não implica dizer que são imutáveis, uma vez que os indivíduos “modificam as instituições, mas não no contexto institucional de sua própria escolha” (CHANG, 2005, p. 18).

Chang e Hodgson corroboram que a ação individual não ocorre

em um vácuo institucional, bem como as instituições não podem existir sem a ação individual. Há, desta forma, uma dependência ontológica mútua entre instituições e ação humana, em que uma não coexiste sem a outra. Destarte, as instituições agem como mecanismos adequados a restringir, constituir e possibilitar a ação humana, moldando a visão de mundo dos indivíduos (CAVALCANTE, 2014).

### **2.3.2 As instituições sob o ponto de vista sociológico**

Everett Hughes, um dos primeiros autores a usar o termo instituição sob um viés sociológico, pressupõe sua ligação com o estabelecimento ou com a permanência relativa de alguma forma social distinta (HUGHES, 1936) e a define como um empreendimento social implementado de caráter esperado e permanente (HUGHES, 1942). Assim, entende-se as instituições como o estudo da sociedade em ação, onde a ação se dá nos limites de formas sociais consistentemente estabelecidas (PECI, 2006).

O ponto de vista institucional ampara que a realidade organizacional é socialmente construída e institucionalmente sustentada, de cunho essencialmente subjetivista (FACHIN; MENDONÇA, 2003). Perspectiva essa introduzida por Philip Selznick e denominada de velho institucionalismo. Para Selznick (1957) ao entender as organizações como manifestações estruturadas da ação racional, sujeitas ao longo do tempo às forças do ambiente social que se transformam em sistemas orgânicos, é possível compreender que existe um processo de institucionalização por meio do qual os valores suprem os fatores técnicos na delimitação das tarefas rotineiras (CARVALHO; VIEIRA; LOPES, 2001).

A institucionalização é observada como um processo organizacional no qual uma estrutura de caráter distinto é desenvolvida e as expressões racionais técnicas são alteradas pelas expressões de valores comuns no ambiente (FACHIN; MENDONÇA, 2003; LEÃO; MELLO, 2010).

Assim, o institucionalismo, na vertente do velho institucionalismo, se sustenta em um modelo em que o comportamento social é fundamentado na legitimação e na conformação de padrões socialmente construídos por meio da interação de indivíduos, das inter-relações no meio organizacional ou da dinâmica do mercado (VASCONCELOS, 2004). A ação organizacional ocorre indiferente aos condicionantes objetivos, racionais ou de eficiência, visto as forças institucionais que levam a organização a adotar práticas legitimadas



socialmente. A adoção dessas práticas possibilita o acesso a recursos escassos, capital, licenças, tecnologia, parcerias, dilatando assim sua perspectiva de sobrevivência por meio de práticas denominadas isomórficas (DIMAGGIO; POWELL, 1991).

Por outro lado, o novo institucionalismo da vertente social surgiu com estudos de Meyer e Rowan (1977, 1992), de Zucker (1977) e de Berger e Luckmann (1991), que cultuam a ação das normas culturais e dos elementos do contexto institucional, como as normas profissionais e as estruturas do Estado, no processo de institucionalização. Os estudos institucionalistas reconhecem que as organizações estão implantadas em um ambiente cultural e político que influencia as suas ações (DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014).

Novos artefatos da esfera cultural e cognitiva são propostos como aspectos econômicos, sociais e culturais dos ambientes. O ambiente, como variável analítica, ultrapassa o enfoque generalista e vai para uma versão simbólica, deixando de ser exclusivamente uma fonte de recursos. Tem-se uma nova visão do ambiente em sua totalidade, com fluxos e intercâmbios técnicos, acrescentado por um sistema de crenças e de normas institucionalizadas, que conectados produzem uma matriz de formas organizacionais racionais. Neste sentido, relevante distinguir a existência de dois tipos de ambiente onde as instituições coexistem: o ambiente técnico e o ambiente institucional (SCOTT, 1992; FONSECA, 2003; MACHADO-DA-SILVA; FONSECA, 2010).

O ambiente técnico é o domínio da troca de bens e serviços, no qual as organizações são avaliadas/premiadas pelo processamento tecnicamente eficiente do trabalho (FONSECA, 2003). O ambiente técnico exerce controle sobre a produção organizacional (SCOTT, 1992) e subsidia os fatores que abastecem as subordinações econômico-funcionais das organizações, que definem sua posição no mercado e seu potencial de concorrência (DIMAGGIO; POWELL, 1983; GUARIDO FILHO; MACHADO-DA-SILVA, 2001; JACOMETTI et al., 2016).

O ambiente institucional refere-se às regras e aos procedimentos socialmente organizados vigentes em um contexto social determinado, semelhantes a guias para a ação que, sob a guisa da conformidade organizacional, aferem legitimidade e sustentação contextual (GUARIDO FILHO; MACHADO-DA-SILVA, 2001; MACHADO-DA-SILVA; FONSECA, 2010). Como guias de ação, tem-se crenças, valores, normas e coerções (JACOMETTI et al., 2016) e, de acordo com Butler (1991), há âmbitos diferentes do ambiente institucional que podem implicar nos preceitos organizacionais, por exemplo, as instituições religiosas, sociais, econômicas, governamentais, políticas e

científicas formulam normas encontradas na sociedade. Além de que, em setores institucionalizados, as organizações buscam legitimação de seu ambiente ao conciliar suas atividades com as normas e os requisitos que esse gera (SCOTT, 1991).

Todavia, Fonseca (2003, p. 56) ratifica que “tratar as distinções propostas como facetas de uma mesma dimensão talvez se revele uma alternativa mais promissora”. Visto que, os mercados também se “constituem como sistemas estruturados institucionalmente, sustentados por crenças relativas à propriedade privada e por normas que regulam historicamente a honestidade das trocas”. Isso vai ao encontro de Carvalho e Vieira (2003, p. 28), que afirmam que “podem ser encontradas forças e pressões exercidas pelos dois modelos de ambiente, em diferentes proporções, em todos os tipos de organizações, o que indica a existência, não de dicotomias, mas de um contínuo onde podem existir todos os tipos de combinações”.

Fazendo uma analogia dos ambientes com a perspectiva moriniana dos ambientes complexos, Boeira, Pereira e Tonon (2013) pressupõem uma vinculação dinâmica entre ambientes naturais e sociais, visto que há unidualidade entre cérebro e mente/espírito, bem como entre sociedade e natureza. O ambiente é como um “sistema aberto, como ecossistema, que inclui e viabiliza a vida social, fornecendo-lhe as condições fundamentais, ao mesmo tempo em que é interpretado, construído e modificado pela dinâmica das sociedades” (BOEIRA; PEREIRA; TONON, 2013, p. 10).

Neste sentido, busca-se distinguir regras institucionalizadas de comportamentos sociais predominantes como disposições construídas pela sociedade ou explicações partilhadas. Com isso, reconhece-se o poder como uma variável enunciada abertamente pelo controle da lei ou da opinião pública:

Tais regras podem ser simplesmente tomadas como evidentes, ou podem ser sustentadas pela opinião pública ou pela força da lei. Instituições inevitavelmente envolvem obrigações normativas, mas frequentemente entram na vida social, primeiramente, como fatos que devem ser considerados pelos atores. Institucionalização envolve o processo pelo qual processos sociais e obrigações passam a ter um status de regra no pensamento e na ação social (MEYER; ROWAN, 1983, p. 2).

Assim, os institucionalistas sob esta vertente compartilham uma

visão de realidade socialmente construída e concentram seus estudos, especialmente, na análise de organizações inseridas em um setor, campo ou sociedade (FONSECA, 2003; PECI, 2006).

Campo organizacional é expresso pelo lugar em que as organizações estabelecem uma área reconhecida no ambiente organizacional, onde há fornecedores, consumidores, agências regulatórias e outras organizações com serviços e/ou produtos similares. A estrutura de um campo só passa a existir no momento que é possível uma definição institucionalmente, não tem como ser determinada previamente (DIMAGGI; POWEL, 1983).

Mignerat e Rivard (2009) pontuam que as organizações e seus atores organizacionais agem para se legitimar no ambiente em que estão inseridos, certificando a sua perenidade nesse ambiente. Esta demanda de institucionalização ancorada pela caça da legitimidade ocorre devido à necessidade que as organizações, em um campo organizacional, têm de expandir sua credibilidade e sua aceitação frente aos *stakeholders* (SCOTT, 2008).

A legitimidade é o elemento que possibilita a continuidade ou a mudança nas organizações (MACHADO-DA-SILVA; FONSECA; CRUBELLATE, 2010), sendo alcançada pelas organizações que buscam, implícita ou explicitamente, uma homogeneidade no campo organizacional por meio dos processos isomórficos (DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014). Ou seja, as organizações são influenciadas pelo contexto e tornam-se isomórficas para garantir legitimidade, que mune benefícios de sobrevivência (GREENWOOD et al., 2008).

Assim, os institucionalistas atuantes sob a égide social trabalham com mecanismos indutores de isomorfismo, ou seja, mecanismos socioeconômicos que conduzem as organizações à adoção de formas e práticas organizacionais semelhantes. Podem ser citados como importantes atores no processo de criação e moldagem das organizações, as associações profissionais, os organismos normativos internacionais e o Estado. Para cada setor institucional são instituídos instrumentos que, após avaliação, são tidos como os melhores ou os mais eficientes em um período de tempo. Essa modelagem representa o equilíbrio de forças e do poder neste setor em um contexto específico, alterada mediante a inovação e novas propostas, em uma evolução dialética (VASCONCELOS, 2004).

Destarte, instituições “são guias da ação na medida em que são legítimas, e são legítimas na medida em que são aceitas (...) esse entendimento razoavelmente comum é tautológico: o que aceito é

legítimo, e o que é legítimo é aceito” (JACOMETTI et al., 2016, p. 429). Porém, para Weber (1994), é relevante observar um ponto anterior à aceitação, em que ante a um fato concreto onde indivíduos imputam o mesmo significado, há diferentes motivações individuais - para alguns pode ser utilitária pela percepção de vantagens, para outros por fidelidade contratual ou ainda por amizade em apoio ao outro que aceita ou por sentimento de solidariedade. E essas motivações podem ser voláteis, quem aceita hoje por apoio a um amigo pode futuramente ser conduzido pela percepção de benefícios ou por um senso coletivo.

Entretanto, importante lembrar que o contexto organizacional se refere ao agrupamento dos elementos ambientais de natureza institucional e técnica, que envolve as organizações e com o qual elas interatuam. Assim, não é uma escolha livre dos atores, o nível depende das crenças e dos valores que permeiam o ambiente e com os quais interagem e são afetados (JACOMETTI et al., 2016).

Neste sentido, a premissa de partida é que a organização importa crenças e valores do ambiente em que está inserida como forma de garantir a legitimação por parte do mesmo. Esse pressuposto conduziu esta abordagem ao isomorfismo, que, de acordo com DiMaggio e Powell (1983), se refere ao fenômeno que trata do assemelhamento de organizações que compartilham um mesmo contexto social e são pressionadas semelhantemente por instituições. Porém, não implica dizer que a ação seja unicamente limitada pelas instituições, ilustradas como uma gaiola de ferro, mas que as próprias ações concebem as instituições.

Segundo Fonseca (2003), há dois tipos de isomorfismo: o competitivo e o institucional. O primeiro é natural de um processo competitivo e de pressões do mercado. O último abarca a busca das organizações pela legitimidade em seu campo de atuação. DiMaggio e Powell (1983, 1991) observam três mecanismos que geram mudanças isomórficas dentro do campo: o isomorfismo coercitivo, o mimético e o normativo.

O isomorfismo coercitivo ocorre por meio de influências políticas, bem como devido ao problema de legitimidade. Pode, ainda, decorrer de pressões formais ou informais desempenhadas em uma organização por outras organizações, das quais aquela é dependente ou por perspectivas culturais geradas pela sociedade. Há casos em que mudanças organizacionais advêm por meio de sanções governamentais e de legislações, que coercitivamente interferem no campo. O fato de existir aspectos legais em um campo organizacional culmina em mudanças nas organizações, normalmente, estruturais ou

comportamentais. Essa normatização do campo organizacional torna as organizações homogêneas e centradas em rituais em conformidade com instituições maiores (DIMAGGIO; POWEL, 1983).

O isomorfismo mimético resulta das respostas padrões à incerteza, dentro de um campo organizacional, estimulando a imitação. As organizações tendenciam à escolha de modelos dentro de seu campo, que intuem ser mais legítimos ou bem-sucedidos. Em caso de um processo de incerteza estabelecido no campo organizacional, as organizações alteram o modelo que seguem, como uma resposta à própria incerteza vinda do ambiente. Muitas vezes, a organização imitada sequer tem ciência do fato de que é reconhecida como modelo e há casos em que não deseja ser imitada (DIMAGGIO; POWEL, 1983), como quando da concorrência direta.

O isomorfismo normativo está vinculado à profissionalização. Ocorre no agrupamento do esforço conjunto de pessoas de uma mesma profissão a favor de uma estruturação quanto às condições e formas de trabalho, objetivando o controle do produto/serviço final dessa categoria (DIMAGGIO; POWEL, 1983; DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014).

Para fortalecer a ideia dos diferentes tipos de isomorfismos, Scott (2008) define três pilares de influências isomórficas: o pilar regulador, o cultural-cognitivo e o normativo. O pilar regulador vincula-se a leis, normas ou sanções, que ocasionam coações ao campo organizacional para adequação em resposta a essa imposição. Assim, “envolvem a capacidade de estabelecer regras, inspecionar outros em conformidade com elas e, se necessário, manipular sanções – em uma tentativa para influenciar um comportamento futuro” (SCOTT, 2008, p. 52). Esse pilar tem seu poder ressaltado não só na pressão, mas em regulações a favor de licenças, de benefícios e de poderes especiais, que podem ser delegados a um grupo (DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014).

O pilar cultural-cognitivo está apoiado pela cultura, nas convicções comuns e nas lógicas compartilhadas. As interações existentes em um campo organizacional esclarecem a forma como indivíduos que compõem as organizações observam e compreendem as informações oriundas do contexto externo ou do seu próprio ambiente. Assim, o entendimento de instituições, que são conduzidas pelo pilar cultural-cognitivo, dá evidência aos padrões socialmente construídos (SCOTT, 2008).

Complementarmente, o pilar normativo determina como as coisas devem ser feitas. Tem-se a definição de metas, objetivos e ações a serem executados para atingir o fim prévio. Esse pilar está associado a

certificações e credenciamentos, por estar vinculado, normalmente, a categorias profissionais. Aponta o que se espera dos atores sociais envolvidos, suas atitudes e performances em acordo com prescrições de ação e comportamento (SCOTT, 2008).

Destarte, a perspectiva institucional abdica da concepção de um ambiente constituído unicamente por recursos humanos, materiais e econômicos, para avultar a existência de artefatos culturais, como valores, símbolos, mitos, crenças e programas profissionais. O mercado deixa de ser o centro da racionalização e da burocratização quando o Estado assume a função. Os principais instrumentos das categorias profissionais passam a ser o poder regulador e os *modus operandi* legitimados. A cultura tem papel fundamental na realidade organizacional, difundindo procedimentos cotidianos, influenciando ações interorganizacionais e a conformidade e persistência dos valores culturais (CARVALHO; VIEIRA, 2003).

As instituições, simplesmente por já existirem, regulam a conduta humana, prescrevendo padrões prévios que indicam uma direção em detrimento de muitas outras que seriam possíveis. Entende-se, assim, que o controle social primário é reforçado pela existência de uma instituição enquanto tal. Ao afirmar que um segmento da atividade humana foi institucionalizado, está se confirmando que já foi submetido ao controle social. E, novos mecanismos se tornam necessários, somente se os processos de institucionalização não forem exitosos (LEÃO; MELLO, 2010).

O que reforça os comentários de Machado-da-Silva, Fonseca e Crubellate, (2005) quando comentam que os estudos sob a perspectiva institucional não podem ser compreendidos como uma declaração de decisão da estrutura sobre a ação, mas que as instituições agem como habilitadoras e constringedoras da ação.

Percebe-se, no entanto, que os conceitos referentes à institucionalização têm focado a atenção na macrodinâmica dos campos, onde ocorrem mudanças sociais e econômicas de maior escala. Um pouco perdida no limiar desta perspectiva institucional tem sido a experiência vivida pelos atores organizacionais, o que corrobora com o alerta de Zucker (1991) ao afirmar que os estudos discutem a ação de forma implícita, visto que o institucionalismo organizacional não está alicerçado para a construção teórica do comportamento individual. Alguns avanços vêm marcando essa área, contribuindo para a construção de teorias da ação, incluindo os estudos sobre *institutional work* de Lawrence e Suddaby (2006) e de Lawrence, Suddaby e Leca (2009), abordados no próximo tópico.

### 2.3.3 *Institucional work*

O trabalho institucional ou *institucional work*, conceito cunhado por Lawrence e Suddady (2006), busca clarificar o papel da agência na dinâmica institucional, assim como incentiva a procura por abordagens que unam elementos possíveis de prover esclarecimento adequado à manutenção e mudança institucionais, perpassando pelo entendimento da dinâmica da vida institucional. Essas abordagens abrem o debate e mostram um leque de formas para elucidar como as instituições são criadas, mantidas e até mesmo interrompidas (CORAIOLA et al., 2015). Lawrence e Suddaby (2006) comentam que a maioria dos estudos em teoria institucional se concentrou na mudança, pela percepção mais acurada dos elementos de análise. No entanto, é relevante compreender os processos de manutenção e ruptura de instituições.

O *institutional work* surge combinado à noção de estruturação de práticas sociais e centraliza a percepção da reflexividade e conduta estratégica dos atores sociais como submissas das habilidades por eles lançadas em contextos sociais. O trabalho institucional foca no estudo dos processos associados à desinstitucionalização e reinstitucionalização (LAWRENCE; SUDDABY, 2006; LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2009; LAWRENCE; LECA; ZILBER, 2013). O objetivo é compreender as maneiras pelas quais as ações de referidos atores interessados criam, mantêm e diruem instituições. Logo, a ação é influenciada pelas instituições (CORAIOLA et al., 2015).

Destarte, ao considerar como sendo trabalho institucional as “práticas de atores individuais e coletivos que visam à criação, manutenção ou rompimento de instituições” (LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011, p.52), e ao compreender instituições como “elementos mais ou menos duráveis da vida social que afetam o comportamento e as crenças individuais e coletivas dos atores, fornecendo padrões de ação, cognição e emoção” (LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011, p.53), mantém-se aberto o que considerar como instituição e como mudança institucional. Assim, ao alegar em uma perspectiva institucional que está se lidando com uma mudança, ruptura ou manutenção de instituições, não se está indicando uma mudança macroeconômica, mas de elementos que arranjam essa armação (BRUNING; AMORIM; GOBRI, 2015).

Todavia, importante observar que a mudança, conforme entendida sob estes conceitos, se relaciona com mudanças incrementais no sistema em análise, pois estudos sob a perspectiva institucional, ao alegar tratar de mudança, ruptura ou manutenção de instituições, não

estão representando uma mudança na macroestrutura econômica, mas de elementos que compõem essa estrutura em estudo (BRUNING; AMORIM; GOBRI, 2015). Desta forma, a lente é desviada do campo organizacional e das transformações sociais em larga escala para o entendimento da relação entre as instituições e os atores que as povoam (LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011).

O *institutional work* trata de diferentes tipos e níveis de esforços físicos e mentais exercidos pelos indivíduos com o intento de gerar efeitos em uma instituição específica ou em um conjunto de instituições. Os esforços concretizados e os resultados esperados apresentam uma conexão direcionada. Desta forma, os esforços existem enquanto práticas socialmente imersas, executadas a partir de orientações institucionais (CORAIOLA et al., 2015). Em última instância, os *institutional workers* atuam de maneira consciente (LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011).

O trabalho institucional avalia, assim, as práticas dos atores individuais e coletivos com o objetivo (intencional) de criar, manter e interromper as instituições (LAWRENCE; SUDDABY, 2006), fazendo uma análise em nível micro-orientado, visto que foca o institucionalismo nas organizações (BRUNING; AMORIM; GOBRI, 2015). Logo, trata-se dos esforços (trabalho) dos indivíduos e dos atores coletivos para lidar, fortalecer, destruir, transformar ou criar novamente as estruturas institucionais no interior das quais vivem, trabalham, lhes atribuem papéis, recursos e rotinas (LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011). Trata-se da análise de como a ação influencia a instituição (BERTO; LAVARDA; ERDMANN, 2017).

Neste sentido, Battilana, Leca e Boxenbaum (2009) destacam que o estudo de trabalho institucional deve ser orientado por três elementos-chave: i) destacar a conscientização, habilidade e reflexividade dos atores individuais e coletivos; ii) entendimento de que as instituições são constituídas na ação, mais ou menos consciente, dos atores individuais e coletivos; e, iii) identificar uma abordagem que sugere que não é possível andar fora da ação como prática, pois mesmo a ação que aponta para mudar a ordem institucional de um campo organizacional ocorre dentro de grupos de regras institucionalizadas.

Lawrence, Suddaby e Leca (2009) ressaltam que a observação do esforço institucional sugere a investigação relativa ao ‘por que’, ‘como’, ‘quando’ e ‘onde’ os atores atuam, e o *institutional work* carece de ser abarcado por meio de práticas sociais (BOURDIEU, 1996; SCHATZKI; KNORR-CETINA; VON SAVIGNY, 2001).

Os atores individuais e coletivos possuem variados níveis de



consciência e reflexividade, bem como díspares habilidades de atuação social ou capacidades sociais (FLIGSTEIN, 1997). Desta forma, as instituições são sempre, em maior ou menor alcance, artigo das ações dos atores sociais, sejam eles conscientes e interessados nisso ou não; e essas ações ocorrem enquanto práticas socialmente aceitas (GRANOVETTER, 1985), desempenhadas com base em orientações institucionais que podem ser mais tácitas ou mais explícitas e formalizadas (BERGER; LUCKMANN, 1996).

Destarte, estabelece-se a necessidade de ponderar a interação entre agência e instituições para entender o trabalho institucional e compreender os atores sociais no processo de produção e reprodução das práticas. Agência é uma atividade contínua por meio da qual os atores refletem e operam estrategicamente dentro do contexto institucional em que estão localizados. Doravante, o trabalho institucional enfatiza como e por que os atores trabalham e como essas ações induzem a ajustes não intencionais, mutações e outras consequências institucionais (LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011).

Uma instituição pode ser compreendida, sob estes pressupostos, como uma criação humana em que se arrolam e abalizam aspectos econômicos, políticos e sociais e que abarca restrições formais e informais ao comportamento social nesses campos (LAWRENCE; SUDDABY, 2006). Essa delimitação objetiva constrói padrões compartilhados de conduta e interações sociais que favorecem a estabilidade no campo social. No entanto, como são construções humanas, as instituições estão amarradas a ações intencionais (LAWRENCE; SUDDABY, 2006) e, logo, compreendem mecanismos de negociação de interesse, que podem ser conflitantes ou não (BRUNING; AMORIM; GOBRI, 2015).

Observa-se, no entanto, que a reprodução do sistema é fruto, também, do envolvimento de uma gama de estratégias causais. Giddens (2009) comenta que há momentos nos quais atores são estrategicamente alocados para regular as condições de reprodução do sistema, seja para manter ou mudar o cenário. Doravante, a agência pode ser observada como a capacidade dos atores de fazer diferença na ação recíproca, entre a expansão e transformação, da ação social.

Para Wooten e Hoffman (2008), as possibilidades de ação do ator não são ilimitadas, ocorrendo entre um pequeno grupo de escolhas, demarcadas como legítimas no ambiente em que está imerso. Pela dificuldade em dissociar agência e estrutura, a dualidade, proposta por Giddens (2009) na teoria da estruturação, clarifica a percepção de que, ante a limitação de possibilidades, o ator tem a opção de assumir ações

distintas, carecendo de escolher entre uma delas. Isso implica que a agência demanda competência, intencionalidade e calculabilidade do ator (MACHADO-DA-SILVA; FONSECA; CRUBELLATE, 2005). Logo, a agência é uma ação inteligente e institucionalmente situada (LAWRENCE; SUDDABY, 2006).

Relevante, ainda, considerar que o envolvimento de certos atores no *institutional work* ocorre na disrupção de determinado complexo institucional, que pode ser decorrente do fato de os seus interesses não serem satisfeitos pelas estruturas vigentes (LAWRENCE; SUDDABY, 2006; FLIGSTEIN, 2008). Porém, essa compreensão pode ser alargada, na medida em que a disrupção de certas instituições ocorra com o objetivo de conservar ou fortalecer uma constelação institucional. Assim, em alguns casos, tem-se a associação entre as formas de *institutional work* e a possibilidade de reforço mútuo, em vez de aversão entre elas (CORAIOLA et al., 2015).

Além do envolvimento simultâneo com distintas instituições, há o entendimento de que os atores podem revelar uma atitude obscura com relação aos seus interesses e intenções em referência a determinados complexos institucionais e, ocasionalmente, manifestar expectativas ambíguas tangenciadas ao desenvolvimento ou continuidade institucional (MAHONEY; THELEN, 2010). A inclusão destes atores com determinados tipos de *institutional work* pode estar associada a fatores correlatos à manutenção de benefícios imediatos adjuntos à posição ou ao *status* social desses indivíduos (CORAIOLA et al., 2015).

Logo, a compreensão de trabalho institucional está imbricada aos conceitos de intencionalidade e esforço. Lawrence, Suddaby e Leca (2009) assinalam que cada um dos processos que associam o trabalho institucional - esquematização, contextualização e hipotetização - expõe uma forma de intencionalidade, pela qual os atores tangenciam suas ações com os fatos, que alteram dependendo de sua direção temporal, sendo que o trabalho institucional pode ser entendido como um esforço, físico ou mental, orientado para arranjar um efeito em uma instituição. Assim, a mudança nas instituições é obtida com a envoltura, além dos esforços pessoais, dos outros atores pelo envolvimento político e/ou ação cultural, para que incida uma ação coletiva que possibilite criar, manter ou interromper as bases reguladoras e normativas das instituições.

Desta monta, o trabalho institucional aponta para a possibilidade de alterar expressivamente a compreensão do indivíduo em estudos institucionais organizacionais de processos sociais de institucionalização e estruturação do agente cujas motivações,

comportamentos e relações são de interesse direto e/ou indireto. Desvia-se o olhar do campo organizacional e das transformações sociais em larga escala para entender a analogia entre as instituições e os atores que as povoam. Destarte, uma perspectiva de *institutional work* atende mais à prática e ao processo do que ao resultado (LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011), olham-se os meios e não os fins.

Finalizado o capítulo teórico, o próximo capítulo trata do posicionamento epistemológico e metodológico desta tese.



### 3 POSICIONAMENTO EPISTEMOLÓGICO E PROPOSTA METODOLÓGICA

A verdadeira dificuldade não está em aceitar ideias novas, mas escapar das antigas  
(KEYNES, [s/d]).

Este capítulo apresenta o posicionamento epistemológico que se ponderou ajustado ao problema de pesquisa do estudo. A partir dessa discussão, buscou-se apresentar a proposta metodológica que norteou a elaboração da tese, a partir do alicerce constitutivo da *grounded theory*.

Inicialmente, são expostas considerações sobre o debate paradigmático observado nas ciências sociais, seguidas de breve explanação sobre o interpretacionismo e o construtivismo. A seguir, é apresentada a estrutura epistemológica e metodológica da tese. Finalizando o presente capítulo, é apresentada a *grounded theory*, que constrói, a partir do pesquisador e pesquisados, o arcabouço teórico que urge no espaço de tempo pesquisado.

#### 3.1 OS PARADIGMAS NAS CIÊNCIAS SOCIAIS

As teorias são baseadas na filosofia da ciência com pressupostos ontológicos, epistemológicos, metodológicos e da natureza humana. Segundo Strauss e Corbin (2008), a descoberta é o alvo da ciência desde o início da Renascença. Entretanto, a maneira como a descoberta é feita varia de acordo com a natureza dos materiais estudados e com a época do estudo.

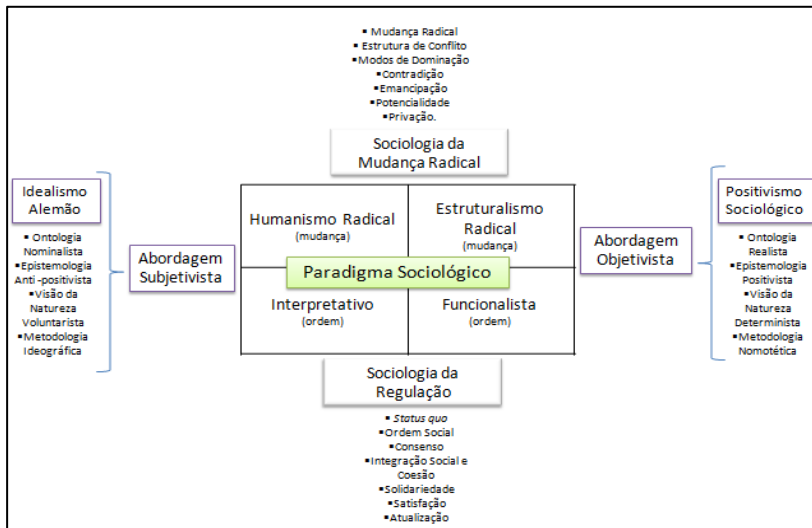
Assim, paradigmas desenvolvem-se por meio de tensões políticas, que são empreendidas no mundo acadêmico, em um processo cíclico entre ciência normal e revolucionária (KUHN, 1970), uma dando passagem à outra. Corroborando, Burrell (1999) defende que a ciência é assim, uma sucessão de períodos de descontinuidades de ciência normal e de mudanças revolucionárias, visto que as formas estabelecidas de ver o mundo são substituídas conforme as lentes da história.

Nas ciências sociais, como comenta Santos (2002), ao se fazer uma análise da discussão sobre paradigmas, inevitavelmente se chegará à identificação de duas posições epistemológicas opostas - a positivista ou quantitativa e a fenomenológica ou interpretacionista.

Essa dualidade é melhor observada na Figura 4, adaptada da classificação feita por Burrell e Morgan (1979), que apresenta os

paradigmas e suas relações em um contexto no qual a abordagem subjetivista fica em um extremo e a abordagem objetivista no outro.

Figura 3 - Paradigmas Sociológicos



Fonte: Adaptada de Burrell e Morgan (1979).

Aos teóricos do paradigma do humanismo radical, o objetivo é livrar o ser humano das restrições que os arranjos sociais dispõem sobre o desenvolvimento humano. A ênfase está na consciência humana. Tem influência de Husserl, Luckács, Gramsci, Escola de Frankfurt (Habermas e Marcuse) e outros. Já para os interpretacionistas, o interesse está em entender a essência do mundo cotidiano, tendo como base o idealismo de Kant, seguido dos neo-idealistas Dilthey, Weber, Schutz (BURRELL; MORGAN, 1979).

Para os estruturalistas radicais, a relevância está nas relações estruturais dentro de um mundo social, onde a mudança se constrói na verdadeira natureza e na estrutura da sociedade contemporânea. Caracteriza-se por conflitos que geram mudanças extremas por meio de crises políticas e sociais. Tem pilares em Marx (após sua quebra epistemológica), Engels, Plekhanov, Lênin, Bukarin, Poulantzas, Colletti, Darhrendorf, Lockwood (BURRELL; MORGAN, 1979).

E, o paradigma funcionalista, considerado dominante, está envolvido em prover soluções práticas para resolver problemas, entender a ordem, o equilíbrio, a estabilidade na sociedade e os meios

pelos quais podem ser mantidos (por meio da regulação e do controle). Suas bases estão no idealismo de Weber, Simmel, Mead e outros. E seus principais representantes são Durkheim, Auguste Comte, Hebert Spencer e Pareto (BURRELL; MORGAN, 1979).

O funcionalismo continua com sua hegemonia nos estudos organizacionais, em especial, pela representatividade institucional do *mainstream* norte americano e seu alicerce epistemológico (VERGARA; CALDAS, 2005; CALDAS; FACHIN, 2005). Porém, a resistência a essa tendência se apresenta de forma mais latente neste século, sendo uma das vertentes o interpretacionismo. Entende-se que, quanto maior a variabilidade de possibilidades, maior o crescimento das teorias organizacionais e de seus objetos de estudo. Assim paradigmas diferentes são apresentados como forma de abrir novos caminhos.

Depreende-se que o próprio funcionalismo, conforme Caldas e Fachin (2005), visto sob outras lentes, também representa um paradigma a ser trilhado em novo formato, seja na perspectiva de seleção, no modelo racional, no modelo normativo-institucional ou, ainda, no voluntarismo, que coloca um ponto nas hipóteses deterministas, para tratá-las no âmbito que vai do extremo do determinismo ao voluntarismo, possibilitando a base para várias teorias.

O paradigma interpretativo está vinculado à sociologia da regulação e à subjetividade, tentando compreender a experiência particular dos indivíduos no mundo social. Essa percepção é composta por três pensamentos: solipsismo, fenomenologia (transcendental e existencial) e hermenêutica. A fenomenologia difunde raízes na etnometodologia e no interacionismo simbólico, sendo importante fonte para o estudo organizacional e o interpretacionismo, buscando entender os fatos no sentido das ações, na interação social da qual emergem, na forma das pessoas interpretarem as coisas, para assim, modificar esse sentido (VERGARA; CALDAS, 2005).

Para indicar que os paradigmas podem ser confluentes em suas contradições, Lincoln e Guba (2000), seguindo a lógica do pós-modernismo e as consequências do pós-estruturalismo, comentam que não existe uma verdade única, que as verdades são parciais e podem vir a promover uma existência comum e com compreensão mútua, o que contribui para a reflexão/união e o amadurecimento dos paradigmas da ciência.

Tem-se vivenciado o reconhecimento da diversidade da teoria e da prática nas organizações, o que contribui para instigar o debate dentro e entre as diferentes abordagens, sejam elas normais ou atípicas (PINTO, 2009). E, há autores que falam em perspectivas

multiparadigmáticas, indicando várias posições metateóricas relacionadas a múltiplos paradigmas (LEWIS; GRIMES, 2005), demonstrando uma visão mais holística de determinado fenômeno, revelando disparidades e complementaridades.

Entre esses paradigmas, o interpretativismo foi a opção para esta tese, visto o interesse do estudo em compreender as pessoas e as ações e relações que imprimem em seus complexos ambientes organizacionais com a finalidade de manter, alterar e evoluir suas instituições. Porém, importante observar que o tema acreditação hospitalar visto sob o ponto de vista normativo é alinhado com o pensamento funcionalista, mas, aqui ousamos o utilizar sob as outras vias, como do conhecimento, do envolvimento dos profissionais, dos resultados que impactam na sociedade e na rede de saúde, sob o ponto de vista daqueles que empreendem a ação, optando por um paradoxo epistemológico inovador.

### 3.2 O PARADIGMA INTERPRETATIVO E O CONSTRUTIVISMO

Metáforas possibilitam estudar objetos em ambientes organizacionais, onde diferentes paradigmas podem representar diferentes visões de mundo. Partindo desta constatação, Morgan (1980) apresenta o paradigma interpretativo como peça do quebra-cabeça do pressuposto do paradigma humanista radical, preocupado em descobrir como as pessoas podem unir pensamento e ação, transcendendo sua alienação. O interpretacionismo questiona o positivismo do funcionalismo, para o qual as organizações são objetos tangíveis, concretos e objetivos. Para os interpretacionistas, as organizações são processos que nascem a partir de ações intencionais das pessoas, individualmente ou com a interação com um grupo (VERGARA; CALDAS, 2005).

Com base nesses precedentes, neste estudo observa-se forte influência do interpretativismo, ou seja, busca-se observar e entender o comportamento do ponto de vista dos envolvidos no processo social (HOPFER; MACIEL-LIMA, 2008), ou seja, a ação humana (SCHWANDT, 2006).

O ato de compreender é um tipo de experiência prática “no” e “sobre” o mundo vivenciado e definido pelos indivíduos. Logo, o paradigma interpretativo demanda empenho do pesquisador com questões que ele propõe, bem como com as interpretações que traz consigo (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Conforme Vergara e Caldas (2005), a linha interpretacionista tem



a inquietação de compreender a experiência subjetiva dos indivíduos, tendo suas teorias arquitetadas do ponto de vista daquele que a pratica. Assim, a realidade social é um processo emergente, como uma dilatação da consciência humana e da experiência subjetiva, no qual o cotidiano se apresenta como uma realidade interpretada por aqueles que a vivenciam e subjetivamente dotada de sentido pelos mesmos na história corrente.

São quatro os paradigmas interpretativos que estruturam a pesquisa qualitativa: i) paradigma positivista e pós-positivista - com critérios de validade interna ou externa embasados na lógica e na dedução, narrado em relatório científico; ii) paradigma construtivista - opta pela fidedignidade, credibilidade, transferibilidade, confirmabilidade, busca por uma teoria substantivo-formal, baseado em estudos de casos interpretativos e ficção etnográfica; iii) paradigma crítico (marxista, emancipatório) - baseado em teoria emancipatória, crítica, histórica, econômica e análises socioculturais; e, iv) paradigma feminista pós-estrutural - estruturado sobre as práticas culturais, práxis, textos sociais, experiências vividas, emoção, com uma teoria do ponto de vista e crítica, resultando em uma narração histórica, experimental e ensaios (DENZIN; LINCOLN, 2006).

Observando os conceitos de mundo que compartilho, acredito que a opção que melhor poderia respaldar este estudo, em sua busca pela compreensão de um contexto específico, é o paradigma interpretativo em sua abordagem construtivista – e essa foi a opção que conduziu esta tese. O construtivismo, em sua forma mais simplista, significa que os seres humanos estão continuamente criando modelos, esquemas, estruturas, conhecimentos e conceitos para entender uma experiência, e que testam, modificam, recriam tudo isso à luz de interações e vivências. E essas reconstruções não são interpretadas isoladamente, vêm com um pano de fundo repleto de compreensões, práticas, linguagens, culturas e costumes estabelecidos (SCHWANDT, 2006).

Assim, o construtivismo supõe uma ontologia relativista, ou seja, existem múltiplas realidades, com uma epistemologia subjetivista, em que o conhecedor e o entrevistado trabalham juntos na criação da compreensão (DENZIN; LINCOLN, 2006). Nesta perspectiva, a realidade é construída, dinamizada e contextualizada, não sofre intervenções experimentais e não há tentativas de controlar as variáveis (REES, 2008).

Essa abordagem paradigmática se apoia em uma perspectiva qualitativa de coleta e análise de dados, na qual o pesquisador reconhece o seu significado e a sua influência sobre o contexto, situando-se dentro dele. Ele produz significado frente à realidade que os praticantes do

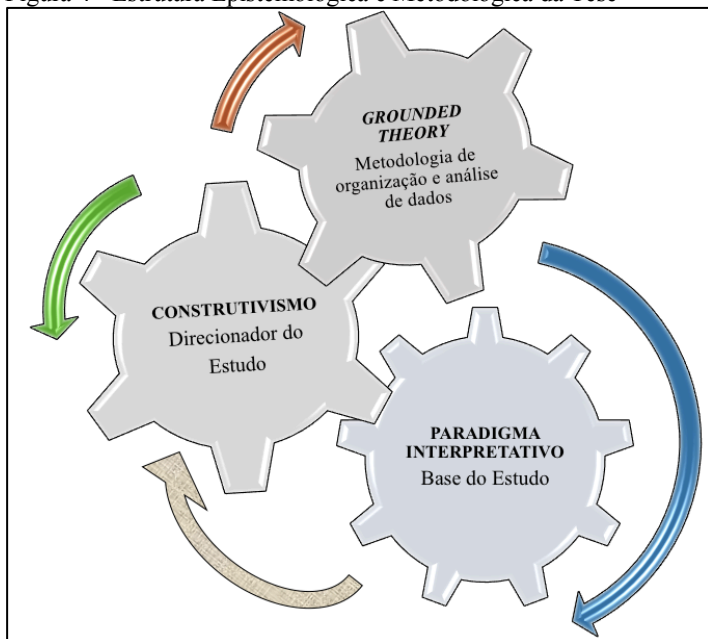
estudo apresentam, por meio do colóquio e interação com os mesmos. Não se parte de uma teoria, os investigadores elaboram um significado a partir da interpretação, do intercâmbio com o sujeito (CRESWELL, 2010).

Deste modo, com base no paradigma interpretativo, respaldado na abordagem construtivista, buscaram-se interpretações subjetivas e localizadas no tempo e em circunstâncias da vida cotidiana que eram de interesse ao estudo empírico em desenvolvimento nesta tese.

### 3.3 PROPOSTA EPISTEMOLÓGICA E METODOLÓGICA DA TESE

Visto o arcabouço conceitual sobre os paradigmas das ciências sociais na ciência da Administração, onde se situa o objeto de estudo e, mais especificamente, no interpretacionismo, e esse em sua vertente construtivista, traz-se à lente, na Figura 5, o que se denominou estrutura epistemológica e metodológica desta tese, amparada na *grounded theory* como estratégia de pesquisa que sustenta os achados e as vivências do estudo.

Figura 4 - Estrutura Epistemológica e Metodológica da Tese



Fonte: elaborada pela autora (2018)

Cabe ressaltar que essas opções têm dois pontos relevantes. O primeiro vai ao encontro do reduzido número de pesquisas interpretacionistas nos estudos acerca da acreditação hospitalar, e o restante dentre os identificados focam em pontos específicos do processo de acreditação (IKEDA; BACELLAR, 2008; CROSSMAN; BORDIA, 2011; SHAPIRA-LISHCHINSKY, 2012; ROY, BANERJEE, 2012; KAM; KATERATTANAKUL, 2014), ou seja, o caminho escolhido nos conduz à vanguarda dos estudos na área.

Segundo, é minha intenção como pesquisadora conhecer novos caminhos metodológicos em uma trilha dentro dos preceitos epistemológicos que corroboram com meus ideais de mundo. De acordo com Mills, Bonner e Francis (2006), o pesquisador precisa escolher um paradigma de pesquisa que é congruente com suas crenças, pois, ao realizar sua pesquisa, sofre influência de sua história e do contexto cultural onde está inserido, que por sua vez molda sua visão de mundo, suas forças de criação e o significado que dá à verdade dos fatos.

A próxima seção apresenta a *grounded theory* e seus princípios fundamentais, como forma de familiarizar o leitor não iniciado e dar-lhe algumas referências para a compreensão do percurso que se seguiu.

### 3.4 GROUNDED THEORY

A *grounded theory*, também conhecida no Brasil como “teoria fundamentada em dados” (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006), é tratada como um método de pesquisa (STRAUSS; CORBIN, 1998), um estilo ou abordagem (LOCKE, 2001), uma estratégia de pesquisa, ou ainda, uma metodologia em si mesma, utilizada para se desenvolver teoria (substantiva) a partir de dados empíricos que são sistematicamente coletados e analisados até sua saturação (CHARMAZ, 2000; BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006), enfim, uma constelação de métodos (CHARMAZ, 2009).

Essa metodologia desenvolveu-se sob a perspectiva de dois sociólogos na década de 1960, Barney Glaser e Anselm Strauss, que estudavam o relacionamento entre médicos e pacientes terminais, sendo divulgada no texto seminal “*The Discovery of Grounded Theory*” (CHARMAZ, 2000), ou seja, surgiu dentro de hospitais – objeto de estudo desta tese. O objetivo dos autores era combater a linha positivista predominante nas pesquisas da época (SELDÉN, 2005).

Os fundadores, de acordo com Bandeira-de-Mello e Cunha (2006), possuíam características muito distintas. Glaser, com tradição quantitativa, enfatizava que o método analítico da *grounded theory* se

deve aos procedimentos de análise indutiva-quantitativa, enquanto Strauss tinha reputação qualitativa e abordagens críticas no desenvolvimento das teorias.

Por divergirem em alguns pontos devido a essas características, após alguns trabalhos em conjunto, houve o desmembramento em duas vertentes, uma sob o foco de entendimento de Glaser e outra de Strauss, que passa a atuar em conjunto com Juliet Corbin. Na versão glaseriana, a investigação inicia com uma abordagem geral, para depois se especificarem as questões. Na outra versão, a coleta de dados inicia focalizando uma questão específica (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006). Charmaz (2000) comenta que Glaser manteve a visão positivista e pragmática da técnica, enquanto Strauss e Corbin apresentam o método de análise e um conjunto de técnicas para desenvolver a sensibilidade teórica e a verificação da teoria emergente.

A *grounded theory* tem no movimento dos autores seminais o que Mills, Bonner e Francis (2006) denominam de inicial da “espiral metodológica”, com uma variedade de posições epistemológicas que são adotadas pelos teóricos fundamentados e são um reflexo de suas ontologias subjacentes. Tarozzi (2011) confirma essa ideia ao comentar que a *grounded theory* é uma metodologia com diversas declinações segundo a escola e os autores interessados.

Na versão de Strauss e Corbin (1998), a *grounded theory* apresenta características do interacionismo simbólico, que lhe confere a interpretação a partir da interação social dos indivíduos por meio de símbolos passíveis de serem interpretados, principalmente a linguagem. Por essas particularidades, esta metodologia qualitativa é vista como:

[...] uma metodologia interpretativista de pesquisa, que busca compreender a realidade a partir dos significados atribuídos pelos indivíduos às suas experiências (...) e as observações são viesadas tanto pelos valores dos sujeitos como pela teoria em desenvolvimento (BANDEIRA DE MELLO; CUNHA, 2006, p. 246).

Nesta visão, apresenta-se outra perspectiva da *grounded theory*, exposta pela socióloga Karty Charmaz (2000), que se coloca como construtivista e que, de acordo com Mills, Bonner e Francis (2006), está ao final da espiral metodológica. Introduzindo uma *grounded theory* com foco reflexivo do pesquisador, as representações sociais fazem parte do processo de compreensão do mundo e do processo de investigação, ou seja, é uma metodologia sustentada por um paradigma

construtivista, que procura construir teoria sobre questões de importância na vida das pessoas (CHARMAZ, 2000, 2007; BRYAN, 2002; LOMBORG; KIRKEVOLD, 2003; MCCANN; CLARK, 2003; CLARKE, 2005; GOULDING, 2005; MILLS; BONNER; FRANCIS, 2006; HUNTER et al., 2011; HALL; GRIFFITHS; MCKENNA, 2013).

Os fenômenos estudados são frutos das construções e das estruturas sociais que os envolvem. A compreensão empírica do fenômeno depende do contexto e das circunstâncias em que ocorre o processo de investigação. A realidade existe em acordo com quem a está olhando, e não pode ser generalizada, pois pode haver vários olhares diferentes sobre esta situação (BRYAN, 2002; CHARMAZ, 2000, 2007, 2009; GOULDING, 2005).

O Quadro 4 ilustra as principais diferenças entre as abordagens.

Quadro 4 - Especificidades da *Grounded Theory* segundo as três principais vertentes metodológicas

Abordagem	Clássica (Glaser)	Descritiva Conceitual (Strauss e Corbin)	Construtivista (Charmaz)
Paradigma Epistemológico	Positivismo	Pós-positivismo	Construtivismo
Identificação do problema de pesquisa	- Emerge - Sem necessidade de aprofundamento na revisão inicial de literatura	- Experiência - Pragmatismo - Literatura	- Sensibilização de conceitos - Específicos de cada disciplinas
Condução da investigação e desenvolvimento da teoria	Ênfase na emergência dos dados por indução e da criatividade do pesquisador	Modelo paradigmático de verificação	Co-construção e reconstrução de dados em direção à teoria
Relação com os participantes	Independente	Ativa	Co-construção
Coleta de dados	Ênfase em observação e entrevista	Ênfase em observação, entrevista e análise de documentos e vídeos	Ênfase em observação e grupos focais. Incentiva múltiplas fontes.
Análise de dados/codificação	- Codificação aberta - Codificação seletiva - Codificação teórica (Substantiva teórica)	- Codificação aberta - Codificação axial - Codificação	- Codificação inicial - Codificação focalizada - Codificação

		seletiva (Intensa manipulação dados)	teórica
Diagramas e memorandos	Intensificação no uso de memorandos	Valorização dos diagramas e memorandos	Flexível
Avaliação da teoria	- Aplicabilidade - Operacionalidade - Relevância - Modificabilidade	- Ajuste - Compreensão - Generalização teórica - Controle	- Congruência e consistência da teoria em relação ao contexto - Interpretação reflexiva do pesquisador

Fonte: Adaptado de Lomborg; Kirkevold (2003), Hunter et al. (2011), Tarozzi (2011), Hall; Griffiths; Mckenna (2013) e Santos (2014).

Resgato aqui o paradoxo desta tese, onde partindo de um tema (acreditação hospitalar) positivista e funcionalista, é realizado um estudo sob uma forma construtivista e interpretativa.

Assim, ao adotar uma postura construtivista nesta tese, estou ciente que o mundo poderia me apresentar múltiplas realidades influenciadas pelo contexto em estudo. Além disso, está se assumindo um estudo no qual os participantes (atores sociais envolvidos no processo) e eu (pesquisadora), influenciados por um contexto específico, construímos significados conjuntos a respeito do fenômeno observado (na prática).

Destarte, a *grounded theory* resulta em uma teoria que emerge dos dados, que revelam o comportamento dos indivíduos em situações específicas. A coleta ocorre por meio de múltiplas fontes – entrevistas não estruturadas, observações de comportamento, imagens, documentos. Os dados coletados não devem ser vistos como uma realidade objetiva, mas como reconstruções de experiências, pois não oferecem por si só uma janela para a realidade. Eles surgem por meio de um processo interativo temporal, cultural e contextual (CHARMAZ, 2007).

Em conjunto com os sujeitos envolvidos, o pesquisador passa a ser responsável por recontar e explicar as referidas experiências por meio de uma teoria substantiva, que é “um conjunto integrado de proposições que explicam a variação da ocorrência de um fenômeno social subjacente ao comportamento de um grupo ou à interação entre grupos” (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006, p. 247). Ou seja,

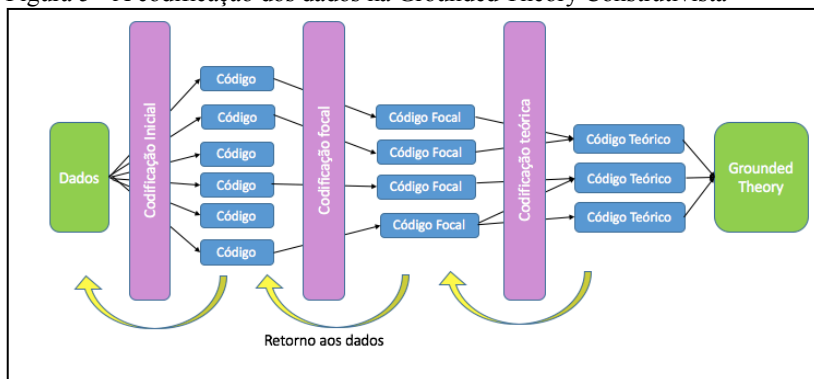
uma teoria substantiva explica uma realidade tornada real pelos sujeitos, e não uma verdade absoluta (teoria formal) desprovida de valor.

Por ser uma teoria substantiva, a seleção dos participantes da pesquisa precisa focar em uma área substantiva. Eles devem possuir semelhanças (pertinência à área substantiva) e diferenças (variabilidade dos dados, aumentar a variação da ocorrência do fenômeno, poder explicativo). De acordo com Bandeira-de-Mello e Cunha (2006, p. 248), “o poder explicativo da teoria substantiva é o seu grau de generalização”. A *grounded theory* preocupa-se em explicar exhaustivamente como e porque ocorrem diferentes formas de comportamento e como essas formas se modificam com o tempo.

A codificação dos dados é a parte central da análise dos dados, resulta da ação de fazer questionamentos e dar respostas provisórias sobre categorias e suas relações. As respostas provisórias são checadas e aperfeiçoadas ao longo das fases do processo de codificação (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006).

A Figura 6 ilustra o processo contínuo de refinamento de conceitos por meio da interpretação dos dados. Usando os conceitos apresentados por Charmaz (2009) referentes à *grounded theory* construtivista, buscou-se representar de forma sintética a trajetória dessa metodologia, na qual agrupamentos de dados vão criando corpo, evoluindo até encaminhar a percepção central dos participantes no processo, convergindo para uma nova teoria substantiva.

Figura 5 - A codificação dos dados na Grounded Theory Construtivista



Fonte: elaborada com base em Charmaz (2009).

Na codificação inicial, "pedaços" de dados são codificados para identificar elementos de interesse (que podem incluir palavras simples, incidentes, frases, interpretações, colocações, etc.). A codificação focalizada identifica as possíveis correlações de interesse nas etapas iniciais. Os códigos levantados buscam elementos que suportam ou refutam as relações emergentes sobre as dinâmicas colhidas no fenômeno em estudo. E, na fase da codificação teórica, "pedaços" adicionais de dados são procurados para verificar ainda mais estas relações emergentes no processo de amostragem teórica. Ao final, as categorias testadas integram a teoria, normalmente, com uma categoria central e outras subjacentes (CHARMAZ, 2009).

Entre as citadas fases há uma constante circularidade entre o nível dos conceitos e o nível dos dados. Esse movimento circular evolui ao longo das três fases de codificação, até a saturação da teoria (CHARMAZ, 2000; 2009; BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006).

As teorias substantivas, em geral, estão relacionadas às situações e suas implicações práticas. Ao estreitar a relação entre pesquisador e pesquisado, intenciona-se obter maior qualidade dos dados, alargando as suposições subjacentes às declarações. Busca-se desdobrar o que é declarado, evidenciando as experiências (CHARMAZ, 2000, 2002, 2009). Os mundos são construídos sob determinados fatos históricos e sociais, os quais moldam as opiniões, ações e práticas coletivas (CHARMAZ, 2000, 2002, 2005, 2009; BRYANT, 2002; CLARKE, 2005, 2006).

A avaliação dos dados ocorre pelas comparações, que aumentam a fundamentação empírica de cada categoria construída a partir dos dados coletados junto aos sujeitos, enquanto diferenças apontam novas categorias, reiniciando o ciclo. É um processo de "idas e vindas", do nível conceitual ao nível dos dados. Isso confere uma lógica de conferência abdução ao método, permitindo a descoberta e a validação das causas a partir de efeitos, conseguindo gerar e validar a teoria substantiva (CHARMAZ, 2000, 2009; BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006).

O tratamento dos dados e seus resultados analíticos, segundo Charmaz (2000), é o ponto principal de diferenciação dos pesquisadores que realizam estudos construtivistas fundamentados. Há uma imersão dos pesquisadores nos dados de uma forma que materializa a narrativa dos participantes no resultado final da pesquisa.

Neste cenário, o texto é visto como uma estratégia na *grounded theory* construtivista, uma forma de expressão que tem o potencial de comunicar como os participantes constroem seus mundos (MILLS;



BONNER; FRANCIS, 2006), onde o pesquisador é impelido a ser analítico na sua forma de escrever, mas ao mesmo tempo evocativo nas experiências dos envolvidos (CHARMAZ, 2001). A voz do pesquisador não precisa transcender a experiência, mas a revisitar de forma a trazer fragmentos do trabalho de campo, do contexto. Tudo agrupado em uma conversa do autor, refletindo seus vários eus, testemunhando, questionando-se, refletindo – tudo de uma só vez (CHARMAZ; MITCHELL, 1996).

A *grounded theory* é um processo de propor, checar e interpretar. A teoria não emerge dos dados, mas da interpretação desses dados, o que pode vir a causar questionamentos por parte da comunidade científica. O resultado final, a teoria, é um consenso de interpretações, uma construção das vozes do investigador e dos envolvidos na pesquisa (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006).

Neste processo, a teoria substantiva gerada é uma entre várias possíveis, construída por um determinado pesquisador (que compõe a história) e determinados observados (CHARMAZ, 2000). *Softwares* para gerenciar o processo são úteis para solucionar parte do problema, em especial, quanto à construção precipitada de categorias (CHARMAZ, 2009). Outro ponto que pode vir a colaborar é a elaboração dos memos (memorandos) pelo pesquisador, mais descritivos na fase inicial da codificação e mais abstratos em acordo com o andamento da pesquisa, permitindo questionar os dados, mapear a teoria emergente, relacionar conceitos e dar suporte à teoria em construção (CHARMAZ, 2000).

Ainda, em resposta aos riscos possíveis, uma *grounded theory* precisa ter clareza da visão de mundo dos sujeitos. O método usado deve ser minuciosamente detalhado, as comparações precisam ser constantes e a teoria substanciada necessita prover compreensão de um fenômeno e as várias possibilidades de sua ocorrência (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006).

Na *grounded theory*, o estudo vai sendo moldado ao longo do projeto, à medida que a teoria emerge do processo de pesquisa e da interação do pesquisador com os dados. O investigador precisa estar aberto e atento às alterações e às mudanças daquilo que foi planejado, e isso ocorre até a última escrita da narrativa. A teoria deve estar entrelaçada neste texto, em suas colocações, na análise dos dados, nas categorias criadas, nas proposições, na experiência dos sujeitos (CHARMAZ, 2000).

Uma teoria do século XXI, para os teóricos construtivistas fundamentados, repousa em quatro princípios: i) o processo de pesquisa

deve ser tratado como uma construção social; ii) as decisões de pesquisa e as direções devem ser examinadas; iii) as estratégias metodológicas precisam ser improvisadas e analisadas durante todo o processo de pesquisa; e, iv) os dados devem ser suficientes para discernir e documentar como os participantes da pesquisa constroem suas vidas e mundos (CHARMAZ, 2007).

Charmaz (2000) comenta que a partir da partilha dos estudos de *grounded theory* chega-se a evocar a imagem de suas construções e da nossa própria. Todos são munição para análise, pois quando o pesquisador construtivista fundamentado combina sua atenção com o contexto, a ação e a interpretação, os estudos podem produzir análises densas com poder explicativo, bem como a compreensão dos conceitos construídos. Ao mesmo tempo, as análises atestam a forma como aprofundar os elementos construtivistas, elas reforçam o método (CHARMAZ, 2007).

Com base na estrutura constituinte, para finalizar este capítulo, ressalto que, apesar dessas epistemologias e metodologias já terem semelhante estudo brasileiro (PINTO, 2009), esta é uma proposta distinta, abarcada em um objeto de estudo substancialmente diferente e com um constructo novo, a abordagem construtivista, como norteadora das interpretações do mundo social analisado. Nesse sentido, por meio do escopo interpretativista, o construtivismo contribuiu para a compreensão a partir do ponto de vista conjunto entre os envolvidos no processo da acreditação hospitalar e eu. Ademais, a *grounded theory* oportunizou ao estudo ir além das descrições corriqueiras nos estudos organizacionais, com a construção de uma teoria substantiva direcionada a um contexto histórico e cultural específico.

Com a estrutura epistemológica e metodológica apresentada, o próximo capítulo traz os procedimentos metodológicos norteadores do trabalho de campo e a análise dos dados, que resultaram na construção conjunta de teoria substantiva acerca da acreditação hospitalar.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Muitos são os obstinados que se empenham no caminho que escolheram, poucos os que se empenham no objetivo (Friedrich Nietzsche).

Explicar o caminho traçado para o alcance dos objetivos propostos nesta tese e discuti-lo a partir da estrutura epistemológica e metodológica já apresentada é a meta deste capítulo.

Primeiramente, como forma de delimitar o estudo, apresento o objeto do estudo - o Hospital Regional Público da Transamazônica, descrevendo motivos que tornam o caso especial para esta tese.

A seguir, alinho a classificação da pesquisa, delineando os escopos centrais que conduziram a obtenção dos resultados do estudo.

Finalizando, com o processo de pesquisa, no qual demandou maior atenção às técnicas e aos procedimentos de amostragem, coleta, análise de dados e validação dos resultados.

### 4.1 LÓCUS DE ESTUDO: HOSPITAL REGIONAL PÚBLICO DA TRANSAMAZÔNICA

Antes de comentar os motivos singulares que levaram à seleção deste hospital como o representante da área substantiva da tese, cabe destacar dois pontos relacionados ao meu interesse, como pesquisadora, pelo caso. Algo que a alguns pode parecer desnecessário ou contrário a um trabalho científico, mas que foi efetivamente o motivo da minha escolha, o que demandou tempo e recursos para estar no contexto de estudo.

Primeiro, eu como pesquisadora:

- i. atuo como consultora em uma empresa que administra mais de 30 hospitais no Brasil, o que me permite o contato constante com dezenas de organizações hospitalares e à situações diferenciadas no contexto da saúde;
- ii. sou avaliadora da ONA, fato que me possibilita conhecer realidades distintas em vários hospitais acreditados em diferentes níveis de certificação;
- iii. utilizei o HRPT como um dos casos de minha dissertação de mestrado, pois, ao estudar a publicização dos hospitais públicos, este era um dos poucos exemplos à época, possível de estudo; porém, o contato foi, unicamente, por meio de análise

- documental e questionário aplicado com apoio do próprio hospital;
- iv. estive no hospital na ocasião da sua primeira visita de acreditação, servindo-me como *benchmarking* na organização onde atuava como membro da diretoria;
  - v. apaixonei-me à primeira vista pela organização, por encontrar ali uma força que desconheço ter sentido em outros hospitais. Além disso, há um “mistério” que não é visível aos olhos técnicos, o que chamou a minha atenção de pesquisadora.

Segundo, o caminho da tese estava sendo traçado para o estudo do *lean* saúde, porém, em visita realizada ao HRPT no início de 2015, para a realização de uma consultoria pela empresa administradora do hospital, alterei meus planos de pesquisa. Ao observar o avanço da organização em relação à acreditação, ter a crença de que em pouco tempo ela se tornaria acreditada em nível 3 da ONA<sup>4</sup>, bem como, a continuidade daquele “mistério” que a torna especial, fizeram com que crescesse a minha vontade de estudar o fenômeno. Ao mesmo tempo, percebi que era possível utilizar várias técnicas metodológicas para compreender o que ocorre no referido cenário pela abertura que me seria proporcionada, o que vai ao encontro dos meus significados de mundo, epistemologicamente interpretativos e questionadores.

Isto posto, a tese não poderia adotar uma concepção na qual eu, como pesquisadora, me afastaria do objeto de estudo, precisava alinhar com uma estratégia de pesquisa que me possibilitasse estar junto aos atores organizacionais, pois, já estava envolvida com aquele ambiente e com aquelas pessoas. Na mesma época, por ocasião de uma disciplina que cursava, conheci o construtivismo, que passou a dar sentido a esta participação conjunta, reforçando a possibilidade de desenvolvimento do estudo sob esta base. Aliei a isto a ferramenta que o núcleo de estudos do qual participo, o NIEPC, vinha utilizando em teses anteriores – a *grounded theory*. Pronto, o caminho estava aberto para o estudo pretendido.

Estes pormenores não podem ser desconsiderados, pois são parte do desenvolvimento da tese. Ademais, levando em conta o que a teoria formal nos diz, por meio de Stake (2000), Flyvbjerg (2004), Watts (2007), Merriam (2009) o estudo de caso constitui uma investigação de unidade específica, situada em um contexto, selecionada por critérios predefinidos que se propõe a oferecer uma visão ampla do fenômeno

---

<sup>4</sup> Naquela época o hospital era acreditado no nível 2 da ONA.

estudado. O importante é que existam critérios explícitos para a seleção deste caso, que seja realmente intrigante e justifique seu interesse exemplar para o desenvolvimento de uma pesquisa qualitativa em ciências sociais.

Nos estudos de caso, de acordo com Stake (2000), predominam temas complexos, situados e problemáticos. Eles são muito utilizados em pesquisas qualitativas voltadas ao contexto social. Assim, apresenta-se formalmente o HRPT - Hospital Regional Público da Transamazônica, que considero como o representante da área substantiva da estrutura epistemológica e metodológica desenhada, conforme segue:

- i. como o próprio nome já estabelece, é um hospital público, destinado exclusivamente aos pacientes do SUS, sob responsabilidade do governo do Estado do Pará e administrado por uma OSS – Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar;
- ii. está localizado no município de Altamira, o maior do Brasil e um dos maiores do mundo, com aproximadamente 160.000 km<sup>2</sup>, conforme observado na Figura 7, ou seja, quase o dobro da extensão territorial do Estado de Santa Catarina (que tem 95.000 km<sup>2</sup>);

Figura 6 - Localização do município de Altamira no Estado do Pará/Brasil.



Fonte: Planejamento Estratégico HRPT (2015).

- iii. atende a população de Altamira, com 108.382 habitantes (IBGE, 2017) e outras oito cidades que fazem parte da região do Xingu, estimando-se aproximadamente, 500.000 habitantes;
- iv. este hospital foi construído como o último nível de atenção à saúde em uma região que não detinha tal assistência instalada, e, demandava até então, o envio da população que necessitava de cuidados de saúde, em nível de média e alta complexidade, para Belém, cujo caminho por terra demanda muitas horas por estradas vicinais não asfaltadas (não transitáveis em épocas de chuvas) e/ou em voos de 1,5 horas de duração (para casos extremos);
- v. com localização de difícil acesso, seja pelos poucos voos diários, ou pela Transamazônica (somente 60 km asfaltados) que não se estende a todos os distritos e municípios atendidos, esse critério foi considerado por representar dificuldades operacionais e assistenciais que demandam estratégias focadas e, normalmente, emergentes;
- vi. possui 97 leitos, sendo nove de Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) Adulto, cinco de UTI Neonatal e cinco de UTI Pediátrica; além de serviço de hemodiálise, ambulatório pré e pós-cirúrgico e diversos Serviços de Apoio e Diagnóstico ao Tratamento (SADTs)<sup>5</sup>. Apresenta um quadro com 609 funcionários e um corpo clínico composto por 73 médicos (HRPT, 2018), sendo que, destes, em torno de 35 residem efetivamente em Altamira. O hospital é considerado geral de média e alta complexidade
- vii. maior empregador do município na atualidade, injetando mensalmente, em média, R\$ 4,8 milhões na sociedade local (HRPT, 2017);
- viii. apresentou mudança drástica no perfil de atendimento, com a construção, nas proximidades, da Hidrelétrica de Belo Monte, a terceira maior do mundo (HRPT, 2017);
- ix. é um dentre os dez únicos hospitais públicos brasileiros que possuem a certificação ONA de Acreditado em Excelência -

---

<sup>5</sup> SADTs – são os exames realizados, neste caso, exames laboratoriais, ultrassonografias, tomografias, mamografia, raios-x e outros. Estes exames são agendados nas cidades de abrangência do hospital pela Central de Regulação e realizados no hospital. Os mesmos equipamentos atendem aos pacientes internados.

Nível 3<sup>6</sup>, sendo que os outros nove localizam-se: um em Santarém, também no Pará, outro no Rio de Janeiro e sete em São Paulo (ONA, 2018). Ou seja, ele é um entre os dois únicos hospitais públicos com tal certificação fora do eixo Rio – São Paulo. Todos os hospitais em questão são administrados por OSS.

Assim, as características preponderantes para a escolha do caso a ser estudado foram: ser um dos únicos hospitais públicos com certificação ONA nível 3 no Brasil; a complexidade relacionada ao contexto (área territorial atendida, difícil acesso, alterações de perfil epidemiológico); a abertura dos dados organizacionais; a permissão sem restrições à observação do ambiente e do contexto; e, a minha vontade, enquanto pesquisadora, de compreender o fenômeno.

Apresentado o objeto de estudo, parte-se para a classificação da pesquisa em acordo com a estrutura epistemológica e metodológica traçada no Capítulo 3, tendo como contexto o universo delimitado.

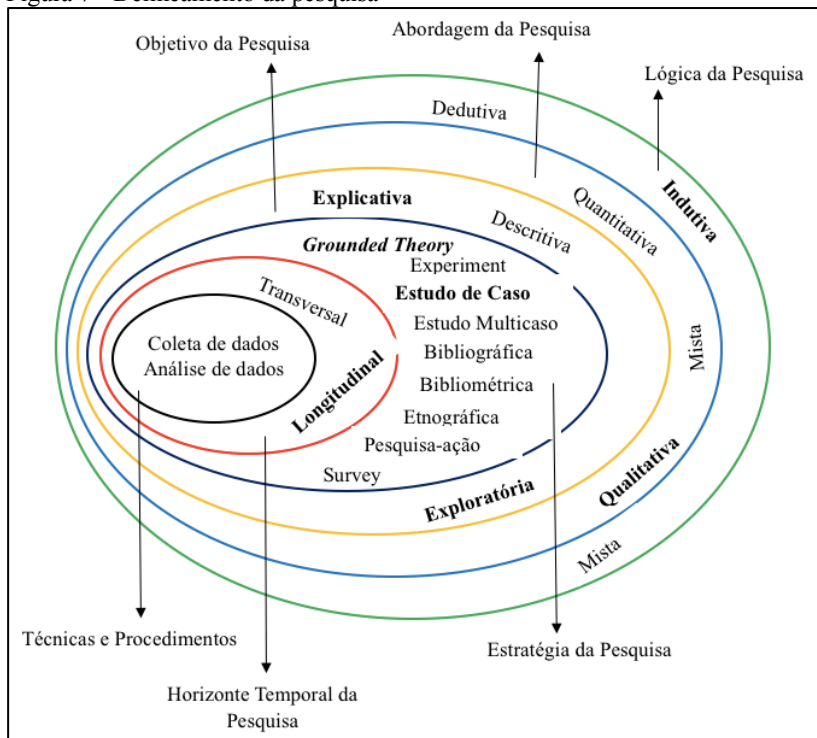
## 4.2 CLASSIFICAÇÃO DA PESQUISA

Com base na epistemologia adotada, considerando a pesquisa a partir do paradigma interpretativo em sua abordagem construtivista, o delineamento metodológico é apresentado por meio de uma forma visual didática desenvolvida por Saunders, Lewis e Thornhill (2009), conforme Figura 8, tornando explícitos os pressupostos utilizados no planejamento para obter os resultados.

---

<sup>6</sup> O hospital foi acreditado em nível 1 em Junho/2010, o processo até o nível 3 demorou 5 anos e meio.

Figura 7 - Delineamento da pesquisa



Fonte: Adaptado de Saunders, Lewis e Thornhill (2009).

Nota: Os itens em destaque se referem às classificações adotadas nesta tese.

Quanto à lógica, esta pesquisa é indutiva (IUDÍCIBUS, 2004), ao buscar a geração de conhecimento inexistente ou obscuro sobre o assunto específico da tese, que está relacionado à compreensão do processo de acreditação hospitalar em um contexto específico (HRPT), ou seja, a partir da percepção de atores envolvidos uma teoria substantiva foi construída.

Quanto à abordagem da pesquisa é qualitativa (COOPER; SCHINDLER, 2003; VIEIRA, 2006; RICHARDSON, 2008), procurando examinar de maneira detalhada a forma como os indivíduos constroem o mundo e seu contexto, por meio de suas vivências cotidianas, e com isso, buscar entender e descrever o fenômeno social instalado. Segundo Denzin e Lincoln (2006, p. 37), a “pesquisa qualitativa é infinitamente criativa e interpretativa”. Esta tese se propôs a compreender como a acreditação hospitalar ocorre, se mantém e evolui



na organização hospitalar, por meio das práticas empreendidas pelos atores sociais, utilizando técnicas construtivistas para dar respostas ao fenômeno estudado.

Quanto ao objetivo da pesquisa é um estudo explicativo e exploratório. Ao observar a ação dos envolvidos, suas práticas e o processo acomodado em um contexto determinado, é exploratório (MALHOTRA, 2006), procurando identificar fatos/atos para prover maior compreensão. E, explicativo (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006), ao interpretar os dados colhidos, interagindo com a realidade dos sujeitos e fornecendo uma explicação ao estudo, sob a percepção dos envolvidos no processo.

Quanto à estratégia da pesquisa, adotou-se a *grounded theory* e o estudo de caso. Optei pelo estudo de caso único (STAKE, 2000), por possibilitar a coleta de dados com diferentes fontes de evidências para a análise em profundidade do fenômeno de interesse, no caso a acreditação hospitalar estabelecida no HRPT.

A *grounded theory* é empregada para desvendar o que torna possível o processo de acreditação hospitalar e sua manutenção e evolução neste hospital. Para Charmaz (2009), esta estratégia, com base na percepção ou significado que este fenômeno tem aos envolvidos, propõe-se a gerar conhecimentos, aumentar a compreensão, proporcionar um guia significativo para a ação e, na sua frente construtivista, garantir a construção comum de uma teoria substantiva que tenha sentido ao pesquisador e aos indivíduos que definem o contexto.

Quanto ao horizonte temporal, a pesquisa é longitudinal (MALHOTRA, 2006), pois busca compreender eventos que se sucederam desde o princípio do processo da acreditação até o momento presente. A pesquisa em si, ocorreu nos últimos dois anos, com sete visitas ao contexto estudado, perpassando pela manutenção do nível 2 da ONA, a evolução ao nível 3 e a manutenção deste patamar. Porém, houve a análise documental dos primeiros 5 anos anteriores do processo de certificação.

Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas entrevistas semiestruturadas, observação participante de fatos ocorridos na organização hospitalar (CHARMAZ, 2009) e, análise documental (GODOI; BANDEIRA-DE-MELLO; SILVA, 2006). Tais técnicas são congruentes, acontecem em momentos semelhantes, complementam-se, e, uma corrobora com a outra.

Destarte, de acordo com Denzin e Lincoln (2006), as pesquisas qualitativas, como é o caso desta, habitualmente envolvem o estudo, o

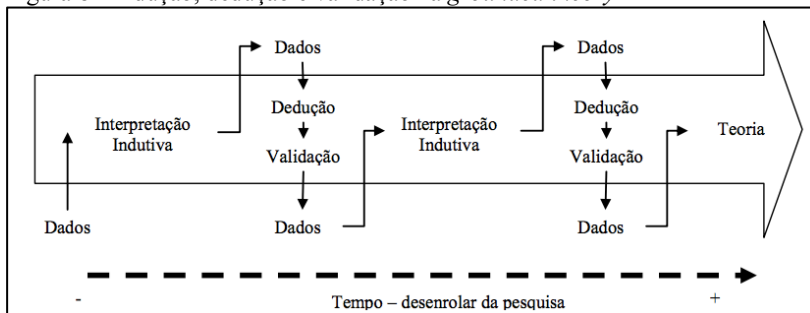
uso e a coleta de uma gama de materiais empíricos e práticas interpretativas, que traçam momentos e significados cotidianos da vida dos indivíduos envolvidos em um processo, na expectativa de conseguir compreender melhor a questão que está ao seu alcance – o que nos conduz ao processo como a pesquisa ocorreu.

#### 4.3 TRABALHO DE CAMPO

A pesquisa por meio da *grounded theory* parte de um amontoado de dados coletados e analisados em contínuas interações com o objetivo de pesquisa, produzindo categorias, relativamente difusas que, ao longo do percurso, vão se reduzindo e iluminando estruturas conceituais e por fim revelando a teoria (SUDDABY, 2006). Esse processo de ir e vir a campo se estende até o momento que os novos dados não trazem nada de novo ao estudo, somente repetem o que já está posto.

De acordo com a lógica abduativa, a partir dos dados coletados em campo, princípios gerais são organizados indutivamente. Desses princípios são inferidas categorias específicas e relações entre elas para estabelecer um primeiro esquema da teoria substantiva que se aspira gerar. Com esse modelo teórico inicial volta-se ao campo para examinar como ele se comporta diante de um novo conjunto de material empírico (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006; CHARMAZ, 2006), que proporcionará ou não novas deduções até chegar ao modelo teórico final, conforme Figura 9. As novas idas a campo servem como validação dos dados anteriores.

Figura 8 - Indução, dedução e validação na *grounded theory*



Fonte: Heath; Cowley (2004).

Um aparte que é relevante apontar antes de dar seguimento, é que o texto desta tese, como já percebido pela leitura, ocorreu em primeira pessoa, o que alinha com a *grounded theory* construtivista (CHARMAZ, 2009) que tem no pesquisador um participante da construção da teoria substantiva.

No entanto, conforme se observará no próximo capítulo, haverá muitos momentos que utilizo a primeira pessoa do plural, pois, trata-se de uma construção conjunta, dos envolvidos no estudo e minha. Certamente em determinados momentos troco o eu pelo nós ou o inverso, pois, os dados vão se sobrepondo e em alguns momentos o nós e o eu é um só.

Destarte, os próximos tópicos detalham o percurso adotado na condução da pesquisa empírica.

#### **4.3.1 Revisão da literatura e definição da questão da pesquisa**

Ao adotar a *grounded theory* como um dos pilares da estrutura epistemológica e metodológica em sua abordagem construtivista, parte-se da premissa que o método, a coleta de dados, a análise e a eventual teoria substantiva mantêm uma relação próxima entre si, ou seja, esta tese não começa com uma teoria preconcebida em mente. Ao contrário, inicia com uma área de estudo e permite que a teoria vá emergindo dos dados (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006; DANTAS et al., 2009).

Nesta tese, a revisão da literatura apresenta um compilado do estado da arte da área de conhecimento com alguns elementos estruturantes, no intuito de apresentar algumas lacunas que podem ser preenchidas pela construção da teoria substantiva.

As questões de pesquisa, sob estudos desta natureza, são abertas e gerais, e não são formalizadas na forma de hipóteses específicas. Segundo Mello (2002), as fases de coleta de dados, análise e validação da teoria são compreendidas como reciprocamente tangenciadas, em um processo indutivo de interpretação e em um processo de dedução e validação de proposições.

#### **4.3.2 Construção do roteiro de entrevista e do guia de observação**

Entrevistas e as observações seguiram as orientações de Charmaz (2009) referente aos roteiros e guias, servindo de condução, mas, nunca determinando um caminho. Perguntas usando ‘como’, ‘porque’, ‘cite exemplos’, ‘fale-me mais a respeito’, foram usadas com

frequência, buscando dar voz aos entrevistados e obter dados novos, que poderiam abrir lentes diferentes ao estudo.

O roteiro das entrevistas partiu de uma primeira e única pergunta nas primeiras entrevistas, evoluindo com algumas perguntas elaboradas a partir dos contatos anteriores, como forma de validar os códigos. O Apêndice A traz os roteiros elaborados antes das entrevistas, no entanto, importante frisar que, em acordo com Charmaz (2009), os dados devem nos guiar ao usar a *grounded theory*, o que muitas vezes me direcionou a perspectivas diferentes de inquirir sobre o fenômeno estudado, indicando, normalmente, dados que estavam obscuros e que se clarificavam ante comentários dos envolvidos na pesquisa.

Quanto ao roteiro de observação (MARIAMPOLSKI, 2006), houve a elaboração de um guia de observações (Apêndice B), que foi sendo alterado em acordo com as novas demandas examinadas. Este guia se tornou relevante, enquanto direcionador da atenção e da escolha dos episódios a serem observados e da possibilidade de inserção do maior número possível de fatos que poderiam ser vistos e contribuísem à compreensão da ação dos envolvidos no contexto.

As observações foram conduzidas informalmente nas visitas ao hospital, tornando-se tão mais focadas quanto mais evoluíam os conceitos encontrados. Os detalhes das observações efetuadas foram registrados em diários de campo, nos quais, além de descrever os acontecimentos, comentei os sentimentos envolvidos, bem como minha visão sobre os fatos percebidos na prática e nos discursos dos sujeitos. Estas notas foram uma ferramenta essencial, pois, a partir delas, consegui montar um possível arcabouço de compreensão de como aquelas pessoas agem no contexto em estudo.

Relevante observar que, os diários começaram a ser escritos quando da minha decisão enquanto pesquisadora pelo objeto de estudo, ou seja, anterior a primeira visita formalizada. A seguir, um trecho de um relato de campo ocorrido durante uma das visitas:

(...) entre todas as visitas que acompanhei hoje, uma considerei como a “cereja do bolo” tanto para a avaliação em si, como para a tese, pois vi ali o que chamo de “mistério”. Observava a visita da UTI Infantil, antes com a apresentação formal feita por uma das enfermeiras da unidade, onde demonstrou como funciona o setor, seus indicadores, relação do setor com o planejamento estratégico, riscos, eventos, melhorias, enfim, seguia um fluxo normal de avaliação. As avaliadoras fizeram algumas perguntas ao pessoal

do setor, que com suas palavras contavam como as coisas ocorriam ali (...). Estavam observando a infraestrutura do setor, quando percebi certo tumulto, a avaliadora havia questionado a uma técnica de enfermagem, quais os riscos do setor e, a moça ousada, retrucou com se aquilo fosse algo básico, a avaliadora estranhou. Percebi a diretora de enfermagem se aproximar da avaliadora, pronta para intervir. Mas a funcionária surpreendeu novamente, disse que ali todos sabiam seus riscos, que era só perguntar para os pacientes, ou seja, ela só não sabia, como os pacientes também tinham conhecimento dos seus riscos. Chamou a avaliadora para a cabeceira de um dos leitos. Como ela estava um pouco elevada, vi uma cabecinha sob os lençóis brancos, nenhum movimento. Era o Paulinho<sup>7</sup>, um menino de 4 anos que ao cair de uma rede, bateu a cabeça e ficou tetraplégico, sem qualquer prognóstico de sair do hospital, pois, fica 24 horas ligado às máquinas. Já estava internado há muitos meses. O que vi não foi uma criança triste, era um menino traquina, cheio de vontade de viver. Ele contou para a avaliadora que foi treinado, igual quando se faz prova na escola, mas, não precisava estudar, pois sabia “tudinho”, segundo suas palavras infantis. A bolinha<sup>8</sup> marron que fica na plaquinha é porque eu tenho dificuldade de engolir e a verde porque preciso ser virado várias vezes no dia, para não fazer ferida. Ainda brincou consigo mesmo “só fico deitado ou sentado, aí já viu né?!”. Perguntei ao médico que estava próximo, o motivo dele não poder ir para casa, pois, a paraplegia em si, não seria o problema. Ele contou que o Paulinho tem outras complicações, que para ir para casa, teria que ser implantado um marca-passo, porém, precisa fazer um exame específico, que não tem no hospital, e ele não pode ser deslocado, por exemplo para Belém - isto seria suficiente para não sobreviver, ou seja, o exame precisa ser feito no hospital, e o equipamento

---

<sup>7</sup> Paulinho, nome fictício dado ao paciente.

<sup>8</sup> As bolinhas são sinalizadoras dos riscos associados a comorbidade dos pacientes internados, seguem um padrão para o hospital como um todo.

custa mais de um milhão. E fazer o exame não quer dizer que vai ser possível usar o marca-passo, pois, a resposta pode ser negativa. Contou-me, que ele já foi avaliado por um especialista de fora do Brasil, alguém suprasumo na área, que se dispôs a fazer a cirurgia, mas, para isto tem que ter o exame para apontar a viabilidade. O hospital já foi para mídia, tentou ajuda da sociedade/grandes empresas, mas nada. E para o SUS ou Estado adquirir este equipamento, é muito difícil. Naquele momento desejei poder mais, fiz meu pedido a Deus (...). As avaliadoras já estavam indo embora quando ouço uma vizinha gritando: “ah, esqueci”. Era o Paulinho. A avaliadora volta para perto do leito já rindo, e ele lhe diz: “esqueci a vermelha, olha aquele bebê tem, é a que diz que a criança tem alergia”. Aquilo foi inexplicável. Vi muitos ali com os olhos marejados, o médico ao meu lado disse: “ah, hoje somos todos Paulinho”, uma alusão ao caso que estava na mídia sobre um ataque terrorista a Paris. (...) Saímos da UTI, não ouvi qualquer comentário por minutos. Era como se nada precisasse ser dito, como se todos ali entendessem o motivo de atuar na saúde, de buscar qualidade. Era para ajudar pessoas como o Paulinho a ter uma vida mais digna (...). Este certamente foi um momento que ninguém que esteve ali esquecerá (Diário de campo, 19/01/2016).

Também foram elaborados “memos” (CHARMAZ, 2000, 2009), espécie de memorandos usados nesta tese com o objetivo de criar associações entre o que era visto e o que era expresso nas entrevistas. Estes documentos foram mais ilustrativos que descritivos.

### **4.3.3 Seleção dos entrevistados**

As primeiras entrevistas foram realizadas com sujeitos selecionados por ocuparem funções estratégicas. Optei por iniciar com a diretoria, por entender que estes profissionais, envolvidos no processo de acreditação hospitalar no seu nível macro-organizacional, atuam no que é sistêmico e direcionam as ações. Além de que, de acordo com Sitakalin (2003) e Casimiro (2005), a liderança é o principal agente

impulsionador do processo de acreditação hospitalar.

Para as entrevistas seguintes, utilizei o procedimento “bola de neve” (BIERNACKI; WALDORF, 1981), onde um entrevistado indicava outro para participar e/ou durante as observações, utilizando de “sensibilidade” na busca por entender os detalhes das várias categorias que emergiram das análises, identificava possíveis envolvidos que poderiam contribuir com os dados.

Nas conversas de cumbuca tivemos diferentes atores participando, porém, normalmente, eram convidados os diretores, gestores de nível médio e profissionais técnicos. Nesses momentos, os atores sociais eram instigados a refletir sob pontos que resultaram de entrevistas anteriores e/ou construir associações entre as categorias resultantes.

O estudo é dividido em cinco rodadas que serão descritas detalhadamente no próximo tópico, neste sentido, o Quadro 5 sumariza em que fase ou fases da pesquisa cada entrevistado participou. Os nomes oferecidos aos entrevistados, referem-se às cidades do Estado do Pará. A ideia surgiu a partir de uma prática implantada no hospital para denominar os pacientes não identificados, como forma de aproximar a tese do contexto de estudo. Os entrevistados não foram caracterizados, pois, facilmente seriam reconhecidos por seus pares, o que não era intenção desta tese, no entanto, informo que os mesmos estão entre os envolvidos no processo, sejam eles funcionários, representantes da OSS, consultores ou avaliadores ONA. Somente os pacientes foram denominados como “paciente”.

Quadro 5 - Esquema de participação em acordo com as rodadas do levantamento de dados

Participante	Rodadas				
	1	2	3	4	5
Acará	X				
Afuá	X		X	X	
Alenquer		X	X		X
Almeirim			X		X
Anajás		X	X		
Anapu		X			
Aveiro			X		

Bagre		X	X		X
Barcarena		X	X	X	X
Bonito	X	X	X	X	X
Breves		X	X	X	X
Cametá		X	X	X	X
Capanema		X		X	X
Castanhal			X		
Chaves	X	X	X	X	X
Colares		X	X	X	
Curuá	X	X			X
Dom Eliseu			X		
Faro			X	X	
Gurupá		X	X		
Inhangapi		X	X		X
Irituia			X		
Itaituba		X			
Itupiranga			X	X	
Jacareacanga		X	X	X	X
Jacundá	X	X			X
Jurutí		X			
Marapanim			X	X	
Marituba		X	X	X	X
Medicilândia			X	X	
Melgaço	X	X	X		X
Mocajuba			X		
Moju			X	X	
Ourém			X		X
Paragominas				X	
Peixe-Boi		X	X		X
Piçarra		X			



Placas			X		
Portel		X	X	X	X
Prainha			X	X	
Primavera	X	X	X	X	X
Redenção	X	X	X	X	X
Rio Maria		X			X
Rurópolis			X	X	X
Salvaterra				X	
São Félix do Xingu		X	X		X
Sapucaia		X	X	X	X
Soure		X			
Terra Alta	X	X	X	X	
Tucumã				X	
Ulianópolis		X	X		X
Vigia	X	X			X
Viseu			X		
Xinguara			X	X	
Paciente 1				X	
Paciente 2				X	
TOTAL	56 envolvidos na pesquisa				

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Relevante apontar que todos os entrevistados preencheram um termo de consentimento livre e esclarecido ao participar da entrevista (Apêndice C).

#### 4.3.4 O percurso (rodadas) de levantamento dos dados

Entre as idas e vindas ao HRPT, os instrumentos utilizados foram as entrevistas semiestruturadas, a análise documental e a observação participante. Tanto os procedimentos de entrevistas, quanto os de observação seguiram as orientações propostas por Charmaz (2006, 2009) no tocante ao método da *grounded theory*.

As entrevistas ocorreram em acordo com o desenvolvimento da teoria, seguindo as fases da *grounded theory*, conforme as recomendações de Charmaz (2009). Inicialmente, partindo de uma pergunta que representava o problema que se desejava desvendar e as próximas foram incorporadas a partir dos conceitos obtidos, como forma de confirmar dados e trazer novos significados ao estudo, bem como, evoluir na estruturação teórica.

Ocorreram dois tipos de entrevistas, a primeira entre eu e o entrevistado, a segunda, fruto da condução da pesquisa, levaram-me à promoção de reflexões grupais, que denominei de “conversa de cumbuca”. Esta ideia surgiu no início da pesquisa, após uma observação de como os envolvidos trabalhavam com algumas questões organizacionais, visto que, estavam adaptados à discussão em equipe de casos clínicos, eventos, não-conformidades, enfim, “gostavam” de discutir assuntos em *brainstorming*. Assim, usamos da observação realizada para criar uma estratégia de pesquisa. De acordo com Charmaz (2009), podemos acrescentar novas peças ao quebra-cabeça da pesquisa enquanto coletamos os dados, que vão surgindo da flexibilidade que o método permite, criando uma remodelagem conforme os dados se apresentam.

A observação participante (CHARMAZ, 2009), ocorreu em episódios escolhidos com o objetivo de propiciarem visualização do processo (neste caso de ocasiões representativas no caminho para a excelência e a manutenção da acreditação hospitalar ONA), bem como, de momentos cotidianos, onde a ação poderia ser verificada na normalidade. Entendida como observação participante, pois, diretamente ou indiretamente, eu como consultora, mesmo estando como pesquisadora, era inquerida à participação pelos envolvidos, nunca estando, somente, como observadora da situação.

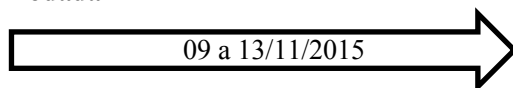
A pesquisa documental (GODOI; BANDEIRA-DE-MELLO; SILVA, 2006), fonte de coleta de dados secundários, ocorreu durante as visitas ao hospital, onde todos os documentos solicitados ficaram a disposição para consulta e, em outros casos, enviados posteriormente para que fossem analisados por mim. As demandas por tais documentos surgiram de entrevistas, observação ou por indicação dos envolvidos no processo. Esta fonte de dados foi utilizada para complementar as duas primeiras, bem como, para observar o caminho pregresso até que o estudo se instalou, sendo a principal fonte de observação da implantação da acreditação.

Por conhecer o objeto de estudo, atuar em hospitais e ser avaliadora da metodologia de certificação da ONA, usei da sensibilidade

de estar presente em situações consideradas expressivas para o estudo, que representaram os momentos entre a manutenção do título de acreditado pleno (nível 2) pelo HRPT, a evolução para acreditado com excelência (nível 3) e a visita de certificação para a manutenção neste nível. Cabe salientar que, a possibilidade de vivenciar tais “momentos” colaborou para o entendimento do processo naquele contexto, o que certamente não seria possível se fossem investigados somente a *posteriori* da obtenção da certificação de nível 3, ou seja, consegui iniciar a pesquisa de campo em momento único dentro do processo, o que me permitiu vislumbrar situações que foram cruciais no âmbito da área substantiva em que se desenhou a pesquisa.

As idas e vindas a campo foram agrupadas em cinco rodadas em acordo com a técnica de pesquisa adotada e a data de ocorrência, como tentativa de aproximar o leitor do percurso, exatamente como ocorreu, como numa linha de tempo.

### Rodada 1



Nesta semana houve uma primeira visita aos setores do hospital, com o objetivo de observar como transcorria a rotina cotidiana e como estavam estabelecidas às práticas alinhadas ao nível que eram acreditados à época (nível 2).

Além destas visitas, ocorreu a observação participante de dois episódios significativos:

- i. reunião de Análise do Planejamento Estratégico, ocorrida no dia 10/11/2015, com a participação da diretoria e da equipe da qualidade. Neste ato, dirigido pelo gestor da qualidade e presidido pelo diretor geral, foi apresentado via Sistema *Interact*<sup>9</sup> o mapa estratégico e, a partir deste os indicadores e as ações planejadas, seguindo a ordem das perspectivas expressas no *balanced scorecard*. As ações estratégicas estavam

---

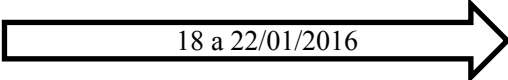
<sup>9</sup> Sistema *Interact* - Sistema de gestão utilizado por todos os profissionais do hospital, mais expressivamente pelos gestores de nível médio e estratégico, mas, de conhecimento de todos os funcionários. Utilizado nos computadores existentes em todas os setores, por meio de uma senha comum. Neste sistema estão inseridos todos os documentos, normas, rotinas, processos, indicadores, riscos, planejamento estratégico, não conformidades e eventos.

desdobradas em outras ações de nível tático e operacional, que influenciam ou são influenciados pelo processo de acreditação hospitalar. Foram estabelecidas, nesta reunião, as datas para as visitas seguintes da ONA (janeiro e abril/2016), bem como, as estratégias a utilizar em cada qual. A visita de janeiro/2016 era referente à manutenção do nível 2, e a visita de abril/2016 seria para acreditação em nível 3.

- ii. reuniões de diretores com os gestores de nível médio das áreas comandadas para alinhamento de pontos estratégicos, quais sejam: análises críticas de indicadores por setor, inovações desenvolvidas nos últimos anos e estratégias de apresentação para as próximas visitas da certificação ONA. Estas reuniões ocorreram nos dias 11, 12 e 13/11/2015. Os arquivos utilizados foram apresentados no Sistema *Interact* e em arquivos *Word*.

Nesta semana ocorreram as cinco entrevistas de partida com uma pergunta de saída (Como o hospital consegue se manter e evoluir no processo de acreditação hospitalar?), que buscou a compreensão do objeto de pesquisa dentro do contexto estudado; as entrevistas ocorreram de 10 a 13/11/2015. Os envolvidos entrevistados foram três diretores (dois enfermeiros e um administrador) e dois coordenadores de nível médio (um enfermeiro e um administrador), selecionados por estarem ligados à gestão, onde as estratégias são definidas e repassadas para a execução do grupo técnico do hospital. Quatro destes entrevistados trabalhavam no hospital desde sua abertura. Foram computados 169 minutos de entrevista.

Concomitantemente, neste período foram analisados documentos do hospital: contrato de gestão da OSS com o Estado do Pará, mapa estratégico, planejamento estratégico 2015 a 2016, indicadores e respectivas análises críticas existentes no Sistema *Interact*, tratativas das reclamações feitas pelos usuários, algumas instruções de trabalho, os mapas de processos e os relatórios das auditorias de risco. Bem como, os relatórios de visita de certificação elaborados pela ONA até então, entre eles, o do diagnóstico ocorrido em 2010 no princípio do processo, o da acreditação nível 1 em 2010, o da manutenção do nível 1 em 2011, o da acreditação nível 2 em 2012, das manutenções deste nível 2 ocorridas em 2013 e 2014 e o da recertificação em nível 2 em 2015.



18 a 22/01/2016

Segunda visita ao contexto de estudo, com o propósito de verificar se o que foi planejado na minha visita anterior foi efetivado, os efeitos produzidos, assim como, acompanhar o processo de certificação na prática. Neste período ocorreram dois momentos de observação:

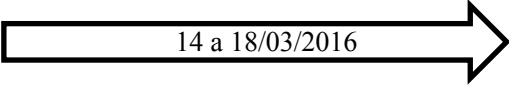
- i) a visita de manutenção do nível 2 da ONA, ocorrida entre os dias 18 e 20/01/2016, onde a IAC contratada realizou a auditoria na organização, com participação de todos os colaboradores em suas devidas áreas de atuação. Ao final foi auferida a recomendação para manutenção do nível 2;
- ii) acompanhamento das atividades do Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente (NQSP) no dia 21/01/2016, onde foram apresentados os processos realizados, bem como, participei da elaboração dos passos a serem empreendidos para a próxima visita de acreditação, com correções observadas neste processo de certificação, e pontos já planejados e que precisam ser reforçados ou revistos para a próxima avaliação.

Após o processo de certificação, em 22/01/2016, ocorreu uma conversa de cumbuca com o grupo estratégico para discutir os resultados da visita de acreditação ocorrida, além de averiguar alguns pontos que emergiram das cinco entrevistas iniciais. Nesta conversa, informaram que a data para a solicitação do *upgrade*<sup>10</sup> para o nível 3, conforme já considerado na reunião que participei em novembro, seria agendada, porém, em período inferior - 45 dias. Aferidos 132 minutos de conversação a esta atividade.

Cerca de um mês depois, o relatório da visita elaborado pela IAC foi lançado em um sistema que certifica o nível da organização (ONA Integrare), possibilitando sua averiguação.

---

<sup>10</sup> *Upgrade* trata-se da solicitação antecipada do processo de avaliação para certificação, ou seja, o hospital tem um prazo para ser avaliado para o próximo estágio, porém, ele se considera apto para um nível maior que o que detêm, e solicita nova avaliação antes do término da validade da atual certificação (ONA, 2015c).

**Rodada 2**

14 a 18/03/2016

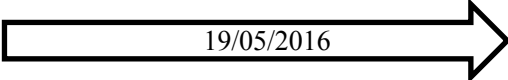
Terceira visita ao contexto de estudo, tendo em vista acompanhar a avaliação de nível 3 do hospital, realizada pela equipe de avaliadores da ONA, ocorrida entre os dias 14 e 18/03/2016, onde a IAC contratada executou a auditoria em todas as áreas organizacionais que precisaram demonstrar os resultados sistêmicos que os conduziram à excelência do processo. Ao final foi auferida a recomendação para certificação no nível 3 ONA, maior nível deste processo.

Neste período, realizei ainda, 15 entrevistas semiestruturadas com questões abertas que corroboraram para confirmar os códigos da codificação inicial, bem como, oportunizaram a busca de novos subsídios para evoluir nas fases da *grounded theory*; as entrevistas ocorreram nos dias 17 e 18/03/2016. Os envolvidos entrevistados foram médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, coordenadores de áreas (um administrativo e dois enfermeiros) e líder de área (apoio técnico). Entrevistei, também, um avaliador da ONA, considerado envolvido no processo, com um ponto de vista que poderia agregar conceitos diferentes ao estudo. Uma das entrevistas foi gravada em tom muito baixo, não possibilitando a transcrição, sendo retirada do estudo. Nesta rodada foram computados 424 minutos de conversação.

Para reforçar os achados anteriores e obter novos dados, foi realizada uma conversa de cumbuca com o grupo de gestores e diretoria, com participação de 21 envolvidos, usando como tema as percepções do processo de acreditação a partir da vivência da visita de certificação ONA 3 que acabará de ocorrer. Foram computados 83 minutos de conversa.

Observado e utilizada a transcrição, como fonte de dados, de um vídeo que o hospital elaborou com o intuito de comemorar junto aos funcionários a evolução no nível de certificação, no qual vários atores sociais depõem acerca da trajetória percorrida pelo hospital desde a sua implantação.

A posterior, após a inclusão do relatório de visita pela IAC no Sistema ONA Integrare, foi analisado o relatório referente à visita de certificação.

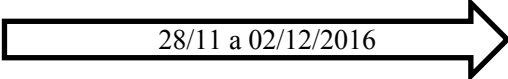


19/05/2016

O próximo contato que fiz, não foi no contexto de estudo, ocorreu durante o 39º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde e a 24ª Feira Hospitalar, quando uma representante do hospital apresentou durante o evento, o processo percorrido pelo até a obtenção da certificação de nível 3 da ONA. Este momento foi importante para verificar como os envolvidos do hospital se posicionam frente aos resultados obtidos em um período longitudinal, que ocorreu entre o início do processo de acreditação e sua evolução até o nível atual, perfazendo, aproximadamente, cinco anos e meio.

A apresentação foi gravada, transcrita e utilizada no levantamento de dados para compor os códigos.

### **Rodada 3**



28/11 a 02/12/2016

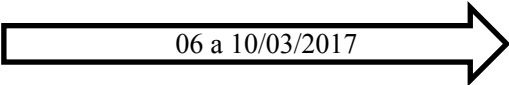
A partir da análise dos dados da Rodada 2, houve necessidade de buscar pelo agrupamento dos dados e verificar se aqueles códigos faziam sentido aos envolvidos no processo, e, neste momento passamos a construir em conjunto, os atores do contexto e eu, as primeiras estruturas que conduziriam, no final, ao modelo representativo da teoria substantiva.

Para tal, nesta quarta visita ao HRPT, realizei, durante três dias, oficinas junto aos diretores do hospital, aos gestores de nível médio e oito representantes operacionais de setores escolhidos durante o debate de formação dos grupos, num total de 39 pessoas. Estas oficinas tinham por objetivo validar todos os códigos até então elaborados, bem como, construir relações entre os mesmos. O processo será melhor detalhado no tópico Codificação Focal, no entanto, neste momento importante ressaltar que, ao final, no quarto dia, foram registradas 3 conversas de cumbuca, onde os participantes apresentaram os dados alinhavados, resultando em 227 minutos de debate. Evidências desta interação estão ilustradas no Apêndice D.

Os três dias de discussão serviram-me como observação para verificar a forma como aqueles indivíduos lidavam com os significados do processo no qual estavam contribuindo, bem como, o modo como

atuavam em equipe e as relações que estabeleciam. Neste momento foi possível clarificar alguns códigos que, até então, tinham sido elencados e não faziam muito sentido no agrupamento dos levantamentos oriundos das entrevistas e conversas de cumbuca anteriores.

#### **Rodada 4**



06 a 10/03/2017

A partir dos resultados da rodada anterior, novos códigos surgiram, logo, precisavam de um maior entendimento. O que oportunizou o convite para participar da construção da interação dos processos, que seriam apresentados na próxima visita de certificação, em conjunto com outras duas consultoras da OSS. Então, a quinta visita, foi uma oportunidade de realizar outra observação ao ambiente, envolvendo-me com o fazer cotidiano da organização. Esta semana foi praticamente de observação, sendo realizadas somente cinco entrevistas, uma com um profissional que está no hospital desde a implantação, duas com consultores e duas com pacientes do hospital, no sentido, de abrir o leque de envolvidos e confirmar se os achados referentes à assistência eram percebidos por aqueles que efetivamente recebiam os cuidados. Foram computados 183 minutos de conversação.

Nesta ocasião foram analisados os seguintes documentos: pesquisa de cultura de segurança do paciente; painel de indicadores sistêmicos que ilustram o resultado do ano 2016; relatório referente a evolução da gestão dos processos com avaliação dos fornecedores; relatório da auditoria de riscos.



27 a 30/03/2017

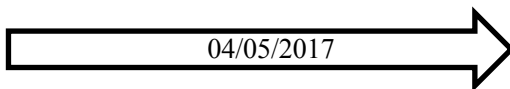
A sexta visita ao contexto de estudo, apresentou como meta o acompanhamento da avaliação de manutenção da certificação no nível 3, realizada pela equipe de avaliadores da ONA, ocorrida entre os dias 27 a 29/03/2017, onde a IAC contratada executou a auditoria na maioria das áreas organizacionais. A observação deu-se a partir da averiguação de possível solução às observações realizadas na auditoria do ano anterior, bem como, a visualização de melhorias ao longo do último ano e a consolidação da excelência da assistência e da gestão daquela



organização. Verificado a forma como os profissionais apresentaram os resultados que foram elaborados na primeira semana deste mês, a qual acompanhei. Ao final foi obtida a recomendação para manutenção do nível 3 da ONA.

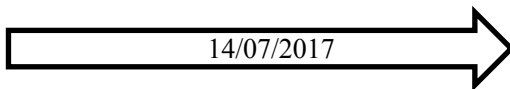
Como forma de validar os dados encontrados até esta imersão e para averiguar novos dados que foram observados na visita do início do mês, foram realizadas 18 entrevistas, envolvendo médicos, enfermeiros, gestores de áreas, e, principalmente, funcionários operacionais. Estas entrevistas foram mais objetivas, com um tempo médio de 19 minutos cada, perfazendo ao total, 346 minutos.

A posterior, com a inclusão do relatório pela IAC no Sistema ONA Integrare, foi analisado o relato referente à visita de certificação.

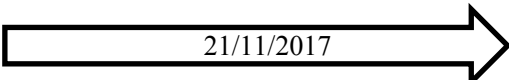


Com o objetivo de obter a visão da OSS acerca das motivações que conduziram a introdução de um processo de acreditação no HRPT e sua manutenção, foi realizada uma entrevista com um dos representantes da organização responsável pelo projeto. A entrevista foi realizada em 33 minutos.

#### **Rodada 5**



Em visita realizada em outra organização em Belém (PA), houve a oportunidade de agendar entrevista com dois envolvidos na pesquisa, que eram representativos ao estudo, pois, estavam no hospital desde sua implantação. Esta entrevista serviu para validar o primeiro esquema que havia criado, utilizando as primeiras nove categorias que foram esmiuçadas nas visitas seguintes e imbuídas de novos dados a ponto de construir uma estrutura inicial, que confirmaria ou não os dados levantados até então. Estas entrevistas foram importantes para alinhar algumas relações, bem como, unir, desmembrar ou renomear categorias. Logo, foi possibilitado o refinamento do esquema e oportunizada a construção do modelo final. As entrevistas foram efetuadas em 201 minutos.



21/11/2017

A última e sétima visita, ocorreu para realização de uma consultoria, onde em paralelo foi possível validar os resultados com 26 envolvidos no processo. Este grupo era composto por gestores, diretores e dois componentes do grupo operacional. O modelo foi apresentado com aprovação na íntegra. Considerado como uma conversa de cumbuca, pois, durante a visualização do modelo foram aferidas reflexões que fortaleceram as categorias e as relações, bem como, apoiaram a consolidação das proposições acerca do fenômeno estudado. Foram computados 87 minutos de conversa. Este evento, também, serviu de observação de como os envolvidos se encontravam dentro do modelo proposto.

As entrevistas, conversas de cumbuca e documentos, como os relatórios da ONA e o vídeo elaborado pelo hospital na conquista do nível 3, foram transcritos e após importados para o *software* de gerenciamento de dados qualitativos NVivo. Somente as observações não foram utilizadas para a geração de categorias, pois, entendi que poderia enviar os resultados com minhas percepções, optando por utilizá-las para reforçar as categorias ou na busca de novas lentes.

Apresentada a forma como os dados foram coletados, a seguir são apresentadas as etapas de análise dos mesmos.

#### **4.3.5 O percurso de análise dos dados**

As idas e vindas a campo que resultaram nas cinco rodadas, foram sistematizadas no Sistema NVivo, em acordo com as fases de codificação da *grounded theory* - inicial, focal e teórica<sup>11</sup> (CHARMAZ, 2009), conforme é apresentado nos tópicos subsequentes.

##### **4.3.5.1 Codificação inicial**

Na codificação inicial, os “pedaços” de dados são codificados para amoldar-se em elementos de interesse, que podem incluir palavras simples, incidentes, frases, interpretações, colocações (CHARMAZ,

---

<sup>11</sup> As fases da codificação estão ilustradas na Figura 6, do tópico 3.4 referente à Grounded Theory.

2009), conforme observado na Figura 10, um extrato da entrevista concedida pelo envolvido no processo denominado Jacundá, que foi codificado inicialmente como o código “Identificação de fragilidade na assistência”. No Apêndice E há um extrato de como ocorre o processo de codificação no Sistema NVivo.

Relevante apontar que, ao mesmo código outras falas vão corroborando, assim, podem haver códigos com o extrato de uma única fonte, como surgiram códigos que apresentam inúmeras fontes e elementos na sua composição.

Figura 9 - Transcrição de parte de entrevista na fase de codificação inicial

Jacundá - Ent. 4	Tem os documentos que tratam do mesmo procedimento, mas que falam de formas diferentes de fazer, isso são coisas que a gente já identificou essa fragilidade. Por exemplo, a transferência de paciente, nós tínhamos uns dois ou três documentos, que falavam sobre o processo, mas cada um dizia alguma particularidade diferente, alguma coisa que não encaixava, e eu sempre tive problemas, inclusive eventos, então a gente parou, sentou, vamos sentar aqui porque ele não é um processo só meu, ele é um processo que envolve o psicossocial, principalmente as assistentes sociais, envolve o corpo clínico, que precisa médico para transporte, as minhas falhas são isso, isso e isso. Vamos realinhar, vamos. Foi feito toda descrição de novo, protocolo, foi feito a revisão e etc.
------------------	--

Fonte: Relatório do Nó Identificação de fragilidade na assistência (NVivo).

A codificação inicial é composta pelos dados transcritos dos instrumentos de coleta que compuseram a rodada 1 e 2. E, indiferente a fonte de coleta de dados utilizada, todas elas foram tratadas e analisadas na íntegra, ou seja, nada foi excluído do processo de codificação.

Com estes dados, ao final da codificação, percebi que já haviam dados suficientes para passar a etapa codificação focalizada. No entanto, cabe salientar que a *grounded theory* apresenta uma sistemática onde os dados são durante todo o percurso analisados, assim, até o final da pesquisa, novos códigos surgem e passam pela codificação inicial. Nesta pesquisa houveram códigos novos até a quarta rodada.

#### 4.3.5.2 Codificação focada

A codificação focalizada identifica as possíveis correlações de interesse nas etapas iniciais. Os códigos levantados buscam elementos que suportam ou refutam as relações emergentes sobre as dinâmicas acolhidas no fenômeno em estudo (CHARMAZ, 2009).

A partir da análise dos dados da Rodada 2, senti a necessidade de estruturar os dados em grupos, bem como, alguns códigos não pareciam fazer sentido, o que exigia novas lentes de observação. Com os dados codificados, utilizei um relatório de análise do Sistema NVivo,

denominado “Nós em cluster por similaridade de codificação” para verificar o que havia de alinhamento entre os códigos. Os resultados me conduziram a separação dos códigos em 9 conjuntos diferentes, aos quais atribuí um nome para referenciar. No Apêndice F há o exemplo do extrato de agrupamento que denominei como Melhoria Contínua. Por usar um método construtivista, optei pela elaboração das interações em conjunto com aqueles que vivenciaram o processo.

Assim, estes dados foram levados ao HRPT e, conforme descrito na rodada 3, durante três dias realizei oficinas junto a 39 envolvidos no processo, com o objetivo de estabelecer agrupamentos entre os códigos e criar categorias que representassem aqueles conjuntos. Para as oficinas foram entregues recortes impressos destes códigos separados em acordo com o agrupamento inicial do sistema. Foram montadas 3 equipes - administrativa, apoio e assistencial. Para as equipes não ficarem focadas em suas atividades, foram deslocados membros das outras equipes para os grupos ficarem multiprofissionais. Estas equipes uniram os dados em cartolinas, escolhendo categorias que representassem aquele conjunto de códigos, ao mesmo tempo renomearam os códigos entregues, bem como, estabeleceram inter-relações e semelhanças entre os mesmos.

Ao final, cada equipe apresentou os resultados a todos os envolvidos que participaram das oficinas, explicando as relações propostas e os nomes atribuídos às categorias. Isto oportunizou a construção das primeiras nove categorias e as relações entre elas. O Apêndice D apresenta fotos das oficinas e de algumas categorias constituídas.

A partir destes resultados, o Sistema NVvivo foi adaptado aos resultados construídos pelos grupos. Logo, a fotografia que se tem é da visão daqueles envolvidos sob o fenômeno estudado naquele momento.

Por meio dos resultados obtidos, a quarta rodada de coleta de dados foi lançada, com o objetivo de confirmar códigos antigos e averiguar novos códigos gerados nas oficinas. Neste sentido houve novo ciclo de entrevistas, conversas de cubuca, observação ao ambiente e análise de documentos. O que proporcionou a estruturação de um primeiro esquema (Apêndice G) onde as categorias criadas pelos envolvidos na rodada 3 foram refinadas e alinhadas com outras categorias que se mostraram factíveis com os novos dados.

Este esquema inicial foi apresentado a alguns membros do grupo de pesquisa NIEPC e ao orientador com o objetivo de verificar se apresentava uma lógica compreensível ao leitor que desconhece o caso ou tem pouco conhecimento a respeito. Neste sentido, foram apontadas

algumas observações que facilitaram a forma de visualizar a estrutura e tornar mais explicativo o resultado, o que gerou o protótipo do modelo (Apêndice H). Ainda nesta ocasião, ao se discutir sobre uma categoria que parecia estar embutida em todas as outras, o que dificultava sua inclusão no esquema ilustrativo, chegou-se a conclusão que ela estava acima dos demais, como o resultado do processo, passando a compor o nome do modelo que se propunha “Comprometimento com o cuidado”. Logo, a estrutura constituída proporcionou o caminho a codificação teórica.

#### 4.3.5.3 Codificação teórica

Na fase da codificação teórica, “pedaços” adicionais de dados são procurados para verificar ainda mais estas relações emergentes no processo de amostragem teórica. Ao final, as categorias testadas integram a teoria, com uma ou mais categorias centrais e outras subjacentes (CHARMAZ, 2009), bem como, oportunizam a criação de proposições teóricas acerca do tema ou do fenômeno estudado.

A codificação teórica se iniciou com a apresentação do protótipo do modelo (Apêndice H) a dois envolvidos no processo para validar a estrutura e as categorias construídas. Neste momento, houve o entendimento, em conjunto com os envolvidos, da união de algumas categorias (p. ex. a categoria ‘legalidade da atuação’ foi incluída na categoria ‘instrumentalização do fazer’). Ademais, ocorreu ainda alteração entre categorias, bem como, o realinhamento da estrutura.

Com as novas alterações desenhei o Modelo “Comprometimento com o cuidado”, bem como, iniciei a etapa de descrição da teoria substantiva a qual se refere, uma forma de contar ao leitor como cada categoria foi formada, bem como suas relações e resultados. A visualização desta etapa compõe o Capítulo 5 desta tese, bem como, apresenta as proposições teóricas e o modelo final.

Modelo este, que foi validado por 26 envolvidos no processo, em uma última visita ao hospital, que serviu de fechamento do estudo. Nesta etapa, que compreende a rodada 5 do processo, não houveram novas códigos sendo originados, o que conduziu ao entendimento que a teoria havia chegado a sua saturação, tanto quanto, que a codificação teórica estava bem sedimentada e representava uma construção onde os envolvidos efetivamente atuaram em todos os momentos, refletindo acerca de seu contexto sob as lentes que eu, enquanto pesquisadora, lhe proporcionava, enfim, este foi um trabalho a muitas mãos.

Em resumo, a Tabela 1, ilustra o quantitativo de códigos, categorias e proposições construídas ao longo do percurso constituído entre a primeira e a última rodada, conforme as fases de codificação da *grounded theory*.

Tabela 1 - Resumo da coleta e análise de dados em acordo com as fases de codificação da *grounded theory*

Fase de codificação	Rodada	Códigos novos	Total códigos	Categorias	Proposições
Inicial	1	198	198	0	0
	2	104	302	0	0
Focal	3	119	421	9	0
	4	61	482	57	0
Teórica	5	0	482	42	39

Fonte: Dados da pesquisa.

Tem-se a diminuição dos novos códigos surgindo de um lado e a formação de categorias e proposições de outro. Relevante observar que, na última rodada, na fase teórica da codificação, o número de categorias diminuiu, visto o refinamento dos dados e das categorias que, para dar entendimento à visão dos envolvidos no processo pode ser amoldar a uma realidade e não perfazer uma estrutura estática.

A seguir, o reforço da validação dos dados.

#### 4.3.6 O percurso de validação dos dados

Ainda sobre os dados, é importante salientar a utilização de técnicas que conduziram a validação dos mesmos, seguindo a lógica abdutiva, que a partir dos dados coletados em campo vão se estabelecendo categorias e esquemas da teoria substantiva que se aspira construir, e esses conduzem a novas idas que poderão gerar novas deduções até chegar ao modelo teórico final. Estas idas a campo servem como validação dos dados anteriores (BANDEIRA-DE-MELLO; CUNHA, 2006; CHARMAZ, 2006).

Neste sentido, ilustramos por meio do Quadro 6, os procedimentos e métodos utilizados para validar os dados durante o período que transcorreu durante as rodadas. Importante salientar que, o processo ocorreu durante a pesquisa e não somente ao final da mesma.

Quadro 6 - Técnicas utilizadas para aprimorar a qualidade da teoria gerada.

<b>Técnicas</b>	<b>Descrição</b>	<b>Utilização na pesquisa</b>
Triangulação	Essa técnica prevê a utilização de múltiplas fontes de dados na busca por divergências que podem revelar novos “entendimentos” sobre o fenômeno.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevistas;</li> <li>- Observação participante;</li> <li>- Conversa de cubuca;</li> <li>-Análise Documental.</li> </ul>
Checagem com os entrevistados	A cada rodada de entrevistas, os dados são devidamente checados com os entrevistados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durante as entrevistas ou conversas de cubuca, os envolvidos são levados a confirmar ou refutar os achados nas coletas anteriores, refletindo acerca dos códigos gerados.</li> <li>- Oficinas realizadas com os envolvidos que constroem as categorias em acordo com sua visão sobre o fenômeno estudado.</li> <li>- Ao final da codificação teórica, houveram duas entrevistas de confirmação do protótipo do modelo, e, uma visita ao hospital para confirmação, em conjunto com vários envolvidos no processo, do Modelo Teórico.</li> </ul>
Tempo no campo	O pesquisador deve manter-se em campo até atingir a saturação teórica.	O contato com os pesquisados ocorreu em sete visitas ao contexto estudado, sendo que o tempo entre o primeiro contato formal e o último foi de, aproximadamente, 24 meses.

Fonte: Adaptado de Charmaz (2006, 2009), de Pinto (2009) e de Pinto e Santos (2012).

A teoria substantiva constituída, descrita, explicada e validada, demanda um retorno à literatura, o que faz parte do próximo tópico.

#### 4.3.7 O retorno à literatura

O retorno à literatura estabelece o último passo do processo de pesquisa envolvendo a *grounded theory* (Charmaz, 2009), é o momento em que o pesquisador se (re)encontra com a literatura existente sobre o tema investigado, a fim de comparar as proposições identificadas pela teoria substantiva.

No momento do retorno, observei necessidade de um aprofundamento na literatura acerca do pensamento complexo para entendimento das interações da organização hospitalar. Bem como, do estudo das instituições que estavam presentes no fazer organizacional da saúde e impactavam e eram impactadas pelos envolvidos e pelo contexto. Neste momento, foram incorporadas a vertente sociológica e o *institucional work* às lentes do estudo. Nesta tese, este retorno à luz da literatura é realizado no Capítulo 6.

Logo, esgotadas as discussões referentes ao percurso metodológico adotado na tese, dá-se início, no próximo tópico, a construção da teoria substantiva.



## 5 A CONSTRUÇÃO DA TEORIA SUBSTANTIVA ACERCA DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR [NO HRPT]

Eu sou dessa região, de Altamira, e para nós da região do Xingu, o hospital regional é o coração da Transamazônica (RIO MARIA, R. 2).

A acreditação é um processo sólido, iniciado desde a inauguração do hospital, foi concebido para buscar essa excelência que está evidente agora (CAMETÁ, R. 4).

O HRPT é um hospital forte e comprometido em prestar uma assistência de qualidade e humanizada aos usuários, e que, mesmo em meio às adversidades, consegue ser excelente (BONITO, R. 4).

Construção é a palavra-chave para este capítulo, no qual a teoria substantiva se revela por meio das constatações, das reflexões e dos compartilhamentos de visões que transcorreram das interações entre os envolvidos na pesquisa e eu, ao longo de 24 meses. O resultado é um consenso “nosso” acerca de como a acreditação hospitalar se mostra possível de implantação, manutenção e evolução em um estabelecimento de saúde público, assentado em um contexto de recorrentes fragilidades e, ainda, localizado em meio à região transamazônica brasileira, o que por si só já representa uma barreira ao processo que se desvenda.

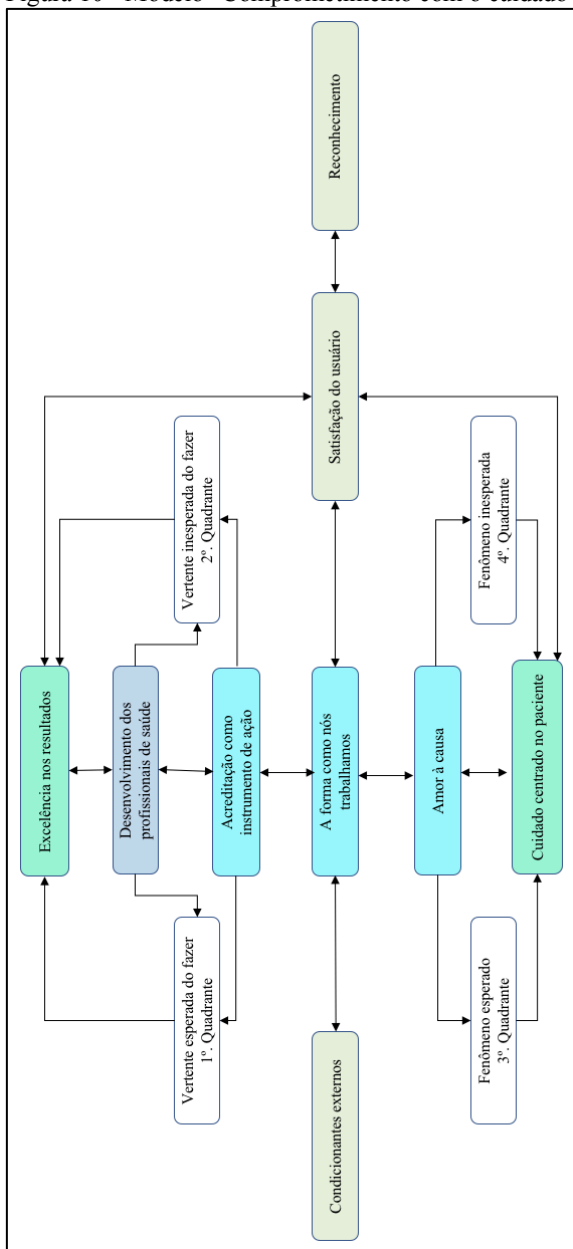
Essa teoria substantiva vem para explicar as ações e interações destes praticantes no sistema de produção hospitalar, a partir das percepções e dos significados que esses atribuem à sua visão do contexto e mundo onde estão inseridos. Soma-se a isso a minha vivência de observadora externa participante, que instigou esses profissionais a perceberem o cenário a partir das lentes que eles próprios vão revelando. Lentes que estão postas, mas, talvez, nunca cogitadas e que se fazem claras ante a reflexão proposta.

Os dados da pesquisa nos conduziram à construção de um protótipo, que foi sendo delineado ao longo da pesquisa, sendo que, finalmente, traçamos um “Modelo” e lhe foi dado o nome de “Comprometimento com o cuidado”. Fruto do entendimento conjunto que encontramos, perpassa a assistência, a segurança, a qualidade; perpassa o fazer, o prestar o serviço, o atender; supera o ato, a forma, o

processo; transcorre o como, o por que, o quando, o para quem; enfim, é o cuidar com amor, que gera o vínculo emocional a partir do vínculo técnico; que motiva o envolver; que evolui da humanização à visão holística do que precisa ser arranjado; que ultrapassa os muros organizacionais e olha a aldeia global onde está incluído; deixa de ser eu para ser você [o usuário do sistema].

No alicerce do modelo constituído, são referenciadas três categorias centrais (“A forma como nós trabalhamos”, “Acreditação como instrumento de ação”, “Amor à causa”), uma categoria de suporte (“Desenvolvimento dos profissionais de saúde”), duas categorias de resultado (“Excelência nos resultados”, “Cuidado centrado no paciente”), impactadas pelos condicionantes, bem como pelos reflexos do reconhecimento, ambos externos. Categorias que impactam subcategorias e interagem entre si, formando um quadro geral permeado pelas inter-relações criadas e fortalecidas pelo fazer social instalado, conforme Figura 11- em seu formato simplificado.

Figura 10 - Modelo “Comprometimento com o cuidado” simplificado.



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

A teoria substantiva revela-se no modelo a partir dos “Condicionantes externos”, os quais delimitam a “Forma como nós trabalhamos”, que é impactada, de um lado, pela “Acreditação como instrumento de ação” que demanda “Desenvolvimento dos profissionais de saúde” e fomenta as vertentes esperadas e inesperadas do fazer e, juntas, garantem a “Excelência nos resultados” e, por outro lado, pelo “Amor à causa” que, em seus fenômenos esperado e inesperado, propicia o “Cuidado centrado no paciente”. Estes movimentos dos quadrantes superiores e inferiores, somados à formação central, ditam a “Satisfação do usuário”, que reflete no “Reconhecimento”.

Baseado na construção dos diversos envolvidos, este capítulo será expresso em cinco tópicos: o primeiro transcorre pelo eixo central do modelo e determina onde, como e os impactos causados pela operacionalização organizacional; o segundo ilustra os quadrantes superiores e as vertentes do fazer; o terceiro demonstra o amor e suas lentes; o quarto traz os resultados percebidos pelos maiores signatários do processo; e, o último apresenta o conjunto completo, efetivamente, o Modelo “Comprometimento com o cuidado”.

## 5.1 EIXO CENTRAL COMO DETERMINANTE DA OPERACIONALIZAÇÃO ORGANIZACIONAL

Quando as pessoas chegam aqui e enxergam esse hospital na cidade de Altamira, na localização que a gente tem, todo mundo sai muito surpreso (CHAVES, R. 1).

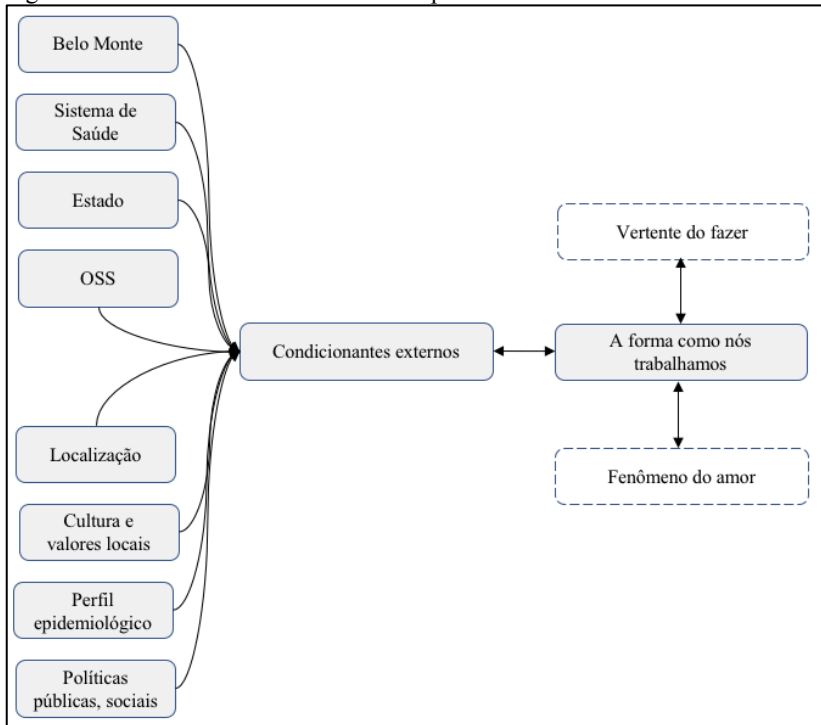
Com todas essas dificuldades, eu vejo um sentimento muito forte, muito intenso, de orgulho e prazer com essa cidade, as pessoas gostam daqui, com todas essas dificuldades, de sair, de chegar, tem que ter um barco poderoso, tem que rezar para descer e subir o avião, mesmo assim as pessoas dessa cidade brigam por ela (BAGRE, R. 3).

Somos o que somos, penso que diferente de todos os hospitais que já atuei, aqui o que faz as coisas serem como são, é o ambiente, é essa Transamazônica, é esse Xingu. Se você analisar você vai sempre cair no lugar comum, sempre volta para o lugar, para as pessoas e para o como as coisas são aqui. Não dá para copiar nada, tudo

tem que ser adaptado, é bem assim que é (VIGIA, R. 5).

Como ponto de partida, apresentamos o eixo central do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, que, impulsionado por “Condicionantes externos”, torna “A forma como nós trabalhamos” em um *slogan* exclusivo do fazer do HRPT, o qual se desprende nos quadrantes superiores e inferiores em sua adaptável operacionalização, conforme ilustra a Figura 12.

Figura 11 - Eixo central do Modelo “Comprometimento com o cuidado”.



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

Como forma de elucidar cada composto dessa linha que permeia o centro do fazer desta organização, partimos drenando os condicionantes externos centrais que impactam no sistema para, a seguir, os alinhar com a categoria central “A forma como nós trabalhamos” e com todo o fazer organizacional.

Assim, ao escolher Charmaz para indicar o caminho metodológico desta tese, entendi que seria um caminho onde poderíamos, os envolvidos e eu, criar um modelo conjunto, algo que refletisse uma realidade, sem seguir um padrão estabelecido. Finalizado o trabalho, posso garantir que esse foi o mote que permeou os resultados que serão descritos.

Porém, como quase tudo, temos exceções que se fizeram importantes e, como a própria Charmaz (2009) orienta, podemos pegar atalhos já construídos para explicar um fenômeno. Uma dessas ressalvas já estava imbricada - o ponto de partida da tese ia ao encontro de um dos componentes do modelo analítico de Strauss e Corbin (2008) e impactava consideravelmente nos resultados, quaisquer que fossem – as condições, mais especificadamente, os “Condicionantes externos”.

Nomeamos estas condições como uma categoria, aquela que dá entrada ao fazer social e, como tal, mostrou-se envolvida em todas as demais categorias traçadas, visto que, na nossa observação, esse é um fator que importa. Importa no sentido que determina, que modifica, que contingencia um processo, e, para além do que é esperado com todos os outros segmentos, organizações, nações, situações, entendemos que estes fatores externos sentenciam o fazer, traduzido pela categoria central “A forma como nós trabalhamos”.

Para adentrar os “Condicionantes externos”, conforme visualizado na Figura 12, iniciamos usando a paródia, algo comum à cultura da região, e exibimos o principal impactante do processo em estudo – a localização.

Já apresentamos Altamira e comentamos sobre sua localização quando das considerações acerca do Estudo de Caso<sup>12</sup>, mas cabe lembrar que se trata do maior município brasileiro, um dos maiores do mundo, e que o hospital está instalado na região do Xingu, que é compreendida por mais oito cidades (Anapu, Brasil Novo, Medicilândia, Pacajá, Porto de Moz, Senador José Porfírio, Uruára e Vitória do Xingu), ou seja, um território maior que o de muitos estados ou mesmo de países. Esse fator, por si só, já seria um grande desafio em se pensar que o hospital foi projetado para prestar assistência neste cenário.

Soma-se a isso o HRPT estar situado no meio da Transamazônica, uma estrada que “liga nada a lugar nenhum” (CHAVES, R. 1). Um projeto de 1970, que era para ser um empreendimento de 5.000 Km e perpassar o Brasil, chegando ao Peru.

---

<sup>12</sup> Observar tópico 4.1 que comenta sobre o caso de estudo.

Porém, parou no meio do caminho, grande parte da estrada não é asfaltada e corta a Amazônia em meio à mata (e nunca chegou ao destino final). E essa é a estrada que dá acesso a esta região, praticamente sem outra passagem por terra. “Na época de chuva e de cheias do rio ela fica intransponível” (JACUNDÁ, R. 1).

Eu moro no Rio de Janeiro, meus filhos moram em São Paulo, 400 km, tenho um Fox, se eu resolver visitar os meus filhos agora, eu estando no Rio de Janeiro, eu pego o Fox e vou visita-los. Agora se eu estiver trabalhando aqui e tiver um Fox e precisar ir para Belém, não vou, porque está chovendo, a estrada está impedida e o Fox não chega lá nem na estrada seca. Eu acho que isso dá demonstração de toda as dificuldades que o hospital tem no dia a dia aqui, é essa dificuldade que a gente tem que entender (PIÇARRA, R. 2).

Mas, há o lado bom, Altamira, a cidade mais metropolitana da região, tem aeroporto. Entretanto, a estrutura é precária; em tempos de chuva, os aviões não pousam; somente duas empresas operam poucas rotas, sendo que uma é local; e, o “custo da passagem é altíssimo, é mais fácil ir de Belém para os Estados Unidos que ir de Belém à Altamira, e se bobear o custo é quase o mesmo” (TERRA ALTA, R. 3).

Neste caminho, a logística do hospital concentra-se no ir e vir por ar, na total dependência, seja para emergências ou rotinas. E, dentro desse contexto, necessita programar sua rotina, adaptar-se ao tráfego local, com estoques maiores em época da chuva e menores em outras épocas. Dependendo, ainda, de pousos para trazer os médicos, que fecham muitas escalas em finais de semana, e de especialistas inexistentes na região, que vêm prestar assistência especializada alguns dias mensais.

Esses dias o avião não desceu, tinha dois médicos que iam passar o final de semana em plantão no pronto socorro, eles não vieram. Tivemos que nos organizar internamente, até o diretor veio fazer plantão no domingo, pois, temos poucos médicos, então é uma realidade ter que trazer médico de Belém, Santarém, de fora. E é uma realidade o avião não vir. Já cancelamos muitas cirurgias pelo neurocirurgião não conseguir chegar, ou mesmo, por ele estar aqui e o material programado não chegar (MEDICILÂNDIA, R. 3).

[...] é difícil entender que a gente está aqui no meio do mato, sem estrutura, estrutura que eu digo, é logística, que é o que mais me prejudica no meu processo, tem que ser muito criterioso. Tem que ter um estoque duas vezes maior do que precisamos, e aí, outro problema, tem que ter espaço para colocar, que também é pequeno. Na verdade, é enorme para a maioria dos locais, mas, aqui é pequeno. Na última visita, a avaliadora chamou a atenção: ‘olha você está com caixa acima do que o fornecedor recomenda na pilha’. Conheço a questão do empilhamento, a questão da orientação que o fornecedor coloca na caixa de material, aquilo tem uma razão de ser, mas aonde vou por (AVEIRO, R. 3).

Refêns dos voos para a chegada do sangue que vem de Belém e que nem sempre chega a tempo; de medicamentos que não são padronizados, mas que podem salvar uma vida; de materiais específicos que são consignados de empresas de órteses e próteses, localizadas em grandes centros, e que são necessários para a realização de cirurgias.

Essa semana tivemos problema com falta de sangue, sangue O+, uma única paciente precisou usar todo o estoque disponível, nós entramos em contato com o Hemocentro em Belém, e eles disseram que não tinha o que fazer porque eles não tinham pra mandar na hora que tinha voo. É uma coisa que foge totalmente do controle, acho que isto é o ponto mais crítico que não conseguimos ter contingência, não ocorre muito, mas, é uma realidade, ficamos sem, rezando pra não precisar (MOJU, R. 3).

Destarte, este determinante externo – a localização - potencializa ou interfere no resultado da assistência prestada e na forma como os profissionais do hospital operacionalizam suas atividades, programando e agindo estrategicamente na prática do fazer, modificando a rotina para se adaptar à situação que hora é essa, hora é aquela – contingenciando o fazer.

Além disso, o custo dessas operações, que, pela obviedade da distância, da demanda e das intercorrências climáticas, é muito elevado, o que determina recursos maiores que o daqueles estabelecimentos localizados em regiões mais centralizadas no país.



Hoje nosso problema maior é a logística, devido a localização. A gente gasta muito dinheiro para mandar de avião, pra trazer o que precisamos, imagina o custo de trazer uma caixa de cirurgia de neuro? Altíssimo, então esse é um dos nossos maiores desafios, tem que ter empenho (REDENÇÃO, R. 1).

Outro ponto, que tem um impacto semelhante ou maior neste determinante externo, diz respeito à chegada dos pacientes ao hospital. Há regiões e épocas do ano em que parte do trajeto somente é possível por água, o que acarreta demora à assistência prestada e impacta no tempo de tratamento, no tipo de medicamento utilizado (devido à infecção, por exemplo), no prognóstico e no resultado esperado.

Nós atendemos uma região com, aproximadamente, quinhentos mil habitantes, são nove municípios, município que para você chegar precisa sete horas de barco, ou mais de um dia em ônibus de linha. Penso, no entanto, que a distância nem é o mais impactante, mas, a assistência que este paciente recebe de imediato lá no seu município, este sim, se for precário, vai impactar na distância que ele vai percorrer, e isso vai determinar a maneira que esse paciente vai chegar para gente e o que poderá ser feito por ele (BONITO, R. 3).

Muitas vezes, a dificuldade de localização dos municípios para chegar aqui vem prejudicar em alguns processos da qualidade, em especial, na qualidade da assistência. Tem paciente que já chega muito complicado, com um prognóstico de morte mesmo, é difícil, pois, sabemos que se tivesse recebido uma assistência antes, as chances seriam maiores. Por outro lado, pelo que dizem, há nove anos atrás quando o hospital não existia, muitas pessoas nem chegavam a um hospital, unidade de atendimento, elas morriam na metade do caminho (XINGUARA, R. 4).

Temos que pensar, ainda, em outros impactos que esta distância causa. Por exemplo, o hospital estudado é um dos únicos estabelecimentos que realiza exames externos para a região, como colonoscopias, tomografias, ultrassonografias e outros exames, e os

pacientes necessitam de preparos que nem sempre são adequadamente orientados. Além de que, os laudos precisam ser entregues e a distância demanda ações e tratamento diferenciado para esse usuário.

Temos um problema que é a questão da orientação aos pacientes externos, que sempre nos incomodou muito. A gente fala: 'eu já fiz a minha parte, fiz mais que a minha parte, nós fornecemos o preparo, entregamos para cada local que agenda, escrevemos passo a passo como usar'. Você sabe que isto não é nossa responsabilidade, é do Estado que agenda, do sistema de saúde. Nós tentamos, já instruímos quem entrega, mas, o paciente chega para fazer uma tomografia, para fazer um exame laboratorial, para fazer uma endoscopia, com o preparo errado, pois, não entendeu. Aí tem exame que eu preciso cancelar, remarcar por conta de preparo, e isso acaba impactando aqui, pro próprio paciente, porque ele tem toda uma questão de vir de longe e ter a frustração de não realizar o exame, isso tem impacto para todo mundo. Então estamos sempre buscando estratégias para ter um número menor de remarcações por conta de preparo, mas, ainda não chegamos onde entendemos ser o correto (JACAREACANGA, R. 4).

E, há os pacientes da hemodiálise, os quais, muitas vezes, precisam viajar horas para chegar e voltam debilitados após o tratamento, em três sessões semanais. Também, existem aqueles que moram na cidade pela condição clínica impossibilitante do deslocamento, mas que ficam longe da família e em condições nem sempre adequadas. Sem esquecer os pacientes internados que não possuem família na cidade e ficam a mercê de esporádicas visitas. Enfim, a localização importa.

Hoje nosso problema é tentar fazer com que os pacientes [da hemodiálise] morem em Altamira, pois, é muito difícil pegar a estrada depois de quatro horas ligado a uma máquina fazendo hemodiálise, mas, muitos ainda ficam em suas cidades e vem dia sim dia não. Por outro lado, temos muito idoso que fica nas casas de apoio, eles ficam tristes, pois, ficam longe da sua casa, da sua família, tem que cuidar tanto deles, dar apoio, assistência e amor (CAPANEMA, R. 2).

Os pacientes dependem muito de todos nós. Primeiro, porque estamos numa localização geográfica distante em que somente nós podemos tratar essas pessoas. Segundo, elas ficam muito tempo internadas sozinha, então tem que ter um diferencial de humanização, respeito e conforto, principalmente pelo fato de estarem sensibilizadas pelas doenças ou traumas a que se encontram. Então, tem que olhar com carinho para a situação. Não lidamos com mães que vem ter bebês e vão felizes para casa, lidamos com doenças graves, terminais, muitas vezes, acidentados graves, eles precisam voltar para casa, nós precisamos dar esta esperança a eles (RURÁPOLIS, R. 4).

Pela relevância, este determinante enseja a proposição P1: *A localização constitui o principal determinante da operação do hospital, impactando na forma, na estrutura, no tipo de atendimento, no fazer e no sucesso dos resultados.*

Outro dos “Condicionantes externos” de relevância é o Estado, pela atuação sobre a gestão do hospital enquanto uma organização pública, por ser o ente de responsabilidade desse dentro do sistema de saúde, e pela regulamentação do fazer por ele imposta.

O HRPT é um hospital estadual, então, a gestão pública está vinculada diretamente à Secretária Estadual de Saúde, organizando-se dentro da rede de saúde do Pará, atendendo a região do Xingu, onde está instalado. Destarte, o Estado, enquanto detentor do hospital, fiscaliza seus atos, o uso dos recursos públicos e dita, via contrato de gestão, a finalidade, a missão e as funções que devem ser efetuadas por esse estabelecimento de saúde. Tudo neste hospital é feito com a autorização do Estado. Isso traz o lado positivo da transparência à prestação de contas do processo e, ao mesmo tempo, o lado negativo da burocratização e demora na ação cotidiana.

Funciona assim, quase todo mês tem gente da SESPA aqui, verificando todas as nossas contas, os atendimentos realizados, fazem auditoria nos pagamentos, olham as reclamações, conferem documentos, enfim, observam tudo o que fazemos. Aí se tudo estiver ok, eles liberam os recursos. Tudo tem que estar em contrato, da especialidade a quantidade dos procedimentos. Nesse mesmo interim que nos sentimos

observados, há a sensação de que estamos fazendo o que precisa. Temos entraves, por exemplo, com a autorização para comprar tudo que é de patrimônio, o que deixa o hospital desprovido de itens quando há avaria. Neste sentido, constantemente, o hospital está intervindo junto ao Estado solicitando a substituição dos equipamentos (JACAREANGA, R. 3).

O Estado age assim, ao mesmo tempo que foca nas metas contratuais de atendimento, espera que tudo seja feito com pouco recurso e que os usuários fiquem satisfeitos. Bem como, não interfere em coisas que poderiam ser muito melhores, como as referências e contra referencias, os encaminhamentos pós alta, a intensificação na rede básica (ALENQUER, R. 3).

Além de que, o Estado, também, opera na rede de saúde, usando da Central de Regulação de Vagas para estipular o que é ou não atendido dentro do hospital. Nesse sentido, tenta-se usar de forma efetiva todos os recursos organizacionais existentes, com o melhor resultado aos usuários do sistema. Observo, no entanto, que a operacionalização do dia a dia é compreendida neste movimento. Por exemplo, são agendados todos os pacientes que irão realizar exames no mesmo horário, causando tumulto no hospital e reclamações dos usuários, os quais ficam em um local que não comporta a demanda, aguardando horas em jejum (quando for o caso).

Quando temos pacientes para cirurgia eletiva, que passou pelo nosso ambulatório, deixamos ele preparado para a cirurgia com todos os exames e devolvemos o paciente para a Central de Vagas agendar esta cirurgia. É muito comum eles demorarem até um ano para voltar, pois, o processo do Estado é lento. Quando retornam, os exames já nem valem e muitas vezes nem estão mais em condições clínicas para realizar o procedimento (REDENÇÃO, R. 1).

Eu sei que tem coisas que não podemos mudar, a Secretaria [Estadual de Saúde] marca todos [os pacientes] para as sete horas da manhã, ou todos para as treze horas, e todos muitas vezes vêm na mesma condução, só que eu sou atendido

primeiro, e ela vai ser atendida no décimo lugar, por último, então isso já gera uma insatisfação, por mais que já tenha especificado tudo isto ao Estado e informado aos usuários (ITUPIRANGA, R. 3).

Ao mesmo tempo, há um reconhecimento por parte dos envolvidos de que o Estado vem sendo, ao longo dos anos, um parceiro para a evolução do hospital; de que é moroso nas respostas, mas averigua possibilidades de melhoria, as quais possibilitam aumento na oferta de serviços à população. Desde a abertura do hospital, muitos serviços foram trazidos à região, o que favorece o paciente, que é atendido em uma gama cada vez maior de especialidades, procedimentos e exames.

Recebemos um apoio grande do Estado, apesar de toda a dificuldade financeira, de pagamentos, algumas coisas, mas o Estado ele tem visão muito interessante em relação aos hospitais regionais, eles dão condições da gente desenvolver um trabalho bem feito, eles nos ouvem muito, a gente faz um diagnóstico das necessidades da região, e o Estado ouve e sempre, que possível, autoriza, possibilita melhorias, por exemplo, introduzimos recentemente o serviço de reumatologia, fruto de uma necessidade que identificamos e apontamos ao Estado (CHAVES, R. 1).

Por outro lado, os mesmos envolvidos entendem que nas mudanças políticas há variabilidade no entendimento e na parceria com o Estado, reflexo do conhecimento acerca da saúde e as prioridades de governo, o que afeta diretamente o resultado do hospital. Porém, sobre o processo de qualidade, o impacto das mudanças foi positivo. Hoje, a certificação é considerada importante, representando um dos carros-chefes da saúde no Estado do Pará (que possui vários hospitais estaduais acreditados), o que não ocorria no passado, quando a acreditação era vista como um custo e não como um investimento na qualidade assistencial.

De um tempo para cá, o Estado está dando mais ênfase nessa questão da segurança do paciente e da qualidade. A gente percebeu que com a mudança de gestão na SESPA nestes últimos anos, eles têm até buscado mais informações a respeito, de como é o processo, do que acontece

dentro do hospital, de como são as coisas que a gente faz. E eu acho que o Estado tem uma melhor visão a respeito disso (CHAVES, R. 1).

A gente entende que a satisfação da sociedade influencia no nosso relacionamento com o Estado. Da mesma forma a gente entende que, pela satisfação da sociedade, o Estado entende a qualidade como um diferencial já que a qualidade faz com que a satisfação aumente (IRITUIA, R. 3).

E, o Estado nos remete a outro dos “Condicionantes externos” – a OSS que administra o HRPT, no caso a Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, que por meio de um contrato de gestão, realiza toda a operação do hospital, cumprindo um acordo de metas estipuladas pelo Estado e que são, periodicamente, avaliadas. Cabe destacar que há uma comissão de gestão do contrato, com membros do Estado e da sociedade, que observa tudo o que é feito no hospital, em especial, averiguando o quanto do que foi instituído está sendo efetivamente eficaz.

Em observação aos dados de prestação de contas da OSS junto ao Estado, percebi que a maioria dos itens pactuados ultrapassa os montantes estipulados, o que, em visão externa, entendi como a existência de uma demanda superior àquela proposta para o hospital. Importante lembrar que o hospital não fecha as portas, então, havendo mais pacientes do que os estipulados, o hospital atenderá, o que demanda constante vigia para controle de custos, que costumeiramente são superiores à realidade.

A Pró-Saúde nos deu a oportunidade de mostrar que é possível fazer saúde de qualidade nesta região com muito pouco, mesmo com tantos problemas acoplados, e isto, possibilita oferecer a esta região, primeiro o atendimento, nunca deixamos ninguém sem atendimento, e, segundo, por oferecermos este serviço com qualidade. Aqui somos o Einstein [Hospital de São Paulo, líder na assistência hospitalar] do Norte! (ALENQUER, R. 2).

Voltando à OSS, além do dispositivo de gerir o hospital, é ela que dá o suporte permanente para a implantação, o desenvolvimento e a

implementação de melhores práticas, além de observar o nível estratégico e alinhar o hospital às políticas institucionais da matriz.

A OSS tem total influência na obtenção do certificado de Acreditação Hospitalar, desde que os recursos financeiros sejam demasiadamente adequados ao orçamento, assim como a sua regularidade nos aportes periódicos. A OSS deve também buscar desenvolver consultores com conhecimento adequado aos manuais de acreditação, de modo a mobilizar e direcionar às equipes no caminho assertivo quanto ao cumprimento dos requisitos na sua integralidade. Outro fator preponderante é a realização de auditorias internas periodicamente, visando a melhoria dos processos continuamente (PARAGOMINAS, R. 4).

Doravante, cabe ao hospital toda a gestão, com flexibilidade para inovar e apresentar resultados que garantam a segurança do paciente, um dos requisitos esperados pela OSS, a qual determina, ainda, como princípios básicos a todas as unidades a ela subordinadas: o cuidado centrado no paciente, a transparência (mostrar e comprovar o que faz) e a qualidade (busca da melhoria contínua).

O que eu vejo é que a gente sempre teve muito suporte da OSS, a empresa de uma certa forma acabou abraçando com todas as dificuldades a nossa causa, então eu acho que é um trabalho, principalmente das consultorias que vem, das avaliações que vem e nos fazem sempre estar atentos às melhorias de processos (JACUNDÁ, R. 1).

A OSS funciona ao hospital como a estrutura guarda chuva, que dá a direção daquilo que se espera de cada unidade hospitalar. Faz diferença começar um serviço com experiência prévia da OSS. Porém, aqui tudo precisa ser realizado e adaptado a uma realidade bem diferente de grande parte dos hospitais brasileiros, por suas particularidades regionais (CURUÁ, R. 2).

Sob o aspecto da qualidade, coube à OSS instituir que este hospital deveria seguir os preceitos do Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar para Estabelecimentos de Saúde e, como tal, o hospital foi

concebido em suas atividades sob os critérios da acreditação hospitalar e, dessa maneira, galgou seu caminho. Neste aspecto, é a OSS a fomentadora do processo de qualidade, que, após ter demonstrado sua construção pautada na segurança do paciente, floresceu no Estado o processo de qualidade, entre outros hospitais.

Um dia a Pró-saúde olhou isso junto com a gente e viu um processo sustentável no futuro. Hoje é a administração querendo, é os colaboradores impulsionando, tudo acontecendo. E isto faz parte da nossa cultura, e o objetivo é esse mesmo. E o resultado é importante para nós, para a Pró-Saúde. Isso dá relevância à OSS (PRIMAVERA, R. 2).

Para a OSS o HRPT representa uma vitrine de processo de qualidade (SALVATERRA, R. 4).

Aqui começamos com qualidade, a Pró-Saúde já entrou com a acreditação como norteadora. No começo era para ser um guia de como fazer certo. Depois, virou a nossa forma de fazer gestão, e hoje tudo que fazemos é dentro dos parâmetros da ONA com o objetivo de manter o nível que alcançamos. O próximo passo é chegar a uma JCI em alguns anos (VIGIA, R. 5).

Sob o aspecto da OSS, a acreditação não representa um retorno financeiro, mas assistencial, que traz qualidade ao serviço prestado e, conseqüentemente, um retorno social e maior satisfação do contratante, quando esse tem noção de sua relevância. No caso do Estado do Pará, esse processo apresenta-se em diversos hospitais, o que nos induz acreditar que consideram o resultado da acreditação relevante para a saúde da população.

Do ponto de vista financeiro, o fato do hospital ser acreditado não representa ganho, uma vez que a maioria dos casos os contratos de gestão se limitam na exigência do cumprimento de metas quantitativas e qualitativas, além do objeto acordado entre as partes. Raramente, o contratante expressa a obrigatoriedade da certificação para a contratada, que no caso é a OSS. Pensando na visibilidade da qualidade dos serviços, o processo de certificação é algo que agrega valor sobre os serviços prestados, trazendo padronização dos processos, redução do retrabalho e estimulando a



melhoria dos resultados. A soma destes fatores ajuda a fortalecer a relação da instituição junto à sociedade e a determinados contratantes, quando conhecem a importância da acreditação (PARAGOMINAS, R. 4).

Postas as funções do Estado e da OSS, outro “Condicionante externo” relevante é o Sistema de Saúde, ou seja, toda a rede de saúde que compõe o fazer assistencial nesta região, que, em seu reflexo, faz parte da organização do complexo cuidado da saúde nacional. Ao pensar em sistema de saúde, temos dois vieses; o primeiro, que se reporta ao arcabouço legal que constitui a área da saúde e que é regulado dentro desse sistema; e, o segundo, trata-se da operacionalização da rede de atuação da saúde.

Com relação às legislações que impactam no fazer hospitalar, empreendemos discussões mais refinadas ao longo das categorias centrais. No entanto, cabe aqui lembrar que o sistema de saúde apresenta inúmeras legislações em sua forma de fazer e na atuação dos profissionais, além das normatizações referentes à sua organização e aos seus fluxos de atendimento, determinados em acordo com o tipo de atendimento referenciado a cada unidade de saúde. A burocratização está implícita à missão hospitalar, por atuar com o bem mais valioso do ser humano, a vida – o que denota um cuidado acentuado na prática profissional e organizacional.

O hospital respira normatizações, leis, por exemplo, a sistematização da assistência de enfermagem é legislação pura, todos os hospitais devem seguir à risca e a gente sabe o quanto isso é importante. A parte assistencial é que deve deter dentro do hospital a maioria das normatizações a seguir e isso é ainda mais impactante na questão da segurança do paciente (PRAINHA, R. 3).

Assim, em se tratando da operacionalização da rede de saúde, importante frisar que o sistema de saúde brasileiro é público e a saúde é um direito garantido em constituição a todo cidadão, concedido integralmente, igualmente e em totalidade das necessidades demandadas. Para viabilizar isso, o sistema é organizado em três níveis hierárquicos de atendimento, da menor à maior complexidade, sendo que o HRPT está situado no terceiro nível, o mais complexo, e, ao mesmo tempo, realiza procedimentos de média e baixa complexidade,

para atender uma demanda reprimida na região e por ser o único estabelecimento que comporta essa missão.

Temos pacientes que chegam pra gente referenciados, fazem o tratamento, e continuam aqui para fazer algum tratamento que deveria ter em outro serviço aqui em Altamira ou na cidade de onde veio, ou seja, esse paciente poderia ser contra referenciado para esse outro serviço, e daria a vaga para outro paciente mais grave. Só para exemplificar, a gente tem paciente em unidade de clínica cirúrgica que esta apenas em tratamento com antibiótico, a gente tem que manter porque não consegue enviar para outro hospital. São tratamentos de baixa complexidade, poderiam dar continuidade no município de base, na maioria das vezes, por não terem como receber este paciente, isso gera uma permanência maior para nós (MARAPANIM, R. 3).

Na região, há uma defasagem dos serviços públicos de saúde existentes, bem como a quase inexistência do sistema de saúde complementar, representado pelos serviços de convênios médicos e privados, o que reforça o uso do hospital como centro de atenção à saúde. Além de que, a saúde básica é “precária, falta estrutura, faltam profissionais, faltam equipamentos de saúde” (PRAINHA, R. 3).

Nós temos um número alto de óbitos, se a gente pegar o número total de óbitos, na média, eu tenho em torno de 25 a 30% que são em menos de 24 horas, então não são óbitos institucionais. O cara já chega muito crítico. Isso é importante a gente pensar, como é a gravidade deste paciente que chega aqui (MELGAÇO, R. 1).

Sendo essa a situação, um reflexo para o resultado assistencial é a determinação do tipo de paciente que será atendido no hospital, visto que, faltando o cuidado com o paciente na base, as doenças vão se tornando crônicas, o estado de saúde da população é prejudicado e o perfil de atendimento evolui para casos mais graves. Além de que, pela falta, muitas vezes, o hospital necessita dar assistência de baixa complexidade, que não faz parte da sua responsabilidade, enquanto finalizador da rede de saúde.

Os municípios têm uma estrutura para atender de imediato essa população ou deveria ter, a

precariedade no atendimento lá, é sim o que vai dizer a maneira que esse paciente vai chegar para gente, e não tão somente a dificuldade de acesso. O paciente já chega ao hospital em estado crítico e grave, então é uma coisa óbvia, nós atendemos média e alta complexidade, então a gente já espera, a gente já foi criado para atender esse tipo de perfil, no entanto, quando ele demora, quando ele não tem um atendimento na base, ele pode chegar aqui, nas piores condições. E não falo só de um paciente grave, falo de pacientes que seriam casos simples. Temos um paciente com 12 anos fazendo hemodiálise só porque os médicos do município dele não conseguiram perceber que ele estava com pressão alta. Não trataram quando começou a passar mal e, simplesmente, o rim dele parou de funcionar (SAPUCAIA, R. 3).

A comunicação frágil e mínima entre as centrais reguladoras e o usuário, tornam nossa atividade diferenciada, fazendo com que muitas vezes fique sob a responsabilidade do HRPT, até mesmo as orientações básicas, como o processo de agendamento (ITUPIRANGA, R. 4).

A região apresenta um dos piores IDSUS<sup>13</sup> do país, de 4 a 4,99, sendo que a média brasileira é de 5 a 5,99. Em comparação com Santa Catarina, a distância é ainda maior, pois nesse estado o resultado é de 6 a 6,99. Há cidades que compõem a região do Xingu aonde o resultado chega a 2,5 a 3,99, como Porto de Moz, Pacajá e Uruará, o que demonstra claramente a falta de acesso e de efetividade de resultado do SUS. Dados esses que podem ser reflexo do baixo percentual de famílias de saúde instituídas, cobrindo, aproximadamente, 65% da região, bem como da inexistência de certos serviços, como o SAMU (BRASIL, 2017 a, b).

---

<sup>13</sup> O Índice de Desempenho do SUS (IDSUS) é um conjunto de indicadores que mensura o desempenho do SUS quanto ao cumprimento de seus princípios e diretrizes, mensurando por meio de 24 indicadores, distribuídos entre a atenção básica, ambulatorial e hospitalar/urgência e emergência, o acesso potencial, o acesso obtido e a efetividade - que mostra o grau com que serviços e ações atingem os resultados esperados.

O paciente entra no hospital regional referenciado, não pode vir direto na porta e entrar, mas, como o sistema de saúde demora para encaminhar, as pessoas tentam procura diretamente o hospital, sem referencia, na tentativa de encaixe para o atendimento. Como, na maioria das vezes, não tem como fazer isto, estes pacientes ficam a mercê da sorte até encontrarem um apoio, seja casa de acolhimento ou alguém que possa acolher, em especial, estes vindos do interior ou de outros municípios distantes, isto ainda é um problema por aqui (MEDICILÂNDIA, R. 4).

Um dos problemas, que na minha avaliação, mais impacta nos processos de atendimento do hospital é a falta de prestação de serviços básicos pelos órgãos públicos e a rede de saúde da região, que é inexistente em alguns casos e caótica em outros (TUCUMÃ, R. 4).

No sentido de colaborar para melhor eficiência do sistema de saúde instalado, do qual faz parte e necessita de suporte, o hospital atua como um apoiador na melhoria destas unidades de saúde, buscando fomentar o desenvolvimento dos profissionais com capacitações e orientações. Importante lembrar que o paciente, após alta, volta para a rede de saúde e, para o hospital, é importante que esse paciente receba a assistência necessária pós-alta, para não retornar ao hospital, por exemplo, com fisioterapias e curativos adequados às cirurgias realizadas. O resultado final do hospital, em suma, depende do sistema de saúde.

É preciso capacitar o serviço de saúde que presta assistência de baixa complexidade, o que vem ao encontro com a questão da SESP/PA de discutir a referência. Se nós conseguirmos fazer com que eles entendam, ou seja, se a gente conseguir fazer com que eles executem o trabalho de baixa complexidade na saúde local, na saúde básica, a gente vai estar melhorando a possibilidade de contra referência do nosso usuário (BONITO, R. 3).

Nós ajudamos com a comissão de feridas na capacitação dos técnicos que realizam curativos na rede básica. É importante estar capacitando

para que após o paciente sair daqui com uma úlcera, ou uma lesão, ele dê continuidade no tratamento, e até mesmo que não precise retornar, voltando aqui só para isso (MARAPANIM, R. 3).

No que se diz respeito à superlotação, a diretoria do hospital buscou apoio junto à Central de Regulação, Corpo de Bombeiros, Hospital Municipal São Rafael, visando firmarem o que realmente seria demanda do HRPT e o que não seria. Esta ação mostrou pontos que melhoraram o atendimento e vários indicadores da instituição (PORTEL, R. 3).

O problema se encontra nos processos de TFD [Transferência Fora Domicílio], pois, a delonga em conseguir uma liberação para a unidade referenciada, principalmente no que tange o atendimento de ortopedia, nossa maior demanda, leva o usuário a ficar em longa permanência e vulnerável as questões socioeconômicas, gerando conflitos familiares, respingando na assistência, e dificultando o hospital em manter a qualidade dos serviços. Nós dependemos da rede para finalizar nosso trabalho (MEDICILÂNDIA, R. 4).

E, o sistema de saúde nos conduz a outro “Condicionante externo”, o perfil epidemiológico, que determina o tipo de paciente que será atendido no hospital. Em sua concepção, o hospital foi criado para atender um perfil estipulado, nesse caso, pacientes cirúrgicos de média e alta complexidade, clínicos com demanda intensiva, bem como gestante de alto risco e pacientes intensivos (adultos, pediátricos e neonatais).

Porém, esse perfil vem se agravando com os anos e, atualmente, a maior demanda é de pacientes com trauma (que varia de acidentes de trânsito a ferimento com arma branca e queimados) e pacientes crônicos em estado terminal. Esse cenário demonstra que o hospital veio resolvendo casos mais complexos e, com o tempo, a demanda de pacientes cirúrgicos, por exemplo, foi sendo alterada, aumentando o número de cirurgias emergenciais, de pacientes fraturados. Além de outra constatação, a cidade vem apresentando um agravamento de casos por determinantes sociais, como a violência.

É engraçado, com o tempo, precisamos nos ajustar ao perfil, que está constantemente sendo alterado.

Desde que o hospital iniciou tivemos constantes trocas de perfil, fica um ou dois anos de uma forma, depois altera tudo novamente, continuamos atendendo doentes graves, mas, doentes graves diferentes (SÃO FÉLIX DO XINGU, R. 3).

A mudança no perfil de atendimento demanda alterações na estrutura de atendimento, no quantitativo de profissionais envolvidos, no consumo de materiais e medicamentos, na necessidade de exames complementares e na intensificação do cuidado. Um paciente paliativo demanda uma estrutura de atendimento diferenciada, um paciente grave pré-dispõe o uso de UTI e cirurgias mais complexas, com uso de órteses e próteses com valores elevados. Enfim, sendo o perfil epidemiológico alterado, modifica-se a assistência prestada e, com tal, o funcionamento do hospital.

Uma vez que ocorreu uma mudança brusca, como a que a gente sofreu no perfil da nossa assistência, ela trouxe dificuldades as quais a gente teve que de alguma maneira trabalhar. Inevitavelmente a gente sofreu impacto, seja menor ou maior, mas, a gente acabou sofrendo impacto na assistência (BAGRE, R. 3).

E, esta mudança no perfil de atendimento foi impactada por outro dos “Condicionantes externos”, a introdução da Usina de “Belo Monte” no Rio Xingu, uma das maiores hidrelétricas do mundo. A construção da usina deu-se após a abertura do hospital, demandando para a cidade um quantitativo exacerbado de profissionais vindos de outra região para implementar a operação da usina, o que, em primeiro momento, causou aumento nos atendimentos, pela demanda originada. Esses profissionais, em especial os peões, vieram com as famílias, aumentando ainda mais o contingente populacional.

Se não fosse esse hospital, eu não sei como seria a saúde da região, porque fica abarrotado de pessoas, ainda mais com o inchaço de pessoas que tivemos aqui na região por causa de Belo Monte. O hospital regional é a vida, eu falo que ele é a minha vida, é a vida dos usuários, ele é a vida de muita gente que precisa. Tenho certeza que o hospital regional já salvou muitas vidas (ALENQUER, R. 2).

Também pode ser citada a vinda da construção da Hidrelétrica de Belo Monte, onde nossa população local triplicou. Sendo o HRPT o único hospital na região que atende média e alta complexidade e tendo que atender toda a demanda do município e vizinhos, tivemos muitas superlotações onde isso poderia afetar um pouco a assistência (PORTEL, R. 4).

Além do quantitativo, Belo Monte trouxe a violência, segundo os envolvidos na pesquisa, por fomentar um aumento no nível de renda local, sem segurança pública que suportasse o fato, o que aumentou o número de assaltos, roubos e mortes – impactando no atendimento do hospital. Em especial, pelo avultamento que ocorreu, em poucos dias, dentro do perímetro central de Altamira. Esse movimento não foi planejado, apesar de conhecido, apenas aconteceu.

Então, com a vinda da construção da Hidrelétrica de Belo Monte, aumentou mais ainda o volume de pacientes, e a complexidade desses pacientes, veio uma população de trinta mil pessoas totalmente ativas, jovens de dezessete a quarenta anos, então isso, em dois meses causou um tumulto na cidade e no hospital (CHAVES, R. 1).

Belo Monte impactou, sobremaneira, na saída de profissionais do hospital, os quais viram uma oportunidade de receber maiores honorários, o que proporcionou a redução do quadro funcional, ao mesmo tempo que ocasionou a falta de pessoas para recrutamento, causando, em determinados momentos, uma defasagem profissional muito grande da equipe operacional do hospital.

Em função das profundas alterações demográficas, econômicas, sociais e até epidemiológicas causadas pelo investimento na região pela Usina Hidroelétrica de Belo Monte, o hospital tem enfrentado situações, tais como aumento da demanda, alteração do perfil de complexidade de seus usuários e, principalmente, importante aumento da rotatividade de colaboradores (Rel. Avaliação Manutenção ONA Nível 2, ago. 2014).

Teve a vinda da hidrelétrica, e aí muita gente saiu do hospital, teve áreas que houve 100% de troca de colaboradores (...) houve um período, em 2013,

mais complicado, que foi na vinda do pessoal para construir a hidrelétrica. Teve áreas com uma troca muito grande de colaboradores o que causou um impacto muito grande, tanto na assistência, como no processo de qualidade, porque nós começamos a ter uma realidade totalmente diferente (VIGIA, R. 1).

Neste movimento, Belo Monte fez a cidade crescer, trouxe certo desenvolvimento local, bem como proporcionou maior consumo e novos fornecedores estabeleceram-se na região, representando um alastramento do poder local de compra do hospital, e, ainda, um aumento no número de voos, o que minimizou alguns riscos problemáticos do fazer hospitalar.

Ao mesmo tempo que a Usina de Belo Monte trouxe problemas para o hospital, também, influenciou na satisfação da sociedade, pois, trouxe desenvolvimento para a cidade, e até o hospital se beneficiou com isto (OURÉM, R. 3).

Atualmente, a Usina de Belo Monte já foi posta em operação e, com a tecnologia implantada, os profissionais foram sendo dispensados, reduzindo, significativamente, o número de empregados na atividade cotidiana. Com isso, houve uma diminuição no número de atendimentos, das emergências causadas pela obra e acidentes de trabalho. Por outro lado, muitos desses profissionais, que trouxeram a família para a região, ficaram desempregados e permaneceram em Altamira, o que aumentou a demanda de políticas sociais voltadas a estes cidadãos e, conseqüentemente, o perfil de usuários do sistema de saúde foi, novamente, alterado.

Recebemos muitas pessoas, a infraestrutura não foi pensada para estas demandas, não foi tão bem elaborada, nós acabamos absorvendo essas pessoas também. Hoje diminuiu um pouco mais, porque já está no final da obra, no entanto, muitos ficaram por aqui, o hospital continua na labuta de acomodar dois indivíduos no mesmo espaço (ALENQUER, R. 2).

Comentando sobre necessidades locais, outro “Condicionante externo”, que tem um impacto considerável na atuação do hospital, diz respeito às “Políticas públicas e sociais” implantadas na região, pois elas determinam o tipo de usuário atendido. Pessoas com uma condição



social básica preservada apresentam melhor resultado à assistência hospitalar prestada do que outras com agravamento do quadro social.

Nesse sentido, este fator foi brevemente lembrado pelos envolvidos, que comentam o quanto o histórico de pobreza e mazelas locais impacta no fazer da saúde local e, conseqüentemente, do hospital. Para ilustrar, a Tabela 2 demonstra o resultado do IDHM<sup>14</sup> dos municípios que compõem a Região do Xingu e que representam os usuários do HRPT.

Tabela 2 - IDHM dos Municípios pertencentes à Região do Xingu

Município	IDHM e Faixa de Desenvolvimento Humano	Local no ranking brasileiro
Altamira	0,665 - Médio	2776
Anapu	0,548 - Baixo	5225
Brasil Novo	0,613 - Médio	3847
Medicilândia	0,582 - Baixo	4590
Pacajá	0,515 - Baixo	5481
Porto de Moz	0,503 - Baixo	5520
Senador José Porfírio	0,514 - Baixo	5487
Vitória do Xingu	0,596 - Baixo	4238
Uruará	0,589 - Baixo	4416

Fonte: Atlas Brasil (2010).

Nota: O *ranking* refere-se ao total de municípios brasileiros em 2010, no caso, 5.565; quanto maior a alocação na escala, pior resultado o município apresenta.

Podemos observar que os índices empreendidos demonstram uma região onde a renda, a educação e a longevidade, ainda, demandam esforços para o avanço da qualidade de vida da população que ali reside. Além disso, os municípios aludidos na Tabela 2 exprimem dados inferiores àqueles do Estado do Pará e do Brasil, respectivamente, 0,682 e 0,745 (PNUD, 2010). Assim, “Políticas públicas e sociais” são essenciais para melhorar a condição de vida e saúde desta população.

A maioria dos problemas externos são relacionados ao progresso da cidade, que aumenta a cada obra que vem para cá, também há as questões políticas e essas influenciam nas

<sup>14</sup> IDHM é o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal, um indicador da ONU para as Nações Unidas, composto por três marcadores que mensuram dimensões do desenvolvimento, longevidade, educação e renda. O índice varia de 0 a 1, sendo do pior ao melhor resultado.

questões contratuais e financeiras, além das municipais que são empurradas para a ordem estadual e influenciam muito, pois, se estamos superlotados se deve ao descaso que se encontra a saúde altamirense (RURÁPOLIS, R. 4).

As questões políticas, do município e Estado, sem dúvida afetam e comprometem a qualidade da assistência ao usuário, pois, a qualidade de vida aqui ainda é aquém do restante do Brasil. Se falarmos de Pacajá, é muito mais deteriorado (COLARES, R. 4).

Isso impacta na forma como o serviço é recebido, no quanto precisa ser suplantado para atendimento de uma mesma causa, e em como o resultado a posterior se dará. Por exemplo, um paciente que chega desnutrido, já tem uma comorbidade que afetará seu caso; outro paciente que recebeu alta e não tem acesso à medicação necessária, também, não manterá seu *status* de curado. São situações assim que impactam no resultado da atenção à saúde.

O cenário de dificuldades locais, a pobreza, a falta de assistência, o descaso, a saúde precária na região, elas comprometem uma assistência com cuidados (BONITO, R. 2).

Já aconteceu muitas vezes de a gente fazer “vaquinha” para comprar medicamento de criança com alta. A gente percebe que a família não tem como comprar e não tem onde pegar na rede pública do município onde mora. A gente se envolve, acaba pegando pra si algo que é do governo, sinal que não está funcionando como deveria. Sem contar os inúmeros pacientes que voltam por falta da continuidade da assistência. É triste, aqui fazemos tudo tão certinho e lá fora, nem sempre as coisas seguem um percurso esperado para o paciente que sai daqui (MOJU, R. 3).

Além de que, há o caso dos pacientes da hemodiálise, que são pacientes vinculados ao hospital por longos anos e que necessitam uma condição humana de suporte, a qual favorecerá ou não o resultado da assistência. Nesses casos, o envolvimento do hospital é exacerbado, pois há o contato constante com o paciente, com sua família, com a forma

como ele é cuidado. Aqui a atuação do hospital mostrou-se muito próxima, atuando junto ao Estado para conseguir residências de apoio local para que os pacientes permaneçam na cidade, bem como transporte digno para os que não podem ficar, além de interferir, sempre que possível, no estado nutricional do paciente e, para tal, da sua família.

Nossos pacientes da hemodiálise são verdadeiramente acolhidos por nós, cuidamos de cada detalhe, do acompanhamento do ganho de peso Inter dialítico ao transporte, que para quem fica em Altamira é providenciado pelo próprio hospital. Fazemos visita domiciliar, vamos aos postos de saúde realizar ações educativas, enfim, monitoramos todo o processo externo ao atendimento, pois, este paciente sempre será tratado com diferença, precisa ser humanizado para tratar com eles (CAPANEMA, R. 2).

Em especial, no município de Altamira, o hospital atua socialmente ao buscar apoiar projetos locais que possuem vínculo com a saúde, como o asilo e as casas de passagens. Além de buscar, por meio de ações sociais, informar a população sobre danos que a falta de cuidado pessoal pode causar à sua saúde, as consequências à sua família e, em última instância, à sociedade na qual vive. Nesse caminho, ações educativas de trânsito, orientações aos visitantes sobre cuidados com a saúde e visitas às escolas para introduzir hábitos que conduzem ao bem-estar na formação do indivíduo, são costumeiramente empreendidas pelo hospital, como uma forma de atuar socialmente na comunidade onde está instalado.

Mais de uma vez por ano temos a campanha de conscientização no trânsito, fazemos em conjunto com outros vários órgãos, como o Corpo de Bombeiros, e sempre é produtivo, pois, vamos para a rua com coisas lúdicas e bem visuais, as pessoas assustam. Mas, se conseguirmos orientar uma pessoa a não usar o capacete no cotovelo e colocar na cabeça. E outra a não levar várias crianças em uma moto. Ah, já estaremos fazendo uma diferença na vida de alguém. Salvando uma vida (ALENQUER, R. 2).

Quando nós adotamos o asilo, íamos lá fazer uma ação aqui outra ali, aí com o tempo, fomos percebendo que poderíamos dar mais, aí fomos

envolvendo mais pessoas, mais profissionais, cada um foi ajudando com seu saber, hoje sabemos que fazemos diferença na vida destas pessoas (ITUPIRANGA, R. 3).

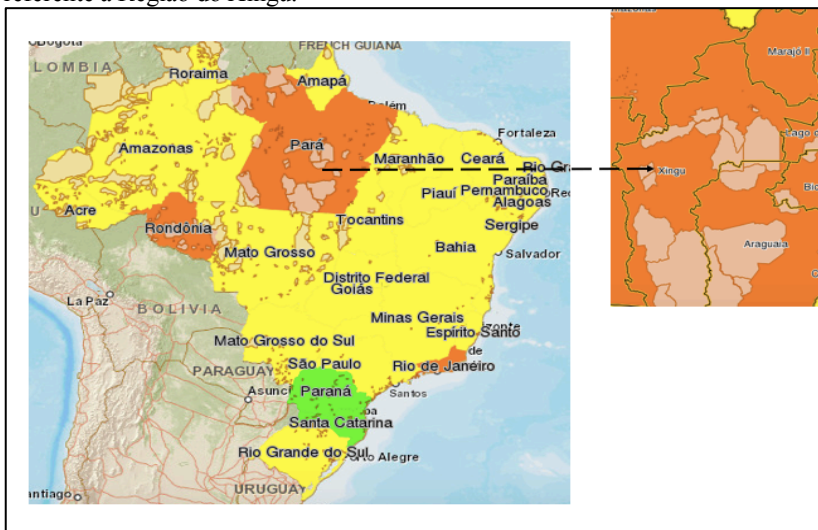
Para finalizar os “Condicionantes externos”, temos a “Cultura e valores locais”, que impactam nesta região pelos diversos costumes que, nem sempre, vão ao encontro do que é proposto assistencialmente, ou então, que causam a falta de atendimento ao paciente, que chega ao hospital em estado grave, pela crença que determinada ação não assistencial poderia curar o indivíduo.

Essa organização teve que quebrar muitos paradigmas até da própria região, até cultural, porque a cultura era diferente, teve que se construir e desconstruir várias vezes esse processo para se chegar ao que era possível de fazer ali. Quase tudo que era construído em um hospital fora da região do Pará, de Altamira, não dava certo aqui (CURUÁ, R. 2).

Também a questão cultural das pessoas acharem aqui que nunca vai acontecer nada com elas e andarem sem capacete, demasiadamente embriagadas ao volante entre outros fatores que geram tantos transtornos para nós diariamente, como os indígenas que nem sempre querem receber o tratamento adequado. Temos ainda, muitos baleados, esfaqueados, acidentes, afogamentos. É uma falta de cuidado e sentimento de que podem tudo, como não se vê igual. Acreditam em coisas que até Deus duvidaria (RURÁPOLIS, R. 4).

Há, aqui, um fator que se sobressai, a região do Xingu é uma das maiores detentoras de área indígena do país, conforme fica evidente na Figura 13, que ilustra o Brasil e a distribuição dessa população nos Estados, ressaltada pela cor marrom. Isso impacta na forma de oferecer o atendimento, na forma como ele é recebido e compreendido na cultura deste povo, nas políticas de atenção, no sistema de atendimento e em como o paciente continuará com o tratamento.

Figura 12 - Mapa da distribuição da população indígena no Brasil e extrato referente à Região do Xingu.



Fonte: Adaptada de IBGE (2015).

O hospital precisou preservar os valores desta região, adaptar-se a eles, como uma forma de buscar sua permanência conjunta aos povos, e não como uma organização separada. Nesse sentido, é fundamental o entendimento de que o que se faz ali é específico para esta população.

A realidade local nos permite fazer muitas coisas que em outros lugares a gente não faria. Aqui precisamos nos adaptar a realidade, a cultura local, as pessoas, mas, eles nos aceitam bem, buscam entender tudo que tentamos ensinar. Não tem como passar por essa região, saber da necessidade das pessoas, e a necessidade local, de quanto eles precisam e a gente não dar o nosso melhor, mesmo com todas as deficiências que a gente tem (JACUNDÁ, R. 1).

Quando dizemos que os “Condicionantes externos” influenciam o hospital, também, precisamos ficar atentos ao movimento reverso, pois esses mesmos determinantes são impactados por ele. Por exemplo, quando o hospital atua como um dos maiores empregadores locais, ao injetar recursos para movimentar o comércio local, ao tratar seus resíduos e não contaminar o meio ambiente, ao apoiar e desenvolver o sistema de saúde, quando educa os jovens nas escolas, ao restituir vidas

à sociedade no melhor estado possível, ao se preocupar com a região, com seus indicadores e com seus resultados.

Eu amo trabalhar no hospital regional, eu acho que foi o que eu sonhei de um serviço correto, por mais que a gente não consiga atender todo mundo porque é muita gente, a demanda é muito grande, mas eu tenho certeza que os usuários que a gente atende, a gente faz um serviço de qualidade (CAPANEMA, R.2).

Eu vejo o hospital fazendo assistência de qualidade em uma região subdesenvolvida, que ganhou muito com sua constituição neste local, pois, apoia, não só o fazer da saúde, mas, movimentando a economia e as políticas locais (TUCUMÃ, R. 4).

Assim, pensar o hospital, sob o olhar da assistência, com uma lente generalizada não é possível aqui. O hospital desempenha sua função dentro de um ambiente no qual os principais “Condicionantes externos” coexistem e impactam na sua atuação, determinando seus resultados e as perspectivas emitidas a partir deles.

Partindo destes pormenores, podemos exprimir uma proposição P2 acerca das condições externas do ambiente em estudo: *o hospital é impactado e influencia o meio, sendo essa interação a responsável pelo formato da operação e pela determinação da qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema de saúde da região.* Ou seja, o hospital é como é pelo impacto causado pelos condicionantes externos na sua constituição e performance, que será exprimida pela forma como os envolvidos atuam.

Eu acho que isso é o que move as pessoas, são os desafios, e você vê que existe um resultado, e existe uma preocupação aqui neste lugar, neste hospital (JACUNDÁ, R. 1).

Nesse sentido, cabe-nos agora tratar como estes envolvidos laboram. Porém, solicito licença para adentrar com uma observação pessoal sobre a pesquisa realizada e a forma como as coisas são feitas no ambiente de estudo, visto que a primeira categoria que ficou transparente para mim e que serviu de ponto de partida em novembro de 2015, após as primeiras entrevistas, foi “A forma como nós trabalhamos”. Justifico tal ponto ao observar que as pessoas que

estavam envolvidas com a pesquisa se percebiam no meio, entendiam de sua relevância no processo, conheciam os impactos externos e, o mais importante, diziam que ali, naquele cenário, as coisas eram feitas assim.

Confesso que a referida categoria ficou com esse nome, como um rascunho, em todos os momentos do trabalho, e, sempre busquei trocá-la por outra que fosse mais profunda ou pomposa, no entanto, todas foram em vão. Ao longo do trabalho, apresentava e confirmava categorias com os envolvidos na pesquisa, mas ninguém entendia que “A forma como nós trabalhamos” era relevante, pois o fazer estava dentro dos processos. Deixei transcorrer, pois, a cada rodada, essa era a que mais florescia, mesmo sem que os envolvidos a percebessem.

Foi somente ao unir todas as categorias no primeiro protótipo do modelo que a trouxe como categoria central e a apresentei aos envolvidos, onde esperava discutir uma possível nova nomeação. Porém, seu impacto foi superior àquele esperado e nas palavras dos envolvidos: “isto faz todo o sentido, é bem a nossa cara, tem o nosso jeito” (MARITUBA, R. 4); “esse é o melhor nome, trocar tiraria a essência de como é” (ITUPIRANGA, R. 4); “isso, nós fazemos exatamente do nosso jeito, acho que você entendeu como nós somos, e acredito que seja assim mesmo, desta forma” (URUÁRA, R. 4).

Destarte, a categoria manteve o nome original. Simples, mas que representa a operacionalização organizacional deste hospital. E, como tal, vem carregada de representatividade, quando os envolvidos citam a forma como eles fazem as coisas.

A gente procura só direcionar as pessoas, a gente deixa que a execução seja feita pela própria unidade, ou seja, a gente quer que os nossos coordenadores e gerentes tenham o poder e o discernimento de tomar as decisões mais coerentes para aquela função, então qual a metodologia que a gente usa? A metodologia que a gente usa é uma reunião de diretoria semanal, geralmente, segunda-feira. Nós, da diretoria, cada um se reúne com os seus coordenadores para também definir o que foi falado nas reuniões de diretoria, para análise de indicadores e para ouvir a dificuldade do dia a dia. E nós temos um outro grupo, a diretoria geral e nove médicos, onde são tomadas todas as decisões inerentes ao trabalho do corpo médico (CHAVES, R. 1).

As ferramentas da qualidade fazem parte do pensamento rotineiro do nível tático e estratégico. E, o processo de qualidade está bem estabelecido junto às rotinas e atividades diárias. Estamos todo mundo no mesmo barco, então se cresce o hospital, cresce todo mundo, se não cresce, não vai crescer todo mundo. Traduzo isto com uma palavra: sinergia (FARÓ, R. 4).

Para ilustrar dois exemplos práticos desta categoria, durante o processo observacional, houve dois momentos que merecem destaque: o planejamento de como seria conduzida a visita de manutenção do nível 2 e a visita de certificação de nível 3; e, o que seria demonstrado na visita de manutenção do nível 3.

No primeiro caso, observei um episódio, que denominam de reunião de análise crítica do planejamento estratégico, ocorrido em novembro de 2015. Esse ato foi executado utilizando, como instrumentos direcionadores, alguns relatórios que referenciavam o andamento das ações. Nessa reunião, cada diretor expôs as ações das áreas que gerencia, além de apontar dificuldades, problemas e pontos positivos. Discutiram pontos que deveriam ser tratados em reuniões que ocorreriam na mesma semana, relevantes às duas visitas seguintes de Acreditação da ONA, a primeira em janeiro de 2016, de manutenção do Nível 2, e a segunda em abril de 2016, quando da antecipação da visita para certificação de Nível 3. Nesse dia, o nível estratégico acordou quais informações constituiriam o rol de itens que, em cada uma das visitas de certificação, seria demonstrado.

Nos três dias seguintes, foram observadas as reuniões que ocorreram entre os diretores e os gestores táticos das áreas que conduziam, quando identifiquei a mesma informação sendo repassada de diferentes formas por diferentes pessoas. Nesses momentos, observei que, devido à existência de distintos profissionais, formações e vivências, há níveis diferentes de entendimento. No entanto, por já estarem em um nível maior de envolvimento com a qualidade, havia instaurado o juízo da coletividade, com um setor colaborando com o outro, além do entendimento de que só há progresso quando há participação do conjunto.

Nestas reuniões, percebi como os diretores e gestores escolheram diferentes estratégias e táticas de ação a partir da estratégia institucional repassada, ou seja, a diretriz foi dada, mas a estratégia foi uma definição do gestor de nível tático, que optou pelo indicador que



importava ao seu setor, bem como pela inovação que iria apresentar na primeira ou na segunda visita da Acreditação da ONA, quais melhorias iria reportar, quem iria apresentar em cada setor do hospital. Essa última parte foi importante, pois, em alguns setores, o líder delegava a apresentação para outro profissional, pela segurança que tinha na equipe, em outras, percebi maior dificuldade nesse sentido.

O segundo caso, semelhantemente, foi quando observei, durante uma semana, o processo de planejamento e elaboração de práticas empreendidas para a visita de manutenção do nível 3, em janeiro de 2017, com o grupo todo, diretores e gestores, quando se acordou como os dados seriam evidenciados para explanar melhorias no processo assistencial ao longo do último ano. Nesse ato, acordaram a ilustração das inter-relações entre os setores, aquelas positivas seriam demonstradas e as não positivas também seriam ilustradas. No entanto, para cada uma dessas haveria um adendo no qual se informariam os pontos de melhoria que já haviam sido iniciados para minimizar os problemas. Percebi que, em muitos processos, o aprendizado seria exprimido como uma melhoria.

Nesses dias, observei a equipe trabalhar como um relógio, em que cada qual vinha chegando e trazendo algo que complementava o que o outro já havia iniciado. Ao final, apresentaram um protótipo conjunto com informações que eram consensadas e relevantes a todos. Além de que, acordaram que os colaboradores do setor executariam a apresentação durante a visita. O gestor seria apenas um coadjuvante, que orientaria o que deveria ser demonstrado, mas sem fixar um plano determinado, apenas lembrar pontos que não deveriam ser esquecidos.

Estive nos três momentos que foram planejados nestes dois momentos prévios, nos quais observei o desenrolar de cada programação. As primeiras, como uma estratégia do que mostrar e o que deixar claro somente na visita seguinte. E a última, como um grande teatro, onde a prática se mostrou simples, fácil de entender e na sua essência.

Este movimento de observação foi importante para mensurar como as coisas ocorrem na prática, para além do planejamento e, principalmente, por evidenciar que, para verificar esses nuances, os gestores carecem de conhecer a fundo sua organização, entender como se desenham os processos, ter ciência exata de suas fraquezas e reconhecer a melhor forma de confirmar seus resultados.

Demonstrou, ainda, o envolvimento dos profissionais dentro da organização, como também que o processo de segurança e qualidade assistencial está na vivência cotidiana deles e que os mesmos atuam na

busca de melhorias. Os envolvidos entendem melhoria como algo que vai além de papel e histórias contadas; que é no resultado, que o paciente apresenta ao tratamento, que os reais créditos são dados.

[...] quando eu vi eles [os funcionários] apresentando na visita de certificação, eu vi eles apresentando a nossa riqueza. Então eles apresentaram independente do resultado, eles apresentaram a nossa riqueza, o que nós temos de melhor. Talvez deixamos de apresentar ainda o que nós temos de melhor, mas nós vamos aprender a apresentar o nosso melhor. Mas foi apresentado de coração (VIGIA, R. 2).

E o mais relevante, essas observações exprimiram como as estratégias estão imbricadas com “A forma como nós trabalhamos” e que são individuais daquela organização. Não é uma cópia de outra, não é algo carregado de firulas, é a expressão de como são na prática. Talvez, esse foi um dos maiores aprendizados que esta tese me ofereceu enquanto administradora de hospitais, consultora e avaliadora: que para fazer com diferença é preciso fazer de verdade, deixar claro onde estamos frágeis e onde podemos melhorar, envolvendo todos no processo, do diretor ao auxiliar de serviços gerais, pois é no todo que a unidade se mostra.

A nossa realidade do hospital não é igual à indústria, não é igual ao automatizado, não é igual ao sistema, nós temos nossa realidade, nós temos nossas dificuldades, mas, aqui a nossa forma de fazer é vitoriosa, nós fazemos nosso trabalho com amor e com a equipe (ANAPU, R. 2).

Somos todos peças fundamentais de um complexo sistema, tendo que trabalhar em consonância para que os resultados sejam alcançados (BONITO, R. 4).

Tenho 5 anos de serviços prestados nesta instituição onde antes desse período passei por outras diversas empresas e com objetivos totalmente diferentes. A minha entrada no HRPT mostrou outra forma de trabalhar, onde humanização e qualidade tem que estar juntas (PORTEL, R. 4).

Destarte, a categoria central é impactada em toda sua variabilidade pelos “Condicionantes externos”, que, nas suas relações complexas com o cenário, determinam, paradigmaticamente, como “A forma como nós trabalhamos” se posicionará como resposta aos desafios, criando um formato próprio do desenvolver deste estabelecimento de saúde. Os determinantes influenciam a criação de diretrizes que conduziram a atividade rotineira no sentido de amenizar o dano, o risco e a insatisfação do paciente ali atendido. Busca-se, em última instância, que esses condicionantes externos sirvam como uma possibilidade de melhoria.

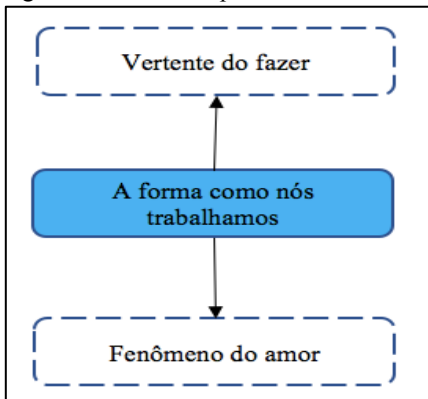
Fazer mais ou menos faz parte da cultura daqui, e engraçado quando se olha a fundo, mas, o pessoal não é muito crítico, pra eles, mais ou menos é bom. Aí quando o profissional entra no hospital para trabalhar ele precisa sair da zona de conforto em que está acostumado. E temos que ensinar que aqui, mais ou menos é ruim. Só nos interessa o muito bom e o excelente. Aí a gente tem muita reunião, para passar esse entendimento para pessoas, principalmente quem está chegando, para entender e tentar fazer com que a pessoa compre a ideia como a gente comprou (BARCARENA, R. 3).

Nós temos aqui pacientes que nunca entraram em um hospital, na verdade, pessoas extremamente humildes e que possuem uma cultura enraizada em costumes antigos, muito indígenas, então o ato cirúrgico é um monstro na cabeça da maioria. Percebendo isto, nós criamos um projeto de acolhimento cirúrgico de enfermagem, é visita lá no andar antes da cirurgia, eu vou lá e levo uma foto, eu mostro para o paciente como vai ser o ambiente, explico como tudo vai ser através da foto. Percebemos que isso diminui o stress do paciente (SAPUCAIA, R. 3).

Cabe, no entanto, salientar que a categoria “A forma como nós trabalhamos” é mais requerida na junção entre as duas grandes áreas de operacionalização do fazer, a vertente do fazer, de um lado, e o fenômeno do amor, de outro, conforme Figura 14. Quase como a junção do coração com a razão. Na primeira, temos os quadrantes 1 e 2, que representam a operação da prática hospitalar, com seus vieses

operacionalizantes e suas concepções que vão do técnico ao comportamental. Na última, ilustramos os quadrantes 3 e 4, que aferem o quanto o envolvimento humano se faz presente no resultado da melhoria contínua do fazer da saúde.

Figura 13 - Estrutura pilar do Modelo “Comprometimento com o cuidado”



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

Na vertente do fazer, “A forma como nós trabalhamos” impacta em dizer que os envolvidos atuam de assentada forma, adaptando o que as normas legais determinam para a condição do fazer daquela organização, que tem no “Fazer o certo” sua premissa de trabalho, para tal, os envolvidos têm consciência e reconhecem suas fragilidades. Para agir assim, o hospital elegeu a busca pela Acreditação como o instrumento norteador da qualidade e segurança assistencial, garantindo uma constante melhoria nos processos e atividades de base, usando contingências e estratégias como rotinas que se sedimentam.

No começo, nós éramos uma organização que tinha na sua maioria, na sua liderança pessoas que vieram de fora, para poder alavancar todo esse processo, e hoje você vê as pessoas do local falando a mesma linguagem, falando de qualidade, falando de segurança, falando de melhorias, isto mostra o quanto a nossa forma de trabalhar foi se aperfeiçoando, alinhando (SAPUCAIA, R. 3).

Os bebês prematuros ou que precisavam de mais cuidado não eram vistos aqui na região, quando a

mãe sabia antes dos problemas, eles encaminhavam para Belém, mas, quando acontecia de nascer antes, era uma correria e nem sempre dava para salvar, pelo tempo. Com o hospital isto melhorou muito, pois, aqui nós fazemos os partos das pacientes de alto risco, aí o bebê já vai para a UTI Neonatal. Esses dias, tivemos um encontro dos prematuros que agora já estão com cinco anos. Nossa motivou todo mundo, porque você vê que em algum momento da sua vida você fez a diferença na vida de uma família, na vida de alguém. Valeu a pena né, ter brigado por causa disso, valeu a pena ver que o nosso esforço nunca foi em vão (BREVES, R. 3).

Esse hospital representa muito para quem aqui trabalha e para quem aqui é atendido. É o único a prestar assistência de qualidade na região, somos referência, e ser referência, significa termos respeito e fazermos o que é certo pela saúde da população (SAPUCAIA, R. 4).

Quanto ao fenômeno do amor, “A forma como nós trabalhamos” se expressa na vontade de fazer mais, no genuíno significado da busca pelo que motiva a si próprio, enquanto um envolvido no processo que busca dar ao outro (o paciente e os seus) uma condição melhor de sobrevivência. É ver, na doença, a saúde, que pode ser de um ser individual, de uma família, de um agrupamento de pessoas, de uma comunidade ou, simplesmente, a sua. Nesse sentido, “A forma como nós trabalhamos” com amor corrobora para o hospital atingir patamares diferenciados na saúde brasileira.

O HRPT não apenas ajuda a salvar vidas, ele as transforma! O hospital é um desafio, fazer o seu melhor é o objetivo do hospital. Não existe fórmula, mas você consegue fazer as pessoas entenderem que tem que ser feito aquilo, que aquilo é o correto, independente da forma que a pessoa faz, isso é o certo, e eu sinto muito orgulho de ver como este trabalho vem sendo feito, de como todos estão envolvidos (ITAITUBA, R. 2).

Costumo pensar que qualidade nem sempre é ter todo o suporte tecnológico necessário, mas é principalmente a essência do atendimento, nos

mostrando dispostos e interessados na pessoa que se depara na nossa frente todos os dias buscando uma consulta, exame, internação, sempre demonstrando também que nosso real interesse é não perder o paciente, mas conseguir que o mesmo tenha um atendimento diferenciado de forma positiva através da cultura de excelência dos profissionais atuantes nesta instituição (ITUPIRANGA, R. 4).

Qualquer pessoa tecnicamente treinada pode realizar um curativo, aplicar uma medicação, colher informações, o diferencial é como isto de fato é feito, a informação transmitida no momento deste processo, o registro e a preocupação em conhecer o resultado alcançado diante de cada ação nossa no ambiente em que estamos (JACAREANGA, R. 4).

Nesta construção do fazer, essa categoria central nos direciona a uma proposição P3, que alinhava todo o modelo proposto: *a forma como nós trabalhamos determina a atuação, a construção, o desenvolvimento e o jeito do fazer organizacional [do hospital]*.

Importante, no entanto, antes de enfronhar o próximo tópico, expressar que o fazer só estará completo na sua estruturação ao ser constituído integralmente pelas outras duas categorias centrais que se enraízam dessa primeira, bem como de todas as imbricações a elas destacadas. E, é sobre este fazer que se constituem os dois próximos temas deste capítulo.

## 5.2 ACREDITAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE AÇÃO

A gente consegue manter esse período, como se fosse todos os dias avaliados. Então a acreditação ela não é só uma vez no ano ou mais, a acreditação é todos os dias. Todos os dias a equipe é acompanhada, é avaliada, então todos os dias o hospital é avaliado, não precisa a ONA vir aqui nos avaliar, a gente tem consciência que a gente tem que fazer daquela forma que é a correta, por isso para nós é fácil manter a acreditação, porque eles avaliam em uma semana o que a gente faz o ano inteiro (REDENÇÃO, R. 1).

[...] o que eu consigo perceber é que mudam pessoas, mas os processos continuam sendo os mesmos, a busca pelo mesmo ideal, pelo mesmo foco continuam, todo mundo trabalha na mesma linha (JURUTI, R. 2).

[...] entendo que, a maioria dos setores e pessoas, tem a compreensão de que a qualidade faz parte da gestão e rotina diária do trabalho e, que está intrínseca em todas as atividades. A qualidade não pode ser uma ‘pasta’ que pegamos para trabalhar e guardamos. Aqui já cruzamos esta linha (FARÓ, R. 4).

Percebo a acreditação hospitalar como uma instituição do HRPT, provavelmente, aquela culturalmente mais imbricada em todo o processo hospitalar. Para os envolvidos no processo, o hospital é entremeado nela, ninguém sequer cogita que ela não esteja instalada, como se expressam muitos dos envolvidos, “sempre esteve presente” (PRIMAVERA, JACUNDÁ, R. 1). Vivenciam-na desde que o hospital iniciou e, para os que chegam agora, desde que adentram a porta. É, culturalmente, vista pelos envolvidos como uma forma de ação.

[...] a gente já chegou sabendo que era um hospital que foi concebido para trabalhar com qualidade, isso era muito novo para todo mundo, principalmente para gente recém-formada, que nem tinha trabalhado com esses conceitos na formação, na graduação. (...) Mas desde o momento que a gente foi admitido, trabalhou com os processos de qualidade, segurança do paciente, com o tempo essas coisas começaram a fazer parte da nossa rotina, do nosso trabalho, e estamos aí há oito anos (JACUNDÁ, R. 1).

Temos conseguido colocar para todas as pessoas do hospital, o quão é importante você trabalhar com qualidade e buscar isso o tempo todo. Eles entendem que isso aqui é a maior joia que a cidade tem, pela estrutura que tem, pelo serviço que é prestado aqui (CHAVES, R. 1).

[...] o hospital já nasce na sua concepção buscando a qualidade, porque alguém já tinha

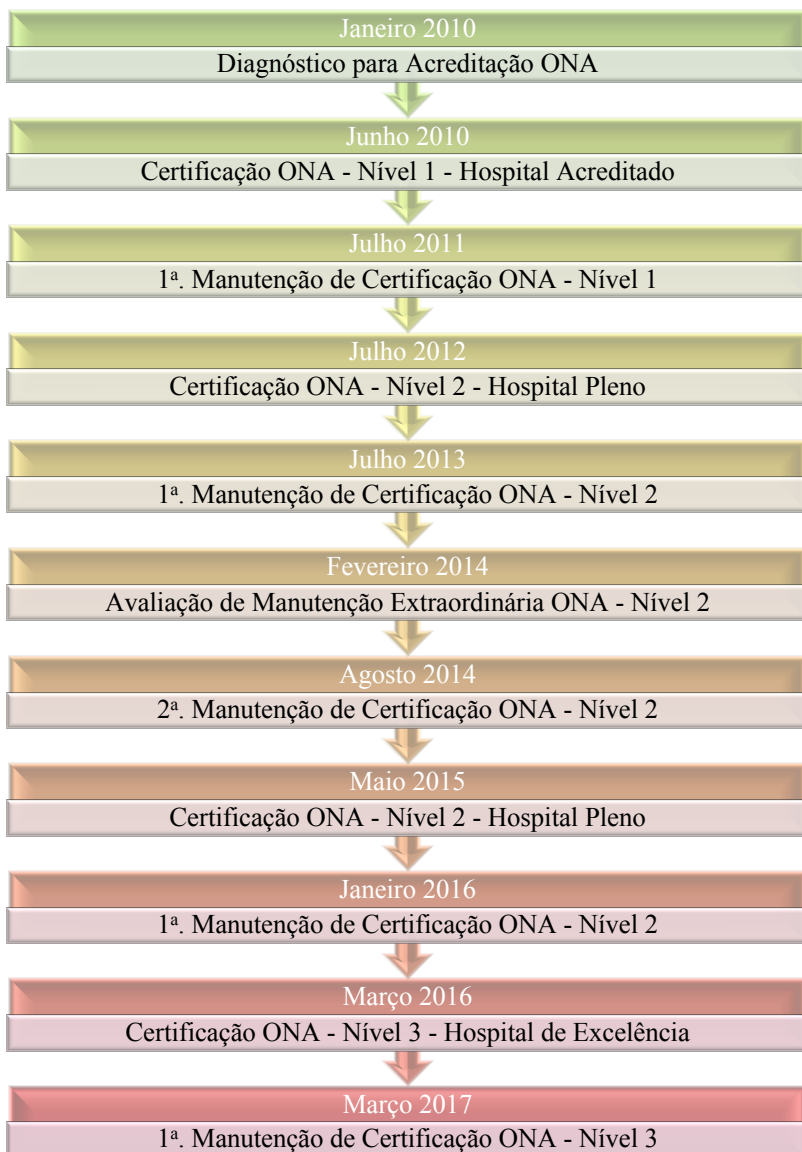
aquilo como um critério, como uma coisa determinada (CARUÁ, R. 2).

[...] a Pró-Saúde começou a trabalhar a acreditação hospitalar em alguns hospitais que administrava, era algo novo, mas, percebiam que aquele era um caminho seguro para gerir melhor os hospitais. E, Altamira, foi um projeto que iniciou já embasado na Acreditação. Foi uma aposta que deu certo. O mesmo não ocorreu em todos os outros projetos, alguns não conseguiram, outros pararam no meio, e ainda há outros em igual patamar (AFUÁ, R. 4).

Destarte, cabe demonstrar como este caminho foi percorrido, como forma de clarear aos leitores a evolução do processo de acreditação longitudinalmente. A Figura 15 demonstra o processo histórico da acreditação hospitalar no HRPT, tendo como base os relatórios de avaliação da ONA de 2010 a 2017.



Figura 14 - Processo histórico longitudinal da Acreditação Hospitalar no HRPT 2010-17



Fonte: adaptado de Relatórios referentes ao processo de avaliação da ONA no HRPT.

Conhecido o caminho percorrido, importante observar que esta pesquisa se desenvolveu entre a segunda certificação do nível 2 e a primeira visita de manutenção do nível 3, conforme os quatro últimos itens da Figura 15, com observação das últimas três visitas.

A “Acreditação como um instrumento de ação” serviu como um manual para estruturar o hospital, embasado em qualidade na assistência, primando por princípios essenciais, como segurança, foco no paciente, visão sistêmica, orientação por métodos e inovação. Evidências que perpassam pela visão dos envolvidos sobre como se deu o processo histórico, bem como pelos apontamentos dos relatórios das visitas de certificação da ONA.

A segurança do paciente está traduzida no esforço conjunto dos gestores em oferecer assistência centrada nas suas necessidades, evidenciada através das políticas institucionais, da capacitação da força de trabalho, da utilização de instruções de trabalho, da utilização de *bundles* e protocolos assistenciais (Rel. Avaliação Manutenção ONA Nível 2, maio 2015).

Eu cheguei na instituição em setembro de 2007, dois meses após a inauguração, uma das coisas que mais me chamou a atenção naquele período é que o hospital havia sido programado, implementado e iniciado capacitando as equipes, porque era um diferencial dentro da região, não tinha toda essa complexidade aqui dentro do município, todo o tratamento daqui ia para Belém, Goiânia, que eram as referências para as pessoas, então quando o hospital foi concebido para ser esse hospital, teve toda uma projeção para o trabalho, então como tudo foi sendo montado, articulado e já concebido para ser com qualidade, esse foi o diferencial (PRIMAVERA, R. 1).

Este hospital faz a diferença na região pelos profissionais e assistência prestada. É um hospital de alta complexidade, em uma região de difícil acesso aos grandes centros, e isso é o grande diferencial para a população dessa região, que hoje consegue ter o tratamento adequado no menor tempo possível e com a mesma qualidade que encontraria em hospitais de ponta em

metrópoles, como São Paulo (SALVATERRA, R. 4).

Até esse momento, averiguar a acreditação em qualquer um dos atuais 362 hospitais brasileiros pareceu-me tarefa factível, difícil era observar esse fenômeno ocorrendo em um local com tantas fragilidades e que, ao mesmo tempo, se mostrava um hospital diferenciado, o que se costuma chamar de caso de sucesso. Nesse sentido, ao iniciar os trabalhos, algo já estava imbricado ao fazer instalado - a acreditação era a ferramenta utilizada para determinar o caminho daquele hospital. Destarte, entendemos, os envolvidos no processo e eu, que essa era a perspectiva que nos conduzia à vertente esperada do fazer, típico das organizações que atuam com certificações de qualidade, apesar das nuances do cenário encontrado.

No entanto, encontramos, no fazer, algo que não era esperado e que determina a diferença na lente de quem trabalha, de quem desenvolve, de quem recebe o serviço, ou seja, esses envolvidos se preocupam em reconhecer seus feitos, principalmente, aqueles que não são positivos ao processo. Conforme nossos estudos foram sendo fortificados, isso demonstrou fazer sentido para os que ali atuam e, em conjunto, denominamos esse fenômeno como a ação inesperada do fazer.

Olha eu costumo falar que a gente vê tantas reportagens, vê tanta coisa que acontece no país referente a hospitais do SUS, eu costumo dizer que aqui é um hospital que com toda dificuldade que a gente tem, é onde o SUS funciona. Que apesar de todas as dificuldades, a gente ainda consegue fazer as coisas acontecer. No HRPT, todo mundo quer fazer a coisa da forma correta, as vezes a gente até não consegue, pelas limitações que a gente tem, mas você vê que todo mundo que você conversa, eles querem fazer tudo da forma como tem que ser feito (CHAVES, R. 1).

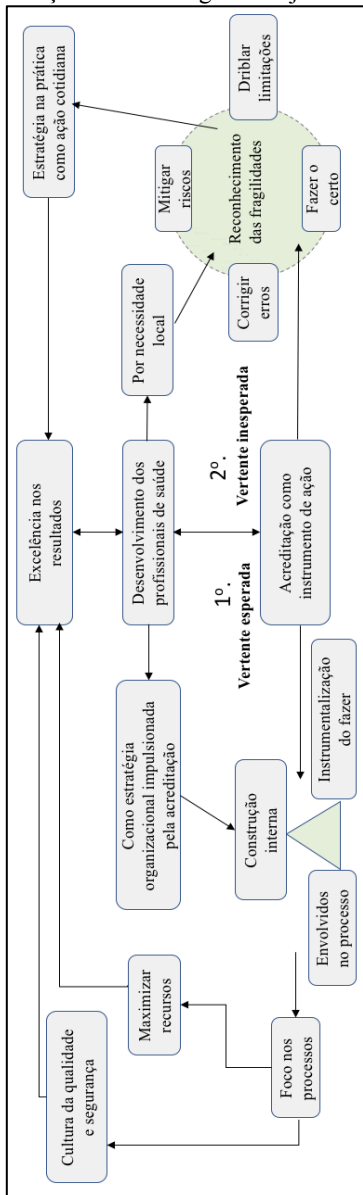
Vejo-me dentro do quadro de profissionais que visam desenvolver o processo de qualidade do HRPT, através do desempenho de identificar as fragilidades existentes nas unidades com intuito de precaução das problemáticas futuras (MARITUBA, R. 4).

E, permeando estes dois caminhos, como a linha que dá sentido ao fazer, temos a raiz que dá sustentação ao hospital, a qual é balizada pelo desenvolvimento dos profissionais que ali atuam. Desenvolvimento esse que vem permeado do processo histórico que perpassa pelo caminho da evolução do hospital, que é paralelo ao caminho da acreditação.

A questão de desenvolvimento de pessoas e investimento na parte de educação, nesse modelo que tem aqui faz toda a diferença, pois, o profissional passa por um planejamento para treinar, ele é avaliado individualmente, ou seja, a gente avalia e desenvolve, não é só a capacitação e treinamento, é o desenvolvimento dentro das dificuldades e das limitações de cada um, sem esquecer as limitações do hospital (ITAITUBA, R. 2).

Partindo dessas observações iniciais, apresento, na Figura 16, os dois quadrantes superiores do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, onde se observa, no primeiro quadrante, a ação esperada que se origina da categoria central “Acreditação como instrumento de ação”, no segundo quadrante, a ação inesperada e, permeando os dois pelo centro, a categoria de suporte “Desenvolvimento dos profissionais de saúde”.

Figura 15 - Representação da categoria central “Acreditação como instrumento de ação” e das categorias adjacentes



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

Como categoria de resultado, a Figura 16 nos traz a “Excelência nos resultados”, que é o processo acontecendo na prática e gerando, após muitos ciclos<sup>15</sup> de atendimento ao usuário, inúmeros indicadores que demonstram a excelência nos seus serviços, que em uma linha longitudinal se observam resultados cumulativamente positivos, o que corrobora com os preceitos da ONA quando aponta o padrão que conduz um hospital a esse patamar: “comprometimento com a excelência, sustentado pelos fundamentos de gestão em saúde<sup>16</sup>, demonstrando maturidade institucional” (ONA, 2014).

Quando a gente forma, ou quando a gente trabalha em outros lugares ou visita outros hospitais consegue perceber a diferença. Eu tive experiência de trabalho em outros hospitais, fazendo estágio, a gente focava no problema, e aqui, com a qualidade, aprendemos que não tem que focar no problema, vamos focar no resultado (JACUNDÁ, R. 1).

Nesta construção, apoiamos a proposição P4: *A qualidade assistencial [do HRPT] foi/é impulsionada em seu processo histórico pela acreditação hospitalar*. Os próximos tópicos demonstram como a “Acreditação como instrumento de ação” promoveu-se em sua vertente esperada e inesperada do fazer, e como o desenvolver dos profissionais corroborou para alicerçar a “Excelência dos resultados”.

### **5.2.1 Acreditação como uma construção interna do fazer**

O dia a dia organizacional é desvendado neste item, com especial atenção à forma como os envolvidos na própria pesquisa se

---

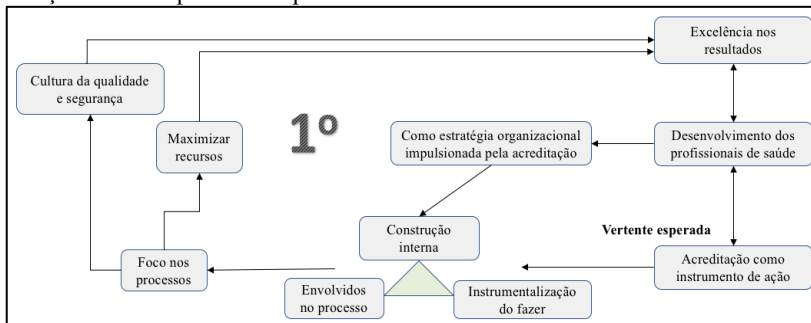
<sup>15</sup> No entendimento dos envolvidos na pesquisa, um ciclo corresponde à média de 12 meses de mensuração, sendo que demonstra melhorias quando os resultados obtidos na média daquele ano são melhores em comparação com a melhor média de anos anteriores. São ciclos negativos quando o resultado obtido é inferior àquele das médias anteriores.

<sup>16</sup> Os fundamentos de gestão em saúde expressam-se por meio de práticas e fatores de desempenho que alicerçam os padrões do Manual Brasileiro de Acreditação, sendo eles: visão sistêmica, liderança, orientação por processos, desenvolvimento de pessoas, foco no paciente, foco na segurança, responsabilidade socioambiental, cultura da inovação e melhoria contínua (ONA, 2014).

observam dentro de seus papéis, quando falam de suas rotinas, suas práticas, sua forma de fazer e como percebem seus resultados. Falam de si e contam como seus pares atuam, em um contínuo fazer e refazer social.

Assim, as inúmeras vozes por trás desta pesquisa e eu trazemos à discussão, conforme ilustrado na Figura 17, a visão dos “Envolvidos no processo”, os quais utilizam a “Acreditação como instrumento de ação” e configuram-na como um passo essencial para a “Instrumentalização do fazer” do hospital, que perpassa pelo “Foco nos processos” o qual possibilita “Maximizar recursos” e, paralelamente, oferece chão fértil para a “Cultura da qualidade e segurança”, que reforçam, em conjunto, a “Excelência nos resultados”.

Figura 16 - Representação da categoria central “Acreditação como instrumento de ação” em seu processo esperado



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

O fazer social, que ilustra o primeiro quadrante do Modelo “Comprometimento com o cuidado” e que representa a “Acreditação como instrumento de ação” em sua vertente esperada, parte da prática, do como tudo se dá cotidianamente, o que não poderia estar de fora da pesquisa e, assim, começa a se desenhar a categoria, a qual denominamos de “Construção interna”.

“Construção interna” como um arcabouço de fatos e atos que se desenrolam, que acontecem e que foram estruturados ou não para que ocorressem. Cabe destacar que, em um hospital, há protocolos, rotinas, fluxos, diretrizes terapêuticas, normatizações, leis, regimentos, enfim, um sem fim de normas para regular aquele fazer, que trata do ser humano em momentos de fragilidade. Porém, exatamente por tratar de um ser humano, o resultado nunca é totalmente previsto.

Cada qual responde à sua maneira, há pessoas que têm um declínio clínico muito rápido, mesmo seguindo todos os protocolos, e outras com prognóstico inviável, que surpreendem com a recuperação. Nesta organização, trabalha-se na expectativa de saber que tipo de paciente vai adentrar (em especial, por ser um hospital geral, onde todo tipo de paciente é internado) e como esses pacientes irão responder ao tratamento.

O diretor falava muito isso, uma das coisas que aprendi, ele dizia assim: 'vai vir não sofre, vai vir o paciente'. E eu dizia: 'está cheio, está lotado, não tem mais onde colocar'. Ele sabiamente falava: 'entenda, que se acontecer qualquer coisa, o paciente vai vir pra cá, não vão assistir ele em outro lugar, vai vir, eu não sei o que nós vamos fazer, mas, vai vir'. No meio disso, lá vamos nós achar estratégias. E ele sempre foi muito claro, sempre nos lembrava: 'não vai para outro lugar, não adianta nenhum de nós espernear porque a gente vai ter que atender, não é na condição que a gente gostaria, mas ele vai vir para cá, porque quem vai salvar esse paciente somos nós, não vai ser outro lugar, precisamos estar preparados' (MEDICILÂNDIA, R. 4).

Esta "Construção interna" se dá por meio de dois alicerces. O primeiro é representado pelos "Envolvidos no processo" - aqueles que efetivamente realizam a ação. E o segundo é a forma como essa ação é executada pelo grande grupo, que denominamos de "Instrumentalização do fazer", que perpassa por todo o arcabouço legal existente, que condiz com o negócio do hospital, e pelas práticas institucionalizadas para o meio pelos próprios profissionais de saúde.

Por "Envolvidos no processo", entendemos, nesta pesquisa, os funcionários, os gestores, a diretoria, os consultores da empresa que administra o hospital e os avaliadores que realizam as avaliações da ONA. Neste íterim, só excluimos o usuário final, pois ele está contemplado em outros vários momentos, como nos quadrantes inferiores que conduzem à categoria de resultado "Cuidado centrado no paciente".

Primeiramente, trazemos a diretoria, que foi responsável, em conjunto com a Pró-Saúde - OSS que administra o hospital, por introduzir a qualidade como uma linha mestra a seguir. Juntas, comandam a organização em seus rumos e, estrategicamente, fazem



escolhas para manter o nível atual do hospital e buscam fomentar a melhoria contínua.

Eu tenho certeza que se você fizer as mesmas perguntas para todos os membros da Diretoria, as respostas vão estar no mesmo caminho. A Diretoria aqui, tanto faz ser eu, ou qualquer um outro diretor, eu tenho certeza que as decisões serão tomadas bem uniformemente. Para fazer parte deste grupo tem que estar alinhado, e nós somos muito alinhados. (...) A gente precisa de uma capitania né, eu acho que a diretoria aqui, ela entende, abraça e apoia todos os gestores para poder acontecer tudo como é (CHAVES, R. 1).

Para estar onde estamos hoje, é preciso força de vontade, é preciso de uma diretoria que seja líder, que instigue os colaboradores, as pessoas que estão abaixo deles, eles vão mais a frente do processo, para mostrar como melhorar a busca da nossa assistência (BONITO, R.2).

Durante o histórico do hospital, muitos diretores passaram pela organização: quatro diretores gerais, seis diretores administrativo-financeiros, três diretores de enfermagem/assistencial. Porém, segundo as falas empreendidas, isso não causou impacto na organização de forma a alterar o caminho, somente os percalços normais de adaptação, o que demonstra que o caminho foi bem traçado e somente evoluiu com o passar dos anos. Nenhuma grande ruptura se deu, muito em vista que o processo está institucionalizado, o fazer não se perde entre as trocas.

Relevante observar que o diretor médico é o mesmo desde o início das atividades. E a diretoria de enfermagem, apesar da substituição, continuou com outros profissionais que já estavam na organização e fizeram parte de todo o movimento. Em acordo com análises das movimentações da diretoria, todos os diretores foram transferidos para projetos nos quais suas competências poderiam ser melhor aproveitadas e/ou para vagas mais próximas de grandes centros, somente houve uma demissão e um pedido de demissão durante esse período.

A gente é bastante cobrada, é obvio, as diretorias sempre querem cobrar da gente para fazer o melhor, e para parecer o melhor. Eu tenho certeza que com essas cobranças, a diretoria fazendo eu buscar, eu sei que eu estou desenvolvendo um

bom trabalho. Todas as diretorias que estão, ou que passaram por aqui, eles sempre trabalharam conosco a busca da melhoria (CAPANEMA, R. 2).

Nós sentimos um pouco com as mudanças da diretoria. Mas, a mudança na gestão pode ser benéfica, aqui, vejo que foi. Outro dia uma diretora que esteve aqui no começo do hospital comentou comigo que tinha muito orgulho de ver que tudo continuou igual, na verdade, que melhorou, mesmo com todos os desafios financeiros, a troca de equipes, a mudança em alguns momentos de diretoria. Então, cada um veio e trouxe coisas a somar, pouco foi perdido, só melhorado (BARCARENA, R. 3).

Percebi que a diretoria está presente no dia a dia organizacional, não apenas nas funções estratégicas, mas exercendo uma liderança mais aberta, transparente e próxima dos profissionais, o que demonstra uma fluidez maior da ação, bem como os envolvidos reconhecem isso como um diferencial para o fazer social. Esse movimento fortalece uma gestão mais compartilhada, o que favorece o empoderamento dos profissionais em suas ações e dos gestores de nível médio no momento de decisão.

[...] às vezes tem momentos em que o colaborador quer falar com o diretor, em que ele quer se sentir valorizado, e falar: 'poxa meu diretor está aqui'. Ele quer expor o que ele pensa, ele quer falar, dar ideias diretamente para o diretor dele. É bom que o diretor também tenha a percepção da nossa vivência com os nossos colaboradores, porque a gente filtra muita coisa. Essa vivência é importante para o colaborador, para que ele também se sinta valorizado: 'o meu diretor está aqui, ele vai poder me ouvir'. Essa é a ideia do encontro com o diretor, não é uma reunião, é mais um encontro, para que ele possa se sentir ouvido, e eles adoram, se sentem prestigiados. E a diretoria também consegue ter uma visão mais ampliada do hospital (PEIXE-BOI, R. 3).

A diferença está na maneira como a direção trabalha com os colaboradores. Como eu disse, eles não trabalham somente como direção, mas

eles têm liderança sobre os colaboradores. Eu vejo assim: ‘é a administração querendo, é os colaboradores impulsionando, e nós todos fazendo’. Por exemplo, estou com uma diretora que me ensina muito, me chama atenção na hora que é preciso, em uma sala que é só dela, ela precisa chamar, e me elogia quando estou em público, e isso é maravilhoso para nós (XINGUARÁ, R. 4).

Acho que o fundamental mesmo é ter o comprometimento da alta direção. Porque muitas coisas dependem de decisões que envolve, não que seja uma coisa exagerada, mas envolve custo, e até mesmo não só o custo, por exemplo, para algumas ações que são determinadas, principalmente naquilo que se refere ao corpo clínico, na implantação de protocolos. Então tem essa necessidade, eu penso, da alta direção estar envolvida nesse processo, e aqui ela está empenhada no processo da qualidade, vemos isto todos os dias, às vezes, até para coisas pequenas, como uma liberação de horas-extras para cobrir um plantão. Às vezes, queríamos que outras coisas fossem mais rápidas, mas, nem sempre é, mas, é igual na vida, não temos condição de ter e fazer tudo o que desejamos (JACAREANGA, R. 4).

E o mais relevante, os “Envolvidos no processo” entendem que a diretoria está alinhada com a segurança e qualidade assistencial, o fio mestre que conduz o fazer do hospital. Sendo assim, indiferente do que seja atendido, do que for feito de extraordinário, tudo perpassa pelo caminho do cuidado para com o paciente, da preocupação com o indivíduo que está desempenhando a função, e com um resultado sistêmico que conduzirá o hospital a um patamar de reconhecimento pelo serviço ali prestado.

[...] quando se é líder e gestor, você consegue demonstrar que o processo não está em você, você tem que fazer com que as pessoas entendam que você é um mero condutor, mero direcionador. E, as ações da direção do hospital demonstram que a segurança do paciente é prioridade principal,

então, todos vão caminhando nesta direção (ITAITUBA, R. 2).

Quanto a avaliação do Hospital, como um todo, temos resultados positivos voltados para a atuação da Direção, que é considerada pelos entrevistados como voltada e focada na segurança do paciente; 72% consideram que a Direção proporciona um clima de trabalho que promove as ações de segurança do paciente. Além disso, 78% entendem que a segurança do paciente é prioridade principal para a Direção da unidade (Rel. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, nov. 2016).

Com a diretoria coesa, alinhada ao processo e crente da escolha da qualidade como o melhor caminho para a gestão, o nível intermediário, tático, tem por missão colocar em prática o que é determinado em conjunto com a diretoria. O que se observa é que houve dois momentos distintos na atuação dos gestores: a) agiram como gestor faz-tudo, sem muito conhecimento de gestão e, por necessidades locais, precisaram “por a mão na massa” (RIO MARIA, R. 3); e, b) entenderam seu papel como condutores da gestão, como estrategistas do fazer.

Nesse sentido, temos uma realidade, que perpassa o caminho histórico do hospital, em que os primeiros gestores, em grande maioria, vieram de outros centros, invariavelmente, recém-formados, com objetivo de aprender, ganhar experiência e voltar para suas cidades natais ou centros maiores, era uma “oportunidade de ouro” (JACUNDÁ, REDENÇÃO, R. 1; ITAITUBA, JURUTI, R. 2). Além de que, a dedicação foi extrema, pois a maioria chegou sozinha na cidade e precisava encontrar um sentido para estar ali, e o hospital representava o porto seguro encontrado.

Eu lembro que eu não tinha família aqui, eu não tinha nada, eu vivia dentro do hospital, era manhã, tarde, noite, e final de semana, eu ia para casa só para dormir sozinha. Então a gente trabalhou muito até se estabelecer por aqui (ANAPU, R. 2).

Recordo um dia de uma reunião, logo no primeiro ano, aquele dia ficou marcado. Porque nós ‘batíamos a cabeça’ e nada parecia dar certo, como nós não conhecíamos o processo, cada um vinha e falava alguma coisa, fazíamos e dava

errado. Aí tínhamos em uma reunião anterior, combinado com a diretoria que ia ser tudo ou nada, ou fazíamos ou parávamos com aquilo de acreditação de uma vez. Aí nessa reunião, depois de discutir bastante, decidimos que íamos continuar e fazer do nosso jeito. E acordamos entre todos nós, diretores e gestores, que íamos dar conta de tudo. Foi quando um coordenador disse algo que arrepio até hoje ao lembrar, era algo tipo assim: ‘nós vamos assumir esse processo, nós vamos certificar esse hospital, a gente já sabe o que fazer’. Pra mim, foi aí que começamos a fazer as coisas direito, quando nós gestores assumimos aquele compromisso, era uma oportunidade de ouro (ITAITUBA, R. 2).

Esses profissionais, a maioria da região Sul e Sudeste do Brasil, depararam-se com uma situação ímpar, pois foram rapidamente alçados à categoria de gestores, mesmo sem conhecer muito da ação. Assim, precisaram aprender a atuar e, ao mesmo tempo, serem gestores. Uma experiência que não teria ocorrido tão rapidamente na maioria dos hospitais brasileiros, nos quais seriam, por exemplo, enfermeiros assistenciais, depois, coordenadores ou supervisores e, a seguir, gerentes ou líderes de um grande grupo. Aqui, o processo, para alguns, foi bastante simplificado.

[...] na época da abertura do hospital a maioria das coordenações veio de fora, a parte da assistência veio do Sul, a parte de coordenação, de gerência e diretoria vieram do Sudeste. Principalmente, no Sudeste, eles já têm essa cultura da qualidade, então isso tudo lá no início, em 2008 e 2009, quando as coisas iniciaram, foram sendo construídas com muitos percalços, teve que se construir e desconstruir várias vezes para se chegar a certificação, então quando a certificação chegou, o moral da empresa ficou muito alto. As pessoas passaram a acreditar, era aquela sensação que era palpável, l que era real, e isto fortaleceu muito os gestores que tomaram a frente de tudo (PRIMAVERA, R. 1).

A parte de gestão é que foi a mais complicada, trabalhar com os gestores, porque a gente tinha muito o perfil operacional, eles não eram gestores.

Tivemos muitas situações, também, ao longo dos anos, em que os gestores precisavam fazer o operacional, a rotatividade com a Belo Monte foi tamanha que não se conseguia repor o pessoal, e aquilo se tornou muito repetitivo, isso fez com que eles deixassem a gestão de lado. Hoje em dia, eles evoluíram muito, e a gente já conseguiu melhorar bastante o perfil deles. Agora são mais gestores que operacionais, mas, ainda fazem coisas operacionais, o que é bom, para não perderem a mão (VIGIA, R. 1).

Outros gestores, por necessidades locais, também precisaram atuar em diferentes áreas, trocando de função rapidamente, necessitando se adaptar ao momento, à necessidade e ao contexto, o que trouxe outra gama de experiência e favoreceu a atuação sistêmica.

Cheguei enfermeira assistencial de unidades abertas, depois trabalhei no PA, clínica cirúrgica, emergência e final de semana responsável por CME e centro cirúrgico, até que fui convidada a ser coordenadora de setor. Parece muito, então, é muito mais, pois, isto ocorreu em menos de três anos. E, foi meu primeiro emprego, antes só estágio. Aprendi muito, devo isso ao hospital, e acredito que, devo isso a Altamira, pois, não aconteceria isso em outro lugar. Aqui tudo é extremo, inclusive a necessidade por profissional que desenvolva a função. O bom é que ensinam, mesmo, quando a gente não tem qualquer conhecimento sobre algo, só noção (JURUTI, R. 2).

O que oportunizou aprendizado, mas muitos desalinhamentos iniciais, que precisaram ser corrigidos ao longo dos anos, quando do amadurecimento da própria organização. E que os encaminhou a buscar sempre mais conhecimento, para alicerçar a prática com os preceitos que eram previstos no Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2014), e possibilitar a manutenção do *status* de acreditado que haviam conseguido, bem como evoluir no mesmo.

No hospital, as pessoas foram criando, uma pessoa cria aqui, outra cria lá. Esses documentos, às vezes se chocam, tem informações divergentes e isso gera problemas, principalmente, na assistência, vou citar um exemplo, para a

transferência de paciente, nós tínhamos dois ou três documentos, que falavam sobre o processo, mas cada um dizia alguma particularidade diferente, alguma coisa que não encaixava, e sempre haviam problemas, inclusive eventos, então a gente parou, sentou, e por ser um processo que envolve o psicossocial, corpo clínico, enfermagem, realinhamos juntos um único novo protocolo, mas para este entendimento foram anos (JACUNDÁ, R. 1).

Estar alinhados na busca constante de melhorias contínuas fez com que se tornassem grandes intraempreendedores nos seus setores e juntos buscassem resolver situações cotidianas com soluções criadas localmente, buscando equilíbrio entre o fazer e o contexto social e ambiental. Fruto disso, envolveram as equipes e possuem inúmeros exemplos de ações, produtos e processos alterados, que levaram a um melhor resultado, alguns inclusive premiados por organizações externas.

Temos um projeto bem interessante, que fazemos o fracionamento racional do sangue em unidades pediátricas, onde é possível, usar uma bolsa de sangue para dois pacientes ou mais, dependendo do volume necessário, o que reduziu o desperdício do sangue em 1412 bolsas de 2011 até 2016, com isto tivemos a diminuição dos impactos ambientais causados com a segregação do sangue e do material não utilizado, as sobras. Este projeto recebeu um prêmio de reconhecimento nacional da instituição que promove o Hospital Saudável (RURÓPOLIS, R. 3).

Assistimos esses meninos crescerem, a cada nova inserção de coisas novas, eles olhavam com cara desconfiada, mas, com o tempo nos mostravam que conseguiam ir além das expectativas. E possuem algo que é deles, mudam algumas pessoas, mas, já está imbricado no fazer deles, são bem teimosos, quando querem algo, conseguem, quando não querem, não andam. Eles cresceram muito, você faz uma reunião e explica as coisas e eles trazem o resultado, depois, você vem com outros pedidos e lá vem eles com ideias, coisas que já fizeram na área, conseguem adaptar constantemente. Penso que poderiam ser

constantemente benchmarking para outros locais e isso só não acontece por dois motivos, não divulgam o que fazem e estão longe dos grandes centros para visitas. Esses gestores poderiam tranquilamente, com um pouco de lapidação, tornar-se grandes gerentes, diretores (AFUÁ, R.4).

Esses gestores aprenderam que, por conta das dificuldades apresentadas no contexto cotidiano do hospital, precisavam empreender medidas que iam para além do que estava planejado. Era preciso estar atentos às constantes modificações e usar de estratégias que iam ao encontro dos problemas que necessitavam resolver. Assim, tornaram-se estrategistas e oportunizaram o desenvolver organizacional.

Vou te dar um exemplo, nas UTI Neonatal e Pediátrica tínhamos custos muito altos, aí tínhamos que diminuir, mas, não poderia ser no que toca o paciente, pois, tudo segue protocolo, aí olhamos para nossa realidade e percebemos que tínhamos alguns medicamentos que as crianças maiores tomavam e que poderiam ser por via oral, que é bem mais barato e com igual ação. Percebemos que o custo de toucas descartáveis era muito alto, conversamos com a Lavanderia e fizeram toucas de tecido individuais para os funcionários, ficou mais barato e as crianças adoraram, o que contribuiu para a humanização dentro da unidade. Passamos a gerenciar o centro de custo semanalmente, em conjunto, observando cada detalhe que foi usado e não foi adequado, todos começaram a prestar mais atenção nas práticas, economizar, mas mantendo o padrão esperado. E para não perder o rumo, passamos a analisar os indicadores junto com equipe assistencial, para verificar cada detalhe que poderia vir ser uma melhoria. Assim, economizamos e conseguimos uma qualidade melhor da assistência, pois, estamos olhando tudo mais de perto, e em conjunto, não é mais só o coordenador, são umas 30 pessoas olhando pra tudo aquilo (BAGRE, R. 3).

Na agência transfusional temos muitos projetos que são alicerçados nos nossos processos e que



buscam melhorias, por exemplo, em 2016, com a redução do consumo de insumos e reagentes, conseguimos diminuir de 5 para 2 no mês, e, depois da implantação das ações que promovessem o uso racional de sangue, a redução nas etiquetas do receptor diminuíram de 290 para 180, inclusive para as reservas desnecessárias aonde se fazia o registro (RURÓPOLIS, R. 3).

E o mais importante, são os gestores considerados exemplos pelos seus liderados, quando muitos dos envolvidos na pesquisa citaram fatos e atos que expressam o quanto admiram e seguem o que os gestores determinam, não por dever, mas por empenho, dedicação e reconhecimento do que esse superior lhe inspira.

São as lideranças que estabelecem uma cultura de qualidade dentro da organização, onde se cria um ambiente que inspira os colaboradores a se orgulharem do trabalho que desenvolvem e, assim, seguindo as boas práticas instituídas pelo hospital, fazendo um trabalho bem feito, com vontade de melhorar diariamente (CAPANEMA, R. 4).

Eu vejo que a maioria dos coordenadores faz o que fala, eles falam com seu profissional nas áreas, explicam como aquela melhoria está contribuindo, que aquela ação que ele adota diariamente, está ligada ao processo de acreditação e está diretamente ligada à credibilidade que o hospital vai ter perante a sociedade, perante a segurança dos serviços que nós fornecemos aqui e que o paciente tem que ser atendido com segurança e qualidade, isto me inspira a buscar o que ele explica e faz (DOM ELISEU, R. 3).

O estar próximo dos profissionais tem um quê de desenvolver compartilhado, pois os profissionais são convidados a participar, em conjunto, das atividades setoriais, mesmo aqueles recém-chegados, pois entendem que é em grupo que se resolvem os problemas e os resultados são mantidos. Assim, costumeiramente, aparecem os gestores empreendendo as estratégias e os funcionários colocando essas estratégias em prática, como uma composição, o que favorece a cultura da qualidade assistencial.

[...] é um processo de formiguinha, todo dia eu faço uma orientação com eles: ‘gente hoje vamos falar sobre algo importante, gente vamos ter atenção com o protocolo de entrega de material consignado’, então todos dias a gente vai conversando com eles, então isso vai deixando eles acostumados com o jeito certo de fazer as coisas. Quando se sentem participando, querem dar opinião, sugerir, propor algo novo, e daí surgem muitas ideias (REDENÇÃO, R. 1).

Os líderes passaram a reunir-se mensalmente com as equipes apresentando os resultados obtidos nos processos, com essa prática a linha operacional passou a compreender a importância de seguir as orientações, aplicar as práticas de controle, gerenciar os riscos e acompanhar os resultados em busca da efetividade das ações estratégicas (Apresentação do HRPT como *Case* de Sucesso, maio 2016).

A cultura da gestão da qualidade é perceptível nas ações dos colaboradores de base em praticamente todos os setores visitados, mérito dos gestores das unidades, que são bem ativos, não se restringindo a ações administrativas, estão envolvidos em rotinas de auditorias operacionais nos setores, acompanhamento da evolução proposta nos PA e PE e *feedback* para a equipe e direção em tempo real, penso que é isso que faz uma equipe dar certo – gestão, empoderamento e controle (TUCUMÃ, R. 4).

Com os gestores aprendendo a serem gestores, houve uma evolução na forma como outro grupo de “Envolvidos no processo” passou a ser visto - o grande grupo, composto pelos profissionais de saúde que operacionalizam a ação, como praticantes do fazer hospitalar que é empreendido nas atividades diárias, cotidianas ou não, dependendo do contexto de trabalho encontrado. Visto que se tem um hospital que é único no que desenvolve na região, não tendo controle de quem irá chegar para atendimento, nem de quantos serão, pois a demanda não pode ser controlada, se houver necessidade, haverá atendimento, e esse é, talvez, o primeiro aprendizado deste grupo.

[...] esse é um processo que ninguém vai voltar atrás, então todo mundo que entra, já entra sabendo aonde nós queremos chegar, não é novidade para ninguém. Aqui todos sabem ao entrar que o objetivo final é o paciente, ele tem que ser atendido da melhor forma possível, independente da quantidade e dos problemas que enfrentaremos para dar este atendimento (JACUNDÁ, R. 1).

Esses profissionais aprenderam a fazer parte da organização, querem demonstrar o que sabem fazer, como fazem, sentem-se envolvidos no processo cotidiano e, como tal, importantes por suas atividades. Atuam em conjunto e estão atentos às melhorias implantadas, querem fazer parte da construção dessas melhorias. Para ilustrar, cito um projeto que existe desde 2015, denominado “De Assas à sua Imaginação”, no qual cada profissional pode sugerir ideias que contribuam para o processo de melhoria contínua da gestão do hospital. Pode ser vinculada ao processo, para um novo projeto, para um invento, enfim, algo que traga uma evolução em alguma atividade interna e, principalmente, que seja aplicável. Ideias que, em muitos casos, podem virar realidade.

O projeto começou com poucas ideias, porém houve, nos últimos dois anos, um acréscimo considerável de 50% nas participações e, o mais relevante, grande parte das ideias é aplicada. As ideias não são de coisas que fogem ao cotidiano ou grandiosas, são ideias simples que contribuem para a atividade fim, bem como para a melhoria de algum processo. Anualmente, há sorteio de um prêmio para um dos participantes (em 2017, foi uma viagem nacional com acompanhante) e todos recebem uma lembrança e o reconhecimento do hospital em um dia festivo.

O projeto “Dê asas à sua Imaginação”, é muito bacana, está todo mundo querendo fazer inovação, todo mundo preocupado com isso, isso está disseminado para toda a organização. É um projeto motivacional, com resultado financeiro e socioambiental já comprovado pelos nossos indicadores (VISEU, R. 3).

Uma técnica de enfermagem já teve quatro ideias que enviou para o “Dê asas à sua Imaginação” que foram postas em prática, um foi o suporte para transporte de oxigênio nas macas que transportam

paciente do pronto-atendimento para as unidades de Internação, que com o suporte reduzimos a quantidade de profissionais na atividade. Outro projeto dela foi um suporte para secagem das luvas de látex utilizadas na nutrição, que aumentou o período de uso do material. Vejo que ela se sente bem, pois, suas ideias são reconhecidas. São coisas simples, mas, que podem ser facilmente postas em prática e o resultado se percebe rápido. Outro projeto que está agora em prática é o da técnica de segurança do trabalho, é um projeto para os funcionários com sobrepeso, tem todo um roteiro a ser seguido e até abrimos um consultório para a nutricionista do hospital atender estes profissionais. Essas coisas deixam os profissionais mais envolvidos com o trabalho (PEIXE-BOI, R. 3).

Os profissionais aprenderam e aceitaram trabalhar com a acreditação como um manual de boas práticas, seguindo o que lhes era ensinado e praticando a ação sempre com foco no cuidado ao paciente, pois entenderam que aquilo era bom, que era melhor que o que haviam praticado até então, que trazia benefícios ao usuário e segurança à sua prática laboral. Porém, percebi que nem sempre estão alinhados entre si, pois há divergências entre protocolos aceitos. Contudo, mesmo nesses momentos, a busca pela qualidade da assistência se sobressai.

[...] o que eu vejo é que a gente sempre teve muito suporte, eu acho que as pessoas que passaram, ou que passam por aqui, a gente tenta plantar isso de fazer certo. A maioria das pessoas acaba mesmo abraçando a causa com todas as dificuldades. A gente está sempre pronto, disposto a ouvir e a corrigir o que estiver errado. Isso é uma coisa que eu falo: 'gente vamos fazer, a gente não pode fazer por ignorância, por dificuldade, mas a partir do momento que foi sinalizado, vamos buscar melhorar'. A gente está aqui para isso, dentro das limitações que a gente tiver (JACUNDÁ, R. 1).

[...] a gente tem uma situação do jejum prolongado, ele não está rodando como uma engrenagem boa e a gente tem uma divisão de opiniões técnicas. UTI sugere dieta zero a partir de quatro horas, clínicas sugere doze, ou seja, há

uma divisão de opiniões. Então tem que rever. Aí você pensa, não vamos implantar um protocolo de jejum prolongado. Mas, buscamos outra opção, nós vamos implantar a administração dos suplementos, nós estamos indo além. Mas o paciente sempre sai ganhando, mesmo quando não houve um acerto técnico comum a todos (TERRA ALTA, R. 3).

Outro ponto observado foi que os funcionários anseiam demonstrar seu trabalho, estabelecendo-se como participantes do processo. Inclusive, relatos demonstram fatos ocorridos durante a visita da ONA, como forma de reforçar aos avaliadores que entendem e sabem o que estão fazendo. O que retoma a ideia de que a acreditação não ocorre somente nas datas em que são avaliados, mas cotidianamente. É um fazer que somente se manifesta na visita, visto ser feito continuamente.

Todas as vezes que tem um processo de certificação aqui, você vê as pessoas se doando, não é linha de gerência, diretor, coordenador, mas a linha operacional que executa no dia a dia. Por exemplo, em uma visita da ONA, uma técnica de enfermagem foi questionada como ela fazia a ordenha e tratava as fissuras na maternidade, aí ela não sabia o que era ordenha, não sabia o que era fissura, ela sabia o que era tirar o leite e cuidar do machucado, porque a linguagem é diferente. Ela disse para o avaliador: ‘olha, eu não sei o que é ordenha, eu não sei o que é fissura, mas eu sei muito bem administrar a medicação, vem cá, vou te mostrar’. Então essa atitude do colaborador de querer o processo de certificação e se posicionar, deixou o auditor sensibilizado (PRIMAVERA, R.1).

Na visita ontem quase chorei, você viu aquele rapaz que respondeu as perguntas da clínica médica, ele falou tudo certinho, como as coisas são, até do protocolo de parada cardiorrespiratória ele falou e ainda nem vivenciou nenhuma. Ver aquele menino respondendo tudo e ter somente 40 dias de contratação me enche de orgulho. Em outro hospital que eu trabalhei quem respondia era a diretoria, consultores e alguns gerentes, imagina

alguém da base responder. Nunca alguém como ele responderia, alguém que acabou de entrar. Aqui não, você vê que quem faz é a base, por isso ele sabia responder todas as perguntas. Igual a moça da limpeza que ficou lá paradinha no corredor, só esperando ser questionada, pois, ela também queria participar, mostrar o que sabia (PRAINHA, R. 4).

Destarte, os colaboradores entendem-se como participantes dos processos e de suas melhorias, como partes relevantes do fazer. Assim, tomam para si a responsabilidade de tornar importante a sua atividade. Não têm a visão do fazer por obrigação, mas por se sentirem integrantes daquele movimento. Nesse sentido, individualmente, demonstram que estão cientes da sua importância para a prestação do serviço, atuando como fomentadores da mudança e da melhoria contínua. Movimento esse que suplanta os muros do hospital, podendo ser verificado para além, para a sociedade a qual pertence.

Me vejo inserido como uma pessoa que tem o compromisso de receber as informações e entender como funciona o processo de qualidade e tenho uma responsabilidade de disseminar isso para minha equipe e colegas de trabalho (PORTEL, R. 4).

Sinto-me parte fundamental para as tomadas de decisões e tenho orgulho de trabalhar no HRPT. Sou parte ativa no processo, pois contribuo para a melhoria contínua da qualidade hospitalar, desenvolvendo e aprimorando os processos de atendimento. (CAPANEMA, R. 4).

Me vejo como, dentre outros que já o foram, um facilitador; com o papel de tornar mais fácil a compreensão e aderência ao processo de qualidade e acreditação (FARO, R. 4).

Eu me vejo contribuindo para a valorização da saúde da população, através da humanização e valores promovidos pelo hospital, como parte importante para o processo final (XINGUARÁ, R. 4).

Sou alguém que, além de entender e participar

deste processo, deve proporcionar este conhecimento aos demais, não só aqueles que fazem parte de setores subordinados a minha área de atuação, mas a todos que fazem parte deste projeto (JACAREANGA, R. 4).

Por se sentirem parte de algo maior, os profissionais de saúde participam do que lhes é proposto, o que favorece o florescimento da qualidade e do processo de acreditação no qual o hospital está inserido. Percebi, durante as entrevistas, que a base foi muito bem sedimentada, os alicerces foram estruturados buscando a qualidade na assistência. Assim, manter o processo parece ser uma atividade que logrará bom retorno junto aos envolvidos no processo, pois se entendem como promovedores daquele fazer que está culturalmente posto e reconhecido pela ONA.

[...] nem tudo acontece no tempo que a gente quer, e da forma que a gente quer, e um dos motivos é que a equipe tem que ter uma maturidade para poder fazer, isso demanda tempo, mas, hoje nosso alicerce é bem forte (ITAITUBA, R. 2).

[...] a gente está com uma equipe bem boa, bem estruturada, e eles entendem o processo de acreditação, eles entendem a importância, e eles entendem o porquê a gente tem que manter, o porquê que a gente tem que dar o melhor, e porquê a gente tem que fazer o melhor e seguir todo o processo assistencial, o resultado se reflete na qualidade da assistência (CAPANEMA, R. 2).

Além dos envolvidos apresentados – diretoria, gestores e profissionais de saúde, foram identificados outros “envolvidos no processo”, que se fizeram relevantes na visão dos entrevistados. Entre eles, os consultores, os quais, em sua maioria, são profissionais que atuam na OSS que administra o hospital, e os avaliadores da ONA, que representam a IAC, a qual avalia o hospital, e acompanham a evolução do hospital dentro do processo.

Aos consultores, os envolvidos tecem comentários relativos a oportunizarem a evolução com uma visão externa, onde conseguem extrair, da adaptação de outros projetos e das novidades de mercado, opções que corroboram para a evolução assistencial do hospital. Cabe identificar que entendem como uma possibilidade de estarem alinhados a outras realidades, muitas vezes, impossibilitados de conhecer pelo

distanciamento de grandes centros e pela disponibilidade financeira reduzida. Chegam a reportar, inclusive, que as consultorias são poucas, pelos mesmos motivos, mas que, quando existentes, possibilitam pequenos saltos que permeiam o fazer estabelecido.

A dificuldade de acesso, as saídas para ser capacitado, participar de congressos tudo é muito difícil, isso é uma coisa que faz perder, mas em contrapartida vem as consultorias que nos ajudam a desenvolver, então eu acho que nós não perdemos nada. E você sabe o motivo? É que não é a distância, são as pessoas. Quando eu digo assim: 'ah, tem muitas pessoas boas no mesmo lugar e isso faz desenvolver é isso'. Estudam, leem, discutem, não é vazio. Quando vem as consultorias aqui, não enxergam um hospital vazio, sem conteúdo, que tem que fazer, que tem que começar do zero. Nós damos 'cabeçadas' é óbvio, tem algumas coisas que você poderá me dizer 'como vocês não viram isso?' Mas assim, essa parte de criatividade, de mudança, de comportamento, esse é o diferencial. (...) os consultores que vem fazem este papel de nos tirar do ambiente comum e nós vemos além (PRIMAVERA, R. 1).

O ponto básico para começarmos a acreditação como base para o hospital foi conhecer a norma. Foi preciso buscar ajuda de pessoas com experiência, e aí a consultoria da própria sede nos ajudou, já que não tínhamos nenhum hospital próximo que tinha conseguido a certificação para fazer visitas. Aí você se vê em desvantagem, mas, acho que as consultorias supriram o começo, para nos mostrar o caminho, e continuam fazendo isto quando voltam a nos visitar e nos mostram novos caminhos. E, aí o caminho mais árduo que sempre optamos foi fazer os profissionais entenderem o que precisava ser feito, adaptando a nossa realidade. Ninguém consegue fazer sozinho, tem que ter alguém para mostrar o caminho. Estando no caminho, dá até para discutir com o consultor, com o avaliador, pois, com o tempo, fomos nos apropriando do conhecimento. Antigamente só cumpríamos o que nos era posto, hoje precisamos



nos convencer que aquilo é importante (CHAVES, R. 1).

[...] a gente gosta muito quando vem gente de fora, porque a gente acostuma. É aquela coisa do olhar com entusiasmo, de quem vem de fora e enxerga uma coisa que muda e que melhora muito a situação (MELGAÇO, R. 3).

Sobre os avaliadores da ONA, os percebem como apoiadores das mudanças, visto que a cada nova visita há um encaminhamento para a próxima empreitada. Eles apontam pontos de melhoria e pontos falhos, comentam sobre algo que poderia ser feito de outra forma, fazem perguntas que abrem a visão para novas lentes, enfim, trazem um aprendizado que incita o hospital a buscar por melhorias. Melhorias essas que são relevantes para o processo e para a prática diária, abrindo novas frentes de trabalho e possibilitando à organização ir além.

Os avaliadores têm uma visão que as vezes em pequenas coisas, que o dia a dia nosso faz a gente não enxergar. Então eles vêm de uma maneira muito tranquila e nos mostram, principalmente com o objetivo de nos ajudar mesmo, penso que todas as avaliações que a IAC tem feito, foi com o objetivo de fazer a gente melhorar (CHAVES, R. 2).

O que temos é um trabalho de formiguinha, de gente que não desiste, e sempre assim atuando e buscando o auxílio, porque muitas vezes nem a direção, nem os funcionários tem aquele conhecimento necessário, aí vem os avaliadores que já possuem certa experiência e nos ajudam, dando pitacos. Eles vêm com uma fotografia do que observam entre uma avaliação e outra, ou para os novos avaliadores, daquela avaliação, aí fazem comentários, e nós que ficamos trabalhando aqui 365 dias do ano, usamos o palpite e nos movemos para ver o que dá para fazer. E acho que elas nos ajudam e nós os surpreendemos na próxima visita, com algo que elas sugeriram de uma forma, nós adaptamos e acho que sempre vamos além (PLACAS, R. 3).

Com os “Envolvidos no processo” apresentados, temos a “Instrumentalização do fazer”, que é como esses profissionais atuam em suas funções e os instrumentos balizadores de sua atuação, bem como quais caminhos são perpassados para tornar isso um processo instituído.

Neste sentido, partimos do ponto onde se observa como a gestão desta unidade se dá na prática cotidiana, que, como já comentado em tópicos anteriores, tem sua origem de ser na qualidade, usando como referencial a acreditação hospitalar proposta pela ONA. Porém, dizer que se quer ser algo, mesmo com um manual padrão disponível, vai para além de cumprir pontos, itens e normas. É necessário o respaldo da gestão oferecendo subsídios para sustentar essas escolhas.

Não dá para você desvirtuar a acreditação da qualidade, e dentro da qualidade você tem ferramentas que pode utilizar, que vai facilitar o trabalho, evitar o retrabalho, evitar o desperdício, otimizar o trabalho. A acreditação te dá isto como suporte (CURUÁ, R. 2).

O hospital presta atendimento humanizado amplo focado em protocolos assistenciais, promovendo a saúde como um todo, protegendo sempre a integridade do usuário. Este hospital tem foco na gestão de qualidade e o processo de acreditação hospitalar é o método de gestão que usamos (CAPANEMA, R. 4).

A gestão apresentada pelos envolvidos na pesquisa mostrou-se transparente, apoiada pela gestão estratégica, pela humanização e pelo querer fazer o melhor ao povo, que tem no hospital um porto seguro em momento de necessidade. O mesmo foi evidenciado nos relatórios de avaliação da ONA, nos quais a gestão é citada como um ponto positivo, que possibilita um processo de gestão da qualidade em franca expansão, com definição de intentos e orientação de esforços, visando à sustentabilidade organizacional.

O hospital apresenta um processo de liderança maduro, evidenciado através da clara e transparente definição de propósitos e dos rumos da organização a qual é gerenciada por meio de atividades e processos inter-relacionados. Demonstra ainda a percepção disseminada das relações de interdependência e o gerenciamento da interação entre os seus diversos processos os quais estão alinhados com àqueles propósitos e

são medidos, monitorados e avaliados em relação ao seu desempenho (Rel. Avaliação Manutenção ONA Nível 2, Ago. 2014).

No HRPT as tomadas de decisões não são uma coisa restrita a direção. A gente tem a política de porta aberta, onde quem necessita falar com a diretoria é só ir lá na diretoria, eles se envolvem com o problema, tentam resolver. Tem poucas empresas onde a gestão é tão próxima. A gente trabalha no dia a dia muito próximo de todo mundo. Eu vejo entrar e sair de colaboradores das salas de diretoria, um livre acesso como se fosse uma sala administrativa, isso é muito legal (BONITO, R. 2).

[...] porque a gente entende que todo mundo participa da gestão (BARCARENA, R. 3).

Apesar de a gestão ser a direcionadora dos processos, o hospital, em sua “Instrumentalização do fazer”, utiliza-se, também, de ferramentas que estão postas a todos os estabelecimentos de saúde, seguindo o que lhe é imposto. Ressalto que o fazer hospitalar está pautado em normativas referentes ao serviço e às categorias que nele atuam, além das legislações comuns a todos os estabelecimentos existentes no território nacional e das específicas de organizações públicas.

Aqui recebemos visitas dos conselhos de classe, dos sindicatos, da Vigilância Sanitária, da Secretária Municipal e Estadual de Saúde, do Ministério da Saúde, enfim, somos controlados por muitos órgãos, sem falar aqueles que tem relação com impostos, contribuições, além de que, por sermos uma OSS somos constantemente observados pelo Estado, no caso nosso contratante, prestamos contas a ele mensalmente e quase todo mês tem uma equipe aqui nos avaliando para ver se está tudo dentro dos parâmetros contratuais. É bom, pois, nos faz fazer tudo certo, mas, as vezes toma um tempo enorme. Temos que ficar provando que estamos seguindo tudo direitinho (CHAVES, R. 1).

Se você perguntar para qualquer um quantas leis nós temos na saúde para cumprir, acredito que ninguém, nem mesmo o Ministro da Saúde vai saber te dizer. É uma infinidade. Muitas vezes tem coisas tão arcaicas ainda que nem tem como você seguir tudo. Mas, claro, nós tentamos fazer tudo de acordo com todas estas legislações. Praticamente tudo que fazemos segue uma legislação específica, seja específica do hospital ou mesmo daqueles que executam as ações ali, que pode ser do COFEN, do COREN, do CRM. E o que não tem legislação, tem o que chamamos de 'boa prática', vou te dar um exemplo, não tem uma lei sobre como tratar uma flebite, mas, aí temos protocolos terapêuticos indicados, nós escolhemos um e o seguimos (BARCARENA, R. 3).

As vezes ficamos discutindo uma semana se algo pode ou não pode ser feito, pois, tem todo o lado da lei disto, lei daquilo, aí nem tudo é possível, temos que buscar entender antes se pode, para depois colocar em prática. Isso torna tudo o que fazemos muito burocratizado (BAGRE, R. 3).

Para além do que está posto e do que é um dever do hospital cumprir, temos ainda tudo o que transforma o hospital naquilo que ele é, que são as normas internas de funcionamento. Neste hospital, temos alguns instrumentos que são orientadores desse processo, os quais podemos dividir em relacionados à atividade e de gestão.

Os documentos pertinentes à execução das atividades podem ser classificados em: a) instruções de trabalho - documentos que indicam o como fazer, passo a passo, a rotina das tarefas, geralmente, são de domínio setorial; b) procedimentos de gestão - documentos nos quais se estabelecem ações maiores, que devem ser seguidas por todos, normalmente, com interação entre vários setores, e/ou que ilustram algo que perpassa em toda a organização; c) protocolos assistenciais - são o fazer assistencial posto em logaritmos e que indicam como os procedimentos técnicos assistenciais devem ser realizados. Há protocolos construídos internamente para atividades comuns, mas a maioria dos protocolos seguidos é estabelecida pelas sociedades médicas das diferentes especialidades.

Assistência planejada, integral e individualizada prestada por equipe multiprofissional capacitada de acordo com o perfil da unidade. Ex. visita multiprofissional; plano terapêutico; escala de divisão de cuidados de enfermagem; troca de leitos a cada sete dias para pacientes de longa permanência; acolhimento ao usuário indígena; gerenciamento dos protocolos queda, flebite, alergia e higienização das mãos; monitoramento dos *bundles* PAV, ICS, ITU (Rel. Avaliação Manutenção ONA Nível 2 - maio 2015).

Nós temos pacientes bem antigos, temos paciente que iniciaram o tratamento desde a abertura, desde 2007 para 2008, então a gente tenta desenvolver o melhor possível do trabalho, seguindo a legislação, seguindo os protocolos do hospital, seguindo as normas e rotinas (CAPANEMA, R. 2).

A assistência é um exercício de planejamento, por exemplo o perfil epidemiológico é identificado e sistematicamente atualizado; há gerenciamento dos protocolos queda, prevenção de infecção do sítio cirúrgico, acolhimento ao usuário em hemodiálise, acompanhamento do ganho de peso interdialítico em renais crônico. Há os protocolos institucionais que são acompanhados pela equipe médica e assistencial de sepse e parada cardíaca. Os processos são monitorados por meio de indicadores, com melhorias demonstradas nos ciclos anuais de mais de cem marcadores usando o instrumento PDSA (AFUÁ, R. 4).

E, documentos concernentes à gestão do HRPT são compostos por: a) políticas – representam a forma como as atividades devem ser realizadas, são os princípios ideológicos que devem ser seguidos por todos dentro da organização; b) manual de gestão – apresenta-se como o documento maior dentro do hospital, no qual se estabelece a forma de gestão atuante, sua formulação e os princípios norteadores que manobram o estabelecimento; e, c) planejamento estratégico – documento revisado sistematicamente e que conduz a organização no seu fazer cotidiano, indicando aonde e como chegar a todos que estão dentro do hospital.

As políticas institucionais estão definidas e disseminadas, treinamos todas elas continuamente e os novos colaboradores já são conduzidos por elas desde a integração. Temos por exemplo, a política de gestão de riscos, de qualidade, de gestão de custos, de qualificação de fornecedores, da comunicação institucional, da identificação de pacientes, da sustentabilidade (MOJU, R. 3).

Durante a pesquisa, acessei muitos desses documentos, como forma de entender o processo e a relevância de cada qual. Importante observar que o hospital, como um todo, apresenta cerca de 850 documentos instituídos, ou seja, foram elaborados, analisados, aprovados e treinados a todos os envolvidos no processo. Nos últimos anos, houve um processo de enxugamento de documentos, em cujo percebi que há um movimento para unir documentos diferentes que falam de ações iguais, desempenhadas por setores distintos. O que demonstra, a meu ver, uma evolução na forma de pensar e agir desses profissionais, pois saíram do “eu faço” para o “nós fazemos”.

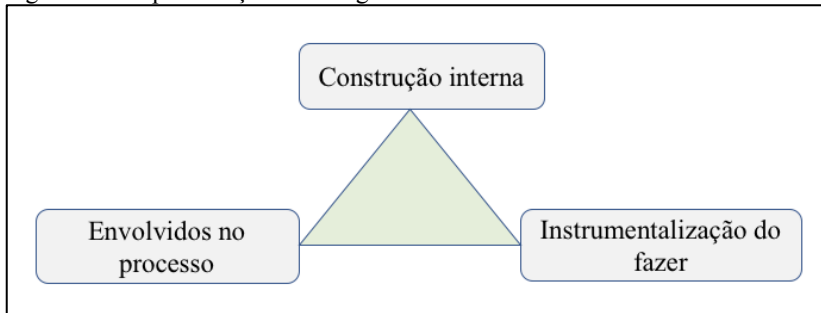
[...] os processos foram sendo criados desde o começo, aí teve a certificação do nível 1 da ONA, e houve necessidade de serem reavaliados vários processos, alias, necessidade de reavaliar muitas coisas, e aí ao longo do tempo, fomos melhorando. Então assim, uma das coisas que eu enxergo, é que nós somos bem críticos, a gente tenta enxergar aquilo que pode melhorar. Eu acredito que teve uma melhoria enquanto qualidade depois que a gente conseguiu esse formato de mudança, que a gente não tinha antigamente (...). Eu acredito que os processos em si, a gente foi revendo, foi amadurecendo, foi deixando eles mais seguros, aquilo que a gente achava que estava bom em algum momento chegou e viu que não estava mais. As não conformidades e eventos ajudaram nesse fluxo (VIGIA, R. 1).

[...] os maiores críticos do nosso próprio processo somos nós mesmos (TERRA ALTA, R. 2)

Assim, fechamos os três ângulos do triângulo do fazer, conforme Figura 18 – na qual a “Construção interna”, realizada por

meio dos “Envolvidos no processo”, utiliza a “Instrumentalização do fazer” para dar consciência ao trabalho desenvolvido sob as lentes do ‘como agir’ e a partir ‘de que meios’, enlevando os atos por profissionais conscientes de sua função ante a organização na qual atuam.

Figura 17 - Representação do triângulo do fazer



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

Neste caminho, partimos para a subcategoria “Foco nos processos”, na qual os recursos organizacionais – pessoas, equipamentos, tecnologias, estrutura física, conhecimento e outros, são postos de forma integrada entre todas as funções desempenhadas pelo hospital.

Eu de fora, consigo observar alguns pontos que são muito positivos nesse hospital, e um deles é a direção coesa e com bom relacionamento com a equipe, o que facilita a humanização dessa equipe e a gestão da qualidade com foco em processos (TUCUMÃ, R. 4).

Os processos do HRPT foram analisados durante minhas visitas *in loco* e são desenhados em Matriz SIPOC, composta por: fornecedores das cadeias, que entregam os insumos ao processo; entradas, representadas pelos recursos ou dados necessários à execução; o processo em si, onde estão desenhadas as principais atividades de ação; as saídas de produtos ou serviços, que resultam do processo; e, os clientes a quem se destinam. Esses processos são mensurados por indicadores de processos, que determinam sua efetividade ou não.

Eu acho que isso aqui no hospital é legal, as pessoas estudam, as pessoas leem, discutem muito o processo, as comissões de fato interagem e no

final temos processos bem alinhados. As pessoas efetivamente se incomodam com isso (PRIMAVERA, R. 1).

A partir do momento que você começa a se dedicar, a conhecer o funcionamento do hospital como um todo, você começa a entender o processo, e o porquê você tem que estar ali (CAPANEMA, R. 2).

A interação desses processos ocorre por meio de contratos, em que cada setor é fornecedor e/ou cliente e tem, em suas cláusulas, acordados os devidos termos de cooperação. Quando alguma das cláusulas é rompida, há um registro da área que foi lesada em detrimento da área que não cumpriu a obrigação acordada. Esse registro [uma não conformidade] é apontado no sistema de gestão Interact e deverá ser tratado por ambas as partes para que não ocorram reincidências.

Porém, as reincidências se repetem quando os processos não estão muito concisos. Assim, mensalmente, as não conformidades maiores e/ou aquelas que causam maior impacto são tratadas em conjunto com o NQSP e o diretor das áreas envolvidas.

Eu não vejo em muitas instituições de saúde essa preocupação que a gente tem aqui, esse nível de estar buscando sempre qualidade, de estar buscando sempre amarrar os processos para não ter problemas quanto ao atendimento (ALENQUER, R. 2).

A gente tem a interação de processos sedimentada, por mais que a gente tenha falhas ainda, a gente consegue trabalhar com isso, a gente entende que os nossos processos têm impacto no processo do colega, e a gente procura não causar impacto de maneira negativa, mas sobretudo temos o comprometimento com os processos, tanto da liderança quanto dos próprios colaboradores, se não há comprometimento não há a transposição de obstáculos (BONITO, R. 2).

Ante uma quebra com observação de processo em desacordo, desalinhado e/ou diferente do que está na prática, o protocolo é redefinir o processo. Fato que ocorre, com maior frequência, nos últimos dois



anos, visto que “houve uma maturidade institucionalizada da melhoria contínua, o que fortaleceu a gestão dos processos e, conseqüentemente, a reformulação dos mesmos” (FARO, R. 3).

Às vezes a gente até fala que a gente não parece que é um hospital do SUS, do nível de exigência de cobrança que nós mesmo temos em relação a isso, aos processos, a fazer tudo da forma como tem que ser feito, acho que isso é o grande diferencial (CHAVES, R. 1).

Gostei muito de um processo que foi alterado para melhor, o de adesão ao protocolo de cirurgia segura, onde foram amarrados vários marcadores, tem uma série de coisas, por exemplo, se recebeu o antibiótico ok, se não recebeu não tem adesão ao protocolo como um todo. E isso está amarrado, com a assistência farmacêutica, ligada à CCIH, amarrada com o médico, o cirurgião, o anestesista. Isso é interação boa, permeia vários setores e diferentes profissionais. É institucional, é sistêmico, foi escolhido para olhar, para demonstrar alguma coisa boa em relação a esse processo (CASTANHAL, R. 1).

Anualmente, os fornecedores dos contratos de interação de processos são avaliados por seus pares, pontuando, além das não conformidades, a forma como os acordos estão sendo cumpridos. Essas avaliações são outro momento em que se discutem os processos e observam necessidades de alinhamento. Avaliações com resultados abaixo de 80% demandam planos de ação de melhoria entre as áreas afetadas. Ações desse nível corroboram não só para melhorar os processos, mas, em última instância, estão ligadas à melhoria da qualidade assistencial dispendida ao paciente.

Já está no cerne, porque assim eu não notifico a minha interação quebrada só na semana da visita da ONA, se você observar a estatística, ela é notificada todos os dias, então quando a interação ela é quebrada, a gente tem uma oportunidade de melhoria. Então na equipe, é isso que a gente tenta fazer, associar a qualidade na assistência junto com as oportunidades de melhoria, falando friamente, a gente tem que atender bem nossos pacientes, pensando que é um familiar nosso,

pensando que podemos ser nós mesmo (REDENÇÃO, R. 1).

Em relação ao questionamento sobre a adequação dos processos, para evitar a ocorrência de erros, 72% consideram que os processos estabelecidos atendem a esse objetivo. Outro ponto importante é o resultado de 74% dos entrevistados referindo que há avaliação da efetividade após a implementação de ações de melhoria (Rel. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, nov. 2016).

Estes dispositivos que fomentam a questão dos processos corroboram para que os profissionais atuem com “Foco nos processos”, pois é uma sistemática comum ao fazer, tudo reside em seguir processos estipulados. O que facilita as atividades em se tratando de uma organização é na qual não se delimitam totalmente os pacientes que são recebidos, nem suas condições clínicas ou sua reação ante o prognóstico e tratamento recebidos, o que por si só já afeta diretamente o fazer e, conseqüentemente, o que é protocolar.

Eu vejo que todo mundo que está ali, está inserido no processo, faz a sua parte, isto que eu acho que mantém. Então isso é um diferencial no tratamento, trabalhar com humanização, trabalhar da forma correta e atender aos processos para que lá na frente, não só enquanto internado, o paciente saia com esse pensamento, que no que ele precisava ele foi atendido (JURUTI, R. 2).

Antigamente quando nós começamos com a farmácia clínica, com a triagem das prescrições, a gente falava doutor há interação entre esses dois medicamentos, a gente está sugerindo um novo aprazamento. Alguns já aceitavam, outros falavam: ‘não, é assim que eu quero, é assim que tem que ser’, e isso foi mudando, hoje eles procuram a gente para saber se está certa a hora deles aprazar, se há interação, eles ligam para saber se é padronizado, então hoje, a interação é muito tranquila (ANAPU, R. 2).

E, a gestão dos processos não é feita apenas por gestores, aliás, na visão dos envolvidos na pesquisa, grande parte da operacionalização

atual ocorre a partir do registro da não conformidade pelo profissional da base, que participa da solução, bem como atua para que o processo apresente melhoria. O gestor ou diretor age como um maestro para tirar da equipe o melhor resultado possível.

Nós temos que discutir as não conformidades recorrentes, mas, eu não espero o final do mês para averiguar. A gente sempre divide muito os processos, eu reúno semanalmente com os enfermeiros, discuto tudo com eles, e faço isso para que eles entendam o processo, e para que todos conheçam tudo um pouquinho, que não aperto a gente consegue ter alguém para assumir, as ações estratégicas principalmente. Os enfermeiros que são os líderes das áreas, eles têm que ser os olhos da diretoria. (...) Eu sempre fui muito assistencial, sofri demais quando fui para a gestão. Eu entendia que eu conseguia tratar bem o paciente e que eu queria ouvir um muito obrigado, eu queria estar perto, eu queria ver a evolução. Hoje entendo que eu consigo fazer muito mais, mas aqui. Aqui vejo o macroprocesso e onde posso contribuir a partir de muitos outros profissionais (JACUNDÁ, R. 1).

Eles [os funcionários] me falam: ‘Olha, hoje não veio certo a prescrição, a fita veio desse jeito, vamos melhorar?’ Então acho que isso incentiva muito a gente aqui, eles percebem que dá para fazer melhor, e já pensam no processo (ANAPU, R. 2).

Acredito na evolução através do amadurecimento da gestão, hoje discuto os processos com meus colaboradores e não apenas comunico, como era anteriormente, pois, estamos atuando em toda a gestão, reflexo das interações dos processos do hospital (SAPUCAIA, R. 4).

Neste sentido, apresentar processos bem definidos, também, dá maior empoderamento aos envolvidos no fazer cotidiano, visto que não há necessidade de recorrer a terceiros para determinadas atividades. Tudo já está estabelecido. Seguindo aqueles passos, o propósito empenhado será atingido. Ficando a dúvida para casos esporádicos, que fogem ao cotidiano. Há problemas relacionados com processos, mas,

por já haver uma estrutura posta, se busca pela correção do processo e como o fazer instituído.

A gente teve um mês atrás, um usuário que ficou sem receber dieta cinco dias, isso é grave, um pós-cirúrgico, ele estava recebendo hidratação, mas a alimentação dele poderia ter sido introduzida antes. Quando alguém observou, ao invés de brigar, xingar a equipe, achar o culpado, começamos a investigar: foram muitas não conformidades, a enfermagem que não avisou, o médico que não fez o pedido, a nutricionista que não analisou adequadamente o caso. Aí alguém perguntou: ‘de quem é o processo de assistência nutricional? Bem, o problema é nosso, de toda a assistência, então somos todos nós que temos que ver isso. Somos nós que temos que se incomodar. Sentamos e discutimos dias até resolver. Essas coisas a gente vai desenvolvendo a cada momento, e vai melhorando o processo (PRIMAVERA, R. 1).

Eu não preciso perguntar toda hora para a minha gestora se posso fazer isto ou aquilo, as vezes fico dias sem nem pedir alguma autorização pra ela ou pra outro setor que temos ligação direta, é que já estou aqui faz tempo e tá tudo bem definido, como se diz mesmo, tá tudo dentro do processo. Isso facilita a vida de quem trabalha aqui, sabemos até onde podemos ir (DOM ELISEU, R. 3).

Como se observa uma grande rotatividade, apresentar processos adequados faz com que a inclusão de novos profissionais seja menos traumática, tanto para quem entra quanto para quem treina e está na prática em conjunto, visto que a adaptação se dá em torno de ações que já foram muito exploradas ao longo dos anos e, apesar de serem constantes, já estão no momento de ajustes finos. Assim, os processos já estão bem determinados, instituídos, o que facilita no seu repasse aos novos profissionais.

Só que a base ela está bem estruturada, os processos são sólidos, então sempre vai se falar da mesma forma, todos que entrarem ali, naquele lugar eles já tem cada um o que eles precisam fazer para dar certo, e eles são motivados para isso (CURUÁ, R. 2).

Percebi que o “Foco nos processos” infere em como a gestão dos processos é feita, assim como no quanto a organização é mais ou menos forte do que aqueles que nela atuam, pois a maturidade organizacional chega quando os processos resistem às pessoas. Podemos mudar diretores, ter um grande contingente de pessoas que se demite (como ocorreu com a instalação da Usina de Belo Monte na região), alterar gestores, enfim, e nada mudar na forma de fazer, pois o foco está nos processos e não nos seus praticantes. Apesar de, reconhecidamente, entenderem os profissionais como peças fundamentais na sua “Construção do fazer”.

Eu entendo que desses anos que foram se passando, a principal mudança que eu enxergo foi a maturidade, principalmente de gestão e de conseguir passar por todas as dificuldades que o hospital passa a anos. Essa maturidade que cada um foi conseguindo alcançar, enquanto diretoria, enquanto qualidade, enquanto gestores, e principalmente pelas dificuldades pelas trocas de gestores, porque aqui a gente tem muita troca de gestores. A gente conseguiu que as pessoas que permaneceram, passassem essa segurança para as pessoas que estão chegando (...) A gente conseguiu manter com os processos, teve uns momentos mais difíceis, mas eu acredito que a principal mudança foi a própria maturidade da gestão de tudo e o alicerce dos processos (VIGIA, R. 1).

Vivenciando como pano de fundo o “Foco nos processos”, dois movimentos são efetivados ao mesmo tempo: um mais concreto, representado pela subcategoria “Maximizar recursos”; e outro mais filosófico, constituinte da subcategoria “Cultura da qualidade e segurança”.

O primeiro diz respeito à sustentabilidade do hospital, mesmo quando de fragilidades que comprometem o fazer cotidiano, seja por falta de recurso, seja por problemas logísticos, seja por superlotação de pacientes. Entendemos que a gestão de processos encaminha o hospital para “Maximizar recursos”, uma subcategoria que vem em resposta à prática já estruturada, com um viés de economicidade, sem esquecer-se de levar em conta a qualidade.

O bom dessa história é que a organização desperta quando começa a entender a melhoria contínua e começa a entender que todas essas transformações

elas trazem muitas coisas boas, como por exemplo, reduz custo, aumenta a produtividade, há uma melhor satisfação dos clientes, pacientes, e tudo isso vai dando uma visibilidade maior (CARUÁ, R. 2).

Enfim, é fazer mais, melhor e com menos (AFUÁ, R. 4).

Destarte, uma pergunta, que é recorrente sobre o assunto no meio hospitalar, calha ser respondida: a acreditação aumenta os custos do hospital? Dignei-me a questionar isso em algumas entrevistas, para verificar a visão dos envolvidos sobre esse assunto. Os comentários conduzem a um início com custos e a um desenvolver com economia, com resultados sustentáveis em um período maior. Ou seja, na visão dos envolvidos, a acreditação é vista como uma possibilidade de perenidade do negócio, em que os processos sustentam melhorias e essas fortalecem a economicidade, mesmo oferecendo uma qualidade assistencial mais segura e de melhor resultado.

Às vezes, uma coisa importante é a gente pensar que é o recurso que importa, o recurso é importante, mas, o mais importante é ter foco e investir nas pessoas, e isso não depende de um alto investimento. O resultado está em pensar realmente nas mudanças, principalmente, nas transformações dos seus processos internos e voltados para a segurança do paciente (MOJU, R. 3).

A acreditação melhora a gestão dos custos, mas, a acreditação não altera a forma como a gente gera os custos (AVEIRO, R. 3).

A nossa equipe viu assim, a acreditação tem custo, não dá para fazer tudo isso que temos aqui com um custo zero, mas, entendemos a acreditação como um investimento, onde as despesas não são relevantes devido aos benefícios que o processo traz (BARCARENA, R. 3).

Este pensar constante da sustentabilidade faz com que os recursos organizacionais – pessoas, equipamentos, tecnologias, estrutura física, conhecimento e outros, sejam aproveitados ao máximo. Nesse

sentido, um caso em especial chamou a atenção, a forma como atuam com relação aos resíduos, em relação à qual, constantemente, recebem prêmios nacionais de relevância<sup>17</sup>. E essa consideração deve-se ao fato de estarem em um local onde não há destino adequado aos resíduos. Então, o hospital precisa, internamente, realizar todo o tratamento antes da destinação final. Isso a um alto custo, em especial, no que trata dos resíduos infectados, que são o grande vilão que pode contaminar o ambiente.

Olha, recentemente, eu fui representar o HRPT no congresso dos Hospitais Saudáveis e nós ganhamos o prêmio, Hospital Amigo do Ambiente. Foi por um processo grande, descartávamos 300 bolsas de sangue em média por mês, o custo é elevado e o processo para descarte era complicado. Como muitas crianças recebiam, tínhamos muito sangue descartado, pois, elas usavam só uma fração da bolsa de sangue. O médico pediatra deu uma sugestão que não prejudicaria a assistência, de que poderíamos fazer em bolsas fracionadas, de segunda, quarta e sexta-feira. Resultado, reduzimos isso para 30 bolsas/mês. [...] apresentei nosso caso e quando terminou a apresentação muitas pessoas vieram conversar comigo, pra perguntar: ‘Como eu sendo do interior do Pará consegui ter tanta segurança de falar do processo de segregação do resíduo? A nossa enfermeira Maria, ela estava fazendo uma especialização em oncologia no [Hospital] Albert Einstein e o professor perguntou aos alunos como era a segregação final dos resíduos no hospital que trabalhavam. Ela respondeu: ‘primeiro autoclava, depois, é considerado tudo resíduo comum’. Para quê? Caíram rindo: ‘só poderia ser no Pará’, o professor disse: ‘olha, parabéns para quem gerencia o resíduo de vocês, porque é dessa forma que deve ser feito’ [...] então, temos que fazer o máximo para ter o mínimo de resíduo infectante para autoclavar, pois, é muito caro. Nisso temos projetos como o do consumo do sangue consciente que falei. E olha, ainda ganha o sistema [de saúde], pois, solicitamos muito menos

---

<sup>17</sup> Entre os prêmios recebidos, estão o Hospital Amigo do Meio Ambiente, Hospitais Saudáveis e Selo Verde.

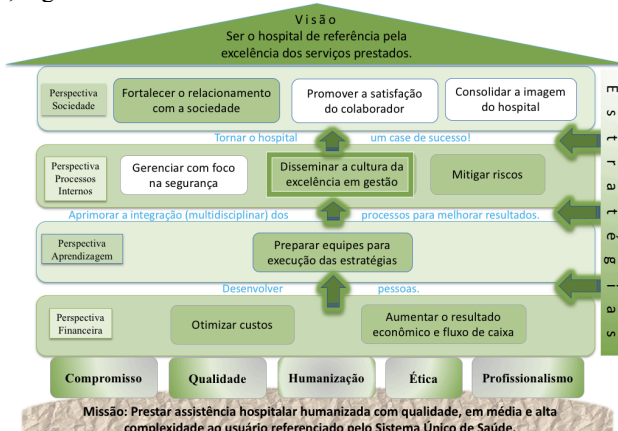
sangue para o HEMOPA, contribuindo com o lado social também (PRIMAVERA, R. 1).

Este movimento da perenidade financeira, segundo comentários, é resultante do impacto oriundo de um objetivo do penúltimo planejamento estratégico, no qual, por necessidade organizacional, uma das grandes ações foi referente à gestão dos custos, em que cada setor passou a trabalhar pontos de melhoria para reduzir os custos que pertenciam ao seu domínio, de forma a obter um resultado conjunto que garantisse a viabilidade organizacional financeira, que estava abalada.

[...] nós fazemos a gestão financeira daquilo que é o local, que é a parte que compete a cada setor, e isso foi algo muito positivo que foi conseguido desdobrar dentro do planejamento estratégico, esse objetivo da questão dos custos. Isso é importante, uma vez que tem as dificuldades, não é fácil, até mesmo na questão financeira, então nós trabalhamos muito fortemente em cima disso, e conseguimos disseminar isso por toda a organização, todo mundo se achava na casa<sup>18</sup> na perspectiva financeira do planejamento estratégico (MOJU, R. 3).

Cabe salientar que o fator financeiro foi tão preponderantemente aculturado que, na última revisão do planejamento estratégico, ele não consta como um ponto relevante. Há, sim,

<sup>18</sup> A casa é a forma como representam ludicamente o PE do HRPT. Para ilustração, segue a versão atual.

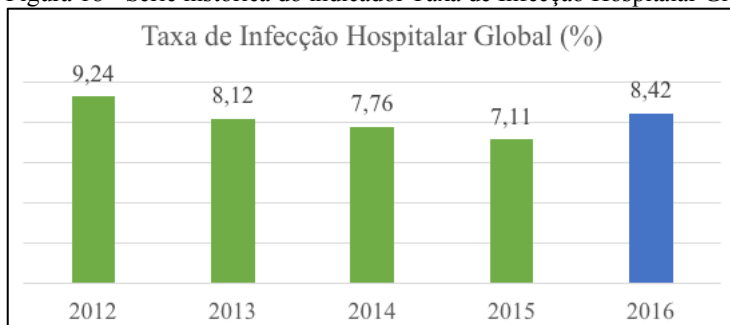




desdobramentos referentes à segurança financeira, mas o foco é menor. Vendo pelas lentes das entrevistas, percebi isso como o “pulo” organizacional que a gestão e a prática desta organização produziram após a certificação de nível 3, quando se observa um olhar mais acurado para a melhoria e o recurso, que perpassa para além do custo, evoluindo para a consciência de “Maximizar recursos” enquanto algo que deixa de ser local para ser sistêmico.

Observando a organização, inúmeros foram os indicadores de processo que demonstraram a maturidade desta visão macro, em que a acreditação é vista como um investimento. Por exemplo, ao analisar o indicador Taxa de Infecção Hospitalar Global, que é apresentado na Figura 19, temos uma melhoria ao longo dos últimos anos.

Figura 18 - Série histórica do indicador Taxa de Infecção Hospitalar Global



Fonte: Relatório consolidado de indicadores do HRPT (2017).

Nas análises apresentadas pela médica responsável, que lamentava a perda do último ciclo<sup>19</sup>, em especial pelo agravamento do perfil de pacientes atendidos e pelo aumento dos casos paliativos, é citada uma vultosa economia com diminuição no consumo de antibióticos, redução no número de dias de internação dos pacientes, queda no número de óbitos e opção de uso de antibióticos de espectro menor nos tratamentos, o que leva a um controle dos micro-organismos, inclusive da comunidade onde o hospital está inserido. Neste sentido, maximizar vai para além de economizar. O objetivo é fazer com que o resultado seja melhor, mais sustentável, e que afete o maior número possível de *stakeholders*.

<sup>19</sup> Como o hospital trabalha com ciclos anuais, perder um ciclo significa que, no último ano, o resultado apresentado foi pior do que o obtido no melhor ciclo anterior, no caso, 2015.

Pelo entendimento que a organização tem desse processo, outros vários exemplos são encontrados, sejam motivados pelo nível estratégico, pelo tático ou pelo nível operacional. Sendo que esse último é o que promove inovações constantes e incrementais nos processos de trabalho, com resultados facilmente observados por serem traduzidos na prática cotidiana.

Nós entregamos os prontuários aos pacientes sempre que eles solicitam, seguindo o que está em lei. Porém, percebemos que estávamos tirando xérox e muitas pessoas não vinham buscar, os prontuários ficavam parados em um armário aguardando. Analisando o processo, a equipe discutiu e criou uma pergunta a mais no formulário de solicitação: ‘por que o senhor quer o seu prontuário?’ Aí começou a ter respostas como: ‘Ah eu quero o meu prontuário para o DPVAT’. Então, e a maioria era para esta causa, não precisa tirar cópia do prontuário inteiro, tinha paciente que ficava mais de mês internado, era mais que uma resma de cópia, o que ele precisava era aquilo que é obrigatório para o DPVAT, só algumas páginas. Então só com isso, deixamos de consumir algumas resmas para consumir menos de uma resma de papel no mês. Aí, a equipe para não ter problema foi ver se houve reclamação no SAU, ninguém reclamou, porque o que eles precisavam era do prontuário para o DPVAT, economizamos tempo, folhas e ainda organização, na gestão do prontuário. Então essas coisas a equipe enxerga e vai promovendo as melhorias. Pra os prontuários não ficarem mais parados no armário, passaram a falar para o solicitante que no dia que ele vir buscar, ele vai aguardar de 1 ou 2 horas, para que esse prontuário fique pronto, mas naquele dia ele vai levar, uma ótima aceitação também, não gerou nenhuma reclamação, assim não tem o custo se a pessoa não vem retirar e por estarem orientados, na data da retirada, que é o tempo para o prontuário ser retirado do arquivo, que precisam esperar, eles não reclamam. Então a própria equipe vai dando as soluções (JACAREACANGA, R. 3).

Olha que interessante, nós tivemos mais pessoas internadas, mais cirurgias, mais sessões de hemodiálise e conseguimos diminuir de 220.000 KW em 2014, para 198.000KW em 2015 e para menos de 177.000 KW em 2016. Quando o Brasil todo estava pagando mais em energia, nós, com nosso plano de eficiência energética, economizamos R\$ 135.000,00 em 2015 e R\$ 141.000,00 em 2016. E a economia utilizamos para trocar as lâmpadas, ano que vem a economia poderá ser ainda maior, além de outras ações muitas que estamos fazendo. E, após diversas ações realizadas com intuito de reduzir o consumo de energia elétrica sem prejudicar a assistência ao usuário, foi possível observa que poderíamos também trabalhar com foco no processo de sustentabilidade, onde começamos a monitorar a emissão de CO<sup>2</sup> referente ao parque tecnológico do hospital. E o mais legal, tudo com a ajuda de ideias que vieram do pessoal da manutenção, das enfermarias, da TI. Para 2017, já temos engatilhada uma ação do planejamento estratégico que é mensurar o uso de oxigenioterapia setorial, e formalizar o uso através de prescrição médica. Toda nebulização se usa o oxigênio sendo que poderia usar o ar comprimido, então, vamos nos unir a enfermagem e atuar junto ao Corpo Clínico (PORTEL, R. 3).

Pensando nos recursos todos, em especial, naqueles que conduzem a parte menos instrumental do hospital, naqueles que favorecem a visão holística do fazer hospitalar, o “Foco nos processos” conduz à segunda subcategoria que parte deste seguimento - a “Cultura da qualidade e segurança”.

Destarte, falar de qualidade era algo que me incomodava, pois, como demonstrar que um serviço tem qualidade quando, mesmo como avaliadora, tinha minhas dúvidas. Falar em qualidade em um local é algo, em outro é bem diferente. Neste sentido, resolvi compartilhar fragmento de um diário de campo que elaborei no dia em que o HRPT foi certificado em nível 3, em 2016<sup>20</sup>, e que ilustra esse questionamento, o qual me perseguiu durante grande parte do período desta pesquisa.

---

<sup>20</sup> Oriento a leitura do Diário de Campo de 27/03/2017, pois é uma continuação e resposta a estes questionamentos.

Quando iniciei esta tese, tinha uma ideia prévia dos pontos que seriam encontrados, por estarem postos em organizações que trabalham com o processo de acreditação hospitalar, porém, um pensamento ficava me seguindo, imaginava como conseguiria perceber a qualidade e dizer que aquele serviço tinha qualidade. Em algumas matérias aprendemos que qualidade tem a ver com aquele que consume/usa algo, um produto, um serviço. No entanto, isto é muito individual, como dizer que se tem qualidade quando um serviço é tão intangível. Sabia que isto era possível quando o nível 3 fosse obtido, mas, tinha conhecimento que não era algo mágico, simples como obter uma nova categoria. Como avaliadora já tinha vistos organizações com um patamar de qualidade, todos demonstravam isto por meio de indicadores, por palavras bem postas, por usuários satisfeitos, mas, como não tinha passado pelo processo, não conseguia mensurar bem se aquilo queria dizer muita coisa. Pois, um local que tinha tudo para ter qualidade, que eram características dos hospitais que eu já havia visitado, parecia como “chover no molhado”. Aí minha inquietação. Como eu iria dizer para as pessoas que aquele local tinha resultados que comprovariam sua qualidade. Qual seria o estalar que me faria ver isto. Vim para a visita em Altamira pensando, agora vou encontrar isto, vou ver a coisa concreta, eles vão mostrar porquê são nível 3 e vou poder observar onde está esta qualidade. Passei os dias da visita, quase maravilhada, vi coisas muito legais sendo apresentadas, mas, fiquei decepcionada. Não consegui ver o que esperava. Pra mim, hoje, o que se tem é uma continuidade melhorada, mostraram resultados que eu poderia dizer, eles tem qualidade, muitos ciclos de melhoria, muitos indicadores melhorando. Mas, não senti segurança. Se me perguntassem hoje se este hospital é nível 3, eu diria não. Meus olhos perceberam melhorias, perceberam bons números, mas, faltou ver o que me levaria a dizer, aqui tem qualidade. E, pior, continuo com minha angústia. Acho que agora até maior, por medo de não ter

conseguido observar o que esperava com minha tese (Diário de campo, 19/03/2016).

Resolvi compartilhar esse fragmento do diário de campo, pois quando o elaborei, não tinha concluído a pesquisa; isso foi mais de ano e meio antes de fechar a subcategoria “Cultura da qualidade e segurança” e o apresentei, pois demonstra a minha insegurança em falar em qualidade, quem dirá unir essa palavra à outra de igual peso - cultura. Porém, o fiz por, hoje, já ter vislumbrado as respostas que precisava, porque, sabiamente, já disse Donabedian em entrevista a Mullan (2001, p. 140) “*Ultimately, the secret of quality is love. You have to love your patient, you have to love your profession, you have to love your God. If you have love, you can then work backward to monitor and improve the system*”.

E, essa lembrança vem reforçada pela explicação de que a subcategoria foi nomeada pelos envolvidos na pesquisa. Certamente, sozinha, teria escolhido seguir por um caminho mais estável - “Melhoria contínua”, que pareceria apropriado. Porém, concordei, pelo que vi, meses depois. Ressalto que a palavra segurança, como dados já apresentados, não era dúvida, essa estava posta.

Mas, retornando à “Cultura da qualidade e segurança”, cabe comentar como os envolvidos entenderam que ela se deu. Para tal, a história importa para este hospital e seus profissionais. Sua trajetória, do começo ao período atual, identifica-o [HRPT] como é, possibilita que os problemas enfrentados o fortaleçam ao longo dos anos, dando solidez à evolução do fazer e aos resultados apresentados.

A excelência que vai nos fazer cada vez mais fortes. E cada vez mais dedicados a este hospital. E o objetivo da ONA 3 não é para ter o título é porque a gente sabe que quando a gente busca com qualidade, a gente atende melhor, a gente cuida melhor das pessoas (MELGAÇO, R. 3).

Neste caminho, a primeira a chegar foi a consciência da segurança do paciente, que se estabeleceu desde que o hospital abriu suas portas. Antes, como uma ideia, depois, no reforço do fazer e desfazer para chegar aos patamares iniciais, a seguir, reforçada pela Política Nacional de Segurança do Paciente e, finalmente, vislumbrada nos indicativos anuais que demonstravam melhoria nos processos internos e nos protocolos elegíveis a essa função.

Outro tópico que nós ganhamos foi a qualidade, aonde nós alteramos o nome para cultura da

qualidade e segurança, alguns tópicos que nós avaliamos que são influenciados e que geram a cultura da qualidade são, a importância das auditorias internas e o hospital começou com base na qualidade que nós vimos que influenciam a qualidade. Além de que, o comprometimento com a excelência da qualidade influencia esse tópico, assim como a qualidade não é maquiagem, a acreditação é real, a qualidade faz a diferença, a acreditação não é um processo imediatista, e, a acreditação é um sinal da vitória de uma luta contínua. A nossa luta (ITUPIRANGA, R. 3<sup>21</sup>).

Desde que coloquei o pé neste hospital, aprendi a trabalhar a assistência ao paciente com segurança, baseada em protocolos, gerenciamento de risco, manuais e instruções de trabalho. Tudo para dar uma assistência de qualidade ao nosso usuário (BREVES, R. 4).

Esse processo de evolução perpassou pela visão dos próprios envolvidos, que, dentro de um contínuo, conseguem se vislumbrar como aprendizes, como pares que foram estudando e construindo um caminho, em que a assistência ao paciente foi se moldando, adaptando e, perpassando pela segurança, atingindo patamares de qualidade superiores ao longo dos anos, nas suas percepções.

Nós evoluímos quando conseguimos demonstrar realmente para os colaboradores, que eles não estavam lá para cumprir ordens simplesmente, mas que eles estão envolvidos, e que eles fazem parte de todo esse processo evolutivo (INHANGAPI, R. 3).

[...] aí a gente aprendeu, e a gente buscou, a gente vê todo um fato, aí a gente enxerga rapidinho, é muito legal ver essa evolução, aí que a gente vai tentar ir cada dia mais além e o feedback da acreditação confirma muito o que a

---

<sup>21</sup> Essa é a transcrição de quando as categorias começaram a ser elaboradas pelos envolvidos no processo e o momento da nomeação da categoria, em que envolveram falas que já eram das entrevistas prévias e as utilizaram para reforçar a categoria que apresentavam, no caso “Cultura da qualidade e segurança”.

gente espera. A gente pega os relatórios e trabalha bastante em cima deles, tanto é que até a gente vê a nossa evolução, eu nunca tinha trabalhado em hospital acreditado, e eu amadureci demais nesses três anos (CHAVES, R. 2).

Paralelamente, temos a trajetória que impulsionou o processo, a acreditação hospitalar: primeiro, com os processos seguros e, conseqüentemente, com a segurança assistencial; depois, com o evoluir da gestão dos processos e de riscos; seguido por ciclos de melhoria; e, expressa, finalmente, como qualidade, com a inter-relação dos indicadores, demonstrando maturidade organizacional e os resultados sistêmicos vinculados à efetividade da ação.

A gente nunca deixou o processo da qualidade ser visto como um peso, porque se a gente faz certo sempre, ele não vai ser visto como um peso, vai acontecer automaticamente. Vai ser fácil manter a acreditação, porque eles avaliam em uma semana o que a gente faz o ano inteiro (JACUNDÁ, R. 1).

A gente foi amadurecendo mesmo, e foi fortalecendo o que a gente já tinha, e vendo aquilo que precisava que nós não tínhamos para ser feito, e fomos passando pelos níveis 1 e 2 (VIGIA, R. 1).

Evoluímos muito ao longo dos anos reflexo do amadurecimento e compromisso de todos os profissionais [...] Acredito que a qualidade norteia a necessidade do cliente e essa seria a principal ferramenta para trabalharmos em nossa instituição, vejo ao longo dos anos uma considerável evolução neste processo a ponto de alcançarmos o nível de certificação ONA 3 (RURÁPOLIS, R. 4).

A partir do momento que compreendi que o fundamental só satisfaz se for conquistado com o objetivo de atingir algo que esteja no grupo de coisas essenciais, passei a rever e mudar minha postura diante da vida, seja no trabalho com minha equipe e colegas, seja em casa com a família ou com amigos. Hoje, me sinto feliz pelo que me tornei e busco continuamente melhorar.

Entendi que o sucesso só faz sentido e só vale a pena quando existe amor e/ou colocamos amor naquilo que fazemos. A acreditação me mostrou isto (COLARES, R. 4).

Os envolvidos percebem o amadurecimento organizacional, porém ponderam que há pontos de avanço. Não se colocam no topo, como uma organização que já chegou ao nível mais elevado e agora está estabelecida. Eles se observam e veem um novo caminho a seguir, o que demonstra a lógica da melhoria contínua instalada.

Representa [este hospital] um importante projeto que atingiu um nível de maturidade da equipe e permitiu um bom resultado de auditorias e, é visível que apresentam níveis altíssimos de satisfação. Mas, estes foram passos de um caminhar que ainda tem muitas curvas e caminhos a seguir para buscar um ideal de serviço público de qualidade. E quando chegar lá, está na hora de ir além pois, tudo muda tão rápido que o que tem qualidade hoje, amanhã já não tem (TUCUMÃ, R. 4).

O processo de qualidade no HRPT apresenta-se bem estabelecido, embora com necessidades de aprimoramento para um amadurecimento maior (FARO, R. 4).

Doravante, a despeito de toda a evolução apresentada pelas lentes dos envolvidos, existem ações que se fazem necessárias para o hospital poder evoluir, pois, como em muitas outras organizações, ainda ocorre a punição quando há erros, o que é contrário ao processo de melhoria contínua. Para processos mais seguros, faz-se necessário que os erros sejam evidenciados, tratados e propostos novos momentos a partir destas avaliações.

A falta de uma linha estabelecida na cultura justa e a disseminação desta ainda é um ponto a ser trabalhado. Disseminar a cultura justa, eliminando de vez a análise de culpa e voltando o olhar para análise das fragilidades do processo é outro ponto imprescindível para quem quer um hospital resiliente (BONITO, R. 2).

Como pontos a serem melhorados, temos as questões voltadas à cultura justa. Quanto ao



entendimento de que os erros podem ser usados contra os profissionais, 52% afirmam que são usados com esse intuito e outros 22% permanecem neutros. Ainda atrelado a esses números, temos o resultado de 58% dos avaliados, considerando que quando há erros, o foco recai sobre as pessoas e não sobre os problemas do processo; 65% também afirmam ter preocupação quanto a esses registros em suas fichas funcionais (Rel. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, nov. 2016).

A busca constante pelos agentes causadores das falhas, ao invés de olhar para o processo como um todo, se torna evidente em reuniões e encontros do dia a dia, incluindo o corpo diretivo. Entendo que ainda temos uma cultura um tanto punitiva, tornando mais árduo o amadurecimento institucional frente a qualidade e a segurança, uma vez que não podemos achar que temos os melhores processos definidos, pois tudo pode ser melhorado e necessita ser melhorado periodicamente, e também precisamos levar ao conhecimento dos nossos profissionais a coerência em analisarmos falhas, processos e pessoas, pois com a base sentindo a cultura da qualidade o processo se torna mais sólido (FARO, R. 4).

Mas, o que nos permite ver que a “Cultura da qualidade e segurança” está disseminada, vivenciada e encontrou uma forma de se manter e evoluir? A resposta efetiva será contemplada ao analisar outra categoria, a finalística, “Excelência nos resultados”, que é impactada por esta subcategoria. No entanto, por hora, ficamos com as evidências construídas em conjunto, que demonstram respostas de múltiplas vozes, sob a lente de que qualidade é mais que fazer, é evolução, é inovação.

Nossa inovação, geralmente, vem de treinar uma ação para melhorar um processo, surge como algo que já está lá, ela é resultado da evolução e do amadurecimento nos processos e das pessoas. Os profissionais estão muito mais críticos com relação aos processos e a efetividade desses processos e a demonstração de sua melhoria (MOCAJUBA, R. 3).

No último semestre eu percebi uma melhoria na disseminação na cultura de qualidade, anteriormente a qualidade era restrita ao NQSP, o conhecimento era restrito ao setor e nós fazíamos as demandas por necessidade de realização, não conhecíamos a origem e o resultado desejado (BREVES, R. 4).

É um processo [a qualidade] que já faz parte da cultura institucional, é bem disseminado e sedimentado, e o resultado deste trabalho e esforço se traduz em reconhecimento através do Selo de Excelência ONA, bem como da população atendida pelo hospital (BONITO, R. 4).

Fechando este primeiro quadrante voltado à vertente do fazer técnico e esperado, sete proposições foram vislumbradas:

P5: *A acreditação hospitalar é o instrumento de ação que serve, aos envolvidos, como norteador da construção, manutenção e evolução dos processos, possibilitando a maximização dos recursos e a institucionalização da cultura de qualidade e segurança.*

P6: *As práticas organizacionais são construídas pelos envolvidos no processo, usando o arcabouço legal pertinente à atividade e aos membros que a desempenham, com adaptação ao meio e condizentes com o fazer instituído longitudinalmente.*

P7: *A qualidade e segurança têm pilares no cuidado com o paciente, no indivíduo que desempenha a função e no resultado sistêmico da assistência, que possibilitará ao hospital um patamar de reconhecimento pelo serviço prestado.*

P8: *Quanto maior o envolvimento da base operacional no apontamento de não conformidades de processos e na tratativa dos problemas encontrados, maior a disseminação da cultura da melhoria contínua.*

P9: *A acreditação tem custo, mas é um investimento que possibilita a perenidade do negócio, em que os processos sustentam melhorias e essas fortalecem a economicidade, oferecendo uma qualidade assistencial mais segura e de melhor resultado.*

P10: *Qualidade envolve mais que números, envolve sentimento. Sendo o sentimento verdadeiro, mensurar dados pode corroborar na clarificação dos resultados sistêmicos.*

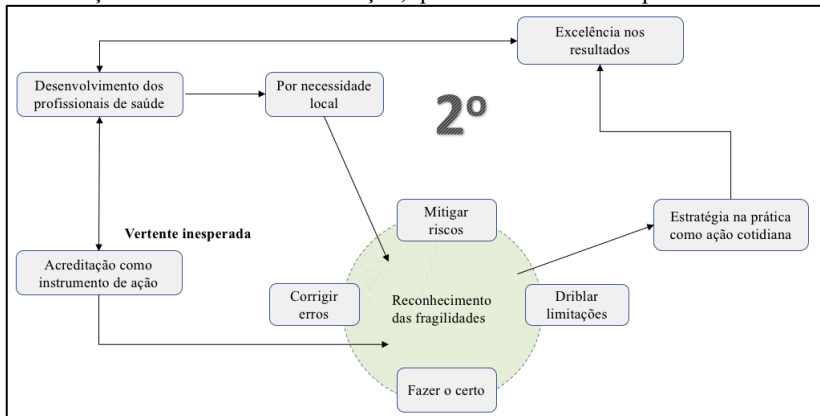
P11: *Ser nível 3 da ONA não significa ter a cultura da qualidade institucionalizada.*

Analisada a ação técnica, o próximo tópico demonstra a preocupação do fazer certo e bem feito, do proporcionar a melhor configuração e, na nossa visão, ilustra a ação inesperada do praticar.

### 5.2.2 Reconhecimento das fragilidades como uma ação inesperada do fazer

Ingressando no segundo quadrante superior do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, apresento as categorias adjacentes da vertente inesperada do fazer e suas relações a partir da categoria “Acreditação como instrumento da ação”, conforme demonstra a Figura 20.

Figura 19 - Representação das categorias adjacentes à categoria central Acreditação como instrumento de ação, que são a vertente inesperada do fazer



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

Essa figura demonstra a forma como os envolvidos na pesquisa e eu entendemos o fazer para além da parte técnica. A trilha inicia-se no âmbito da questão, que é o hospital estar localizado em uma região de difícil acesso, longe de grandes centros, com diversas dificuldades externas<sup>22</sup>, que impactam significativamente no fazer institucional. Neste sentido, a força reside no “Reconhecimento das fragilidades” que o HRPT apresenta, que vão de recursos à cultura.

Eu vejo que existem muitas fragilidades, acho que a gente evoluiu muito, desde o início do hospital,

<sup>22</sup> Observar item 5.1, que trata dos fatores externos que impactam no HRPT.

eu acho que é um processo de amadurecimento, mas eu vejo que, em algumas questões a gente tem ideia bem limitada, mas, estamos aprendendo a mudar isso (JACUNDÁ, R. 1).

O hospital ele é apaixonante por estas particularidades mesmo, das adversidades, eu acho que é na dificuldade que a gente reconhece realmente quem são os bons. Tem as adversidades, essa questão vai sempre persistir, acho que isso é bom, porque faz a gente crescer também, buscar amadurecer, mas o resultado, é o resultado que a gente consegue ver (VIGIA, R. 5).

Estas mesmas fragilidades, no entanto, são fortalecidas pelo que denominamos “Círculo motor”, que são as saídas geradas a partir do “Reconhecimento das fragilidades”, onde há o propósito direcionador do hospital “Fazer certo” [sempre]. Para tal, é essencial “Corrigir erros”, que serão a base para “Mitigar riscos” e, assim, “Driblar as limitações”. E esse círculo conduz a uma forma particular do fazer desta organização, que é conduzir a “Estratégia na prática como ação cotidiana”, que corrobora para a “Excelência nos resultados”.

Porque dificuldades, a gente tem, a gente enfrenta, a gente inventa, a gente faz tudo para se adequar a nossa realidade aqui (JURUTI, R. 2).

Para facilitar o entendimento, cabe destacar as principais fragilidades que foram comentadas durante o levantamento de dados pelos envolvidos na pesquisa, as quais compõem o Quadro 7, sendo consideradas aquelas citadas ao menos em duas entrevistas. Relevante, no entanto, observar que, talvez, a maior fragilidade seja relacionada ao conhecimento, porém, pela relevância, temos um aparte à frente<sup>23</sup>, onde esse ponto é tratado em suas particularidades.

O impacto e a probabilidade de ocorrência foram considerados como variações dimensionais. Quanto mais severo o impacto da fragilidade, maior o risco que ela traz e a probabilidade de ocorrência, que pode variar de rara a quase certa. A observação da combinação impacto e probabilidade é que dirá o quanto a fragilidade deverá ser monitorada. A classificação foi elaborada em conjunto com o NQSP.

---

<sup>23</sup> Observar item 5.2.3, que trata da categoria “Desenvolvimento dos profissionais de saúde”.

Quadro 7 - Fragilidades de maior relevância no HRPT na visão dos envolvidos na pesquisa

Fragilidade	Descrição	Impacto	Probabilidade
Falta de sangue	[...] uma agência sem O negativo, sem A negativo, sem AB negativo, o O negativo acho que é mais crítico, que impacto tem isso no nosso perfil? O cara chega aqui, se precisar vai morrer, hoje sem nada, se tiver uma indicação, vai morrer, pois, o avião não desceu e a agência transfusional liberou ontem a última bolsa (MARAPANIM, R. 3).	Severo	Provável
Insuficiência financeira	[...] mas a parte financeira ela atrapalha um pouco sim. Como a gente está com uma dificuldade financeira importante agora, devido a situação do país, está devendo até, no entanto, o paciente tem que sair bem assistido daqui, independente do que está acontecendo nos bastidores, com ou sem dinheiro (CHAVES, R. 2). [...] já tivemos momentos de problemas com a qualidade, porque tivemos queda financeira, uma parte dependia de dinheiro, tipo as calibrações, que acabaram atrasando (MOJU, R. 3).	Severo	Provável
Prontuário manual	Nosso prontuário é todo manual, então, temos que confiar nas pessoas, esperar que façam as evoluções, que chequem tudo, mas esse é um grande risco, pois, na verdade, além das falhas por falta de preenchimento que corremos e tentamos amenizar com as auditorias ao prontuário, podemos ter outra fraqueza, que é o extravio ou perda deste prontuário e, conseqüentemente, das informações, e sabemos que as informações mais importantes que temos são dos nossos prontuários (ITUPIRANGA, R. 3).	Severo	Provável

Desabastecimento	O principal problema é a distância de fornecedores (Cametá, R. 4). Temos dificuldade de deslocamento de insumos de outras cidades devido ausência dos mesmos no comércio local, muitas vezes impactando na assistência aos usuários (MARAPANIM, R. 3).	Grave	Quase certo
Falha na comunicação	[...] somente 39% [dos entrevistados] afirmam sentir-se à vontade para questionar as decisões dos seus superiores, ao mesmo tempo em que, 41% referem ter receio de perguntar quando algo parece não estar ocorrendo de maneira adequada. Em contrapartida, 78% dizem ter liberdade para se expressar quando algo afeta negativamente a segurança do paciente (Rel. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, nov. 2016).	Grave	Quase certo
Corpo clínico reduzido	Pela dificuldade em ter profissionais médicos, a alta direção do hospital não tem uma cobrança efetiva sobre a equipe, falta um alinhamento maior, mas, o medo de perder o profissional sobressai (SALVATERRA, R. 4).	Grave	Provável
Adesão do corpo clínico	Grande parte das dificuldades que encontramos para implementação de protocolos e adoção de ações para a resiliência do sistema, tem o corpo clínico como uma barreira a ser transposta (BONITO, R. 4). Acredito que muitos problemas residem na falta de adesão da equipe médica, o que leva a fragilidade na notificação e tratativa de eventos, vinculados a este grupo de profissionais (SALVATERRA, R. 4).	Grave	Provável

Rotatividade de médicos plantonistas (especialmente final de semana)	[...] muitas vezes entram alguns médicos de final de semana no pronto atendimento, um exemplo que é o caso que mais acontece, eles não seguem um roteiro de como eles devem preencher o prontuário, então, eles vão embora na segunda-feira de madrugada, e esse prontuário fica cheio de pendências (SAPUCAIA, R. 3). Isso daí é do sistema de fato [rotatividade de médicos da emergência], isso virou padrão, não tem para onde correr. Isso é coisa que sempre vai existir, porque a gente mora na selva, então vai precisar de gente para trabalhar (TERRA ALTA, R. 3).	Grave	Provável
Equipamento parado por falta de peças ou técnico habilitado para atendimento	Nossa maior dificuldade está relacionada à logística, não só em relação à aquisição de materiais específicos, mas também em relação à assistência técnica aos nossos equipamentos. Há situações em que deixamos de realizar um determinado procedimento por mais de 30 dias, os motivos variam entre a peça que deve vir de outro estado ou o técnico responsável estar disponível a vir até o Pará (JACAREANGA, R. 3).	Grave	Provável

Inexistência de sistema de gestão informatizado	<p>Finalmente, merece atenção a apresentação dos resultados obtidos nos diferentes períodos de análise, os quais foram influenciados, tanto pela perda parcial destes dados, como também por divergências na consolidação dos dados apresentados (Rel. Avaliação Manutenção ONA Nível 2, ago. 2014).</p> <p>A gente tem muito que melhorar, nosso processo ele é manual, então hoje ele demanda muito do profissional, nós temos hoje o quadro necessário de profissionais, mas, a demanda é muito grande, porque o processo que nós temos é todo manual. E isto demanda um cuidado gigante para garantir a segurança da informação. Imagina o trabalho que temos para rastrear cada medicamento dado a cada paciente. Mas, isto não nos detêm (ANAPU, R. 2).</p>	Grave	Provável
Greves	<p>[...] vivenciei diversos momentos do hospital, inclusive greves dos colaboradores, não é fácil manter a assistência quando o quadro fica reduzido. E, por exemplo, os enfermeiros fazem greve, mesmo tendo um salário muito maior que a média do Brasil, sendo que, este por si só é um fator que nos traz problema, pois, acabamos tendo um diferencial muito grande entre o valor que eles recebem e o que pagamos aos demais cargos técnicos (BREVES, R. 3).</p>	Severo	Raro
Parque tecnológico ultrapassado	<p>Vale ressaltar que equipamentos como tomografia, mamógrafo, aparelho de <i>ultrasson</i>, entre outros, já estão em uso há 10 anos e a substituição do patrimônio depende do Estado (JACAREANGA, R. 3).</p>	Moderado	Quase certo



Subnotificação de eventos	O resultado de 59% referindo que não realizou nenhuma notificação [nos últimos 12 meses] e outros 19% dizendo ter notificado entre 1 e 2 eventos, demonstra uma fragilidade importante nas subnotificações. Por outro lado, temos um percentual de 4% referindo ter notificado mais de 21 eventos e outros 3% que notificou entre 11 e 20 eventos nos últimos 12 meses, evidenciando que a maior parte dos eventos é realizada pelos mesmos profissionais, o que torna o processo de notificação frágil (Rel. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, nov. 2016).	Moderado	Quase certo
Reincidência de eventos	Precisamos ter uma ação de rever e melhorar a tratativa, a devolutiva e a não reincidência dos eventos (BONITO, R. 3).	Moderado	Quase certo
Rotatividade de pessoal	Tivemos um período muito crítico no auge das obras da Hidrelétrica de Belo Monte que foi o <i>Turnover</i> de profissionais, o qual está gradativamente reduzindo, mas ainda é muito alto (BONITO, R. 2).	Moderado	Quase certo
Falta de rotatividade em algumas diretorias	O fato de parte do corpo diretivo ser o mesmo há muito tempo, ao mesmo tempo que traz benefícios, pois, estes compreendem melhor o contexto institucional, bem como os perfis de suas coordenações, dificulta o estabelecimento de novas ações, assim como o aprimoramento de métodos definidos, trazendo morosidade ao processo de amadurecimento organizacional (FARO, R. 4).	Moderado	Provável

Documentos semelhantes com informações diferentes	[...] tem os documentos que tratam do mesmo procedimento, mas que falam de formas diferentes de fazer que ainda precisa alinhar entre algumas áreas [...] esses documentos, às vezes, eles se chocam, tem informações divergentes e isso também gera problemas, principalmente, na assistência (JACUNDÁ, R. 1).	Moderado	Provável
Falta de equipamentos médico-hospitalares	Temos muitas dificuldades, entre elas, a insuficiência de parque tecnológico para execução das atividades, por dois motivos, aumentamos a demanda e o que temos está defasado e muitos já avariados (SAPUCAIA, R. 4).	Moderado	Provável
Pacientes da hemodiálise com intercorrências no Pré-atendimento	Nós temos muitos pacientes de outros municípios que fazem hemodiálise, eles precisam vir três vezes na semana, e muitas vezes atrasa, falta, chega debilitado, e isto afeta o como vamos trata-lo, pois, um paciente debilitado demanda muito mais cuidado que um paciente dentro do protocolo, isso exige mais gente olhando, mais gente cuidando e nem sempre temos isto disponível. Um paciente que atrasa para usar a máquina neste turno, vai atrasar o próximo paciente que vai usar a mesma máquina e ele pode ser um paciente que tem que ir embora com a van do município, então isto dificulta a assistência (CAPANEMA, R. 2).	Moderado	Provável

Atendimento a exames e procedimentos externos de pacientes residentes em locais distantes	Os pacientes de consultas do ambulatório e que vem realizar exames mais complexos, como tomografia, endoscopia, a maioria vem de outra cidade, aí eles chegam de van ou ônibus todos juntos as 7h00, só que muitos só tem agenda para a tarde, aí ficam o dia todo aqui, ficam sentados no ambulatório, ficam cansados, muitos tem que ficar em jejum, outros reclamam, muitos vem sem qualquer dinheiro para um lanche, aí não tem lugar para acomodar todo mundo, para atender todos ao mesmo tempo, e isto embola o meio de campo todo, temos que muitas vezes adaptar o atendimento, tentar fazer diferente para conseguir melhorar um pouco o contato dos pacientes com o hospital, mas, isto nos leva a ter um processo que não segue linha a linha como está nas nossas instrução de trabalho (ITUPIRANGA, R. 3).	Menor	Quase certo
<i>Feedback</i>	Nosso problema mais impactante é dar feedback as pessoas. É igual pós-venda, faz tudo certo antes, mas, no final, esquece de dar continuidade (PEIXE-BOI, R. 3). [...] evento tem que ter feedback. Eu tenho que dar as respostas para as pessoas. Isso é básico. Aqui temos um grande problema instalado, que igual outras organizações, tratam seus problemas, mas, esquecem de contar como foi feito e se foi feito ao principal envolvido, aquele que abriu o evento (AFUÁ, R. 4).	Menor	Quase certo
Banalização das medidas disciplinares	Orientações e medidas disciplinares já não fazem mais o efeito ao qual se destinam; foram banalizadas pelas equipes e são verbalizadas por muitos, nos corredores e cafés do dia a dia; sinal claro de que algo está errado (FARO, R. 4).	Menor	Provável

Acúmulo de atividades	Algo que venho dizendo há dez anos aqui, alguns precisam deixar de falar muito e fazer mais, sermos mais proativos, muitos dos processos se perdem por falta de compromisso de alguns dos profissionais ou por acúmulo absurdo de atividades, que desmotivam e fazem com que haja essa quebra de continuidade (RURÓPOLIS, R. 3).	Menor	Provável
Paciente de cirurgia eletiva demora muito tempo para ser referenciado	Os pacientes que entram para nós internarmos para cirurgia eletiva, eles vêm com os exames pré-laboratoriais e de imagem muito antigos, as vezes com mais de um ano. Ai quando interna, a gente perde um dia para fazer todos os exames novamente, aumenta o tempo de permanência no hospital e o pior, às vezes, tem que mandar o paciente pra casa por ele não estar em uma condição clínica que favorece a cirurgia (ITUPIRANGA, R. 3).	Menor	Provável
Desinteresse de alguns profissionais	As pessoas até fazem as coisas pensando que vai melhorar, mas, ainda tem muitos que veem como um trabalho a mais, mais cobrança. Elas precisam entender o motivo de se fazer isto ou aquilo e não só fazer (CHAVES, R. 2).	Menor	Improvável

Fonte: elaborado a partir de dados da pesquisa (2018).

Percebemos pelo Quadro 7, que algumas fragilidades podem causar um impacto muito grande, em especial, por esta relação ter um foco grande na assistência ao paciente. Problema como a falta de sangue pode ser fatal, bem como os causados pelas questões logísticas, nem sempre possíveis de prever. Esses últimos, pelo tipo de paciente atendido, por exemplo, um medicamento que cotidianamente é utilizado em x quantidade pode vir a triplicar quando do atendimento de um paciente queimado e, assim, haverem problemas para reposição rápida.

Há, ainda, problemas críticos como a não existência de um sistema informatizado no hospital, o que causa retrabalho, erros de lançamentos ou perda de informação. Levar isso para um documento que pode condicionar a vida de um paciente, como o prontuário, torna o impacto ainda maior. Pacientes atendidos hoje podem necessitar um

prontuário para antever alguma comorbidade daqui a 20 anos e, apesar dos rigores com o arquivamento, são conhecidos inúmeros casos de inundações e incêndios em hospitais, nos quais os documentos foram exterminados. Esse problema, entretanto, está com os dias contados, visto que o hospital, ao final da pesquisa, estava em um processo de implantação de um sistema informatizado.

Você já viu um hospital sem um sistema informatizado e que foi acreditado? Eu desconheço. É como colocar o nível de dificuldade ao máximo, é muito difícil, já imaginou como é controlar tudo manualmente? E o estoque, é tudo em planilha Excel, algo que ocorria em 1950, 1960. Pensar isto hoje é uma realidade para alguns hospitais, em especial, os mais longe e menores, mas, pensar isto em um hospital regional, mesmo longe, é inconcebível. Mas, pensar assim, eles conseguiram acreditar com isto ocorrendo aqui, é o mesmo que dizer, qualquer hospital pode conseguir fazer isto, qualquer um, basta querer e se esforçar (AFUÁ, R. 4).

Destarte, reconhecem que as fragilidades existem, ao mesmo tempo que entendem que essas são transpostas e os objetivos propostos alcançados, apesar da demanda por estratégias para vencer os obstáculos ser maior, bem como, o empenho e tempo despendidos.

A gente tem a interação de processos sedimentada, por mais que a gente tenha falhas ainda, a gente consegue trabalhar com isso, a gente entende que os nossos processos têm impacto no processo do colega, e a gente procura não causar impacto de maneira negativa. Temos, sobretudo, comprometimento, tanto da liderança quanto dos próprios colaboradores, se não há comprometimento não há a transposição de obstáculos (BONITO, R. 2).

[...] nós fizemos uma entrevista com um antigo colaborador. Nós perguntamos: ‘o que ficou para você da acreditação?’ Ai a pessoa respondeu: ‘creditação?’ Nós acreditávamos que por ter trabalhado por um período ele falaria, mas ele olhou, olhou, pensou, e respondeu: ‘é cobrança?’. Isso nos feriu na hora da entrevista. Como pode

um processo, que é a “menina dos nossos olhos” ser visto assim, a pessoa trabalha conosco e ela sai com a informação que é ‘creditação’, e não ‘acreditação’, que dá trabalho, é cobrança. Isso nos fez acordar. Começamos a trabalhar diferente, muito na integração, buscamos formas diferentes de os envolver, vem sendo um trabalho árduo, muitos são envolvidos, mas, estes que não entendem, estamos resgatando, fazendo participar em conjunto, e parece que temos evoluído em nosso empenho (PEIXE-BOI, R. 3).

Apesar das dificuldades, seja referente a logística, estrutura e finanças, o hospital consegue manter um excelente atendimento ao usuário da região da transamazônica, pois, seus processos são bons (COLARES, R. 4).

Inclusive, no próprio processo da Acreditação, sabem que sempre precisam melhorar, estarem sempre aptos, mas não se consideram prontos para isso. Entendem que as fragilidades, às vezes, os fazem mais vulneráveis à ocorrência de situações que comprometem os resultados. No entanto, entendem-se aptos para trilhar os passos que serão solicitados. As fraquezas os fizeram resilientes nos propósitos que estabelecem.

A gente sabe que o processo de acreditação ele é um pouquinho dispendioso, mas a gente tenta buscar as alternativas de fazer acontecer, mesmo com toda dificuldade financeira, dificuldade de logística, de localização, dificuldade de pessoas, de instrução, mas a gente trabalha e, assim, eu acho que a Diretoria aqui, ela entende, ela abraça e apoia todos os gestores para poder acontecer tudo e irmos evoluindo (CHAVES, R. 1).

A gente quer ser nível 3 de verdade, esse nosso nível 3 ainda tem que melhorar. A gente sabia que os avaliadores iriam vir e não iriam dizer que tudo está ótimo, a gente tinha plena consciência disso, até porque, essa primeira avaliação ela serviu para nós de aprendizado. A gente entende que é sempre uma evolução mesmo e que vai precisar melhorar, isso certeza absoluta. Mas somos grandes lutadores, as nossas dificuldades

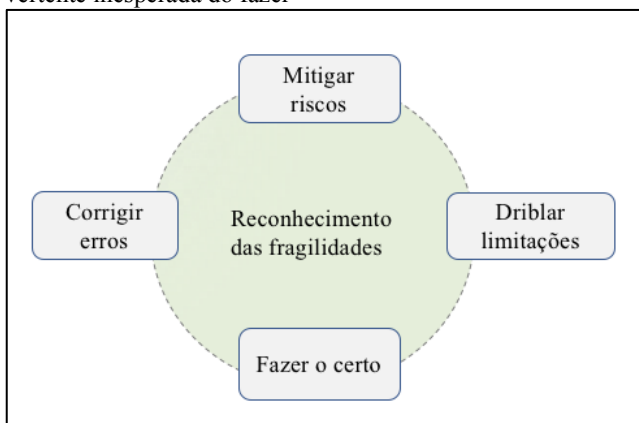
são notórias, todo mundo vê, mas também a gente sabe de tudo que a gente é capaz (CHAVES, R. 2).

Hospital com ONA 3 [como vê o HRPT], preocupado com uma gestão maior de processos, mas que vem esquecendo a base de processos básicos, que podem vir a prejudicar a manutenção desse nível 3, pois, são pontos referentes a nível 1 (SALVATERRA, R. 4).

Porém, pensando no “Círculo motor”, conforme Figura 21, o que importa realmente na construção que fizemos, os entrevistados e eu, é que o “Reconhecimento das fragilidades” é essencial para o HRPT ser como é, talvez, por ter vivenciado, ao longo de seu processo histórico, um constante fazer e refazer das atividades, dos processos, sempre em busca da solução de um problema que estava presente, que surgia.

O fazer do hospital habituou-se a ver erros, não conformidades, eventos, como uma forma de mudar de curso, como uma oportunidade de melhoria. Doravante, precisam melhorar, conforme visto na categoria “Cultura da Qualidade e Segurança”, em que alguns erros ainda são punidos, indicando que a cultura justa está frágil, mas, como todo o percurso anterior, com o tempo é provável sua instituição.

Figura 20 - Representação do “Círculo motor” em suas categorias adjacentes da vertente inesperada do fazer



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

Partindo para a primeira engrenagem do “Círculo motor”, temos como ponto de partida o “Fazer o certo”. Essa categoria apareceu quase como um mantra nas entrevistas, no entanto, os envolvidos somente a entenderam como tal quando os resultados foram apresentados, pois “já está tão impregnado que não percebemos” (VIGIA, R. 5). Algo como o que se aprende em casa, na escola, algo que é ético. Sempre buscar fazer o que é certo, sem buscar subterfúgios para justificar o que deveria ter sido feito de forma diferente. Quase como *compliance*, o que difere é que não é uma norma escrita e cumprida. É algo posto na cultura informal, algo que floresceu e é vivenciado de forma tão transparente que nem é percebido, mas que vigora.

A gente trabalha em cima de fazer o que é correto, não foi à toa que a gente enfrentou algumas adversidades, por exemplo, greves e falta de pessoal, a gente cobra muito fazer o certo, a gente tem dificuldades, não estou dizendo que não tem problemas, muito pelo contrário, talvez a enfermagem, por ser cinquenta por cento dentro do hospital, a gente lida com o maior volume de situações, mas, consegue passar por todas, e é pela cobrança de fazer o certo (JACUNDÁ, R. 1).

Hoje não precisa ter cobrança da direção em fazer o que é certo, devido a maturidade dos colaboradores e gestores, a gente já viu que tem maturidade e a gente já se cobra pelo processo certo (MOCAJUBA, R. 3).

Eu vejo um comprometimento muito grande das lideranças e equipes operacionais em fazer sempre o que é certo, em mostrar bons resultados, para ir solucionando as fragilidades encontradas (MARPANIM, R. 4).

Neste sentido, “Fazer o certo” pode ser visto como uma mola propulsora, que advém do incômodo causado pelos problemas que alicerçam os processos corriqueiros, como uma forma de minimizar o impacto causado pelas fragilidades, no intuito de garantir uma assistência com menor risco ao paciente.

Eu entendi assim, que do número de pacientes que entravam graves, a gente tinha muito mais saídas de alta do que de mortes e sequelas, então eu falei assim: ‘isso vale a pena’, então eu não estou



fazendo errado. Eu comecei a pensar, e eu falo isso para os meus colaboradores, as pessoas que trabalham comigo: ‘olha o hospital não é para os outros, o hospital ele é nosso, ele é para nós, porque qualquer um de nós, em qualquer momento da nossa vida, a gente vai precisar de um serviço de saúde’. Essa é a forma de começar, não adianta ficar olhando para o caos que existe, eu tenho que ser responsável aonde eu estou, se onde eu estou eu fizer o que é certo, eu já estou contribuindo com um todo, porque eu sou parte de um todo (ULIANÓPOLIS, R. 3).

Ao fazer o correto, invariavelmente, necessitam “Corrigir erros”. Nesse sentido, há que se ter dinamismo, persistência e confiança dos envolvidos, para que os problemas não sejam ou não se tornem maiores e, acima de tudo, não neutralizem o que está posto corretamente.

Eu acho que isso aqui no hospital é legal, as pessoas estudam, as pessoas leem, discutem muito o processo, as comissões de fato interagem. Se incomodam com aquilo, eu acho que é o legal daqui, as pessoas querem melhorar, corrigir os erros, evoluir a questão dos eventos (PRIMAVERA, R. 1).

O nosso processo, tem falhas, tem erros, mas a gente fala muito disso, tem análise desses eventos. Tem eventos graves? Tem, mas nós tratamos, então nada é tipo ‘levanta joga para baixo do pano’, tudo tentamos corrigir, tratar e não errar mais. Tem reincidência, tem muita ainda, mas, temos ações para tratar (PRAINHA, R. 3).

Inclusive, quando os agentes comentam sobre “Corrigir erros”, apontam a acreditação como um fator que corrobora para acertar, pois informa o que precisa ser realizado, os principais pontos que devem ser instrumentalizados na atividade hospitalar, e isso apoia resoluções e estratégias. Esse mesmo ponto foi transcrito em um dos relatórios de avaliação da ONA, sendo reforçado com a visão dos envolvidos.

A equipe avaliadora pode perceber que no ano de 2013 o hospital apresentou piora no desempenho de algumas de suas atividades as quais foram claramente evidenciadas na visita de manutenção

daquele ano e, por meio da visita de manutenção extraordinária no primeiro semestre de 2014, foi possível perceber também uma gradativa inversão deste panorama, com a correção da maioria dos apontamentos daquela visita (Rel. Visita Manutenção ONA Nível 2, ago. 2014).

O pessoal me comunica que está faltando o item tal [medicamento ou material], se chega aqui é por já tentaram fazer o que é certo sozinhos e não conseguiram. Primeiro vamos resolver o problema, depois vamos discutir isso. O que nós vamos fazer para resolver o problema agora? O paciente está lá em cima esperando. Depois nós vamos analisar isso, qual foi a falha. (...) a qualidade nos orienta como analisar, a qualidade ela dá esse subsídio da gente, inclusive, atuar na adversidade (JACUNDÁ, R. 1).

Eu acho que essa relação [qualidade x erros] um inverso, analisando né, não é porque eu tenho muito adversidade ainda que não há qualidade, pois, ela dá subsídios também para tratar as adversidades (DOM ELISEU, R.3).

Ao “Corrigir os erros”, os envolvidos entendem que reforçam a gestão de riscos no hospital e, para tal, são conduzidos a um pilar relevante do “círculo motor”, que é o “Mitigar riscos”.

No HRPT, os riscos de responsabilidade civil, trabalhista, fiscal, sanitária e assistencial são identificados por processos e classificados em acordo com a probabilidade e o impacto, vinculados a práticas de controle que servem de partida ao gerenciamento dos riscos. São realizadas notificações de eventos para casos nos quais ocorrer a inobservância de algum processo e esse causar um dano ou quase dano ao paciente. Além de que, quadrimestralmente, nas auditorias internas, todos os riscos são analisados individualmente e ações são propostas para minimizar a ocorrência.

Os eventos são tratados, internamente, pelos principais agentes envolvidos e, quando causam dano moderado ou grave, são repassados à ONA, pois podem originar uma nova visita para análise do ocorrido. Eventos graves são aqueles que causam a morte ou uma seqüela permanente ao paciente.

Neste caminho, há a política de segurança do paciente, que está instalada e vem sendo monitorada anualmente, na qual se observa, por meio do relatório da pesquisa realizada, o empenho no que se refere à cultura da notificação dos eventos. No entanto, ainda há subnotificação na visão dos envolvidos na pesquisa, visto que, muitas vezes, o profissional tem medo de contar que errou, em especial, quando o erro pode causar um dano a outra pessoa - um paciente, um acompanhante e/ou um colega de trabalho.

Outro ponto com resultado positivo é em relação à frequência de eventos relatados, onde 80% [dos respondentes da pesquisa] afirmam que os eventos sem dano, são notificados, bem como os quase eventos, que são notificados por 68% dos entrevistados (Rel. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, nov. 2016).

Notícias de erros são recorrentes na mídia quando se refere a hospitais. Eventos como o esquecimento de materiais dentro de pacientes, pacientes que se suicidam, cirurgia em parte errada do corpo, podem ser vislumbrados com frequência. Desde o ano 2000, esse é um fator muito discutido na área da saúde, pois estudos, como o *To err is human: building a safer health care* (IOM, 1999), alertaram que milhares de pacientes morrem a cada ano em virtude de danos causados durante o atendimento/internação. Isso colocou a hospitalização como uma das atividades de risco mais elevado existente, ultrapassando a aviação.

No HRPT não é diferente, há eventos com danos como em qualquer outra organização, o que difere é o cuidado para “Mitigar riscos”, que induz ao “Fazer o certo”, como uma vertente que conduz às boas práticas organizacionais.

[...] eles [os funcionários] têm confiança de estar aqui, de trazer um familiar para ser atendido aqui, porque eles sabem que o trabalho que é feito aqui é sério, é com qualidade, a gente tenta minimizar os riscos de toda forma possível (ALENQUER, R. 2).

Mitigar é aliviar, abrandar, diminuir, enfim, é fazer com que aquele risco ocorra na menor quantidade e proporção possíveis. Um risco, possivelmente, não será eliminado. Nesse sentido, os profissionais atuam com o propósito de equilibrar o resultado alcançado com a intenção de “Fazer o certo”. Em outras palavras, gerenciam suas práticas

de controle para minimizar seus riscos e prestar uma assistência com segurança.

Os líderes passaram a se reunir com as equipes todos os meses, apresentando os resultados e indicadores dos processos. Com essa prática a linha operacional passou a compreender a importância de seguir as orientações, aplicar as práticas de controle, gerenciar os riscos e acompanhar os resultados em busca da efetividade das ações propostas (PORTEL, R. 3).

Nós já fizemos até agora 14 ciclos de auditorias internas de riscos, nossos últimos resultados foram de 1049, 1142 e 1145 práticas de controle auditadas no hospital, e tivemos como resultado, 90,6%, 91,4% e 92,1% de desempenho global, ou seja, das práticas implantadas, temos mais de 92% delas sendo seguidas. Este é um bom resultado, temos refinado nossas práticas e mesmo assim, estamos evoluindo no cumprimento. [...] nós tínhamos em 2014 uma média mensal de 12 eventos notificados, fechamos 2016 com uma média de 29. Não é que aumentou, o que conseguimos foi fazer com que as pessoas notifiquem. Entendemos que ainda há subnotificação, mas, hoje sabemos muito mais o que ocorre que há dois anos. Agora começamos a monitorar a efetividade das ações desenvolvidas para mitigar os riscos, ainda é recente, mas, estamos percebendo um resultado próximo a 93%, com isto, esperamos diminuir as reincidências (FARO, R. 4).

Como muitas fragilidades não podem ser corrigidas em função de demandarem uma necessidade que vai para além das possibilidades do hospital, por ter uma relação com os determinantes externos<sup>24</sup> e/ou por ser um risco ou perigo organizacional que será mitigado, o hospital tem uma prática que está institucionalizada, atuando, sempre que possível, com contingências.

Aqui, vou usar da minha vivência como profissional que já atuou em mais de dez organizações hospitalares, estive em consultoria a

---

<sup>24</sup> Aqueles descritos no item 5.1, referente à categoria “Condicionantes externos”.

dezenas de outras e visitou inúmeras mais: em nenhum outro local verifiquei tantas contingências como as que vi durante minhas observações nesta pesquisa.

[...] não tem determinada coisa, a primeira coisa que a gente pensa é: ‘Qual que vai ser o plano de contingência’. A qualidade me dá subsídios para avaliar esse tipo de situação e atuar preventivamente, porque a gente acabou com a qualidade despertando para algumas coisas que enquanto enfermeiro a gente não tinha. É uma mudança de visão do processo, que a gente [o HRPT] nasceu com ela, de formação não tinha esta visão. Aí quando não tem um plano de contingência a gente vê a necessidade e, se possível, a gente cria (JACUNDÁ, R. 1).

Além das contingências de contingências, conforme visto no comentário de AFUA (R.4): “e se falta a energia, e se o gerador não entrar, e se o gerador reserva falhar, e se a bateria de *backup* do respirador não suportar o tempo sem energia na UTI Adulto”. É um encadeamento de situações, soluções, e, ao meu ver, novos problemas, pois, muitas vezes, por ter o contingenciamento, os profissionais não percebem a possibilidade de evolução de um processo. Destarte, o problema que levou àquela reserva poderia já ter sido sanado.

No laboratório temos uma dupla checagem do resultado, uma proteção para não deixar chegar um erro ao médico assistente do paciente. Mas, mesmo trabalhando com duas checagens, isso passa, isso passa mesmo com a contingência, e isso acontece, por já estarmos tão acostumados com esse processo de liberação automática, que eu não paro na hora que eu verifico o laudo, os dois fazem automaticamente, e o erro chega ao médico, é um dos nossos piores indicadores. É um problema a gente deixar isso ocorrer. Precisa trabalhar com o processo no laboratório e cobrar deles o resultado, amarrar esse processo (ALMEIRIM, R. 3).

Porém, o lado positivo é que as contingências, quando bem empregadas, possibilitam a melhoria dos processos, que vai para além de “Mitigar riscos”, visto que pode provocar uma alteração em cadeia, que, no final, pode ser traduzida em segurança e qualidade assistencial.

Conseguimos reduzir o percentual de mortalidade global decorrente do estabelecimento de critérios para contingência de tratamento intensivo fora da UTI, por exemplo, na emergência, instalamos lá as mesmas rotinas que tínhamos na UTI, mas, com uma adaptação, pois, não temos lá o mesmo quantitativo profissional, mas, colocamos as práticas de fisioterapia, nutrição, hemoterapia, SADTs funcionando em igualdade com a UTI e nosso resultado em 2016 foi muito melhor, salvamos vidas, e em 2017 ficou ainda mais alinhado (SÃO FÉLIX DO XINGU, R. 3).

E essas contingências incidiram no que diz respeito aos fornecedores locais, que, ao longo do tempo, passaram a ser parceiros, com o hospital agindo como mentor, educando-os e desenvolvendo-os. Para atuarem em conjunto, o hospital qualificou localmente os fornecedores de materiais de limpeza e escritório, alimentos, manutenção, equipamentos pequenos, manipulados e alguns materiais de uso do paciente e medicamentos, conseguindo, em acordo com os envolvidos, equalizar algumas demandas de suprimentos, bem como gerar renda ao próprio município.

Nós percebemos que a acreditação não impactou só o hospital, mas, toda a sociedade em volta, por exemplo, quando não temos localmente fornecedores com um produto de qualidade para oferecer e nem tempo hábil, como contingência, sempre que possível, acabamos desenvolvendo esses fornecedores, ajudando que cumpram com as necessidade que apontamos e com isso todos ganham (INHANGAPI, R. 3).

Tivemos como ação, na parte da logística, buscar fornecedores locais que se adaptem a rotina de compras do HRPT, além de aprimorar o mecanismo de avaliação de fornecedores locais e tentar, através dele, mostrar aos fornecedores estratégicos a importância da adequação por parte deles para a construção de uma parceria “ganha/ganha”, com isso já aumentamos o leque, mas, é algo constante, sempre buscando novas parcerias (PORTEL, R. 3).

Nós temos problemas demais com os fornecedores locais, pois, exigimos deles coisas que nenhum outro [estabelecimento] exige, então para ter a mudança, temos que o convencer que vai ser bom. Ele diz que não vai aumentar os clientes com isto ou a venda, mas, tentamos mostrar com exemplos que foram bem-sucedidos que isto deu certo. Agilizando, assim, o nosso processo de compras, melhorando a comunicação nesse processo e capacitando fornecedores locais (CAMETÁ, R. 4).

Para fechar nosso “Círculo motor”, sugerimos que, com a intenção de “Fazer certo”, de “Corrigir os erros” e de “Mitigar os riscos”, conseguimos “Driblar as limitações” de ação, do fazer, do conhecer, do manter e do evoluir. Limitações essas causadas pelas fragilidades já comentadas, que demandam processos em cadência dentro da organização e que causam alterações estruturais na cadeia de atendimento.

Tínhamos um problema com os farmacêuticos, eles não se fixavam, aí a gente fez um café da manhã no dia deles, agora em janeiro, foi até para aproximar eles dos diretores, entender a realidade, o porquê que eles estão saindo, não estão se fixando no hospital. Eles contaram sobre a parte financeira, a salarial, que hoje impacta devido a realidade de Altamira, eles estão indo embora para outras cidades para ganhar a mesma coisa, pois, o custo de vida aqui é maior. Aí resolvemos alterar o salário, não por estar fora do piso, mas, para garantir uma continuidade e conseqüentemente maior segurança assistencial (ANAPU, R. 2).

Hoje o processo de suprimento ele demonstra atender as demandas, no entanto ele evidencia uma dívida junto aos fornecedores que poderá vir a comprometer o abastecimento de materiais, medicamentos e enxoval, então, para driblar esta limitação, temos que trabalhar muito com custos, fazer as pessoas entenderem que temos que fazer muito mais com o mesmo e ainda melhor, quase uma mágica (MOJU, R. 3).

Rotatividade é uma realidade, porém, o fato dos recursos humanos entrarem, e a gente ter todos os processos bem estruturados, fazem com que a gente não tenha perdas significativas no processo, diferente se eu tivesse uma rotatividade e o processo não tivesse bem estruturado, aí que a gente teria grandes problemas (COLARES, R. 4).

Entendemos que a existência de não conformidades, notificação de eventos, tratativas desses dois instrumentos, atividades de controle, auditorias internas, auditorias externas promovidas pela OSS que administra o hospital e pela ONA, possibilitam uma evolução ao que compete às fragilidades encontradas e, com isso, o hospital habilita-se a “Driblar limitações” existentes e impregnadas. Isso demonstra que os processos estão imbricados em determinantes externos postos e que necessitam de constante gestão.

Nem sempre gostamos quando tem a auditoria do RAG<sup>25</sup>, eles olham tudo, mesmo sendo da própria Pró, mas, são avaliadores externos, e eles avaliam cada detalhe, o bom é que depois vem o *check list* e sabemos exatamente onde melhorar ou ficam evidentes nossos gargalos, nossas fragilidades, e aí temos que tentar resolver isto da melhor forma possível (MOJU, R. 3).

O processo de notificação dos eventos, serve para realmente ver como é que a organização está preparada para reagir a isso, primeiro, como ela se antecipa para não ocorrer os eventos. Então se realmente tratar isso e fazer esse gerenciamento desse evento, possivelmente, no meio do caminho, dá para encontrar oportunidades de melhoria em relação ao próprio processo (AFUÁ, R. 4).

Vejo que, a principal limitação é humana [do HRPT]. Para transpor este problema, no caso da equipe multiprofissional, é através da capacitação e fidelização desse colaborador, o primeiro já tem, o segundo ainda está longe. No caso dos médicos,

---

<sup>25</sup> Auditoria anual, realizada pela OSS que administra o Hospital – Pró-Saúde Ass. Benéficente de Assistência Social e Hospitalar, em que constam cerca de 6.000 itens de observação a todos os processos de gestão e assistenciais.



acredito que a alta direção precisa estabelecer o mesmo nível de cobrança que é realizado com os outros profissionais, pois, são muito benevolentes com eles, e isto os torna soberanos a tudo, e estão a quilômetros desta ação (SALVATERRA, R. 4).

Com o “Driblar limitações”, concluímos o nosso “Círculo motor’ e, com ele, percorremos a proposição P12: *O reconhecimento das fragilidades, no histórico da construção dos processos hospitalares, se mostra como um direcionador da solução de não conformidades e oferece sustentação a oportunidades de melhoria.*

Destarte, criamos a combustão necessária para a próxima subcategoria deste quadrante, a “Estratégia na prática como ação cotidiana”. A estratégia na prática é algo que ocorre nas organizações, uma ação comum, porém, como o próprio nome diz, é uma estratégia, que é pensada, gestada e posta em prática. No entanto, o que aqui é posto em cheque é que a estratégia macro é dada, mas aquela do fazer é cotidiana, como se as fragilidades, antes comentadas, tivessem criado um mecanismo que possibilita que essa prática seja corriqueira, cotidiana.

Questionamo-nos como isso ocorria, dentro das conversas de cumbuca, e chegamos a algumas considerações. As primeiras, sobre a função do hospital:

- a) os pacientes são singulares, nenhum é igual ao outro, mesmo ao chegar dois usuários com as mesmas queixas, o histórico de cada um contará para definir um plano terapêutico que seja condizente com aquele indivíduo, isso por si só faz com que o médico, em seu primeiro contato, tome uma decisão que determinará qual estratégia prévia será usada para aquele caso;
- b) em um segundo momento, a equipe multiprofissional passa a atuar em conjunto, e a estratégia prévia passa a ser adequada em acordo com o evoluir do paciente e com os novos profissionais que passam a interferir no tratamento do mesmo;
- c) as intercorrências que ocorrem com cada paciente fazem com que o profissional mais próximo tome a primeira providência, e essa será uma estratégia que poderá, por exemplo, em um caso de parada cardiorrespiratória, determinar a sobrevida deste paciente;
- d) quanto mais alinhado for um protocolo e/ou um processo vinculado ao paciente, maior a probabilidade de desenvolvimento da estratégia de tratamento traçada.

Nas ambientações de 100% de técnicos de enfermagem e 100% dos enfermeiros quando entram e depois nas reciclagens, a gente frisa muito a questão da rastreabilidade e de como agir no momento da urgência, eles têm que entender o protocolo de parada, o que precisam fazer, onde fica o carrinho de parada, deles depende a vida das pessoas (ANAPU, R. 2).

O HRPT mantém e segue protocolos de saúde que garantem a qualidade e segurança da assistência prestada aos usuários, o que facilita as tomadas de decisões e o cumprimento da sua missão hospitalar (MARAPANIM, R. 3).

A vida de uma pessoa pode depender de uma decisão única de um profissional de saúde, pois, quando um paciente chega mau na porta da emergência e a equipe começa a atender, muitas vezes, eles nem sabem o que aconteceu com o paciente, só sabe o que está acontecendo na hora do atendimento. Quem mora nesta região, muitas vezes, é picado por cobra, por bichos inúmeros, e na maioria das vezes, não tem como saber, aí com o tempo, vamos conhecendo e identificando mais isto, o que facilita para definir um prognóstico, para começar um atendimento, para definir um plano para aquele paciente. Às vezes, a vida da pessoa, parece nos escapar pelas mãos, não tem tempo para pensar, é agir e pronto (MELGAÇO, R. 3).

A seguir, pensando na estratégia organizacional, ponderamos que:

- a) o hospital apresenta planejamento estratégico compartilhado com todos os funcionários desde 2010, o que faz com que as pessoas conheçam sua existência, além de que, desde essa época, eles sabem em que objetivo estratégico colaboram, ou seja, desenvolvem, em sua área, ações que são desdobradas de ações estratégicas e essas de objetivos estratégicos;
- b) há, em todos os ‘quadros de gestão a vista’ do hospital, um mapa estratégico com o BSC, que corrobora para visualização, bem como uma ilustração gigantesca semelhante em uma parede de acesso comum no hospital;

- c) os gestores fazem suas apresentações de resultados à sua diretoria a partir do BSC, indicando onde estão impactando;
- d) as apresentações da ONA, expostas pelos gestores e por outros profissionais do setor, são realizadas a partir do BSC, indicando melhorias, ações desenvolvidas, indicadores e inovações;
- e) todas as revisões do planejamento estratégico foram realizadas em conjunto com os gestores e a última, em 2016, contou com a participação de mais um funcionário de cada setor e equipe multiprofissional;
- f) a estratégia na prática é uma rotina dos gestores que tomam as decisões vinculadas aos setores e à atividade rotineira do hospital, comandam o fazer e direcionam os profissionais que atuam sob sua supervisão.

Eu não participo em todas as reuniões da direção geral, porque para isso eu tenho a minha diretora que participa da reunião com o diretor geral, então o diretor geral, ele tem um olhar holístico do hospital inteiro, ele passa e pondera as situações e encaminha para a diretora de enfermagem, isso vai sucessivamente, cada Diretor, coordenador ele tem o olhar global daquela área aonde ele atua. [...] o coordenador ele tem por função associar o que a direção quer, com o que eu preciso fazer, com o que a minha equipe me oferece (REDENÇÃO, R. 1).

Aqui eu vou falar com propriedade de quem trabalha com esse planejamento há anos, eu vi no começo que era só um papel, vi quando começaram a fazer as pessoas se enxergar e colocavam os círculos ao redor do objetivo onde a pessoa trabalhava e explicavam que ela era importante, depois, vi quando usaram os custos para todos se acharem dentro do mapa estratégico e todos diziam e faziam coisas para economizar. Mas, aí ficou feio, as pessoas esqueciam da assistência, só falavam dos custos, aí mudou de novo e tiramos os custos, e as pessoas se viram na assistência, aí ficou bom. Foram anos para nos encontrar, mas, o bom é que as pessoas viveram isso e se encontram lá dentro, talvez, se tivessem visto o óbvio no começo, eles sempre só focariam na assistência, mas, hoje vejo que eles se acham na parte de treinamentos, na parte

financeira, na assistencial e o mais legal, eles se veem como participantes para ajudar na satisfação do usuário (MARITUBA, R. 3).

Estas ponderações foram transpostas, depois, em proposições:

P13: *O médico e a equipe multidisciplinar determinam, na prática cotidiana, a estratégia que conduzirá o tratamento do paciente.*

P14: *O gestor, quando engajado na construção e no acompanhamento do processo estratégico, usa o instrumento como um direcionador de ações e das decisões habituais.*

P15: *As atividades dos profissionais de saúde precisam estar alinhadas à missão do hospital, pois podem ser requeridas em estratégias práticas com constância, em especial, aquelas vinculadas ao prognóstico dos pacientes.*

A construção acerca do “Reconhecimento das fragilidades”, somada à “Estratégia na prática como ação cotidiana”, apoia o apontamento da “Excelência nos resultados”, a categoria finalística, no sentido de garantir que o fazer usual e, nem sempre, esperado pode demonstrar saldos efetivos, que são reflexos da “Cultura da qualidade institucionalizada”.

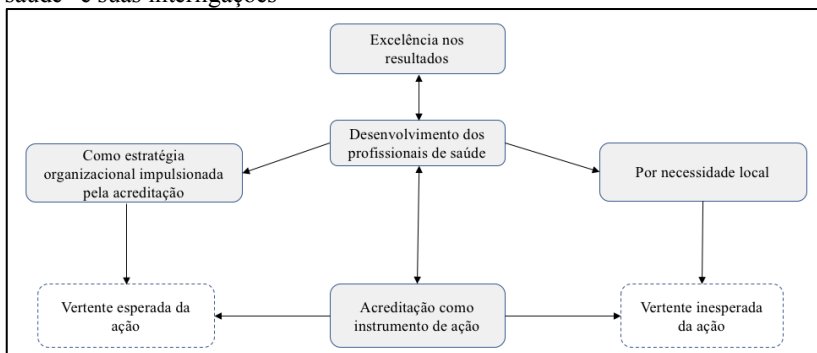
O HRPT é um desafio. Fazer o certo é o objetivo deste hospital, e isto influencia diretamente para que a gente alcance essa excelência no hospital. Estão, nos processos, a gente se incomoda com problemas e gasta tempo para entender esse problema, e realizar reuniões, e dessas reuniões gerar soluções locais possíveis, escolher estratégias de como fazer isto, que nos levará a solução ou não, e vamos fazer a análise do resultado obtido, com indicadores para demonstrar resultados e melhorias, escrevendo tudo nas análises críticas, e isso nos leva a institucionalizar algumas rotinas, processos, protocolos e nos dá possibilidade de acertar e de fazer diferente (GURUPÁ, R. 3).

Após examinada, inicialmente, a vertente técnica e esperada da ação, e agora constatada a vertente inesperada da “Acreditação como instrumento de ação”, o próximo tópico demonstra uma categoria que dá suporte as duas primeiras, já apresentadas, e a todo o fazer, por meio do aprendizado organizacional.

### 5.2.3 Desenvolvimento dos profissionais de saúde como estratégia da ação

O conhecimento é uma busca constante, necessária ao aprendizado, à melhoria dos processos e ao desenvolvimento profissional. Neste sentido, a Figura 22 apresenta o permear dos dois quadrantes superiores do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, onde está instalada a categoria “Desenvolvimento dos profissionais de saúde”, que é claramente permeada por dois fenômenos de ocorrência: o primeiro, “Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação”, que dita o caminho da vertente esperada da “Acreditação como instrumento de ação”; e, o segundo, “Por necessidade local”, que vai permear a vertente inesperada do fazer.

Figura 21 - Representação da categoria “Desenvolvimento dos profissionais de saúde” e suas interligações



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

No HRPT, o treinar veio antes das portas estarem abertas. Iniciou-se com uma equipe já posta, treinada para o que ali desempenhariam; tiveram alguns meses para iniciar o processo, como em tantas outras organizações que foram planejadas. O que não se planejou foi o fato de que a necessidade inicial nunca deixou de ser inóvia e, como tal, passou a ser uma linha imbricada em todo o fazer, cotidianamente empreendida e longitudinalmente aperfeiçoada.

A partir de janeiro a gente conseguiu entrar [no prédio do hospital], mas sem estrutura nenhuma. Muito difícil, acho que o mais difícil foi na parte de assistência, foi a falta de formação, falta de profissionais locais, e com a dificuldade de trazer profissionais, também, mesmo de fora, porque

Altamira não era conhecida, as pessoas não conheciam, era muito longe, mesmo de Belém, não existiam profissionais, nem mesmo técnicos formados, então isso daqui foi começar do nada, a gente definiu o número, fez o dimensionamento, montou o organograma. A gente definiu valores, definiu salários, mas identificamos que com aquele valor a gente não conseguia trazer ninguém, nem enfermeiro, nem técnico, ninguém. A gente reavaliou, readequou valores, para conseguir começar a trazer coordenador, supostos coordenadores. Na época, até pensando hoje, era um valor muito alto, de R\$ 3.500,00 até R\$ 4.500,00, a quase 10 anos atrás, o valor para conseguir trazer um coordenador recém-formado. Realmente, a maior dificuldade foi recursos humanos, fazer um processo seletivo, identificar e reter as pessoas de todos os níveis. A gente teve que praticamente dar o curso de enfermagem novamente, foram meses e meses, sempre com treinamento. Acho que o grande desafio foi a questão da capacitação, porque não tinha muita saída, era investir e investir em pessoas. No mais, nós tivemos autonomia quanto a parte estrutural, tinha autonomia de identificar, de dimensionar equipamentos, dimensionar estruturas, e financeiramente não tinha problema inicial, mas acho que o problema mesmo foi recursos humanos, falta de formação (ITAITUBA, R. 2).

Dentro de uma organização, o desenvolver é fato comum, porém como se dá este fazer é que indica o quanto ela irá evoluir, inovar e se tornar perene. As pessoas são um ativo relevante e, neste hospital, o mais acentuado foi observar que, pelas condições locais, essas mesmas pessoas não seriam inexauríveis na organização, haveria rotatividade significativa. Nesse sentido, houve o entendimento de que o aprendizado necessitava ser traduzido em processos, que fossem seguros, firmes e que persistiriam para além das pessoas – e esse foi o caminho que os envolvidos na pesquisa afirmam ter sido trilhado.

A aprendizagem como um processo no tempo tanto influencia como também é influenciada pelo desenvolvimento de pessoas. É como diz nossa diretora: ‘quem tem um olho em terra de cego é rei’, ou seja, a qualificação dos profissionais do

hospital esta muito ligada ao próprio processo disseminado, e não só a pessoa retém o conhecimento (PEIXE-BOI, R. 3).

Os treinamentos não são só treinamentos, são uma forma de fazer com que tudo seja seguido dentro dos protocolos, se todos souberem como lidar com cada ação necessária e que já foi prevista, fica mais fácil garantir a continuidade, bem como, tomar uma decisão quando ela não está prevista. O resultado não está só no treinamento, nem nas pessoas, está no fazer consolidado (AFUÁ, R. 4).

Essa realidade foi, inclusive, traduzida em relatórios de visita de certificação, com indicativo da relevância de se manter um processo permanente de educação para a manutenção e evolução dos resultados.

Tem [o HRPT] como um de seus grandes desafios, em relação à gestão de sua força de trabalho, promover o desenvolvimento profissional por meio da captação, retenção e capacitação de pessoas, propiciando o desenvolvimento organizacional e também um ambiente favorável à exploração, desenvolvimento e implementação de novas ideias que possam gerar melhores resultados, por meio de programas de ensino e aprimoramento (Rel. Avaliação Manutenção ONA Nível 2, ago. 2014).

A gestão desempenha ações focadas no desenvolvimento de pessoas alinhadas às competências identificadas como necessárias à instituição, através do levantamento de necessidades de treinamentos da força de trabalho. Exemplos: Critérios para avaliação mensal de líderes, programa qualidade de vida, gestão de clima organizacional, avaliação de desempenho da parte técnica do pessoal de enfermagem (Rel. Avaliação Manutenção ONA Nível 2, maio 2015).

Assim, o pensamento primordial foi “Por necessidade local”, pela falta de opção, pelo local onde o hospital está instalado, pela falta de escolas formadoras na área da saúde, bem como pela existência de poucos profissionais que, por falta de acesso, atuavam na rede com o pouco que tinham de recursos passados e aprendidos na prática do

ofício. Uma realidade que não condizia com um hospital que foi planejado para atender média e alta complexidade e, além disso, que desejava prestar um serviço de qualidade.

Todo profissional da área da saúde, ele tem um compromisso desde sua formação, de prestar a melhor assistência, não é que ele não quer, mas muitas vezes, ele esbarra em algumas dificuldades, ou por falta de entendimento, de que existem maneiras melhores de fazer, as vezes ele não conhece isso, e ele acaba fazendo (CASTANHAL, R. 1).

Esse hospital tem um grande problema que é a falta de formação de base, o que se exacerba na estrutura assistencial. Isso exige muito treinamento, muita sensibilização para darmos ao paciente o que ele tem direito (BREVES, R. 4).

Como fator que compromete a qualidade da assistência cito a baixa qualificação profissional da mão de obra local, atrelada a inexistência de serviços com complexidade semelhante na cidade, o faz com que o HRPT absorva profissionais sem as competências técnicas necessárias e que em muitas das vezes serão supridas apenas após o período de experiência destes profissionais (FARO, R. 4).

Contudo, a necessidade inicial nunca foi transposta, pois os profissionais continuaram rodando, em especial, quando da entrada da Belo Monte, que ofereceu aos cargos técnicos um salário superior aquele pago para os municípios em atividades afins, bem como no hospital. Assim, houve um novo momento do começar para um grande grupo.

A gente teve muito giro de pessoas com Belo Monte, mas todas as pessoas que estraram aqui, foram treinadas, foram capacitadas e sabem o que o hospital busca, sabem o que o hospital quer, então o maior diferencial que a gente tem são as pessoas (ALENQUER, R. 2).

Tivemos um período muito crítico no auge das obras da Hidrelétrica de Belo Monte com o *turnover* de profissionais, o qual está



gradativamente reduzindo, porém, a qualidade da formação dos profissionais é um problema que persiste (BONITO, R. 4).

E, a prática continuou sendo de treinar “Por necessidade local”, pois reter profissionais perpassou pelos anos em função das condições impostas, seja com Belo Monte, seja com o desmonte da estrutura de construção da usina, seja pelo aumento no número de atendimentos que demanda maior quantitativo de profissionais, seja por profissionais que uma vez capacitados se estabelecem na cidade para outras atividades. Destarte, treinar sempre foi uma estratégia na prática.

Muitas pessoas que já estavam na instituição há bastante tempo, conheciam muito bem os processos acabaram saindo, e muita gente nova chegando, então isso leva um tempo até todo mundo trabalhar no processo de qualidade e entender (VIGIA, R. 1).

[...] as vezes dá aquele desânimo, quando você treina aquela pessoa, aí pensa que vai evoluir, conseguir fazer algo diferente, implantar algo novo, aí sai e a gente volta do zero, até treinar tudo de novo (ANAPU, R. 2).

Dispendemos hoje de muito tempo para a capacitação destes colaboradores, sobretudo assistenciais, e mesmo assim evidenciamos muitas dificuldades no cumprimento das práticas, o que nos faz buscar sempre jeitos diferentes de ensinar (BONITO, R. 3).

Destarte, essa estratégia precisou ser mantida, pois, em determinado momento, os profissionais que vieram de outras regiões começaram a partir e, na visão dos entrevistados, “agora que possuem conhecimento, prática, experiência, eles querem ir para locais mais centrais, onde possam ter melhores oportunidades para si e para os filhos” (AFUÁ, R. 4).

[...] minha trajetória como falei no começo, foi em todos os setores, já tive muitos colegas que estavam aqui e foram embora, a direção também já mudou, é difícil ficar aqui, só quem vem e cria raízes, mas, muitos formam família e quando já tem uns anos no currículo vão buscar uma condição melhor de vida, um lugar melhor para

viver. Aqui é bom, mas, as limitações de estudo, entretenimento, aquisição de bens é muito fraca, isso leva as pessoas para outros lugares, para Belém, São Paulo, Teresina. Só fica quem cria raiz, como eu (JURUTI, R. 2).

Esse hospital tem a formação das pessoas como um pilar, a sensibilização de conscientizar os profissionais, assim, mesmo com todas as saídas que ocorreram, ele tem uma coisa maior que vem por trás, que é o desenvolvimento das pessoas, não é só de uma pessoa, consegue desenvolver todas as pessoas e disseminar isto, aí mesmo que ocorram mudanças, a cultura está disseminada, fica mais fácil segurar as pontas (CURUÁ, R. 2).

Entre os gestores, houve dois momentos: o início, de treinar para aprender, pois a maioria era novata na posição; e o segundo foi a realidade da rotatividade entre eles e os demais profissionais de nível superior. Esse último causado, especialmente, pela transferência desses funcionários dentro dos projetos da OSS que administra o hospital, pois possuem *know-how* de hospital acreditado nível 2/3, o que é um atrativo para projetos que estão iniciando ou no caminho. E, assim, cabe ao hospital, novamente, treinar outros potenciais profissionais para ocupar estes espaços, em um projeto permanente.

A gente ficou praticamente um mês e pouco, dois meses trabalhando com treinamentos da equipe, tinha muita limitação, a gente tinha muita dificuldade, porque muitos profissionais enfermeiros, estou falando especificamente da assistência né, eram recém-formados, os poucos que tinham experiência treinavam os demais, a equipe era totalmente crua. Fomos educando os gestores, para eles saberem como se portar, como gerenciar uma equipe, estávamos ensinando jovens, com pouca ou nenhuma experiência. Penso que eles responderam bem, evoluíram muito, mas, se dedicaram, deram a vida pelo hospital em determinado momento (JACUNDÁ, R. 1).

Agora a gente está conseguindo fazer com que eles [os gestores] façam, consigam fazer a gestão, olhar os resultados, ver o que precisa melhorar.

Demoramos para ter este resultado, anos, eram muito operacionais. Essa maturidade que cada um foi conseguindo alcançar, enquanto diretoria, enquanto qualidade, enquanto gestores respaldou nosso processo, crescemos em paralelo, gestão e qualidade (VIGIA, R. 1).

Temos um programa de substitutos dos gestores, hoje quando a gente sai para férias, ou em outras demandas dentro do setor da gente, a gente tem sempre alguém que fica no lugar, ou a gente divide as rotinas, tem sempre “quem é a sombra do outro”, quando a Maria sai de férias a Paula faz a sua rotina, quando a Paula sai de férias a Juliana faz a rotina. Temos agora, uma ação para alinhar formalmente quem são essas pessoas que são sucessoras dentro da unidade. Assim, com este programa, o conhecimento não fica na mão de um, e se esse um sai, lascou. A ideia é primeiro identificar quem são essas pessoas, depois formalizar essas capacitações, e efetivamente capacitá-los dentro da unidade. Seriam nossa turma 2 para gestores, poderiam fazer o mesmo curso de capacitação, após, fechar o dos líderes (PEIXE-BOI, R. 3).

Além disso, relevante foi o apontamento de alguns entrevistados sobre o fato de que o hospital busca reter talentos, usando de inúmeras ações e de programas paralelos para embutir o sentimento de pertencimento ao local<sup>26</sup>. E isso vem surtindo efeito, em especial, nos níveis operacionais. Tal fato mostra-se, na visão dos envolvidos, no processo longitudinal do percorrer dos anos do hospital, onde os profissionais se percebem importantes para a prestação de serviços ali empreendida.

Eu fico feliz em poder contribuir, falo que não estou aqui por acaso, eu gosto, a gente sabe que tem dificuldade tem, mas, as vitórias são maiores (CAPANEMA, R. 4).

Eu sou 100% HRPT, aqui é um local de aprendizado profissional e para a vida, levo muito em consideração a satisfação que me proporciona

---

<sup>26</sup> Observar a categoria Princípio de Pertencimento no item 5.3.2.

em poder dar um suporte profissional e pessoal na vida de cada um que passa por nós através do contato e humanização com o outro (XINGUARA, R. 4).

Outro ponto salientado, durante a construção das categorias, foi a forma como o profissional é visto no processo de desenvolvimento, no qual cada um é único na sua forma de atuação. Fato que ocorreu desde o princípio, mas que foi sendo aprimorado ao longo da trajetória do hospital. Atualmente, em função da gestão por competências, o objetivo é ter um plano individual de treinamento para cada um dos profissionais que atua na organização.

O indivíduo ele é visto como único, não é visto no coletivo. O grande desafio é você conseguir ver a limitação de cada profissional, e desenvolver. Ele é acompanhado e é avaliado em trinta dias, sessenta dias e noventa dias, quando ele vai para assistência, quando ele passa o período de experiência, mesmo assim ele é avaliado mais um período e ele é desenvolvido dentro das dificuldades dele. Aqui o profissional é visto como um ser único, as pessoas não são iguais, os profissionais não são iguais [...] então a gente avalia e desenvolve, não é só capacitação e treinamento, é o desenvolvimento dentro das dificuldades e das limitações de cada um (ITAITUBA, R. 2).

Trabalhamos com gestão por competências, foi feito do nível estratégico, do nível tático e estamos no nível operacional. Cada profissional é anualmente avaliado por suas competências, e, a partir da avaliação são mensurados os resultados para ver se houve melhoria e quando ele tem defasagem em alguma competência é traçado um plano conjunto, algumas coisas são de responsabilidade dele e outras é de responsabilidade do hospital treinar, com isto esperamos aperfeiçoar nosso pessoal (BREVES, R. 3).

Entendemos que este processo de desenvolver “Por necessidade local” é implícito de todas as organizações. No entanto, no presente caso, ele é exacerbado para além da normalidade. Por isso, causa um

impacto significativo, que positivamente apoia o “Reconhecimento das fragilidades” e seu combustível que gira o “Círculo motor” destas fraquezas, consolidando o fazer em uma “Estratégia na prática como ação cotidiana”. Tudo interligado em uma percepção que pode não ser comum na área da saúde, mas simples e corriqueira à realidade em observação.

Nós chegamos onde chegamos, transpondo os pontos fracos, porque nós fomos resolvendo, mas começou pela deficiência que nós tínhamos. A formação aqui ela é muito deficiente mesmo, então eu acho que mais uma vez a educação, ela fez e vai fazer grande diferença no que fazemos aqui. Mesmo com tudo isso, não vou dizer que a gente não tenha limitação, mas a gente acompanha a evolução, mesmo que dois passos atrás (JACUNDÁ, R. 1).

E, para contrabalancear este movimento que não é planejado, foi instaurada na organização outra vertente da educação, em que traduzimos, entrevistados e eu, o desenvolver “Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação”. Essa como uma ferramenta que apoiou o processo ao longo do tempo, perpassando pela inicialização, manutenção e evolução ao longo dos níveis da certificação.

A gente se identificou, a gente conseguiu saber na prática, o que era o processo de qualidade, a gente imaginava que existiam regras, formas de fazer, conceitos, e não, qualidade se faz de várias formas, não existe uma fórmula, a nossa passou pelos treinamentos, desde o primeiro dia, um aprendia e depois passava para um grupo, fomos replicando (ITAITUBA, R. 2).

[...] porque eu acho que é uma troca, a gente hoje é o profissional que a gente é, e a gente cresce a cada dia, a cada visita de avaliação, então primeiramente independente do resultado, como a gente colocou, é uma troca em cada avaliação, e isso eu acho bem bacana (PLACAS, R. 3).

Falar em acreditação é falar em disseminação do modelo, pois essas duas coisas não são dissociadas, são únicas. Uma depende da outra, não se faz sem ensinar como, cada passo é precedido de outro,

cada etapa demanda uma seguinte, é um processo que nunca para. Isso torna o educar para a qualidade um ponto crucial dentro do processo e, aos entrevistados, pareceu como algo voluntário que foi reforçado pela gestão. Inclusive, em todos os planejamentos estratégicos, o desenvolvimento profissional aparece como uma estratégia organizacional de alicerce.

Hoje a gente vê que é inevitável para gente tentar aculturar as pessoas, a única forma, o único processo é a educação (JACUNDÁ, R. 1).

No envolvimento dessas equipes a gente faz treinamentos, conversa, faz orientação, para fazê-los ver o quanto é importante a gente ter um hospital acreditado, até para segurança dos pacientes que é a nossa busca, o objetivo maior (ALENQUER, R. 2).

Ao longo do período, foram observadas falas que nos conduzem na evolução dos treinamentos em acordo com os níveis experimentados, onde: no nível 1, vê-se treinamentos de segurança; no nível 2, treinamentos de interação de processos; no nível 3, de análises críticas, inter-relação de indicadores e, atualmente, do processo sistêmico de resultados. Sob essas lentes, percebemos a disseminação do processo da qualidade como um direcionador da estratégia que a impulsiona.

Acho que em primeiro lugar essa organização precisou conhecer a norma, saber o que essa norma exige e se preparar para isso. O ponto básico é conhecer a norma, o importante foi conhecer para evoluir. No meio do caminho a norma mudou, tinha coisa do nível 3 que virou 1, tivemos que nos adequar (ITAITUBA, R. 2).

Quando a gente começa a avaliar todo o nosso processo de trabalho, eu vejo que dentro do processo de qualidade a gente trabalha muito com educação, a gente fala de cultura, cultura da qualidade (BREVES, R. 3).

Realizamos a quarta oficina de gerenciamento de risco, isso vem de encontro com a cultura da segurança disseminada institucionalmente, todo mundo sabe o que é segurança aqui. E vem desse trabalho, a oficina amarela é uma ferramenta, os treinamentos são outras ferramentas, e aí vai. A

campanha ‘não desviar o olhar, ficar atento e notificar’, também, vem garantindo a segurança do paciente (IRITUIA, R. 3).

Veio uma consultora e ela nos orientou nesse entendimento do que era melhoria, de como a gente tinha que fazer. Eu estava totalmente perdido, como a gente vai demonstrar isso? Ela explicou para a diretoria, os gestores, agora a gente sabe como a gente vai demonstrar isso, precisamos passar isso para que todos entendam, multiplicando, para manter o nível 3 (CHAVES, R.4).

Além de que, os treinamentos foram sendo inovados na forma de fazer, como uma maneira de demonstrar, dentro deste fluxo, o evoluir, a melhoria contínua, que é algo que está implícito no processo de acreditação. Sendo essa uma estratégia, demanda novidades e a busca por técnicas de ensino cada vez mais próximas ao profissional treinado.

Fizemos por muito tempo tudo igual, colocávamos pessoas em uma sala e falávamos, ensinávamos o que tinha que ser feito, também, tínhamos as aulas práticas, voltadas a assistência, com o tempo isto cansou, aí começamos a fazer coisas mais práticas ainda, passamos a ir nos locais e junto com as pessoas ir treinando coisas novas, corrigindo coisas erradas, eles opinando, e isso deu muito certo, evoluímos. Temos treinamento por vídeo conferência com profissionais de longe, isso possibilitou maior conhecimento para mais pessoas, o que antes era inatingível, enfim, vamos tentando inovar e buscar novas formas, nisto a tecnologia vai nos auxiliando, mesmo estando ainda muito defasados, mas, temos interesse em aprender e ensinar e isto já é um bom começo, né?! (BARCARENA, R. 3).

Este processo de treinamento nas duas vertentes trouxe outro grande aprendizado organizacional, que foi buscar desenvolver o usuário, a comunidade, o sistema de saúde, enfim, todos os *stakeholders*. Para os envolvidos, é importante demonstrar que “a qualidade da assistência vai para além dos muros” (CHAVES, R. 1),

está implícita no cuidado antes da doença e no cuidado após a doença, e ambos os movimentos se destinam à saúde coletiva.

[...] uma ideia que a gente teve foi chamar a sociedade, lá de fora para cá, para a gente instruir, para a gente dar minicursos para eles, quanto à produção e a alimentação correta, higiene e tudo mais. E também, nós vamos lá, o hospital vai até as pessoas, nós vamos em associações de bairros, nas escolas. Fazemos aqui muita campanha na rua sobre a prevenção dos acidentes de trânsito, por ser nosso principal cliente – os acidentados. É assim, nós vamos até a comunidade atuamos e esperamos melhorar a condição de vida destas pessoas (CAMETÁ, R. 3).

Posto “Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação”, o “Desenvolvimento dos profissionais de saúde” proporcionou autenticidade à “Construção interna” da assistência pelos “Envolvidos no processo”, o que facilitou a “Instrumentalização do fazer”, respaldada pelo “Foco nos processos”, que objetivam “Maximizar os resultados” e conduzem à “Cultura da qualidade institucionalizada”.

[...] então eles [os funcionários recém-admitidos] vão entrar e eles vão fazer todo o processo de ambientação, que dentro em específico na enfermagem, ele é bem estruturado, temos uma integração que é do hospital, depois a gente tem uma ambientação, que são treinamentos teóricos específicos das práticas de enfermagem, que é aí você tem todos os procedimentos, assim pelo menos os que a gente faz, aplica, treina esse colaborador, esse colaborador hoje vai para área, ele é supervisionado, a gente faz uma prova teórica e uma prova prática. Eu acho que uma das coisas que a gente valoriza muito no hospital é essa questão dos treinamentos, das orientações, do acompanhamento, isso tem muito ligado com o processo de qualidade. Eu vejo que a importância que a gente dá para essa questão de educação, e com isso a gente busca atingir realmente a qualidade naquilo que a gente está se propondo a fazer (JACUNDÁ, R. 1).



Honestamente, foi aqui o meu primeiro emprego e pude ter a oportunidade de amadurecer, aprender e crescer, tendo como inspiração o que a acreditação proporciona a esta casa (ITUPIRANGA, R. 4).

E o mais importante, na minha visão e consolidado na construção com os envolvidos, foi identificar que este movimento, que pende para os dois lados, indica que a “Excelência nos resultados” é traduzida nesse ponto pelo conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde, que, além de se formarem como profissionais mais capacitados, aprenderam a ver a assistência por lentes da qualidade, o que possibilitou seu crescimento e desenvolvimento profissional, bem como segurança e qualidade mais sólidas à assistência prestada em Altamira.

Não se cria nada de cultura sem a educação, e eu vejo que desde o início a gente sempre investiu muito nisso em treinar, em capacitar, em orientar, e isto foi pra fora, para além do hospital, acabamos influenciando as famílias com doentes crônicos, o pessoal que faz hemodiálise, os serviços básicos onde ensinamos a lidar com feridas, as pessoas quando educamos sobre o transito e as crianças a cuidarem mais de si, quando vamos às escolas (COLARES, R. 3).

A busca de melhoria no processo de qualidade, me fez ver, como eu e todos os outros colaboradores estamos aptos a tentar levar a saúde como referência para toda a região da Transamazônica (XINGUARA, R. 4).

As fragilidades existentes e os determinantes externos delimitam um ambiente de constante mudança e rotatividade de pessoal, condicionando inferirmos que esse cenário arrebatou as seis proposições que se referem ao desenvolvimento dos profissionais no HRPT:

*P16: A rotatividade dos profissionais de saúde gera um movimento de reforço aos processos, visto que as pessoas não são perenes, ao contrário dos processos, resguardadas suas evoluções.*

*P17: Mesmo em ambientes inóspitos, a retenção de talentos pode ser consubstanciada, desde que o sentimento de pertencimento seja construído individualmente nos profissionais – cada indivíduo é único, cada qual se motiva por diferentes oportunidades e desafios.*

P18: *O processo de desenvolver por necessidade local impacta positivamente o reconhecimento das fraquezas, consolidando a estratégia na prática como ação cotidiana.*

P19: *A disseminação do processo da qualidade, como um direcionador da estratégia que a impulsiona, proporciona autenticar a construção interna pelos envolvidos no processo, instrumentalizando o fazer por meio do foco nos processos que florescem na maximização dos resultados e fortificam a institucionalização da cultura da qualidade.*

P20: *O amadurecimento do desenvolvimento interno profissional possibilita agregar diferentes saberes de educação em saúde, produzindo relações de cooperação na sociedade.*

P21: *O conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde, sob as lentes da qualidade, possibilita solidez e segurança à assistência prestada, bem como crescimento e desenvolvimento profissional.*

Apresentados os elementos estruturantes dos dois quadrantes superiores do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, cabe-nos, no próximo item, apresentar a categoria de resultado, na qual o fazer se demonstra de forma sistematizada.

#### **5.2.4 Excelência nos resultados**

Penso que esta categoria, como o nome bem expressa, é onde os resultados são demonstrados, onde efetivamente se perceberá se o hospital tem ou não tem qualidade. E, aqui, permito-me novamente escrever na primeira pessoa, pois, como comentei quando da construção da categoria “Cultura da qualidade e segurança”, eu tinha meus receios. Disse, também, que a nomeação foi feita pelos participantes da pesquisa, visto que a percepção dessa qualidade foi um processo do qual cheguei a duvidar.

Como antevi naquela categoria, concordei, ao final da pesquisa, que a qualidade estava presente. Todavia, isso ocorreu meses após a obtenção do nível 3, não quando o hospital foi acreditado com o título de excelência. Compartilho um extrato de um diário de campo que elaborei em uma visita de novembro/dezembro de 2016 e outro de março de 2017, momentos em que identifiquei o que significava efetivamente qualidade na assistência à saúde.

Hoje passei o dia todo maravilhada, acredito que muitos olharam pra mim e acharam que estava doida, rindo à toa. É que fazem dois dias que estou com o pessoal construindo as categorias, me foi dada esta oportunidade, e ontem, falei mais eu,

expliquei como faríamos, mas, hoje foram eles que me deram as respostas, fizeram as ligações, e aí percebi pelas falas, o quanto eles evoluíram. É algo mágico, a cada construção, era como se eles tivessem refletido profundamente sobre o que aquilo representava na vivência deles no hospital, o quanto daquele caminho foi aprendido. Palavras como evolução, amadurecimento, interligação de processos e indicadores, ciclos de melhoria, ideias de melhoria, inovação foram recorrentes. Como disse um diretor em determinado momento: ‘nestes últimos meses nós entendemos o que aconteceu aqui, foi depois da visita, quando a ficha caiu, nós percebemos que temos um pote de ouro nas mãos, mas, não estávamos usando ele adequadamente, agora tomamos rumo das coisas’. Ele se referia a como estavam desenvolvendo o trabalho, como estavam atuando na prática usando os indicadores e seus resultados, e o quanto estavam empenhados com seus ciclos PDCA, eles entenderam que o aprendizado é que os move ao longo dos anos. Vi o pessoal da base que participou, totalmente envolvido e discutindo cada categoria com propriedade, não eram falas vazias, eram falas de profissionais comprometidos com o que é feito no hospital. É difícil explicar, mas, foi aí que comecei a entender, pela fala das pessoas, que a qualidade estava nas pessoas, nas suas ações e na forma como transmitiam isto. Vejo que antes, a qualidade até poderia existir, mas, não se percebiam de sua existência, não tinham palavras que nos induzissem a perceber que ela está lá, apesar dos números apresentados, eles falavam por falar, não se apropriavam daquilo. Agora não, a fala solta demonstrou-me que minha tese não foi em vão, aqui, tem a qualidade que eu buscava ver na assistência quando comecei minha carreira na área da saúde (Diário de campo, 01/12/2016).

Hoje começou a visita de manutenção do nível 3 no HRPT. A apresentação inicial é onde os diretores e principais gestores apresentam o hospital e seus resultados e onde o resultado sistêmico, que é o que se busca neste nível, deve ser mostrado. Bem, foi como se estivesse em um

show, assistindo da arquibancada o que mostravam. Cheguei a ter vontade de chorar, e olha que não sou emotiva. Mas, para quem esteve presente em outros momentos do hospital, ver o que foi mostrado hoje, foi de arrepiar. Não foi nem de longe a enorme apresentação que eles fizeram no ano passado, foi simples, com poucos slides, mas trouxeram o cenário que comecei a ver no final do ano passado, eles amadureceram. Apresentaram a evolução da gestão dos riscos, dos processos, do planejamento estratégico, do protocolo de sepse. Mostraram como inovaram na forma de olhar internamente nos setores, no envolvimento maior de todos os funcionários e na nova metodologia que estão usando [PDSA] para demonstrar que por meio do aprendizado vão melhorando os processos. E, ilustraram por meio de um quadro gigante todas as boas inter-relações entre os indicadores, demonstrando que, mesmo com aumento da produção, conseguiram manter os processos internos e os indicadores melhoraram significativamente, o que conduz a qualidade assistencial. Percebi que até as avaliadoras se surpreenderam, pois, sem grandes delongas a qualidade se mostrava nas palavras, na apresentação e na calma de quem demonstrava, como se fosse lugar comum. [...] Durante a tarde fui acompanhar as visitas às áreas, e lá a surpresa foi ainda maior, lá que vi as coisas efetivamente acontecendo. Nas visitas anteriores [todas, segundo questioneei], inclusive nas que acompanhei, os setores faziam slides e mais slides para apresentar seus setores, era interessante, mas, parecia mais uma leitura que algo real. Nesta visita não teve apresentação, os gestores e muitos dos funcionários foram chamados a explicar como tudo acontecia ali, as melhorias, os indicadores, as inter-relações setoriais foram apresentadas no 'quadro de gestão à vista' que há nos locais. Eles falavam com propriedade, com orgulho, com certeza que ali é prestada uma assistência segura, que tem sempre problemas, mas, que sempre vão melhorando. A segurança que passaram era notável, fiquei impressionada, bem como, todos

que estavam ali, inclusive de outros hospitais nível 3 (Diário de campo, 27/03/2017).

Neste sentido, entendo que a categoria de resultado “Excelência nos resultados” perpassa pelos números apresentados, que conduzem a uma melhoria da qualidade assistencial. Doravante, tem um fundo de percepção que vai para além dos números e que necessita de vivência na área na qual ocorre para explicar. Obviamente que os dados foram sendo lapidados, tais quais um diamante, e apresentaram-se melhores, mais consistentes e condizentes com a realidade esperada.

A excelência nos resultados pode ser averiguada pelos números em dois momentos. O primeiro, com a sistematização dos resultados apresentados na primeira visita de acreditação, em que o hospital foi certificado com o nível 3. E, o segundo, um ano depois, na visita de manutenção do mesmo nível.

Cabe lembrar que, para o hospital ser acreditado como de excelência, que é o título aferido ao atingir o patamar mais alto, os requisitos do padrão pré-estabelecido já precisam estar instalados<sup>27</sup> e, entre esses pontos, apresentar resultados sistêmicos é um.

Em 2016, o HRPT ilustrou seus resultados, em acordo com a Figura 23, por meio da apresentação de indicadores que contribuíram para a qualidade assistencial em nível macro e, a partir deles, relacionou outros indicadores que corroboraram para atingir essa condição.

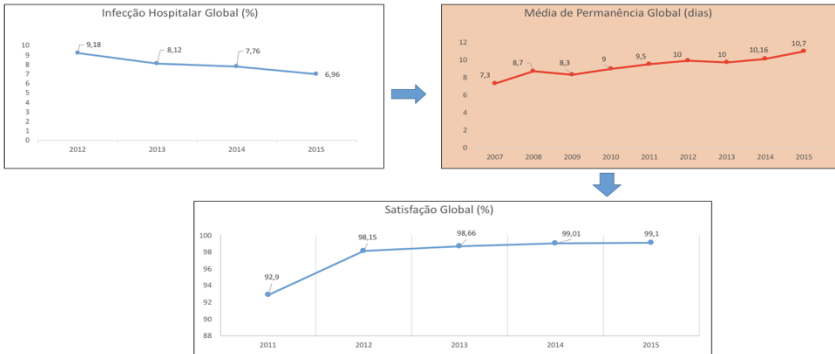
---

<sup>27</sup> Requisitos do Padrão de Nível 3 (ONA, 2014, p. 88):

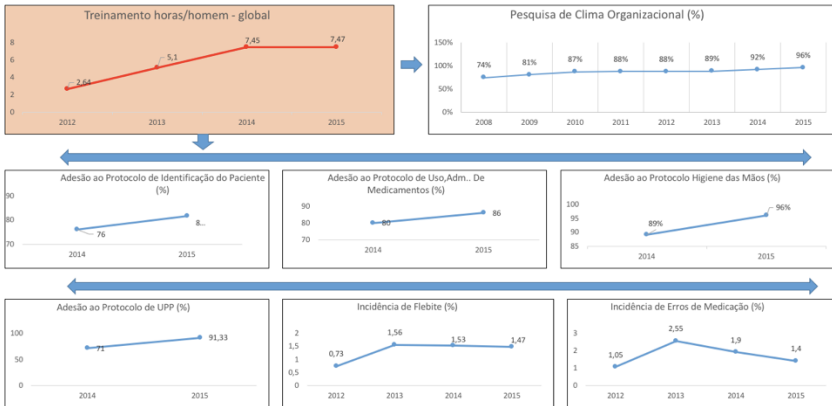
- a) Apresenta práticas contínuas, refinadas, inovadoras, proativas, disseminadas e plenamente integradas;
- b) Sustenta os fundamentos de gestão e saúde;
- c) Utiliza o conhecimento e o aprendizado para a tomada de decisão, a promoção de melhorias e o alcance de melhores resultados;
- d) Mantém um relacionamento consistente com todas as partes interessadas para o alcance de melhores resultados;
- e) Utiliza as informações de todas as partes interessadas nos ciclos de melhoria;
- f) Demonstra responsabilidade com o ambiente e o contexto onde está inserida.

**Figura 22 - Resultados sistêmicos apresentados na visita de certificação ONA 3**

Observamos grande influência entre os indicadores a seguir e o resultado obtido no indicador de **Média de Permanência Global** passamos a utilizar uns em benefício dos outros, com o objetivo de buscar melhores resultados e/ou processos mais seguros.



Observamos grande influência entre os indicadores a seguir e o resultado obtido no indicador de **Treinamento Hora/Homem Global**, passamos a utilizar uns em benefício dos outros, com o objetivo de buscar melhores resultados e/ou processos mais seguros.



Fonte: Apresentação HRPT (2016).

Ainda sobre a Figura 23, observa-se que há dados com séries históricas menores e outras maiores. Isso é reflexo da busca pela melhoria contínua. Ao longo das análises críticas dos resultados, é percebido que novos marcadores se fazem necessários para contribuir com um processo que já vem sendo gerido. Ou ainda, um indicador que antes não era relacionado, com o amadurecimento organizacional, passa a ser entendido como relevante.

Analisando os resultados apresentados em 2016, tem-se ainda a diagnosticar que as inter-relações nem sempre estão ilustradas como diretas. Explica-se esse ponto usando das observações registradas no Diário de Campo de 01/12/2016, no qual se tem uma reconstrução da

forma de olhar o processo. Na primeira visita de certificação ONA 3, os envolvidos viam o resultado de forma fragmentada, sua visão era curta, conseguiam perceber sua existência, mas o explicavam de forma rasa.

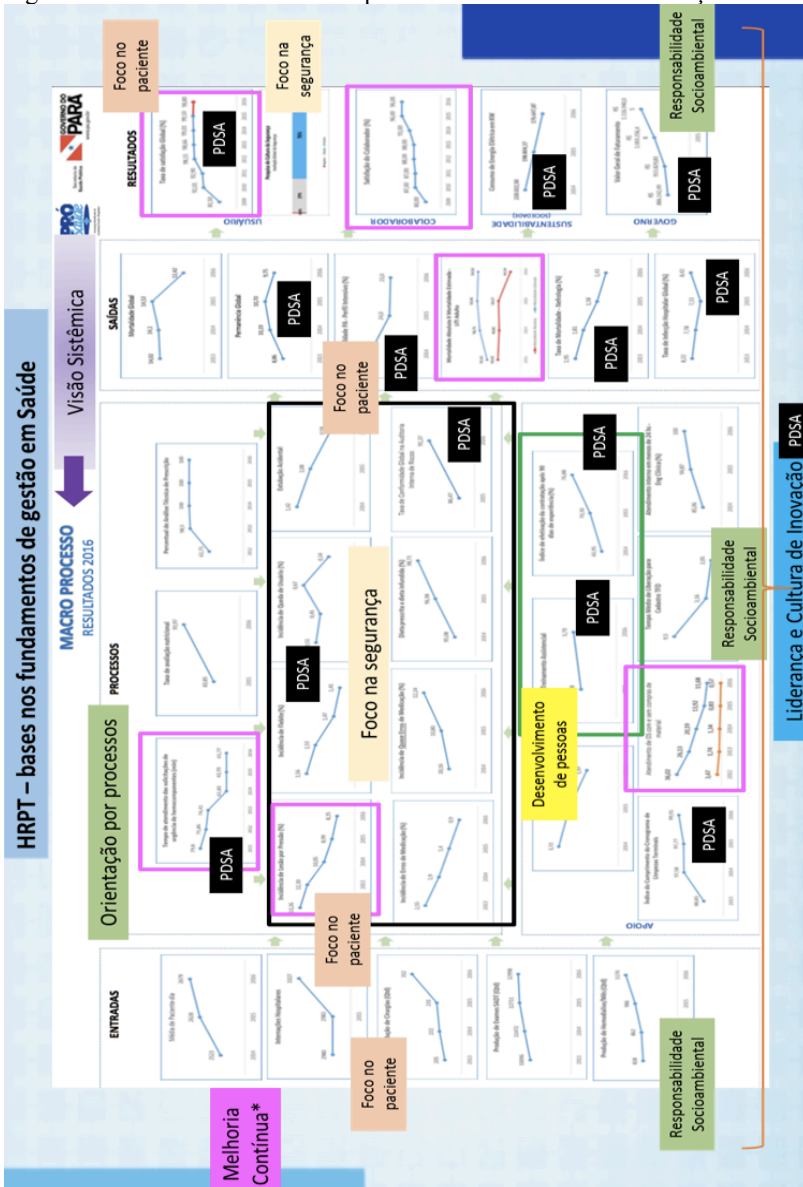
Revejo, hoje, que a “Excelência nos resultados” estava posta, no entanto, não estava visível, não tinha suas amarras bem costuradas, era como um tecido com vários retalhos soltos, alinhavado, mas não cerzido, tinha um quê da complexidade que não era iluminado aos olhos dos que conduziam, construíam e movimentavam aquele processo.

Agora, ao apresentar os resultados em 2017, as lentes foram outras, a construção foi diferenciada, os profissionais entenderam que a “Excelência nos resultados” era um processo efetivamente sistêmico que foi adquirido ao longo das experiências vivenciadas/aprendidas e (agora) geridas por cada qual e em conjunto, dentro de um processo histórico, que se fez aparente quando conseguiram perceber que o todo é a soma de cada parte integrada, conforme ilustrado na Figura 24<sup>28</sup>.

---

<sup>28</sup> A relevância da figura está na lógica como foi construída, apesar, de não ficar claro todos os indicadores, então a leitura é do esquema apresentado.

Figura 23 - Resultados sistêmicos apresentados na visita de certificação ONA 3



Fonte: Apresentação HRPT (2016).



Essa demonstração ilustra o macro processo com todas as entradas, com a evolução dos serviços ao longo dos anos - originados em um ambiente externo, em que o hospital se adequa ao perfil de contexto inserido, a seguir, traduz suas atividades assistenciais, representadas por marcadores dentro dos processos, que são sustentados por outros indicadores de apoio, que evoluem para saídas e resultados, que somados, ilustram o quanto aquele serviço tem de qualidade e segurança, bem como o seu impacto junto aos principais *stakeholders*: governo, usuário, colaborador e sociedade.

Ainda, esquematizaram a “Excelência nos resultados” fazendo uma leitura dos fundamentos da gestão em saúde a partir dos dados existentes, com o objetivo de demonstrar a efetividade dos resultados dentro de um contexto esperado de qualidade, que predispõe visão sistêmica, liderança, orientação por processos, desenvolvimento de pessoas, foco no paciente, foco na segurança, responsabilidade socioambiental, cultura da inovação e melhoria contínua (ONA, 2014, p. 71-72).

Outro ponto incluído na Figura 24 é a apresentação de um instrumento recém-iniciado no hospital, que é a metodologia PDSA (*Plan, Do, Study, Act*), a qual foi introduzida para reforçar o processo de aprendizado organizacional, fortalecendo a categoria “Desenvolvimento dos profissionais de saúde”, em que foram eleitos processos menores que podem impactar no macroprocesso institucional e, por meio deles, buscar melhorias sistêmicas.

Ações propostas pelo uso do PDSA, como a construção de um mapa conjunto onde os setores saíram de seus mundos setoriais e passaram a verificar o cenário geral e a discutir os fundamentos de gestão, fizeram com que o hospital exibisse uma evolução sistêmica na forma como os resultados foram apresentados e indicam um caminho para a melhoria contínua conjunta, como um processo sólido em que a “Cultura da qualidade e segurança” é reforçada.

Neste momento, não estou discutindo os dados em si, pois esse não é o objetivo desta pesquisa. No entanto, cabe salientar que os itens, os quais apontam como saídas e resultados, representam efetivamente marcadores de processos com tendência positiva ao longo de ciclos consistentes (a maioria com evolução nos últimos 3 anos), sendo que o único com dado exímio é o indicador de infecção hospitalar - em que o hospital, depois de alguns ciclos satisfatórios neste último ano, aumentou a ocorrência – o que indica uma melhoria necessária ao próximo período. O estudo dos dados, por si só, pode demandar projetos

futuros, isolados em uma série histórica de construção, certamente, citada ao final desta tese como oportunidade de pesquisa.

Na última visita a avaliadora falou que foi mostrado o impacto dentro dos setores, mas, que era importante mostrar e que se saiba, qual o impacto daquela melhoria dentro do processo todo. Falou que alguns indicadores correlacionamos legal, que era o caminho, mas, que viram que cada um ficou na sua casinha. Ela até disse que não é que não tem, mas que não estamos conseguindo demonstrar, precisava tentar demonstrar como que isso impacta o sistema. Isso ficou martelando, aí conversamos, discutimos, tivemos uma mentora que nos abriu os olhos, nos fez ver diferente. Somamos isto tudo e agora estamos nos reconstruindo para mostrar resultados melhores (CHAVES, R. 3).

[...] a gente teve que olhar com outra perspectiva, não olhar com perspectiva nos setores, olhar o impacto dessa melhoria de forma sistêmica que é funcionar como a nossa direção, que sempre tem que olhar o todo (TERRA ALTA, R. 3).

Na minha visão, os gestores conseguiram demonstrar as evidências de melhorias e inovações decorrentes do processo de análise crítica e asseguraram o comprometimento com a excelência. Todos os colaboradores, independente da linha hierárquica, foram/estão engajados, e esforços e inovações foram incorporadas à prática operacional do hospital (PRIMAVERA, R. 4).

Espero contribuir ainda mais para que possamos construir uma história que se torne legado para as futuras gerações e que deem continuidade no processo que construímos, quero que reconheçam que nossa história se fez por pessoas que valorizam e fazem por amor, independente da localização, e o Nível 3 reflete resultado de todos os nossos esforços (SAPUCAIA, R. 4).

É interessante como os profissionais da base têm a percepção de que a qualidade está instituída, sempre buscando formas de melhorar a

segurança da assistência, garantindo que ciclos de melhoria contínua sejam um processo recorrente, e não algo calculado e posto autocraticamente pela linha hierárquica superior.

A gente viu uma cultura de segurança sendo estabelecida, consolidada, porque a gente vê isso desde a fala da direção, da apresentação da direção até quando você chega na ponta, no assistencial, é um trabalho que vem se desenvolvendo desde o nível 1 e foi se consolidando, e aí hoje você vê que realmente existe essa cultura da qualidade, da segurança do paciente estabelecida (CASTANHAL, R. 1).

Quanto ao aprendizado organizacional e melhoria contínua, 91% dos entrevistados apontaram que estamos ativamente fazendo coisas para melhorar a segurança do paciente (Rel. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, nov. 2016).

Eu vejo que o HRPT, a minha equipe, vem sempre buscando os melhores padrões assistenciais, com desafios de novas metas e objetivos, além da melhoria permanente e contínua em busca de se manter e ser o melhor, para dar o melhor aos usuários. Eu acredito que a gente conseguirá fazer ainda melhor dentro do hospital regional, porque a gente sempre busca melhorar (CAPANEMA, R. 4).

Ao mesmo tempo, entendem que é um processo contínuo, que demanda esforços, precisa ser adubado para florescer, que não é visto somente como algo momentâneo, mas que, em pequenas doses contínuas, gera bons resultados, que poderão ser mantidos por muito tempo, mesmo com modificações em pessoas e estruturas, pois a forma de fazer perpassa o próprio fazer.

[...] essa recomendação [o nível 3 da ONA] ela é importantíssima para gente, mas, não fecha o nosso ciclo, de maneira nenhuma, esse ciclo nunca vai se fechar. Daqui a algum tempo a gente vai estar aqui nos certificando, daqui mais um tempo novamente, e nunca vai parar, é esse o nosso objetivo, melhorar sempre (MOJU, R. 3).

Chegamos até aqui, mas, ainda é um trabalho de formiguinha, a gente não consegue implantar um protocolo do dia para noite, a gente não consegue fazer com que as pessoas entendam os processos do dia para noite, então a gente tenta fazer as coisas um passo de cada vez e mantendo isso sempre em evolução (BONITO, R. 4).

O processo de qualidade é um compromisso contínuo, onde exige o envolvimento de todos e, principalmente, das lideranças. Hoje é uma realidade totalmente diferente do que a gente tinha antes, hoje nós conseguimos desempenhar muitas coisas novas, inovar, a qualidade já é vista diferente, e é isso que a gente começou a fazer: ter um contato mais próximo (PORTEL, R. 4).

Este entendimento é visto externamente, inclusive por aqueles que estão externos à prática diária, seja como avaliador, seja como consultor, ao citarem a visualização desta evolução, deste amadurecimento organizacional.

[...] quando você volta [no hospital] e vê que eles receberam suas considerações como sendo uma oportunidade, e vê que eles vão além. Essa organização em particular foi assim, porque a cada visita eles me surpreendiam com coisas novas e muito além do que eu tinha pensado, do que eu tinha imaginado naquele momento na visita anterior (CURUÁ, R. 2).

Ver o que vi aqui ontem foi uma coisa surpreendente, pois, uma organização que tinha na sua maioria, na sua liderança pessoas que vieram de fora, para poder alavancar todo esse processo, e hoje você vê as pessoas do local falando a mesma linguagem, falando de qualidade, falando de segurança, falando de melhorias. Eu penso que é o princípio da transformação, é transformar, quebrar paradigmas, mas transformar situações dentro da organização, e essa transformação é no sentido da busca de uma melhoria constante (TUCUMÃ, R. 4).

Outro ponto importante, que se observou amadurecendo ao longo da pesquisa e que “se mostrou” efetivamente na última visita observada, foi a inovação. Como um processo em instituição ainda não faz parte da cultura geral e muitos intuem por inovação somente o que causa ruptura, não entendem que inovações incrementais no processo podem ser consideradas. E, é justamente nos processos que eles inovam, ao tentar buscar melhorias, mudam, aperfeiçoam a forma de fazer. Passam a observar o resultado sob uma nova perspectiva. Imaginamos que esse entendimento virá, como se mostrou presente a noção de inter-relação vista entre 2016 e 2017.

Inovamos neste último semestre no plano de segurança do paciente, com o projeto *InQuality*, que foi desenvolvido em conjunto pelo NQSP e TI, é um programa feito por nós para coleta de dados referente às práticas de controle dos protocolos de segurança do paciente a ser utilizado nas unidades, por meio de um *tablet*, que promove ganho em produtividade, aumenta a segurança da informação, possibilita maior variabilidade da amostra, os resultados poderão ser estratificados por turnos, unidades, dia, semana, o que no final das contas, possibilitará uma resposta mais rápida quanto às fragilidades encontradas (OURÉM, R. 3).

Sabe, hoje eu vejo que fazemos inovações, fica fácil ver quando pensamos no Projeto “Dê asas à sua imaginação”, mas, na verdade, está em quase tudo, pois, quando pensamos nos processos que melhoramos está lá, tem muita coisa sendo inovada, feita de um jeito diferente. Está, também, nos poucos processos de benchmarking que fazemos, quando adaptamos algo de outras empresas para a nossa, algo que nem existia. Mas, as pessoas ainda não percebem isso como uma inovação, pra eles, inovação é tipo fazer um celular diferente, criar um carro novo, então, tem que disseminar o que é, vai ser igual quando começamos a trabalhar com a rastreabilidade, era uma palavra diferente, você perguntava se faziam e eles diziam que não, mas, eles faziam. Hoje ninguém mais se questiona se faz ou não, simplesmente faz. Precisa ensinar às pessoas que

o que elas estão fazendo pode ser uma inovação (BARCARENA, R. 4).

Quando os resultados ao longo dos anos proporcionaram evolução de desempenho com tendências favoráveis, os envolvidos no processo perceberam a diferença na forma do fazer, onde a “Acreditação como instrumento de ação” balizada pelo “Desenvolvimento dos profissionais de saúde”, em suas vertentes esperada e inesperada, podem ser traduzidos efetivamente na “Excelência nos resultados”.

A excursão por essa categoria de resultado nos proporcionou vislumbrar três proposições relevantes à pesquisa:

*P22: O aprendizado organizacional fundamenta a evolução sistêmica e indica o caminho para a melhoria contínua, consolidando a lógica da cultura da qualidade.*

*P23: A excelência nos resultados perpassa por indicadores com tendências favoráveis que evidenciam melhoria da qualidade e segurança assistencial, entretanto, é na percepção prática que ela se explica.*

*P24: A excelência nos resultados é fruto do alinhamento dos níveis organizacionais, da agregação de diferentes saberes e das relações de cooperação do aprendizado organizacional por meio das correlações estratégicas.*

Postas as categorias do primeiro e segundo quadrantes do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, passamos àquelas que compreendem o terceiro e quarto quadrantes, que desconstroem e constroem o modelo comum de como a assistência à saúde é vista.

### 5.3 AMOR À CAUSA

Esses dias tivemos uma festa de super-herói aqui no hospital para um pacientezinho residente<sup>29</sup>. Ele sempre foi muito ativo na sua condição, que é limitada, sempre fala muito conosco, brinca. Mas, percebemos que decaiu muito, estava prostrado, interagia pouco. Aí como ele ama os super-heróis resolvemos fazer uma festa pra ele, conseguimos uma fantasia pra ele de presente e o vestimos, e muitos funcionários até compraram fantasias de

---

<sup>29</sup> Paciente que reside no hospital, tem pouca ou nenhuma chance de sobrevida fora de um hospital, geralmente, ligado a máquinas, como o caso apresentado na entrevista.

outros super-heróis para a festa ou emprestaram. Levamos ele passear pelo hospital na cama, tivemos que bolar maior estratégia para levar ele, os equipamentos, a cama, entrar no elevador... levamos até perto do jardim pra ele ver. Foi emocionante, todo mundo que via chorava. A família não sabia como agradecer, mas, para cada um de nós o agradecimento veio com a melhora do nosso pacientezinho, ele é como se fosse meu, seu, de todos, todos amam ele e querem que fique bem. Ele ficou feliz e isto influenciou na sua melhora de quadro. Ele ficou feliz, a família ficou feliz, o hospital ficou feliz (BREVES, R. 3).

O principal ponto positivo que o HRPT possui é a humanização, porém há muitos outros como o comprometimento, a transparência, o profissionalismo, colaboradores motivados e convencidos a colaborar, cientes da importância de obterem o nível de excelência, e o primordial, que é o trabalho realizado com amor (MARITUBA, R. 4).

Normalmente, quando estamos elaborando uma tese em gestão, buscamos estar atrelados a conceitos, técnicas e teorias. Deixamos a perspectiva do ser social como coadjuvante, por mais que tenhamos em mente o fazer coletivo, onde os envolvidos no objeto de estudo são os principais agentes. E, mesmo com esse olhar, tornamos a observar o desenvolver do processo, o foco se volta para a atividade e seus relacionamentos. Porém, os achados desta tese conduziram-me a algo que considero como o alicerce de base para que tudo se desenhe no formato que se formatou, é algo quase holístico, não fosse pelo fazer que ocorre na prática. Encontrei aqui algo que sobrepõe à técnica, o dever com a profissão, a responsabilidade organizacional, o cunho social, encontrei o “Amor à causa”.

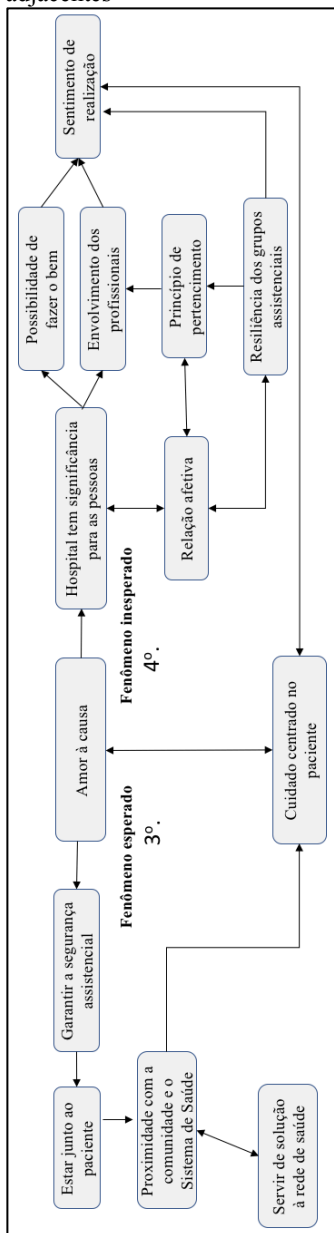
Por que, por quem? Pela causa que todos os envolvidos no processo - estive presente em 100% das entrevistas, conversas de cumbuca e apresentações realizadas durante a pesquisa – demonstraram ter pelo hospital, pelo que desenvolvem, pelas pessoas que têm ali sua chance de vida, pela comunidade que depende desta assistência e pelo ser humano. Enfim, é mais do que fazer, é fazer com amor, é agir pensando no cuidado – instrumento fundamental para a causa a que se propõe cada envolvido nesse processo.

Tive experiências únicas com os profissionais que sempre demonstraram dedicação e amor naquilo que fazem e fui contagiada por estes mesmos sentimentos (JACAREANGA, R.4).

Neste sentido, “Amor à causa” ilustra uma das categorias centrais e apresenta outras subcategorias que a suportam, representando o terceiro e o quarto quadrantes do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, conforme Figura 25.



Figura 24 - Representação da categoria central “Amor à causa” e as categorias adjacentes



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

De um lado da ilustração, visualizamos o que foi designado de conhecimento técnico, em especial, por estar vivenciando um fenômeno social regularizado em grande parte de seu fazer, seja por normativas, legislações, protocolos – que é a assistência à saúde hospitalar, e nomeei esse fazer de fenômeno esperado. Do outro lado, há algo que está posto, institucionalizado, que tem forte apelo e que demonstra a doação pessoal dos envolvidos à assistência hospitalar, que denomino de fenômeno inesperado. Esta soma alicerça algo que floresceu na pesquisa, onde os envolvidos consideraram esse como o projeto de suas vidas.

Vim de um projeto frustrado do interior de São Paulo para cá, e aqui tudo aconteceu, então, considero este o projeto da minha vida. Eu me superei em Altamira, onde nunca imaginei um dia estar. Realmente, é o projeto da minha vida e da vida de muitos outros aqui (PRIMAVERA, R. 1).

Acho que o desafio foi de foco, querer muito, a gente queria muito isso, e eu acho que foi o desafio das nossas vidas, foi um grande desafio, aquilo era a coisa mais importante naquele momento, a gente queria aquilo [...] o grupo se sentia abaixo, não acreditava na sua capacidade, no seu potencial, e a gente descobriu o quanto é capaz de avançar, então acho que foi o grande desafio, a gente descobrir e acreditar naquilo e que tudo era possível, então quando via uma situação problema a gente ia para frente, fazia e resolvia. Nada era capaz de nos tirar do foco, nada nem ninguém. Era um desafio de vida mesmo, era dia e noite, a gente só vivia isso, porque o foco era esse (ITAITUBA, R. 2).

No lado técnico, temos as categorias adjacentes representadas por “Garantir a segurança assistencial”, que foi fortalecida durante o processo pela Portaria nº. 1377, de 9 de julho de 2013<sup>30</sup>, a qual instituiu

---

<sup>30</sup> O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013, instituiu o Programa Nacional de Segurança do Paciente, que passou a ser obrigatório em todos os estabelecimentos de saúde do país, sendo que a Portaria nº. 1377 estabeleceu como protocolos de segurança básicos – identificação do paciente; prevenção de úlcera por pressão; segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos; cirurgia segura; prática de higiene das mãos em serviços de saúde; e, prevenção de quedas.

os protocolos de segurança da saúde do paciente em todo o território nacional e passou a ser um ponto muito discutido, vivenciado e atrelado ao fazer assistencial nos hospitais, apresentando impacto na pesquisa. Porém, por já atuarem nesta linha, isso só fortaleceu a ação do cuidado e o “Estar junto ao paciente”, que demanda constante “Proximidade com a comunidade e o Sistema de Saúde”. Essa última conduz ao “Servir de solução à rede de saúde”, em especial, pelo HRPT ser o único hospital de retaguarda na região, funcionando como o que os envolvidos na pesquisa denominam de “coração da Transamazônica” (RIO MARIA, R. 2; MARITUBA, R. 4).

No HRPT aprendi que qualquer um pode ser eficaz, mas quando somos eficientes fazemos a diferença na vida das pessoas (JACAREANGA, R.4).

Uma das vantagens de trabalhar no HRPT é trabalhar em equipe, desenvolvendo ideias, com apenas um intuito: chegar num resultado para melhor atender nosso usuário (PORTEL, R. 4).

Com referência à doação pessoal, o fenômeno inesperado, temos as categorias secundárias, nas quais se observa que o “Hospital tem significância para as pessoas” por estar atrelada à “Possibilidade de fazer o bem” pelo “Envolvimento dos profissionais de saúde”, que fortalece o “Sentimento de Realização”, favorecido pelo “Princípio de pertencimento” que é permeado pela “Relação afetiva”, que beneficia o surgimento da “Resiliência dos grupos assistenciais”.

[...] então para mim é isso que eu vivo [fazer o bem], é para isso que eu vivo (JURUTI, R. 2).

Aqui o diferencial são as pessoas, as pessoas que trabalham aqui, desde o jardineiro que está lá na ponta até o diretor geral, todo mundo tem a sua importância aqui dentro, por exemplo, o enfermeiro, se ele não tiver os técnicos, ele não consegue desenvolver o processo [...]. Se não for essas pessoas, as pessoas que trabalham aqui, comprometidas com o trabalho realmente, a gente não consegue fazer nada. O diferencial aqui são essas pessoas. Elas estão envolvidas, sentem que pertencem a este lugar, amam o que fazem e como fazem (ALENQUER, R. 2).

[...] aqui é a extensão da minha casa. Eu tenho um respeito e carinho por todos, os que habitam, os que já saíram, os que estão chegando (RIO MARIA, R. 2).

O hospital é a extensão da minha casa, onde passo a maior parte do meu dia a dia fazendo o que eu amo (MARITUBA, R. 4).

Ambos os caminhos, da técnica e da doação, conduzem a um coeficiente comum, que é o “Cuidado centrado no paciente”. Dito de uma forma simples, é a atuação dos profissionais junto ao paciente. Não é o cuidado para o paciente, mas sim com o paciente. Há a preocupação com o mesmo, um cuidado adaptado às necessidades daquele usuário em particular, é ver o paciente para além de termos e resultados clínicos – algo corriqueiro na assistência à saúde.

Quando eu olho para aquela emergência, quando eu vejo oito pacientes dentro de uma sala vermelha, pacientes graves, assusta. Poxa ali não é o lugar deles, é lá na UTI. Mas quando você pensa em um processo atendimento intensivo, e aquele doente é um paciente de atendimento intensivo, mas que você organizou de alguma forma em outro lugar, por não ter leito na UTI. Que você fez uma organização, que você tem um coordenador médico, com uma especialização em urgência e emergência, que está terminando uma especialização em terapia intensiva [...], tem o suporte da equipe da UTI, tem critérios para estabelecer qual o paciente que realmente vai subir para UTI na primeira vaga, e tem uma equipe multidisciplinar dando total apoio ali, para que aquele paciente tenha um desfecho, e ele tem este desfecho. Isso é qualidade. Dar a vida para alguém que não teria como sobreviver, não desistir da pessoa e fazer isto da melhor forma possível, ah, isso é amor (CASTANHAL, R.1).

[...] o que mais me emocionou foi isso, que as pessoas que trabalham aqui, elas entenderam que independente da atuação delas, independente do que elas realizam, o que elas fazem, contribuem para que o paciente receba o melhor, e isso para mim não tem preço (CURUÁ, R. 2).

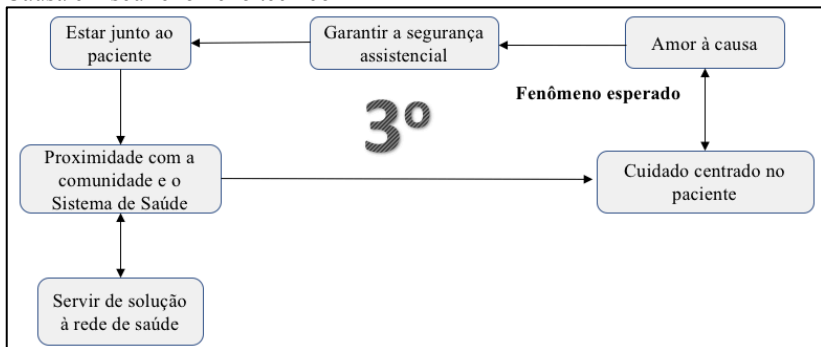
Feitas essas considerações, o resultado é expresso pela proposição P25: *O amor à causa é balanceado pelo conhecimento técnico, vinculado ao fazer organizacional e profissional, e pela doação dos envolvidos nesse fazer, comprometidos com o cuidado centrado no paciente.*

O processo analítico, criado por meio dos conceitos teóricos, possibilitou a construção de uma explicação, organização e apresentação dos dados dos dois quadrantes correspondentes a esta categoria central, conforme explicitado nos tópicos seguintes.

### 5.3.1 Fenômeno esperado ligado à técnica da categoria Amor à Causa

Explicar as categorias contíguas do fenômeno esperado da categoria central “Amor à causa”, ilustrada pela Figura 26, e que representam o terceiro quadrante do modelo “Comprometimento com o cuidado”, faz parte da missão deste tópico, no qual apontarei as construções entre as mesmas, bem como as subcategorias que estão ligadas ao processo principal.

Figura 25 - Representação das categorias adjacentes à categoria central Amor à Causa em seu fenômeno técnico



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

Pelas lentes dos envolvidos no processo, temos algo que é esperado ao tipo de serviço prestado nos hospitais, pela sua função primordial que é cuidar de vidas, que é expresso pela técnica destas ações, funções e finalidades. Mas, que vem embutido por uma roupagem

de significância que foi exacerbada quando da sua visualização em conjunto com o fenômeno inesperado que contrapõe esse quadrante.

A gente chegou à conclusão que a elevação da complexidade, ela influencia diretamente no comprometimento com o cuidado. Este, por sua vez, influencia na importância da equipe assistencial, nas pessoas cuidando de pessoas. Quando se tem profissionais comprometidos, a equipe assistencial se sente mais importante, e sabendo da importância dela, ela vai executar melhor as suas atividades, o seu trabalho. (...). E, é isso que nos faz referência, justamente o comprometimento que a gente tem em cuidar das pessoas. A gente fala, não somente da área assistencial, mas do hospital como um todo (BONITO, R. 3).

Iniciamos pela categoria adjacente “Garantir a segurança assistencial”, que apresentou forte impacto no levantamento dos dados por representar princípios imbrincados nos fundamentos de gestão em saúde<sup>31</sup> propostos pela Acreditação Hospitalar, além de estar atrelada a boas práticas assistenciais e perpassar pelas metas internacionais de segurança que a OMS divulga como essenciais à assistência segura.

Com o objetivo de ‘Avaliar a cultura de segurança no HRPT’, foi adotado o Questionário sobre Segurança do Paciente em Hospitais, criado pela *Agency for Healthcare Research and Quality* dos Estados Unidos em 2004 e adaptado pela tese de doutorado de Cláudia Tartaglia Reis: A cultura de segurança do paciente: validação de um instrumento de mensuração para o contexto hospitalar brasileiro, realizada na ENSP/Fiocruz. O referido questionário foi delineado com o objetivo de avaliar múltiplas dimensões da cultura de segurança do paciente e questiona a opinião sobre pontos chave relacionados à segurança, valores, crenças e normas da organização, notificação de eventos adversos, comunicação, liderança e gestão. (...) e quando questionados sobre a avaliação global da cultura de segurança,

---

<sup>31</sup> Os fundamentos de gestão em saúde propostos pelo Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2014) que têm ligação direta com a categoria “Garantir a segurança assistencial” são: foco no paciente e foco na segurança.

o percentual positivo apresentado foi de 76%. Os resultados obtidos demonstram um cenário positivo frente à cultura de segurança do paciente no HRPT (Rel. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, nov. 2016).

Hoje pela complexa demanda de atendimento aos usuários existente em nosso município e região, descrevo o processo de qualidade como fator fundamental em apoio para o aprimoramento das ações desenvolvidas por toda a equipe envolvida no âmbito do HRPT, como busca contínua de melhorias em níveis de eficiência, como a manutenção na qualidade de trabalho, serviço, informação, processo, estrutura e pessoas, baseada em fatos e dados, voltada para a correção e prevenção de erros; garantindo a segurança e satisfação dos usuários (MEDICILÂNDIA, R. 4).

Mesmo quando há dificuldades financeiras, em especial por ser uma organização pública, o foco continua sendo “Garantir a segurança assistencial”, pois esse é um compromisso firmado no grupo, o cuidado sempre é priorizado. Esse é um fator que merece destaque para trabalhos futuros, pois se avista uma possibilidade de utilizar procedimentos semelhantes para minimizar descompassos de emprego de recursos no contexto de estabelecimentos de saúde e/ou da rede de prioridades do SUS.

[...] como a gente está com uma dificuldade financeira importante agora devido à situação do país: ‘estamos devendo até!’ A gente elege as prioridades, a gente tenta fazer com que tudo aquilo que é diretamente ligado ao paciente, diretamente ligado a segurança do paciente, a gente não falha, se tiver que falhar alguma coisa, seja uma coisa que não seja diretamente ligada a segurança do paciente (CHAVES, R. 1).

Segurança é o mínimo, o paciente entra no hospital, ele não tem que sair com a situação complicada, pelo contrário, ele tem que sair bem assistido independente do que está acontecendo nos bastidores. Se não tem dinheiro para comprar algo que falta, qual vai ser o nosso plano de contingência. A qualidade me dá subsídios para

avaliar esse tipo de situação e atuar preventivamente, porque a gente acaba despertando para coisas que enquanto enfermeira eu não tinha (JACUNDÁ, R. 1).

Aqui não precisa perguntar para o diretor o que se deve fazer antes, o que deve ser comprado antes, o que deve ser priorizado. Todo mundo sabe que a escolha sempre é aquilo que é para a assistência do paciente (MOJU, R. 3).

No entanto, cabe salientar que a visão dos envolvidos no processo vai para além da prática com foco no fazer técnico. Eles predisõem em suas colocações que esse fazer está vinculado à ação munida de sentimento, o que, na visão deles, representa efetivamente garantir segurança assistencial.

Aqui fazemos valer a assistência segura, e não só quando os pacientes estão aqui dentro, pensamos nele em todo o processo, aqui dentro e fora. São tantas coisas que fazemos e não seria nosso dever enquanto hospital, mas, é essencial enquanto nosso compromisso com a saúde do paciente, por exemplo, a visita domiciliar aos pacientes dializados; o transporte de usuário para terapia dialítica que o hospital fornece para aqueles que moram ou ficam na cidade para fazer o tratamento; o projeto de acolhimento cirúrgico de enfermagem, onde há uma visita lá no andar antes da cirurgia, a enfermeira vai lá, mostra fotos do centro cirúrgico para o paciente de como vai ser o ambiente, isso diminui o stress do paciente, ele se sente seguro (BARCARENA, R. 3).

O hospital é um ponto estratégico aos usuários que realmente necessitam dos atendimentos aqui prestados, estando próximo, principalmente, da comunidade menos favorecida e distante dos centros metropolitanos onde o acesso à saúde é mais fácil. Além de que, somos próximos do paciente, ele vai sair daqui sabendo que estamos trabalhando por ele (ITUPIRANGA, R.4).

Para tal, sentem necessidade de “Estar junto ao paciente”, demonstrando a empatia que desperta com a situação do mesmo, do



local e das circunstâncias envolvidas. Buscam melhorar sua condição, trazer alento ao tratamento, tornar o processo menos desgastante, assim como buscam por uma situação mais adequada para devolver o paciente a seu meio da melhor forma possível.

O que se percebe é que os envolvidos se comprometem com o paciente ao estar próximo dele, pois, sentem-se vinculados ao mesmo, entendem que é importante contribuir e acabam influenciando na vida destas pessoas. Quando nós tratamos o nosso paciente, como ele deve ser tratado, como nós gostaríamos de ser tratado, faz uma diferença muito grande. Estamos desenvolvendo a visita virtual, como uma ação para elevar a satisfação do usuário. A gente disponibiliza uma forma de contato entre o hospitalizado com os familiares, se não podem vir visitá-los. Aqui isto é um problema, pois, temos pessoas que estão 800km longe dos familiares, temos que conseguir uma forma de contato, e nem com todos podemos usar um *WhatsApp* ou *Skype*, temos buscado outras formas, para tentar chegar onde ainda o meio mais fácil parece ser a fumaça do índio. Parece pouco, mas, a humanização na assistência ao paciente, ela é diretamente relacionada ao comprometimento com o cuidado, quando a gente se compromete com o cuidado, a gente humaniza mais e vai procurar estes outros meios (OURÉM, R. 3).

Para os profissionais comprometidos este hospital oferece a oportunidade de atender de forma humanizada e com qualidade, seus usuários prestando todo o atendimento necessário e ir além, por exemplo, a manutenção das cadeiras de rodas particulares dos pacientes, a cadeira não é do hospital, é do paciente, mas você viu que ele tem uma necessidade, quer dizer, você está indo extra muro, fazendo algo a mais. Aqui em Altamira não se tem um acesso adequado nas ruas, é cheio de buracos. Já é difícil para aqueles que precisam conseguir a cadeira, mas, muitos chegavam aqui e tinham histórico de cair, da cadeira estar travando, aí resolvemos que íamos consertar, por ser mais seguro para o paciente e resolver um problema

dele, do paciente. Um paciente mais bem cuidado traz um resultado melhor para o nosso serviço, o próprio paciente quando vê que nos comprometemos com ele, se compromete mais com o tratamento (COLARES, R. 4).

Estou internado aqui faz bastante dias, vejo pouco minha família, tá longe, só de final de semana. Hoje vou fazer outra cirurgia, tô sozinho, o médico explicou hoje cedo, mas a enfermeira veio aqui me explicar direitinho como vai ser. Tava com medo, mas, fiquei mais tranquilo, ela me passou tudo de um jeito que fiquei mais seguro. Vão riscar minha perna no centro cirúrgico (...). Tem um menino da limpeza aqui que me faz rir, até conta piada. Tem uma cozinheira que me traz sobremesa diferente quando vê que não como o almoço. Tem gente aqui o tempo todo, parece que é mais que em casa, eles cuidam de mim mais que minha mulher. Eu já tinha vindo aqui antes como visitante, não tinha gostado muito, sabe, ninguém gosta de hospital. Agora eu gosto, vi o que que fazem, aqui é uma família cuidando desse povo todo e tem tanta gente pra cuidar, aqui somos três só nesse quarto, tem um corredor inteiro (PACIENTE 2, R. 4).

O “Estar junto ao paciente” predispõe que os profissionais perpassem por todas as barreiras para conseguir desenvolver o melhor cuidado possível, inovando na forma de fazer, buscando soluções novas, realizando os mesmos processos de outras maneiras. Tudo com foco em atender esse paciente e “Garantir a segurança assistencial”.

A entrega de exames no caso do ultrassom, ecocardiograma, ocorria assim, o usuário atravessava 80, 90, 120, até mesmo 700 km, para fazer um exame aqui e voltava 7 ou 10 dias depois para pegar o laudo. Hoje ele já recebe o resultado na hora. Como conseguimos isso? Discutimos com a equipe como resolver o problema de entrega de laudos, então ao invés da equipe falar: ‘vai precisar de mais colaboradores para digitar’, eles disseram: ‘precisamos de um computador e de uma impressora, porque o médico dita, digita, confere e já entregamos’. Então fizemos uma

mobilização, retiramos um computador de uma área, retiramos a impressora de outra e os exames passaram a ser entregues no mesmo dia, um ganho para o usuário e o sistema de saúde (PRIMAVERA, R. 1).

Há muitos pacientes que são transferidos para cá porque o município de origem não tem medicação, não tem os exames que eles precisam, e encontram isto aqui. Chega a ser desumano. E aqui ele encontra esse acompanhamento. Além de que, eu vejo como um diferencial no tratamento, trabalhar com humanização, trabalhar da forma correta, e atender aos processos para que lá na frente não só enquanto internado, eles saiam com esse pensamento, que o que ele precisava ele foi atendido. E isto, acho que é a diferença na assistência, por maiores as dificuldades que a gente tem, a gente não perde a tratativa, o respeito, a humanização com o paciente (JURUTI, R. 2).

Estamos numa localização geográfica distante em que somente nós podemos tratar as pessoas, e principalmente, pelo fato de estarem sensibilizadas pelas doenças ou traumas a que se encontram, escolhemos fazer com humanização, respeito e conforto. Poderíamos fazer como todos os outros [hospitais], mas, escolhemos dar nosso melhor (RURÁPOLIS, R. 4).

Este senso de dever com o paciente levou a uma maior proximidade com a comunidade de entorno, em especial da cidade de Altamira, mas também com todas essas outras cidades atendidas e, conseqüentemente, com o sistema de saúde onde este atendimento se estende. Neste caminho, denominei, em conjunto com os envolvidos, uma categoria intitulada “Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde”, para traduzir este movimento de comprometimento para além dos muros da organização.

O hospital não está em uma redoma, ele depende de um sistema de saúde que é uma coisa maior, e ele não só depende como ele influencia no meio ambiente, na sociedade como um todo (CARUÁ, R. 2).

O Hospital Regional Público da Transamazônica representa a população de quase 500.000 habitantes o porto seguro onde se tem o serviço da região diferenciado o que torna a sociedade abrandecida (MARITUBA, R. 4).

E esta proximidade foi fortalecida pela necessidade da população, que via no hospital sua “tábua de salvação” (PRIMAVERA, R. 1), a oportunidade de viver. Esperaram por ele; tinham esperança de, assim, tornar a região mais propícia ao desenvolvimento; a oportunidade de tornar-se um lugar para viver e não só uma terra de passagem.

Então, eu acho que o próprio local, aonde a gente está, quando a gente vai se procurar lá no mapa assim, e você pensando que você não conhece isso aqui, e você descobrir que aqui tem um hospital público 100% SUS, que tem um processo de qualidade, que tem um reconhecimento nacional, não são muitos lugares que você encontra isso. Principalmente você pensar que alguns anos atrás isso não existia, que as pessoas não tinham nada disso, que as pessoas precisavam de transferências e elas morriam na metade do caminho, e hoje elas têm tudo isso aqui, e elas não precisam pagar nada, porque quando elas precisavam, elas precisavam viajar horas, pagar, as vezes não tinham condições, e as coisas ficavam por isso mesmo. Hoje elas têm isso aqui, talvez aonde elas moram não é tão perto, mas quem mora em Altamira e nas cidades vizinhas, é mais perto, e ela tem tudo isso, e acredito que muito mais do que elas imaginavam, muito mais do que elas encontravam em outros lugares, e que elas não precisam pagar por esse serviço, e que a gente tenta fazer ainda melhor (VIGIA, R. 1).

Eu vim para Altamira para ajudar na construção da barragem e ia embora quando acabasse o serviço, ia pra outro lugar, fazer outra construção, minha vida sempre foi desse jeito. Aí cheguei aqui, arrumei uma esposa, filho, pensei em ir, mas, o próprio hospital fez ficar. Diziam que se ficasse doente tinha pra onde ir. Eu que sou carioca, meu maior medo nessa terra de ninguém

é não ter médico. Hospital é importante, mais que educação, que hoje até tem na internet (PACIENTE 1, R. 4).

Em muitas entrevistas, o hospital foi traduzido como vida (CAPANEMA, R. 2; JURUTI, R.2; OURÉM, R.3), por representar este elo do sistema de saúde que era tido como deficitário, não somente para Altamira, mas por uma extensão de mais de 700km. Pensar nessa dimensão em se tratando de sistema de saúde brasileiro, como o único hospital de média e alta complexidade existente e com raras possibilidades de transferências para grandes centros, como Belém, torna o possível a melhor situação para o impossível.

[...] é um trabalho difícil porque a região é muito grande e a gente tem essas limitações né, mas a gente tenta fazer com que o hospital esteja mais próximo da população na maior parte do tempo possível (CHAVES, R. 1).

Este hospital representa vida. Como eu cheguei aqui antes deste hospital abrir, eu fiquei seis meses em estágio voluntário no hospital municipal, que era o único que tinha. (...) aqui a gente tem muito assim, perfil de pacientes com poli trauma, pacientes que tem TCE, então eu lembro muito bem, que lá no municipal tinha dois leitos que eles tinham os ventiladores mecânicos. Então os pacientes que precisavam, ao passarem de dois, infelizmente, não tinha o que fazer, porque eles não tinham suporte de vida, não tinha como ter mais de dois ventiladores funcionando. Então assim, acontecia muito, chegava lá, estavam os dois leitos, aí era toda aquela burocracia de levar para Belém, para continuar dando suporte lá. (...) Era acidente, baleado, esfaqueado, era uma coisa assim, quase sempre ele evoluía a óbito, porque ele não tinha local para ser tratado e até Belém era longe (JURUTI, R. 2).

A proximidade com a comunidade leva ao desenvolvimento de ações sociais, educativas e projetos junto à comunidade. Além disso, o hospital é o maior empregador local (HRPT, 2016) e injeta, mensalmente, R\$ 4.000.000,00 na economia da cidade (HRPT, 2017).

Mas a gente tem uma dificuldade com as pessoas que não tem acesso aqui no hospital, e o que que a

gente faz, a gente busca tirar o hospital de dentro do nosso muro, a gente visita as comunidades, a gente faz campanhas, a gente já visitou outros municípios, levando consultas, exames, tentando fazer com que o hospital esteja mais próximo da população (CHAVES, R. 1).

A qualidade da assistência não está mais só dentro do hospital, ela vai aonde o paciente estiver, principalmente para suas casas. Essa é uma grande transformação, que ela chega a extrapolar muros, porque esse que é o bacana da acreditação, sair, extrapolar muros (CARUÁ, R. 2).

Nós temos muitas ações sociais desenvolvidas, por exemplo, acolhemos a Casa do Idoso. Temos muitas atividades voltadas à saúde do idoso lá. Envovemos muitos profissionais do hospital, desde o pessoal da enfermagem que vai lá sempre visitar, olhar os cuidados com higiene, os cuidados com saúde, indicar onde precisa colocar barra de apoio, o pessoal da manutenção que colocou as barras nos banheiros, corredores, pintou todo o local, o pessoal da fisioterapia que deu apoio, da nutrição, tem as consultas de enfermagem que fazemos, e tem um horário e consultas específicas para os vovôs aqui no hospital, para que não fiquem sem consulta, se não me engano, eles vem a cada 6 meses fazer um *check up*. Adotamos eles, pois, muitos iam e voltavam por falta de cuidados, então, fomos lá, ensinamos e apoiamos para melhorias (CAMETÁ, R. 3).

O “estar junto com o paciente”, aliado à “Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde”, é fortalecido pela busca de “Garantir a segurança assistencial”, resultando em ações junto aos municípios para fortalecer o sistema de saúde. Essas ações extramuro fortalecem a continuidade do tratamento dos pacientes internados, a prevenção do cidadão e o papel do hospital no contexto de rede de saúde.

O Hospital Regional Público da Transamazônica mantém uma relação responsável com o ambiente no qual está inserido, desenvolvendo intervenções junto a comunidade, por meio de educação para a

saúde, para segurança no trânsito, para a prevenção de doenças além de diversos outros programas voltados para a comunidade (Rel. Avaliação Manutenção ONA Nível 2, ago. 2014).

No planejamento criamos ações conjuntas com outros órgãos da sociedade civil para apoiar a segurança do paciente fora do hospital, para prevenir, por exemplo com o corpo de bombeiros, departamento de trânsito. Queremos estar junto destes órgãos para apresentar outra perspectiva para a saúde da região (OURÉM, R. 3).

Nós temos um projeto que se chama HRPT na escola, são palestras de educação em saúde com a equipe multidisciplinar. E tem as ações de blitz em campanhas educativas de trânsito. Contribuímos com algo da assistência básica, além de divulgar o que nos fazemos aqui dentro do hospital, para levar para a comunidade para eles terem a ciência de como a gente age nas diversas situações. Pra prevenir mesmo, por exemplo, nosso maior cliente hoje é o trânsito. Estamos aproximando o hospital da sociedade, através de atividades que evidenciem o papel do hospital para a população (XINGUARÁ, R. 3).

Pontos fortes: Interação da instituição com o 10º Centro Regional da Secretaria Estadual de Saúde do Pará, analisando as necessidades da população para alinhamento de seu planejamento estratégico. (...) Treinamentos abertos à outras instituições e profissionais de saúde da região (Rel. Avaliação Manutenção ONA Nível 3, mar. 2017).

Ao adotar uma posição de “Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde”, o hospital passou, voluntária ou involuntariamente, a “Servir de solução à rede de saúde”, contribuindo com seu papel social e assistencial, porém extrapolando o que lhe seria destinado como função dentro do complexo sistema de saúde brasileiro, que é dar assistência de média e alta complexidade aos pacientes referenciados ao hospital.

Inclusive, por ser um hospital de porta fechada<sup>32</sup>, não teria esta função de atuar diretamente junto aos demais serviços, visto que desempenha um papel de finalizador dentro de uma cadeia assistencial, porém, o faz.

Hoje a gente está com 81 usuários em tratamento na hemodiálise, fora a quantidade de usuário que faz o tratamento conservador, então com a implantação do serviço no hospital regional, atendendo os municípios da transamazônica, a gente conseguiu reduzir bastante o número de mortalidade pela insuficiência renal na região, uma vez que os nossos usuários eles seriam transferidos para Belém, e demorava bastante tempo para conseguir vaga para eles realizarem a hemodiálise deles. (...) quando eles faziam o tratamento em Belém, eles residiam em Belém, e o município arcava com as despesas desse usuário, que a gente fala que é o TFD, “tratamento fora domicílio”. Nós temos bastante usuários de outros municípios, eles dialisam três vezes por semana, alguns segunda, quarta e sexta, outros terça, quinta e sábado. A duração é quatro horas por dia de hemodiálise, os usuários do município de Altamira, nós temos um transporte aqui do hospital regional, que faz a busca desses usuários,

---

<sup>32</sup> Os hospitais, que prestam ações e serviços no âmbito do SUS, constituem-se como um ponto ou conjunto de pontos de atenção, cuja missão e perfil assistencial devem ser definidos conforme o perfil demográfico e epidemiológico da população e, de acordo com o desenho da Rede de Assistência à Saúde loco-regional, vinculados a uma população de referência com base territorial definida, com acesso regulado e atendimento por demanda referenciada (BRASIL, 2013). No caso do HRPT, o primeiro atendimento de emergência do cidadão deve ser realizado no serviço de saúde da própria região de moradia dele ou na qual ele está no momento em que necessita de atendimento. Caso seu quadro clínico demande assistência de maior complexidade, essa unidade entrará em contato com a Central de Regulação do Estado do Pará, que realizará os trâmites para a transferência do paciente. Todos os pacientes atendidos no hospital, seja para internação, consultas ou exames, são referenciados pela Central de Regulação, não havendo entrada por porta de Pronto Socorro, o que o torna um hospital de porta fechada.



hoje nós estamos com três motoristas, e três turnos funcionando, então eles buscam esses usuários e devolvem em suas casas. Os municípios mais distantes, o próprio município, ele arca com a responsabilidade do transporte desses usuários. Vitória do Xingu, um exemplo, o município fica a quase 80 km, tem uma van que traz os usuários. Dentro do possível a gente tenta colocar os usuários do município, sempre no mesmo dia, para que o transporte consiga fazer só uma rota. O município que não tem o transporte, mas eles pagam para o usuário vir, e o usuário vem no carro de linha, o que não é muito bom. Quando eles saem das seções, eles saem muito debilitados, e nós temos paciente com setenta, setenta e poucos anos. A gente sempre orienta que ele permaneça a semana aqui, e vá só no final de semana para sua cidade. Alguns familiares aderem a nossa sugestão, outros não, mas quando chega um certo tempo, eles ficam realmente cansados e acabam optando por ficar a semana aqui, e indo para sua residência somente no final de semana. Buscamos parcerias para que os municípios ajudem com casas de passagem e costumamos ser exitosos (CAPANEMA, R. 2).

Fazemos o extra muro, quando precisamos capacitar os técnicos que realizam curativos na rede básica. A comissão de feridas capacita este pessoal para que após o paciente sair daqui com uma úlcera ou uma lesão, de continuidade, e até mesmo que não precise retornar, voltando aqui só para isso. Ou ainda, na capacitação para acompanhantes, sobre os cuidados dos pacientes de longa permanência, pra passar noções de cuidados importantes após a alta. E ainda pretendemos fazer oficinas para pegarmos também aqueles cuidadores que já tem paciente em casa, acamados (MARAPANIM, R. 3).

Servindo de solução à rede de saúde onde está instalado, o HRPT, na visão dos envolvidos na pesquisa, passou a ser aceito como um local de apoio, de auxílio dentro da rede, fomentando melhorias junto ao sistema de saúde, que podem ser sentidas na prática destes

municípios. E, os próprios envolvidos relevam situações nas quais a ação do hospital proporcionou o restabelecimento de pacientes com condições favoráveis a seu meio, o que contribui indiretamente com o papel social do hospital.

[...] os pacientes enxergam quando vem para cá, porque está grave, como tábua da salvação. É gente brigando para entrar aqui, depois, brigando para não sair. Hoje, eu não consigo tirar o paciente do hospital e referenciar para os hospitais vizinhos, porque sabe da qualidade, da diminuição da assistência prestada. Então eu vejo isso, que, eles enxergam isso aqui como um local em que as coisas se resolvem (...) estamos na região há quase dez anos então eles estão acostumados, mas o hospital, é visto como ponto da misericórdia mesmo. Então a gente recebe ligação: ‘ah, minha mãe está aqui no hospital jogada, pelo amor de Deus, o que você pode fazer?’. Aí informamos que só conseguimos trazer ela para cá se ela estiver com solicitação na Central de Regulação, se ela for realmente dentro do perfil do hospital. Hoje tem muitas pessoas precisando vir para cá para fazer uma cirurgia, por exemplo, e o hospital poderia ser mais resolutivo, se tivesse mais verbas, para gente poder cuidar, fazer mais e atender mais a população (PRIMAVERA, R. 1).

[...] eu acho que esse hospital faz uma diferença muito grande para comunidade. Tem as adversidades, essa questão vai persistir, mas, acho que isso é bom, porque faz a gente crescer também, buscar amadurecer mais. E o resultado a gente consegue ver. A gente encontra as pessoas nas ruas, elas falam sobre as coisas que melhoraram com o hospital. Eu encontrei um senhor na rua, só para você ter ideia, vendendo salgados aqui na frente, na entrada do hospital. Então quando eu entrei no hospital eu vi que ele ficou me olhando, e eu não lembrei dele, mas aí ele disse: ‘Moça, você não lembra de mim? Mas eu lembro de você, olha o meu pé que você ajudou a curar’. Então, eu sei que isso acontece, e muito mais coisas, pacientes que ficam em longa permanência e que conseguimos fazer que vão

embora melhor. Muito tempo atrás as pessoas iam ficar à mercê, talvez ele ia ser um amputado hoje, e ele está ali está trabalhando feliz, contente. Poderia ser mais um paciente que talvez não ia sobreviver e o hospital conseguiu assistir, e hoje está bem, pelo menos tem uma condição melhor (JACUNDÁ, R. 1).

Sou de Uruará, fica longe uns 200km, lá não tem muito posto, muita condição de cuidar dos doentes. Só que quando o regional ficou pronto as pessoas começaram a vir pra cá, e ficou melhor, antes muita gente ficava mal e não tinha onde ir. Agora tem. Ninguém gosta de hospital, mas, a gente sabe que precisa, então a gente vem e fica feliz que tem o regional para salvar a gente (PACIENTE 2, R. 4).

Ademais, o HRPT apresenta-se como um facilitador para os outros estabelecimentos da rede de saúde, conforme evidenciado na apresentação feita pelo hospital na 1ª. visita de manutenção de nível 3 da ONA, na qual se citam eventos ilustrativos realizados, sendo esses registrados no Diário de Campo de 27/03/2017, quais sejam: capacitação em cuidados com o paciente crítico; treinamento de prevenção e tratamento de lesões e feridas; curso de debridamento mecânico; e, noções de reanimação neonatal. Todos abertos a outros profissionais da região e outros hospitais pequenos das cidades próximas.

Acredito que o processo de Acreditação deve ser utilizado como norteador para todos os hospitais do país, justamente pelo fato do estímulo continuado pela melhoria dos processos e resultados de todas as áreas da instituição. Com esta metodologia, todos da equipe passam a melhorar o seu desempenho agregando cada vez mais valor aos usuários do sistema de saúde (PARAGOMINAS, R. 4).

Infelizmente, não há dados públicos para averiguar como o Sistema de Saúde funcionava antes da existência do hospital e comparar com o período posterior, pois os bancos de dados referentes a indicadores de saúde apresentam a maioria dos dados a partir de 2008 (DATASUS, 2017). Desta monta, impossibilitam-se comparativos

quantitativos, visto que o hospital foi aberto em período semelhante. No entanto, relevante salientar que a população atendida aumentou 19,5% (IBGE, 2017) desde a sua implantação, sem que ocorresse um aumento na estrutura de atendimento do hospital, que já trabalha com sua capacidade instalada total.

A gente sabe, imagina que contribuimos para melhores indicadores na região, mas a gente não tem parâmetro para comparação porque somente nós mensuramos os nossos dados de assistência, a gente não tem acesso aos demais dados, talvez seja uma coisa para ser trabalhada com os serviços de saúde locais e do Estado (MOJU, R. 3).

Destarte, a pesquisa se embasou nos comentários dos envolvidos no processo. Refletir sobre esses tópicos, oportunizou-me a criação de duas proposições em conjunto com mesmos:

*P26: As fragilidades encontradas junto ao fazer, durante o processo pré, intro e pós-assistencial, exprimiram a necessidade de estar junto ao paciente, atendendo para além da doença, para o contexto social daquele ser humano e dos seus.*

*P27: Para estar junto ao paciente, a organização hospitalar necessitou de aproximação com a comunidade e o sistema de saúde onde está inserida, servindo de solução à rede de saúde da larga região onde atua, favorecendo uma melhor assistência ao SUS.*

Observado o fenômeno esperado, no próximo tópico trataremos do fenômeno inesperado e suas implicações no cuidado com o paciente.

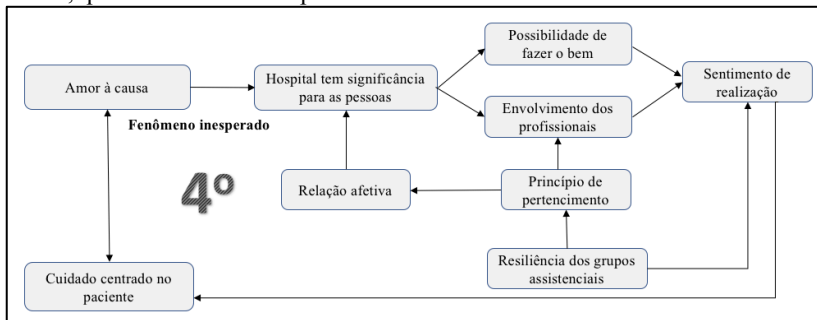
### **5.3.2 Fenômeno inesperado ligado à categoria Amor à Causa**

Quando aprendemos o valor do trabalho realizado com qualidade e enxergamos o que representa a nossa dedicação e empenho a cada pessoa que por nós é atendida nos damos conta de que nosso trabalho deixa de ser um dever e se torna simplesmente um prazer! (JACAREACANGA, R. 4).

Entrando nas categorias adjacentes do fenômeno inesperado, a Figura 27 ilustra o quarto quadrante. Ela demonstra como o objeto de estudo pode ser avistado pelas lentes dos envolvidos no processo. Nesse sentido, a categoria o “Hospital tem significância para as pessoas” representa o sentimento dos profissionais expresso para com o hospital

em que atuam, bem como o quanto isso está imbricado em como fazem e como vivem a partir da organização.

Figura 26 - Representação das categorias adjacentes à categoria central Amor à Causa, que são o reflexo inesperado de ocorrência



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

Houve momentos em que alguns envolvidos comentaram que a causa principal de estar em Altamira é o hospital (JACUNDÁ, R. 1). Relatos como “espero ficar aqui por muito tempo” (RIO MARIA, R.3) ou que o hospital representa “tudo” para o envolvido (ANAPU, CAPANEMA, R. 2), reforçam o reflexo que a organização tem nos que ali atuam.

[...] esse hospital, além de ser uma escola, foi a minha escola, representa a minha vida (JURITI, R. 2).

Aqui o objetivo maior era trazer algo diferente pro SUS, trazer uma melhor qualidade à população que estava sendo atendida. A gente começou este processo da acreditação entre 2008 e 2009 e se concretizou em 2010. Fizemos o processo da acreditação em 2010 e daí caminhamos, fomos gradativamente produzindo, chegamos ao nível 2, durante muito tempo nos mantivemos no nível 2 e, hoje nós estamos trabalhando para o nível 3. Penso que o elemento fundamental de quem trabalha com este hospital, de quem trabalha aqui é que todos nós amamos este hospital. Eu amo profundamente. Me emociono, várias vezes já me emocionei aqui com colegas, com profissionais, com pessoas que trabalham em todas as áreas, porque elas todas são importantes. E por isso que

a gente está nesse momento comemorando essa vinda da avaliação ONA 3, pelo amor a este hospital (MELGAÇO, R. 2).

Quando falo em essência e amor falo de ser/sentir, isso me representa, enquanto profissional e pessoa. Cresci muito e essa mudança veio através das adversidades, dificuldades e pelos aprendizados proporcionados por esta organização (COLARES, R.4).

Considero o hospital como se fosse minha segunda casa, por passar grande parte do tempo aqui, vejo que ao longo dos anos muitas conquistas foram alcançadas com muito sacrifício, muitas negativas recebidas, muitas adversidades e mesmo assim nunca desisti por acreditar que cada dia que conseguimos vencer os obstáculos, cada vez que olhamos para trás e visualizamos o quanto crescemos, me traz uma felicidade enorme, por fazer parte dessa família pois, considero o hospital como se fosse alguém, uma pessoa no sentido figurado, a qual é considerada de muito importância para mim (RURÁPOLIS, R.4).

Ao criar o laço com a significância atribuída ao hospital e sua atividade principal - cuidar da doença para contribuir com a saúde da sociedade, tem-se aquilo que se revelou o lado bom do ser humano: a motivação que move as pessoas em momentos de crise, de necessidade. Isso, por Altamira ser um local ímpar, com todas as fragilidades que lhe são impostas, passa a ser o senso comum do agir de muitos que ali estão, por possibilitar demonstrar o quanto do “Amor à causa” está na prática da atividade. Esse sentimento foi expresso como a “Possibilidade de fazer o bem”.

Eu acho que o primeiro passo é o comprometimento da equipe, aqui nós temos muitos profissionais que são muitos comprometidos, e eu me incluo nessa remessa, então a gente que conhece aqui a região, eu sou sulista, sou de Santa Catarina, mas eu aprendi a gostar dessa região, e a gente sabe que essa região aqui ela precisa de saúde, precisa de muita saúde. Quando a gente conhece os travessões, conhece as dificuldades da comunidade e, quando o nosso

paciente chega aqui, ele tem em nós sua referência para prestar esse serviço. E a gente se compromete com o paciente, a gente não vê o paciente como um número, a gente vê o paciente como um ser humano, e se coloca no lugar do paciente. Então essas dificuldades que temos, a gente tem que superar. Por que ‘se eu estivesse no lugar dele, o quê eu faria? Se eu estivesse precisando de ajuda, quem me ajudaria?’ Então a gente tem a oportunidade de fazer algo, a gente tenta fazer o melhor de cada um (REDENÇÃO, R. 1).

O objetivo do certificado ONA 3 não é para ter o título é por que a gente sabe que quando a gente busca com qualidade, a gente atende melhor, a gente cuida melhor das pessoas (PLACAS, R. 3).

A “Possibilidade de fazer o bem” vem imbricada com o cuidar melhor das pessoas, cuidar do outro, dar o seu melhor. Tem um foco fraternal, onde um busca, no outro, forças para vencer tal momento. A própria função profissional favorece esse fazer. Porém, na prática, a automatização do cuidar torna o resultado mais operacional e mecânico do que humanizado e de cuidado para com o semelhante. Deixa-se a empatia de lado para prescrever o método, o protocolo, o logaritmo – ações comuns à área de atuação. E a “Possibilidade de fazer o bem” vem iluminar o caminho inverso.

Aqui encontrei algo diferente, vejo como a coisa mais simples do mundo, mas ao mesmo tempo, a mais difícil. Pra mim é amor, igual de vó, sabe aquele amor sem limite. Tem muita gente aqui que não tem quase nada de bens materiais, sofre um monte, mal tem onde morar, mas, entra aqui e traz um amor para os pacientes que não sei de onde tira. Aqui entendi o que quer dizer ‘cuidar de quem cuida’ porque você vê enfermeiro cuidando de enfermeiro, você vê carinho mesmo quando se dá bronca. E olha que tem briga, que tem luta, mas, acho que no final todos vão no mesmo caminho. ‘Sabe por quê?’ As pessoas entenderam que aqui se pode fazer o bem. Fazer o bem quando a televisão só mostra o mau. Fazer o bem mesmo quando se olha tanto problema na rua. Eu vi aqui um amor sem precedente na área

hospitalar. É amor mesmo, igual de família (AFUÁ, R. 4).

Como a maioria dos funcionários do HRPT são de fora do Pará, acredito que muitos te diriam: 'Deixei minha família para cuidar da sua' (REDENÇÃO, R. 4).

Favorecendo a oportunidade de fazer melhor, dar o melhor para prestar um serviço adequado à comunidade, inquirindo usar a acreditação como um direcionador desse processo, em especial, quando se tem uma dificuldade aliada à vontade de maximizar resultados ao outro.

[...] essa dificuldade toda aliada a essa vontade de fazer com que as coisas trabalhem bem, é que traz esse resultado positivo, tem muita coisa para ser acertada, tem muita costura ainda para ser feita, mas, isto abre um mundo de possibilidades de fazer melhor (PIÇARRA, R. 2).

Acredito que o esforço fora do comum dos profissionais é por acreditar que o nosso trabalho reflete uma boa assistência ao usuário e que de alguma forma salvamos e colaboramos para salvar as vidas da população que carece de assistência hospitalar (RURÁPOLIS, R. 4).

Neste caminho, percebemos outro elo forte dentro do quadrante, o “Envolvimento dos profissionais” que se dedicam a uma causa, a fazer seu melhor, criando um local de atenção ao cuidado humano e diferenciado. Os profissionais, independente da linha hierárquica, foram/estão engajados, tanto que esforços e inovações foram incorporados à prática operacional do hospital exatamente por esses envolvidos.

Uma vez que você tem as dificuldades, não é fácil, até mesmo no contrato de gestão financeiro, então quando você trabalha muito fortemente em cima disso, e você consegue disseminar isso por toda a organização, do técnico de enfermagem, a pessoa que está na lavanderia, o colaborador que está no suprimentos, todos entenderam isso, e eles participam disso. (...) porque você não vai fazer nenhum processo de qualidade se você não tiver as pessoas todas envolvidas (...) Por isso que eu



me emociono, por que se conseguiu fazer isso de cima até em baixo. Conseguiu motivar as pessoas para aquele objetivo de cuidar melhor do paciente, e tornou aquilo como uma coisa de todos (CURUÁ, R. 2).

Esta perspectiva de ação encaminha os profissionais, em acordo com os envolvidos na pesquisa, a um comprometimento com o fazer cotidiano, empreendendo estratégias que favoreçam um cuidado mais seguro, uma assistência mais digna e um retorno cada vez maior no que diz respeito aos pacientes e aos próprios profissionais, respingando, inclusive, na sociedade do entorno e na população atendida pela vasta extensão da Transamazônica.

Quando você chega aqui e você conversa com os coordenadores, você vê que todo mundo quer fazer a coisa da forma correta, às vezes a gente até não consegue, pelas limitações que a gente tem, mas você vê que todo mundo que você conversa, eles querem fazer tudo da forma como tem que ser feito. As vezes a gente até fala que a gente não parece que é um hospital do SUS, do nível de exigência de cobrança que nós mesmo temos em relação a isso, aos processos, a fazer tudo da forma como tem que ser feito, acho que isso é o grande diferencial. (...) É comprometimento, eu acho que a gente abraçou essa questão de sermos um hospital que vai trabalhar com qualidade, e isso virou, a gente absorveu isso de uma forma muito forte, que a gente não deixa a peteca cair (CHAVES, R. 1).

A equipe aqui é muito comprometida, e eu acho que isso ajuda, facilita, acho que é metade do caminho, se você não tiver pessoas comprometidas, acredito que nada do que a gente fizer a gente vai conseguir realmente chegar a um lugar, se as pessoas não comprarem a ideia. Acho que aqui nós temos bastante dificuldade de mão de obra, as pessoas vestem a camisa, se comprometem e, isto é importante (VIGIA, R. 1).

Me vejo como participante ativo, disposta e comprometida a colaborar para que a instituição conquiste cada vez mais padrões elevados nos

serviços prestados para a sociedade que atendemos e da qual faço parte (MARAPANIM, R. 4).

Uma equipe comprometida influencia e, também, é influenciada nos aspectos de dedicação do grupo em prol de objetivos. A isso costumamos denominar “trabalho em equipe”. Algo que foi comentado em mais de 65% das entrevistas realizadas, apontado como um forte laço para o “Envolvimento dos profissionais” se materializar da forma que se dá.

[...] você pode perceber isso no dia a dia, um ajuda o outro, tipo: ‘vamos lá, vamos tentar’, é uma união muito grande, um chama: ‘vem dá uma olhadinha no meu setor’, os enfermeiros falam: ‘vem ver como está aqui, vem ver meu processo, com um olhar de fora, o que está faltando?’ (ANAPU, R. 2).

Como pontos mais relevantes, relacionados à Seção A, que avalia as unidades de trabalho em específico, estão elencados: a alta percepção de que constantemente são realizadas ações voltadas para a melhoria da segurança do paciente. Nesta questão, o percentual positivo atingido, foi de 91%. Os resultados frente à cooperação entre as unidades, o trabalho em equipe e o respeito mútuo, também são notórios, com percentuais em torno de 70% (Rel. Pesquisa de Cultura de Segurança do Paciente, nov. 2016).

Sabe como eu vejo aqui, é igual nosso corpo, onde o pessoal de branco são o corpo do hospital, os caras da administração são a mente e visão, os médicos são os braços, esses outros que ajudam [entendi como a equipe multi] são pernas e o sangue que corre nesse corpo. É tanta gente que entra no quarto e conversa com você, que até me sinto importante (PACIENTE 1, R. 4).

Cria-se, então, uma “Relação afetiva” muito estreita entre o paciente, o hospital e o profissional de saúde, como uma forma de perpassar a prestação de serviço a um doente, para tratar da saúde de um indivíduo, de um grupo e de uma população. Uma relação que é

estreitada com o processo histórico do hospital, que foi se arraigando a cidade de Altamira.

Eu tenho medo hoje de sair daqui para outro hospital, porque sei que as coisas serão difíceis, diferentes, a relação é muito intensa o tempo todo. Nós gostamos daqui e nós acabamos contaminando quem vem chegando. É uma relação de amor (PRIMAVERA, R. 1).

[...]eu gosto daqui, eu amo esse hospital, foi aqui que eu cresci, que eu amadureci, minha carreira está aqui, porque foi a única até hoje desde que eu formei, então hoje eu não me vejo em outro lugar, se eu tiver que ir, eu vou, mas aqui eu me vejo ainda em casa, em família (ANAPU, R.2).

Comecei a trabalhar aqui no hospital em 2007, entrei como auxiliar de higiene e limpeza e passei pela primeira ONA e aí mantivemos, foi um trabalho difícil, mas um trabalho feito em equipe, e todo mundo se ajuda, se dá as mãos pro trabalho realmente acontecer. E aí nós fomos pro nível 2, fiquei ainda mais feliz de fazer parte mais uma vez, e aí foi um trabalho ainda mais árduo, mas um trabalho maravilhoso, onde todos trabalham, mais uma vez eu digo, todos trabalham em equipe, porque não adianta você chegar aqui com a disposição imensa, porque sozinho você não consegue, tem que ter o apoio dos amigos, dos colegas de trabalho, para que tudo isso venha a acontecer e que nos possamos oferecer um trabalho de qualidade aos nossos usuários (RIO MARIA, R. 2).

Essa relação afetiva vem precedida de muitos outros códigos com um cunho emocional, que, como comentei no início desta grande categoria “Amor à causa”, parece sustentar todo o trabalho desenvolvido. É onde os profissionais se entregam por amor, por considerar que aquele lugar representa um ambiente familiar, e família é algo que se constrói, que renova e que nos apoia em momentos bons e difíceis, é onde se encontra amparo quando nem tudo é bom, é onde ousamos acreditar em um mundo melhor e cada um busca dar o melhor de si para tornar aquele convívio satisfatório/realizador.

[...] por que a gente tenta fazer daqui o melhor ambiente possível, porque a gente passa muito tempo junto, então aqui é onde a gente vai tratar todo mundo e buscar tratar da melhor maneira possível (CHAVES, R. 1).

Aqui a gente diz e fala, a gente briga, a gente tem que estar de acordo, mas a gente é uma família, quando a gente luta por uma causa a união é muito grande. A união é a base de tudo, a gente é muito unido, todas as equipes, apesar dos atritos a gente é muito unido, na hora do ‘pega pra capar’ a gente está todo mundo junto de mãos dadas (ANAPU, R. 2).

[...] é difícil de explicar, mas a relação com as pessoas que eu tenho aqui dentro, é uma relação muito bacana, uma amizade que vai além do normal (BONITO, R. 2).

Esta relação de família, de amizade e de respeito pelo trabalho um do outro, fez florescer um sentimento maior de lar, de casa, que foi expresso por 98% dos entrevistados. Em algum dos comentários feitos, trouxe o hospital como sua “segunda casa”, o que favorece o cuidado para com o hospital e os que ali atuam e são atendidos.

O hospital regional para mim é uma segunda casa, é um local que eu pretendo ficar. Enquanto me quiserem, vou estar por aqui. É a minha segunda casa, eu trabalho aqui há oito anos, eu gosto muito de trabalhar aqui, gosto mesmo, não é um local que eu venho e ‘ah tenho que trabalhar’, é um local que eu gosto de estar, gosto das pessoas que trabalham aqui [...]. Não me vejo trabalhando em outro lugar. Sempre falei que eu estou aqui para somar, eu estou aqui para crescer (ALENQUER, R. 2).

Esse hospital é como se fosse minha segunda casa, pois passo maior parte do tempo de minha vida trabalhando e muito em prol de salvar a vida dos usuários que necessitam de uma assistência de qualidade (SAPUCAIA, R. 4).

Aqui hoje se tornou a minha segunda casa, embora tenha passado por momentos muito difíceis, é o lugar onde me realizo (BONITO, R. 4).

Temos diversos enfermeiros, médicos e outros profissionais que adotaram o hospital como, de fato, sua segunda casa e, com isso, o comprometimento e empenho se exaltam (FARO, R. 4).

Um aparte que favoreceu pontos da pesquisa diz respeito aos vínculos criados pelos funcionários, que vieram de outras localidades do Brasil e que criaram, em Altamira, um novo lugar para viver, fortalecendo a relação com a sociedade que cerca o hospital, formando novos agrupamentos familiares e contribuindo, inclusive, como membros na busca por uma cidade melhor. Criando “vínculos com Altamira” (PRIMAVERA, R. 1; ANAPU, R.2; BREVES, R. 3; GURUPÁ, R. 3), que passou de um lugar onde passariam por uma época de aprendizado, como relatado por alguns, para se tornar o local onde estabeleceriam suas raízes.

[...]Altamira, para mim é um presente de Deus. Foi aqui que escolhi ficar. Minhas filhas nasceram aqui. Aqui hoje é minha cidade (PRIMAVERA, R. 1).

O paciente daqui, na condição que chega, em todas as suas fragilidades, ele influencia para sermos esta família HRPT, favorecendo um relacionamento de amizade aqui dentro e fora. Com isso desenvolvemos um vínculo com a cidade, por que muitas pessoas não são de Altamira ou do Pará (ULIANÓPOLIS, R. 3).

Outro fator que se torna positivo, é o fato de que muitos vieram de outras localidades para trabalhar neste hospital e com o tempo, criaram vínculos fortes na cidade, além de participarem de todo o crescimento do hospital, criando uma relação de comprometimento acima do normal (FARO, R. 4).

Esta mesma relação afetiva que surge do cuidar, das relações estabelecidas, fortalece o empenho dos profissionais nas atividades, não

apenas pela *performance* em si, mas por fazerem parte do agrupamento familiar que estabeleceram entre si. Ademais, é fortalecido, na visão dos envolvidos, pelos gestores de nível médio, por entenderem que é algo que traz melhorias ao trabalho e à qualidade da assistência. Aqui não estamos considerando o que o hospital institucionaliza em seus programas de qualidade de vida, de satisfação do colaborador ou comandados pela área de gestão de pessoas, mas o que está implícito nas relações estabelecidas, aquelas que não são formais, doravante, já institucionalizadas. É, ainda, um resquício de como o ser humano pode se automotivar.

A grande jogada está em demonstrar realmente para esses colaboradores, que eles não estão lá para cumprir ordens simplesmente, mas que eles estão envolvidos, e que eles fazem parte de todo esse processo evolutivo (CASTANHAL, R. 3).

[...] eles (os funcionários) são a ponta, tudo que eu apresento aqui, é gerado por eles. O que eu coloco de números nos slides de apresentação, nos relatórios que a gente encaminha, são eles que geram. Eles estão lá na ponta gerando tudo, eles fazem todo o trabalho para gente apresentar, então eles são a ponta principal dessa corrente (ALENQUER, R. 2).

Julgo meu trabalho de extrema importância para a segurança do paciente, tanto na compilação dos dados como nas ações que objetivam sempre a garantia da excelência (BONITO, R. 2).

Se um colaborador sai satisfeito do ambiente de trabalho, ele vai se apegar mais ao hospital, vai considerar sua segunda casa, porque é onde ficamos a nossa maior parte do tempo, e o profissional vê o hospital como: ‘é meu, eu vou cuidar’, como a gente cuida da nossa própria casa (ULIANÓPOLIS, R. 3).

Este entender ao outro em um formato mais holístico, faz com que surja outra categoria relevante, o “Princípio de pertencimento”. Essa vem alinhada com uma discussão presenciada por mim, durante a observação participante da elaboração do planejamento estratégico do hospital no final de 2016, quando a equipe rediscutia sua identidade

organizacional. Nesta ocasião, incluíram um novo princípio organizacional, que passaria a ser o quinto e que influenciaria tanto a pesquisa quanto a categoria alinhada.

Em observação ao mapa estratégico do HRPT que é representado por uma casa, onde a terra é vista como a missão; os pilares como os princípios organizacionais, o que antigamente, chamávamos de valores; a casa como o mapa estratégico em si, operacionalizado; e, o teto como a visão a alcançar deu-se a discussão sobre o que haviam evoluído referente a cada ponto, incluindo os objetivos traçados dentro do mapa e as estratégias que o precedia. Cabe ressaltar que este foi um planejamento feito a muitas mãos, inclusive, a parte referente a escolha da visão e objetivos, normalmente, elaborada somente pela equipe estratégica, neste caso, foi compartilhada entre os níveis tático e estratégico e com participação de um profissional por setor para representar o nível operacional, ou seja, um planejamento compartilhado, aberto e transparente em sua forma de revisão. (...) os princípios existentes eram qualidade, humanização, ética, profissionalismo. Na discussão acalorada que durou mais de uma hora, discutiu-se questões que induziam que o hospital apresentava algo que estava para além do que estava nestes princípios e que já estava institucionalizado, que era o pertencimento, um sentimento compartilhado por grande parte dos funcionários, segundo a discussão apontava. No entanto, por meio de uma discussão acalorada em especial pelos profissionais da equipe operacional, percebeu-se que o pertencimento era um sentimento estabelecido, mas, que ele levava a algo que perpassava pela busca constante dos inúmeros projetos existentes, que estava vinculado ao compromisso compartilhado por todos. E, como um novo princípio estabeleceram ‘compromisso’ (Diário de campo, 29/11/2016).

Analisando este diário de campo, que comenta sobre a instrumentalização do fazer estratégico, percebi que os dados da pesquisa conduziam a um primeiro caminho que era o pertencimento em

si, o qual permeia pelo compromisso atrelado ao “Amor à causa”, bem como representa a grande descoberta da equipe para a pesquisa – o compromisso com o cuidado é maior que tudo e, a partir deste momento, trabalhei com a possibilidade de atrelar isso à investigação, como uma linha mestra de construção.

Neste sentido, o “Princípio de pertencimento” está atrelado ao se sentir ‘parte de’, integrante, e, como tal, responsável por aquele processo, aquela organização, refletindo nos resultados e no entender do como se presta assistência de qualidade àquelas pessoas que buscam o hospital como um dos seus últimos recursos disponíveis.

As pessoas chegam ‘ah, o que que é esse hospital’. Então não é a distância, são as pessoas. As pessoas gostam do que elas fazem, elas gostam do resultado, eu acredito que vem da própria equipe mesmo (PRIMAVERA, R. 1).

Faço parte da equipe de colaboradores do HRPT há 10 anos e me considero componente importante nos processos da empresa, o que representa para mim o reconhecimento como profissional, conhecimento e aprendizagem adquirida e o amadurecimento e fortalecimento no desenvolvimento dos processos institucionais (CAPANEMA, R. 4).

Isso me deixa muito orgulhoso, pois, além de fazer parte desta equipe de profissionais, também sou filho de Altamira e vi o desenvolvimento da minha cidade e o quanto esperávamos por um hospital desse porte (PORTEL, R. 4).

Esse sentimento é reforçado pelo entendimento de que o hospital é instigante em comparação com os demais, originando a necessidade de união, de entender o todo e dar ao paciente o melhor. A acreditação é vista como um instrumento, mas não é o que constrói as categorias voltadas ao “Amor à causa”, que são abastecidas pelo “Compromisso com o cuidado”.

Aqui nos movemos pelo desafio, pelas adversidades. Eu acho que enquanto ser humano, eu sou muito envolvida pelo desafio mesmo. E, sendo um hospital instigante que estimula o conhecimento, a motivação das pessoas, o



aprendizado, ele proporciona o pertencimento do colaborador (JACUNDÁ, R. 1).

O que mais se escutava era o seguinte: ‘esse é um processo para o hospital rico, só quem vai se certificar é hospital rico das capitais’. No entanto nós estamos aqui no hospital de nível 3, que está certificado na Transamazônica, que é um hospital público, que é um hospital 100% SUS, ou seja, exatamente aquilo que se busca com a acreditação e que, talvez, ninguém acreditava que um dia pudesse acontecer (PIÇARRA, R. 2).

Observamos que ações cotidianas fortalecem o fazer social e estão emaranhadas entre o que é formal e o que é informal, o que é esperado e o que é inesperado, como uma forma de mostrar que o real sempre tem precedentes que estão alicerçados de sentimentos, que podem favorecer seu desenvolver ou não. Neste caso, parece ter uma linha sólida entre os opostos.

O principal de tudo, é toda a equipe querer, estar buscando isso mesmo, toda a equipe com todos do hospital mesmo, todos os setores. Então esse é o diferencial, a gente quer isso, a gente busca, apesar de todas as dificuldades a gente faz o possível para tentar conseguir esse nível 3, mas o nível 1, nível 2 foi a mesma persistência, foi a mesma garra de toda a equipe para conseguir. O diferencial mesmo que eu vejo é o querer, é a vontade mesmo de conseguir (ALENQUER, R. 2).

A gente teve o projeto “Dê asas à sua imaginação”, que foi um projeto que eles escutaram as ideias de todos os colaboradores, do vigia ao médico. É isso, coisas assim, que fazem o hospital ser diferente (BONITO, R. 3).

Destarte, pontos como esses favorecem o trabalho visto pelos envolvidos em alegorias como “time de trabalho” e “vestir a camisa”, que determinam o quanto esses profissionais são unidos, atuam em conjunto, bem como a satisfação que sentem com tais ações sociais.

Nós acabamos contaminando quem está chegando agora (...) Nós chegamos aqui em 2007, o povo da região usava um ditado ‘Quem tem um olho, em

terra de cego é rei', assim muitos de nós que viemos do Sudeste, Sul, com conceito de qualidade, de gestão, começamos a desenvolver pessoas. Veja só a Mariazinha. A Mariazinha carregou concreto aqui nesse Hospital. Você tem noção do que é carregar o carrinho de mão de pedreiro e vir a ser auxiliar de limpeza, e depois passados 7 anos ser líder do serviço de limpeza, é um crescimento pessoal e profissional muito grande. Veste a camisa da casa, então a deficiência que ela vai ter de mexer no computador supre com a habilidade de controlar, organizar, gerenciar, se dedicar (PRIMAVERA, R. 1).

Me sinto feliz e orgulhosa em poder fazer parte da equipe do HRPT e grata pelas oportunidades de crescimento que me foram dadas (MARPANIM, R. 4).

Em um hospital, temos muitos grupos, por exemplo, o grupo do centro cirúrgico, o grupo da internação, o grupo da UTI. Grupos esses essenciais para o desenvolver do propósito ao qual foram coadunados, e que precisam atuar para realizar adequadamente o processo do cuidar dentro da organização. Neste sentido, percebemos que, para ocorrer uma correta interação do grupo e para que seja obtido o melhor tratamento ao longo da cadeia de atendimento, é relevante entender esse processo como um sistema, no qual seus membros apresentem objetivos comuns, visto a forte interação necessária entre todos.

O envolvimento da equipe foi muito grande, nós conseguimos aquela primeira vez no início, cativar todo mundo, a equipe como um todo, os treinamentos nos levaram a unir força para buscar um bem comum, assim como hoje no nível 3 a gente conseguiu fazer, mesmo com pessoas novas. Tivemos um giro enorme, basicamente daquela equipe do nível 1, quase não tem mais ninguém, são poucas pessoas. Mas essa equipe nova que a gente tem hoje, também, a gente conseguiu trazer para o time e fizemos o gol (ALENQUER, R. 2).

Nosso processo de qualidade está baseado não apenas nos resultados que devemos alcançar, mas no envolvimento de cada colaborador para

chegarmos a eles (JACAREANGA, R. 4).

A própria atividade fim dos hospitais encarrega-se da formação de grupos. No entanto, a acreditação, com seus níveis e a busca constante pela qualidade, vai indicando que há necessidade de algo mais, e esses diferentes grupos que provêm de áreas diversas percebem que fazem parte de algo maior, eles compõem uma equipe. Uma equipe formada de grupos com profissionais altamente qualificados, cada um em sua especialidade, que têm bom nível de conhecimento sobre o funcionamento do processo antes de formarem a equipe. Essa referência conduz a um compromisso maior que o do grupo - garantir a assistência segura ao paciente. Para tal, funcionar como uma equipe afinada e coesa é fundamental.

Observamos, embora, que no hospital há vários agrupamentos voláteis, formados por diversos grupos de profissionais, de diferentes profissões e especialidades, cada um com sua *expertise*, os quais são acionados a distintas equipes que realizarão uma tarefa ou missão, cada vez que necessário. Inclusive, a própria equipe multiprofissional é montada diariamente, com vistas à necessidade de cada paciente, de cada unidade de internação. Neste sentido, o desempenho apresentado vai de acordo com a coesão dessa equipe, e quem tem um melhor resultado nesse processo é o paciente.

Hoje temos interação na assistência, por exemplo, os usuários da hemodiálise são crônicos e com o avançar da doença, eles estão internando com maior frequência. Na internação a equipe multidisciplinar da hemodiálise entra em conjunto, em parcerias com as clínicas onde o paciente é internado, para que esse paciente seja melhor assistido e devolvido para hemodiálise em menor tempo. Para nós da assistência, dizer 'ah, demorou quatro horas para descer para uma hemodiálise', é dizer que houve uma perda de tempo da assistência. O paciente da hemodiálise é assistido melhor, por exemplo, quando a nutricionista da hemodiálise discute o caso com a nutricionista que assiste as clínicas onde o paciente da nefrologia foi internado. É esse o tipo de troca, de informações, a passagem e a continuidade da assistência individual em todo o segmento de atenção aqui dispensado ao paciente (URUÁRA, R. 3).

Porém, percebemos que o resultado destas equipes perpassa pela “Resiliência dos grupos assistenciais” que as compõem, fazendo a grande diferenciação, conforme os envolvidos, no resultado assistencial demonstrado pelo hospital. Resiliência é entendida, nas palavras de um entrevistado, como “(...) aquilo que resiste, que é forte, como um cacto no deserto. Esse grupo reage bem às adversidades, somos um organismo resiliente, pois vivemos como em um deserto, sempre tendo que se superar” (AFUÁ, R. 4).

Acho que a palavra chave, talvez seja, vontade, não sei, acho que não é vontade a palavra não. Porque, acho que, se todos os envolvidos não quisessem fazer, por mais dificuldade que a gente tem, nada ia acontecer, acho que é resistência a palavra que define esse hospital (JURUTI, R. 2).

O processo de qualidade no HRPT está relacionado à capacidade de dar continuidade sempre as melhores práticas de gestão assistencial e administrativa, ou seja, de gerir utilizando ferramentas de gestão da qualidade. Somos resistentes, tem até uma palavra moderna para isso, resiliência. Não desistimos nunca, porque somos sempre mais que um (CAPANEMA, R. 4).

Observamos o poder de recuperação dos grupos assistências no trabalho das equipes quando a resiliência reside na superação dos obstáculos ilustrados pelas inúmeras fragilidades oriundas do processo, das intercorrências que atrapalham o cuidado assistencial, sejam elas técnicas, instrumentais, pessoais ou da localização.

Eu conheço esse hospital desde o diagnóstico da ONA, e o que eu tenho visto aqui, a despeito de qualquer circunstância, é que sempre mantiveram a bandeira da qualidade, sempre buscaram, mesmo nos momentos que foram mais difíceis para a organização, essa qualidade, investiram muito em treinamento. Então, vejo que este hospital tem esse perfil de resistência e de perseverança (CARUÁ, R. 1).

A gente está sempre pronto, disposto a ouvir e a corrigir o que a gente estiver errado, isso é uma coisa que eu falo, gente vamos fazer, a gente não pode fazer por ignorância, por dificuldade. Mas a partir do momento que foi sinalizado, vamos

buscar melhorar, a gente está aqui para isso, dentro da limitação que a gente tiver (JACUNDÁ, R. 1).

Entrei em um hospital que havia acabado de conquistar um reconhecimento máximo no âmbito nacional, motivo de muito orgulho para todos. (...) e havia ainda a mudança e distanciamento familiar. Isso tudo, atrelado à necessidade de adaptar-se a uma cultura organizacional bem diferente daquelas que vivenciei até então, me fez vivenciar o significado prático da palavra resiliência (FARÓ, R. 4).

Essa resiliência foi criada com o amadurecimento institucional, dado pelos anos de construção do fazer aliado ao conhecimento, de uma grande equipe que se adaptou à mudança constante. E, esse amadurecimento floresceu ante a necessidade do paciente, da comunidade e dos acontecimentos que envolvem o HRPT.

Temos uma equipe comprometida, que tem influencia no crescimento profissional e na valorização interna. Esses profissionais são motivados e sofrem influencia quando trabalham em equipe, quando um time é formado, essas pessoas fazem a diferença e, pensando no nosso hospital, é uma equipe que tem resiliência. Essa mesma equipe comprometida influencia e também é influenciada nos aspectos de dedicação tanto do funcionário, como do gestor, como da equipe, bem como, favorece a doação profissional que renomeamos como ‘todos em prol de um só objetivo’ (PEIXE-BOI, R. 3).

A parceria com o HRPT é sempre no sentido de fazer o trabalho junto, de sempre vir aqui provocando, e a gente tem muita satisfação, porque a gente provoca e eles respondem, a gente provoca e eles respondem, isso é muito bom (SALVATERRA, R. 4).

A possibilidade de “Fazer o bem”, somada ao “Envolvimento dos profissionais de saúde” e ao “Princípio de pertencimento”, fortalece um alastramento do “Sentimento de realização” explicitado pelos envolvidos no processo. Sentimento compartilhado em todos os

momentos da pesquisa, seja quando expressam os diversos pontos de fragilidade existentes ou quando vibram com os percalços vencidos.

Como médico vim, assim como todos os que vieram, realizar um grande sonho, a gente veio para cá para inaugurar um hospital, pra começar do zero, pra entrar dentro da instituição e ver o que a gente ia produzir pra todas as pessoas desta região (MELGAÇO, R. 2).

[...] hoje tem um patrimônio muito grande aqui, e esse patrimônio eu posso exemplificar com a Dona (Maria), que começou como vendedora de roupas na rua, viu o hospital sendo construído, sonhava trabalhar aqui dentro, e ela falou uma frase que eu achei muito boa: ‘Esse aqui é o meu hospital, da minha cidade’, com um orgulho muito grande. Isso é o patrimônio de vocês (PIÇARRA, R. 2).

Esse sentimento, de acordo com os entrevistados, perpassa pela liberdade de atuação e pela forma de trabalhar que dá empoderamento do fazer a um grande grupo de pessoas, em especial, no que toca o tratamento do paciente. Quando em equipe multidisciplinar, avaliam os resultados e o prognóstico a estabelecer, não distante de envolver o paciente e os familiares nessas decisões, o que motiva a realização das atividades.

Eu acredito que nosso diferencial neste hospital é o valor que as pessoas atribuem ao que fazem, tudo que vamos fazer aqui, as pessoas não colocam grandes dificuldades por falta de dinheiro, por falta de equipamento. Eles conseguem promover as melhorias entre eles, por exemplo o arquivo era um problema no hospital, chegou um dia que a própria equipe acabou se organizando, retirando pessoas de salas, abrindo uma sala, tirando prateleiras, colocando estantes. Você ouvia deles coisas tipo: ‘olha essa estante é muito funda para mim, eu preciso de uma mais rasa que você tem’, foi lá e trocou, fizeram isto entre três setores - arquivo, NEP e SAU, trocaram as prateleiras entre eles, foram no faturamento, pediram mais uma. E aí sabe, é nesse ponto que a organização demonstra que o fazer, mais ou menos, faz parte da cultura deles. Na recepção

tinham cinco recepcionistas para fazer o atendimento, então reduzimos a três, não caiu a produção e aumentou a satisfação. ‘O que aconteceu?’, passaram a ser donos do processo (PRIMAVERA, R. 1).

Outro ponto identificado pelos entrevistados, que demonstra o “Sentimento de realização”, é a possibilidade de crescimento que o hospital proporcionou a muitos deles, perpassando pela necessidade local<sup>33</sup> e favorecendo o crescimento profissional. Em observação à apresentação realizada por uma diretora do hospital no 39º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde e 24ª Feira Hospitalar, em maio de 2016, houve a ilustração de muitos profissionais que foram galgando cargos dentro da organização e, sob as lentes do nível hierárquico ali representado, o recrutamento e a valorização dos profissionais foram apontados como pontos fundamentais para o estabelecimento da cultura da qualidade organizacional.

Por exemplo o João, um auxiliar de recepção, que foi promovido a uma supervisão, depois pra uma coordenação, com perspectiva de poder chegar a gerente ou diretor deste hospital. É um crescimento pessoal e profissional muito grande. Eu (...) fui promovida, uma ascensão profissional muito gostosa. Tem a Maria, a Paula, o Pedro. Se você for enumerando essas pessoas que foram crescendo, o número é muito grande. Aí você vai vendo o crescimento e o quanto estas pessoas estão satisfeitas, realizadas, engajadas no processo (PRIMAVERA, R. 1).

Destarte, o profissional se realiza ao se ver evoluindo dentro do sistema estabelecido, o que o motiva à melhoria contínua. Ademais, sente-se entusiasmado com sua atuação, tem sua moral elevada dentro da função que desenvolve, expressa satisfação com o resultado de seu trabalho, contribuindo para reforçar o “Cuidado centrado no paciente”.

[...] as pessoas que estão aqui, elas gostam daqui, a gente vê isso nos colaboradores da ponta, o entusiasmo deles e tudo mais. Isto é um ganho sem valor para o hospital (CASTANHAL, R. 3).

---

<sup>33</sup> Observar tópico 5.1.3 Desenvolvimento dos profissionais de saúde como estratégia da ação.

[...] então quando a certificação chegou o moral da empresa ficou muito alta. As pessoas passaram a acreditar, era aquela sensação que era palpável que era real, depois passamos por um período de crise onde estivemos desenvolvendo o nível 1 por um bom tempo, aí ainda na crise, a surpresa de conseguir o nível 2 naquele momento, para nós acabou dando mais ânimo ainda, porque nós éramos capa de revista. Imagina! E dentro de todo esse processo, eu avalio que as pessoas querem, mesmo naqueles períodos mais difíceis. E, mesmo naquele primeiro momento que eles não acreditavam que aquilo aconteceria, a partir do momento que aconteceu, contaminou todas as equipes e isto faz com que o cuidado seja cada dia melhor, o paciente é visto cada dia de forma mais integral (PRIMAVERA, R. 1).

Me sinto bem realizada trabalhando no hospital regional, espero ficar aqui um bom tempo ainda, porque eu vi que aqui a gente tem reconhecimento pelo serviço que a gente presta. Eu estou satisfeita com o trabalho e com o hospital, porque eu posso mostrar e ajudar o meu paciente no melhor que eu consigo fazer (CAPANEMA, R. 2).

Eu me vejo dentro do hospital fazendo as coisas certas do jeito certo. Continuamente aprendendo, se desenvolvendo e melhorando. Tenho muito orgulho do trabalho prestado (CAPANEMA, R. 4).

Ao observar o amor sob os aspectos que importam aos profissionais e a causa que elegeram para vivenciar, fomos induzidos a duas proposições:

*P28: A possibilidade de fazer o bem fortalece a significância que o hospital tem para os profissionais de saúde, os quais, envolvidos com o cuidado do paciente, são agraciados pelo sentimento de realização pessoal.*

*P29: O sentimento de realização dos profissionais é fortalecido pelo princípio de pertencimento, que é permeado pela relação afetiva das equipes, a qual beneficia a resiliência dos grupos assistenciais.*

Postas essas proposições, somadas àquelas do fenômeno esperado, temos a expressão dos dois quadrantes que incidem na

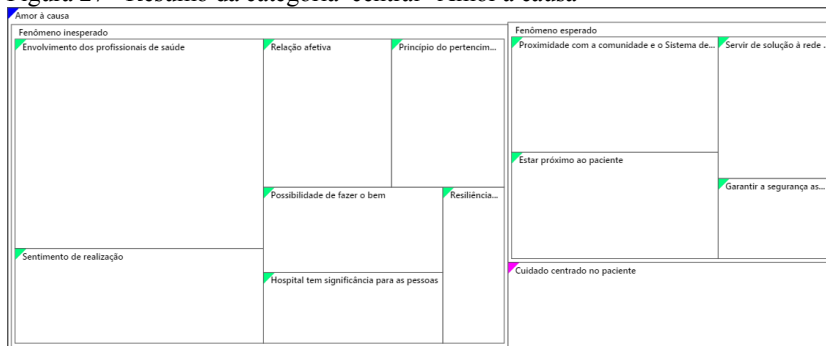


categoria de resultado voltada ao cuidado do paciente e que ilustram a estratégia do processo em prática, conforme apresentado no próximo tópico.

### 5.3.3 Categoria de resultado Cuidado centrado no paciente

Como forma de reforçar o entendimento dos códigos que conduzem à união dos fenômenos relacionados à categoria “Amor à causa”, que são direcionadores à categoria de resultado “Cuidado centrado no paciente”, apresentamos a Figura 28, extraída a partir dos códigos provenientes das entrevistas e dos demais documentos codificados da pesquisa no Sistema NVivo.

Figura 27 - Resumo da categoria central “Amor à causa”



Fonte: dados de pesquisa extraídos do Sistema NVivo (2017).

O resultado ilustra a representatividade das subcategorias dentro do contexto geral de agrupamento, onde fica evidente que o fenômeno inesperado foi significativamente mais expressivo do que o fenômeno esperado, reforçando o lado emotivo relacionado ao caso em estudo. Também observamos que a subcategoria “Envolvimento dos profissionais de saúde” apresenta maior contextualização ou relevância na percepção dos envolvidos, seguida pela subcategoria “Sentimento de realização”. Esse resultado faz referência ao apelo que o local instiga nos envolvidos, oferecendo a esses profissionais a possibilidade de autorealização por meio do fazer.

Destarte, percebemos ainda que a “Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde” demonstra importância para o processo, bem como tem semelhante número de citações a outra que lhe é congênere, “Estar junto ao paciente”. Ademais, estas categorias

impactam na forma de obter uma assistência mais segura e com respaldo após a alta hospitalar e/ou o procedimento, conforme observado no acompanhamento aos pacientes da hemodiálise.

Ao pensar neste cenário do “Amor à causa”, percebi em conjunto com os envolvidos, em especial nas conversas de cumbuca ocorridas no final de 2016 e nas entrevistas finais de 2017, quando da validação do modelo, que o envolvimento dos profissionais que atuam no HRPT junto ao paciente apresenta um contexto que extrapola o lado comercial da prestação de serviço. Os envolvidos sentem-se como parte de um grande ato, que chamaria de heroico.

Isso ocorre visto o entendimento grupal de que precisam fazer seu melhor para que aquelas pessoas recebam cuidados para com seu bem maior, a vida. E quando se observam nesse contexto, longe de tudo e de todos os recursos, têm o entendimento de que aquele melhor é o melhor para si também, pois sabem que se qualquer fato/ato ocorrer ali e colocar em risco a sua vida e a dos seus, é neste hospital que terão sua chance de viver.

Todos aqui brigam por esse hospital, porque sabem que têm uma responsabilidade muito grande com relação à população não só dessa cidade, mas para as outras nove ao redor (PIÇARRA, R. 2).

Nós funcionários temos o melhor plano de saúde da cidade, não tem outro local. Somos nós fazendo ele ser diariamente o melhor. Um dia a gente pode precisar desse hospital, então a gente vai ter segurança de trazer um filho pra cá, porque a gente já conhece e sabe o que é feito aqui (ALENQUER, R. 2).

Lembrando que em algum momento poderemos ser nós os que irão usar dos cuidados da instituição e isso deve ser visto não como ponto negativo mas sim como uma forma de trabalharmos com o máximo de qualidade possível (RURÓPOLIS, R. 4).

Esse sentimento é exacerbado, sem precedentes na maioria das organizações de grandes centros, pois se entende que se pode optar pelo melhor atendimento e, se o escolhido não for o melhor, optar por mudar. Algo que não acontece em Altamira, pela falta de opção.

Nas inúmeras observações que realizei, tenho claro este sentimento de pertencimento ao local, ao hospital e ao que o processo realizado ali traz para as pessoas. A certificação de acreditação pela ONA foi uma ferramenta que demonstrou como ser melhor, sem que para tal fosse preciso inventar algo novo, serviu de guia. E, quando os profissionais observaram a possibilidade de ir além, de fazer mais, adotaram-na como a sua verdade para fazer melhor pelo outro e por si.

Eu acho que o processo de certificação como um todo, ele faz você apressar o processo natural de evolução do hospital, a gente não pode parar. O processo de certificação vem acelerar um pouquinho isso, sedimentar, trilhar então o caminho correto a ser seguido. A gente não pode dizer que o amadurecimento institucional não iria acontecer sem o processo de certificação, até poderia acontecer, porque as pessoas envolvidas no processo se elas buscam o conhecimento e buscam aplicar e buscam a melhoria, isso iria acontecer, não se sabe quantos anos iria demorar. Então o processo de certificação eu acredito que é isso, ele instiga, ele promove a mudança, ele te tira do ponto de conforto (BONITO, R. 2).

Neste sentido, o “Amor à causa” pode ser veiculado, inclusive, com o cuidar de si, que está abarcado dentro daquilo que descrevemos como o “Cuidado centrado no paciente”. Aqui o paciente é o centro das atenções, valendo ressaltar que esse paciente pode ser um dos envolvidos no processo. Disso, provavelmente, parte o grande envolvimento desses neste processo e no seu fazer.

Talvez é aquilo que o doutor falou, a soma da dificuldade com a força de vontade que dá este resultado. Eu agradeço a possibilidade de me deixarem trabalhar com isso, de ver para além do que os olhos e a técnica conseguem enxergar. E o mais importante, saber que isto é algo que pode gerar muitos benefícios, para os pacientes, pra mim, pra Altamira e para todo o território da Transamazônica (AFUÁ, R. 4).

Eu penso que é isso que a gente tem que colocar na cabeça das pessoas, que isso tudo, a saúde não é para os outros é para todos nós, e ela não é o problema do outro, é um problema nosso (CARUÁ, R. 2)

O que eu vejo é o envolvimento das equipes na questão da acreditação, o envolvimento mesmo, eles estão fazendo aquilo para eles mesmos, porque eles podem precisar desse serviço, todos nós estamos vulneráveis a adoecer e a precisar do serviço, aqui é nossa tabua de salvação e de todos daqui desta região (ALENQUER, R. 2).

Postas essas considerações, temos que o “Amor à Causa” é a categoria que dá entrada ao fazer assistencial, bem como que sua condução, seja técnica ou afetiva, nos conduz à categoria, que denominamos de resultado, “Cuidado centrado no paciente”, a qual perpassa o tempo em que o paciente está no hospital, trata do caminho que ele percorre antes e depois do atendimento, envolvendo a comunidade nesta complexa estrutura de saúde e doença dentro de uma rede, que, em última instância, influencia o Sistema de Saúde Brasileiro, em especial, no tocante ao SUS.

Estas reflexões finas acerca dos quadrantes inferiores do Modelo “Comprometimento com o cuidado” levaram-nos a cinco proposições:

*P30: O caráter emotivo se sobrepõe ao caráter técnico na assistência ao paciente, proporcionado pelo envolvimento dos profissionais que, instigados pelo apelo local, buscam as melhores soluções possíveis, possibilitando a autorealização por meio do fazer.*

*P31: O entendimento dos profissionais sobre aquele contexto, longe de tudo e de todos os recursos, onde qualquer acontecimento que coloque em risco a sua vida e a dos seus torna o hospital sua chance de viver e, deste modo, fazer da melhor forma representa fazer da melhor forma para si, para os seus e para os outros.*

*P32: Não há opção, o hospital precisa ser o melhor possível, pois é a única alternativa em uma vasta área geográfica e com poucas possibilidades de encaminhamento a grandes centros pela localização e logística.*

*P33: Estar neste contexto criou nos indivíduos o sentimento de pertencimento, aquele hospital se tornou seu, aquela cidade se tornou sua.*

*P34: A acreditação hospitalar é uma ferramenta usada para buscar a melhor qualidade assistencial, um guia para conduzir o alicerçamento de fazer melhor.*

O próximo tópico encerra o modelo, ou melhor, sua exposição, apresentando a visão dos interessados no processo, que infere na retroalimentação do sistema.

#### 5.4 AS LENTES EXTERNAS DO PROCESSO

Aqui neste hospital a qualidade é indispensável. Uma vez que visa à melhoria na qualidade de atendimento aos usuários, nos confrontando a estar cada vez mais buscando melhorar nos processos inseridos, nos tornando referência em saúde (XINGUARA, R. 4).

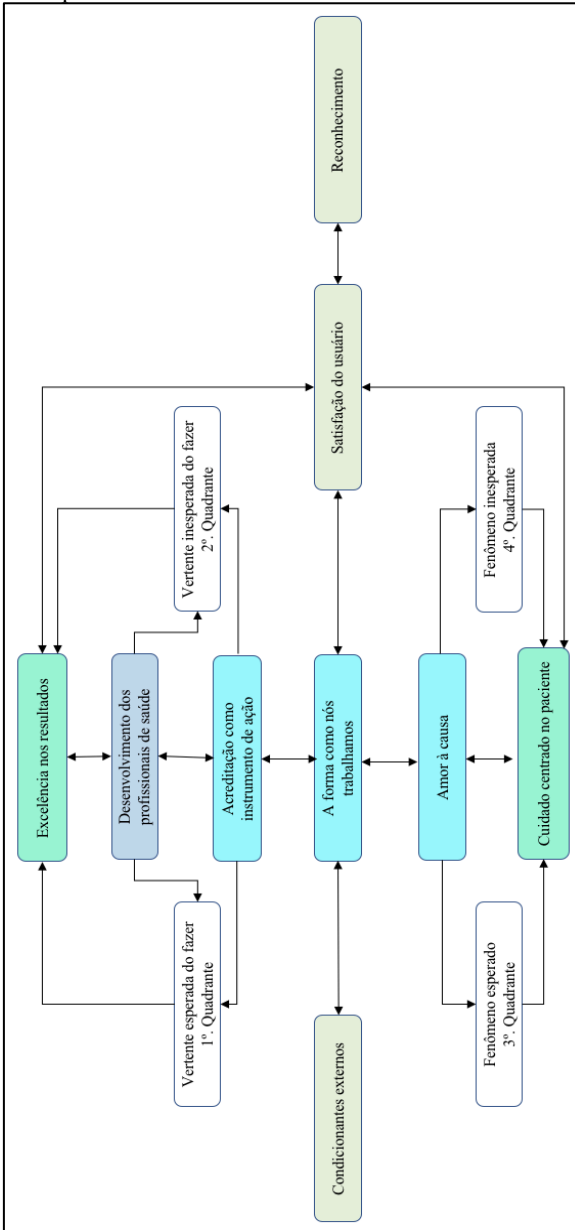
Após observarmos o eixo central do Modelo “Comprometimento com o cuidado” que dá sustentação ao arcabouço da operacionalização organizacional e dos impactos que o meio lhe causa, perpassamos pelos quadrantes superiores e verificamos como as vertentes do fazer se acomodam na prática cotidiana do hospital, assim como ressaltamos os quadrantes inferiores sob as lentes do amor e suas nuances, neste item apresentamos os resultados percebidos pelos maiores signatários do processo.

Quando chamamos de signatários, estamos nos referindo aqueles que, simbolicamente, assinam atestando a qualidade e segurança do atendimento prestado no HRPT, como também a como isso é transpassado à comunidade, composta por Altamira e Região do Xingu, pelo sistema de saúde do Pará e por todo o coletivo da saúde brasileira.

A busca de melhoria na manutenção dos serviços, de um modo geral, garante a continuidade da qualidade, como a segurança encontrada pelos usuários nestes serviços faz com que o hospital não tenha somente o título de acreditação, mas sim é acreditado por aqueles que dele dependem (MEDICILÂNDIA, R. 4).

Nesse sentido, voltamos para o como a operacionalização desta organização se reflete na “Satisfação do usuário” e resulta em “Reconhecimento” do processo, dos profissionais e do hospital, conforme ilustra a Figura 29. Sem esquecer que todo o resultado será impactado pelo fazer, que se materializou nas categorias nomeadas anteriormente.

Figura 28 - Eixo central e categorias de resultado do Modelo “Comprometimento com o cuidado”



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

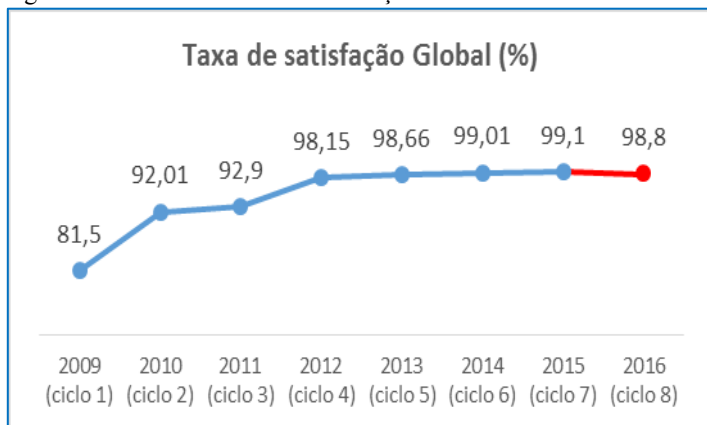
Quando comentamos sobre “Satisfação do usuário”, falamos na primeira instância, daqueles que são a raiz da missão de um hospital: os pacientes; no nosso sistema de saúde, costumeiramente, chamados de usuários. Em suma, trata-se do cliente que recebe o serviço prestado, aquele que é atendido e pode atestar o resultado por meio da avaliação de seu próprio tratamento. Soma-se ao paciente a sua família, que participa daquele momento de angústia solidariamente, compartilhando o cuidar com o ente querido e com a organização.

No HRPT, há um serviço denominado SAU (Serviço de Atendimento ao Usuário), que faz pesquisas em uma amostra adequada às bases estatísticas recomendadas, além de exercer uma presença constante na vida dos pacientes, procurando apoiar as necessidades que se apresentam, bem como buscando soluções às intercorrências que ocorrem, cotidianamente, junto ao paciente e seus familiares ou, ainda, nas inter-relações com a equipe multidisciplinar que o atende.

Buscamos sempre desenvolver o processo da melhor forma possível, no SAU obtemos o desempenho atual buscando identificar as fragilidades existentes nas unidades com o intuito de precaução das problemáticas futuras [...] nosso trabalho é importante, pois o HRPT representa o porto seguro de uma população de quase 500.000 pessoas da região, e isto deixa a população mais abrandecida (MARITUBA, R. 4).

Esse contato minimiza as fragilidades encontradas, que impactam na assistência, bem como os riscos atrelados a possíveis não conformidades encontradas. Os dados das pesquisas são tabulados e um, entre os diversos indicadores elaborados, manifesta a satisfação dos usuários, conforme demonstrado na Figura 30, em médias anuais.

Figura 29 - Indicador Taxa de Satisfação Global 2009-2016



Fonte: Relatórios HRPT (2017).

Percebemos que o resultado da satisfação do hospital passou a ser superior a 90% desde o princípio do processo da acreditação em 2010 e atingiu seu ápice em 2015, ultrapassando 99%. Esse indicador mensura o resultado do atendimento em todas as áreas, como uma mediana destes serviços e, até 2015, considerava como satisfação os resultados pontuados como bom, muito bom e ótimo. Porém, em 2016, como forma de melhorar o processo, passaram a considerar, somente, as alternativas muito bom e ótimo, com uma diminuição mínima de apenas três décimos.

Existem problemas? Existem. Todos os colaboradores tratam os pacientes da mesma forma? Não. Nós, eu oriento todo mundo da mesma forma, eu espero que todo mundo cuide com humanização, com carinho, com atenção, mas nem todo mundo aceita, e não é só eu falar, é que todo mundo, quando entra no hospital é incluído no processo, e a gente preza que o tratamento seja feito com presteza e amor. Existe gente que trata de forma diferente? Existe. Mas a maioria, eu já ouvi de muitos pacientes, fica muito satisfeito. Fazemos busca fonada, que é depois da alta, então a gente faz a pergunta: ‘Você ficou satisfeito com atendimento?’ E eles falam: ‘Nossa, eu nunca fui tão bem tratado desde quem estava na limpeza até os médicos’ (JURUTI, R. 2).



Nossos clientes estão ficando cada vez mais exigentes, então isso aqui para eles já não é o suprassumo. Precisamos nos inovar a cada nova internação, a cada novo exame, pois, o que foi um dia a maravilha com a chegada deste hospital, já não é mais. Precisamos ser cada dia mais para os encantar (PRIMAVERA, R. 3).

Em conversa com os envolvidos na pesquisa, eles apontam que o envolvimento da equipe da saúde é condição primordial para estes resultados, bem como para a ação rápida quando da possível reclamação ou objeção do paciente a algum tratamento ou ação requerida durante o processo assistencial. Pontuam ainda que, por trabalharem com gestão de processos e gestão de riscos dentro de um conceito de assistência segura e de qualidade, apoiam este resultado. Quanto melhor a assistência, mais satisfeito estará o usuário.

A gente tem caso de pessoas que quando tem alta, não querem ir embora, para você ter ideia. Eles elogiam muito. Eu gosto de escutar quando eles nos elogiam, porque além de ser um bom tratamento, eles também reconhecem o carinho da equipe (CHAVES, R. 1).

A certificação é um reconhecimento do serviço desenvolvido, ser certificado, ser reconhecido, também influencia na satisfação da sociedade, porque os usuários são atendidos com o máximo que a instituição é reconhecida. Nesta situação é uma via de mão dupla, visto que a acreditação traz benefício para sociedade, mas a satisfação da sociedade influencia também na acreditação. O SUS funciona nesse hospital, isso traz satisfação para sociedade e por causa da satisfação da sociedade, o SUS continua funcionando nesse hospital, e isso é uma via de mão dupla. A participação do usuário influencia na satisfação da sociedade e, dentro disto, o usuário cobra qualidade e exige mais, então a satisfação do usuário sempre fica evoluindo (DOM ELISEU, R. 3).

Cabe aqui ressaltar que estamos falando de usuários do SUS, distante de uma satisfação pela hotelaria prestada em muitos hospitais

particulares de grandes centros. No HRPT, o cliente observa a estrutura como um complemento ao tratamento, deseja cama, comida e atendimento às suas necessidades básicas com o conforto necessário para ultrapassar aquele momento do tratamento, não busca travesseiros ou cobertas de luxo, nem um chuveiro com temperatura adequada. A maior reclamação diz respeito ao calor, típico da região e sem controle do hospital, apenas amenizado.

Esse saldo nos conduz ao resultado final junto ao usuário do sistema de saúde, sua satisfação com o que é proposto, projetado e vivenciado neste estabelecimento de saúde, que traduzimos, os envolvidos e eu, em “Reconhecimento”. Como um produto pronto, fruto de todo o trabalho realizado, perpassando pela história do hospital, seus passos, suas melhorias, seus níveis de qualidade aferidos pela ONA. É o resultado que brota na “Satisfação do usuário” e transcende para os outros meios.

Esse reconhecimento é contagiante, quando a gente experimenta a coisa boa, a gente não quer largar mais, nós não vamos largar isso não. Faz bem para gente, enquanto profissional, faz bem para instituição que é a Pró-Saúde, faz bem para o hospital, para cidade e para os pacientes, principalmente (CHAVES, R. 3).

O HRPT por ser um hospital acreditado e sendo 100% SUS já é um ponto positivo junto a sociedade, ao meu ver, pois, administrar recursos federais e mostrar à população que podemos atendê-los de forma humanizada e com qualidade, faz toda a diferença. Eles reconhecem isto e sabem o quanto somos importantes dentro desta região (PORTEL, R. 4).

“Reconhecimento” esse que pode ser traduzido para os processos instalados, quando o hospital se torna referencial para outros que vêm observar o que nele é feito, o que nele é vivenciado e que tem possibilidade de adaptação em outras realidades. “Reconhecimento do hospital” que, por se tratar de um caso atípico no contingente de hospitais brasileiros, traz para si o foco, o reconhecimento dos pares. E, finalmente, o “Reconhecimento dos profissionais” que realizaram, atuaram, desenvolveram e aperfeiçoaram técnicas e que se tornam diferenciados no mercado de trabalho, bem como começam a ser procurados como referenciais dentro das categorias em que atuam.

Ultimamente, temos recebido muitas visitas, contato por e-mail, telefone, para saber como fazemos isto ou aquilo aqui. Isso é fruto do hospital ser público e ter um processo de qualidade, que tem um reconhecimento nacional, não são muitos lugares que você encontra isso. Pensar isto em um local como o nosso, deixa todos curiosos de princípio, e quem vem nos visitar, é até engraçado, a maioria fica maravilhado. E por favor, não entenda que estou sendo soberba, mas, somos uma novidade para o sistema de saúde do Brasil, então, um dia desses isso vai passar, outros farão igual e não será mais uma novidade (VIGIA, R. 2).

O “Reconhecimento do processo” é o primeiro que surge, pois ele atesta a qualidade dos diversos processos existentes. Ele é percebido no ato em que os *stakeholders* passam a verificar o que os diferencia e, assim, o consideram para além dos outros existentes ou no patamar daqueles que, no seu entendimento, figuram entre os melhores.

Porque dificuldades, como disse, a gente tem, mas a gente enfrenta. Mas mostramos que é possível, que fazemos bem feito, que fazemos mais que a maioria dos outros hospitais no Brasil. Então eu vejo isso, que, eles enxergam isso aqui como um local em que as coisas se resolvem, que tem qualidade no que é feito. Somos uma vitrine para o Estado e para Altamira (JURUTI, R. 2).

Penso que todo mundo que passa por aqui, acredita no trabalho que nós fazemos. Credibilidade do serviço prestado é o que temos, por sermos íntegros naquilo que fazemos de melhor que é salvar a vidas daqueles que necessitam de atendimento (SAPUCAIA, R. 4).

Com a acreditação, o “Reconhecimento do processo” é reforçado a cada novo nível atingido, pois a outorga do certificado, por si só, reconhece que o que é feito naquele hospital tem qualidade e segue parâmetros que o habilitam para tal. Porém, mais significativo, na visão dos envolvidos, é o reconhecimento que floresce da interação com outras organizações, que passam a contatar o hospital para saber o quanto do que é feito ali pode ser replicado em suas organizações.

A gente sempre busca melhorar para ganhar novos títulos, para ganhar novos troféus, e para dizer que a empresa que a gente trabalha, o serviço que a gente desenvolve, é um serviço de qualidade e é o melhor da região. Porém, o que mais me move é quando vou para um congresso e pessoas que nem conheço vem me perguntar o que fazemos aqui, como podemos ser nível 3 no meio da Transamazônica, querem saber o que podem usar lá nos hospitais que trabalham. Ah, isso me enche de orgulho (CAPANEMA, R. 2).

Quando o hospital se propôs a ter esse reconhecimento da parte externa, sabíamos que ia ter que fazer uma revolução constantemente. Acreditação para o hospital ela é uma transformação, é uma quebra de paradigmas, porque para falar assim: ‘olha eu presto uma assistência com qualidade, então por isso eu tenho crédito’, precisa de tempo, e pra nós, acreditação é ter crédito (ALMEIRIM, R. 3).

Se os processos são reconhecidos, conseqüentemente, o hospital passa a ser reconhecido, seu nome começa a ser notório. Além disso, a atenção daqueles que fazem parte do sistema pensante do sistema de saúde e daqueles que usam de “melhores práticas” para buscar a melhoria contínua de seus processos se direciona para os que se destacam.

O hospital ele é apaixonante por estas particularidades mesmo, das adversidades, eu acho que é na dificuldade que a gente reconhece realmente quem são os bons (JACUNDÁ, R. 5).

O HRPT galga estes degraus e o “Reconhecimento do hospital” é algo tímido, mas já vislumbrado em algumas instâncias, como no grupo de hospitais administrado pela OSS, entre os hospitais do Estado do Pará, engatinha entre os hospitais acreditados e já recebeu reconhecimento em revistas nacionais por figurar entre os 10 que apresentam o título de acreditação hospitalar nível 3, de excelência.

Mas a gente [o hospital] é muito exaltado até, a gente é muito citado como exemplo, até devido à localização, às dificuldades, quando a gente participa de reuniões, a gente tem essas

discussões, a gente é citado como exemplo de caso de sucesso aqui no Pará (CHAVES, R. 3).

Recentemente, recebemos a Comenda Honorífica de Honra ao Mérito – Câmara Municipal de Altamira, pelas ações que executamos aqui. Percebemos também, que estamos tendo várias inserções positivas na mídia local, do Estado, e algumas até nacionais. Estamos levando o nome do HRPT para o Brasil (ALENQUER, R. 3).

Ter este “Reconhecimento do hospital” traz consigo a responsabilidade de ser exemplo, de alicerçar, ainda mais, os pilares do “Fazer o certo”. Reforçando a necessidade de o hospital continuar inovando para elevar a qualidade e a segurança assistencial a patamares superiores àqueles já atingidos, buscando alastrar o entendimento de que saúde pode ser feita com os recursos existentes e de forma adequada, mesmo quando pública.

Nesse sentido aumenta a responsabilidade porque a organização ela se torna uma vitrine mesmo, uma vitrine para outros hospitais, não só para os avaliadores que vem de tempo em tempo fazer esse trabalho de avaliação. Acaba sendo referência para outras organizações e outras pessoas virão aqui para ver exatamente esse hospital, porque ele alcançou esse nível e o que ele faz (CURUÁ, R. 2).

Destarte, em observação à reunião onde é divulgado o resultado da visita de certificação nível 3, em março de 2016, esse foi o foco do discurso do representante da ONA que esteve acompanhando o processo. Ele apontou que, como um hospital acreditado em excelência, esse hospital tem uma responsabilidade muito grande com relação aos hospitais da região e, também, com relação aos hospitais da OSS, visto que passa a ser um exemplo a ser seguido. Inclusive, por nessa visita haver outros três hospitais que vieram para acompanhar, que fotografaram várias coisas apresentadas e que, certamente, poderão implantar em suas organizações.

Paralelamente, são vistos aqueles que efetivamente participaram/participam deste processo de evolução da organização hospitalar e de suas práticas. O “Reconhecimento dos profissionais” vem sem dizer que veio. Ele se instala com o fazer bem feito, que é obtido na construção do desenvolvimento cotidiano do hospital. Uns são

mais percebidos, por liderarem processos. Outros por entenderem do funcionamento do “como fazer”, cada qual sendo reconhecido por seus atos e pelos fatos dos quais participa.

Precisamos agradecer a todos os profissionais deste hospital, são eles que fazem tudo isso acontecer. E, agradecer a cada gestor, pois, mais que escolher pessoas e gerenciá-las de modo adequado, é preciso saber qual é a chave para a obtenção dos melhores resultados por meio destas pessoas. Valorizamos muito cada pessoa que trabalha aqui, porque você não vai fazer nenhum processo de qualidade se você não tiver as pessoas todas envolvidas, elas são nosso maior patrimônio (VIGIA, R. 1).

Esses colaboradores todos que temos aqui, os colaboradores que são de Altamira, os colaboradores que vieram de fora, mas que já viraram altamirense, é que na verdade construíram o patrimônio desse hospital, e este é nosso maior reconhecimento (PIÇARRA, R. 2).

Além de que, como os envolvidos na pesquisa pontuaram, “se eu tiver no meu currículo que trabalhei num hospital acreditado, ele tem um peso maior” (REDENÇÃO, R. 1), ou ainda, “você ter um certificado nível 3 no currículo te torna um profissional diferenciado” (MOJU, R. 3). Ou seja, eles percebem-se diferenciados para o mercado de trabalho, justamente, por terem vivenciado uma experiência possível em menos de 10% dos hospitais brasileiros. E, quando considerados aqueles com nível 3, esse patamar é reduzido drasticamente.

Neste hospital, além do título que o hospital tem vem agregado o conhecimento da equipe, o aprendizado e a oportunidade de executar os trabalhos corretamente de forma humanizada, e isto faz toda a diferença (BREVES, R. 3).

Trabalhar aqui hoje, representa, uma garantia de trabalho futuro, para mim e para minha equipe (REDENÇÃO, R. 3).

Aqui a gente traz o nosso pessoal para cima, tem que olhar de cima comigo, porque a melhoria dele aqui esta gerando isso tudo para o hospital, aqui,

todos somos responsáveis pelos louros da vitória (TERRA ALTA, R. 4).

Esse reconhecimento traz consigo a satisfação destes profissionais em fazer parte do processo, como integrantes na construção de algo melhor para a saúde daquela cidade e região, que pode ser alçada a categorias diferenciadas, quando observam suas práticas sendo consideradas para aplicação a outras organizações e regiões.

Quero agradecer a oportunidade de falar sobre nosso trabalho, que às vezes por estar inserida nas situações vulneráveis de cada usuário que atendemos, não percebemos o tanto que fazemos e a importância do que fazemos e o que ainda podemos fazer a cada um deles, isso enche meu coração de felicidade (MEDICILÂNDIA, R. 4).

Local [HRPT] de aprendizado profissional e para a vida; levando em consideração a satisfação em poder dar um suporte profissional e pessoal na vida de cada um que passa por nós através do contato e humanização com o outro. Tenho orgulho de trabalhar nesse lugar (XINGUARÁ, R. 4).

Aqui não apenas me desenvolvi profissionalmente, aprimorando meus conhecimentos, mas, como ser humano (JACAREANGA, R. 4).

Neste caminho de satisfazer e reconhecer, apontamos as últimas proposições desta tese, que verteram dos referidos apontamentos compartilhados pelo grupo:

P35: *A assistência tem no usuário o principal agente da avaliação de sua qualidade e segurança, atestada por sua experiência e prognóstico do atendimento recebido.*

P36: *Quanto melhor a assistência, mais próxima tende a ser a percepção de satisfação requerida pelo usuário.*

P37: *O reconhecimento dos processos, do hospital e dos profissionais é o bônus concedido àqueles que se empenham em tornar a qualidade da assistência como um referencial dentro do mercado de saúde brasileiro.*

P38: *O reconhecimento do hospital atrai a responsabilidade de ser exemplo para outras organizações, bem como a necessidade de inovar para elevar a qualidade e a segurança assistencial praticada.*

P39: *O reconhecimento do hospital e de seus processos conduz ao reconhecimento e à satisfação dos profissionais.*

Finalizo, assim, as categorias que compuseram o Modelo “Comprometimento com o cuidado”, permeado por uma construção conjunta, na qual, os envolvidos e eu, fizemos escolhas que nos conduziram a um esquema representativo, que certamente poderá ser percorrido por outros, no entanto, com novas perspectivas e formas de ver um novo cenário. Pois, o cenário, esse não voltará.

Tivemos a sorte de acompanhar o desenvolver de um caminho, que perpassou pela evolução do nível 2, certificação do nível 3 e por nova evolução para manter o nível 3. E, esta construção é apresentada no próximo tópico, onde se revela o modelo completo e as proposições que marcam

## 5.5 A TEORIA QUE EMANOU DOS DADOS: APRESENTAÇÃO DO MODELO COMPROMETIMENTO COM O CUIDADO

Este tópico apresenta os resultados da pesquisa, consubstanciados na união de minhas percepções e as dos demais envolvidos, com o intuito de proporcionar a sistematização do processo que emana dos diversos saberes e das situações que encaminharam as idas a campo nos últimos dois anos.

A teoria fundamentada em dados foi revelada por meio das constatações, das reflexões e dos compartilhamentos de visões, como consenso “nosso” acerca de como a acreditação hospitalar se mostrou possível de implantação, manutenção e evolução em um hospital público, localizado em um contexto de recorrentes fragilidades, com vasta área geográfica de abrangência e com restrições de acesso.

Os resultados oriundos dos dados da pesquisa conduziram à construção de um modelo sistêmico denominado de “Comprometimento com o cuidado”, baseado em cinco rodadas de coleta de informações advindas de entrevistas semiestruturadas, análise de relatórios, conversas de cubuca com os envolvidos no processo e observação aos momentos impactantes que conduziram o hospital ao percurso entre a manutenção do nível 2 de acreditação hospitalar, a certificação do nível 3 e a manutenção desse nível.

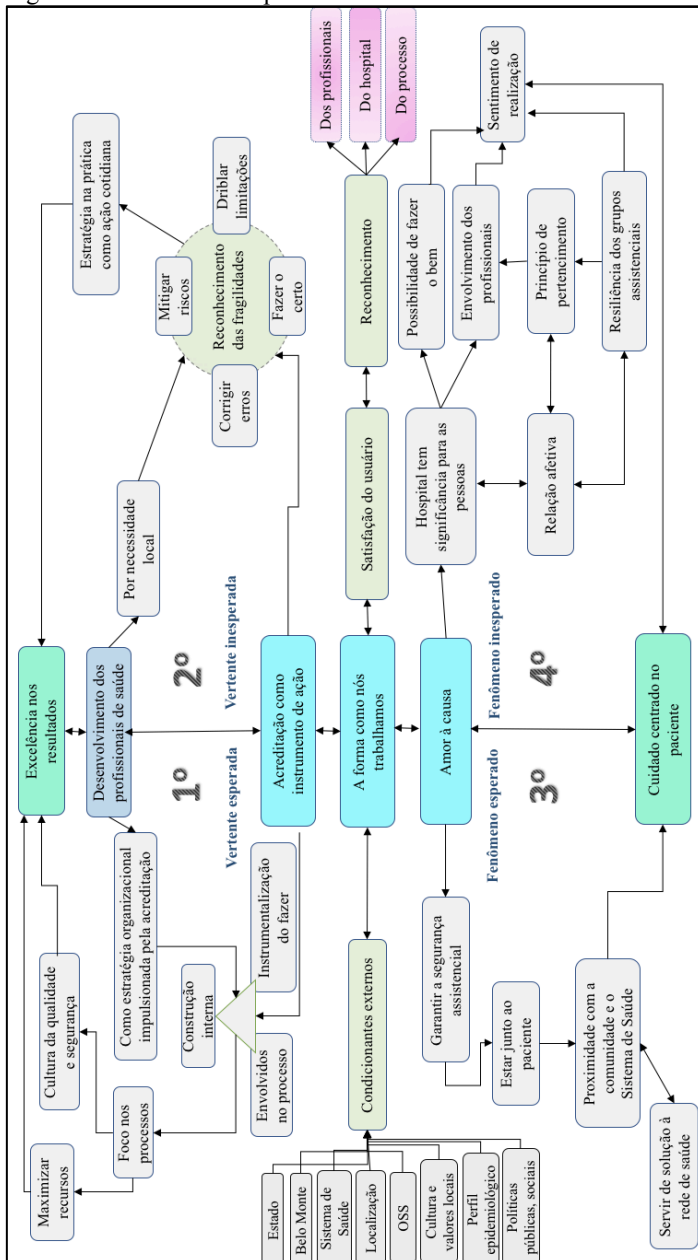
Neste alicerce construído, a teoria substantiva proposta fornece uma explicação de como a acreditação hospitalar se desenvolve neste



estabelecimento de saúde a partir dos significados dos praticantes e meus para o mundo à nossa volta, além da interpretação conjunta destes dados que derivou no modelo ilustrativo da Figura 31 e em 39 proposições teóricas associadas.

A teoria substantiva mostra-se no modelo a partir dos “Condicionantes externos” que determinam a “Forma como nós trabalhamos”, a qual é impactada, de um lado, pela “Acreditação como instrumento de ação” com suas vertentes esperadas e inesperadas do fazer, que garantem a “Excelência nos resultados” e, por outro lado, pelo “Amor à causa”, que em seus fenômenos esperado e inesperado propicia o “Cuidado centrado no paciente”. Estes movimentos, dos quadrantes superiores e inferiores, somados à formação central, ditam a “Satisfação do usuário”, que reflete no “Reconhecimento”.

Figura 30- Modelo “Comprometimento com o cuidado”



Fonte: elaborada a partir de dados da pesquisa (2018).

O Modelo “Comprometimento com o cuidado” é constituído de um eixo central pelo qual temos as entradas oriundas do cenário externo, a prática do fazer organizacional e o resultado desse processo dentro e fora do contexto hospitalar. Para dar suporte ao modelo, temos três categorias centrais (“A forma como nós trabalhamos”, “Acreditação como instrumento de ação” e “Amor à causa”), uma categoria de suporte (“Desenvolvimento dos profissionais de saúde”) e duas categorias de resultado (“Excelência nos resultados” e “Cuidado centrado no paciente”), que são impelidas pelos condicionantes e reflexos do reconhecimento, ambos de origem externa. Categorias essas que impactam sobre subcategorias e interagem entre si, alinhando o referido modelo, o qual é permeado pelas inter-relações criadas e fortalecidas pelo fazer cotidiano instalado.

No fluxo inicial do eixo central do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, temos as entradas impulsionadas por “Determinantes externos” (Localização, Sistema de Saúde, Estado, Belo Monte, Perfil epidemiológico, OSS, Cultura e valores locais, Políticas públicas e sociais), os quais coexistem e impactam na atuação do hospital, determinando seus resultados e as perspectivas emitidas a partir deles. Ademais, tornam “A forma como trabalhamos” em um esquema único do fazer organizacional do HRPT, que se desprende nos quadrantes superiores e inferiores em uma adaptável operacionalização.

Esse eixo favoreceu as duas proposições iniciais:

P1: *A localização constitui o principal determinante da operação do hospital, impactando na forma, na estrutura, no tipo de atendimento, no fazer e no sucesso dos resultados.*

P2: *O hospital é impactado e influencia o meio, sendo essa interação a responsável pelo formato da operação e pela determinação da qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema de saúde da região.*

Esses determinantes são referenciais para a constituição e a *performance* da categoria central “A forma como nós trabalhamos”, localizada na junção entre as duas grandes áreas de operacionalização do fazer: a vertente do fazer, de um lado; e, o fenômeno do amor, de outro; representados, na Figura 31, respectivamente pelos quadrantes 1-2 e 3-4. Essa combinação faz alusão à junção do coração com a razão, com representação da operação da prática hospitalar, com seus vieses operacionalizantes e suas concepções que vão do técnico ao comportamental, nos primeiros quadrantes, e a ilustração de como o envolvimento humano se faz presente no resultado da melhoria contínua do fazer da saúde, nos últimos.

Nesta construção do fazer, essa categoria central apoiou a construção da terceira proposição P3: *A forma como nós trabalhamos determina a atuação, a construção, o desenvolvimento e o jeito do fazer organizacional [do hospital].*

Na direção dos quadrantes superiores do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, especificadamente, no primeiro quadrante, observa-se a ação esperada gestada na categoria central “Acreditação como instrumento de ação” e, no segundo quadrante, a ação inesperada. Ambas são sustentadas pela categoria de suporte “Desenvolvimento dos profissionais de saúde” e conduzem à categoria de resultado “Excelência nos resultados”, que é o efeito do processo na prática, com resultados cumulativamente positivos em uma linha longitudinal paralela ao estabelecimento e desenvolvimento do hospital. Esse traçado conduz à proposição P4: *A qualidade assistencial [do HRPT] foi/é impulsionada em seu processo histórico pela acreditação hospitalar.*

No quadrante 1, fica evidente a utilização da “Acreditação como instrumento de ação” e a da sua configuração como alicerce à “Instrumentalização do fazer” do hospital, que resulta no “Foco nos processos”, proporciona “Maximizar recursos” e, concomitantemente, oferece chão fértil à “Cultura da qualidade e segurança”, que reforçam, em conjunto, a “Excelência nos resultados”. Dessa vertente germinaram sete proposições:

P5: *A acreditação hospitalar é o instrumento de ação que serve, aos envolvidos, como norteador da construção, manutenção e evolução dos processos, possibilitando a maximização dos recursos e a institucionalização da cultura de qualidade e segurança.*

P6: *As práticas organizacionais são construídas pelos envolvidos no processo, usando o arcabouço legal pertinente à atividade e aos membros que a desempenham, com adaptação ao meio e condizentes com o fazer instituído longitudinalmente.*

P7: *A qualidade e segurança têm pilares no cuidado com o paciente, no indivíduo que desempenha a função e no resultado sistêmico da assistência, que possibilitará ao hospital um patamar de reconhecimento pelo serviço prestado.*

P8: *Quanto maior o envolvimento da base operacional no apontamento de não conformidades de processos e na tratativa dos problemas encontrados, maior a disseminação da cultura da melhoria contínua.*

P9: *A acreditação tem custo, mas é um investimento que possibilita a perenidade do negócio, em que os processos sustentam melhorias e*

*essas fortalecem a economicidade, oferecendo uma qualidade assistencial mais segura e de melhor resultado.*

P10: *Qualidade envolve mais que números, envolve sentimento. Sendo o sentimento verdadeiro, mensurar dados pode corroborar na clarificação dos resultados sistêmicos.*

P11: *Ser nível 3 da ONA não significa ter a cultura da qualidade institucionalizada.*

No quadrante 2 do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, apresentamos a construção acerca do “Reconhecimento das fragilidades”, que adicionada à “Estratégia na prática como ação cotidiana”, apoia o estabelecimento da “Excelência nos resultados”, garantindo que o fazer contingenciado corrobore para a institucionalização de ciclos de melhorias da qualidade assistencial. Na trilha das fragilidades que operam sobre o fazer hospitalar, foram desvendadas quatro proposições:

P12: *O reconhecimento das fragilidades, no processo histórico da construção dos processos hospitalares, se mostra como um direcionador em busca da solução de não conformidades e dá sustentação a oportunidades de melhoria.*

P13: *O médico e a equipe multidisciplinar determinam, na prática cotidiana, a estratégia que conduzirá o tratamento do paciente.*

P14: *O gestor, quando engajado na construção e no acompanhamento do processo estratégico, usa o instrumento como um direcionador de ações e das decisões habituais.*

P15: *As atividades dos profissionais de saúde precisam estar alinhadas à missão do hospital, pois podem ser requeridas em estratégias práticas com constância, em especial, aquelas vinculadas ao prognóstico dos pacientes.*

Ainda permeando o quadrante superior, apontamos a categoria de suporte “Desenvolvimento dos profissionais de saúde”, originada “Por necessidade local” que vai permear a vertente inesperada da ação, e que se estabeleceu “Como uma estratégia organizacional impulsionada pela acreditação”, que dita o caminho da vertente esperada da “Acreditação como instrumento de ação”. As fragilidades existentes e o suporte à acreditação conduziram a seis proposições que, por sua vez, orientam o aprendizado organizacional:

P16: *A rotatividade dos profissionais de saúde gera um movimento de reforço aos processos, visto que as pessoas não são perenes, ao contrário dos processos, resguardadas suas evoluções.*

P17: *Mesmo em ambientes inóspitos, a retenção de talentos pode ser consubstanciada, desde que o sentimento de pertencimento seja*

*construído individualmente nos profissionais – cada indivíduo é único, cada qual se motiva por diferentes oportunidades e desafios.*

*P18: O processo de desenvolver por necessidade local impacta positivamente o reconhecimento das fraquezas, consolidando a estratégia na prática como ação cotidiana.*

*P19: A disseminação do processo da qualidade, como um direcionador da estratégia que a impulsiona, proporciona autenticar a construção interna pelos envolvidos no processo, instrumentalizando o fazer por meio do foco nos processos que florescem na maximização dos resultados e fortificam a institucionalização da cultura da qualidade.*

*P20: O amadurecimento do desenvolvimento interno profissional possibilita agregar diferentes saberes de educação em saúde, produzindo relações de cooperação na sociedade.*

*P21: O conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde, sob as lentes da qualidade, possibilita solidez e segurança à assistência prestada, bem como crescimento e desenvolvimento profissional.*

Essas categorias do quadrante superior reforçaram resultados que, ao longo dos anos, proporcionaram a evolução do desempenho assistencial com tendências favoráveis, no qual a “Acreditação como instrumento de ação” balizada pelo “Desenvolvimento dos profissionais de saúde”, em suas vertentes esperada e inesperada, podem ser traduzidas na “Excelência nos resultados”. E essa *performance* proporcionou três proposições à pesquisa:

*P22: O aprendizado organizacional fundamenta a evolução sistêmica e indica o caminho para a melhoria contínua, consolidando a lógica da cultura da qualidade.*

*P23: A excelência nos resultados perpassa por indicadores com tendências favoráveis que evidenciam melhoria da qualidade e segurança assistencial, entretanto, é na percepção prática que ela se explica.*

*P24: A excelência nos resultados é fruto do alinhamento dos níveis organizacionais, da agregação de diferentes saberes e das relações de cooperação do aprendizado organizacional por meio das correlações estratégicas.*

Na direção dos quadrantes inferiores 3-4 do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, mapeamos a categoria central “Amor à causa”, inter-relacionada, de um lado, com o fenômeno esperado do fazer assistencial e, de outro, com o forte apelo demonstrado pela doação pessoal dos envolvidos na assistência à saúde hospitalar. Esse reforço, ao mesmo tempo técnico e emocional, favorece

a inicialização de um amplo processo que conduz ao “Cuidado centrado no paciente”.

Esta soma avulta o reconhecimento dos envolvidos no consenso de que o HRPT é o projeto de suas vidas e reforça a proposição P25: *O amor à causa é balanceado pelo conhecimento técnico, vinculado ao fazer organizacional e profissional, e pela doação dos envolvidos nesse fazer, comprometidos com o cuidado centrado no paciente.*

O terceiro quadrante ilustra o lado técnico das categorias adjacentes ao “Amor à causa”, partindo de “Garantir a segurança assistencial” que fortalece a ação do cuidado e o “Estar junto ao paciente”, que demanda constante “Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde”, e voluntariamente se posicionada para “Servir de solução à rede de saúde”, como forma de unir esforços ao bem da assistência do usuário e dos seus. Instigados pelo reforço pautado no fazer hospitalar, foram construídas duas proposições:

P26: *As fragilidades encontradas junto ao fazer, durante o processo pré, intro e pós-assistencial, exprimiram a necessidade de estar junto ao paciente, atendendo para além da doença, para o contexto social daquele ser humano e dos seus.*

P27: *Para estar junto ao paciente, a organização hospitalar necessitou de aproximação com a comunidade e o Sistema de Saúde onde está inserida, servindo de solução à rede de saúde da larga região onde atua, favorecendo uma melhor assistência ao SUS – Sistema Único de Saúde.*

O quarto quadrante faz referência à doação pessoal, o fenômeno inesperado do fazer, no qual se observa que o “Hospital tem significância para as pessoas” por ofertar a “Possibilidade de fazer o bem” por meio do “Envolvimento dos profissionais de saúde”, o que conduz ao “Sentimento de Realização”, favorecendo o surgimento do “Princípio de pertencimento” que é permeado pela “Relação afetiva” que induz à “Resiliência dos grupos assistenciais”. Esse fenômeno nos induziu a duas proposições:

P28: *A possibilidade de fazer o bem fortalece a significância que o hospital tem para os profissionais de saúde, os quais, envolvidos com o cuidado do paciente, são agraciados pelo sentimento de realização pessoal.*

P29: *O sentimento de realização dos profissionais é fortalecido pelo princípio de pertencimento, que é permeado pela relação afetiva das equipes, a qual beneficia a resiliência dos grupos assistenciais.*

Os caminhos da técnica e da doação conduzem a um coeficiente comum que é representado pela categoria de resultado “Cuidado

centrado no paciente”, que trata da atuação dos profissionais junto ao paciente. Não é o cuidado para o paciente, mas com o paciente, observando para além de termos e resultados clínicos. Fortaleceram-se, assim, cinco proposições que foram sendo desenhadas com o delineamento do Modelo em emersão:

P30: *O caráter emotivo se sobrepõe ao caráter técnico na assistência ao paciente, proporcionado pelo envolvimento dos profissionais que, instigados pelo apelo local, buscam as melhores soluções possíveis, possibilitando a autorealização por meio do fazer.*

P31: *O entendimento dos profissionais sobre aquele contexto, longe de tudo e de todos os recursos, onde qualquer acontecimento que coloque em risco a sua vida e a dos seus torna o hospital sua chance de viver e, deste modo, fazer da melhor forma representa fazer da melhor forma para si, para os seus e para os outros*

P32: *Não há opção, o hospital precisa ser o melhor possível, pois é a única alternativa em uma vasta área geográfica e com poucas possibilidades de encaminhamento a grandes centros pela localização e logística.*

P33: *Estar neste contexto criou nos indivíduos o sentimento de pertencimento, aquele hospital se tornou seu, aquela cidade se tornou sua.*

P34: *A acreditação hospitalar é uma ferramenta usada para buscar a melhor qualidade assistencial, um guia para conduzir o alicerçamento de fazer melhor.*

Finalizando, voltamos ao eixo central do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, que dá sustentação ao arcabouço da operacionalização organizacional e dos impactos que o meio lhe causa, e passamos aos resultados refletidos na “Satisfação do usuário” e que resultam em “Reconhecimento” do processo, dos profissionais e do hospital, impactado pelo fazer que se materializada em “A forma como nós trabalhamos”. Na busca entre o satisfazer e o ser reconhecido, apontamos as últimas cinco proposições construídas pelos envolvidos na pesquisa e eu:

P35: *A assistência tem no usuário o principal agente da avaliação de sua qualidade e segurança, atestada por sua experiência e prognóstico do atendimento recebido.*

P36: *Quanto melhor a assistência, mais próxima tende a ser a percepção de satisfação requerida pelo usuário.*

P37: *O reconhecimento dos processos, do hospital e dos profissionais é o bônus concedido àqueles que se empenham em tornar a qualidade da assistência como um referencial dentro do mercado de saúde brasileiro.*



P38: *O reconhecimento do hospital atrai a responsabilidade de ser exemplo para outras organizações, bem como a necessidade de inovar para elevar a qualidade e a segurança assistencial praticada.*

P39: *O reconhecimento do hospital e de seus processos conduz ao reconhecimento e à satisfação dos profissionais.*

Esses achados sugerem que a acreditação hospitalar se mostrou possível de implantação, manutenção e evolução neste hospital, justamente pelas fragilidades que determinam a forma como os profissionais atuam, a qual se alinha à melhoria contínua como um instrumento de como agir corretamente, ao mesmo tempo que se fortalece do elo emotivo gerado nos profissionais pela necessidade do outro, própria e dos seus.

No tópico seguinte, esta teoria substantiva será apreciada à luz da literatura técnica.



## 6 O MODELO TEÓRICO À LUZ DA LITERATURA

Nunca se sabe até que ponto “Eu” falo, até que ponto “Eu” faço um discurso pessoal e autônomo, ou até que ponto, sob a aparência que acredito ser pessoal e autônoma, não faço mais que repetir ideias impressas em mim (MORIN, 2003, p. 127).

A teoria substantiva gerada por meio da *grounded theory* construtivista, que direcionou a pesquisa, ativou diversas teorias, inclusive de diferentes campos do conhecimento. As lentes, no entanto, foram voltadas à discussão empreendida a partir do pensamento complexo e do estudo das instituições.

Nesta etapa do estudo, retornei à revisão teórica elaborada anteriormente à pesquisa no campo empírico, a qual se mostrou insuficiente para a análise dos dados produzidos, o que culminou na investigação de novas referências aderentes ao Modelo “Comprometimento com o cuidado”.

A partir desse novo arcabouço teórico, neste tópico, busquei por aproximações e contribuições da teoria substantiva gestada à luz da literatura. Ressalto que se trata de *insights*, que pontuam alguns possíveis alinhamentos com potencial para novas pesquisas. Em especial, pela escolha de um objeto de estudo complexo, que não permite atingir a completude, sempre mostrando novas possibilidades para clarificar as interações observadas.

Este capítulo está estruturado em três tópicos, sendo que o primeiro discute as aproximações e contribuições entre a teoria substantiva e a literatura técnica, seguindo a mesma estrutura do modelo apresentado no capítulo anterior; o segundo tópico apresenta contribuições aos estudos referentes à acreditação hospitalar, e o último ensaia aproximações com o instrumento desenvolvido pelo NIEPC.

### 6.1 *INSIGHTS* ACERCA DO PENSAMENTO COMPLEXO E DO ESTUDO DAS INSTITUIÇÕES

Ao adotar uma metodologia com cunho construtivista, a opção estava em dar voz aos indivíduos envolvidos com o processo, o que parece discordante do pensamento compartimentado e disciplinante de grande parte dos estudos organizacionais. Nesse sentido, o pensamento complexo mostrou-se um chão no qual florescem possibilidades, visto que o sujeito é “uma estrutura organizadora” que “nos obriga a associar

noções antagônicas: a exclusão e a inclusão, o seu, o ele e o se” (MORIN, 1996, p. 55). Esse pormenor fortaleceu o entendimento de que o pensamento complexo serviria de guia para a união de categorias e proposições, que, vistas isoladamente, parecem destoar entre si.

Logo, no modelo gerado, o sujeito é a peça central, observado em ambivalências, incertezas e insuficiências, reconhecendo a existência contraditória de seu caráter e de suas ações. Ao lhe dar voz, em termos de sua experiência diária, os indivíduos exploram como a perspectiva de processos complexos os auxilia a dar sentido à sua existência e, assim, desenvolver sua prática (STACEY; GRIFFIN, 2006).

Deu-se, assim, a voz a 56 indivíduos diretamente envolvidos no contexto estudado (e outros tantos indiretamente). Suas colocações representam a percepção de muitos outros não participantes, se partirmos do pressuposto que, quando o indivíduo fala “eu”, está falando “nós”. No “eu falo”, também está o “se fala”. Quando se fala, há algo de coletivo, pois “o eu não é puro e não está só, nem é único”, destarte, “se não existisse o se, o eu não poderia falar” (MORIN, 1996, p. 54).

E, conseqüentemente, o modelo criado foi produzido por meio da conjugação de categorias que aparentam estar separadas. Conceitos foram encaixados, articulados uns com os outros, como apostas incertas, cuja causação pareceu, aos envolvidos, dar sentido ao fenômeno estudado. Corroborando com a condição de sujeito atribuída por Morin, Elkaim e Guattari (1996, p. 58), que é viver na incerteza e no risco.

Cada categoria criada foi pensada e repensada durante cinco ciclos de pesquisa, nunca de forma isolada, sempre ligada a um contexto, em uma construção conjunta por atores com diferentes conhecimentos e conceitos de mundo, o que, de acordo com Morin (2003), nos possibilita averbar que chegamos a um conhecimento apropriado e oportuno da mesma.

Neste sentido, o Modelo “Comprometimento com o cuidado” fornece uma explicação de como a acreditação hospitalar ocorre, se desenvolve e evolui no HRPT, fruto dos significados e das interpretações dos praticantes e meus ao contexto observado em um período longitudinal de pesquisa, consubstanciado por 39 proposições teóricas.

No modelo são referenciadas três categorias centrais (“A forma como nós trabalhamos”, “Acreditação como instrumento de ação” e “Amor à causa”), uma categoria de suporte (“Desenvolvimento dos profissionais de saúde”) e duas categorias de resultado (“Excelência nos resultados” e “Cuidado centrado no paciente”), impactadas pelos

condicionantes externo e reflexos do reconhecimento. Os próximos tópicos iluminam a reflexão dessas categorias e das proposições que lhes oferecem base com o olhar do pensamento complexo e das instituições.

### 6.1.1 *Insights* sobre o eixo central do Modelo Comprometimento com o cuidado

O eixo central do Modelo “Comprometimento com o cuidado” é composto pelas categorias “Condicionantes externos” e “A forma como nós trabalhamos”, oferecendo suporte a três proposições, a saber:

P1: *A localização constitui o principal determinante da operação do hospital, impactando na forma, na estrutura, no tipo de atendimento, no fazer e no sucesso dos resultados.*

P2: *O hospital é impactado e influencia o meio, sendo essa interação a responsável pelo formato da operação e pela determinação da qualidade da assistência prestada aos usuários do sistema de saúde da região.*

P3: *A forma como nós trabalhamos determina a atuação, a construção, o desenvolvimento e o jeito do fazer organizacional [do hospital].*

Essas categorias e proposições foram analisadas a partir de estudos sobre o pensamento complexo e as instituições, encontrando permeabilidade naqueles registrados no Quadro 8.

Quadro 8 - Aproximações teóricas do eixo central do Modelo “Comprometimento com o cuidado”

Categorias do modelo	Estudos que permitiram <i>insights</i> teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institucional work</i>
Condicionantes externos	Agostinho, 2003a	Williamson, 1996; North, 1990, 1991; Cavalcante, 2014		
Estado	Meyer; Rowan, 1991; Morin, 2003; Vasconcelos, 2004	Commons, 1931; North, 1981; Williamson, 1985, 1996; Fiani, 2011	Dimaggio; Powel, 1983; Fonseca, 2003; Mignerat; Rivard 2009;	
Belo Monte	Morin, 2002,2013	North, 1992; Rocha Junior, 2004; Fiani, 2011		

Sistema de saúde		Rocha Júnior, 2004	Dimaggio; Powel, 1983; Daniel; Pereira; Macadar, 2014	
OSS			Dimaggio; Powel, 1983; Scott, 2008; Daniel; Pereira; Macadar, 2014	
Localização	Meyer; Rowan, 1991; Morin, 2003;	Farina, 1999; Rocha Jr, 2004; Leite; Lanzer; Serra, 2009;	Scott, 2002, 2008; Machado-Da-Silva; Fonseca, 2010	
Cultura e valores locais	Morin, 2002		Boeira, Pereira, Tonon, 2013	
Perfil epidemiológico		Coase, 1993		Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Políticas públicas e sociais	Morin, 2013	North, 1981, 1990; Fiane, 2011.	Dimaggio; Powel, 1983; Daniel; Pereira; Macadar, 2014	
A forma como nós trabalhamos	Sarra, 2006; Casanova, 2006; Stacey; Griffin, 2006; Morin, 2003, 2013; Karemere et al., 2015; Fortin, 2005			Lawrence; Suddaby; Leca, 2011; Bruning; Amorim; Gobri, 2015

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Percebemos que a categoria “Condicionantes externos” apresenta maior relação explicativa com a vertente econômica dos estudos institucionais, com inferência da vertente sociológica, ao passo que a categoria central “A forma como nós trabalhamos” encontra respaldos no pensamento complexo e nos estudos de *institucional work*.

O pensamento complexo por entender o ator social e as organizações no ambiente em que interagem. O *institucional work* pelo fazer dos indivíduos, suas ações, atos e formas de se entender nesse contexto

Os condicionantes externos representam a entrada do fazer social do modelo e determinam, modificam, contingenciam o processo instalado e a forma como ele se dá, a partir das instituições que o constituem, corroborando que o conjunto de normas e regras abaliza as ações estabelecidas pelo homem, disciplinando suas ações com seus semelhantes, podendo também regulamentar outras instituições. Logo, “as instituições criam e delimitam o ambiente onde ocorrerá a transação e onde as organizações irão atuar” (ROCHA JUNIOR, 2004, p. 311).

Neste sentido, trazemos a figura do HRPT e de seus condicionantes externos representando um SCA, ou seja, um sistema com múltiplos componentes que se auto-organizam espontaneamente via suas interações. Eles exibem coerência sob mudança, por meio de ação condicional e previsão, sem necessariamente apresentar direção central. Ao mesmo tempo, parece que SCAs têm pontos de alavancagem, onde pequenas quantidades de *inputs* engendram grandes e direcionadas mudanças (AGOSTINHO, 2003a), como podemos ilustrar com a abertura do hospital na Região do Xingu, que trouxe condições de saúde à população, ou ainda, com as alterações locais trazidas pelas diversas fases de operacionalização da Usina Belo Monte.

Os determinantes externos compõem o ambiente institucional, entendido como as regras do jogo (NORTH, 1990, 1991; CAVALCANTE, 2014). São essas regras que promovem o desenvolvimento das atividades econômicas e das ações políticas, legais e sociais, que regem a base da produção, troca e distribuição (WILLIAMSON, 1996). Nesse sentido, damos partida à proposição P2 e comentamos os determinantes externos centrais que impactam no sistema, para a seguir os alinhar com a categoria central “A forma como nós trabalhamos” e o fazer hospitalar.

A localização é o que torna Altamira um caso ímpar, quando observamos que está embrenhada no meio da Transamazônica, em um local de difícil acesso por ar ou terra, com uma extensão geográfica que comporta alguns estados brasileiros e muitos países. Fatores esses que reforçam a complexidade de viabilizar a assistência à saúde à população dessa cidade, que é maximizada ao unir todo o território do Xingu e aportar um único hospital como resposta aos anseios de saúde do povo. O HRPT está, assim, alinhado com as palavras de Prigogine (2009d, p. 99) ao comentar que “a física do não equilíbrio abre espaço para as probabilidades de um universo em evolução”. Isso demonstra que, ao se

apresentar o hospital para além de possível, um exemplar de excelência da saúde pública, abre-se caminho para possibilidades de melhoria do sistema de saúde brasileiro.

Cabe salientar que essa localização influencia diretamente o fazer organizacional e, pela dificuldade de acesso, o hospital, ao praticamente ficar refém do transporte aéreo em uma região onde no tempo da cheia fica-se à mercê das condições meteorológicas, trabalha sob pressão constante, na total dependência, seja para emergências ou rotinas, atuando cotidianamente com o uso de contingências.

Desta forma, nesse contexto social, os procedimentos socialmente elaborados, que vigoram, precisam ser compreendidos como guias para a ação que, sob a conformidade da organização, lhe proporcionam legitimidade e suporte contextual (SCOTT, 2002; MACHADO-DA-SILVA; FONSECA, 2010). Scott (2008) comenta sobre a importância de se identificar as condições que distinguem determinado tempo e lugar e que influenciam a forma, o funcionamento e a legitimidade das organizações.

Ao mesmo tempo que isso impacta diretamente nos custos das transações, seja pela necessidade de manter os contratos externos da firma, seja no que diz respeito aos custos de adaptação que os agentes sofrem com as mudanças ambientais (FARINA, 1999), seja com o oportunismo que reside nas transações (LEITE; LANZER; SERRA, 2009) ou ainda pela assimetria de informações (ROCHA JUNIOR, 2004). O que impacta nas proposições P1, P2 e P3, que aliadas à racionalidade limitada, refletem nos custos de transação e em contratos incompletos, insuficientes para salvaguardar as lacunas decorrentes da própria complexidade dos mesmos e da limitação do ser humano ante o ambiente em que está inserido. Logo, quanto mais rápida for a adaptação do HRPT a cada ponto que a localização impacta, menos custos de transação existirão (ROCHA JR., 2004).

Além de que, outro fator impactante causado pela localização diz respeito ao acesso dos pacientes ao hospital, sejam oriundos de áreas que necessitam de deslocamento por rio ou por terra em transportes públicos ou vans e ambulâncias dos municípios, durante horas ou mesmo dias, o que, em muitos casos, acarreta demora à assistência prestada e impacta no tempo de tratamento, no tipo de medicamento utilizado, no prognóstico e no resultado esperado. Sem contar os pacientes que passam o dia no hospital para realizar um exame ou aqueles que, dia sim dia não, são submetidos a uma hemodiálise e depois retornam a sua cidade, impactando em sua condição de tratamento. Enfim, a localização importa e o hospital não tem qualquer



domínio sobre esse cenário, que está posto e no qual precisa se mostrar atuante.

Neste sentido, inclusive alinhavando a proposição P1, entre as considerações teóricas da teoria institucional, há o entendimento de que a estrutura formal das organizações pode ser tida como resposta às demandas de conformidade dos agentes isomórficos (neste caso, o Estado detentor das políticas públicas e sociais, o sistema de saúde insuficiente, as leis que respaldam o fazer da saúde no Brasil, etc.), refletindo assim os mitos e as crenças prevaletentes neste setor institucional (MEYER; ROWAN, 1991; VASCONCELOS, 2004) e revelando o quanto fazer assistência com qualidade está ligado ao princípio de auto-eco-organização de Morin (2003), que está atrelado à maneira como os humanos desenvolvem a sua autonomia na dependência da cultura e do meio geocológico.

O Estado é considerado outro dos “Condicionantes externos” de relevância, pela atuação sobre a gestão do hospital enquanto uma organização pública, por ser o ente de responsabilidade desse dentro do sistema de saúde e pela regulamentação do fazer por ele imposta, ou seja, uma instituição (COMMONS, 1931; CONCEIÇÃO, 2002; CHANG, 2005) de grande impacto na organização em estudo.

Sob essa consideração, a atenção da análise centra-se no papel desempenhado pelo Estado, em conjunto com o sistema legal e as profissões, no processo de “dar forma à vida organizacional tanto de maneira direta, impondo limites ou criando oportunidades, como de forma indireta, com a promulgação de novos mitos racionais” (RODRIGUEZ, 1991, p. 208), representando um mecanismo de controle coletivo, desempenhando a função de organismo de resolução de conflitos respaldados em regras e punições à sua inadimplência (COMMONS, 1931).

O HRPT é um hospital estadual público que está hierarquicamente ligado à Secretária Estadual de Saúde, organizando-se dentro da rede de saúde do Pará, atendendo a região específica do Xingu. O Estado, enquanto gestor do hospital, fiscaliza seus atos, o uso dos recursos públicos e dita, via contrato de gestão, a finalidade, a missão e as funções desse estabelecimento de saúde. Tudo demanda autorização do Estado. Assim, o Estado pode infligir sanções à inadimplência das regras, porque “é uma organização com vantagem comparativa em violência” (NORTH, 1981, p. 21). Entretanto, para North, o Estado não é uma instituição, mas uma organização, definindo instituição como um conjunto de regras que ele usa para lhe conferir o poder.

Relevante comentar que o Estado também interfere no campo institucional (DIMAGGIO; POWEL, 1983; FONSECA, 2003; MIGNERAT; RIVARD (2009); DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014) onde o HRPT está instado, operando na rede de saúde, por exemplo, usando da Central de Regulação de Vagas para estipular o que é ou não atendido dentro do hospital e, muitas vezes, não respeita a dinâmica como o processo é desenvolvido na operação hospitalar, causando entraves com o usuário do sistema ou acarretando problemas contrários à qualidade ou segurança pretendida pela organização.

Nas transações, esse é um fator que acarreta oportunismo dos agentes, visto a incerteza vinculada ao comportamento de agentes individuais, que podem atuar buscando seus próprios interesses de forma maliciosa. Esse oportunismo leva a contratos incompletos que geram oportunidades para que, quando da ocorrência de situações imprevistas, uma parte de um contrato realize ganhos à custa da outra, o que dá origem a barganhas e conflitos custosos (WILLIAMSON, 1985, 1996), como quando da negociação de inserção de novas especialidades ou da compra de material de órtese e prótese específicas.

Essas considerações reforçam a proposição P2 e o papel do Estado como uma instituição presente na sociedade, influenciando intensamente as relações entre os agentes econômicos e as organizações (ROCHA JR., 2004). Importante, ainda, discutir o papel institucional do Estado na constituição de arranjos institucionais necessários ao bom funcionamento da economia onde o HRPT e as demais organizações e indivíduos se encontram (seja em nível micro ou macroeconômico), reduzindo conflitos e agenciando a cooperação, de forma a abrandar os custos da transação.

O Estado tem ainda o papel de fornecer ao ambiente institucional - a constituição, as leis, regulamentos públicos, etc., deixando aos agentes a construção de estruturas de governança sobre essa base (FIANI, 2011), em especial, pela atividade hospitalar demandar tanto cuidado com a vida dos usuários a quem atende, o que favorece estruturas totalmente abarcadas sob leis e regulamentos, não unicamente sociais e coletivos, mas também específicos do fazer desempenhado.

Concomitante ao Estado, temos outro condicionante relevante, a OSS que administra o HRPT, no caso, a Pró-Saúde Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar, que, por meio de um contrato de gestão, realiza toda a operação do hospital, cumprindo um acordo de metas estipuladas pelo Estado e que são, periodicamente, avaliadas. A existência de leis que possibilitam um ente privado

administrar um ente público, por si só, já está no emaranhado de instituições constituídas pelo Estado, que busca soluções para drenar o mercado, neste caso, da saúde.

Logo, essas práticas, coercitivamente, interferem no campo. Estas novas formas de gestão em um campo organizacional culminam em mudanças nas organizações, normalmente, estruturais ou comportamentais (DIMAGGIO; POWEL, 1983), como aquelas que viabilizam a existência de um processo de acreditação hospitalar em um hospital público.

Há uma comissão de gestão do contrato, com membros do Estado e da sociedade, que observa a operação do hospital, averiguando tudo o que é realizado e cortando verbas ante o descumprimento de alguma cláusula contratual. O que representa uma pressão coercitiva (SCOTT, 2008), o não cumprimento de alguma meta ou cláusula contratual acarreta corte da transferência de recursos, o que pode vir a impactar no desempenho do hospital e, conseqüentemente, na qualidade assistencial empreendida. Cabe destacar que, quando o hospital atende além das metas estipuladas ou situações que não estão previstas, não há repasse de recursos para compensar esses episódios. O que reforça as proposições P2 e P3, bem como o poder da instituição Estado sobre a rotina do HRPT.

Outro ponto, averbado na pesquisa, sobre a OSS, que é detentora da gestão do HRPT, desempenhando todas as ações da operação hospitalar e por elas respondendo civil e juridicamente, bem como oferecendo apoio ao hospital por meio do conhecimento abarcado pelo grupo de hospitais administrados ao longo de 50 anos de existência, é que foi ela (a OSS) que “determinou” a concepção e a operacionalização do hospital sob os critérios da acreditação hospitalar e, como tal, desenvolveu seu caminho.

Isso, visto sob o viés do estudo institucional, é compreendido sob a égide do isomorfismo mimético, que, dentro de um campo organizacional, estimula o processo de imitação. Ademais, as organizações tendem a assumir outras organizações como modelo, as quais elas percebem ser mais legítimas ou bem-sucedidas (DIMAGGIO; POWEL, 1983), como aquelas onde o processo já estava implantado e trazendo resultados, seja dos hospitais que a OSS administra ou outros de referência no mercado, que são acreditados. Além do que, as interações existentes em um campo organizacional acabam por reconhecer que “processos interpretativos internos são moldados por estruturas culturais externas” (SCOTT, 2008, p. 57).

Esses processos ou esquemas interpretativos definem a maneira como indivíduos que compõem as organizações (no caso a OSS) percebem e compreendem as informações vindas do contexto externo ou do seu próprio campo organizacional (DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014). Nesse sentido, reforçando a proposição P2, o pilar cultural-cognitivo está unido a questões miméticas, em que as organizações captam, no ambiente, padrões de conduta que são tomados como a melhor maneira de operar em seu campo (SCOTT, 2008).

Emaranhado aos “Condicionantes externos” apresentados está o Sistema de Saúde, que compõe o fazer da saúde nesta região e, em última instância, é parte integrante do complexo cuidado da saúde nacional. Ao comentar sobre esse condicionante, temos dois fenômenos prioritários a investigar, o primeiro, que se reporta ao arcabouço legal que constitui a área da saúde e que é regulado dentro desse sistema, e o segundo trata-se da operacionalização da rede de atuação da saúde.

Percebemos que ambos os fenômenos se direcionam ao conceito de isomorfismo, visto que diferentes organizações, no mesmo ramo de negócios, estão estruturadas em um campo concreto, no caso a rede de assistência à saúde (DIMAGGIO; POWEL, 1983), e, a partir disso, estas organizações podem vir a modificar a sua conduta, de forma a alterar suas metas ou até mesmo desenvolver novas práticas de trabalho (DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014).

Logo, o primeiro fenômeno está alinhado ao isomorfismo normativo, vinculado à profissionalização da saúde e sua operação e busca o controle do produto/serviço final produzido (DIMAGGIO; POWEL, 1983; DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014). E o segundo, vincula-se ao isomorfismo coercitivo e busca legitimar o sistema de saúde, por meio de criações de estruturas, de sanções governamentais e de legislações, que coercitivamente interferem no campo (DIMAGGIO; POWEL, 1983).

O hospital visto como um elo da cadeia de saúde existente, como também como o nível mais apurado de assistência na região, age como um apoiador na melhoria destas unidades de saúde, buscando fomentar o desenvolvimento dos profissionais com capacitações e orientações. Esse não é um papel do hospital, mas a autossuficiência da rede impacta diretamente no resultado do paciente que é internado para receber um tratamento, bem como na forma como será atendido após sua alta. Em suma, o resultado do serviço prestado no hospital depende diretamente da atuação do sistema de saúde, representado pela rede de serviços oferecidos aos cidadãos da região do Xingu, impactando na proposição P2 e reforçando a dinâmica evolutiva da economia que, de

acordo com Rocha Júnior (2004), surge da interação entre as instituições e as organizações, definida simbolicamente como “os jogadores” (organização) que estão enquadrados nas “regras do jogo” (as instituições).

O sistema de saúde tem ligação direta com o “Perfil epidemiológico”, que determina o tipo de paciente atendido no HRPT, sendo que a concepção inicial do hospital foi de atendimentos de caráter mais geral e, atualmente, vem se agravando, com uma maior demanda de pacientes com trauma e de pacientes crônicos. Isso demonstra uma evolução da própria saúde local, que foi alterando de uma complexidade de atenção média, com cirurgias eletivas, para uma demanda de pacientes emergenciais, em especial, traumas, o que, por outro lado, revela maior violência local, seja no trânsito, seja na segurança pública.

Esses fatores, totalmente relacionados com o contexto local e suas demandas, levam a dois *insights*. O primeiro corresponde à presença de limites à racionalidade dos agentes, onde os tomadores de decisão, devido à existência de “deficiências em termos do conhecimento de todas as alternativas, incerteza acerca de eventos exógenos relevantes, e incapacidade de calcular consequências” (SIMON, 1979, p. 502), que levam a transações nem sempre adequadas ao perfil de atendimento.

O segundo é vinculado aos custos destas transações (COASE, 1993), pois a alteração do perfil de atendimento demanda alterações na estrutura de atendimento, no quantitativo de profissionais envolvidos, no consumo de materiais e medicamentos, na necessidade de exames complementares e na intensificação do cuidado. Ademais, o perfil epidemiológico, sofrendo alterações, modifica a assistência requerida e o funcionamento do hospital, reforçando as proposições P2 e P3.

Durante os últimos anos, uma alteração considerável no perfil de atendimento deu-se pela existência de outro condicionante de peso, a introdução da Usina de “Belo Monte” no Rio Xingu, uma das maiores hidrelétricas mundiais, que trouxe, para a região, um quantitativo elevado de profissionais (e familiares) para o desenvolvimento da operação, o que elevou o número de atendimentos e, ao mesmo tempo, causou uma rotatividade sem precedente no hospital, fruto dos novos cargos disponibilizados aos moradores locais.

Esses fatores ocorreram pela falta de planejamento local de políticas e ações voltadas à segurança, saúde e infraestrutura da cidade e da região. Por outro lado, a usina trouxe desenvolvimento para a região, com investimento de pessoas locais em novos negócios, o que viabilizou ao HRPT acesso a novos fornecedores, bem como usufruir de novas

possibilidades de contratos médicos com especialistas e profissionais que se estabeleceram na região.

Essa turbulência causada por “Belo Monte” é explicada por Morin (2002), que comenta que há a necessidade de conceber, quando se faz um projeto técnico, as consequências humanas e sociais, contextualizando-as, concebendo não unicamente as partes, mas o todo. Assim, não podemos imaginar que tudo o que exprime desenvolvimento e técnica tem que ser bom ou ruim. É ambivalente, ou seja, o desenvolvimento ilustrado pela usina “é complexo, ambivalente, ou seja, simultaneamente positivo e negativo” (MORIN, 2013, p. 28). Nesse sentido, as soluções para os conflitos e a reestruturação do sistema de restrições vão restaurando a estabilização na sociedade (NORTH, 1992) e, após vários conflitos e transações políticas, chega-se a um equilíbrio institucional, onde a ordem é restituída (ROCHA JUNIOR, 2004).

Atualmente, a Usina de Belo Monte já foi posta em operação e, com a tecnologia implantada, os profissionais foram sendo dispensados, reduzindo, significativamente, o número de empregados na atividade cotidiana, alterando novamente o perfil de atendimento do HRPT e ressignificando algumas transações, o que demonstra a necessidade de cooperação entre os agentes que efetuam um contrato, seja do Estado para com a OSS, seja do hospital para com os fornecedores e profissionais contratados, visto que, durante a execução do contrato, o ambiente pode mudar, afetando a transação caso a economia esteja passando por um processo de desenvolvimento (FIANI, 2011), como foi o caso de Belo Monte, o que contribui para reforçar a proposição P2.

Comentando sobre necessidades locais, outro “Condicionante externo” tem um impacto considerável na atuação do hospital, que diz respeito às “Políticas públicas e sociais” implantadas na região, pois elas determinam o tipo de usuário atendido. Pessoas com uma condição social básica preservada apresentam melhor resultado à assistência hospitalar prestada do que outras com agravamento do quadro social.

Um condicionante que tem impacto direto na assistência hospitalar são as “Políticas públicas e sociais”, visto definirem a condição física, mental e social do paciente atendido na organização, bem como o restabelecimento dele ao meio em que vive. Os dados governamentais observados indicam uma região onde a renda, a educação e a longevidade, ainda, demandam esforços para garantir qualidade de vida à população.

No entanto, relevante observar que os envolvidos na pesquisa reconhecem as necessidades locais, mas entendem que o HRPT desempenha um papel social que abarca alguns dos gargalos que seriam

de suporte público à coletividade, em especial, nos assuntos que estão diretamente ligados à sua atividade fim, como o apoio aos pacientes da hemodiálise e ao asilo local. Nesse sentido, reforçamos que, quando um sistema não consegue solucionar seus problemas vitais, ou ele se degrada, se desintegra ou se metamorfoseia, gerando um novo sistema hábil a abordar suas pendências. Logo, a visão da metamorfose é superior à de evolução (MORIN, 2013).

Para finalizar os “Condicionantes externos”, trazemos a categoria “Cultura e valores locais”, que na região do Xingu apresentam um forte apelo, com costumes enraizados em crenças antigas e que nem sempre são análogos ao comportamento necessário para preservar a saúde e dar prosseguimento aos tratamentos iniciados no hospital, entre eles, os mais relevantes são aqueles instituídos pela cultura indígena, que apresenta grande contingente de habitantes locais. Essas inconsistências são fruto das verdades, dos conhecimentos e da sabedoria de cada cultura, como também das suas ilusões e equívocos (MORIN, 2002).

Essa forte cultura local demandou, segundo os envolvidos na pesquisa, uma adaptação do hospital no sentido de preservar os valores da região, como uma forma de buscar sua permanência em equilíbrio aos povos, e não como uma organização separada. Corroborando com a perspectiva moriniana, que pressupõe uma vinculação fundamental e dinâmica entre ambientes naturais e sociais/culturais. Há unidualidade entre cérebro e mente/espírito, e o social não é arquetizado como negação do natural, nem é compreendido como realidade necessariamente justaposta e manipuladora do natural (BOEIRA, PEREIRA, TONON, 2013).

Neste sentido, o entendimento que o que se faz ali é específico para esta população é fundamental. Corroborando com a proposição P2 e P3, o HRPT é entendido como uma organização que apresentou um método diferente para fazer sentido da experiência em um mundo em rápida mudança e com costumes distintos, usando contas reflexivas da vida cotidiana comum, em vez de contas idealizadas (STACEY; GRIFFIN, 2006).

Os “Condicionantes externos” influenciam o hospital, ao mesmo tempo que esses mesmos determinantes são impactados por ele, como quando atua como um dos maiores empregadores locais, ao direcionar suas compras no mercado local, ao apoiar e desenvolver o sistema de saúde, ao restituir vidas à sociedade no melhor estado possível, ao se preocupar com a região, com seus indicadores e com seus resultados. Reforçando a noção de que as instituições são restrições

humanamente concebidas, que estruturam as interações políticas, econômicas e sociais. Sejam elas restrições informais (sanções, tabus, costumes, tradições, códigos de conduta) ou restrições formais (constituições, leis, direitos de propriedade) (NORTH, 1991).

O ambiente é visto, assim, como sistema aberto, como ecossistema, que inclui e viabiliza a vida social, fornecendo-lhe as condições fundamentais, ao mesmo tempo que é interpretado, construído e modificado pela dinâmica das sociedades (BOEIRA, PEREIRA, TONON, 2013).

Neste ambiente, cabe-nos, agora, tratar como os envolvidos laboram. Para tal, voltamos à categoria central “A forma como nós trabalhamos”, que perpassou a pesquisa toda constituída, porém obscura aos olhos dos envolvidos, os quais, simplesmente, diziam que, naquele cenário, as coisas eram feitas assim. E, somente ao final da pesquisa, ao ser apresentada como uma possível categoria, foi aceita como a principal forma do fazer do HRPT e fez sentido aos envolvidos, como um princípio que une todos os demais.

Encontrei respaldo para este comportamento nos estudos de Sarra (2006), que comenta que os participantes provavelmente se comportam como se grande parte disso fosse invisível, eles não percebem necessariamente de maneira conscientemente reflexiva o fazer e seus complexos processos responsivos. Logo, eles passam suas experiências sem percebê-las. De acordo com Bauman (2003), não se vê o que é visível demais, não se nota o que está sempre posto, as coisas são percebidas quando desaparecem ou são preteridas, e quando “dadas” para a busca por suas essências, passam a se perguntar sobre sua origem, paradeiro, uso ou valor. Logo, “eu fazê-los ver” criou a oportunidade da conversa sobre o fato ao fornecer uma linguagem para dar sentido à sua experiência que, até então, não estava disponível - as pessoas precisam construir discursos entre eles para articular e fazer sentido, de modo a tornar a consciência disponível para a reflexão (SARRA, 2006).

Destarte, essa categoria vem carregada de representatividade quando os envolvidos citam a forma como eles fazem as coisas. Na pesquisa, dois momentos de observação foram considerados para exemplificar como essa categoria se dá na prática: o primeiro trata do planejamento de como seria conduzida a visita de manutenção do nível 2 e a visita de certificação de nível 3; e o segundo, do que seria demonstrado na visita de manutenção do nível 3 – com um espaço de um ano entre os dois.

Nesses momentos, observei que, devido à existência de distintos profissionais, formações e vivências, há níveis diferentes de



entendimento, no entanto, por já estarem em um grau maior de envolvimento com a qualidade, havia instaurado o juízo da coletividade, com um setor colaborando com o outro, além do entendimento de que só há progresso quando há participação do conjunto.

Isso indica que organizações como o HRPT são aquelas que aprendem a realizar pesquisas para a ação, que geram conhecimento em ação, reflexões para a ação e autocríticas organizadas para a tomada de decisões. Logo, estabelecem e monitoram planos e medidas, adaptando os meios aos fins planejados (CASANOVA, 2006,).

Ademais, percebi como os diretores e gestores selecionaram diferentes táticas de ação, a partir da estratégia institucional fundamentadora. Logo, a diretriz foi dada, mas a estratégia foi uma definição do gestor de nível tático, que escolheu os instrumentos que melhor se aplicavam ao seu grupo, inclusive delegando apresentações a outro profissional na visita de acreditação, indicando a confiança na equipe.

Indo ao encontro das colocações de Stacey e Griffin (2006), de que as políticas negociadas pelos grupos locais são intuídas como articulações dos padrões globais emergentes, como generalizações e idealizações. Os objetivos e as técnicas de atenção são compreendidos como instrumentos que as pessoas usam em sua interação comunicativa entre si. Como generalizações e idealizações, essas ferramentas necessitam ser arranjadas de forma funcional, uma e outra vez, nas circunstâncias particulares nas quais as pessoas se deparam.

Observei, ainda, como o trabalho se dava conjuntamente, quando na preparação para a visita de manutenção da ONA do nível 3. Os grupos uniam-se para mostrar as inter-relações entre eles, inclusive aquelas não positivas, apontando melhorias e pontos de possíveis verificações futuras, bem como demonstrando o aprendizado que obtiveram sobre cada processo. Vi união e respeito, ao mesmo tempo que questionamentos e críticas eram abordados e resolvidos entre muitos indivíduos, para no final aparecer como uma orquestração de resultado comum, que exacerbou o sentimento de comunhão quando os gestores abriram a oportunidade do pessoal do setor conduzir os trabalhos e as atividades na visita da acreditação. Alinhando que a reforma virá do interior, por meio da problematização, demonstrando que não “basta problematizar o homem, deve-se problematizar a ciência, a técnica - o que acreditávamos ser a razão e era, com frequência uma abstrata racionalização” (MORIN, 2003, p. 35).

Ao observar os momentos prévios e o resultado apresentado nas três visitas de avaliação da ONA, foi-me dada a chance de perceber

como a simplicidade de “A forma como nós trabalhamos”, enquanto categoria, demonstrou a prática entendida na sua essência e o profundo conhecimento dos gestores da organização, que entendem seus processos, estão cientes de seus gargalos e reconhecem a melhor forma de confirmar seus resultados em conjunto com os demais profissionais do hospital.

Neste sentido, os estudos de Karemere et al. (2015) conduziram a *insights* de que os arranjos institucionais, que estão no local e que dependem de liderança pela equipe gestora, determinam a força e a interação organizacional, sendo moldados pelas relações entre grupos de atores e suas posições de poder. Assim, para um hospital funcionar além do resultado comum a todos, é imprescindível motivá-lo, tanto a nível gerencial quanto a nível clínico, em uma interação positiva entre os agentes por meio de uma mesma visão.

Além de que, na minha percepção, essas observações exprimiram como as estratégias estão enveredadas com “A forma como nós trabalhamos” e que são individuais daquela organização. E, tecnicamente, como administradora, entendi que, para fazer com diferença, é preciso fazer de verdade, deixar claro onde estamos frágeis e onde podemos melhorar, envolvendo todos no processo, do diretor ao auxiliar de serviços gerais, pois é no todo que a unidade se mostra. Indo ao encontro de Morin (2003, p. 29), ao afirma que “trata-se de repor as partes na totalidade, de articular os princípios de ordem e de desordem, de separação e de união, de autonomia e de dependência, em dialógica (complementares, concorrentes e antagônicos)” no contexto em observação.

Nesse sentido, a categoria central é impactada a todo o momento pelos “Condicionantes externos”, que nas suas relações com o cenário determinam, paradigmaticamente, como “A forma como nós trabalhamos” se posicionará como resposta aos desafios, criando um formato próprio do desenvolver deste estabelecimento de saúde. Entusiasmado a criação de diretrizes que conduzem a rotina diária no sentido de minimizar o dano, o risco, a insatisfação do paciente ali acolhido. Logo, esses condicionantes externos servem como uma possibilidade de melhoria.

Essas considerações corroboram para a construção da proposição P3 e alinham com Fortin (2005), que comenta que a teoria da organização deve reservar um espaço de escolha, mas é no que concerne à vida, ao homem e à sociedade que a causalidade complexa ganha toda a sua radicalidade. Nisso, a causalidade exterior e a causalidade interior interferem de maneira tão complexa (complementar, concorrente e

antagônica), que, por vezes, é impossível determinar a parte de uma ou de outra. Logo, a complexidade “deve resolver o problema ao dar-nos ferramentas que nos ajudam a aprofundar o conhecimento da realidade sem nunca a mutilar nem simplificar” (FORTIN, 2005, p. 71).

A categoria “A forma como nós trabalhamos”, no entanto, é mais requerida na junção entre as duas grandes áreas de operacionalização do hospital, na qual estruturamos o Modelo “Comprometimento com o cuidado”, que, de um lado, é composto pelos quadrantes referentes à vertente do fazer e, de outro, pelos quadrantes que oferecem suporte ao fenômeno do amor, como uma junção dialógica (MORIN, 2003) do coração com a razão.

Este princípio dialógico,

une dois princípios ou noções devendo excluir um ao outro, mas que são indissociáveis numa mesma realidade (...). Sob as formas mais diversas, a dialógica entre a ordem, a desordem e a organização, através de inumeráveis inter-retroações, está constantemente em ação nos mundos físico, biológico e humano. A dialógica permite assumir racionalmente a associação de noções contraditórias para conceber um mesmo fenômeno complexo (MORIN, 2013, p. 28).

Além de que, encontra respaldo na história da filosofia ocidental e oriental, com numerosos elementos e premissas de um pensamento da complexidade. Por exemplo, desde a Antiguidade, o pensamento chinês está fundamentado na relação dialógica, complementar e antagônica entre o *yin* e o *yang* e, “segundo Lao Tsé, a união dos contrários caracteriza a realidade” (MORIN, 2013, p. 30).

Isso posto, relevante frisar que o fazer do HRPT só estará completo, na sua estruturação, ao ser constituído pelas outras duas categorias centrais que se enraízam desta primeira, bem como todas as imbricações a elas destacadas. Nos quadrantes superiores 1 e 2 do Modelo “Comprometimento com o cuidado” está presente a operação da prática hospitalar, com seus vieses operacionalizantes e suas concepções que vão do técnico ao comportamental. Nos quadrantes 3 e 4, estão presentes as categorias que demonstram o quanto o envolvimento humano se faz presente no resultado da melhoria contínua do fazer da saúde.

Destarte, é importante considerar que o Modelo “Comprometimento com o cuidado”, também, está construído sob a dialógica do que era esperado na pesquisa, assim como do que foi

encontrado e não era ‘visto aos olhos’, que foi denominado de inesperado. Assim, seja na vertente do fazer ou no fenômeno do amor, este princípio do pensamento complexo (MORIN, 2003, 2013), também, reside. E, é sobre essa dialógica que se constituem os próximos tópicos.

### 6.1.2 *Insights* acerca da categoria central Acreditação como instrumento de ação

A categoria central “Acreditação como instrumento de ação” está vinculada à proposição P4: *A qualidade assistencial [do HRPT] foi/é impulsionada em seu processo histórico pela acreditação hospitalar.*

Essa categoria e a proposição foram examinadas sob a lente de estudos orientados pelo pensamento complexo e pelas instituições, encontrando similaridades conforme apontado no Quadro 9.

Quadro 9 - Aproximações teóricas da categoria “Acreditação como instrumento de ação”

Categorias do modelo	Estudos que permitiram <i>insights</i> teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institucional work</i>
Acreditação como instrumento de ação	Meyer; Rowan, 1983; Stacey; Griffin, 2006; Morin; 2013	Veblen, 1988; North, 2005	Carstens e Machado-da-Silva, 2006; Jacometti et al., 2016	

Fonte: elaborado pela autora (2018).

A acreditação em si é a instituição mais forte existente no HRPT, provavelmente, aquela culturalmente mais imbricada em todo o processo hospitalar. Entendida instituição aqui como um hábito mental (VEBLEN, 1988), por atuar como o tecido social, mantido e modificado por ações e decisões dos sujeitos ao longo do tempo. Mas, ao mesmo tempo, como hábitos de pensamento aceitos como normas orientadoras da conduta (MITCHELL, 1910b). Sem deixar de lado o viés de que a acreditação envolve o processo pelo qual processos sociais e obrigações passam a ter um *status* de regra no pensamento e na ação social (MEYER; ROWAN, 1983).

A “Acreditação como um instrumento de ação” serviu ao HRPT como um manual para estruturar o hospital embasado em qualidade na assistência e em princípios vinculados à segurança, ao foco no paciente,

à visão sistêmica, à orientação por métodos e à melhoria contínua. Nesse sentido, a própria pesquisa desta tese já iniciou com o pressuposto de que a acreditação era a ferramenta utilizada para determinar o caminho daquele hospital. Assim como entendemos, os envolvidos que participaram da construção do modelo e eu, que essa era a perspectiva que nos dirigia à vertente esperada do fazer, peculiar das organizações que operam motivadas por certificações de qualidade, apesar das nuances do cenário encontrado.

Corroborando com Jacometti et al. (2016), ao considerar que as instituições são guias da ação, na medida em que são legítimas. E, são legítimas, na medida em que são aceitas (o que está clarificado no processo de acreditação em Altamira), e isso se aplica aos atores envolvidos na estrutura organizacional. Contudo, “esse entendimento razoavelmente comum é tautológico: o que aceito é legítimo, e o que é legítimo é aceito” (JACOMETTI et al., 2016, p. 429).

Corroborando com Carstens e Machado-da-Silva (2006), que mencionam que as organizações que empregam as mesmas práticas usadas por outras (aqui exemplificado pelo processo de acreditação hospitalar) são vistas pela sociedade como mais legítimas do que as demais organizações.

Porém, no fazer, encontramos algo que não era esperado e que define a diferença na visão de quem faz e de quem recebe a assistência, ou seja, evidenciamos que os profissionais que obram no HRPT se preocupam em reconhecer seus feitos, principalmente, aqueles que não são positivos ao processo. Por fazer sentido ao longo da pesquisa, em conjunto, denominamos esse elemento como a ação inesperada do fazer.

Este elemento não esperado nos incita a refletir sob a visão de Stacey e Griffin (2006) de que toda abordagem equivale a uma tentativa de projetar um sistema que produza, previsivelmente, um padrão de atividade global desejado. Porém, na lente dos processos complexos, as organizações não são realmente coisas existentes chamadas de sistemas, mas, em vez disso, estão em curso, iteraram padrões de relações entre pessoas, que nem sempre são totalmente condicionados.

Ou ainda, na ideia de metamorfose de Morin (2013), que pode ser ilustrada pelo exemplo da lagarta, a qual se aprisiona em uma crisálida e dá início a um processo simultâneo de autodestruição e de autorreconstrução em uma organização e uma forma diferentes. Quando a crisálida se rompe, surge a borboleta que, embora permaneça o mesmo ser, tornou-se outro. Como a borboleta, são as organizações. Não se pode prever a forma, mas toda mudança provoca um surgimento criador,

onde a tendência do desenvolvimento está em responder à aspiração do ser humano de associar autonomia e comunidade (MORIN, 2013).

Vê-se, ainda, certo alinhamento com a flecha do tempo de Prigogine (2009a, p. 111), ao afirmar que “envelhecemos todos na mesma direção, assim como os rochedos e as estrelas”. A flecha do tempo está presente em todas as formas da natureza, visto que a evolução temporal ocorre na mesma direção, tanto para os humanos como para as organizações, o que “implica também no aparecimento de acontecimentos, de novas manifestações que atestam a criatividade da natureza”.

E, permeando estes dois caminhos, como que a linha que dá sentido ao fazer, tem-se o desenvolvimento dos profissionais que ali atuam, que sustenta a evolução do hospital em paralelo ao caminho da acreditação. Levando o foco para o aprendizado humano, observamos que o conhecimento se adquire por um processo incremental, por meio do qual as crenças e preferências mudam, bem como moldam a *performance* das economias ao longo do tempo (NORTH, 2005, p. 8), entendendo economia em seu microconceito, de organização hospitalar que perpassa para o sistema de saúde e esse, ao ambiente macro, extrapolando na forma de fazer econômica.

A soma desses apontamentos corrobora com a proposição P4 e oferece chão de florescimento para as análises das próximas categorias da “Acreditação como instrumento de ação”, em sua vertente esperada e inesperada do fazer, e de como o desenvolver dos profissionais corroborou para alicerçar a excelência dos resultados.

### **6.1.3 Insights acerca da Acreditação como uma construção interna do fazer**

O fazer social, que ilustra o primeiro quadrante do Modelo “Comprometimento com o cuidado” e que representa a “Acreditação como instrumento de ação” em sua vertente esperada, é composto pelas categorias: “Instrumentalização do fazer”, “Construção interna”, “Envolvidos no processo”, “Foco nos processos”, Maximização de recursos” e “Cultura da qualidade e segurança”.

Esse quadrante apresenta sete proposições norteadoras:

*P5: A acreditação hospitalar é o instrumento de ação que serve, aos envolvidos, como norteador da construção, manutenção e evolução dos processos, possibilitando a maximização dos recursos e a institucionalização da cultura de qualidade e segurança.*

P6: *As práticas organizacionais são construídas pelos envolvidos no processo, usando o arcabouço legal pertinente à atividade e aos membros que a desempenham, com adaptação ao meio e condizentes com o fazer instituído longitudinalmente.*

P7: *A qualidade e segurança têm pilares no cuidado com o paciente, no indivíduo que desempenha a função e no resultado sistêmico da assistência, que possibilitará ao hospital um patamar de reconhecimento pelo serviço prestado.*

P8: *Quanto maior o envolvimento da base operacional no apontamento de não conformidades de processos e na tratativa dos problemas encontrados, maior a disseminação da cultura da melhoria contínua.*

P9: *A acreditação tem custo, mas é um investimento que possibilita a perenidade do negócio, em que os processos sustentam melhorias e essas fortalecem a economicidade, oferecendo uma qualidade assistencial mais segura e de melhor resultado.*

P10: *Qualidade envolve mais que números, envolve sentimento. Sendo o sentimento verdadeiro, mensurar dados pode corroborar na clarificação dos resultados sistêmicos.*

P11: *Ser nível 3 da ONA não significa ter a cultura da qualidade institucionalizada.*

Essas categorias e as proposições foram verificadas sob o foco de estudos pautados pelo pensamento complexo e pelas instituições, revelando linearidade em acordo com os apontamentos do Quadro 10.

Quadro 10 - Aproximações teóricas do quadrante vinculado à vertente esperada do fazer

Categorias do modelo	Estudos que permitiram <i>insights</i> teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institucional work</i>
Construção interna	Morin, 2003; Zimmerman, 2011; Stacey, 2010, 2012; Karemere et al., 2015		Scott, 2008	
Instrumentalização do fazer		Commons, 1931;	Daniel; Pereira; Macadar, 2014	Lawrence; Suddaby, 2006; Lawrence; Suddaby; Leca, 2009a;

				Lawrence; Leca; Zilber, 2013
Envolvidos no processo	Meyer; Rowan, 1983; Agostinho, 2003a; Karemere et al., 2015	Veblen, 1999	Carvalho; Vieira, 2003; Scott, 2008; Machado-da-Silva Fonseca; Crubellate, 2010	Viale e Suddaby, 2009; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011
Foco nos processos		Chang; Evans, 2005; Chang, 2005; Cavalcante, 2014	Dimaggio; Powel, 1983; Daniel; Pereira; Macadar, 2014	Coraiola et al., 2015; Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Maximização de recursos		Williamson, 1985, 1996, 1999; Ménard et al., 2014	Dimaggio; Powell, 1991	
Cultura da qualidade e segurança	Veblen, 1898	Hodgson, 1994; Cavalcante, 2014	Carvalho, Vieira, 2003	Lawrence; Suddaby; Leca, 2011; Bruning; Amorim; Gobri, 2015

Fonte: elaborado pela autora (2018).

O dia a dia organizacional desvenda-se neste quadrante, com especial atenção à forma como os envolvidos na própria pesquisa se observam dentro de seus papéis, quando articulam suas rotinas, suas práticas, sua forma de fazer e como percebem seus resultados. Falam de si e contam como seus pares atuam, em um contínuo fazer e refazer social.

A categoria “Construção interna” diz respeito a como as ações acontecem e como foram estruturadas para que ocorressem. Em um hospital, há protocolos, rotinas, fluxos, diretrizes terapêuticas, normatizações, leis, regimentos, enfim, inúmeras normas para regular aquele fazer.

O que indica existência de sistemas normativos que determinam como as coisas devem ser feitas, bem como a forma como devem ser



executados tais processos para a busca dos objetivos propostos (SCOTT, 2008). Além de corroborar com o princípio de reintrodução de Morin (2003), que atua na restauração do sujeito e ilumina a problemática cognitiva da percepção à teoria científica, onde o conhecimento é traduzido por um indivíduo ou mais, em certa cultura e em um determinado tempo, ilustrado pelo acúmulo de rotinas e documentos que instrumentalizam o fazer a partir do conhecimento daqueles que o vivenciam.

Porém, nesta categoria, cabe lembrar que, por versar de normatizar a prática em uma atividade que trata de um ser humano, o resultado nunca é totalmente previsto. Além de que, neste tipo de organização, onde todo tipo de paciente é internado, esse viés se avulta.

Neste sentido, Zimmerman (2011) e Karemere et al. (2015) consideram o hospital como um sistema adaptativo complexo e, de acordo com Stacey (2010, 2012), o aspecto essencialmente humano dos agentes é uma das características-chave para melhor compreender as organizações, com base na estrutura conceitual desse tipo de sistema. Em organizações como o HRPT, agentes são afetados por diferentes sentimentos e situações (MCDANIEL, 2007). Desta forma, ao ter que alterar um procedimento ou uma forma de fazer, os profissionais têm pensamentos sistêmicos, o que lhes possibilita observar, refletir e alterar a ação a partir da sua percepção do ambiente, atuando, ao mesmo tempo, como observadores e como participantes (PASCUCCI; MEYER, 2013).

Adicionalmente, corroborando com a proposição P6, Aubry, Richer e Lavoie-Tremblay (2014) trazem a analogia de que enviar um foguete para a Lua é complicado, criar uma criança é uma ação complexa, e comparam-na à gestão hospitalar, devido aos aspectos multifacetados do sistema de saúde que a compõe. Dito de outro modo, a ação individual não pode se dar em uma lacuna institucional, da mesma maneira que as instituições não podem existir na ausência da ação individual. Existe, assim, uma mútua amarração ontológica entre instituições e ação humana, em que uma não pode ocorrer sem a outra (CAVALCANTE, 2014).

Esta “Construção interna” se dá por meio de dois pilares, o primeiro, representado pela categoria “Envolvidos no processo”, e o segundo, pela categoria “Instrumentalização do fazer”, os quais, em conjunto, formam o que denominamos, no Modelo “Comprometimento com o cuidado”, o “Triângulo do fazer”, um adendo onde se observa a ocorrência dos três pilares de influências isomórficas (SCOTT, 2008): o pilar regulador, o cultural-cognitivo e o normativo. O pilar regulador vincula-se a leis, normas ou sanções que regulam as organizações de

saúde e seus profissionais; o segundo apoiando as lógicas compartilhadas, que são comuns e que se difundiram na forma como o fazer se dá no HRPT; e, o terceiro instrumentaliza e diz como as coisas devem ser feitas, aliando a acreditação e apontando o que se espera dos atores sociais envolvidos (SCOTT, 2008).

Como “Envolvidos no processo”, estão definidos os funcionários, os gestores, a diretoria, os consultores da empresa que administra o hospital e os avaliadores que realizam as avaliações da ONA. Essa categoria é a que dá base para as proposições P6 e P7. A diretoria é apresentada como a operacionalizadora do processo de implantar a acreditação no hospital, a partir de um direcionamento da OSS que administra o hospital, bem como por comandar a organização e, estrategicamente, fazer escolhas para manter o nível de atendimento atual do hospital e buscar a melhoria contínua.

Dois fatores foram mais relevantes na observação desse grupo. O primeiro é que houve muitas trocas no grupo estratégico, pela dificuldade em manter alguém no local, distante de grandes centros, e por essas pessoas, ao se destacarem neste projeto, serem alçadas a cargos ou novos projetos dentro da própria rede administrada pela OSS. No entanto, esse não representou um problema, pois aprenderam a formar sucessores, em especial, nos cargos assistenciais, o que não demandava alterações bruscas com as trocas e possibilitou inovações incrementais, visto a diversidade que as trocas traziam com elas. Isso demonstra alinhamento com Agostinho (2003a), ao constatar que, quando alguém com outros atributos vem ocupar uma posição, são criadas novas conexões na rede, alterando o padrão de relacionamentos e gerando mais diversidade.

O segundo fator, referente à diretoria, diz respeito à atuação e à presença dos membros no dia a dia organizacional, estando próximos dos profissionais, corroborando para uma fluidez das ações e decisões. Isso é reconhecido pelos envolvidos, ao entenderem que a diretoria está alinhada com a segurança e qualidade assistencial, o que reforça a compreensão deles no sentido de que a ação neste hospital está preocupada com o paciente e o profissional.

Com relação aos gestores responsáveis pelo nível tático, há evidência de dois momentos: um primeiro onde esses agiram como ‘gestor faz-tudo’, sem muito conhecimento de gestão e por necessidades locais, precisaram fazer para aprender; e, um segundo, em que se apoderaram de seu papel como condutores da gestão, como estrategistas do fazer.

A maioria dos gestores chegou ao hospital vinda de outras regiões do país, em especial do Sul e Sudeste, e, invariavelmente, recém-formados, com objetivo de aprender, ganhar experiência e voltar para suas cidades. Entendiam que ir à Altamira era uma oportunidade de ouro. A maioria aventurou-se só, então, ao chegar a uma região sem grandes atrativos culturais e sociais, dedicou-se integralmente ao objetivo principal e encontrou sentido na dedicação ao hospital, o que foi visto como o porto seguro encontrado.

Esses profissionais, normalmente, chegavam para cargos técnicos, mas, por necessidade e dedicação exacerbada, foram rapidamente alçados a categoria de gestores, mesmo sem conhecer muito da ação. Assim, precisaram aprender a função de base e, ao mesmo tempo, serem gestores. Uma experiência que não teria ocorrido da mesma forma em outros hospitais brasileiros, onde levariam anos para chegar a um cargo de liderança, ou seja, o processo foi simplificado. Além de que, pela necessidade, muitas vezes ocuparam funções em diversas áreas, o que lhes proporcionou uma experiência mais diversificada e favoreceu a atuação sistêmica.

Neste sentido, a cultura é elevada a uma disposição causadora da formação da realidade organizacional e sob essa perspectiva imputa a difusão de procedimentos habituais às influências interorganizacionais e à consonância e perseverança dos valores culturais, mais do que à função que, inicialmente, lhes havia sido designada (CARVALHO; VIEIRA, 2003).

Isso oportunizou aprendizado, ao mesmo tempo que desalinhamentos, que precisaram ser corrigidos ao longo dos anos, quando do amadurecimento da própria organização e da compreensão do fazer organizacional. Esse fator levou estes profissionais a usar o Manual Brasileiro de Acreditação (ONA, 2014) como um guia do como fazer e, com os anos, o aprendizado inicial possibilitou a manutenção dos *status* que foram conseguindo, bem como a evolução dentro do processo de acreditação, reforçando a proposição P5.

Podemos entender que tais regras podem ser simplesmente tomadas como evidentes ou podem ser sustentadas pela opinião pública ou pela força da lei (neste caso em particular, pela opinião dos envolvidos). Desta forma, as instituições entram na vida social, primeiramente, como fatos que devem ser considerados pelos atores, depois, como obrigações normativas. Ademais, institucionalização abarca o processo pelo qual processos sociais sobrevivem a um patamar de regra no pensamento e na ação social (MEYER; ROWAN, 1983).

Estes gestores aprenderam que, por conta das dificuldades apresentadas no contexto cotidiano do hospital, precisavam empreender medidas que iam para além do que estava planejado, era preciso estarem atentos às modificações e usar de estratégias que iam ao encontro dos problemas que necessitavam resolver. Assim, tornaram-se estrategistas e oportunizaram o desenvolver organizacional. Além de serem considerados como líderes pelos profissionais do grupo em que atuam diretamente, foram citados como exemplo e inspiração, em inúmeros momentos da pesquisa.

Corroboramos com o fato de que a delegação de uma autonomia assistida para os gestores intermediários é fundamental à formação das estratégias em hospitais. Essa autonomia é primordial para as condições propícias à criatividade, necessária para o desenvolvimento de práxis em sistemas complexos. Níveis controlados de autonomia evidenciaram impacto positivo nos processos analisados, por meio da subtração de níveis hierárquicos e informalidade das interações, especialmente, entre agentes da alta administração e níveis intermediários, mais rentes da operação (PASCUCCI; MEYER, 2013).

Nisso reside outra grande força do hospital, pois, quando o gestor ou o diretor está próximo dos demais profissionais, isso resulta em um desenvolvimento compartilhado, onde se observaram profissionais sendo convidados a participar em conjunto das atividades setoriais, mesmo aqueles recém-chegados, pois creem que é em grupo que se resolvem os problemas e os resultados são mantidos. Assim, costumeiramente, aparecem os gestores empreendendo as estratégias e os funcionários colocando essas estratégias em prática, como uma composição, o que favorece a cultura da qualidade assistencial, vide exemplos das visitas de acreditação anteriormente citados e em inúmeras ações observadas por mim durante os períodos observados.

Essa percepção se alinhava às ideias de Karemere et al. (2015), que aponta não ser suficiente apenas dar apoio financeiro e técnico para operar um hospital e se adaptar a um ambiente em mudança, é necessário motivar os profissionais, considerando que é um sistema complexo adaptativo e que essa motivação não é outra coisa senão a indução de uma interação positiva entre os agentes.

Tocando no assunto – profissionais de saúde, esse compõe o grande grupo do hospital, aqueles que operacionalizam a ação das atividades diárias, cotidianas ou não, dependendo do contexto de trabalho encontrado, lembrando que, por ser o HRPT o único hospital na região, não há um controle de quem irá chegar para atendimento, nem de quantos serão, pois a demanda não pode ser controlada, se houver

necessidade, haverá atendimento, sendo esse um dos primeiros aprendizados deste grupo. Isso corrobora com a visão vebleniana de instituição como hábito mental, onde a instituição se empenha à evolução da vida social a partir de um processo contínuo de mudança nos hábitos mentais dos sujeitos, que seriam métodos habituais de dar seguimento ao modo de vida da comunidade em relação com o ambiente material no qual ela reside (VEBLEN, 1999).

Por meio de vários projetos e iniciativas do HRPT, percebemos que estes profissionais aprenderam a fazer parte da organização e de seu movimento constante em rumo à melhoria contínua, bem como aceitaram trabalhar com a acreditação como um manual de boas práticas, seguindo o que lhe era ensinado e praticando a ação sempre com foco no cuidado ao paciente, pois entenderam que aquilo era bom, que era melhor do que o que haviam praticado até então, que trazia benefícios ao usuário e segurança à sua prática laboral.

A compreensão da ONA como algo que alinhava com os anseios locais de melhoria da qualidade da assistência reforça as proposições P6 e P7 e alinha com a reflexão de Stacey e Griffin (2005) sobre as consequências da perspectiva dos *complex responsive processes* nos estudos organizacionais, aludindo que a mesma leva a uma visão mais contígua da vida cotidiana. Afirmam ainda que não há programa, projeto ou plano para a organização como um todo, sendo que isso só existe na medida em que as pessoas os consideram em suas interações locais. Logo, o nível estratégico pode escolher os seus próprios gestos, mas não serão capazes de escolher as respostas dos outros, de forma que o efeito de seus apelos, com constância, motiva efeitos admiráveis.

Os funcionários, outro dos pontos desvelados durante episódios observados nas visitas de avaliação da ONA, anseiam demonstrar seu trabalho, estabelecendo-se como participantes do processo, como forma de reforçar aos avaliadores que entendem e sabem o que estão fazendo. O que consubstancia a ideia de que a qualidade do serviço não se apresenta somente nas datas em que são avaliados, como uma trama arquitetada, mas, cotidianamente, sendo que, nas observações, comprovei ser executada continuamente.

Assim, entendemos que a relação entre indivíduos e instituições é complexa, onde o conceito de trabalho institucional parece alinhado com esta vivência encontrada, pois ressalta a noção de que os indivíduos se envolvem ativamente em processos de criação, manutenção, ruptura e mudança institucional (LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011).

Destarte, os colaboradores entendem-se como participantes dos processos e de suas melhorias, como partes relevantes do fazer, assim,

tomam para si a responsabilidade de tornar a sua atividade como algo importante. Não têm a visão do fazer por obrigação, mas por se sentirem integrantes daquele movimento. Ademais, de acordo com Machado-da-Silva, Fonseca e Crubellate, (2010), consideram a institucionalização analisada sob uma ótica multiparadigmática, em que os atores desempenham ações nas organizações por meio da interpretação de fatores díspares, que precisam ser legitimados por meio da socialização e do compartilhamento. Aos autores, a homogeneização advém do assentimento de ações que são entendidas como legítimas e, por conseguinte, são reportadas pelos agentes na prática social, confirmando-se como padrão institucionalizado (MACHADO-DA-SILVA; FONSECA; CRUBELLATE, 2010).

Percebi, durante as entrevistas e as observações, que a base foi muito bem sedimentada, os alicerces foram estruturados buscando verdadeiramente a qualidade na assistência. Assim, aos envolvidos no processo, manter a acreditação parece atividade comum, pois se entendem como promovedores daquele fazer que está culturalmente posto e reconhecido pela ONA.

Neste sentido, esses entendimentos alinham com a abordagem de instituição, definida como sendo resultado de uma situação presente, que molda o futuro por meio de um processo seletivo e coercitivo, orientado pela forma como os homens observam as coisas, o que transforma ou fortalece seus pontos de vista (HODGSON, 1993).

Outro grupo que impactou no processo, de forma marginal, são os consultores da OSS que administra o hospital, que na visão dos envolvidos no estudo, oportunizaram a evolução do HRPT por meio de uma visão externa, onde conseguem extrair, da adaptação de outros projetos e das novidades de mercado, opções que corroboram para a evolução assistencial do hospital. Esse fator tem influência, em especial, pela dificuldade dos profissionais locais de conhecer outras realidades, devido ao distanciamento de grandes centros e pela disponibilidade financeira reduzida (o mesmo fator dito como responsável pelas parcas consultorias ocorridas).

Os avaliadores da ONA são percebidos como apoiadores das mudanças, visto que, a cada nova visita, eles apontam pontos de melhoria, pontos falhos, comentam sobre algo que poderia ser feito de outra forma, fazem perguntas que abrem a visão para novas lentes, enfim, trazem um aprendizado que incita o hospital a buscar por melhorias.

Neste sentido, os últimos dois grupos podem ser refletidos sob o ponto de vista de Viale e Suddaby (2009), que, baseados em Bourdieu,

argumentam que os indivíduos, como resultado de sua história de vida, acumulam portfólios institucionais, que diferencialmente outorgam promoção e influência às instituições sociais.

E o tripé do “Triângulo do fazer” completa-se com a categoria “Instrumentalização do fazer”, que é constituída pelos instrumentos que regem a atuação dos profissionais dentro da operação, bem como conduzem os caminhos para tornar isso um processo instituído.

Que o manual da ONA é utilizado como um referencial e é a partir de onde se extraiu o alicerce da qualidade local, já foi relatado. No entanto, o que rege a organização nesse fazer é um arcabouço mais complexo, que envolve um ferramental normativo imposto à área da saúde, composto por infindáveis legislações específicas à operação e aos profissionais de diversas categorias que ali atuam. Além de um *compósé* com mais de 850 documentos que conferem as normas internas de funcionamento, que vão de rotinas básicas de ação a protocolos assistenciais.

O que equivale a dizer que o hospital é plenamente institucionalizado por leis, onde as instituições agem como mecanismos de controle coletivo, desempenhando a função de organismo de resolução de conflitos com base em regras e punições. Esse controle coletivo pode ser gerado por costumes desorganizados (*unorganized customs*) ou da ação organizada (*organized action*), que compreende o Estado, as corporações, as organizações de classe, etc.. As instituições que compõem a ação organizada advêm de um conjunto de regras de funcionamento (*working rules*), que define o que os atores sociais podem/não podem, devem/não devem fazer (COMMONS, 1931).

Além de que, tem-se aqui o pilar normativo de Scott (2008), vinculado a categorias profissionais, que consta de normas determinadoras do que se espera dos atores sociais envolvidos, com atitudes e performances semelhantes de acordo com prescrições de como eles devem se portar. Bem como no restante do aparato legal que constitui a operação, verifica-se a influência de pressões normativas, sendo visível a preocupação com o resultado final do serviço oferecido ao usuário, seja do hospital, seja do sistema de saúde (DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014).

Sobre estes documentos construídos ou adaptados pelos profissionais do HRPT, observei a redução no número que existia (que era bem maior) nos últimos dois anos, fruto de um movimento de união de diferentes documentos que compartilhavam ações iguais desempenhadas por setores distintos, o que exprime, a meu ver, uma evolução na forma de pensar e agir desses profissionais, pois saíram do

“eu faço” para o “nós fazemos”. E alinha com o pensamento do *institucional work*, que foca no estudo dos processos coligados à desinstitucionalização e à reinstitucionalização (LAWRENCE; SUDDABY, 2006; LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2009; LAWRENCE; LECA; ZILBER, 2013), com o objetivo de entender os modos pelos quais as ações dos atores interessados criam, mantêm e diruem instituições.

A seguir, é incluída a categoria “Foco nos processos”, que trata de como os recursos organizacionais - pessoas, equipamentos, tecnologias, estrutura física, conhecimento e outros, são integrados ao melhor desempenho das funções hospitalares. Sendo que os processos do HRPT, observados durante a pesquisa, são desenhados em uma matriz estrutural, que indica os procedimentos de como são executados, bem como apresentam mensuração por indicadores para comprovar ou não sua efetividade.

Há um instrumento norteador que indica a interação destes processos por meio de contratos, onde cada setor é fornecedor e/ou cliente e tem, em suas cláusulas, acordados os devidos termos de cooperação. Quando alguma das cláusulas é rompida, há um registro da área lesada em detrimento da área que não cumpriu a obrigação acordada. Esse registro gera uma não conformidade que passa a ser tratada por ambas as partes, para que não ocorram reincidências. No entanto, as reincidências ocorrem, o que está condicionado a falhas nos processos ou à sua não observância adequada, levando, mensalmente, ao tratamento, pela diretoria e NQSP, daquelas de maior impacto. A cada quebra, o processo é verificado e, estando em desacordo, desalinhado, é revisto.

Anualmente, os setores são avaliados por seus pares, pontuando, além das não conformidades, a forma como os acordos estão sendo cumpridos. Essas avaliações são outro momento onde discutem os processos e observam necessidades de alinhamento. Ações deste nível corroboram não só para melhorar os processos, mas, em última instância, estão ligadas à melhoria da qualidade assistencial dispendida ao paciente. Além de que, este agrupamento de dispositivos fomenta a questão dos processos e a atuação por meio do “Foco nos processos”, sendo uma sistemática do fazer, tudo reside em seguir processos estipulados.

A operacionalização desta gestão dos processos e registro da não conformidade dá-se, em sua essência, pelo profissional da base, que participa da solução, bem como atua para que o processo apresente melhoria, ficando o gestor e os diretores como suportes ao desenrolar de



casos nos quais as interações se mostrem mais complexas. Isso proporciona maior empoderamento dos envolvidos no fazer cotidiano, bem como há uma estrutura instituída que busca a correção de não conformidades do processo como ação contínua. O que parece indicar que, em muitos casos, existe certa associação entre as formas de *institutional work* e a possibilidade de reforço mútuo às instituições já existentes (CORAIOLA et al., 2015), ou mesmo, na prática das mesmas, como evidenciado com estes procedimentos realizados no HRPT – reforçando a proposição P8.

A rotatividade foi observada como um fator recorrente ao longo dos anos. Nesse sentido, apresentar processos adequados pareceu a estratégia mais acertada para garantir processos mais seguros. Atualmente, a adaptação dos processos, mesmo existente, dá-se em torno de ações que já foram exploradas anteriormente em seu processo histórico e se configuram mais como ajustes finos do que em reconstruções de ação. Assim, acordamos, os envolvidos e eu, que o que se observa são processos bem determinados e instituídos.

Uma vez que hábitos se põem, tornam-se uma fundação potencial para novas intenções e crenças. Logo, hábitos compartilhados são aporte constitutivo de instituições, “dotando-as de acentuada durabilidade, de poder e de autoridade normativa” (HODGSON, 2001, p. 108). Nesse sentido, estudos dessa monta não se tratam de mudança, ruptura ou manutenção de instituições de uma macroestrutura econômica, mas de elementos que compõem essa estrutura organizacional. E, vincula-se instituição com as perspectivas mais ou menos estáveis da vida social, onde o trabalho institucional transmite que tanto atores individuais quanto coletivos são capazes de criar, manter ou romper essas instituições (BRUNING; AMORIM; GOBRI, 2015).

Logo, o “Foco nos processos” vai ao encontro de como a gestão dos processos está instaurada, como também no quanto a organização é mais ou menos forte que aqueles que atuam nela, pois a maturidade organizacional chega quando os processos resistem às pessoas. Pessoas de cargos estratégicos são alteradas, eventos locais, como Belo Monte, alteram o contexto, legislações impõem mudanças organizacionais, no entanto, praticamente não há mudança na forma de fazer, pois o foco está nos processos e não nos seus praticantes. Apesar de, reconhecidamente, entenderem os profissionais como peças fundamentais na sua “Construção do fazer”.

Destarte, as instituições devem ser entendidas como “mecanismos que possibilitam o alcance de finalidades que requerem

coordenação supraindividual e, ainda mais importante, que são constitutivas dos interesses e visões de mundo dos atores econômicos” (CHANG; EVANS, 2005, p. 2). Além de que, as instituições são permanentes e estáveis, o que não compromete sua imutabilidade, visto que são os atores que alteram as instituições, mas não no contexto institucional de sua escolha própria (CHANG, 2005).

Essa ideia gera um *insight* com a proposição de Hodgson, de um “modelo reconstitutivo de cima para baixo”, em que o hábito cumpre um importante papel de reforçar padrões de comportamento cristalizados em instituições (CAVALCANTE, 2014, p. 385).

O “Foco nos processos” deu aporte a dois movimentos representados pelas subcategorias “Maximizar recursos” e “Cultura da qualidade e segurança”. O primeiro está relacionado à sustentabilidade do hospital e o segundo a como o serviço prestado apresenta resultados consubstanciados ao usuário do serviço – o paciente.

Houve, na pesquisa, o entendimento de que a gestão dos processos encaminha a “Maximizar recursos”, mesmo ponderando as inúmeras fragilidades que comprometem o fazer cotidiano, por exemplo, a falta de recurso, os problemas logísticos e a superlotação de pacientes. Essa categoria é uma resposta à prática já estruturada, com um viés de economicidade, sem desconsiderar a qualidade.

Ao se associar estas fragilidades referentes ao hospital, tem-se uma relação com os custos de transação e as especificidades dos ativos (WILLIAMSON, 1996), sendo que o Quadro 11 resume as relações que estabelecemos entre o que se põe ao HRPT e sua resposta a essas especificidades, via estrutura de governança (WILLIAMSON, 1996, 1999), que, de acordo com a ECT, pode ser caracterizada por: mercado, hierarquia ou forma híbrida. Além da possibilidade de existir formas plurais (MÉNARD et al., 2014).

Quadro 11 - Tipo de especificidade relacionado à estrutura de governança correspondente e exemplos no HRPT

Tipo de Especificidade	Estrutura de Governança	Exemplos
Especificidade locacional	Hierarquia Mercado	Serviços laboratoriais Material e medicamento, gases medicinais
	Formas híbridas	Manutenção de equipamentos
Especificidade temporal	Mercado	Sangue e derivados, gêneros alimentícios
Especificidade de ativos	Mercado	Nutrição parenteral

físicos	Mercado e Formas híbridas	Material específico de órtese e prótese
Especificidade de ativos humanos	Mercado Hierarquia  Formas híbridas  Formas plurais (formas híbridas e hierarquia e mercado)	Consultorias Profissionais da área de saúde, ex. enfermeiros Manutenção de equipamentos médico-hospitalares  Alguns médicos são funcionários próprios, a maioria dos especialistas é contratada via forma híbrida, e há casos de aquisição de serviço médico no mercado, por exemplo, para exames específicos não existentes no hospital
Ativos dedicados	*	*
Especificidade de marca	Mercado	Alguns equipamentos médico-hospitalares e materiais específicos da assistência

Fonte: dados da pesquisa (2018).

Percebemos que o hospital é um vasto campo de investigação das estruturas de governança, inclusive, atrelando, formas plurais (MÉNARD et al., 2014), que são verificadas a partir da combinação de diferentes formas de governança, combinando mais de duas estruturas de governança para a mesma transação, por exemplo, no que diz respeito às contratações de serviços médicos.

Pelo entendimento que a organização tem desse processo, vários outros exemplos são encontrados, sejam motivados pelo nível estratégico ou pelo nível tático, por exemplo, a transformação de um serviço terceirizado (laboratório) para próprio, ou mesmo, a alteração de várias bases contratuais com médicos e terceiros, objetivando alinhamento ao contexto atual da organização, que demanda novos serviços e alteração de antigas premissas. Visto que o hospital apresenta o agrupamento destas três formas, onde, nos exemplos citados, se tem a alteração de uma forma híbrida para tornar o serviço hierarquia (WILLIAMSON, 1991), produzindo internamente a análise de seus exames laboratoriais. Ou ainda, alterando pontos para diminuir a incerteza nos contratos que representam a forma híbrida (WILLIAMSON, 1996).

Relevante observar que as formas híbridas (WILLIAMSON, 1991) consistem em contratos de longo prazo apoiados em uma variedade de arranjos institucionais, que buscam preservar parte dos incentivos de mercado, ainda que atenuados, mas garantindo mecanismos de coordenação das interações que incluem procedimentos administrativos e o recurso para minimizar conflitos e barganhas (WILLIAMSON, 1985). Ao ponto que, a hierarquia traz a internalização de um determinado conjunto de atividades dentro da firma, oferecendo chances de abatimento de custos de transação e comprimindo as mostras do oportunismo nas relações de compra e venda nos mercados (WILLIAMSON, 1985). O que demonstra que o HRPT vem buscando por maiores mecanismos de controle, ao mesmo tempo que se apropria de conhecimento para produzir internamente o que antes adquiria no mercado.

Como a parte financeira se mostrou relevante à pesquisa, durante determinado estágio, busquei verificar, entre os envolvidos, se havia entendimento de que o processo de acreditação acarretava aumento aos custos organizacionais, visto que essa é uma afirmação constante no meio técnico. As respostas direcionaram a um início do processo com custos e um desenvolver com economia, com resultados sustentáveis em longo prazo. Logo, na visão dos envolvidos, a acreditação é vista como uma possibilidade de perenidade do negócio, em que os processos sustentam melhorias e essas fortalecem a economicidade, oferecendo uma qualidade assistencial mais segura e de melhor resultado.

Neste contexto, apoiando a proposição P9, relevante observar que a rede de externalidades, que surge de uma matriz de regras formais ou restrições informais, irá enviesar os custos e os benefícios das preferências em favor da estrutura existente. As organizações que devem sua existência à matriz institucional atual, como o caso do HRPT, apresentarão interesse em conservar o *status quo*, por haverem modelos mentais que são compartilhados e neles estar impingida a ideologia organizacional, que busca o estabelecimento de seus interesses (ROCHA JUNIOR, 2004).

Um movimento interno atrelado a um dos últimos planejamentos estratégicos foi referente à perenidade financeira, originado em uma necessidade organizacional em que cada setor trabalhou pontos de melhoria no sentido de reduzir os custos que pertenciam ao seu domínio, de forma a obterem um resultado conjunto que garantisse a viabilidade organizacional financeira, que estava abalada. Isso, ao longo dos anos, institucionalizou o comprometimento

em usar os recursos da maneira mais consciente possível, tanto é que, no último planejamento, os custos vistos sob esse patamar passaram a ação marginal, visto que não demanda esforços demasiados, já está instalado o sentido de economicidade.

No entanto, um olhar mais acurado instaurou-se após a conquista do Nível 3, onde observamos um cuidado para com a melhoria e o recurso, que perpassa para além do custo, evoluindo para a consciência de “Maximizar recursos”, enquanto algo que deixa de ser local para ser sistêmico, como exemplificado na avaliação dos indicadores relacionados à infecção hospitalar.

Assim, a ação organizacional pode ocorrer involuntariamente a condicionantes objetivos, racionais ou de eficiência, pois as organizações sobrepujadas às forças de um setor institucional são impelidas a perfilhar práticas socialmente legítimas, aumentando sua expectativa de sobrevivência por meio de usos isomórficos (DIMAGGIO; POWELL, 1991).

Pensando nos recursos que favorecem a visão holística do fazer hospitalar, o “Foco nos processos” conduz à segunda categoria “Cultura da qualidade e segurança”. Neste sentido, expus uma preocupação pessoal que se tratava de como nomear qualidade, visto que a demonstração de um pensamento intangível me parecia pouco provável de avaliação prática, factível e mensurável, em especial no tipo de serviço executado na área da saúde.

Neste sentido, retomo Donabedian e a colocação que fez a Mullan (2001, p. 140, tradução minha), em uma entrevista que lhe concedeu: “em última análise, o segredo da qualidade é o amor. Você tem que amar seu paciente, você tem que amar sua profissão, você tem que amar seu Deus. Se você tem amor, você pode trabalhar para monitorar e melhorar o sistema”. E, assim, passei a tratar a qualidade e reforcei a proposição P11.

Retornando à “Cultura da qualidade e segurança”, cabe salientar como os envolvidos entenderam que ela se deu. Para tal, a história importa para este hospital e seus profissionais. Sua trajetória diz como o HRPT é e age, possibilitando que os problemas passados o fortifiquem ao longo dos anos, dando estabilidade à evolução do fazer e dos resultados apresentados.

Assim, o caminho consolidou-se, inicialmente, a partir da consciência da segurança do paciente, que se instalou na abertura do hospital como uma ideia e progrediu ao patamar atual, vislumbrada como instituída nos indicativos anuais que ratificavam melhoria nos processos internos e nos protocolos gerenciados. Processo esse que

evoluiu no aprendizado de todos os envolvidos e na constituição de um modelo mental coletivo.

Esse pensar conduz a *insights* da teoria cognitiva ao demonstrar que “a mente reage a uma grande quantidade de dados sensoriais que recebe, buscando reduzir a incerteza conceitual e dando à ‘confusão caótica’ de estímulos algum sentido e significado” (HODGSON, 1994, p. 109). Ademais, os agentes tomam suas decisões e agem baseados em sua experiência anterior (CARVALHO; VIEIRA, 2003).

Concomitantemente, a acreditação hospitalar impulsionou esse processo, primeiro com os processos seguros, depois com o evoluir da gestão dos processos e de riscos, seguidos por ciclos de melhoria e expressa, finalmente, como qualidade, com a inter-relação dos indicadores, demonstrando maturidade organizacional e os resultados sistêmicos vinculados à efetividade da ação.

Os envolvidos percebem o amadurecimento organizacional, ao mesmo tempo que observam um novo caminho a seguir, o que demonstra a lógica da melhoria contínua instalada. Lógica essa vista de diferentes formas, dependendo do grau hierárquico do envolvido. O que corrobora com as colocações de Marti e Mair (2009), de que o trabalho institucional de atores menos poderosos, por exemplo, o grande contingente da organização hospitalar, é distinto do de atores poderosos, apoiando-se em estratégias mais experimentais, não agressivas, reforçando instituições, construindo instituições provisórias e trafegando por lógicas institucionais. E esse pensar se exemplifica na constatação de que necessitam evoluir no que concerne à cultura justa, visto que ainda há punição por erros.

Destarte, há um paralelo desta forma de percepção dos envolvidos com os hábitos mentais, que, segundo Veblen (1898), são formas de ser e de fazer as coisas que se clarificam em instituições, conservadas ou alteradas ao longo do tempo pela ação transformadora dos sujeitos. O que, de acordo com Cavalcante (2014), seria como a composição de um tecido social, alimentada pelas ações e decisões dos sujeitos, que a modificam, ao mesmo tempo – o que dá alicerce a proposição P10.

Doravante, o que nos permite ver que a “Cultura da qualidade e segurança” está semeada, seguida e encontrou uma forma de se manter e evoluir, está imbricada nas evidências construídas em conjunto, que demonstram respostas de múltiplas vozes, sob a lente de que qualidade é mais que fazer, é evolução, é inovação. Nesse sentido, fortalecendo as proposições P10 e P11, esta pesquisa se constitui em uma análise micro-orientada do institucionalismo nas organizações (BRUNING;

AMORIM; GOBRI, 2015), pois se trata dos esforços dos atores para fortalecer, transformar, modificar ou recriar as estruturas institucionais no interior das quais vivem, trabalham, lhes atribuem papéis, recursos e rotinas (LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011).

Este primeiro quadrante finaliza e a vertente do fazer inesperado se abre, como forma de compreender o todo que move a operação do HRPT.

#### **6.1.4 *Insights* acerca do reconhecimento das fragilidades como uma ação inesperada do fazer**

O segundo quadrante do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, também alicerçado pela categoria central “Acreditação como instrumento de ação” em sua vertente inesperada, é composto pelas categorias “Reconhecimento das fragilidades”, “Fazer o certo”, “Corrigir erros”, “Mitigar riscos”, “Driblar as limitações” e “Estratégia na prática como ação cotidiana”.

Balizando esse quadrante, temos quatro proposições, a saber:

P12: *O reconhecimento das fragilidades, no processo histórico da construção dos processos hospitalares, se mostra como um direcionador em busca da solução de não conformidades e dá sustentação a oportunidades de melhoria.*

P13: *O médico e a equipe multidisciplinar determinam, na prática cotidiana, a estratégia que conduzirá o tratamento do paciente.*

P14: *O gestor, quando engajado na construção e no acompanhamento do processo estratégico, usa o instrumento como um direcionador de ações e das decisões habituais.*

P15: *As atividades dos profissionais de saúde precisam estar alinhadas à missão do hospital, pois podem ser requeridas em estratégias práticas com constância, em especial, aquelas vinculadas ao prognóstico dos pacientes.*

As categorias e suas proposições passaram por análise dos estudos acerca do pensamento complexo e das instituições, apresentando os *insights* no Quadro 12.

Quadro 12 - Aproximações teóricas do quadrante vinculado à vertente inesperada do fazer

Categorias do modelo	Estudos que permitiram <i>insights</i> teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institutional work</i>
Reconhecimento das fragilidades	Morin, 2003; Agostinho, 2003a	Williamson, 1985		
Corrigir erros	Lacey, 2006	Cavalcante, 2014		
Fazer o certo				Lawrence, Suddaby (2006); Fligstein, (2008)
Driblar limitações	Agostinho, 2003a			
Mitigar riscos	Morgan, 1996	Coase, 1937; Williamson, 1996		
Estratégia na prática como uma ação cotidiana	Jarzabkowski; Fenton, 2006; Meyer; Pascucci; Murphy, 2012; Pascucci; Meyer, 2013		Leão; Mello, 2010; Jacometti et al., 2016	Lawrence; Suddaby, 2006; Battilana; Leca; Boxenbaum, 2009; Coraiola et al., 2015

Fonte: elaborado pela autora (2018).

A vertente inesperada do fazer foi qualificada, pelos envolvidos na pesquisa e por mim, como a operação para além da parte técnica. Aqui, o contexto é fundamental para o entendimento, visto que a trilha se inicia no âmago da localização do hospital e dos determinantes externos que tornam o HRPT um caso ímpar. Neste sentido, a categoria de saída corresponde ao “Reconhecimento das fragilidades” que são postas ao HRPT e que vão de recursos à cultura.

Essas fragilidades são fortalecidas pelo que denominamos “Círculo motor”, que são as saídas geradas a partir do “Reconhecimento das fragilidades”, onde há o propósito de “Fazer o certo”. Para tal, é vital “Corrigir erros”, que será o apoio para “Mitigar riscos” e, de tal modo, “Driblar as limitações”.



Muitas fragilidades foram destacadas, bem como o impacto e a probabilidade de ocorrência, sendo as mais graves a falta de sangue, a insuficiência de recursos financeiros e o desabastecimento. No entanto, observamos inúmeras outras ligadas à logística e à carência profissional e educacional do mercado local, ou mesmo relacionadas à insuficiência do sistema de saúde. Essas fragilidades podem causar um impacto considerável, em especial, por se tratar de uma organização que presta assistência à saúde e onde casos graves são recorrentes, como pacientes politraumatizados.

Além do que concerne ao lado assistencial, que nossa discussão não tem por foco, estas fragilidades vinculam-se aos custos de transação e ao grau que exigem dos ativos específicos, ou seja, os ativos especializados que não podem ser reempregados sem sacrifício do seu valor produtivo se contratos encerrarem ou forem afetados de forma prematura (WILLIAMSON, 1985). Sendo que, quatro fatores podem determinar o surgimento de ativos específicos: a aquisição de equipamentos dedicados para oferecer ou consumir os bens ou serviços transacionais (equipamentos específicos do laboratório e UTIs); a expansão de capacidade produtiva direcionada e dimensionada com o único objetivo de atender à demanda de um conjunto de transações, implicando em ociosidade no caso de interrupção do contrato (serviços médicos que foram implantados na cidade com o objetivo de atender ao hospital); a exigência de circunvizinhança geográfica entre as partes que transacionam, combinada com custos de transferir unidades produtivas caso haja troca de demandante ou ofertante (plantões médicos); e, diferentes formas de aprendizado, que fazem com que ambas as partes acabem se servindo reciprocamente com maior eficiência do que poderiam fazer com novos parceiros (instituição acreditadora).

No entanto, o que se revelou considerável na pesquisa é que os envolvidos reconhecem que as fragilidades existem, ao mesmo tempo que entendem que essas podem ser transpostas, mesmo com a necessidade de estratégias para ultrapassar os obstáculos. Entendem que as fragilidades tornam mais vulneráveis as ocorrências de circunstâncias que afetam os resultados, porém se entendem aptos para trilhar os passos necessários. Ademais, as fraquezas os tornaram resilientes nos propósitos que instituem.

O que corrobora com a proposição P12 e alinha com o princípio do anel retroativo de Wiener, que permite o conhecimento dos processos de autorregulação, assim, na sua forma negativa, reduz o desvio e estabiliza o sistema e, na forma positiva, amplifica o *feedback* (MORIN, 2003). Além de que, um sistema complexo não é possível de controle,

ele acena com a “possibilidade de aprender maneiras para promover condições que propiciem a emergência de melhores soluções” (AGOSTINHO, 2003a, p.3).

Destarte, o que é mais relevante no “Reconhecimento das fragilidades” é que isso define o HRPT ser como é, fruto da vivência permeada por um constante fazer e refazer das atividades, dos processos, na busca da solução de problemas sempre presentes no histórico do hospital. O fazer do hospital habituou-se a ver erros, não conformidades, eventos, como uma forma de alterar o percurso, como uma oportunidade de melhoria.

A primeira engrenagem do “Círculo motor” é movida pelo “Fazer o certo”, algo como um costume que vem com o tempo, como se aprende em casa, na escola, algo que é ético, sempre buscar fazer o que é certo, sem buscar subterfúgios para justificar o que deveria ter sido feito de forma diferente. Algo que não está posto como uma norma escrita e cumprida, é algo posto na cultura informal, que floresceu e é vivenciado de forma tão transparente, que nem é percebido, mas que vigora.

O que alinha com o entendimento de Lawrence e Suddaby (2006) e de Fligstein, (2008), quando consideram o envolvimento de atores no *institutional work* como necessário para dirimir assentado complexo institucional, geralmente, decorrente do fato de os seus valores não serem adequadamente satisfeitos pelas estruturas existentes. Esses atores têm diferentes níveis de consciência e reflexividade (FLIGSTEIN, 1997). Ademais, as instituições são sempre, em maior ou menor alcance, resultado das ações dos atores sociais, sejam eles cômicos e interessados nisso ou não; e essas ações ocorrem enquanto práticas socialmente aceitas, exercidas com alicerce em orientações institucionais que podem ser mais tácitas ou mais explícitas e formalizadas (BERGER; LUCKMANN, 1996), sendo que a categoria reside nas primeiras.

Neste sentido, “Fazer o certo” é tido como uma configuração de minimizar o impacto causado pelas fragilidades, no intuito de salvaguardar a assistência com menor risco ao paciente. Ao fazer o correto, invariavelmente, necessitam “Corrigir erros”. Essa categoria traz a acreditação como um instrumento que ilumina a assertividade, ao informar o que é necessário fazer, instrumentalizar, apoiando resoluções e estratégias.

Reforçando, assim, o sistema de direitos e erros, onde, de acordo com Lacey (2006), nos esforçamos para fazer a coisa certa, evitando a vergonha. A esperança habita no feito de que, se seguirmos

ajudando e corrigindo perpetuamente, isso findará por ocorrer e, assim, poderemos poupar sentimentos desagradáveis, além de que, nosso senso de poder em semelhança aos outros e aos sistemas compromete a maneira pela qual influenciemos a mudança.

A categoria “Corrigir os erros” encaminha a categoria “Mitigar riscos”, que no HRPT são elencados sistematicamente em riscos de responsabilidade civil, trabalhista, fiscal, sanitária e assistencial, sendo vinculados a um aparato administrativo que possibilita o gerenciamento dos mesmos, bem como sua inobservância é pontuada por meio de notificações de eventos. Esses eventos são tratados internamente pelos principais agentes envolvidos e, quando causam dano moderado ou grave (relativos à morte ou seqüela causada ao paciente), são reportados à ONA, pois podem originar uma nova visita para análise do ocorrido.

Quadrimestralmente, nas auditorias internas, todos os riscos são analisados individualmente e propostas ações para minimizar a ocorrência. Além de que, estão atrelados à política de segurança do paciente, que está instalada e que vem sendo monitorada anualmente, onde os relatórios analisados demonstram o empenho referente à cultura da notificação dos eventos. No entanto, ainda há subnotificação oriunda do medo que os profissionais têm de expor erros, em especial, quando pode causar um dano a outro envolvido, sinal da insipiente cultura justa, conforme já comentado.

Esse é o cerne do modelo de causação reconstitutiva de cima para baixo sugerido por Hodgson, a partir do qual as instituições têm a função de desenhar as interações individuais, ao mesmo tempo que permanecem permeáveis às ações dos indivíduos (CAVALCANTE, 2014), ou seja, o arcabouço que constitui a gestão de riscos está instituído, no entanto, a adesão às práticas de controle e a informação do evento dependem da ação consciente do profissional de saúde.

Além de que, as instituições mudam e, mesmo que gradativamente, podem levar a mudanças de atitude, seja por tensões ou conflitos. Nos sistemas sociais, há uma permanente tensão entre a ruptura e a regularidade, exigindo uma constante reavaliação ao comportamento instaurado. Mesmo com a possibilidade de persistirem por longos períodos, essas instituições estão sujeitas a rupturas bruscas e, por conseguinte, a alterações nos hábitos de pensamento e ações que são cumulativamente reforçadas (HODGSON, 1993).

Destarte, o objetivo é minimizar os riscos com a intenção de “Fazer o certo”, gerenciado suas práticas de controle para minimizar seus riscos e prestar uma assistência com segurança. No entanto, muitas fragilidades não podem ser corrigidas, apenas controladas dentro das

possibilidades que se observam, levando o hospital à prática (que está institucionalizada) de atuar mediante contingências.

No entanto, os “Determinantes externos” e as condições propícias do tipo de ação desempenhada levaram o hospital a usar um sem número de contingências, que podem vir a obscurecer soluções já disponíveis e não vistas pelas lentes institucionalizadas do fazer. Ao mesmo tempo que, por serem uma prática instalada, possibilitam a melhoria dos processos, que vai para além de “Mitigar riscos”, visto que provocam uma alteração em cadeia, que no final pode ser traduzida em segurança e qualidade assistencial.

Corroborando com a noção do aprendizado de *double-loop*, de Argyris e Schön (1974), em que a aprendizagem ocorre embasada na capacidade de investigar a ocorrência duplamente, examinando o *status quo* vigorante, induzindo à reflexão da alteração do modelo mental (MORGAN, 1996).

Estas contingências incidiram no que diz respeito aos fornecedores locais, que, ao longo do tempo, passaram a ser parceiros, com o hospital agindo como mentor, educando-os, desenvolvendo-os. Qualificar localmente os fornecedores para atuar em conjunto ao hospital permite equalizar algumas demandas de suprimentos, bem como gera renda ao próprio município.

Assim, a incerteza, tal como percebida pelos agentes, é uma variável de expectativa, pois afeta os custos de transação esperados pelos agentes e, deste modo, estimula-os a empreender ações que reduzam o impacto de eventos imprevisíveis sobre o seu desempenho (PONCE, 2007). Sem contar que se diminuem os custos de transação e a especificidade dos ativos (WILLIAMSON, 1996) e, segundo Coase (1937), a capacidade de uma organização obter seu ápice está no momento em que os custos de produzir externamente são inferiores àqueles de produzir utilizando sua própria estrutura, ilustrado pelo alastramento do poder local de compra no mercado.

Estas três categorias do “Círculo motor” postas influenciam a categoria “Driblar as limitações” da ação, do fazer, do conhecer, do manter e do evoluir. Limitações originárias das fragilidades existentes, que requerem processos em ritmo na organização e acarretam decomposições estruturais na cadeia de atendimento.

Entendemos que a existência de não conformidades, notificação de eventos, tratativas desses dois instrumentos, atividades de controle, auditorias internas, auditorias externas promovidas pela OSS que administra o hospital e pela ONA, possibilitam uma evolução ao que compete às fragilidades encontradas e, com isso, habilita ao hospital

“Driblar limitações” impregnadas no contexto histórico do HRPT, o que demonstra processos cingidos em “Determinantes externos” que carecem de gestão constante.

Suplantando a proposição P12 e produzindo eco nas colocações de Agostinho (2003a), ao reconhecer as conexões por onde sucedem os fluxos mais relevantes e coligando os pontos com maior ou menor efeito multiplicador, é verossímil direcionar os recursos – sejam eles de informações, conhecimentos, materiais ou confiança, financeiros ou assistenciais.

Destarte, criamos a combustão para a próxima categoria deste quadrante, a “Estratégia na prática como ação cotidiana”. Essa estratégia é contrária àquela que é comum às organizações, que é pensada, gestada e posta em prática. Ela diz respeito ao fazer cotidiano, como se as fragilidades e os determinantes externos houvessem gerado um mecanismo que possibilita que essa prática seja corriqueira, cotidiana.

Essa realidade alinha com os ambientes instáveis e complexos, como o caso hospitalar, onde a diferenciação entre formulação e implementação de estratégias, na maioria das vezes, é eliminada (MEYER; PASCUCI; MURPHY, 2012). Isso ocorre porque, nesses contextos, o formulador sucede a ser o próprio implementador ou, ainda, pelo fato de os implementadores estarem responsáveis pela formulação de suas estratégias. Essa peculiaridade é calhada, comumente, em hospitais, onde as estratégias são organizadas coletivamente em um processo contínuo, pela magnitude de interesses e subsídios especializados envolvidos (JARZABKOWSKI; FENTON, 2006).

Questionando, ao longo da pesquisa, como isso ocorria, chegamos a algumas considerações voltadas à assistência, como a singularidade dos pacientes, a evolução do caso e dos profissionais que se envolvem com a assistência desse paciente, as intercorrências ocorridas com os pacientes e o alinhamento dos protocolos com a estratégia de tratamento traçada.

O que encontra alinhamento com as proposições P13 e P14, além de alento na aptidão de concepção de praxis que adquire caráter estratégico por parte dos agentes organizacionais, com estreita relação com a autonomia a eles outorgada. Embora reconheça a autonomia como própria a alguns tipos de organizações complexas profissionais, na prática, a capacidade autônoma dos agentes em hospitais é tolhida pelas práticas de gestão de pessoas. No entanto, a especificidade complexa e pluralista de hospitais determina um pensar e agir dinâmico, que seja invariavelmente restaurado e que promova a comunicação, a interação e

a ação entre agentes de distintos níveis hierárquicos (PASCUCCI; MEYER, 2013).

Isso, também, ocorreu ante a estratégia organizacional adotada, sendo relevantes os planejamentos elaborados, a evolução dos mesmos e o engajamento dos profissionais na elaboração, bem como a divulgação do mapa estratégico nos murais de gestão à vista, a apresentação dos resultados pelos gestores a partir do BSC e a rotina dos gestores ao tomar decisões vinculadas aos setores e à atividade rotineira do hospital, que, ao comandar o fazer, direcionam os profissionais que atuam sob sua supervisão.

Vários autores contribuíram para fortalecer essas colocações e as proposições P13 e P15 (STACEY, 1996; LAWRENCE; SUDDABY, 2006; BATTILANA; LECA; BOXENBAUM, 2009; LEÃO; MELLO, 2010; PASCUCCI; MEYER, 2013; CORAIOLA et al., 2015; JACOMETTI et al., 2016) e indicam que o fenômeno, ou é esperado, ou desejado pelas organizações.

Assim, a interação e o aprendizado dos agentes em sistemas acontecem, individualmente, por meio de processos de descoberta, de escolha e de ação (STACEY, 1996). Logo, as emoções, os interesses e a aptidão de interação dos agentes têm alcance na forma como eles avaliam e interpretam ocorrências, resolvem sobre quais ações empreender, empregam esforços individuais e interagem objetivando a concretização desses propósitos (PASCUCCI; MEYER, 2013).

Nesse cenário, significado não é, decisivamente, subjetivo, mas sim socialmente arquitetado pelo contexto e por metas a serem obtidas pelo agente. Semelhantemente, ocorre com o raciocínio sobre o que fazer, o como fazer e a própria ação do agente, que decorre de um agrupamento de significados conferidos por eles mesmos (PASCUCCI; MEYER, 2013). Agentes organizacionais têm um passado, experiências, interesses e preferências (CLEGG et al., 2011). Estes fatores cognitivos possuem força na maneira como eles arranjam suas escolhas e agem (BANKES, 2011), de maneira especial, em organizações cujos agentes apresentam característica autônoma, exemplificado por hospitais. Assim, por ser um processo que abarca distintos agentes com diversas formas de interpretar o mundo à sua volta, o método de instauração de estratégias dependerá cognitivamente dos agentes envolvidos no processo (PASCUCCI; MEYER, 2013).

Por outro lado, os significados organizacionais podem ser institucionalizados, entretanto, a prática dos funcionários, incitada pela organização, pode ser reflexiva, o que seria, no nosso entendimento de Leão e Mello (2010, p. 261), “não apenas possível, como extremamente

adequado”. Ao que complementam os estudos de Battilana, Leca e Boxenbaum (2009), ao ressaltarem que estudos de *institutional work* são orientados por uma clara consciência, habilidade e reflexividade dos atores coletivos e individuais, que agem em um ambiente clarificado por instituições constituídas por meio de ações individuais ou coletivas, mais ou menos conscientes, onde mesmo ações que buscam mudar alguma instituição em um campo organizacional, ocorrem dentro de um contexto de regras institucionalizadas.

Ou seja, trata-se do ambiente institucional, com suas crenças, valores, normas e coerções, que se tornam guias da ação. É indispensável comentar que, no caso estudado, as ações que ocorrem no ambiente técnico, de forma continuada e recursiva, conferem às instituições sua forma de ser, “em oposição a permanecer apenas como potência de possibilidades” (JACOMETTI et al., 2016, p. 431).

Nisso, o trabalho de Lawrence e Suddaby (2006), que envolve o exame dos atores responsáveis pela efetivação dos trabalhos institucionais de criação, manutenção e disrupção institucional pode colaborar. Sendo que, no caso da disrupção institucional, a concepção de práticas que existem fora dos limites normativos de determinada instituição requereria atores com alta competência cultural e entendimento das fronteiras e significados institucionais. Já a disrupção institucional, por meio do trabalho cognitivo de amortecimento de suposições e crenças legítimos, demandaria atores aptos de atuar de maneira original e contra a corrente, em vez de atores culturalmente sofisticados (CORAIOLA et al., 2015), como os gerentes e diretores.

Após analisada, inicialmente, a vertente técnica e esperada da ação e, neste tópico, a vertente inesperada da “Acreditação como instrumento de ação”, o próximo tópico trata da categoria que dá suporte a ambas e ao fazer, por meio do aprendizado organizacional.

### **6.1.5 Insights acerca do desenvolvimento dos profissionais de saúde como estratégia da ação**

A categoria de suporte “Desenvolvimento dos profissionais de saúde” tem alicerces nas categorias “Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação” e “Por necessidade local”, embasando seis proposições, a saber:

*P16: A rotatividade dos profissionais de saúde gera um movimento de reforço aos processos, visto que as pessoas não são perenes, ao contrário dos processos, resguardadas suas evoluções.*

P17: *Mesmo em ambientes inóspitos, a retenção de talentos pode ser consubstanciada, desde que o sentimento de pertencimento seja construído individualmente nos profissionais – cada indivíduo é único, cada qual se motiva por diferentes oportunidades e desafios.*

P18: *O processo de desenvolver por necessidade local impacta positivamente o reconhecimento das fraquezas, consolidando a estratégia na prática como ação cotidiana.*

P19: *A disseminação do processo da qualidade, como um direcionador da estratégia que a impulsiona, proporciona autenticar a construção interna pelos envolvidos no processo, instrumentalizando o fazer por meio do foco nos processos que florescem na maximização dos resultados e fortificam a institucionalização da cultura da qualidade.*

P20: *O amadurecimento do desenvolvimento interno profissional possibilita agregar diferentes saberes de educação em saúde, produzindo relações de cooperação na sociedade.*

P21: *O conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde, sob as lentes da qualidade, possibilita solidez e segurança à assistência prestada, bem como crescimento e desenvolvimento profissional.*

As categorias e as proposições foram verificadas a partir dos estudos referentes ao pensamento complexo e às instituições, estando alinhadas com aqueles registrados no Quadro 13.

Quadro 13 - Aproximações teóricas com a categoria de suporte Desenvolvimento dos profissionais de saúde

Categorias do modelo	Estudos que permitiram <i>insights</i> teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institucional work</i>
Desenvolvimento dos profissionais de saúde	Stacey, 1996; Agostinho, 2003a		Dimaggio; Powell, 1991	
Por necessidade local	Stacey, 2010; Richardson, 2011; Pascucci; Meyer, 2013			
Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação	Agostinho, 2003a; Dutra; Erdmann, 2006		Scott, 2008	

Fonte: elaborado pela autora (2018).



O conhecimento é uma busca que se dá por meio do aprendizado, da melhoria dos processos e do desenvolvimento profissional. Sendo que, no Modelo “Comprometimento com o cuidado”, a categoria “Desenvolvimento dos profissionais de saúde” é suportada por dois fenômenos de ocorrência, transcritos na categoria “Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação”, que ventura pelo caminho da vertente esperada da “Acreditação como instrumento de ação” e pela categoria “Por necessidade local”, que se entrelaça à vertente inesperada do fazer.

O histórico do HRPT aponta que o treinamento esteve presente desde antes da abertura das portas do hospital, ou seja, houve a oportunidade ímpar de iniciar já respaldado no conhecimento, o que, de certa forma, alicerçado pelo processo de acreditação, demonstra um *plus* ao desempenho consumado nos anos posteriores. No entanto, o que não se planejou foi que a necessidade inicial nunca se desfez e, como tal, passou a estar alinhavada a todo o fazer organizacional, cotidianamente cultivada e longitudinalmente aperfeiçoada.

A significativa rotatividade e despreparo profissional levaram o hospital à compreensão de que o aprendizado carecia de tradução em processos seguros e perenes, para além das pessoas, e essa foi a estratégia adotada desde o princípio e que, em acordo com os entrevistados e nas observações realizadas durante a pesquisa, se mantém até hoje, como um processo permanente de educação para a manutenção e evolução dos resultados.

Neste sentido, reforçando a proposição P16, de acordo com Stacey (1996, p. 284), as organizações como sistemas adaptativos complexos aprendem e evoluem, “eles sobrevivem porque aprendem ou evoluem de um modo adaptativo: eles computam informação de forma a extrair regularidades, construindo esquemas que são continuamente modificados à luz da experiência”, ou seja, hospitais, como sistemas complexos adaptativos, são sistemas que aprendem (AGOSTINHO, 2003a).

Nessa perspectiva, continuamente, as pessoas fazem escolhas, no entanto, não observam que essas opções advêm da busca por referências de outros atores em situações similares (que normalmente são aprendidas por meio do aprendizado e da observação) e também por meio de modelos de referências (verificados teoricamente), a partir de padrões existentes no campo organizacional (DIMAGGIO; POWELL, 1991). Logo, o conhecimento dá-se por meio de processos de socialização, aprendizado ou aderência a convenções postas no contexto em que se está colocado (LAIA et al., 2011).

A ação do treinar foi, “Por necessidade local”, alicerçada pela localização do hospital, pela insuficiência de escolas formadoras na área da saúde e por haver poucos profissionais existentes na região, bem como com formação insuficiente a um hospital planejado para atender média e alta complexidade em patamares elevados de qualidade.

Como a necessidade nunca foi suplantada, seja pela rotatividade explicitada com a contratação dos profissionais por salários maiores no mercado local, em especial, pela implantação de Belo Monte, seja pela saída dos profissionais que adquiriram experiência e se aventuram em outros grandes centros, seja pela transferência de profissionais culminada pela expertise adquirida com o processo de acreditação, o que garantiu a muitos profissionais cargos de gestão, seja para capacitar novos gestores, a estratégia do treinar esteve sempre presente na prática cotidiana do hospital.

No entanto, devido a essa movimentação, o hospital tem ações e programas que buscam insuflar o sentimento de pertencimento nos profissionais, o que vem trazendo retornos ao se observar, em especial nos cargos operacionais, a permanência ao longo dos anos, não havendo a perda do conhecimento adquirido para o mercado. Bem como com a gestão de competência em implantação, objetivam direcionar os treinamentos para as necessidades individuais, indo para além do aprendizado coletivo.

Agentes têm um papel central no funcionamento das organizações, sendo responsáveis pela interação, pelo processo de tomada de decisão e, também, deliberam e articulam a direção para a qual a organização vai se estender (STACEY, 2010), corroborando com as proposições P17 e P18.

A responsabilidade desses agentes está em inquirir legitimidade ao sistema por meio de interações formais e informais, estimulando e desenvolvendo redes de *feedback*, ensejadas por estratégias de aprendizado. Essas redes de *feedback* agem como mecanismos de incentivo ao aprendizado e à criatividade, o que direciona o sistema à auto-organização e à evolução (RICHARDSON, 2011; PASCUCCI; MEYER, 2013). Logo, “o conjunto de complexos e operações do pensar, dizer, fazer se realiza com uma filosofia em que a organização e o caos se sucedem entre si e levam à reunificação” (CASANOVA, 2006, p. 62).

Apesar de “Por necessidade local” ser um ponto que é implícito da maioria das organizações, no HRPT ocorre de forma exacerbada e trouxe um impacto positivo que apoia o “Reconhecimento das fragilidades” e gira o “Círculo motor”, solidificando o fazer em uma

“Estratégia na prática como ação cotidiana” - Tudo interligado, em uma perfeita engrenagem de um sistema complexo.

Como um contrapeso, foi instaurada no HRPT outra vertente de sustentação para a educação permanente, traduzida na categoria “Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação”, agindo como um instrumento de apoio ao processo instituído ao longo da inicialização, da manutenção e da evolução dos níveis da certificação.

Para ter acreditação, é necessário ensinar como isso ocorre e, longitudinalmente, tem-se a evolução dos treinamentos em acordo com os níveis experimentados. Durante o nível 1, o foco foi em treinamentos de segurança, no nível 2, foram os treinamentos de interação de processos, no nível 3, de análises críticas, inter-relação de indicadores e, atualmente, os treinamentos referem-se ao processo sistêmico de resultados. Sob essas lentes, percebemos a disseminação do processo da qualidade como um direcionador da estratégia que a impulsiona.

Observamos aqui o reforço do pilar normativo de Scott (2008), que aponta o que se espera dos atores sociais envolvidos, suas atitudes e performances em acordo com prescrições de ação e comportamento imputadas pela acreditação hospitalar. Ao mesmo tempo, relevante perceber que a mudança traduzida na evolução dos níveis institucionais continua sendo importante, mas o que é relevante a esta categoria é a velocidade com que os indivíduos processam essa mudança. Neste sentido, quanto maior a capacidade dos indivíduos de absorver modelos mentais positivos ao desenvolvimento, maior o potencial para o desenvolvimento (CAVALCANTE, 2014).

Além de que, esses processos podem estar ligados ao conceito de retroalimentação da cibernética, que pode ser de autoequilibração ou autorreforço, apontando que um sistema adaptativo complexo interage com o ambiente, aprendendo e evoluindo com a experiência, possibilitando a adaptação às novas situações empreendidas (DUTRA; ERDMANN, 2006).

Durante a trajetória, os treinamentos foram sendo inovados na forma de fazer, evoluíram para garantir maior retenção de conhecimento, buscando a melhoria contínua, implícita no processo de acreditação. Sendo essa uma estratégia, implica o uso de técnicas de ensino mais próximas ao profissional treinado. Assim, considerando que o desempenho global é atingido por meio da coesão das ações de indivíduos que colaboram entre si, é relevante produzir ambiente em que as percepções individuais sejam reciprocamente compartilhadas, promovendo o aprendizado conjunto, bem como assegurar que o resultado das ações seja reportado aos agentes e que esses sejam

capacitados para compreendê-lo, garantindo a eficiência e eficácia do *feedback* (AGOSTINHO, 2003a).

Destarte, a partir destes estudos são reforçadas as proposições P19, P20 e P21, bem como indicam que a categoria “Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação”, advinda da categoria “Desenvolvimento dos profissionais de saúde”, proporcionou autenticidade à categoria “Construção interna” da assistência pelos “Envolvidos no processo”, o que viabilizou a categoria “Instrumentalização do fazer”, respaldada pelo “Foco nos processos”, que enseja a categoria “Maximizar os resultados” e conduz o HRPT à categoria “Cultura da qualidade institucionalizada”.

Além de que, essas categorias do desenvolvimento indicam que a categoria “Excelência nos resultados” tem respaldo do conhecimento adquirido pelos profissionais de saúde, que, além de mais capacitados, observam a assistência por lentes da qualidade e segurança, como pode ser percebido no próximo tópico.

### **6.1.6 Insights acerca da excelência nos resultados**

A categoria de resultado “Excelência nos resultados” demonstra a evolução da qualidade da assistência, em um processo que se inicia com a decisão de habilitar a acreditação hospitalar como guia condutora do processo no HRPT. Essa categoria alicerça três proposições:

*P22: O aprendizado organizacional fundamenta a evolução sistêmica e indica o caminho para a melhoria contínua, consolidando a lógica da cultura da qualidade.*

*P23: A excelência nos resultados perpassa por indicadores com tendências favoráveis que evidenciam melhoria da qualidade e segurança assistencial, entretanto, é na percepção prática que ela se explica.*

*P24: A excelência nos resultados é fruto do alinhamento dos níveis organizacionais, da agregação de diferentes saberes e das relações de cooperação do aprendizado organizacional por meio das correlações estratégicas.*

A categoria e as proposições passaram por observação ante a lente dos estudos voltados ao pensamento complexo e às instituições, encontrando similaridade com os apontados no Quadro 14.

Quadro 14 - Aproximações teóricas com a categoria de resultado “Excelência nos resultados”

Categorias do modelo	Estudos que permitiram <i>insights</i> teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institutional work</i>
Excelência nos resultados	Stacey, 1991; Almeida, 2010; Morin, 2003, 2013	North, 1994; Rocha Júnior, 2004		

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Esta é a categoria em que os resultados são demonstrados e se perceberá se o hospital tem ou não tem qualidade. Onde ressaltai minha dúvida sobre a existência ou não da qualidade, como antevi na categoria “Cultura da qualidade e segurança”, e somente vim a crer que a qualidade estava presente meses após a obtenção do nível 3. Nesse caminho, entendi que a categoria “Excelência nos resultados” perpassa pelos números apresentados, que conduzem a uma melhoria da qualidade assistencial, doravante, tem um fundo de percepção que vai para além dos números e que necessita de vivência na área onde ocorre para aferir explicação plausível. Ademais, os dados foram lapidados lentamente, tal qual um diamante e, com o tempo, apresentaram-se melhores, mais consistentes e condizentes com o nível de excelência.

O que alinha com a visão de Morin (2013), de que

sempre existe alguma distância entre o acontecimento e a consciência de sua significação; o conhecimento é mais lento do que o imediato (...). O presente não é percível senão na superfície. Ele é trabalhado em profundidade por galerias subterrâneas, por correntes invisíveis, sob um solo aparentemente firme e sólido. (...) não é apenas nossa ignorância; é também nosso conhecimento que nos cega. Não existe esperança que não seja um desafio; existe também o conhecimento. E eu não posso ignorar minhas ignorâncias (MORIN, 2013, p. 19-20).

Ou ainda, com a de Almeida (2010):

a sabedoria é como o lodo que mantém viva uma lagoa; é o que sobrevive em meio à superpopulação das ideias, dos conceitos, das informações. Quando dizemos que ‘somos um dos fios da teia da vida’, quando assumimos para nós

próprios a ideia de que a vida é uma teia, estamos anunciando e vivendo uma sabedoria, porque as teorias podem mudar, informações novas podem aparecer, mas apesar dessas mudanças podemos continuar dizendo ‘a vida é uma teia de muitos fios e nós somos um desses fios’. O conhecimento se transforma, porém, a sabedoria fica porque fala do essencial e permanente que se desdobra nos fenômenos, no particular, no fugaz, no instantâneo (ALMEIDA, 2010, p. 4).

Os dados apresentados em 2016 demonstram os resultados do HRPT por meio de indicadores que contribuíram para a qualidade assistencial em nível macro e, a partir deles, foram relacionados outros indicadores que corroboraram para atingir essa condição. No entanto, fica clara a necessidade, a partir das análises críticas dos resultados, de novos (ou existentes e não percebidos) marcadores para aferir adequada gestão ao processo. Observei, durante a visita de certificação ONA 3, que os envolvidos observavam o resultado de forma fragmentada, tinham a percepção da excelência, mas a explicavam de forma rasa. Calha lembrar que, para um hospital ser acreditado no nível de excelência, os requisitos do padrão precisam estar instalados e, entre eles, é fundamental apresentar resultados sistêmicos.

Percebo, hoje, que a “Excelência nos resultados” estava obscura, não visível aos olhos, mas estava posta. Faltava cerzir os retalhos do tecido em que foi instaurada, tinha um quê da complexidade que não era totalmente clarificado aos olhos dos que conduziam, construíam e movimentavam aquele processo. No entanto, os resultados em 2017 foram outros, o fazer iluminou-se e os profissionais compreenderam que a “Excelência nos resultados” era um processo efetivamente sistêmico, que foi adquirido por meio das experiências vivenciadas/aprendidas e (agora) geridas por cada qual e em conjunto, dentro de um processo histórico, que se fez aparente quando alcançaram o entendimento de que o todo é a soma de cada parte integrada.

Os dados demonstrados em 2017 ilustram o macro processo organizacional com entradas, evolução dos serviços ao longo dos anos (gestados em um ambiente externo, em que o hospital se adequa ao perfil de contexto instalado), seguida pela representação da assistência com marcadores dos processos, sustentados por outros indicadores de apoio, que evoluem para saídas e resultados, que, unidos, explanam o quanto aquele hospital tem de qualidade e segurança nos serviços

prestados, bem como o impacto gerado junto aos principais *stakeholders*: governo, usuário, profissionais e sociedade.

A visualização da evolução, nos últimos dois anos, traz alinhamento com o princípio sistêmico ou organizacional de Morin (2003, p. 26), que liga o conhecimento das partes ao conhecimento do todo, que entende que "o todo é mais do que a soma das partes". A uma visão sistêmica de que a organização do todo produz qualidades ou propriedades novas em relação às partes consideradas isoladamente, acrescenta-se que o todo é menos do que a soma das partes, cujas qualidades são inibidas pela organização de conjunto. Logo, "discutir o todo, dizer que é o todo que faz ser assim e as partes podem ser usadas, mas não irão retratar o todo" (MORIN, 2003, p. 26).

Ademais, o HRPT, nas análises dos resultados referentes ao último ano, incluiu uma nova metodologia, o PDSA (*Plan, Do, Study, Act*), que foi introduzida para reforçar o processo de aprendizado organizacional, avigorando a categoria "Desenvolvimento dos profissionais de saúde", em que buscam melhorias sistêmicas a partir do aprendizado de processos que podem impactar no macroprocesso institucional.

Ações como o uso do PDSA e a construção de um mapa conjunto onde os setores irromperam seus mundos setoriais e passaram a examinar o cenário geral, arranjaram ao hospital a possibilidade de exibir uma evolução sistêmica, que, respaldada pela forma como os resultados foram apresentados, sugere um caminho para a melhoria contínua conjunta, em um processo sólido onde a "Cultura da qualidade e segurança" é alentada.

Essas ações alinham com Stacey (1991), ao apontar que uma das características principais de um sistema complexo é o fato de ser um sistema aberto, que necessita de uma forma de aprendizagem dispar daquelas estadas em sistemas fechados, e que o caos e a inconstância dentro dos sistemas tendem a contribuir na ampliação de *insights* na resolução dos problemas. Nesse sentido, Smith e Eliot (1999) trazem a noção de aprendizagem por meio do circuito duplo (*double-loop*), criando a disrupção necessária à inovação (entendida aqui como melhoria contínua).

O estudo dos dados só marginalizou esta tese, porém seu avultamento pode servir de base para estudos futuros. Por outro lado, os dados apoiaram a visualização do resultado final, que, na visão dos envolvidos na pesquisa, ilustraram um "pulo" de entendimento no *modus operandi* do hospital. Além do que, foi observado que a base operacional tem a percepção de que a qualidade está instituída e trabalha

rotineiramente, buscando formas de empreender melhorias, demonstrando que o processo não é calculado ou imposto pela linha hierárquica superior, é aceito como certo e adequado àquela organização. Bem como que pequenas alterações garantiram a continuidade (perenidade), pois, com o processo institucionalizado, alterações de pessoas e pequenas modificações na estrutura não impactam o fazer, indicando amadurecimento organizacional.

Neste sentido, as oportunidades captadas pelas organizações são fornecidas pelas estruturas institucionais (NORTH, 1994), em que a percepção de mudanças é fruto de escolhas cotidianas das organizações que são plausíveis de alteração de contratos entre indivíduos e organizações. Há ocasiões em que a reconfiguração requer alterações nas normas vigentes, desde que os agentes intuem uma possibilidade de ganho com a mudança, mesmo quando a fonte de mudança institucional seja o aprendizado dos agentes, que estabelecem novos modelos mentais para decodificar as mudanças no ambiente (NORTH, 1994; ROCHA JÚNIOR, 2004).

Assim, esses dados reforçam as proposições P22, P23 e P24, alinhavados a Tolbert e Zulcker (1999), que assinalam que uma prática institucionalizada no seu campo organizacional é legítima e reconhecida quando propagada a todos os atores pertencentes ao campo. Sendo assim, a sua estrutura estará perpetuada por um considerável período de tempo.

Assim, quando os resultados proporcionaram evolução de desempenho com tendências favoráveis, os envolvidos no processo perceberam a diferença na forma do fazer, onde a “Acreditação como instrumento de ação” balizada pelo “Desenvolvimento dos profissionais de saúde” em suas vertentes esperada e inesperada podem ser traduzidas efetivamente na “Excelência nos resultados”, desde que adicionadas de uma dose de amor, como se vislumbra no próximo tópico.

### **6.1.7 Insights acerca do Amor à causa**

A categoria central “Amor à causa” traz o lado bom do ator social e, com ele o suporte para os quadrantes inferiores do Modelo “Comprometimento com o cuidado”. Apresenta como base a proposição P25: *O amor à causa é balanceado pelo conhecimento técnico, vinculado ao fazer organizacional e profissional, e pela doação dos envolvidos neste fazer, comprometidos com o cuidado centrado no paciente.*



Essa categoria e sua proposição foram submetidas à análise de similaridades com os estudos acerca do pensamento complexo e das instituições, sendo aferida linearidade com aqueles conferidos no Quadro 15.

Quadro 15 - Aproximações teóricas com a categoria central “Amor à causa”

Categorias do modelo	Estudos que permitiram insights teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institucional work</i>
Amor à causa	Morin, 2002, 2003, 2007, 2013			

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Os achados desta tese conduziram-me a um ponto que não é comum aos estudos organizacionais, mas que demonstrou influir, de alguma forma, todos os componentes do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, de uma forma holística, sobrepondo a técnica, o dever com a profissão, a responsabilidade organizacional e o cunho social, encontrei o “Amor à causa”, como categoria central que apoia a ação. A única categoria que esteve presente em 100% das entrevistas, conversas de cumbuca e apresentações realizadas durante a pesquisa.

Essa categoria é composta, de um lado, pelo quadrante designado pelo conhecimento técnico que encontra o amor, aquele que é considerado um fenômeno esperado do hospital por sua missão. De outro lado, pelo quadrante com apelo emocional e que demonstra a doação pessoal dos envolvidos à assistência hospitalar, denominado de fenômeno inesperado. A soma desses quadrantes dá origem ao que os envolvidos na pesquisa consideram como sendo ‘o projeto de suas vidas’.

Este “Amor à causa” encontrou morada nos estudos de alguns estudiosos, como em Prigogine (1996, p. 232), que afirma que o mundo é parecido com um romance, “onde as histórias se ligam umas as outras: a história cosmológica, no interior da qual evolui a história da matéria, depois a da vida e, finalmente, a nossa própria história”. Bem como em Morin (2002), ao apontar uma resistência a uma vida somente utilitária, que se revela na busca de uma vida mais intensa, poética. Diz que na vida há dois eixos, o prosaico e o poético. “O prosaico são as coisas que devemos fazer por obrigação, para comer, estudar e outras necessidades vitais. A qualidade poética vem das coisas feitas com gosto, amor, prazer, paixão” (MORIN, 2002, p. 52).

O pensamento complexo não é útil apenas aos problemas organizacionais, sociais e políticos, visto que um pensamento que afronta a incerteza pode clarear as estratégias no mundo incerto; o pensamento que une pode acender uma ética da religião ou da solidariedade (MORIN, 2003). “Não temos de um lado a empresa com seu diagrama, seu programa de produção, seus estudos de mercado, do outro, seus problemas de relações humanas, de pessoal, de relações públicas” (MORIN, 2007, p. 87), ambos os processos são intrínsecos e interdependentes.

O desenvolvimento instala um modo de organização em que a especialização divide os indivíduos uns em relação aos outros, não oferecendo a nenhum deles senão uma parte limitada das responsabilidades. Em razão disso, corrompe-se o conjunto e, com isso, a solidariedade. Isso acarreta a cegueira da concepção tecnoeconômica do desenvolvimento, que não vislumbra nada além do cálculo como arranjo de conhecimento (índices, lucros, estatísticas que pretendem medir tudo). O cálculo desconhece, além das atividades monetarizadas (produções domésticas e/ou de subsistência, serviços mútuos, o uso dos bens comuns), também, o que não consegue ser calculado, nem medido: a alegria, o amor, o sofrimento, a dignidade, “o próprio tecido de nossa vida” (MORIN, 2013, p. 30).

Assim, corroborando com a proposição P25, esta tese pretende substituir a visão determinística e das certezas, perfilhando o papel das expectativas associadas a uma visão mais otimista do mundo e do papel dos agentes sociais. Os próximos tópicos versam sobre os pormenores das vertentes, da técnica e da emoção, apoiados pelo processo analítico, gestado nos conceitos teóricos, que possibilitaram a construção de uma explicação à dialógica do fazer organizacional suplantado no HRPT.

### **6.1.8 Insights acerca da categoria Amor à causa em seu fenômeno esperado**

O terceiro quadrante do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, vinculado à categoria central “Amor à causa” em seu fenômeno esperado, é circunspeto pelas categorias “Garantir a segurança assistencial”, “Estar junto ao paciente”, “Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde” e “Servir de solução à rede de saúde”.

Nesse quadrante, duas são as proposições elencadas:

*P26: As fragilidades encontradas junto ao fazer, durante o processo pré, intro e pós assistencial, exprimiram a necessidade de estar junto ao*

*paciente, atendendo para além da doença, para o contexto social daquele ser humano e dos seus.*

*P27: Para estar junto ao paciente a organização hospitalar necessitou de aproximação com a comunidade e o Sistema de Saúde onde está inserida, servindo de solução à rede de saúde da larga região onde atua, favorecendo uma melhor assistência ao SUS – Sistema Único de Saúde.*

As categorias e as proposições foram observadas a partir dos estudos revisitados do pensamento complexo e das instituições, apresentando similaridades com aqueles registrados no Quadro 16.

Quadro 16 - Aproximações teóricas do quadrante relacionado ao fenômeno esperado

Categorias do modelo	Estudos que permitiram insights teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institutional work</i>
Garantir a segurança assistencial	Morin, 2002; Agostinho, 2003a; Stacey e Griffin, 2006		Scott (1995; Daniel; Pereira; Macadar, 2014	Lawrence; Suddaby; Leca, 2011
Estar junto ao paciente	Morin, 2002	Cavalcante, 2014		
Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde				Battilana; Leca; Boxenbaum, 2009, Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Servir de solução à rede de saúde	Morin, 2003			

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Pelas lentes dos envolvidos na pesquisa, as categorias que compõem esse quadrante estão relacionadas ao que é esperado do tipo de serviço prestado nos hospitais, pela sua função primordial que é cuidar de vidas, que é demonstrada pela técnica destas ações, funções e finalidades. Porém, essas categorias vêm tarimbadas por uma roupagem de significância abarcada pelo “Amor à causa”.

A categoria “Garantir a segurança assistencial”, uma das mais representativas do processo, certamente, estaria presente, por representar

princípios imbricados nos fundamentos de gestão em saúde propostos pela ONA, nomear boas práticas assistenciais e, nos últimos anos, estar atrelada às metas internacionais de segurança que a OMS promulga como vitais à assistência segura. Destarte, na visão dos envolvidos, o “Garantir a segurança assistencial” vai para além da prática com foco no fazer técnico, eles entendem esse fazer como uma ação munida de sentimento.

No compasso de que é normatizada por leis, essa categoria tem alento na dimensão regulativa de Scott (1995), sendo considerada uma instituição que induz a prescrições, avaliações e obrigações na vida social e passa a se materializar por meio de normas e valores, inqueridos como concepções do desejável, unida com a construção de padrões aos quais as estruturas e o desempenho podem ser comparados e avaliados, e particularizações de como as coisas devem ser feitas, são definidas como legítimas para obter fins válidos.

Tanto o que é adotado a partir da ONA quanto os preceitos internacionais da OMS podem ser determinados como uma pressão normativa, que apesar de não ser uma exigência, a conformidade com padrões estabelecidos pode ser vista como uma influência coercitiva do meio em se considerando como uma prática institucionalizada e reconhecida (DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014), nacionalmente, a primeira e, mundialmente, a segunda.

E, na visão atrelada ao fazer “com amor”, traduzida no cuidado que é relegado à atividade, abarcamos um paralelo com a produção de vinho artesanal que passou a ser produzida por muitos países em detrimento da produção padronizada, ou seja, a qualidade avança em luta contra o produtivismo e a padronização (MORIN, 2002). As políticas e técnicas reflexionam uma postura de pensar sobre organizações que são impróprias ao abrangerem contingências habituais que as pessoas precisam negociar para prosseguir fazendo o que necessitam fazer. No lugar de importar noções mecanicistas de qualidade, carecemos de iluminar o que a qualidade verdadeiramente significa na circunstância local em que os cuidados de saúde são realizados (STACEY, 2006).

Essa dualidade pode ser explicada como resultado de uma multiplicidade de ações de vários atores envolvidos em distintos arranjos institucionais. Devem ser considerados os diversos trabalhos institucionais contraditórios e complementares concretizados pelos diferentes atores, bem como consideradas as ações dos múltiplos atores envolvidos em processos institucionais, pois o trabalho institucional afeta o processo em diferentes níveis se apoiando mutuamente

(LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011), neste caso, pelo poder da legislação, pelo fazer normatizado e pela ação com o viés humano envolvido.

O foco na segurança é um dos principais objetivos da organização e, apesar de dificuldades financeiras observadas e reforçadas nas entrevistas, é priorizado como um compromisso firmado coletivamente. Esse é um fator que merece pesquisas futuras, por aventurar boas práticas que conduzem à minimização de descompassos de emprego de recursos no contexto de estabelecimentos de saúde e/ou da rede de prioridades do SUS.

Nesse sentido, as organizações são influenciadas pelos contextos institucionais e tornam-se isomórficas para garantir aprovação social/legitimidade, que supre benefícios de sobrevivência, apesar das práticas institucionalizadas serem contrárias à eficiência (GREENWOOD et al., 2008), conforme o que foi posto referente à segurança do paciente. Um exemplo observado, que ilustra o caso: com o objetivo de oferecer melhor atenção ao paciente, são utilizados curativos com um custo superior ao que é padrão, visto que beneficiará o mesmo, lhe causando menos lesões. De um lado, o custo financeiro é maior, de outro, o paciente fica mais bem assistido, além dos benefícios assistenciais concernentes à gestão dos riscos.

Assim, distinguindo as conexões por onde surgem os fluxos mais proeminentes e identificando os pontos com maior ou menor efeito multiplicador, é possível direcionar os recursos mais adequadamente, sejam eles de informações, conhecimentos, materiais (AGOSTINHO, 2003a).

Para “Garantir a segurança assistencial”, “Estar junto ao paciente” torna-se fundamental, exprimindo a empatia despertada pela circunstância em que o mesmo se encontra no momento que procura por um serviço de saúde. Os profissionais que ali atuam procuram aliviar sua condição, alentando seu sofrimento e atuando de forma a propiciar uma alta onde retorne no seu melhor estado (possível).

O “Estar junto ao paciente” abarca a ação para além do que é plausível, onde os profissionais transpassam todos os ínterims para ofertar o cuidado, inovando na forma de fazer, nas soluções, garantindo solidariedade. Assim, “a compreensão é um fenômeno que mobiliza os poderes subjetivos de simpatia para entender uma pessoa como uma pessoa que é também sujeito” (MORIN, 2002, p. 42-43).

Este convívio mais aproximado com o paciente é reforçado pela necessidade da população, que observa o hospital como uma ‘tábua de salvação’, uma oportunidade de vida. A população esperou por sua

fundação, por sua implementação, pois representava a possibilidade de viver naquele lugar, de não mais ser só uma terra de passagem, um lugar sem condição de saúde. O HRPT foi, em muitas entrevistas, citado como ‘vida’, por ser o instrumento que faltava no sistema de saúde do Xingu, que era deficitário.

Isso nos remete à definição de Veblen das instituições como hábitos mentais ou como formas de ser e de fazer as coisas, que são mantidas ou transformadas ao longo do tempo pela ação coletiva de vários/muitos indivíduos. Logo, as instituições são, ao mesmo tempo, maneiras de agir e de perceber o mundo e os padrões que surgem de uma compreensão e de uma ação que foi aceita coletivamente (CAVALCANTE, 2014).

A “Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde” torna o hospital uma das principais referências em Altamira e, como tal, vem desenvolvendo ações sociais, educativas e projetos para além dos muros. Além de que, é um dos maiores ou o maior empregador local, bem como contribui consideravelmente com a economia local, no entanto, as transações poderiam ser aumentadas, se existisse na proximidade um mercado apto a atender suas demandas.

O “Estar junto com o paciente”, aliado à “Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde”, é reforçado quando o HRPT desenvolve atividades focadas na comunidade, com o intuito de garantir a continuidade do cuidado dos pacientes que estiveram internados, a prevenção do cidadão e o papel do hospital no contexto de rede de saúde. Assim, o trabalho institucional dá-se no esforço intencional para afetar uma instituição ou um conjunto de instituições, em que os *institutional workers* agem de maneira consciente do que é pretendido (BRUNING; AMORIM; GOBRI, 2015).

Ou ainda, que a mobilização de recursos relacionais e materiais (BATTILANA; LECA; BOXENBAUM, 2009) oferece “elementos analíticos para ação individual e coletiva, sendo sua orientação voltada para imersão social desses atores, abrindo espaço para interpretações e negociação de significados” (BRUNING; AMORIM; GOBRI, 2015, p. 152), que vão para além do fazer hospitalar esperado.

Como que derivada da categoria “Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde”, voluntária ou involuntariamente, surge a categoria “Servir de solução à rede de saúde”, contribuindo com o papel social e assistencial do HRPT, ultrapassando o que lhe é estipulado como desempenho dentro do sistema de saúde brasileiro, que é oferecer assistência de média e alta complexidade aos pacientes referenciados ao hospital.

Servindo de solução à rede de saúde, o HRPT é tido como um local de apoio, de auxílio dentro da rede, promovendo, junto ao sistema de saúde, melhorias, que podem ser percebidas nos municípios que pertencem à região do Xingu. Entre as ações relevantes, há a capacitação em cuidados com o paciente crítico; o treinamento de prevenção e tratamento de lesões e feridas; o curso de debridamento mecânico; as noções de reanimação neonatal, dando acesso a treinamento de novas práticas aos profissionais de outros servidos da rede, que, em última instância, contribuem para uma melhor saúde da população.

O que se alinha com o pensamento conciliador de Morin (2003), em que o desenvolvimento de uma democracia cognitiva só é plausível em uma reorganização do saber, a qual rezinga uma reforma do pensamento apto a permitir, não somente, a separação para conhecer, mas a junção do que está separado (MORIN, 2003), como ocorre entre os componentes da rede de saúde e o hospital, em uma simbiose restauradora.

A soma dessas categorias permite uma condição de saúde melhor para o paciente e, paliativamente, para a população da região, corroborando com a categoria P26 e P27. Uma vez examinado o fenômeno esperado, no próximo tópico, é apresentado o fenômeno inesperado e suas sequelas no cuidado com o paciente.

### **6.1.9 Insights acerca da categoria Amor à Causa em seu fenômeno inesperado**

O quarto quadrante do Modelo “Comprometimento com o cuidado”, ligado à categoria central “Amor à causa” em seu fenômeno inesperado, agrupa as categorias “Hospital tem significância para as pessoas”, “Possibilidade de fazer o bem”, “Envolvimento dos profissionais”, “Princípio de pertencimento”, “Resiliência dos grupos assistenciais”, “Relação afetiva” e “Sentimento de realização”.

O quadrante é constituído de duas proposições:

*P28: A possibilidade de fazer o bem fortalece a significância que o hospital tem para os profissionais de saúde que, envolvidos com o cuidado do paciente, são agraciados pelo sentimento de realização pessoal.*

*P29: O sentimento de realização dos profissionais é fortalecido pelo princípio de pertencimento que é permeado pela relação afetiva das equipes, a qual beneficia a resiliência dos grupos assistenciais.*

As categorias e as proposições apresentaram similaridade com os estudos acerca do pensamento complexo e das instituições, conforme referências fixadas no Quadro 17.

Quadro 17 - Aproximações teóricas do quadrante relacionado ao fenômeno inesperado

Categorias do modelo	Estudos que permitiram insights teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institucional work</i>
Hospital tem significância para as pessoas	Agostinho, 2003b		Jacometti et al., 2016	
Possibilidade de fazer o bem	Morin, 2002	Rutherford, 1984; North, 1990; Cavalgante, 2014		Lawrence; Suddaby; Leca, 2011
Envolvimento dos profissionais	Agostinho, 2003a	North, 1990; Cavalgante, 2014		
Princípio de pertencimento	Morin, 2002; Stacey; Griffin, 2006			Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Resiliência dos grupos assistenciais		Rocha Junior, 2004		
Relação afetiva	Morin, 1996; Agostinho, 2003b; Sarra, 2006			
Sentimento de realização	Agostinho 2003a,			

Fonte: elaborado pela autora (2018).

A categoria que inicia o quadrante referente às categorias adjacentes do fenômeno inesperado é “Hospital tem significância para as pessoas”, que representa o vínculo dos profissionais com o hospital e o impacto desse fator em como fazem e como vivem.

Nesse sentido, a motivação individual

é diversa para os indivíduos, pode ser utilitária pela percepção de vantagens, por amizade em apoio ao outro que aceita, por fidelidade contratual, por sentimento de solidariedade, entre outros. Além disso, não precisam ser estáveis no



tempo, o que aceita por apoio a um amigo pode posteriormente aceitar pela percepção dos benefícios, ou pode evoluir conjuntamente para um senso coletivo (JACOMETTI et al., 2016, p. 429).

Alguns profissionais destacaram que o hospital era o principal motivo de estarem em Altamira, outros, que esperavam permanecer por muito tempo trabalhando ali, além de grande parte dos envolvidos na pesquisa entender ali como um local onde se realizou como profissional e como ser humano, reforçando o reflexo que a organização tem para com aqueles que ali atuam.

Tem-se nessa categoria a soma entre o laço criado entre o significado atribuído ao local unido à atividade desempenhada ali, que é cuidar de pessoas, o que possibilita a visão do lado bom do ser humano. Aflora a visão de união e motivação que instiga as pessoas em momentos de crise, de necessidade, e torna o ambiente favorável ao desempenhar da ação movida por sentimentos positivos, construtivos.

Reforçando a proposição P28, os estudos de Agostinho (2003b) respaldam essa categoria ao comentar que os indivíduos são aptos de aprender e de se adaptarem, cooperam entre si obtendo vantagens adaptativas. Tal comportamento tende a ser eleito e multiplicado, ofuscando ao ponto em que estes sujeitos cooperativos se agrupam em um agregado, resultando em um sistema que se auto-organiza, onde emerge um comportamento coletivo cuja performance é avaliada por pressões de seleção coesas no ambiente (Agostinho, 2003b), como as fragilidades e os determinantes externos hodiernos ao tratamento do paciente.

Nesse sentido, ao se ter Altamira como um local ímpar, com fragilidades recorrentes e determinantes externos incontrolláveis (na sua maioria), essa categoria foi expressa por 79% dos profissionais e traduzida, pelos envolvidos na pesquisa e por mim, como o senso comum do agir coletivo, por permitir clarificar o quanto do “Amor à causa” está na prática da atividade, e esse sentimento foi expresso na categoria “Possibilidade de fazer o bem”.

Fazer o bem é como uma resposta ao pensamento de Morin (2002), quando coloca que estamos no meio de uma navegação na neblina, é como uma luz em um tempo em que deixamos de lado o coração para viver movidos pela mente.

Estamos numa situação de perdição do porvir, do futuro, porque o mundo vivia com a ilusão de que

o progresso é uma necessidade histórica, determinada, de que os progressos técnico, mecânico, industrial levavam ao progresso humano, ao bem-estar da compreensão. E havia a ideia de um futuro bom, ideal (...). Hoje em dia se vê que não há o futuro feliz. Há a incerteza sobre o futuro. Estamos com em uma navegação na noite e na neblina (MORIN, 2002, p. 47).

A “Possibilidade de fazer o bem” tem um apelo fraternal, em que pacientes e profissionais se apoiam na busca de um fazer melhor, de um cuidado mais humano. Óbvio que a própria profissão tem esse viés, porém, na visão dos entrevistados, com o tempo, a automação do cuidar torna o resultado mais operacional e mecânico do que humanizado e centrado no paciente, a empatia desaparece na prescrição do método, o protocolo. Logo, a “Possibilidade de fazer o bem” vem iluminar o caminho inverso.

Tem-se, aqui, a possibilidade de similaridade com a ideia de processo evolutivo de Veblen, movida pelo instinto denominado *parental bent*, ou seja, aquele que inclinaria o sujeito a buscar a melhora do bem-estar da família e da sociedade (RUTHERFORD, 1984; CAVALGANTE, 2014), onde o cuidado se instala e reforça o lado humano dos profissionais – o que ‘dá chão’ à proposição P28.

Outro autor que reconhece essa possibilidade é North (1990), ao comentar que os indivíduos podem agir de forma não oportunista, ou seja, podem deixar de tirar proveito em uma situação na qual sua punição seria improvável. Por exemplo, ao dar alento ao paciente para além do que a técnica lhe confere. Esse comportamento é explicado pela ideologia, entendida como as percepções subjetivas que todos os indivíduos têm para interpretar o mundo à sua volta. Porém, “as teorias que os indivíduos constroem são coloridas por visões normativas de como o mundo deve ser organizado” (NORTH, 1990, p. 23).

Agora, se tomarmos como ponto de partida as noções de intencionalidade, então podemos ver uma abordagem de *institucional work* (LAWRENCE; SUDDABY; LECA, 2011), onde se observam as condições associadas à intencionalidade de atuar com o lado humano do fazer, que podem gerar um movimento em direção à aplicação disso coletivamente, como uma resposta ao esforço empreendido pelos profissionais com foco no “Cuidado centrado no paciente”.

E por falar em profissionais de saúde, temos outro elo dentro desse quadrante, a categoria o “Envolvimento dos profissionais”, aliada

à dedicação desses agentes no intuito de fazer o melhor, criando um local de atenção ao cuidado. Durante as observações realizadas e nas falas dos envolvidos, percebemos que, independente da linha hierárquica, os profissionais estão, em sua maioria, comprometidos com o fazer cotidiano, empreendendo esforços e estratégias voltados ao cuidado mais seguro e centrado no paciente, bem como observando seu impacto junto à sociedade em que atuam.

Esses pontos alinham com os estudos de Agostinho (2003a), ao comentar que quanto mais complexo o sistema, mais níveis de organização serão encontrados, nesse sentido, depende do limite dado à ação humana – a autonomia. Se o indivíduo, por alguma razão, seja falta de informação, capacidade para distinguir ou interesse, perceber que não tem mais ação, é sinal de que o limite da sua autonomia foi atingido e, a partir daí a orientação é dada por indivíduos em outro nível na hierarquia, sendo o contrário também verdadeiro. Neste sentido, intuimos que, pela autonomia condicionada ao fazer hospitalar, o indivíduo ou o agrupamento deles opta pela forma como atuam, possibilitando ocorrências como as citadas nessa categoria.

Percebemos, ainda, um forte senso de trabalho em equipe, proporcionado pelo comprometimento de cada indivíduo frente às adversidades e ações do dia a dia. Os envolvidos consideram que o comprometimento se dá no vínculo que a significância dada ao hospital confere ao trabalho e à possibilidade de fazer o bem, proporcionando um retorno conferido pela autorrealização.

Aqui, voltamos à ideologia de North (1990), em que os modelos mentais representam uma visão que os indivíduos têm do mundo, internalizando algumas regras do jogo e as respeitando, não porque podem ser punidos, mas porque consideram certo respeitá-las. Nesse sentido, a adequação, em acordo com Cavalcante (2014, p. 381), “refere-se às regras internalizadas pelos indivíduos e que eles acreditam que deveriam seguir por princípio”, logo, as regras internalizadas são regras impostas e policiadas pelo próprio indivíduo.

Estabelecemos, então, uma “Relação afetiva” entre o paciente, o hospital e os profissionais de saúde. Relação essa muito estreita com o processo histórico do hospital, que foi se enraizando a cidade de Altamira e a vinda de indivíduos de várias partes do país para compor o quadro funcional do hospital.

Essa categoria vem precedida de um cunho emocional ligado à categoria central “Amor à causa” e, aqui, entendido pelos envolvidos na pesquisa como algo que brota do sentimento de família que floresce no hospital, no sentido de família que se constrói e de agrupamento de

pessoas que buscam por objetivos comuns, onde cada participante busca dar o melhor de si para tornar o convívio satisfatório/realizador. O entendimento do hospital como um lar, como casa, foi observado em 98% das entrevistas, favorecendo o cuidado com o hospital e com o grupo que o constitui.

Assim, de acordo com Agostinho (2003b), surge o movimento de agregação dos atores sociais em torno de um objetivo comum, em que relações duradouras favorecem a cooperação e permitem que suas capacidades e conhecimentos sejam compartilhados e enriquecidos. Surge aí uma competência coletiva, que é maior que a soma das competências individuais.

Destarte, esse sentimento foi favorecido pelos vínculos criados pelos funcionários, que vieram de outras localidades do Brasil e que perceberam em Altamira um novo lugar para viver, estreitando a relação com a sociedade, constituindo novos agrupamentos familiares e cooperando, até mesmo, como membros na construção de uma cidade melhor. Assim, uma parte desses profissionais criou vínculos com o local, que deixou de ser um lugar onde ficariam por um período de aprendizado, para se tornar o local onde fundariam suas raízes.

A esses vínculos criados em Altamira, afloraram *insights* com a questão da liberdade proposta por Morin (1996) a partir do pensamento complexo, que é posta como

a possibilidade de escolha entre diversas alternativas. Bem, a liberdade supõe duas condições. Em primeiro lugar, uma condição interna, a capacidade cerebral, mental, intelectual necessárias para considerar uma situação e poder estabelecer suas escolhas, suas apostas. Em segundo lugar, as condições externas nas quais essas escolhas são possíveis. Certamente que se alguém está no cárcere pode conservar bastante liberdade interior, mental, mas não pode escolher onde passar as férias, o lugar onde exercer sua profissão, etc. E podemos, assim, observar diferentes tipos, diferentes graus de liberdade, segundo tenhamos possibilidades de escolha mais ou menos amplas e mais ou menos básicas, que permitam gozar de maior grau de liberdade (MORIN, 1996, p. 53).

Alinhada a essa liberdade, está a opção dessas pessoas em ficar, em se estabelecer naquele lugar por escolha, por ser uma possibilidade

viável, entenderam aquele lugar, antes tido como de passagem, como algo fixo, posto. Escolheram viver ante tantas peculiaridades e, de acordo com as entrevistas realizadas, por entenderem que era possível estabelecer ali relações profundas.

Percebemos ainda, um fortalecimento dessa “Relação afetiva”, operado pelos gestores do nível tático, os quais compreenderam esse esforço dos profissionais (no qual se percebem envolvidos) para além do que é posto como um benefício organizacional (por exemplo, programas motivacionais e de qualidade de vida), em que este sentimento traz melhorias ao trabalho e qualidade assistencial. Tem-se um sentimento do fazer que está institucionalizado, como um resquício de automotivação do ser humano.

Pensando sobre essa ação instituída, Sarra (2006) comenta que, por não ser possível duas pessoas ocuparem o mesmo local ao mesmo tempo, cada indivíduo tem uma experiência de vida única do mundo sobre si, e aí reside nossa individualidade. Ao mesmo tempo, somos seres grupais, e só existimos, efetivamente, a partir da experiência social. Assim, os padrões vão sendo milimetricamente alterados, visto as pequenas diferenças que existem entre os indivíduos, sendo imprevisível o padrão das relações sociais criadas. Logo, o HRPT, composto por atores vindos de tantos locais e experiências diferentes, proporcionou um padrão no qual relações de amor e amizade foram factíveis, o que nem sempre ocorre em hospitais com profissionais oriundos de um mesmo mercado.

Essa compreensão dos atores, mais holística, fez nascer outra categoria, o “Princípio de pertencimento”, alinhavada a partir da observação da revisão do planejamento estratégico, ocorrida em 2016, quando, na discussão, percebi que o compromisso com o cuidado era maior do que tudo o que fora discutido e, a partir desse momento, trabalhei com a possibilidade de atrelar isso à investigação, como uma linha mestra de construção.

Destarte, o “Princípio de pertencimento” está em linha com o ‘sentir-se parte de’, integrante e, como tal, responsável por aquela organização e seus processos. Isso reflete na performance do HRPT e no entendimento de assistência de qualidade, em especial, pelos envolvidos na pesquisa entenderem que o hospital os instiga para além de outras vivências anteriores.

Nesse sentido, a noção de pertencimento à Pátria, discutida por Morin (2002), pode dar sustentação a essa categoria, pois, de acordo com o mesmo, os indivíduos carecem de um sentido que pode se chamar de pertencer, algo como a comunhão existente na palavra Pátria: “este é

o sentido de pertencer à mesma comunidade humana, à mesma diversidade (...) temos necessidade desse sentido e este sentido aponta para o desenvolvimento dos sentidos ético e político e da reforma epistemológica, em essência uma reforma de pensamento” (MORIN, 2002, p. 58).

Entretanto, a assistência prestada é, constantemente, ajuizada para conferir se o que se faz é o melhor no crivo daqueles envolvidos, para além da visão externa dos órgãos reguladores ou da avaliação da ONA. Relevante observar que a acreditação é vista como um instrumento, mas não é o que constrói as categorias voltadas ao “Amor à causa”, que são abastecidas pelo “Compromisso com o cuidado”.

Assim, é viável considerar que “nunca existirá um determinismo pleno, porque isso equivale a negar a capacidade inata do pensamento produzir ideias, bem como a questão de que esta produção ocorre a partir de experiências (ou vivências) que não são iguais para todos” (BRUNING; AMORIM; GOBRI, 2015, p. 146). A acreditação deu muito ao hospital, mas em técnica e conhecimento, o que se estabeleceu perpassa a mesma, é fruto da experiência de um agrupamento local, vivenciado ao longo dos anos, que instituiu outras formas de fazer a assistência, em especial, implantando diretrizes vinculadas ao sentir/à união/ao amor.

Portanto, percebemos que ações habituais fomentam esse fazer social e estão emaranhadas entre o que é formal e o que é informal, o que é esperado e inesperado, como uma maneira de averbar que a realidade tem precedentes sustentados em sentimentos, que podem favorecer seu desenvolver ou não – em uma linha sólida entre os opostos. Além de que, pontos como esses favorecem o trabalho, traduzido pelos envolvidos em alegorias como “time de trabalho” e “vestir a camisa”, que definem a união destes profissionais.

Todavia, pela atividade desempenhada, o hospital tem vários agrupamentos voláteis, formados por diversos grupos de profissionais, de diferentes categorias, especialidades e *know-how*, que são adicionados a distintas equipes que realizarão tarefas e atividades específicas, inclusive, a própria equipe multiprofissional é montada diariamente com vistas à necessidade de cada paciente, de cada unidade de internação. Logo, o desempenho apresentado vai de acordo com a coesão dessas equipes, onde o “Princípio de pertencimento” se mostra fundamental.

Esse envolvimento da equipe reforça a proposição P29 e ilustra como as organizações são processos temporais de negociação em circunstâncias locais comuns, e é nesta negociação responsiva que as

mesmas continuam juntas (STACEY, 2006) e buscam por seus ideais e pelos das suas corporações. Além disso, diante de uma situação desconfortável, como aquelas apontadas pelas fragilidades internas e pelos determinantes externos do HRPT, os atores unem-se para maximizar as ações, com vistas a atingir seus objetivos, aumentando a probabilidade de sucesso do grupo. Sendo que o mesmo não ocorreria se as pessoas estivessem isoladas, a probabilidade seria menor ou não existiria (ROCHA JUNIOR, 2004).

O resultado do pertencimento é fruto, ainda, da “Resiliência dos grupos assistenciais”, uma categoria que traz a força de uma flor no deserto, como alegoria para demonstrar o quanto os profissionais, em especial aqueles do grupo assistencial, são resistentes às mudanças, às fragilidades e aos determinantes impostos pelo contexto, sejam eles técnicos, instrumentais, pessoais ou da localização.

Essa resiliência foi costurada ao longo dos anos, como fruto do amadurecimento institucional, aliado ao conhecimento e à adaptação constante que vigorou longitudinalmente pelo HRPT. Com a união dos indivíduos, ascendem as chances do grupo de derrotar os obstáculos. Destarte, as pessoas se unem e desenvolvem um conjunto de atividades de valor comum, mesmo que possa haver empenhos particulares conflitantes com os do grupo (ROCHA JUNIOR, 2004), pois entendem que aquele fazer se sobrepõe, naquele momento, aos seus interesses.

A possibilidade de “Fazer o bem”, somada ao “Envolvimento dos profissionais de saúde” e ao “Princípio de pertencimento”, fortalece o surgimento de um “Sentimento de realização”, explicitado, durante a pesquisa, nos momentos em que expressam os diversos pontos de fragilidade existentes para, a seguir, vibrar com as vitórias alcançadas.

Esse sentimento tem, ainda, raízes na liberdade de atuação e no empoderamento concedido a um grande grupo de pessoas, em especial no que toca o tratamento do paciente, quando, em equipe multidisciplinar, avaliam os resultados e o prognóstico a estabelecer, envolvendo o paciente e os familiares nessas decisões sempre que possível, o que motiva a realização das atividades.

Nesse desenrolar, alinhamos as ponderações de Agostinho (2003a, p. 10), de que um ambiente propício para a evolução da cooperação é precedido por condições, a saber: i) os indivíduos precisam interagir de forma continuada, sendo um encontro futuro algo muito provável; ii) devem se reconhecer mutuamente, lembrando a história de seus encontros passados; e, iii) suas relações devem ser bastante simétricas, há existência de reciprocidade.

Além de que, o “Sentimento de realização” encontra força na possibilidade de crescimento que o hospital proporcionou/proporciona a muitos de seus funcionários. Foram constatados inúmeros exemplos dentro da organização durante a pesquisa, inclusive, os próprios funcionários citam exemplos de crescimento de outros colegas e seu com frequência. Ademais, o profissional se realiza ao se ver progredindo, o que o motiva à melhoria contínua (própria e da organização), dá entusiasmo à atuação, eleva a moral da equipe, contribuindo, em última instância, com o “Cuidado centrado no paciente” e fortalecendo a proposição P29.

Com as categorias do fenômeno inesperado apresentadas, somadas àquelas do fenômeno esperado, apresento, no tópico subsequente, a categoria de resultado que advém do “Amor à Causa”.

### **6.1.10 Insights acerca da categoria Cuidado centrado no paciente**

A categoria de resultado “Cuidado centrado no paciente” evidencia o lado da humanização do fazer como efeito do processo assistencial, favorecendo cinco proposições de suporte:

*P30: O caráter emotivo se sobrepõe ao caráter técnico na assistência ao paciente, proporcionado pelo envolvimento dos profissionais, que instigados pelo apelo local, buscam as melhores soluções possíveis, possibilitando a autorrealização por meio do fazer.*

*P31: O entendimento dos profissionais sobre aquele contexto, longe de tudo e de todos os recursos, onde qualquer acontecimento que coloque em risco a sua vida e a dos seus torna o hospital sua chance de viver e, deste modo, fazer da melhor forma representa fazer da melhor forma para si, para os seus e para os outros*

*P32: Não há opção, o hospital precisa ser o melhor possível, pois é a única alternativa em uma vasta área geográfica e com poucas possibilidades de encaminhamento a grandes centros pela localização e logística.*

*P33: Estar neste contexto criou nos indivíduos o sentimento de pertencimento, aquele hospital se tornou seu, aquela cidade se tornou sua.*

*P34: A acreditação hospitalar é uma ferramenta usada para buscar a melhor qualidade assistencial, um guia para conduzir o alicerçamento de fazer melhor.*

Essa categoria e suas proposições foram verificadas sob o foco de estudos vinculados ao pensamento complexo e às instituições, apresentando alinhamento conforme informações do Quadro 18.



Quadro 18 - Aproximações teóricas da categoria de resultado “Cuidado centrado no paciente”

Categorias do modelo	Estudos que permitiram insights teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institucional work</i>
Cuidado centrado no paciente	Morin, 2002, 2003, 2005, 2007b, 2013; Fortin, 2005		Scott, 1995, 2008	

Fonte: elaborado pela autora (2018).

A categoria “Cuidado centrado no paciente” apresentou uma relação com forte vínculo ao lado emotivo dos quadrantes relacionados aos fenômenos vinculados ao “Amor à causa”, o que demonstra o alinhamento atrelado com o pensamento complexo e não aderindo aos estudos institucionais. Possibilitando uma resposta ao questionamento que Morin faz no célebre Método 5: “será possível transformar a hominização em humanização”? (MORIN, 2007b, p. 295). Em resposta, os resultados encontrados na pesquisa demonstram o apelo que o local instiga nos envolvidos, oferecendo a esses profissionais a possibilidade de autorrealização por meio do fazer e, como tal, tornam o que fazem mais humano, oferecem ao outro um cuidado centrado em suas necessidades.

Quando os indivíduos buscam a proximidade com a comunidade e o sistema de saúde e, em especial, com o paciente, maximizam esta causação com o cuidado. Reflexos são vistos na atenção aos pacientes da hemodiálise e pacientes cirúrgicos, que continuam sendo assistidos em suas necessidades, mesmo quando o papel (ou responsabilidade) do hospital e de seus profissionais já tenha sido ultrapassado.

O sentimento de “cuidado” é reforçado quando os envolvidos no processo se colocam para além da obrigação, ao se considerarem como heróis de um grande ato, onde a todos se confere bons resultados, ao paciente que é atendido, à sociedade que avança na qualidade da saúde e, conseqüentemente, na qualidade de vida, aos profissionais que se sentem agraciados por promoverem um ato solidário, ao sistema que se torna menos ineficiente, e à população, ao perceberem que o que é feito ali é um bem para todos, inclusive para si mesmo.

Esses dois últimos parágrafos são contrários ao diagnóstico que Morin (2013, p. 33) faz da sociedade, ao afirmar que “a gigantesca crise

planetária é a crise da humanidade que não consegue atingir o estado de humanidade”, ao mesmo tempo que tem, na sua disposição, o reforço da dualidade do que se espera e do que se vislumbra em um cenário, indo ao encontro do pensamento complexo (MORIN, 2002, 2003, 2005, 2011).

E, talvez, o que torna esta categoria de resultado tão expressiva seja o entendimento dos envolvidos de seu papel naquele contexto. Ao se observarem afastados geograficamente, com poucos recursos de saúde locais e dificuldade de deslocamento e assistência, percebem que o hospital, se colocados em risco de vida, é o que possuem de melhor para si e os seus, o que os leva a manter e melhorar seus processos.

Esse anseio alinha com as colocações de Agostinho (2003a), ao comentar que as relações devem ser satisfatoriamente simétricas, de forma a certificar a existência de reciprocidade. Sendo que, na reciprocidade entre sujeitos que buscam o interesse próprio, está a resposta para esse tipo de cooperação. Entendida, aqui, a reciprocidade como o oferecer e o receber atenção à saúde com segurança e qualidade. Esses alinhamentos reforçam as proposições 31 e 32, nas quais o contexto influencia os profissionais e vice-versa, em uma relação recíproca de cooperação.

As pessoas entendem-se pertencentes ao local onde moram e ao hospital onde atuam, bem como aceitam a certificação de acreditação da ONA como uma ferramenta que demonstrou como ser melhor, como um guia que lhes possibilitou ir além, fazer melhor pelos outros e por si próprio, promovendo o cuidado centrado no paciente.

Assim, ao mesmo tempo que parece uma solução milagrosa que eleva o desejo de trabalhar para um mundo melhor (FORTIN, 2005), enfatizando a proposição 33 e o sentimento de pertencimento do grupo ao hospital e à Altamira, traz a dimensão regulativa do isomorfismo (SCOTT, 1995, 2008), que está associada a prescrições e normas impostas pela concepção do desejável, junto com a construção de padrões que demonstram como “as coisas devem ser feitas”, com o pressuposto de que são “meios legítimos para perseguir fins válidos” (SCOTT, 1995, p. 37). Essa última deixando claro o funcionalismo residente na proposição 34 e seu *modus operandi*.

O próximo tópico encerra o modelo, ou melhor, sua exposição, apresentando a visão dos interessados no processo, que infere na retroalimentação do sistema.

### 6.1.11 *Insights* acerca das lentes externas do processo

As categorias que encerram o Modelo “Comprometimento com o cuidado” são duas, a “Satisfação do usuário” e o “Reconhecimento” (dos profissionais, do hospital e do processo), oportunizando a inclusão da visão dos *stakeholders* acerca da qualidade e segurança assistencial.

Cinco proposições subsidiam essas categorias:

P35: *A assistência tem no usuário o principal agente da avaliação de sua qualidade e segurança, atestada por sua experiência e prognóstico do atendimento recebido.*

P36: *Quanto melhor a assistência, mais próxima tende a ser a percepção de satisfação requerida pelo usuário*

P37: *O reconhecimento dos processos, do hospital e dos profissionais é o bônus concedido àqueles que se empenham em tornar a qualidade da assistência como um referencial dentro do mercado de saúde brasileiro.*

P38: *O reconhecimento do hospital atrai a responsabilidade de ser exemplo para outras organizações, bem como, a necessidade de inovar para elevar a qualidade e a segurança assistencial praticada.*

P39: *O reconhecimento do hospital e de seus processos conduz ao reconhecimento e satisfação dos profissionais.*

As categorias e suas proposições apresentaram similaridade com os estudos vinculados ao pensamento complexo e às instituições, conforme apontamentos do Quadro 19.

Quadro 19 - Aproximações teóricas vinculadas às lentes externas ao processo no que concerne ao resultado

Categorias do modelo	Estudos que permitiram insights teóricos			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institucional work</i>
Satisfação do usuário	Morin, 1996	Rocha Junior, 2004; Cavalgante, 2014		
Reconhecimento (dos profissionais, do hospital, do processo)	Agostinho, 2003a; Morin, 2013		Vasconcelos, 2004; Daniel; Pereira; Macadar, 2014	

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Após perpassar por toda a operação do HRPT, os elos que interligam suas categorias e assertivas, passamos a observar os signatários do processo, no caso, aqueles que utilizam do serviço do hospital, bem como, aqueles que são impactados diretamente ou indiretamente a partir deles, que perpassam a comunidade, a região e o próprio sistema de saúde.

Primeiramente, acerca do usuário principal, temos a “Satisfação do usuário”, traduzido aqui pelo paciente efetivamente atendido no hospital e seus familiares, que é aferido internamente pelo SAU, que além de constatar a qualidade instaurada pelo serviço na perspectiva do paciente, atua como um mediador quando de problemas ou fragilidades constatadas durante o atendimento, ou como apoiador na resolução de necessidades levantadas pelo paciente.

Este contato diminui as fragilidades que causam impacto na assistência, bem como, os riscos acoplados a não conformidades encontradas, corroborando com altos índices de satisfação. Os envolvidos na pesquisa, apontam como principais causas para este resultado, o envolvimento da equipe, a rápida ação na solução de problemas ou a objeções vinculadas ao tratamento do paciente. Sendo estes, resultantes da gestão de processos e gestão de riscos aportada pela assistência segura e de qualidade. Logo a satisfação é maior, quanto melhor a percepção da assistência pelo paciente, que por serem pacientes do SUS não procuram por hotelaria, mas, por eficiência no tratamento.

Importante aqui, observar que, o contrato entre hospital e paciente é informal (apesar do paciente assinar um contrato de assistência ao ser internado, com objetivo de assistir ao paciente em seu restabelecimento à saúde, neste sentido, temos uma relação dotada de uma racionalidade limitada (CAVALGANTE, 2014), que de um lado por indivíduos que chegam com determinada patologia, mas, que por suas particularidades, pode responder de forma diferenciada ao tratamento, e de outro, por indivíduos com expectativas diferentes vinculadas à própria saúde e atendimento recebido. Assim, como os indivíduos têm racionalidade limitada e comportamento oportunista, esses elementos acentuam ainda mais o caráter incompleto destes contratos (ROCHA JUNIOR, 2004), que influencia diretamente na satisfação atrelada à prestação do serviço e corrobora com as proposições P35 e P36.

Por outro lado, a satisfação está alinhada, normalmente, a algo bom, agradável, favorável, que no caso de uma internação pode ou não vir ao final de um tratamento, atendimento, internação, pois, em

situações extremas, o paciente recebe alta sob uma condição prejudicada aquela anterior a internação (por exemplo, pacientes com sequelas de acidentes vasculares) ou mesmo há casos de óbito, o que não significa a falta de assistência, o melhor cuidado ou a atenção necessária aquele paciente. Neste sentido, é importante a leitura por meio de um pensamento complexo, onde é aceito um sujeito que exprime ambivalências e incertezas, reconhecendo, ao mesmo tempo, seu caráter central e periférico, significante e insignificante (MORIN,1996), que num momento final pode exprimir satisfação ante um fenômeno inesperado ou infeliz.

Este resultado aferido pelo paciente e os seus, em conjunto com a evolução da acreditação, permitiram alçar o hospital a um patamar de destaque, de “reconhecimento”, primeiro na comunidade local, a seguir na região de atuação e, atualmente, após a obtenção do nível de excelência da ONA, nacionalmente, sendo considerado um case de sucesso por outras muitas organizações hospitalares.

Este saldo é fruto do trabalho realizado, da segurança obtida pelo sistema de produção instalado e por sua gestão, perpassando pela história do hospital, sua trajetória, as melhorias constantemente empreendidas e a evolução dos níveis de qualidade aferidos pela ONA. Ilustra um resultado que germina na “Satisfação do usuário” e floresce em outros meios.

Pode-se atrelar este resultado como um começo, que parece pequeno, isolado, como se estivesse invisível, marginal ao fazer hospitalar coloquial brasileiro, em especial, no que diz respeito à saúde pública. Mas, de acordo com Morin (2013, p. 41), já existem “efervescências criativas”, que levam a ciência a um mergulho em novos dados, novas formas, que possibilitam a modificação, a evolução. Entendo que Altamira, percorre um caminho margina, que pode servir como exemplo daquelas organizações que acertaram ao sair da curva habitual do fazer.

“Reconhecimento do hospital” quando passa a ser considerado como *benchmarking* por seus pares que atuam no mercado de saúde brasileiro, e que percebem nele a possibilidade para além do que já empreendem em suas organizações hospitalares. Este reconhecimento traz consigo a responsabilidade de ser exemplo, reforçando a necessidade dos envolvidos na busca pelo fazer o certo, inovar e melhorar continuamente a assistência a saúde, buscando patamares superiores aqueles já atingidos, reafirmando que a qualidade na saúde pode ser realizada com os recursos existentes e de forma adequada, mesmo quando pública.

Este tipo de reconhecimento, dito sucesso, que reforça a proposição P38, é tido como uma influência mimética no campo organizacional, visto que, ante às incertezas a respeito da padronização da assistência por meio da acreditação, despontou essa experiência positiva no ambiente nacional (DANIEL; PEREIRA; MACADAR, 2014).

“Reconhecimento do processo” quando suas atividades calham a ser referência para outras organizações, ao ser referenciados em trabalhos científicos como cases de sucesso e/ou quando seus indicadores figurarem como comparativos de excelência, servindo de referencial a outras organizações. No mercado, quando uma empresa apresenta um modelo que reafirma uma dinâmica já existente, tem-se pelos demais participantes do sistema, a incorporação do modelo, o que reafirma a proposição P37, sendo ilustrado pelo isomorfismo estrutural, ou seja, a tendência com que certas estruturas e formas organizacionais em um setor institucional predominam em dado momento (VASCONCELOS, 2004).

“Reconhecimento dos profissionais” que mantêm, melhoram e inovam as técnicas empreendidas na atividade, acumulando aprendizado e conhecimento acerca da atividade hospitalar, tornando-se distinto no mercado de trabalho (e elevando ‘seu passe’), atuando como referenciais dentro das categorias profissionais de atuação. Além de que, esse reconhecimento é do próprio profissional que se percebe diferenciado, especialmente, pela experiência adquirida ao perpassar uma realidade que só é factível, a menos de, 7% dos profissionais que atuam em serviços hospitalares no Brasil. Além de reforçar o sentimento de realização destes profissionais em fazer parte do processo, como participante na construção de uma saúde melhor para a cidade e região circunvizinha, que pode vir a ser replicada a um contingente ainda maior.

Alinhavando com estas percepções, Agostinho (2003a) demanda que as relações dos atores precisam residem na reciprocidade entre os indivíduos que ao buscar pelo interesse próprio, se apoia na cooperação. Onde um contribui com o outro, e onde atos dizem mais que palavras (AGOSTINHO, 2003a). Logo o próprio reconhecimento fortalece e é fortalecido pelos profissionais por meio dos outros (por exemplo, os pacientes e a comunidade atendida) – alicerçando a proposição P39.

Finalizados os insights acerca das categorias e assertivas relacionados ao pensamento complexo e às instituições, no próximo

tópico, será apresentado um resumo das principais correlações encontradas.

### 6.1.12 Considerações finais acerca do pensamento complexo e do estudo das instituições envolvendo o Modelo Comprometimento com o cuidado

A partir da observação dos *insights* elaborados nos tópicos anteriores, para melhor compreensão, sintetizei, em um quadro, as categorias construídas ao longo da tese em relação às teorias que lhes possibilitaram alinhamento, conforme observado no Quadro 20.

Quadro 20 - Inter-relação entre categorias e proposições do Modelo “Comprometimento com o Cuidado” e os *insights* teóricos alinhados ao Pensamento Complexo e às Instituições

Categorias do Modelo	Alinhamento com:			
	Pensamento complexo	Instituições		
		Vertente econômica	Vertente sociológica	<i>Institucional work</i>
Condicionantes externos	X	X		
Estado	X	X	X	
Belo Monte	X	X		
Sistema de Saúde		X	X	
OSS			X	
Localização	X	X	X	
Cultura e valores locais	X		X	
Perfil epidemiológico		X		X
Políticas públicas e sociais	X	X	X	
A forma como nós trabalhamos	X			X
Acreditação como instrumento de ação	X	X	X	
Instrumentalização do fazer		X	X	X
Construção interna	X		X	
Envolvidos no processo	X	X	X	X
Foco nos processos		X	X	X
Maximização de recursos		X	X	

Cultura da qualidade e segurança	X	X	X	X
Desenvolvimento dos profissionais de saúde	X		X	
Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação	X		X	
Por necessidade local	X	X		
Reconhecimento das fragilidades	X			
Corrigir erros	X	X		
Fazer o certo				X
Driblar limitações	X			
Mitigar riscos	X	X		
Estratégia na prática como uma ação cotidiana	X		X	X
Excelência nos resultados	X	X		
Amor à causa	X			
Garantir a segurança assistencial	X		X	X
Estar junto ao paciente	X	X		
Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde				X
Servir de solução à rede de saúde	X			
Hospital tem significância para as pessoas	X		X	
Possibilidade de fazer o bem	X	X		X
Envolvimento dos profissionais	X	X		
Princípio de pertencimento	X			X
Resiliência dos grupos assistenciais		X		X
Relação afetiva	X			



Sentimento de realização	X			
Cuidado centrado no paciente	X		X	
Satisfação do usuário	X	X		
Reconhecimento (dos profissionais, do hospital e do processo)	X		X	

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Percebemos que o pensamento complexo deu respaldo às categorias mais amplas, que tratam da forma como as pessoas observam o fazer à sua volta e de como esse apresenta significados e as leva a um movimento reativo, em especial, pela forte relação que o contexto exerce sobre o fazer organizacional e as relações onde os atores sociais se envolvem. Concomitantemente, as instituições, em sua vertente econômica, oferecem respaldo à explicação dos determinantes externos, bem como das relações com o meio ambiente e com sua perspectiva técnica do fazer. Em sua vertente sociológica, observamos a ação dos atores sociais e suas respostas ao poder que é estabelecido por e sobre eles, oferecendo luz às intenções e relações que se estabeleceram, bem como explicando a ótica do uso da acreditação sob o aspecto de direcionar o fazer. Restando ao *institucional work* a visão de como o indivíduo e seu agrupamento influenciam para manter, modificar, evoluir no fazer estabelecido e o quanto disso está imbricado em suas escolhas pessoais e nas possibilidades que a organização e o meio lhes proporcionam.

Reforçamos que a acreditação hospitalar se mostrou possível de implantação, manutenção e evolução neste hospital, justamente pelas fragilidades que determinam a forma como os profissionais atuam, a qual se alinha à melhoria contínua como um instrumento de ação, ao mesmo tempo que se fortalece o elo emotivo gerado nos profissionais pela necessidade do outro, própria e dos seus.

Cabe, no entanto, ressaltarmos que o pensamento complexo esteve presente em cada observação feita, sempre considerando que as interações estabelecidas no contexto de estudo eram únicas, multifacetadas e que demandavam ver para além do cotidiano, pois, de acordo com Prigogine (2009c, p. 105), quanto mais complexa for a situação, “mais importantes são os efeitos não-lineares, mais numerosos os pontos de bifurcação”. Essa complexidade possibilitou observar que

não existe uma solução única para responder ao objetivo principal desta tese, mas um agrupamento de possibilidades, que juntas tornam aquela realidade factível.

A seguir, são introduzidas algumas contribuições que o Modelo “Comprometimento com o cuidado” pode produzir em relação aos estudos referentes à acreditação hospitalar.

## 6.2 CONTRIBUIÇÕES DO MODELO COMPROMETIMENTO COM O CUIDADO AOS ESTUDOS DA ACREDITAÇÃO HOSPITALAR

A acreditação hospitalar vem alastrando seu interesse nos estudos organizacionais e da área da saúde, em especial, a partir de 2014, quando se observa um avultamento no número de hospitais acreditados, que passou de poucas dezenas a mais de 380 em 2018. Neste sentido, a partir dos estudos contemplados no tópico 2.1.4 referente à bricolagem construída por meio de vários autores, houve a inter-relação dos temas recorrentes na literatura acerca da acreditação hospitalar com as categorias do Modelo “Comprometimento com o cuidado” e as teorias que permitem *insights* teóricos em acordo com o estabelecido no tópico anterior.

Com esse movimento, pretende-se apontar que esta tese apresenta novas abordagens à bibliografia observada, que habilitam a conjectura de contribuições referentes ao tema, conforme apresentado no Quadro 21.

Quadro 21 - Complementaridade do Modelo “Comprometimento com o cuidado” aos estudos referentes à acreditação hospitalar com indicação de estudos possíveis de associação

Assuntos abordados em estudos acerca da acreditação hospitalar	Categorias relacionadas ao modelo desta tese	Principais estudos que possibilitam associação à pesquisa em acreditação hospitalar
Melhoria de processos	Foco nos processos; Cultura da qualidade e segurança; Reconhecimento das fragilidades; Fazer o certo; Mitigar riscos; Garantir a segurança assistencial; Corrigir erros; Excelência nos resultados	Veblen, 1898; Coase, 1937; Williamson, 1985, 1996; Hodgson, 1994; North, 1994; Scott, 1995; Morin, 2002, 2003, 2013; Agostinho, 2003a, Carvalho, Vieira, 2003; Rocha Júnior, 2004; Chang, 2005; Stacey; Griffin, 2006; Lacey, 2006; Lawrence; Suddaby, 2006; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011;

		Cavalcante, 2014; Coraiola et al., 2015; Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Envolvimento / Comprometimento dos profissionais de saúde (lideranças, funcionários, médicos)	Envolvidos no processo	Meyer; Rowan, 1983; Veblen, 1999; Agostinho, 2003a; Carvalho; Vieira, 2003; Scott, 2008; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011
Cultura da qualidade (melhoria contínua)	Corrigir erros; Cultura da qualidade e segurança; Excelência nos resultados	Veblen, 1898; Stacey, 1991; North, 1994; Hodgson, 1994; Carvalho, Vieira, 2003; Morin, 2003, 2013; Rocha Júnior, 2004; Lacey, 2006; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011; Cavalcante, 2014
Trabalho em equipe (interdisciplinaridade e equipe multiprofissional)	Envolvimento dos profissionais; Resiliência dos grupos assistenciais	North, 1990; Agostinho, 2003a; Rocha Junior, 2004; Cavalgante, 2014
Educação continuada	Desenvolvimento dos profissionais de saúde; Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação; Por necessidade local	Dimaggio; Powell, 1991; Stacey, 1996, 2010; Agostinho, 2003a; Dutra; Erdmann, 2006; Scott, 2008; Pascucci; Meyer, 2013
Diminuição de desperdícios	Maximização de recursos	Williamson, 1985, 1996, 1999; Dimaggio; Powell, 1991; Ménard et al., 2014
Melhor gestão dos recursos	Mitigar riscos; Maximização de recursos; Driblar limitações	Coase, 1937; Williamson, 1985, 1996, 1999; Dimaggio; Powell, 1991; Williamson, 1996; Morgan, 1996; Agostinho, 2003a Ménard et al., 2014
Segurança da estrutura física	Cultura da qualidade e segurança	Veblen, 1898; Hodgson, 1994; Carvalho, Vieira, 2003; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011
Utilização de ferramentas de qualidade (indicadores, PDCA)	Corrigir erros; Excelência nos resultados	Stacey, 1991; North, 1994; Morin, 2003, 2013; Rocha Júnior, 2004; Lacey, 2006; Cavalcante, 2014;

Desenvolvimento profissional	Desenvolvimento dos profissionais de saúde; Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação; Por necessidade local; Sentimento de realização	Dimaggio; Powell, 1991; Stacey, 1996, 2010; Agostinho, 2003a; Dutra; Erdmann, 2006; Scott, 2008; Pascucci; Meyer, 2013
Comunicação fluida	Cultura da qualidade e segurança	Veblen, 1898; Hodgson, 1994; Carvalho, Vieira, 2003; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011
Melhor Clima Organizacional	Envolvimento dos profissionais; Sentimento de realização; Princípio de pertencimento; Relação afetiva	North, 1990; Morin, 1996; Morin, 2002; Agostinho, 2003a, 2003b; Sarra, 2006; Stacey; Griffin, 2006; Cavalgante, 2014; Bruning; Amorim; Gobri, 2015;
Tecnologia da informação	Cultura da qualidade e segurança	Veblen, 1898; Hodgson, 1994; Carvalho, Vieira, 2003; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011
Inovações	Excelência nos resultados	Stacey, 1991; North, 1994; Morin, 2003, 2013; Rocha Júnior, 2004
Foco na segurança/cultura do paciente	Cultura da qualidade e segurança; Excelência nos resultados; Garantir a segurança assistencial; Acreditação como instrumento de ação; Instrumentalização do fazer; Construção interna; Estar junto do paciente; Cuidado centrado no paciente	Veblen, 1898; Commons, 1931; Meyer; Rowan, 1983; Veblen, 1988; Stacey, 1991, 2006, 2010, 2012; North, 1994; Hodgson, 1994; Scott, 1995, 2008; Morin, 2002, 2003, 2005, 2007b, 2013; Carvalho, Vieira, 2003; Rocha Júnior, 2004; North, 2005; Lawrence; Suddaby, 2006; Lawrence; Suddaby; Leca, 2009a, 2011; Daniel; Pereira; Macadar, 2014; Cavalcante, 2014; Jacometti et al., 2016;
Redução da taxa de mortalidade	Foco nos processos; Cultura da qualidade e segurança	Veblen, 1898; Hodgson, 1994; Carvalho, Vieira, 2003; Chang, 2005; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011; Cavalcante, 2014; Coraiola et al., 2015; Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Diminuição da média de permanência	Foco nos processos; Cultura da qualidade e segurança	Veblen, 1898; Hodgson, 1994; Carvalho, Vieira, 2003; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011; Chang, 2005; Cavalcante, 2014;

		Coraiola et al., 2015; Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Controle da infecção hospitalar	Foco nos processos; Cultura da qualidade e segurança	Veblen, 1898; Hodgson, 1994; Carvalho, Vieira, 2003; Chang, 2005; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011; Cavalcante, 2014; Coraiola et al., 2015; Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Melhoria na qualidade do serviço assistencial	Foco nos processos; Cultura da qualidade e segurança; Excelência nos resultados	Veblen, 1898; Stacey, 1991; North, 1994; Hodgson, 1994; Carvalho, Vieira, 2003; Morin, 2003, 2013; Rocha Júnior, 2004; Chang, 2005; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011; Cavalcante, 2014; Coraiola et al., 2015; Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Melhor gerenciamento de riscos (relacionados à assistência)	Reconhecimento das fragilidades; Mitigar riscos; Corrigir erros	Coase, 1937; Williamson, 1985, 1996; Morgan, 1996; Morin, 2003; Agostinho, 2003a; Lacey, 2006; Cavalcante, 2014
Melhor prática médica	Foco nos processos; Cultura da qualidade e segurança; Excelência nos resultados	Veblen, 1898; Stacey, 1991; North, 1994; Morgan, 1996; Hodgson, 1994; Carvalho, Vieira, 2003; Morin, 2003, 2013; Rocha Júnior, 2004; Chang, 2005; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011; Cavalcante, 2014; Coraiola et al., 2015; Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Diminuição das reinternações	Foco nos processos; Cultura da qualidade e segurança	Veblen, 1898; Hodgson, 1994; Carvalho, Vieira, 2003; Chang, 2005; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011; Cavalcante, 2014; Coraiola et al., 2015; Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Comunicar padrões de qualidade aos <i>stakeholders</i>	Excelência nos resultados; Satisfação do usuário; Reconhecimento	Stacey, 1991; North, 1994; Morin, 1996, 2003, 2013; Agostinho, 2003a; Vasconcelos, 2004; Rocha Júnior, 2004; Cavalcante, 2014; Daniel; Pereira; Macadar, 2014
Reconhecimento da organização	Reconhecimento	Agostinho, 2003a; Vasconcelos, 2004; Morin, 2013; Daniel; Pereira; Macadar, 2014
Ampliação do mercado	Reconhecimento	Agostinho, 2003a; Vasconcelos, 2004; Morin, 2013; Daniel;

		Pereira; Macadar, 2014
Imagem positiva do hospital	Reconhecimento; Satisfação do usuário	Morin, 1996, 2013; Agostinho, 2003a; Rocha Junior, 2004; Vasconcelos, 2004; Cavalgante, 2014; Daniel; Pereira; Macadar, 2014
Referência / <i>Benchmarking</i>	Reconhecimento	Agostinho, 2003a; Vasconcelos, 2004; Morin, 2013; Daniel; Pereira; Macadar, 2014

Fonte: elaborado pela autora (2018).

OBS: base dos estudos acerca da acreditação hospitalar a partir do Quadro 3.

Tem-se, assim, que o Modelo “Comprometimento com o cuidado” corrobora com os temas e estudos empreendidos sobre a acreditação hospitalar, seja no que se refere à prática no âmbito do cuidar do paciente ou no que tange os benefícios tangenciais ao processo, que recaem no reconhecimento, na sustentabilidade ou na imagem ante o mercado e os *stakeholders*.

Neste sentido, observa-se que a qualidade vinculada às organizações hospitalares abarca discussões teóricas em uma diversidade de assuntos, que estão aliados ao desafio de seu emprego prático. A ação encontra suporte nos estudos realizados, com um foco, essencialmente, funcionalista e com o olhar voltado ao reforço do uso de padrões pré-concebidos a partir do Manual dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde da ONA e de sua efetivação na prática.

Em observação ao modelo proposto com esta tese, o arcabouço teórico é vinculado aos temas referenciados, promovendo reforço e extensão aos mesmos, agenciando a união da teoria com um estudo de caso, em que é possível examinar peculiaridades e especificidades de uma organização hospitalar, considerando as bases do pensamento complexo e das instituições.

Por outro lado, o estudo apresenta pontos que não foram encontrados na literatura prévia e que representam contribuições aos estudos sobre a acreditação hospitalar, conforme o Quadro 22, aliados à complementaridade proporcionada pelas teorias vinculadas ao pensamento complexo e às instituições.

Quadro 22 - Contribuições do Modelo “Comprometimento com o cuidado” à acreditação hospitalar

Categories	Principais estudos que tratam do tema
Condicionantes externos	Williamson, 1996; North, 1990, 1991; Agostinho, 2003a; Cavalcante, 2014
Estado	Commons, 1931; North, 1981; Dimaggio; Powel, 1983; Williamson, 1985, 1996; Meyer; Rowan, 1991; Morin, 2003; Vasconcelos, 2004; Mignerat; Rivard 2009; Fiani, 2011
Belo Monte	North, 1992; Morin, 2002,2013; Rocha Junior, 2004; Fiani, 2011
Sistema de Saúde	Dimaggio; Powel, 1983; Rocha Júnior, 2004; Daniel; Pereira; Macadar, 2014
OSS	Dimaggio; Powel, 1983; Scott, 2008; Daniel; Pereira; Macadar, 2014
Localização	Meyer; Rowan, 1991; Farina, 1999; Scott, 2002, 2008; Morin, 2003; Rocha Jr, 2004; Leite; Lanzer; Serra, 2009
Cultura e valores locais	Morin, 2002; Boeira, Pereira, Tonon, 2013
Perfil epidemiológico	Coase, 1993
Políticas públicas e sociais	Morin, 2013
A forma como nós trabalhamos	Sarra, 2006; Casanova, 2006; Stacey; Griffin, 2006; Morin, 2003, 2013; Karemere et al., 2015; Fortin, 2005
Estratégia na prática como uma ação cotidiana	Jarzabkowski; Fenton, 2006; Leão; Mello, 2010; Meyer; Pascuci; Murphy, 2012; Pascucci; Meyer, 2013; Lawrence; Suddaby, 2006; Battilana; Leca; Boxenbaum, 2009; Coraiola et al., 2015; Jacometti et al., 2016
Amor à causa	Morin, 2002, 2003, 2007, 2013
Proximidade com a comunidade e o sistema de saúde	Battilana; Leca; Boxenbaum, 2009; Bruning; Amorim; Gobri, 2015
Servir de solução à rede de saúde	Morin, 2003
Hospital tem significância para as pessoas	Agostinho, 2003b; Jacometti et al., 2016
Possibilidade de fazer o bem	North, 1990; Morin, 2002; Lawrence; Suddaby; Leca, 2011; Cavalgante, 2014

Fonte: elaborado pela autora (2018).

Esses achados permitiram olhares para além do *mainstream* e possibilitaram respostas a pontos que não eram tratados nos estudos prévios, cujos quais acredito que figuram entre os principais fatores que fizeram o HRPT se firmar como um caso no qual a acreditação encontrou chão para implantação, manutenção, modificação e evolução, conforme descrito na teoria substantiva construída e, depois, nos *insights* teóricos acerca das categorias e proposições construídas.

Assim, estas novas categorias de análise, vistas sob as lentes da discussão desta tese, podem inferir que estudos voltados aos condicionantes externos, sejam eles vinculados ao Estado ou ao mercado, são um campo aberto às pesquisas vinculadas ao pensamento complexo e às instituições na vertente econômica. A forma como as pessoas atuam pode dar respaldo ao entendimento de como a acreditação é possível em algumas organizações, bem como sua continuidade, alteração e evolução. Para tal, relevante os diferentes olhares, que podem vir do pensamento complexo, das instituições ou, até mesmo, de como os atores interagem para viabilizar as mudanças e evoluções por meio do *institucional work*.

Utilizar a estratégia como uma prática cotidiana pode vir a dar respaldo para entender como a ação é possível na prática conflituosa do sistema de saúde brasileiro, que apresenta estrutura insuficiente para garantir o que a Constituição Brasileira prevê como direito, que é o acesso integral à saúde. E se percebe que há um vasto campo de estudo sob essas lentes, visto que encontrou respaldo tanto no pensamento complexo, como nas instituições em todas as abordagens inqueridas nesta tese.

Observar o vínculo afetivo, seja a partir do amor à causa, da possibilidade de fazer o bem ou da significância que o local causa ao agente social, abre um leque de opções de estudos que, em especial com base no pensamento complexo, podem dar vasão àquele que torna possível a assistência à saúde ser mais humana, bem como as peculiaridades que conduzem à ação com qualidade.

Por fim, estudos conectados aos elos fortalecidos na cadeia da assistência da rede de saúde, proporcionados pela acreditação, podem gerar um alargamento da função proposta pela ONA e, conseqüentemente, alinhar com melhorias ao sistema de saúde brasileiro, conforme algumas ações comentadas na tese, como a educação dos cuidadores de pacientes crônicos que recebem alta hospitalar e a educação continuada da rede a partir das necessidades inqueridas pelos pacientes do perfil epidemiológico que é demandado ao hospital e contra referenciado à rede, onde o primeiro retém o



conhecimento construído e melhorado ao longo do processo de acreditação, e a segunda carece do olhar e do entendimento do cuidado centrado no paciente. Esse fenômeno encontra respaldo, respectivamente, no pensamento complexo e no *institucional work*.

Destarte, nesta tese esses pontos que surgiram, para além daqueles já abordados nos estudos teórico-empírico existentes, somados às pesquisas anteriormente escrutinadas (e aqui reforçadas), possibilitaram um compêndio de respostas de como a acreditação se dá, se mantém e evolui naquela situação em particular do HRPT, além de abrir a possibilidade a diversos novos estudos, que podem vir a contribuir para a expansão da qualidade na assistência à saúde brasileira ou, em atitude micro-orientada, para suporte àquelas organizações hospitalares que pretendem ou já se enveredaram no caminho da melhoria da qualidade assistencial.

Finalizamos o capítulo com a sensação de que, para concluir esta tese, o pensamento complexo precisa prevalecer.



## 7 CONCLUSÃO

Minhas primeiras frases na tese, no capítulo de Introdução, tentaram exprimir, ainda que de modo superficial, o sentimento que me levou à escolha do HRPT como caso de estudo e o quanto aquele lugar e aquelas pessoas me conduziam a reflexões que eram ímpares ao modo de operação que, até então, conhecia e praticava quando gestora hospitalar. Naquela ocasião, ao apresentar o primeiro diário de campo da pesquisa, as expectativas e indagações acerca do projeto de pesquisa eram muitas: primeiro pela incerteza que acompanha um processo de estudo; segundo pela distância que poderia se mostrar um impeditivo à coleta de dados; e, terceiro pelo que a pesquisa traria de dados, se o que me instigava era significativo para dar subsídios a uma tese, e por fim, se as pessoas seriam receptivas a proposta de construir uma resposta comigo, dependendo de seu tempo à pesquisa.

Todavia, passados mais de dois anos, idas e vindas ao HRPT, chegara a hora de apresentar os resultados aos envolvidos, e, certamente, este foi o momento em que percebi que as minhas angústias iniciais estavam, praticamente, ultrapassadas. Agora, os sentimentos meandrosos eram outros, era como se aquele momento marcasse o final de um percurso e o distanciamento de pessoas que se tornaram importantes, conhecidas. Era como se, eu fizesse parte daquela história, como se eles tivessem me incluído em algum momento ao contexto, e eu só percebi isto ao entender que não era só a consultora ou a pesquisadora, era como se ali, também fosse uma das minhas casas, como eles mesmos, os entrevistados, haviam se referido durante a pesquisa.

Naquele dia apresentei o Modelo “Comprometimento com o cuidado” e vi concordância coletiva, como se tudo que fosse dito representasse exatamente aquele contexto e aquelas pessoas, não houve qualquer acréscimo, só comentários que reforçaram o que foi encontrado e exemplos para muitas das categorias e relações feitas. Não que isto fosse uma surpresa, visto que, a construção foi conjunta, deles e minha, mas, o modelo totalmente constituído era exposto a eles pela primeira vez. Após cada um sair do auditório do hospital, senti um alívio, algo como o dever cumprido, pelo menos com aquelas pessoas, pois, demonstraram contentamento com o resultado, e nas palavras de um deles “simples assim, esses somos nós” (COLARES, R. 5).

Além da impressão de que os resultados do estudo poderiam servir de subsídios para uma maior reflexão sobre as temáticas envolvidas, assim, retomo os principais achados da pesquisa,

corroborando as contribuições teóricas e práticas, bem como, apontando possíveis investigações futuras a partir dos estudos realizados.

## 7.1 PRINCIPAIS RESULTADOS

Esta pesquisa buscou compreender a implantação, manutenção e evolução da acreditação hospitalar. Para atender esse objetivo, o estudo de caso único foi a estratégia de pesquisa adotada, a partir de um anseio que instigava minha vontade de descobrir como era possível um hospital público localizado no meio da Transamazônica, na vasta área do Xingu, com inúmeros problemas relacionados à localização e logística, bem como com recursos humanos, estruturais e financeiros comedidos, alcançar o nível mais elevado da acreditação hospitalar no Brasil.

A estrutura epistemológica e metodológica com escopo interpretativista e construtivista, contribuiu à compreensão a partir do ponto de vista conjunto entre os envolvidos no processo da acreditação hospitalar e eu, ademais, somou-se outra estratégia de pesquisa, a *grounded theory*, que oportunizou ao estudo a construção de uma teoria substantiva direcionada a um contexto histórico e cultural específico. Constituída entre as progressivas e entremeadas etapas de coleta, análise e validação de dados, aferindo consistência à averiguação e provendo respostas aos objetivos específicos.

O primeiro objetivo específico foi identificar os elementos estruturantes que contribuem para a implantação, manutenção e evolução da acreditação hospitalar. A resposta para este objetivo iniciou na construção de nove categorias, agrupadas pelos envolvidos na pesquisa a partir da relação que estabeleceram entre os códigos previamente obtidos das coletas de dados. Após, com o avançar do estudo, desvelou-se que, a acreditação hospitalar se estruturava a partir do impacto dos determinantes externos, da forma como os envolvidos realizavam suas atividades, do uso da acreditação como instrumento de ação, do desenvolvimento dos profissionais da saúde, da excelência nos resultados, do amor à causa e do cuidado centrado no paciente.

O segundo objetivo específico diz respeito a reconhecer as relações entre os elementos estruturantes em acordo com a percepção dos envolvidos no processo de acreditação hospitalar (atores sociais). Nestes sentido, os envolvidos no processo e eu, apontamos as relações entre as categorias por meio de fios entremeados de complexidade, os quais a partir dos “Condicionantes externos”, em especial, da localização e do poder do Estado, é determinada a “Forma como nós trabalhamos”, a qual é impactada, de um lado, pela técnica da

“Acreditação como instrumento de ação” com suas vertentes esperadas e inesperadas do fazer que garantem a “Excelência nos resultados” e, por outro lado, pelo “Amor à causa”, que em seus fenômenos, esperado e inesperado, propicia o “Cuidado centrado no paciente”, se reflete na “Satisfação do usuário” e resulta em “Reconhecimento” do processo, dos profissionais e do hospital.

Mais especificadamente temos:

- i) A utilização da “Acreditação como instrumento de ação” é configurada por meio da “Construção interna” de um arcabouço teórico fundamentador do como fazer, apoiado pela “Instrumentalização do fazer” e executado pelos “Envolvidos no processo” que conduzem a operação do hospital com “Foco nos processos” que alinhados com a gestão possibilita “Maximizar recursos” e, paralelamente, oferece chão fértil para a “Cultura da qualidade e segurança”, que reforçam, em conjunto, a “Excelência nos resultados”;
- ii) O uso da “Acreditação como instrumento de ação” possibilitou ao hospital o “Reconhecimento das fragilidades” e o emprego do propósito direcionador de “Fazer certo”[sempre], para tal é essencial “Corrigir erros”, que serão a base para “Mitigar riscos” e, assim, “Driblar as limitações”, o que conduz a uma forma peculiar do fazer desta organização, a partir da “Estratégia na prática como ação cotidiana”, que corrobora para a implementação da melhoria contínua e, conseqüentemente, da “Excelência nos resultados”;
- iii) A operação, para ocorrer, melhorar e evoluir, demanda conhecimento, técnica e prática, por meio do “Desenvolvimento dos profissionais de saúde”, que é motivado por duas demandas, uma “Por necessidade local” como resposta aos determinantes externos e outra “Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação”, gestada no processo da qualidade;
- iv) Pelo “Amor à causa”, a técnica munida de humanização, proporcionou “Garantir a segurança assistencial” fortalecendo a ação do cuidado e o “Estar junto ao paciente”, que demanda constante “Proximidade com a comunidade e o Sistema de Saúde”, conduzindo o HRPT a “Servir de solução à rede de saúde” e oferecendo condições de uma assistência que se encaminha ao “Cuidado centrado no paciente”;
- v) O “Amor à causa” fornece o vínculo da ação com o sentimento revelando que o “Hospital tem significância para as pessoas” por proporcionar a “Possibilidade de fazer o bem” fortalecendo o “Envolvimento dos profissionais de saúde”, gestando um “Sentimento de Realização”, que é favorecido pelo “Princípio de pertencimento” e permeado pela “Relação afetiva”, que beneficiam o surgimento da

“Resiliência dos grupos assistenciais”, assentando-se em uma assistência segura, de qualidade e centrada no cuidar.

O terceiro objetivo específico se propõe a construir, em conjunto com os envolvidos no processo, uma teoria substantiva que seja capaz de explicar o fenômeno entrelaçado no processo de acreditação hospitalar. Neste sentido, foi construído um modelo sistêmico denominado “Comprometimento com o cuidado”, que é constituído de um eixo central por onde temos as entradas oriundas do cenário externo, a prática do fazer organizacional, e o resultado deste processo dentro e fora do contexto hospitalar. Para dar suporte ao modelo temos três categorias centrais (“A forma como nós trabalhamos”, “Acreditação como instrumento de ação” e “Amor à causa”), uma categoria de suporte (“Desenvolvimento dos profissionais de saúde”) e duas categorias de resultado (“Excelência nos resultados” e “Cuidado centrado no paciente”) que são impelidas pelos condicionantes e reflexos do reconhecimento externos. Categorias essas que impactam sobre subcategorias e entre si, alinhando o referido esquema, o qual é permeado pelas inter-relações criadas e fortalecidas pelo fazer cotidiano instalado. Adicionalmente, o modelo empírico-conceitual integra 39 proposições, que expressam as relações identificadas nas acenadas categorias.

**Estas categorias, em conjunto com as proposições, formam a teoria substantiva, na qual se estabelece a tese de que a acreditação hospitalar é implantada, se mantêm e evolui, em resposta aos determinantes externos que a induzem à busca de contingências para solucionar pressões humanas, sociais e econômicas oriundas, especialmente, das instituições presentes no ambiente e da localização, que coadunadas às fragilidades internas do processo, determinam a forma como os atores sociais atuam, a qual se alinha à melhoria contínua como um instrumento do agir corretamente e, se fortalece do elo emotivo gerado nos profissionais pela necessidade do outro, própria e dos seus.**

Durante a pesquisa de campo, alguns pontos se destacaram, dentre os quais a implantação do projeto, os profissionais que vieram de outros Estados recém-formados, o reconhecimento das fragilidades, a posição do hospital como apoiador da rede de saúde e o amor que permeia a complexidade instalada.

O hospital foi implantado como uma resposta a anseios de uma população com restrito acesso à saúde em uma rede incipiente de serviços e de uma localização que limita a ação. A população da região percebeu no hospital a ‘tabua de salvação’ para uma vida melhor. O

Governo em uma empreitada de garantir à saúde no território estadual, instalou alguns hospitais regionais, sendo o HRPT um deles, com o objetivo de melhorar os indicadores de saúde do Estado. Em processo licitatório o Estado por meio de um contrato de gestão cede a uma OSS a administração do hospital, e, esta, responsável pela operação, inicia os trabalhos sob os moldes dos padrões da acreditação hospitalar. A possibilidade de mudança, a necessidade do povo e a instrumentalização do fazer por meio da acreditação e das normas e leis referentes ao serviço de saúde, fizeram com que o início fosse conduzido por princípios embasados em fazer o que é correto e em dar a melhor assistência à região. Os profissionais foram contratados, treinados e motivados sob esta égide, o que fez toda a diferença, como visto ao longo desta tese.

Por uma necessidade local, outro ponto ressaltado, e que tem enraizamento em muitas relações estabelecidas dentro do esquema gestado, foi a vinda de profissionais recém-formados de outros Estados, em especial do Sul do Brasil, por alguns fatores em especial: o primeiro diz respeito a terem vindo com a perspectiva de aprender e ter ali a primeira experiência profissional e foram orientados a fazer em acordo com o que acreditação preconizava; o segundo, vieram, em sua maioria, sozinhos e encontraram no hospital ‘a família’ e a ‘casa’ onde estabeleceram vínculos; terceiro, passaram por inúmeros setores e, a maioria, com menos de seis meses ou um ano, foram catapultados a cargos de gestão, um aprendizado que precisou ser adquirido e que foi estruturado sem qualquer vício anterior. Estes profissionais externos, em conjunto com os locais, criaram uma forma de trabalho que coadunava a cultura local aos procedimentos técnicos que eram tidos como boas práticas no mercado, o que conduziu o fazer organizacional a um método adequado aquele contexto e aquelas pessoas. Muitos destes profissionais constituíram família em Altamira, o que fortificou os laços e o sentimento de pertencimento aquele local e ao hospital.

Os determinantes sociais e as fragilidades impostas ao fenômeno estudado apontam que a forma como os envolvidos se posicionaram ante o problema foi o diferencial no processo. A opção por reconhecer os entraves e buscar fazer o que é certo ou minimizar o risco por meio de contingências, proporcionou aos profissionais o entendimento que o serviço prestado necessitava ser o melhor para o usuário, para si e para os seus – aquele é o único local a que recorrem ante situações de emergência, não podem errar. Este sentimento conduziu à cultura da qualidade e segurança do paciente, que instaurou a gestão dos processos, dos riscos e conduziu o hospital, com o tempo, à excelência.

Outro ponto em destaque nos resultados da tese, reflete a percepção dos profissionais do hospital de que a qualidade do serviço só será adequada ao paciente quando houver continuidade do tratamento após a alta hospitalar, e, para que isto seja possibilitado, eles precisavam ir para além dos muros organizacionais, precisavam atuar próximo à rede de saúde. Como municípios e regiões da própria Altamira são muito distantes e desprovidas de estrutura e profissionais habilitados, o hospital se aproximou destes serviços da rede para levar conhecimento que proporcionassem cuidados aos pacientes com necessidade de acompanhamento após o retorno ao seu convívio familiar, como a adequada prática para realização de curativo e de alimentação de pacientes com sonda. Ações que iniciaram simples e foram se tornando mais complexas com o tempo, como a adoção do asilo, o acompanhamento muito próximo dos pacientes da hemodiálise e campanhas de educação em saúde. O hospital vai para além do fazer assistencial, busca estar junto ao paciente, o que torna o sistema de saúde melhor, corroborando com o sentido de rede estabelecido pelas políticas acerca da saúde brasileira.

E, finalmente, um ponto que permeou toda a pesquisa, e que traduzimos, os envolvidos no estudo e eu, como amor. Um amor que está vinculado: a forma como o hospital se constitui; ao entremeio de profissionais com várias visões de mundo e que criaram uma para explicar aquele contexto; a aceitação de que culturas diferentes podem coexistir e se apoiarem (p.ex. a cultura indígena presente na região); a vontade de fazer o bem ao outro e que isto favorece o sentido de que o profissional pertence aquele lugar e que contribui para sua mudança; ao estar junto ao paciente de forma mais integral, trazendo-o a discussão de seu cuidado, tornando-o agente de seu restabelecimento à saúde e à sociedade; as relações estabelecidas e a significância que o hospital tem para as pessoas que estão envolvidas com ele. É um sentimento que remete à complexidade do pensamento dialógico apresentado por Morin (2002, 2010), que une ao mesmo tempo a técnica e o sentimento, o fazer e o sentir, o fenômeno a uma causa. Causa esta que, os envolvidos no estudo, consideram como a de suas vidas.

## 7.2 CONTRIBUIÇÕES PARA A TEORIA

Como forma de compreender os resultados expressos na teoria substantiva gerada, que representa as percepções dos sujeitos a respeito do fenômeno estudado, o uso do pensamento complexo e das instituições corroborou no entendimento das relações, bem como,



possibilitou novos olhares para a perspectiva hospitalar sob o viés da acreditação hospitalar.

O pensamento complexo deu respaldo às categorias mais amplas, que tratam da forma como as pessoas observam o fazer organizacional, como este apresenta significados e as leva a um movimento reativo, em especial, pelas relações onde os atores sociais se envolvem. Concomitantemente, as instituições na vertente econômica, oferecem respaldo à explicação dos determinantes externos, das relações com o meio ambiente e com sua perspectiva técnica do fazer. Em sua vertente sociológica foi observada a ação dos atores sociais e suas respostas ao poder que é estabelecido por e sobre elas, oferecendo luz às intenções e relações que se estabeleceram, bem como, explicando a ótica do uso da acreditação sob o aspecto de direcionar o fazer. E, por intermédio do *institucional work* foi expandida a visão de como os indivíduos e seu agrupamento influenciam para manter, modificar e evoluir o fazer estabelecido e o quanto disto está imbricado em suas escolhas pessoais e nas possibilidades que a organização e o meio lhe proporcionam.

Cabe, frisar que os resultados obtidos só foram possíveis a partir da lente do pensamento complexo, presente em cada entrevista ou observação feita, bem como, na análise posterior dos dados, sempre considerando que as interações estabelecidas no contexto de estudo eram únicas, multifacetadas e que demandavam ser vistas para além do cotidiano. Esta complexidade possibilitou ressaltar que não existia uma solução única para atender ao objetivo principal desta tese, mas um agrupamento de possibilidades que tornaram aquela realidade factível. O que, de acordo com Morin (2003, p. 29) “não é contrário do pensamento simplificador, mas integra este”, operando a união da complexidade com a simplicidade, e mesmo no sistema constituído, faz aparecer sua própria simplicidade.

Vê-se o lado subjetivo do pensamento complexo tentando entender o que ocorre por meio das instituições. Logo, o pensamento complexo é aceito como uma linha norteadora ao entendimento das interações do hospital e, o estudo das instituições baliza o fazer da complexa teia organizacional da saúde. Aqui, contribuímos com a teoria, aproximando estudos que não parecem ter alinhamento epistemológico, mas, que alcançaram em conjunto embasamento a uma resposta plausível ao fenômeno estudado – o pensamento complexo e o estudo das instituições. Ressaltando, que, em especial dentro do institucionalismo são encontradas inconsistências internas entre as diferentes vertentes (PECI, 2006; CAVALGANTE, 2014), mas, que

aqui não chegaram a ser significativas, ao contrário, reforçaram alinhamento entre a ordem e a desordem do sistema de produção estudado.

Arelado a isso, tem-se a interlocução destas teorias com a acreditação hospitalar que, ao mesmo tempo, é tratada como uma lógica instrumental de eficiência e serve de conformidade ao sistema em que está imbricada. Sendo que, o pensamento complexo e o estudo das instituições alinhava com os temas até então empreendidos pelos estudos acerca da acreditação hospitalar, seja no que se refere à prática no âmbito do cuidar do paciente ou no que tange os benefícios tangenciais ao processo, que recaem no reconhecimento, na sustentabilidade ou na imagem ante o mercado e os *stakeholders*.

Adicionalmente, examinando a teoria substantiva que ancora esta tese, foi possível progredir na teoria empírico-teórica existente, agenciando a união da teoria com um estudo de caso, onde é possível examinar peculiaridades e especificidades de uma organização hospitalar, considerando as bases do pensamento complexo e das instituições. Uma união até então não encontrada nos estudos prévios.

Destarte, novas categorias de análise foram estabelecidas nesta tese que contribuem para o entendimento da acreditação hospitalar. Estes achados permitiram olhares para além do *mainstream* e possibilitaram respostas a pontos que não eram tratados nos estudos anteriores acerca de organizações hospitalares de alto desempenho, e, acredito, que estes assuntos figuram entre os principais fatores que fizeram o HRPT se firmar como um caso onde a acreditação encontrou chão para implantação, manutenção, modificação e evolução. Entre estas categorias estão os determinantes externos, em especial o Estado, a cultura e localização, além da forma como os envolvidos agem, a estratégia como uma prática cotidiana, a proximidade com a rede e, conseqüentemente, com o sistema de saúde, e, o elo criado entre as práticas favorecidas pelo amor à causa e a significância atribuída ao local e a organização.

Ademais, nesta tese estes pontos em conjunto com aqueles anteriormente escrutinados pela teoria empírica existente (e aqui reforçadas pelo pensamento complexo e instituições), permitiram um compendio de respostas de como a acreditação se dá, se mantém e evolui naquela situação em particular do HRPT, além de abrir a possibilidade a estudos futuros.

A metodologia, também, apresenta contribuição, em especial, no que diz respeito à *grounded theory* conforme proposta por Charmaz (2009) que nesta tese foi utilizada em sua forma integral, do

levantamento dos dados à validação dos resultados, sempre em um processo de construção entre os envolvidos e eu, gerando ao final uma teoria substantiva. Entendo que a contribuição está ainda em: aliar o estudo a um tema até então sem ocorrência em estudos prévios – a acreditação hospitalar, evidenciando que é possível ousar por novas formas metodológicas; no detalhamento do percurso metodológico, servindo de base para estudos que busquem empregar a *grounded theory* construtivista ou ilustrando outros formatos de coleta de dados, como a ‘conversa de cumbuca’.

Ademais, o trabalho é longitudinal, uma perspectiva empregada em menor medida em assuntos acerca da gestão, bem como, pouco empreendidos na acreditação hospitalar, que nos estudos empíricos existentes, preocupa-se mais com os efeitos que com a ação, e só consegue ser avalizada quando posta em uma linha temporal maior.

### 7.3 CONTRIBUIÇÕES PARA A PRÁTICA

Referente aos problemas práticos dos gestores, entendo que, esta tese serve ao olhar sistêmico da ação, onde a acreditação é vista para além da normatização, da concepção de excelência, ou mesmo, da racionalidade, necessita estar imbricada em um processo que priorize a forma como os indivíduos agem, se organizam, modificam e reestruturam suas instituições em busca da evolução da qualidade assistencial.

Ao construir uma teoria substantiva é importante salientar que os resultados obtidos se referem, especificadamente, ao fenômeno estudado da unidade da área substantiva (HRPT). Generalizações para outros hospitais acreditados ou não, devem ser feitas com cautela, no entanto, parte da teoria ou categorias específicas podem vir a ser adaptadas para uso pela maioria das organizações hospitalares.

A compreensão do Modelo “Comprometimento com o cuidado” pode servir de *insight* para a implantação do processo de acreditação junto a novos projetos que se iniciam, sejam públicos ou privados, que podem surgir com igual ideia de estruturação proposta no HRPT, ou mesmo, a forma como ocorre na prática pode propiciar ideias de como fazer ou conduzir um processo de certificação, seja ela, a acreditação hospitalar, a ISO, a JCI ou outro. Hospitais localizados em especial no Norte do país, com localização semelhante, podem se utilizar das categorias referentes aos determinantes sociais para conduzir melhorias organizacionais.

O estudo, pode ainda, servir em suas categorias, de *benchmarking* para hospitais que já estejam no processo de acreditação hospitalar, utilizando boas práticas que foram citadas ao longo da tese, bem como, compreender, por meio dos olhares propostos, novas oportunidades para evoluir em seus empreendimentos.

E, a todos os hospitais, esta tese é um compendio de boas práticas empreendidas sob o olhar dos envolvidos no processo, possibilitando ao leitor, a visualização de motivações e exemplos que podem vir a ser adaptados a suas realidades. Logo, o modelo “Comprometimento com o cuidado” não é um sistema, mas, uma leitura de um sistema, e sistema e complexidade necessitam ser associados. Morin sugere que se faça do sistema um princípio metodológico que sirva de introdução a todas as explicações, um princípio gerador utilizando-o como modelo heurístico ou guia de leitura (FORTIN, 2005). O sistema servirá para uma leitura mais rica da complexidade e possibilitará aos técnicos possíveis adaptações.

Ademais, entendo que, aporta-se respaldo por meio da tese à concretização da visão do HRPT de ‘Ser um hospital de referência pela excelência dos serviços prestados’, ao indicar que está no caminho, pois, fez florescer de terra árida um conhecimento sustentável e preso a processos, onde podem perpassar anos, pessoas, problemas, mas, a estrutura esta posta e em suas engrenagens possibilitarão melhorias que habilitarão o hospital a estar cada dia mais próximo do atingimento desta visão, para se encaminhar a outra.

Destarte, acredito que estou contribuindo para que o hospital atinja a estratégia estabelecida no planejamento estratégico 2017-2018: ‘Tornar o hospital um ‘case’ de sucesso’, pois, ela indicará caminho, por meio do HRPT, para aqueles que ainda não se aventuraram pela escolha da qualidade em seus processos, daqueles que já estão na jornada de tornar a assistência de suas organizações cada dia melhor e como um *benchmarking* para hospitais que estão em patamar semelhante, mas, podem nas coisas simples, ver brotar inovações.

#### 7.4 LIMITAÇÕES E PESQUISAS FUTURAS

Esta foi uma pesquisa com restrições impostas pelo meu distanciamento, como pesquisadora, com o campo. Distância esta reforçada por todos aqueles condicionantes externos que permearam o próprio caso em estudo, sendo a dificuldade de acesso o maior contribuinte. Houveram outros pontos que poderiam ser considerados como limitadores, mas, certamente, o acesso aos dados e a participação

dos envolvidos, tornou a tarefa menos árdua e possível.

Entendo, que os resultados conseguiram perpassar os fatores limitadores, e a partir destes resultados na tese, sugiro alguns trabalhos futuros, a partir de categorias geradas:

- i. empregar a estratégia como uma prática cotidiana em estudos acerca da estruturação do sistema de saúde brasileiro, objetivando demonstrar que, mesmo ante uma estrutura insuficiente para garantir a saúde prevista na Constituição Brasileira, pode-se encontrar respostas simples para sanar demandas que emergem. Estes estudos podem vir a ser realizados sob as lentes do pensamento complexo, bem como das instituições em todas as suas vertentes, visto que, encontrou alinhamento quando averiguada a partir dos estudos empreendidos na tese.
- ii. observar o vínculo afetivo, seja a partir do amor à causa, à possibilidade de fazer o bem ou à significância que o local causa ao agente social, abrindo um leque de opções de estudos que, em especial, com base no pensamento complexo, podem dar vazão aquele coletivo de indivíduos que tornam possível a assistência a saúde mais humana, bem como, as peculiaridades que conduzem à ação com qualidade.
- iii. estudos conectados aos elos fortalecidos na cadeia da assistência da rede de saúde, proporcionados pela acreditação, podem gerar um alargamento da função proposta pela ONA, e, conseqüentemente, alinhar com melhorias ao sistema de saúde brasileiro, conforme algumas ações comentadas na tese, como a educação dos cuidadores de pacientes crônicos que recebem alta hospitalar. Estudos sob estes aspectos encontrariam respaldo no pensamento complexo e no *institucional work*.

Além destes, estudos relacionando custos de transação poderiam ser aproximados do mesmo ambiente para reflexões aprofundadas, visto que, nesta tese foram parcialmente observados. No entanto, percebi que há espaço para novas contribuições, em especial no que tange a incerteza do ambiente causada pela localização e seus determinantes.

A partir do contexto de estudo e dos achados da pesquisa, optou-se nesta tese pela verificação mais acurada de duas correntes que estudam as instituições, a econômica e a social. Entretanto, entende-se que o vínculo político também está presente e poderia ser uma possibilidade para estudos futuros, visto não ter sido abarcado nesta tese.

Ademais, estudos relacionados ao *institucional work* poderiam ser empregados na investigação da existência de associações e

regularidades entre diferentes categorias de atores, o que não foi analisado nesta tese, mas, que poderiam trilhar novas percepções sobre o mesmo ambiente ou sobre outras realidades.

## 7.5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gostaria de pedir permissão, para ilustrar como eu, Andreia, vejo o que é feito de diferente em Altamira, para alinhar minha visão pessoal com a visão de pesquisadora que a tese possibilitou. E, nesta hora, não poderia esquecer o paciente da UTI Pediátrica que me fez dar sentido à batalha por uma saúde melhor no Brasil. Eu lhe dei um nome fictício durante a pesquisa, mas, como o caso é público, conto agora que seu nome é Artur. Sim, o nome de um rei. E, tal qual o rei, o Artur de Altamira, também, venceu muitas batalhas e foi vitorioso. Com a ajuda de muitos envolvidos, sejam entes públicos ou privados, o Artur fez os procedimentos necessários, e, sendo um em um milhão de pacientes com casos semelhantes, ele ganhou uma nova vida. Uma vida com restrições, acoplado a uma máquina, sem movimentos, mas, uma vida nova. O Artur conseguiu ir para casa. O Artur mora com sua família. O Artur vai para a escola, tem amigos. O Artur e a legião de anjos que cuidam dele fazem com que a alegria seja constante e o mundo um lugar cheio de possibilidades. O Artur é um exemplo, outros muitos poderiam ser contados, que demonstra que o esforço conjunto das pessoas que atuam no HRPT os conduz no caminho da melhoria contínua, do cuidado centrado no paciente. E, que o amor, sim o amor, é o ingrediente fundamental para que a técnica e a operação sejam compreendidas. Como pesquisadora penso que a saúde pode ser pesquisada sob novas perspectivas, metodologias e visões de mundo. Como usuária do sistema de saúde brasileiro espero que o lado humano conduza a saúde deste Brasil, tão carente de valores. Como profissional, certamente, finalizo esta tese com valores diferentes no que se refere à gestão da saúde.

## REFERÊNCIAS

ADAMS, R. et al. Recommendations for Improving the Quality of Care Through Stroke Centers and Systems: An Examination Of Stroke Center Identification Options. *Stroke*, v. 33, n. 1 p. 1-7, 2002.

ADELMAN, K. Promoting Employee Voice and Upward Communication in Healthcare: the CEO's influence. *J. Healthc Manag.*, v. 57, n. 2, p. 133-147, 2012.

ALÁSTICO, G. P. *Gestão da qualidade em serviços médico-hospitalares de pequeno e médio porte: Pesquisa-ação e sistemática para implantação da acreditação hospitalar*. 2011. 270 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia da Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

\_\_\_\_\_. *Impactos das Práticas da Acreditação no Desempenho Hospitalar: um survey em hospitais do Estado de São Paulo*. 2013. 204 f. Tese (Doutorado Engenharia da Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia da Produção, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos.

AGOSTINHO, M. C. E., Administração complexa: revendo as bases científicas da administração. *RAE eletrônica*, v.2, n.1, São Paulo, jan./jun, 2003a.

\_\_\_\_\_. *Complexidade e organizações: em busca da gestão autônoma*. São Paulo: Atlas, 2003b.

ALAVI, J.; MAHAMOUD, M.Y. The role of quality improvement initiatives in healthcare operational environments. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 21, n. 2, p. 133-145, 2008.

ALMASABI, M. H. *The impact of accreditation on quality of care in accredited public hospitals in Saudi Arabia: a mixed methods study*. 2015. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, Monash University, Austrália.

ALMEIDA, M. C. *Complexidade, saberes científicos, saberes da tradição*. São Paulo: Ed. Livraria da Física, 2010.

ALONAZI, W. *Applying key performance indicators to evaluate health care service outcomes*. 2013. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences, School of Primary Health Care, Monash University, Austrália.

ALVES, K. *Impacto da Gestão da Qualidade no Desempenho de Organizações Hospitalares na Região Metropolitana de São Paulo*. 2015. 141 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

AMORIM, G. M. et al. Prestação de serviços de manutenção predial em estabelecimentos assistenciais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.18, n.1, pp.145-159, jan. 2013.

ANTUNES, F. *Implantação do processo de Acreditação baseado no Manual das Organizações Prestadoras de Serviços Hospitalares da ONA: um estudo de caso em um hospital de grande porte*. 2002. 102 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia) - Escola de Engenharia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

ARAÚJO, C. A. S.; FIGUEIREDO, O. H. S.; FIGUEIREDO, K. F. O que motiva os Hospitais Brasileiros a Buscar a Acreditação? *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, São Paulo, v. 4, n. 1, pp. 17-28, jan./jun. 2015.

ARGYRIS, C.; SCHÖN, D. *Theory in practice: Increasing professional effectiveness*, San Francisco: Jossey-Bass, 1974.

AUBRY, M.; RICHER, M.C.; LAVOIE-TREMBLAY, M. Governance performance in complex environment: The case of a major transformation in a university hospital. *International Journal of Project Management*, v. 32, n. 8, pp. 1333-1345, nov. 2014.

AZEVEDO, A. C. de. Avaliação de Desempenho de Serviços de Saúde. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 25, pp. 64-71, 1991.



BAKER, S.; DUNN, D. Accreditation: the hallmark of educational quality. *Radiol Technol*, v. 30, pp. 78-123, 2006.

BANDEIRA-DE-MELLO, R. *Uma Teoria Substantiva da Adaptação Estratégica a Ambientes Turbulentos e com Forte Influência Governamental: o caso das pequenas construtoras*. 2002. 242p. Tese (Doutorado em Engenharia de Produção) - Curso de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

\_\_\_\_\_; CUNHA, C. J. C. A. Grounded Theory. In: GODOI, C. K.; BANDEIRA-DE-MELLO, R.; SILVA, A. B. (Org.). *Pesquisa qualitativa em estudos organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 2006.

BATTILANA, J.; LECA, B.; BOXENBAUM, E. How Actors Change Institutions: Towards a Theory of Institutional Entrepreneurship. In: *The Academy of Management Annals*, v. 3, n. 1, pp. 65–107, 2009.

BAUER, R. *Gestão da Mudança: Caos e Complexidade nas Organizações*, São Paulo: Editora Atlas, 1999.

BAUMAN, Z. *The Individualized Society*, Cambridge: Polity Press, 2003.

BAUMANN, M. et al. Organisation and Features of Hospital, Intermediate Care and Social Services in English Sites With Low Rates of Delayed Discharge. *Health Soc Care Community*, v. 15, n. 4, p. 295–305, ago. 2007.

BERGER, P.; LUCKMANN, T. *The social construction of reality*. London: Penguin Books, 1991.

\_\_\_\_\_. *A construção social da realidade: tratado de sociologia do conhecimento*. Petrópolis: Vozes, 1996.

BERTO, A. M. et al. A Useful Healthcare Operations Management Tool for Organizational Diagnosis toward Hospital Accreditation. In: *POMS - Annual Conference of the Production and Operations Management Society*, 2014, Atlanta. POMS 25nd Annual Conference, 2014.

\_\_\_\_\_ ; UHLMANN, V. O. ; ERDMANN, R. H. Acreditação Hospitalar: análise epistemológica da gestão da qualidade em saúde. In: *V Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade*, 2015, Salvador. Anais do V Encontro de Ensino e Pesquisa em Administração e Contabilidade, 2015.

\_\_\_\_\_ ; LAVARDA, R. A. B. ; ERDMANN, R. H. . Strategizing e o trabalho institucional: o caso das organizações hospitalares. In: *Simpósio de Administração da Produção, Logística e Operações Internacionais*, 2017, São Paulo. Anais do XX SIMPOI. São Paulo: FGV, 2017.

BIANCHI , E.M. P.; IKEDA, A. A. Analisando a Grounded Theory em Administração. *Revista Eletrônica de Gestão Organizacional*, Recife, v. 6, n. 2, p. 231-248, 2008.

BIERNARCKI, P.; WALDORF, D. Snowball sampling-problems and techniques of chain referral sampling. *Sociological Methods and Research* v. 10, n. 2, p. 141-163, 1981.

BOEIRA, L.P.; PEREIRA, A.K.; TONON, I.L. De Chanlat e Morin ao Institucionalismo Organizacional: diversidade, ambiguidade e complexidade. In: *III Colóquio Internacional de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração*, 2013, Florianópolis. Anais do Colóquio Internacional de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração, 2013.

\_\_\_\_\_ ; STÜRMER, J.A.P.; INÁCIO, A.E.C. Estudos Organizacionais e Complexidade: Prigogine, Stacey E Morin. In: *III Colóquio Internacional de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração*, 2013, Florianópolis. Anais do Colóquio Internacional de Epistemologia e Sociologia da Ciência da Administração, 2013.

BOISOT, M.; MCKELVEY, B. Integrating modernist and postmodernist perspectives on organizations: a complexity science bridge. *Academy of Management Review*, 35(3), p.415-433, 2010.

BORDOLOI, P.; ISLAM, N. Knowledge Management Practices and Healthcare Delivery: a contingency framework. *Electronic Journal of Knowledge Management*, v. 10, n. 2, 2012.

BOURDIEU, P. *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus, 1996.

BRADACH, J. L. Using the plural form in the management of restaurant chain. *Administrative Science Quarterly*, v. 42, n. 2, 1997.

BRADLEY, E.H. et al. Data Feedback Efforts in Quality Improvement: lessons learned from US hospitals. *Qual. Saf. Health Care*, v.13, n. 1, p. 26–31, 2004.

\_\_\_\_\_ et al. Achieving Rapid Door-to-Balloon Times: how top hospitals improve complex clinical systems. *Circulation*, v. 113, n. 8, p. 1079- 1085, 2006.

BRAITHWAITE, J.; WESTBROOK, M.T. A Survey of Staff Attitudes and Comparative Managerial and Non-Managerial Views in a Clinical Directorate. *Health Serv Manage Res.*, v. 17, n. 3, p. 141-166, 2004.

\_\_\_\_\_ et al. Comparison of Health Service Accreditation Programs in Low- And Middle-Income Countries With Those in Higher Income Countries: a cross-sectional study. *Int. J. Health Care Qual.*, v. 24, n. 6, p. 568-577, dez. 2012.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. 05. out. 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Lei Orgânica da Saúde – Lei nº. 8080. 19. set. 1990.

BRYANT, A. Re-grounding Grounded Theory. *Journal of Information Technology Theory and Application*, Las Vegas, v.4, n.1, p.25-42, 2002.

BRUNING, C.; AMORIM, A. L.; GODRI, L. *Institutional Work: uma ponte entre estudos críticos e institucionais?* *Revista Pensamento Contemporâneo em Administração*: Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 144-156, out./dez. 2015.

BUETOW, S.; WELLINGHAM, J. Accreditation of General Practices: challenges and lessons. *Quality & Safety in Healthcare*, v. 12, n. 2, p. 129-135, 2003.

BUKONDA, N. et al. *Setting Up a National Hospital Accreditation Program: the Zambian experience*. Bethesda. Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance Project (QAP), 2000.

BURNS, L.R. et al. Just How Integrated Delivery Systems? Results from a national survey. *Health Care Management Review*, Winter, v. 26, n.1, p. 20-39, 2001.

BURRELL, G.; MORGAN, G. *Sociological Paradigms and Organizational Analysis*. Burlington: Ashagate Publishing Company, 1979.

BUTLER, R. *Designing organizations: a decision-making perspective*. London: Routledge, 1991.

\_\_\_\_\_. Ciência Normal, Paradigmas, Metáforas Discursos e Genealogia da Análise. In: CALDAS, M.; FACHIN, R.; FISCHER, T. (Orgs.). *Handbook de Estudos Organizacionais*. São Paulo: Atlas, 1999.

CALDANA, G. et al. Rede Brasileira de Enfermagem e Segurança do Paciente: desafios e perspectivas. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 24, n. 3, p. 906-917, jul./set. 2015.

CALDAS, M. P.; FACHIN, R. Paradigma Funcionalista: desenvolvimento de teorias e institucionalismo nos anos 1980 e 1990. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 2, p. 46-51, abr./jun. 2005.

CAMELO, S.H.H. O Trabalho em Equipe na Instituição Hospitalar: uma revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, Curitiba, v.16, n. 4, p. 734-740, out./dez. 2011.

CAROIOLA, D. M. et al. Conciliando agência e contexto na dinâmica da mudança institucional. Rio de Janeiro, *Cadernos EBAPE*, v. 13, no. 4, out./dez. 2015.

CARVALHO, M. C. A gestão privada nas unidades de saúde pública. *Harvard Business Review Brasil*, São Paulo, p. 36-43, ago. 2015.

CARVALHO, C.A.P. de; VIEIRA, M. M. F. Contribuições da perspectiva institucional para a análise das organizações: possibilidades teóricas, empíricas e de aplicação. In: VIEIRA, M.M.F.; CARVALHO, C.A. (Orgs.). *Organizações, cultura e desenvolvimento local: a agenda de pesquisa do Observatório da Realidade Organizacional*. Recife: UFPE, 2003.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; LOPES, F. D. Contribuições da perspectiva institucional para análise das organizações. In: Encontro Anual da ANPAD, 23, Foz do Iguaçu, 1999. Anais... Porto Alegre: ANPAD, 1999.

CASANOVA, P. G. *As novas ciências e as humanidades: da academia à política*. São Paulo: Ed. Boitempo, 2006.

CASIMIRO, C. F. *A mudança Organizacional em um Estabelecimento de Saúde: um estudo da preparação para acreditação*. 2005.186 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

CAVALCANTE, C. M. A Economia Institucional E As Três Dimensões Das Instituições. *Revista de Economia Contemporânea*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 373-392, 2014.

CHANG, H. J. Understanding the relationship between institutions and economic development – some key theoretical issues. In: *Wider Jubilee Conference*, Helsinki, 2005.

CHANG, H. J.; EVANS, P. The role of institutions in Economic Change. In: DYMSKI, G.; PAUL, S. (Eds.) *Re-imagining Growth*. London: Zed Press, 2005, p. 99-140.

CHARMAZ, K.; MITCHELL, R. The Myth of Silent Authorship: self, substance, and style in ethnographic writing. *Symbolic Interaction*, v. 19, n. 4, p. 285-302, 1996.

\_\_\_\_\_. Grounded Theory: objectivist and constructivist methods. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). *Handbook of qualitative research*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage, 2000. p. 509-535.

\_\_\_\_\_. Qualitative Interviewing and Grounded Theory Analysis. In: GUBRIUM, D. J. F.; HOLSTEIN, J. A. (Eds.). *Handbook of Interview Research: context and method*. Thousand Oaks: Sage, 2001. p. 675-694.

\_\_\_\_\_. *Constructing Grounded Theory: a practical guide through qualitative analysis*. London: Sage Publications, 2006.

\_\_\_\_\_. Constructionism and Grounded Theory. In: GUBRIUM, D. J. F.; HOLSTEIN, J. A. (Eds.). *Handbook of Constructionist Research*. New York: Guilford, 2007. p. 397-412.

\_\_\_\_\_. *A Construção da Teoria Fundamentada: guia prático para análise qualitativa*. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHASSIN, M. The Joint Commission: a new look at what it can do. *The Journal of Family Practice*, v. 57, p. S6-S8, 2008.

CLARKE, A. E. *Situational Analysis: Grounded theory after the postmodern turn*. Thousand Oaks: Sage, 2005.

\_\_\_\_\_. Feminisms, Grounded Theory, and Situational Analysis. In: HESS-BIBER, S.; LECKENBY, D. (Eds.). *Handbook of Feminist Research Methods*. Thousand Oaks: Sage, 2006. p. 345-370.

CLEGG, S. et al. *Strategy: theory and practice*. London: Sage Publications, 2011.

COASE, R. H. The nature of the firm. In: WILLIAMSON, O.; WINTER, S. G. (Ed.). *In the nature of the firm origins, evolution, and development*. New York: Oxford University Press, 1993.

\_\_\_\_\_. The nature of the firm. *Econômica*, v. 4, p. 396-405, 1937.

COMMONS, J. Institutional economics. *American Economic Review*, v. 21, p. 648-657, 1931.

CONCEIÇÃO, O. A. C. *Instituições, Crescimento e Mudança na Ótica Institucionalista*. Porto Alegre: Fundação de Economia e Estatística, 2002.

COOPER, D.R.; SCHINDLER, P.S. *Métodos de Pesquisa em Administração*. Porto Alegre: Bookman, 2003.

CONSÓRCIO BRASILEIRO DE ACREDITAÇÃO (CBA). *Unidades acreditadas no Brasil*. Disponível em: <<http://www.cbacred.org.br/unidades-acreditadas-no-brasil.asp>>. Acesso em: 23 fev. 2018.

COUTINHO, L.; FERRAZ, J. C. *Estudo da Competitividade da Indústria Brasileira*. 4. ed. Campinas: Papirus Editora, 2002.

CRESWELL, J. *Projeto de Pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.

CROSSMAN, J.; BORDIA, S. Friendship and Relationships in Virtual and Intercultural Learning: internationalising the business curriculum. *Australian Journal of Adult Learning*, v. 51, n. 2, p.329-354, 2011.

CUNHA, I.C.K.; FELDMAN, L. B. Avaliação dos Serviços de Enfermagem: identificação dos critérios de processo dos programas de acreditação hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, [online], v. 58, n. 1, p. 65-69, 2005.

CURRY, L.A. et al. What Distinguishes Top-Performing Hospitals in Acute Myocardial Infarction Mortality Rates? A qualitative study. *Ann. Intern. Med.*, v. 154, n. 6, p. 384-390, 2011.

DANIEL, V.M.; PEREIRA, G.V.; MACADAR, M.A. Perspectiva Institucional dos Sistemas de Informação em Saúde em Dois Estados Brasileiros. *RAC*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, pp. 650-669, set./out. 2014.

DANTAS, C. C. et al. Teoria Fundamentada nos Dados, Aspectos Conceituais e Operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [online], v. 17, n. 4, p. 573-579, 2009.

DATASUS. Ministério da Saúde. *Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde*, Brasília, 2018. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?cnes/cnv/estabbr.def>>. Acesso em: 24 jan. 2018.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: teorias e abordagens*. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DEVERS, K; PHAM, H; LIU, G: What is Driving Hospitals' Patient-Safety Efforts? *Health Aff.*, v. 23, n. 2, p.103-115, 2004.

DIAB, S. The Extent to Which Jordanian Doctors and Nurses Perceive the Accreditation in Private Hospitals. *International Journal of Marketing Studies*, v. 3, n. 1, p. 78-94, 2011.

DIMAGGIO, P. J.; POWELL, W. W. The iron cage revisited: institutional isomorphism and collective rationality in organizational fields. *American Sociological Review*, v. 48, n. 2, p. 147-169, 1983.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ Introduction. In: POWELL, W.W.; DIMAGGIO, P.J. (Eds.), *The new institutionalism in organizational analysis*. Chicago: The University of Chicago Press., 1991. p. 1-38.

DUTRA, F.A.F.; ERDMANN, R.H. Uma nova abordagem para o Estudo do planejamento e controle da produção (PCP): a ótica da Teoria da Complexidade. *GEPROS*, v.1, n. 2, p. 195-206, abr. 2006.

DUTTON, R.P. et al. Daily Multidisciplinary Rounds Shorten Length of Stay for Trauma Patients. *J. Trauma-Injury Infection Crit Care*, v. 55, n. 5, p. 913-919, 2003.

EL-JARDALI, F. et al. The Impact of Hospital Accreditation on Quality of Care: perception of Lebanese nurses. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 20, n. 5, p. 363-371, out. 2008.

FAÇANHA, L.O.; RESENDE, M. Determinants of Hierarchical Structure in Industrial Firms: an empirical study. *Economics of Governance*, v. 11, n. 3, p. 295-308, 2010.

FACHIN, R. C.; MENDONÇA, J. R. C. Selznick: uma visão da vida e da obra do precursor da perspectiva institucional na teoria organizacional. In: VIEIRA, M.M.F.; CARVALHO, C. A. (Eds.),



*Organizações, instituições e poder no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

FARINA, E. M. M. Q. Competitividade e coordenação de sistemas agroindustriais: um ensaio conceitual. *Gestão & Produção*, São Carlos, v. 6, n. 3, p. 147-161, dez. 1999.

FARINA, E. M. M. Q.; AZEVEDO, P. F.; SAES, M. S. M. *Competitividade: mercado, Estado e organizações*. São Paulo: Singular, 1997.

FEIGENBAUM, A.V. Total Quality Control. *Harvard Business Review*, p.94–98, nov./dec. 1956.

FELDMAN, L.B.; GATTO, M.A.; CUNHA, I.C.K. História da Evolução da Qualidade Hospitalar: dos padrões à acreditação. *Acta Paulista de Enfermagem*, [online], v. 18, n. 2, p. 213-219, 2005.

FERNANDOPULLE, R. et al. A Research Agenda for Bridging the “Quality Chasm”. *Health Aff.*, v. 22, p. 178-190, 2003.

FERREIRA, V.R.S. et al. Inovação em Serviços de Saúde no Brasil: análise dos casos premiados no Concurso de Inovação na Administração Pública Federal. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 5, p. 1207-1227, set./out. 2014.

FIANI, R. *Cooperação e conflito: instituições e desenvolvimento econômico*. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

FLIGSTEIN, N. Social skill and institutional theory. *American Behavioral Scientist*, v. 40, p. 397- 405, 1997.

\_\_\_\_\_ Fields, power, and social skill: a critical analysis of the new institutionalisms. *International Public Management Review*, v. 9, n. 1, 2008.

FLYVBJERG, B. Five Misunderstanding about Case Study Research. In: SEALE, C. et al. (Eds.). *Qualitative Research Practice*. London: Sage, 2004. p. 420-434.

FONSECA, V. S. A abordagem institucional nos estudos organizacionais: bases conceituais e desenvolvimentos contemporâneos. In: VIEIRA, M. M.; CARVALHO, C. A. (Orgs.) *Organizações, instituições e poder no Brasil*. Rio de Janeiro: FGV, 2003, p. 47-66.

FORTES, M.T; MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. Acreditação ou Acreditações? Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. *Revista Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 57, n. 2, p. 239-246, 2011.

FRANKO, F. The Important Role of the Joint Commission. *AORN Journal*, v. 75, n. 6, p. 1179-1182, 2002.

FORTIN, R. *Compreender a complexidade*. Introdução a *O Método* de Edgar Morin. Lisboa: Instituto Piaget, 2005.

GARVIN, D. A. *Gerenciamento a Qualidade: a visão estratégica e competitiva*. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2002.

GIBBONS, R. Four Formal(izabel) theories of the firm. *Journal of Economic Behavior & Organization*, v. 58, p. 200–245, 2005.

GIDDENS, A. *A constituição da sociedade*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2009.

GIRAUD-ROUFAST, A.; CHABOT, J.M. Medical Acceptance of Quality Assurance in Health Care: the French experience. *American Medical Association*, v. 300, n. 22, p. 2663-2665, 2008.

GLEISER, I. *Caos e Complexidade: A Evolução do Pensamento Econômico*. Rio de Janeiro, Editora Campus, 2002.

GODOI, C.; BANDEIRA-DE-MELLO, R; SILVA, A. *Pesquisa Qualitativa em Estudos Organizacionais: paradigmas, estratégias e métodos*. São Paulo: Saraiva, 2006.

GOULDING, C. Grounded Theory, Ethnography and Phenomenology: a comparative analysis of three qualitative strategies for marketing research. *European Journal of Marketing*, v. 39, n. 3, p. 294-308, 2005.

GRANOVETTER, M. Economic action and social structure: the problem of embeddedness. *American Journal of Sociology*, v. 91, n. 3, p. 481-510, 1985.

GREENFIELD, D.; BRAITHWAITE, J. Health Sector Accreditation Research: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 20, n. 3, p. 172-183, 2008.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Developing the evidence base for accreditation of healthcare organisations: a call for transparency and innovation. *Quality Safety Health Care*, v. 18, p. 162 – 163, 2009.

\_\_\_\_\_; PAWSEY, M.; BRAITHWAITE, J. What Motivates Professionals to Engage in the Accreditation of Healthcare Organizations? *International Journal for Quality in Health Care*, v. 23, n. 1, p. 8-14, fev. 2011.

\_\_\_\_\_ et al. The Standard of Healthcare Accreditation Standards: a review of empirical research underpinning their development and impact. *BMC Health Services Research*, v.12, p.329-329, 2012.

GREENWOOD, R. et al. *The sage handbook of organizational institutionalism*. London: Sage, 2008.

GROENE, O. et al. A Systematic Review of Instruments that Assess the Implementation of Hospital Quality Management Systems. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 25, n. 5, p. 525-541, 2013.

GROSS, M. A.; PULLMAN, M. Playing Their Roles : experiential design concepts applied in complex services. *Journal of Management Inquiry*, v.21, n. 1, p. 43-59, jan. 2011.

GUARIDO FILHO, E. R.; MACHADO-DA-SILVA, C. L. A influência dos valores ambientais e organizacionais sobre a aprendizagem organizacional na indústria alimentícia paranaense. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 5, n. 2, p. 33-63, 2001.

GURGEL JÚNIOR, G.D.; VIEIRA, M.M.F. Qualidade Total e Administração Hospitalar: explorando disjunções conceituais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 325-334, 2002.

HALL, H.; GRIFFITHS, D.; McKENNA, L. From Darwin to Constructivism: the evolution of grounded theory. *Nursing Research*, v. 20, n. 3, p. 17-21, jan. 2013.

HALL, R. *Organizações: Estruturas, processos e resultados*. 8. ed. Rio de Janeiro: Prentice-Hall do Brasil, 2004.

HASAN, M.; KERR, R.M. The Relationship Between Total Quality Management Practices and Organizational Performance in Service Organizations. *The TQM Magazine*, v. 15, n. 4, p. 286-91, 2003.

HAYES, R. et al. *Produção, Estratégia e Tecnologia: em busca da vantagem competitiva*. Bookman: Porto Alegre, 2008.

HEATH, H; COWLWY, S. Developing a Grounded Theory Approach: A Comparison of Glaser and Strauss. *International Journal of Nursing Studies*, 41(2), p. 141-150, 2004.

HIGASHI, P. *Avaliação do Estresse de Enfermeiros de Hospitais Gerais do Interior Paulista: considerando serem ou não acreditados*. 2011. 84 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Universidade Estadual de São Paulo, Botucatu.

HOCKEY, P.M.; BATES, D.W. Physicians Identification of Factors Associated With Quality in High and Low-Performing Hospitals. *Joint Comm. J. Qual. Patient Saf.*, v. 36, n. 5, p. 217-223, 2010.

HODGSON, G. A evolução das instituições: uma agenda para pesquisa teórica futura. *Revista Econômica*, v. 3, n. 1, p. 97-125, jun. 2001.

HODGSON, G. What are Institutions? *Journal of Economic Issues*, v. 40, n. 1, mar. 2006.

\_\_\_\_\_.; KNUDSEN, T. The complex evolution of a simple traffic convention: the functions and implications of habit. *Journal of Economic Behavior & Organization*, v. 54, p. 19- 47, 2004.

HOLLAND, J. H. *Hidden Order: How Adaptation Builds Complexity*. Edição em paperback, s.l.: Helix Books, 1996.

HOPFER, K.R.; MACIEL-LIMA, S.M. Grounded Theory: avaliação crítica do método nos estudos organizacionais. *Revista da FAE*, Curitiba, v. 11, n. 2, p. 15-24, jul./dez. 2008.

HUANG, C.I.; WUNG, C.; YANG, C.M. Developing 21st Century Accreditation Standards for Teaching Hospitals: the Taiwan experience. *BMC Health Services Research*, v. 9, n. 1, p. 1-11, 2009.

HUGHES, E.C. The ecological aspect of institutions. *American Sociological Review*, v. 1, n. 2, p. 180-189, 1936.

\_\_\_\_\_. The study of institutions. *Social Forces*, v. 20, n. 3, p. 307-210, mar. 1942.

HUNTER, A. et al. Navigating the Grounded Theory Terrain: part 1. *Nursing Research*, v. 18, n. 4, p. 6-10, 2011.

INSTITUTO DE ESTUDOS DE SAÚDE SUPLEMENTAR (IESS). 31º Boletim “Conjuntura Saúde Suplementar”. Brasília, jun. 2016. Disponível em: <<http://documents.scribd.com/s3.amazonaws.com/docs/75vv9g81c05bkb2g.pdf>>. Acesso em: 26 jun. 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. População. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pa/altamira/pesquisa/32/28163>> Acesso em: 9 nov. 2017.

INSTITUTO QUALISA DE GESTÃO (IQG). *Instituições Acreditadas*. Disponível em: <<http://www2.iqg.com.br/instituicoes/instituicoes-de-saude-acreditadas-pelo-iqg/>> Acesso em: 24 jan. 2018.

INTERNATIONAL SOCIETY FOR QUALITY IN HEALTH CARE (IsQua). *Accreditation: what is ISQua’s International Accreditation Programme?* IsQua, 2012. Disponível em: <<http://www.isqua.org/accreditation-iap/what-is-the-iap/>>. Acesso em: 02 mai. 2016.

---

*Accredited by IsQua.* Disponível em: <http://www.isqua.org/accreditation-iap/Accredited-by-ISQua>. Acesso em: 02 mai. 2016.

IKEDA, A. A.; BACELLAR, F. Revelando e Compreendendo o Relacionamento Professor- aluno em Marketing. *Rev. Adm. Mackenzie*, São Paulo, v. 9, n. 5, 2008.

IUDICIBUS, S.D. *Teoria da contabilidade*. São Paulo: Atlas, 2004.

IVERS, N. et al. *Audit and Feedback: effects on professional practice and healthcare outcomes*. Cochrane: Database Syst. Rev., 2012.

JACOBUS, A.; SOUZA, Y.; BITENCOURT, C. que Fazem Afinal os Pesquisadores que Praticam GroundedTheory? *XXXVI Encontro da ANPAD*. Anais... Rio de Janeiro (RJ), setembro 2012.

JACOMETTI, M. et al. Análise de efetividade das políticas públicas de Arranjo Produtivo Local para o desenvolvimento local a partir da teoria institucional. *Rev. Adm. Pública*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 3, p. 425-454, maio/jun. 2016.

JAI, A.K. et al. Evidence of an Emerging Digital Divide Among Hospitals that Care for the Poor. *Health Aff.*, v. 28, p. 1160-1170, 2009.

JARZABKOWSKI, P.; FENTON, E. Strategizing and Organizing in Pluralistic Contexts. *Long Range Planning*, v. 39, p. 631-648, 2006.

\_\_\_\_\_ ; BALOGUN, J.; SEIDL, D. Strategizing - the challenges of a practice perspective. *Human Relations*, v. 60; p. 5-27, 2007.

JORGE, M.J.; CARVALHO, F.A.; MEDEIROS, R. de O. Esforços de Inovação Organizacional e Qualidade do Serviço: um estudo empírico sobre unidades hospitalares. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 2, p. 327-356, mar./abr. 2013.

JURAN, J. (Ed). *Quality Control Handbook*. New York: McGraw-Hill Book Company, 1951.

KAM, H.; KATERATTANAKUL, P. Structural Model of Team-Based Learning Using Web 2.0 Collaborative Software. *Computers & Education*, v. 76, p.1-13, Jul. 2014.

KAREMERE, H. et al. Analyzing Katana Referral Hospital as a Complex Adaptive System: agents, interactions and adaptation to a changing environment. *Conflict and Health*, v.9, n. 17, p. 1-10, 2015.

KARIMI, S. et al. Impact of Hospitals Accreditation on Service Delivery From the Perspective Views of Experts: A Qualitative Study. *Payavard Salamat*, v.7, n. 4, p.337-353, nov. 2013.

KAUFFMAN, S. *At home in the universe: the search for the laws of self organisation and complexity*. Oxford: Oxford University Press, 1995.

KEROACK, M.A. et al. Organizational Factors Associated With High Performance in Quality And Safety in Academic Medical Centers. *Acad Med.*, v. 82, n. 12, p. 1178-1186, 2007.

KOHN, L.T.; CORRIGAN, J.M.; DONALDSON, M.S. *To Err is Human: building a safer health system*. Washington: National Academy Press, 2000.

KOZHIMANNIL, K.B. et al. The Population-Level Impacts of a National Health Insurance Program and Franchise Midwife Clinics on Achievement of Prenatal and Delivery Care Standards in the Philippines. *Health Pol.*, v. 92, n. 1, p. 55-64, 2009.

KRAMER, M. et al. Structures and Practices Enabling Staff Nurses to Control their Practice. *West Journal Nurses Res.*, v. 30, n. 5, p. 539-559, 2008.

KUHN, T. *A Estrutura das Revoluções Científicas*. 5. ed. São Paulo: Perspectiva, 1970.

LACEY, P. A experiência do poder, culpa e responsabilidade no setor da saúde. In: STACEY, R.; GRIFFIN, D. (Eds.) *Complexity and experience of managing in public sector organizations*. London; New York, 2006. p. 139-163.

LANDAU, M. A Stamp of Approval: what hospital certifications say - and don't say. *U.S. News & World Report*, v. 14, jul. 2010.

LANDMAN, A.B. et al. Hospital Collaboration With Emergency Medical Services in the Care of Patients With Acute Myocardial Infarction: perspectives from key hospital staff. *Ann. Emerg. Med.*, v. 61, n. 2, p. 185-195, 2013.

LAPASSADE, G. *Grupos, Organizações e Instituições*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1977.

LAWRENCE, T. B.; LECA, B.; ZILBER, T. B. Institutional work: current research, new directions and overlooked issues. *Organization Studies*, v. 34, n. 8, p. 1023-1033, 2013.

\_\_\_\_\_; SUDDABY, R. Institutions and institutional work. In: CLEGG, S. et al. (Eds.). *The Sage handbook of organization studies*. 2. ed. London: Sage, 2006.p. 215-254.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; LECA, B. Introduction: theorizing and studying institutional work. In: LAWRENCE, T. B.; SUDDABY, R.; LECA, B. (Eds.). *Institutional work: actors and agency in institutional studies of organizations*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. p.1-27.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Institutional work: refocusing institutional studies of organization. *Journal of Management Inquiry*, v. 20, n. 1, p. 52-58, 2011.

LEÃO, A.L. M. S; MELLO, S. C. B. de. Institucionalização como Mecanismo de Controle de Marketing. *RAC*, Curitiba, v. 14, n. 2, art. 4, pp. 251-267, mar./abr. 2010.

LEITE, A. L. S.; LANZER, E. A; SERRA, F. A. R. Entre hierarquia e mercado: análise da competição no setor de postos de combustíveis da grande Florianópolis. *Revista Alcance*, v. 16, n. 1, p. 45 – 61, jan/abr. 2009.

LEWIS, M. W.; GRIMES, A. J. Meta Triangulação: a construção de teorias a partir de múltiplos paradigmas. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 1, p. 72-91, 2005.



- LINCOLN, Y.; GUBA, E. G. Paradigmatic Controversies, Contradictions and Emerging Confluences. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Eds.). *The Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE, 2000.
- LIU, Y.M.; YANG, Y.H.; OU, H.T. Hospital Competition and Prescribing Behaviors: empirical evidence from Taiwan. *The Journal of Developing Areas*, v. 43, n. 2, p. 125-141, 2010.
- LOCKE, K. *Grounded Theory in Management Research*. London: Sage, 2001.
- LOMBORG, K.; KIRKEVOLD, M. Truth and Validity in Grounded Theory - a Reconsidered Realist Interpretation of the Criteria: fit, work, relevance and modifiability. *Nursing Philosophy*, v. 4, n. 3, p. 189-200, out. 2003.
- LUHMANN, N. *Ilustración Sociológica y otros ensayos*. Sur, Buenos Aires, 1973.
- \_\_\_\_\_. *Sociedad y sistema: la ambición de la teoría*. Paidós, Barcelona, 1990.
- \_\_\_\_\_. *Die Gesellschaft der Gesellschaft*. 2 ed. Suhrkampz; Frankfurt am Main, 1999.
- MACHADO-DA-SILVA, C.; FONSECA, V.S.; CRUBELLATE, J.M. Estrutura, agência e interpretação: elementos para uma abordagem recursiva do processo de institucionalização. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 9, p. 09-39, 2005. Edição Especial.
- \_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. Competitividade organizacional: uma tentativa de reconstrução analítica. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 14, n. spe., p. 33-49, set. 2010.
- MAHONEY, J.; THELEN, K. A theory of gradual institutional change. In: MAHONEY, J.; THELEN, K. *Explaining institutional change:*

ambiguity, agency, and power. New York: Cambridge University Press, 2010. p.1-37.

MALHOTRA, N. *Pesquisa de Marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Boockman, 2006.

MALINOWSKI, B. K. *Argonautas do Pacífico Ocidental: um relato do empreendimento e da aventura dos nativos no arquipélago da Nova Guiné*. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MANNION, R.; DAVIES, H.T.; MARSHALL, M.N. Cultural Characteristics of “High” and “Low” Performing Hospitals. *Journal Health Organizational Management*, v. 19, n. 6, p. 431-439, 2005.

MANZO, B. F. *O Processo de Acreditação Hospitalar na perspectiva de profissionais de saúde*. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Saúde e Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

\_\_\_\_\_ ; BRITO, M.J.M; ALVES, M. Influência da Comunicação no Processo de Acreditação Hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 66, n. 1, p.46-51, 2013.

MARCHI, J.J. *Estratégia de Produção em Empresas Brasileiras: uma teoria fundamentada em dados*. 2014. 508 f. Tese (Doutorado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

MARIAMPOLSKI, H. *Ethnography for Marketers: a guide to consumer immersion*. London: Sage Publications, 2006.

MARTELOTTE, M. C. *Programa Brasileiro de Acreditação Hospitalar: sua influência no credenciamento de hospitais em operadoras de planos de saúde*. 2003. 121f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola Brasileira de Administração Pública e de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.

MATTHEWS, R. C. O. The economics of institution and the source of growth. *Economics Journal*, New York. v. 96, n. 384, p. 903-918, dez. 1986.

MAZIERO, V.G.; SPIRI, W.C. Significado do Processo de Acreditação Hospitalar para Enfermeiros de um Hospital Público Estadual. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [on-line], v. 15, n. 1, p.121-129, 2013.

MCCANN, T.; CLARK, E. Grounded Theory in Nursing Research: Part 3 - Application. *Nurse Researcher*, v. 11, n. 2, p. 29-39, 2003b.

MCDANIEL, R.R. Management Strategies for Complex Adaptive Systems: sensemaking, learning, and improvisation. *Performance Improvement Quarterly*, v. 20, n. 2, p. 21-41, 2007.

MEYER, W. A escola como organização complexa. In : EYING, A; GHISI, M. L. (Eds.). *Políticas e gestão da educação superior*. Curitiba: Champagnat, 2007, p. 231-261.

\_\_\_\_\_ ; PASCUCI, L. M.; MURPHY, J. P. Implementing strategies in complex systems: lessons from Brazilian hospitals. *Brazilian Administration Review*, v. 9, p.19-37, 2012.

\_\_\_\_\_ ; ROWAN, B. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony. *American Journal of Sociology*, n. 2, p. 340-363, 1983.

\_\_\_\_\_ ; \_\_\_\_\_. Institutionalized organizations: formal structure as myth and ceremony, In: POWELL W.; DIMAGGIO P. (Eds.). *The New Institutionalism in Organizational Analysis*. Chicago: The University of Chicago Press, 1991. p. 41-62.

MÉNARD, C. et al. (org.). *Economia das organizações: formas plurais e desafios*. São Paulo: Atlas, 2014.

MENDES, E.V. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estudos avançados*, São Paulo, v. 27, n. 78, p. 27-34, 2013.

MENDES, G.H.S; MIRANDOLA, T.B.S. Acreditação hospitalar como estratégia de melhoria: impactos em seis hospitais acreditados. *Gestão & Produção*, v. 22, n. 3, p. 636-648, 2015.

MERKOW, M. B. et al. Prestimulus Theta in the Human Hippocampus Predicts Subsequent Recognition but Not Recall. *Hippocampus*, v. 24, n. 12, p. 1562–1569, dez. 2014.

MERRIAN, S.B. *Qualitative Research: case study, applications in education*. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.

MIHALIK, G.; SCHERER, M. Understanding the Intersection Between Quality Improvement, Managed Behavioral Health Accreditation, and the Private Practitioner. *Psychiatric Clinics of North America*, v. 23, n. 2, p. 285-296, 2000.

MILLER, M. et al. Relationship Between Performance Measurement and Accreditation: implications for quality of care and patient safety. *American Journal of Medical Quality*, v. 20, n. 5, p. 239-252, 2005.

MILLS, J.; BONNER, A.; FRANCIS, K. The Development of Constructivist Grounded Theory. *International Journal of Qualitative Methods*, v. 5, n. 1, p. 1-10, mar. 2006.

MILNER, B. *Implementing Hospital Accreditation: individual experience of process and impacts*. 2007. 533 f. Tese (Doutorado em Psicologia) - School of Business, Waterford Institute of Technology, Waterford, Ireland.

MINTZBERG, H. *Criando Organizações Eficazes: estruturas em cinco configurações*. São Paulo: Atlas, 2003.

\_\_\_\_\_. *Tracking Strategies: toward a general theory*. New York: Oxford University Press, 2007.

MISOCZKY, M.C.; VIEIRA, M.M.F. Desempenho e Qualidade no Campo das Organizações Públicas: uma reflexão sobre significados. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 163-177, 2001.

MITCHELL, W. The rationality of economic activity: II. *The Journal of Political Economy*, v. 18, n. 3, p.197-216, mar. 1910.

MONTEIRO, M. R. Capacidades Dinâmicas para Acreditação: evidências no setor hospitalar. 2014. 126f. Dissertação (Mestre em Administração) – Programa de Pós Graduação em Administração, Universidade Federal da Paraíba, Santa Rita.

MORENO, J. *Manual de iniciación pedagógica al pensamiento complejo*. Bogotá: CFES/Unesco/Corporación para el Desarrollo Complexus/Ediciones Jurídicas, 2002.

MORIN, E. A noção de sujeito. In: SCHNITMAN, D. F. (org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividades*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 56-58.

\_\_\_\_\_; ELKAÏM, M.; GUATTARI, F. Diálogo. In: SCHNITMAN, D. F. (org). *Novos paradigmas, cultura e subjetividades*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 45-55.

\_\_\_\_\_. As duas globalizações: comunicação e complexidade. In: MACHADO-DA-SILVA, J.; CLOTET, J. *As duas globalizações: complexidade e comunicação, uma pedagogia do presente*. 2 ed. Porto Alegre: EIPUC-Sulina, 2002. p.39-59.

\_\_\_\_\_. Da necessidade de um pensamento complexo. In: MARTINS, F. M.; MACHADO-DA-SILVA, M. *Para navegar no Século XXI: tecnologias do imaginário e cibernética*. 3. ed. Porto Alegre: Editora Sulina, 2003. p. 13- 36.

\_\_\_\_\_. *O método 6: ética*. Porto Alegre: Sulina, 2005.

\_\_\_\_\_. *Introdução ao pensamento complexo*. 3 ed. Porto Alegre: Sulina, 2007a.

\_\_\_\_\_. *O método 5: a humanidade da humanidade*. Porto Alegre: Sulina, 2007b.

\_\_\_\_\_. *Introdução ao pensamento complexo*. 4 ed. Porto Alegre, Sulina, 2011.

\_\_\_\_\_. *A via para o futuro da humanidade*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

MORGAN, G. Paradigms, metaphors and puzzle solving in organizational theory. *Administration Science Quarterly*, v. 25, n. 4, p. 605-624, 1980.

\_\_\_\_\_. *Imagens da organização*. Atlas, São Paulo, 1996.

MULLAN, F. A founder of quality assessment encounters a troubled - system firsthand. *Health Affairs*, v. 20, n.1, p.137-141, 2001.

MUMFORD, V. et al. Health Services Accreditation: what is the evidence that the benefits justify the costs? *International Journal for Quality in Health Care*, v. 25, n. 5, p. 606-620, out. 2013.

\_\_\_\_\_ et al. Disentangling quality and safety indicator data: a longitudinal, comparative study of hand hygiene compliance and accreditation outcomes in 96 Australian hospitals. *BMJ Open*, v. 4, n. 9, p. 5284, 2014.

\_\_\_\_\_. Development and Application of an Indicator Assissment Tool for Measuring Health Services Accreditation Programs. *BMC Research*, v. 8, p. 363-370, 2015.

NANDRAJ, S. et al. A Stakeholder Approach Towards Hospital Accreditation in India. *Health Policy Plan*, v. 16, n. 2, p. 70-79, 2001.

NEUWIEM, A.L.F. *Acreditação Hospitalar e Sustentabilidade Ambiental Empresarial (SAE) à Luz Dos Mecanismos Isomórficos*. 2014. 116 f. Dissertação (Mestrado de Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Regional de Blumenau, Blumenau.

NEVES, C.E.B; NEVES, F.O que há de complexo no mundo complexo? Niklas Luhmann e a teoria dos sistemas sociais. *Revista Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, n. 15, jan/jun 2006, p. 182-207.

NEVES, W. Jr. *Gestão Hospitalar: programa brasileiro de acreditação e sistema de indicadores*. 2004. 127 f. Dissertação (Mestrado em Sistemas de Gestão) – Mestrado em Sistema de Gestão, Universidade Federal Fluminense, Niterói.

NORTH, D. *Structure and change in economic history*. New York: Norton, 1981.

\_\_\_\_\_. *Institutions, institutional change and economic performance*. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

\_\_\_\_\_. Institutions. *The Journal of Economic Perspectives (1986-1998)*, v. 5, n. 1, 1991.

\_\_\_\_\_. Institutions and economic theory. *American Economist*, v. 36, n. 1, 1992.

\_\_\_\_\_. *Custos de transação, instituições e desempenho econômico*. Rio de Janeiro: Instituto Liberal, 1994.

OLIVEIRA, M.T. *Proposta Metodológica para Inovação do Ensino Aprendizagem da Disciplina de Administração da Produção*. 2013. 208 f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

OLIVEIRA, J.L.C. de et al. Mudanças gerenciais resultantes da Acreditação hospitalar. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, v. 25, p. 1 - 8, 2017.

OLSON, D.M. et al. A Qualitative Assessment of Practices Associated With Shorter Door-to-Needle Time for Thrombolytic Therapy in Acute Ischemic Stroke. *Journal Neurosci Nurs.*, v. 43, n. 6, p. 329-336, 2011.

ORGANIZAÇÃO NACIONAL DE ACREDITAÇÃO (BRASIL). *Manual das Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde*. Brasília: ONA, 2014. (Coleção Manual Brasileiro de Acreditação).

\_\_\_\_\_. *NO 4 Normas Orientadoras: avaliação para a acreditação*. [Brasília]: ONA, 2015a.

\_\_\_\_\_. *NO 6 Normas Orientadoras: relatório de avaliação*. [Brasília]: ONA, 2015b.

---

*Validas.* Disponível em: *Certificações*  
 <<https://www.ona.org.br/OrganizacoesCertificadas/10>>. Acesso em: 24  
 jan. 2018.

---

*credenciadas.* Disponível em: *Instituições*  
 <<https://www.ona.org.br/Pagina/374/Instituicoes-Credenciadas>>.  
 Acesso em: 24 jan. 2018.

OVRETVEIT, J.; GUSTAFSON, D. Improving the Quality of Health Care: using research to inform quality programmes. *BMJ*, v. 326, p. 759-761, 2003.

PACCIONI, A.; SICOTTE, C.; CHAMPAGNE, F. Accreditation: a cultural control strategy. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 21, n. 2, p. 146-158, 2008.

PARMIGIANI, A. Why do firms both make and buy? An investigation of concurrent sourcing. *Strategic Management Journal*, v. 28, 2007.

PARSONS, M.L.; CORNETT, P.A. Sustaining the Pivotal Organizational Outcome: magnet recognition. *Journal Nurses Manag.*, v. 19, n. 2, p. 277-286, 2011.

PASCUCCI, L.; MEYER JR., V. Estratégia em Contextos Complexos e Pluralísticos. *RAC*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 536-555, set./out. 2013.

PECI, A. A nova teoria institucional em estudos organizacionais: uma abordagem crítica. *Cadernos EBAPE*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 1-12; mar. 2006.

PEIXOTO, T.C.; BRITO, M.J.M.; SANTANA, L.C. Gestão de Pessoas em uma Unidade Pediátrica na Perspectiva do Diagnóstico ONA e de Profissionais. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, [on-line], v. 14, n. 4, p. 893-902, dez. 2012.

PEREIRA, M.F. Mudança Estratégica em uma Organização Hospitalar: uma abordagem contextual e processual. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 83-93, jul./set. 2002.



PINTO, M. de R.; *Os Pobres e o Consumo: uma teoria substantiva da experiência de consumo de eletrônicos*. 2009. 314f. Tese (Doutorado em Administração) - Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

\_\_\_\_\_ ; FREITAS, R. C. de; MENDES, C. A. F. Grounded theory in management studies in Brazil: among the plurality of strands, improper uses and mistaken understanding?. *Revista Gestão & Tecnologia*, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 33-54, abr. 2016.

\_\_\_\_\_ ; SANTOS, L.L. A Grounded Theory como Abordagem Metodológica: relatos de uma experiência de campo. *Organizações & Sociedade*, Salvador, v. 19, n. 62, p. 417-436, jul./set. 2012.

PINTO, R.C. *Joint Commission International: novo éthos hospitalar e o empresariamento dos colaboradores*. 2015. 80f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

PIONTEK, F.A. et al. Impact of American College of Surgeons Verification on Trauma Outcomes. *Journal Trauma*, v. 54, n. 6, p. 1041–1046, 2003.

POMEY, M.P. et al. Accreditation: a tool for organizational change in hospitals? *International Journal of Health Care Quality Assurance*, v. 17, n. 3, p. 113-124, 2004.

\_\_\_\_\_ et al.. Paradoxes of French Accreditation. *Quality and Safety in Health Care*, v. 14, n. 1, p. 51-55, 2005.

PORTELA, O.T.; SCHMIDT, A.S. Proposta de Metodologia de Avaliação e Diagnóstico de Gestão Hospitalar. *Acta Paulista de Enfermagem*, [online], v. 21, p. 198-202, 2008.

PRIGOGINE, I.; STENGERS, I. *A nova aliança*. Brasília: Editora da UNB, 1991.

\_\_\_\_\_. O reencantamento do mundo. In: MORIN, E.; PRIGOGINE, I. et al. *A sociedade em busca de valores: para fugir à alternativa entre o ceticismo e o dogmatismo*. Lisboa: Instituto Piaget, 1996.

\_\_\_\_\_. *Ciência, razão e paixão*. 2ª ed. revisada e ampliada. Organização de Edgard de Assis Carvalho e Maria da Conceição de Almeida. São Paulo: Livraria da Física, 2009a.

\_\_\_\_\_. Elogio do irreversível. In: CARVALHO, E.; ALMEIDA, M. C. (Orgs). *Ilya Prigogine: ciência, razão e paixão*. 2ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2009b.

\_\_\_\_\_. O futuro está dado? In: CARVALHO, E.; ALMEIDA, M. C. (Orgs). *Ilya Prigogine: ciência, razão e paixão*. 2ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2009c.

\_\_\_\_\_. *Ciência, razão e paixão*. In: CARVALHO, E.; ALMEIDA, M. C. (Orgs). *Ilya Prigogine: ciência, razão e paixão* (Orgs). 2ª ed. revista e ampliada. São Paulo: Editora Livraria da Física, 2009d.

PUOANE, T. et al. Why do Some Hospitals Achieve Better Care of Severely Malnourished Children Than Others? Five-year follow-up of rural hospitals in Eastern Cape, South Africa. *Health Pol Plann*, v. 23, n. 6, p.428-437, 2008.

QUINTO NETO, A. *Processo de Acreditação: a busca da qualidade nas organizações de saúde*. Porto Alegre: Dacasa, 2000.

RANGACHARI, P. Knowledge sharing networks related to hospital quality measurement and reporting. *Health Care Manage Rev.*, v. 33, n. 3, p. 253-263, 2008.

REES, D.K. Considerações Sobre a Pesquisa Qualitativa. *Signótica*, v.20, n.2, p.253-274, jul./dez. 2008.

Ribeiro, N.R.C. *A Descontinuidade do Programa de Acreditação Hospitalar no Hospital da Restauração: poderia ter sido diferente?* 2006. 157f. Dissertação (Mestrado em Gestão Pública) – Gestão Pública para o Desenvolvimento do Nordeste, Universidade Federal de Pernambuco, Recife.

RICHARDSON, R. J. *Pesquisa Social: métodos e técnicas*. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

RITZ, A. Public Service Motivation and Organisational Performance in Swiss Federal Government. *International Review of Administrative Sciences*, v. 75, n. 1, p. 53-78, 2009.

ROCHA JÚNIOR, W. F. da. A nova economia institucional revisitada. *Revista de Economia e Administração, Toledo*, v.3, n.4, 301-319p, out./dez. 2004

RODRIGUES, E. A. A. *Uma Revisão da Acreditação Hospitalar como Método de Avaliação de Qualidade e a Experiência Brasileira*. 2004. 75f. Dissertação (Mestrado em Gestão de Sistemas e Serviços de Saúde) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.

ROGERS, E. *Diffusion of innovations*. 5. ed. New York: Free Press, 2003.

ROSE, A.J. et al. Organizational Characteristics of High and Low-Performing Anticoagulation Clinics in the Veterans Health Administration. *Health Serv Res.*, v. 47, n. 4, p. 1541-1560, 2012.

ROSTE, R. *Studies of Innovation in the Public Sector: a theoretical framework*. 2005. Disponível em: <[www.step.no/publin/](http://www.step.no/publin/)>. Acesso em: 3 dez. 2012.

ROY, S.; BANERJEE, P. Understanding Students' Experience of Transition from Lecture Mode to Case-Based Teaching in a Management School in India. *Journal of Educational Change*, v.13, n. 4, p.487-509, 2012.

RUTHERFORD, M. Thorstein Veblen and the process of institutional change. *History of Political Economy*, v. 16, n. 3, p. 331-348, 1984.

\_\_\_\_\_. *Institutions and economics: the old and new institutionalism*. Cambridge: Cambridge University Press, 1996.

SACK, C. et al. Is There an Association Between Hospital Accreditation and Patient Satisfaction With Hospital Care? A survey of 37 000 patients treated by 73 hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 23, n. 3, 278-283, 2011.

SAES, M. S. M. Organizações e instituições. In: ZYLBERSZTAJN, D.; NEVES, M. F. (Org.). *Economia e gestão de negócios agroalimentares*. São Paulo: Pioneira, 2000, p. 165- 186.

SALMON, J. et. al. *The Impact of Accreditation on the Quality of Hospital Care: KwaZulu-Natal province Republic of South Africa, Operations Research Results*. Bethesda: USAID; 2003.

SANTOS, B. de S. *A Crítica da Razão Indolente: contra o desperdício da experiência*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, J.L.G. *Governança da Prática Profissional de Enfermagem no Ambiente Hospitalar*. 2014. 253f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

\_\_\_\_\_ et al. Perspectivas metodológicas para o uso da teoria fundamentada nos dados na pesquisa em enfermagem e saúde. *Esc Anna Nery*, v. 20, n. 3, jul./set. 2016.

SANTOS, J.S. et. al. *Protocolos Clínicos e de Regulação: acesso à rede de saúde*. Rio de Janeiro: Elsevier Brasil, 2012.

SANTOS, L. S. dos. *Uma Teoria Substantiva do Processo de Mudança Estratégica de Empresas de Sucesso em Ambientes Turbulentos e com Forte Influência Governamental: o caso da Embraco*. 2005. 137f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Programa de Mestrado Acadêmico em Administração, Universidade do Vale do Itajaí, Itajaí.

SARRA, N. A experiência emocional do gerenciamento de desempenho no setor de saúde: o corredor. In: STACEY, R.; GRIFFIN, D. (Eds.) *Complexity and experience of managing in public sector organizations*. London; New York, 2006. p. 81-107.

SAUNDERS, M; LEWIS, P.; THORNHILL A. *Research Methods for Business Students*. 5. ed. Prentice Hall: Pearson Education, 2003.

SAUTTER, K.M. et al. The early experience of a hospital-based pay-for-performance program. *Journal Healthc Manag.*, v. 52, n. 2, p. 95-108, 2007.

SCHATZKI, T. R.; KNORR-CETINA, K.; Von SAVIGNY, E. *The practice turn in contemporary theory*. New York: Routledge, 2001.

SCHIESARI, L.M.C.; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v. 5, n. 18, p. 7-11, 2003.

\_\_\_\_\_. *Resultados de iniciativas de qualidade em hospitais brasileiros*. 2004. 295f. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) – Departamento de Medicina Preventiva, Universidade de São Paulo, São Paulo.

SCHWANDT, T. A. Três Posturas Epistemológicas para a Investigação Qualitativa: interpretativismo, hermenêutica e construcionismo social. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. (Org.). *O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens*. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006. p. 193-217.

Scott, R. W. *Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1992.

\_\_\_\_\_. *Institutions and organizations: ideas and interests*. 3. ed. Los Angeles: Sage, 2008.

SCHWENDIMANN, R. et al. A Closer Look at Associations Between Hospital Leadership Walkrounds and Patient Safety Climate and Risk Reduction: a cross-sectional study. *Am. Journal Med. Qual.*, v. 28, n. 5, p. 414-421, 2013.

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

SEGOUIN, C.; HODGES, B. R.; BRECHAT, P. Globalization in health care: is international standardization of quality a step toward

outsourcing? *International Journal for Quality in Health Care*, v. 17, n. 4, p. 277-279, 2005.

SEIFFERT, L. S. *Modelo de consultoria interna para o preparo de unidades hospitalares para a certificação de acreditação*. 2013. 128f. Dissertação (Mestrado de Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

SELZNICK, P. *Leadership in administration*. Evanston: Northwestern University Press, 1957.

SEKIMOTO, M. et al. Impact of Hospital Accreditation on Infection Control Programs in Teaching Hospital in Japan. *American Journal of Infection Control*, v. 36, n. 3, p. 212-219, 2008.

SELDÉN, L. On Grounded Theory: with some malice. *Journal of Documentation*, London, v.61, n.1, p.114-129, 2005.

SHAPIRA-LISHCHINSKY, O. Mentors' Ethical Perceptions: implications for practice. *Journal of Educational Administration*, v. 50, n: 4, p.437-462, 2012.

SHAW, C. Evaluating accreditation. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 15, n. 6, p. 455-456, 2003.

\_\_\_\_\_. *Some Issues in the Design and Redesign of External Health Care Assessment and Improvement Systems: Toolkit for Accreditation Programs*. Melbourne: ISQUA, 2004.

\_\_\_\_\_. *Developing Hospital Accreditation in Europe*. Geneve: World Health Organization, 2006.

SITAKALIN, P. *Maintaining Quality Services in Thai Accredited Hospitals in a Climate of Economic Uncertainty*. 2003. 426f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Faculty of Health & Behavioural Sciences, University of Wollongong, Austrália.

SOARES, T. C. *Avaliação de desempenho em instituições de ensino superior: um estudo de indicadores e fatores de competitividade*. 2016. 447f. Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,

Centro Sócio-Econômico, Programa de Pós-Graduação em Administração, Florianópolis, 2016.

SOUZA, R. C. et al. Analyzing inter-firm relationships: the knowledge perspective. In: *Annual Conference of the International Society for New Institutional Economics*, 15th, 2011, Stanford University, 2011.

STACEY, R.D. *Complexity and creativity in organizations*. San Francisco: Berrett-Koehler, 1996.

\_\_\_\_\_; GRIFFIN, D.; SHAW, P. *Complexity and Management: Fad or radical challenge to systems thinking?*, London: Routledge, 2000.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ (Eds.) *A complexity perspective on researching organizations*. London; New York: Routledge, 2005.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_ (Eds.) *Complexity and experience of managing in public sector organizations*. London; New York, 2006.

\_\_\_\_\_. *Complexity and Organizational Reality: uncertainty and the need to rethink management after the collapse of investment capitalism*. New York: Routledge, 2010.

\_\_\_\_\_. *Tools and Techniques of Leadership and Management: meeting the challenge of complexity*. London: Routledge, 2012.

STAKE, R. E. Case studies. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S.(Edit.). *Handbook of Qualitative Research*. Thousand Oaks: SAGE, 2000.

STANGER, S.H.W. et al. Blood inventory management: hospital best practice. *Transfus. Med. Rev.*, v. 26, n. 2, p. 153-163, 2012.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Basics of Qualitative Research: techniques and procedures for developing Grounded Theory*. 2. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 1998.

\_\_\_\_\_; \_\_\_\_\_. *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento da teoria fundamentada*. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

SUDDABY, R. From the editors: what grounded theory is not. *The Academy of Management Journal*, v. 49, n. 4, p. 633–642, 2006.

TABRIZI, J.S. et al. Advantages and Disadvantages of Health Care Accreditation Models. *Health Promotion Perspectives*, v. 1, n. 1, p. 1-31, 2011.

TAROZZI, M. *O que é a Grounded Theory?* Metodologia de pesquisa e de teoria fundamentada nos dados. Petrópolis: Vozes, 2011.

TAYLOR, N. et al. High Performing Hospitals: a qualitative systematic review of associated factors and practical strategies for improvement. *BMC Health Services Research*, v. 15, p. 1-22, jun.2015.

THÉRET, B. As instituições entre as estruturas e as ações. São Paulo: *Lua Nova*, n. 58, p, 225-254, 2003.

TERRA, V. *Mudança Organizacional e Implantação de um Programa de Qualidade em Hospital do Município de São Paulo*. 2000. 94f. Dissertação (Mestrado em Administração) - Escola de Administração de Empresas, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo.

THIMMIG, R. A. *Aplicação da Sistemografia para a Elaboração da Proposta de um Método para Acreditação de Instituição de Saúde*. 2007. 228f. Tese (Doutorado em Engenharia Mecânica) - Faculdade de Engenharia Mecânica, Universidade Estadual de Campinas.

TORRES, M.K.L. et al. Análise da Utilização da Grounded Theory (Teoria Fundamentada nos Dados) na Produção Científica Brasileira entre 2008-2012. *RBPG*, Brasília, v. 11, n. 24, p. 485-510, jun. 2014.

TROCCOLI, I.R. E os Pesquisadores Brasileiros que Praticam Grounded Theory: o que fazem? *Rev. Digit. Bibliotecon. Cienc. Inf.*, Campinas, v. 12, n. 2, p. 20-37, maio/ago. 2014.

TURNER, L. Quality in Health Care and Globalization of Health Services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *International Journal for Quality in Health Care*, v. 23, n. 1, p. 1-7, 2011.



VANDEUSEN, L.C. et al. Strengthening Organizations to Implement Evidence-Based Clinical Practices. *Health Care Manage Rev.*, v. 35, n. 3, p. 235-245, 2010.

VARGAS, M.A. et al. Onde (e Como) Encontramos a Qualidade no Serviço de Enfermagem Hospitalar? *Rev. Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 60, n. 3, p. 339-343, maio/jun. 2007.

VASCONCELOS, F. C. A institucionalização das estratégias de negócios: o caso das start-ups na internet brasileira em uma perspectiva construtivista. *Revista de Administração Contemporânea*, v. 8, n. 2, p. 159-179, 2004.

VEBLEN, T. *The place of science in modern civilization and other essays*. New York: Russel & Russel, 1961.

\_\_\_\_\_. *A teoria da classe ociosa: um estudo econômico das instituições*. São Paulo: Nova Cultural, 1988.

VERGARA, S.C.; CALDAS, M.P. Paradigma Interpretacionista: a busca da superação do objetivismo funcionalista nos anos 1980 e 1990. *Revista de Administração de Empresas*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 66-71, out./dez. 2005.

VIANA, M.F. *Processo de Acreditação: uma análise de organizações hospitalares*. 2011. 101 p. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração e Economia, Universidade Federal de Lavras, Lavras.

\_\_\_\_\_ et al. Processo de Acreditação: uma análise de organizações hospitalares. *RAHIS Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, Belo Horizonte, jan./jun. 2011.

VIEIRA, M.M.F. Por uma Boa Pesquisa (Qualitativa) em Administração. In.: VIEIRA, M.M.F.; ZOUAIN, D.M. (Org.). *Pesquisa Qualitativa em Administração*. 2. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2006.

WATTS, M. They Have Tied me to a Stake: reflections on the art of case study research. *Qualitative Inquiry*, v. 13, n. 2, p. 204-217, 2007.

WEBER, M. *Economia e sociedade: fundamentos da sociologia compreensiva*. 3. ed. Brasília: UnB, 1994.

WEST, M.A. et al. The link between the management of employees and patient mortality in acute hospitals. *Int. Journal Hum. Resource Manag.*, v.13, n. 8, p. 1299-1310, 2002.

WILLIAMSON, O. "Transaction cost economics". In: WILLIAMSON, O. *The economic institution of capitalism*. London: The Free Press, p. 15-42, 1985.

\_\_\_\_\_. Comparative economic organization: the analysis of discrete structural alternatives. *Administrative Science Quarterly*, v. 36, n. 2, 1991.

\_\_\_\_\_. *The mechanisms of governance*. Oxford: Oxford University Press, 1996.

\_\_\_\_\_. Strategy research: governance and competence perspectives. *Strategic Management Journal*, v. 20, n. 12, 1999.

WOOTEN, M.; HOFFMAN, A. J. Organizational fields: past, present and future. In: GREENWOOD, R. et al. *The handbook of organizational institutionalism*. London: SAGE, 2008 p. 130-147.

ZANON, U. *Qualidade da Assistência Médico-hospitalar: conceito, avaliação e discussão dos indicadores de qualidade*. Rio de Janeiro: MEDSI; 2001.

ZIMMERMAN, B. How complexity science is transforming healthcare. In ALLEN, P.; MAGUIRE, S.; MCKELVEY, B. (Eds.). *The handbook of complexity and management*. London: SAGE, 2011, p. 617-635.

ZYLBERSZTAJN, D. *A estrutura de governança e coordenação do agribusiness: uma aplicação da nova economia das instituições*. 1995. 238 f. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

ZUCKER, L. G. The role of institutionalization in cultural persistence. *American Sociological Review*, v. 42, n. 5, p. 726-743, 1977.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - PROTOCOLOS DE ENTREVISTAS

#### **Rodada 1 – Entrevistas em 10 a 13/11/15**

##### **Questão iniciais**

1. Conte-me qual é seu papel na organização (Suas principais experiências, responsabilidades, trajetória, atividades que mais gosta e desafios que você enfrenta no dia-a-dia)?
2. Como o hospital consegue se manter e evoluir no processo de acreditação hospitalar?

#### **Rodada 2 – Entrevistas em 17 e 18/03/16**

##### **Questão iniciais**

1. Conte-me qual é seu papel na organização (Suas principais experiências, responsabilidades, trajetória, atividades que mais gosta e desafios que você enfrenta no dia-a-dia)?

##### **Questões intermediárias**

2. Fala-me sobre como ocorreu o processo de acreditação hospitalar neste hospital?
3. Você estava aqui quando o hospital começou a desenvolver o processo de acreditação hospitalar? Conte-me a respeito.
4. E depois, como foi a evolução para o nível 2?
5. Quais práticas ou ações, em sua opinião, são relevantes para o hospital ter atingido nível tão alto de desempenho?
6. Lembra como algumas destas práticas e ações surgiram no hospital?
7. Na sua opinião, como o hospital consegue se manter e evoluir no processo de acreditação hospitalar?
8. Na sua opinião, o que este hospital representa para Altamira?

##### **Questões finais**

9. Descreva o significado da acreditação para você.
10. O que este hospital é para você?
11. Há algo mais que você considera que eu deva saber para compreender o processo de acreditação hospitalar do HRPT?
12. Há algo que você gostaria de me perguntar?

**Rodada 4 – Entrevistas em 08/03/17 – Profissionais****Questão iniciais**

1. Conte-me qual é seu papel na organização (Suas principais experiências, responsabilidades, trajetória, atividades que mais gosta e desafios que você enfrenta no dia-a-dia)?

**Questões intermediárias**

2. Fala-me sobre o processo de acreditação hospitalar no HRPT?
3. Participa deste processo? Se sim, conte-me experiências. Se não, qual o motivo de não se sentir envolvido. O que sugere para haver maior participação no processo.
4. Quais práticas ou ações, em sua opinião, são relevantes para o hospital ter atingido nível tão alto de desempenho?
5. Quais práticas ou ações, em sua opinião, são relevantes para o hospital ter atingido nível tão alto de desempenho?
6. Poderia me contar como o Estado influencia nas atividades do hospital. Exemplifique.
7. Na sua opinião, isto ajuda ou atrapalha no processo de acreditação hospitalar? Exemplifique.
8. Como é a relação do hospital com a rede de saúde?
9. O hospital tem alguma atuação junto à comunidade? Como é o processo de acompanhamento do paciente após a alta? Tem alguma ação do hospital? Exemplifique.
10. Na sua opinião, como o hospital consegue se manter e evoluir no processo de acreditação hospitalar?

**Questões finais**

11. Como você se vê dentro do HRPT?
12. Há algo mais que você considera que eu deva saber para compreender o processo de acreditação hospitalar do HRPT?
13. Há algo que você gostaria de me perguntar?

**Rodada 4 – Entrevistas em 09/03/17 – Pacientes****Questão iniciais**

1. Conte-me um pouco da sua história de vida e de como veio parar aqui no hospital?

**Questões intermediárias**

2. O que está achando do atendimento que recebeu até agora?
3. Como é a rotina que tem passado aqui no hospital?
4. Como você vê o hospital e as pessoas que aqui atuam?

5. Como você acha que a comunidade vê o HRPT?
6. Conte-me um pouco como é a assistência nas unidades de saúde do município.
7. Você houve falar do hospital fora daqui?
8. Você conhece outras pessoas que ficaram aqui internadas, sabe se ficaram satisfeitos com o atendimento? Conte-me exemplos.
9. Você lembra como era a saúde em Altamira antes do HRPT? Conte-me alguma experiência.
10. Você usa os outros serviços do hospital, como consultas e exames externos? Se sim, você foi atendido nas suas necessidades?

### **Questões finais**

11. Quer acrescentar ou me perguntar algo?

### **Rodada 4 – Entrevistas em 10/03/17 – Consultores**

#### **Questão iniciais**

1. Conte-me qual é seu papel como consultor no HRPT?

#### **Questões intermediárias**

2. Como descreve o processo de qualidade visto no HRPT, considerando o acompanhamento que verificou com suas consultorias, visitas no último ano?
3. Quais são os principais problemas internos que dificultam o amadurecimento da cultura da qualidade no caso do HRPT?
4. Como descreveria os problemas externos que afetam (se afetam) a qualidade da assistência no caso do HRPT? Como transpor estes problemas?
5. Na sua percepção, quais os pontos positivos que observa neste hospital e que relaciona com o fato dele (o hospital) ser acreditado?
6. No seu entendimento, o que este hospital representa para a sociedade onde se encontra?
7. Na sua opinião, o que este hospital representa para a OSS que o administra?

#### **Questões finais**

8. Usando uma frase, como descreveria o HRPT?
9. Há algo mais que você considera que eu deva saber para compreender o processo de acreditação hospitalar do HRPT?  
Há algo que você gostaria de me perguntar?

**Rodada 4 – Entrevistas em 27 e 29/03/17 – Profissionais****Questão iniciais**

1. Conte-me qual é seu papel na organização (Suas principais experiências, responsabilidades, trajetória, atividades que mais gosta e desafios que você enfrenta no dia-a-dia)?

**Questões intermediárias**

2. Como descreve o processo de qualidade no HRPT??
3. Como você se vê dentro do processo de qualidade do HRPT?
4. Quais são os principais problemas internos que dificultam o amadurecimento da cultura da qualidade no caso do HRPT?
5. Como descreveria os problemas externos que afetam (se afetam) a qualidade da assistência no caso do HRPT? Como transpor estes problemas?
6. Quais os pontos positivos que observa neste hospital e que relaciona com o fato dele (o hospital) ser acreditado? Exemplifique.
7. O que este hospital representa para a sociedade onde se encontra?

**Questões finais**

8. Usando uma frase, como descreveria o HRPT?
9. O que o HRPT representa para você?
10. Há algo mais que você considera que eu deva saber para compreender o processo de acreditação hospitalar do HRPT?
11. Há algo que você gostaria de me perguntar?

**Rodada 4 – Entrevistas em 04/05/17 – Representante da OSS****Questão iniciais**

1. Conte-me qual é seu papel como consultor no HRPT?

**Questões intermediárias**

2. Na sua visão, quais os principais elementos externos que contribuem ou dificultam na obtenção do certificado de acreditação hospitalar?
3. Quais elementos internos são fundamentais, na sua opinião, para que um hospital seja acreditado e evolua dentro dos sistemas de qualidade?
4. Para uma OSS, qual a importância de um hospital ser acreditado, na sua percepção?

5. Quais benefícios da acreditação hospital para a OSS, pensando no conjunto de hospitais administrados e novos produtos/serviços?
6. Como a OSS pode influenciar na obtenção de um certificado de acreditação hospitalar?
7. Sob seu ponto de vista, porque a maioria dos hospitais públicos acreditados são vinculados à OSS?

### **Questões finais**

8. Na sua opinião, o que a acreditação hospitalar representa para um hospital?
9. Gostaria de adicionar algo, fazer algum comentário adicional sobre o tema?

### **Rodada 5 – Entrevistas confirmação do modelo final – 14/07/17**

#### **Considerações de entrada**

Comentar sobre o processo empreendido e reafirmar a importância daquele envolvido no processo para confirmar os dados. Apresentar o modelo e a cada categoria ou grupo delas, questionar:

1. Concordas com o que está sendo apresentado? Explique.
2. Gostaria de adicionar algo relevante, refletir sobre o assunto?

#### **Considerações finais**

3. Você adicionaria algo ao modelo ou alteraria alguma relação ou forma de denominação?
4. Você aprova o modelo?
5. Na sua opinião, você entende que este modelo responde a forma como a acreditação ocorreu, se mantém e evolui no HRPT?
6. Você participou da construção deste hospital durante praticamente todo o percurso. Olhando para trás, você se vê contemplada (como parte) deste modelo, ou mais, desta estrutura que desenvolvemos?
7. Gostaria de adicionar algo?

## APÊNDICE B – GUIA DE OBSERVAÇÃO

**Rodada 1**Visita ao Hospital

- Observar os setores do hospital, em especial, aqueles de apoio, recepções, centro cirúrgico, SADTs, unidades de internação e ambulatório.
- Nestes locais verificar como a rotina diária ocorre e indícios do processo de acreditação na prática dos profissionais.
- Observar o atendimento ao paciente: na entrada do hospital, quando o paciente é atendido ao realizar os exames, na aplicação de medicações, no tratamento cirúrgico (da entrada a saída do centro cirúrgico), e o acolhimento dos familiares.
- Verificar informações dispostas nos Murais de Gestão à Vista.
- Observar se o Sistema *Interact* é utilizado.
- Perceber o ambiente onde a prática ocorre, e, dentro do possível, interferências a ele.

Observação da Reunião de Análise do Planejamento Estratégico:

- Observar o maior número possível de situações que possam contribuir para a elaboração da tese, bem como, a forma de ação dos praticantes deste momento.
- Observar se há tratativas relacionadas ao processo de acreditação hospitalar.

Observação de reuniões de diretores com os gestores de nível médio das áreas comandadas para alinhamento de pontos estratégicos:

- Observar o maior número possível de situações que possam contribuir para a elaboração da tese, bem como, atitudes dos envolvidos no processo.

Observação da Visita de Manutenção do Nível 2 - ONA

- Observar a avaliação realizada pelas avaliadoras da ONA aos setores do hospital, com objetivo de acompanhar a continuidade do processo no nível 2, observar se as ações planejadas pela liderança nos dois tópicos anteriores, foram realizadas e o efeito destas ações.
- Observar o maior número possível de situações que possam contribuir para a elaboração da tese, bem como, atitudes dos envolvidos no processo.



### Observação ao Setor de Qualidade:

- Como ocorre o processo da qualidade desde a elaboração das documentações, a implantação das rotinas na prática, as notificações de eventos, o controle de riscos, as não conformidades de processo, os indicadores e as análises críticas, os ciclos PDCA, a gestão da qualidade.
- Observar documentos da qualidade e relatórios de auditorias internas (riscos e avaliação da acreditação).
- Verificar a utilização do Sistema Interact.
- Observação da elaboração do plano de ação para a visita ONA 3 dos pontos verificados como não conformes nesta visita, bem como, o andamento das ações já previstas anteriormente com vistas ao nível 3.

### **Rodada 2**

#### Observação da Visita de Avaliação de nível 3 – ONA

- Observar a avaliação realizada pelas avaliadoras da ONA aos setores do hospital, com objetivo de acompanhar a evolução e os resultados que comprovam o amadurecimento processo de qualidade e a possibilidade de obtenção do nível 3.
- Verificar as apresentações dos setores e visualizar se estavam consoantes com o que havia sido debatido nas reuniões planejadas na rodada 1.
- Verificar como os gestores e profissionais se posicionam ante a demonstração de suas atividades cotidianas, como interpretam e apresentam seus resultados.
- Verificar pelas falas e ações, o sentimento de pertencimento dos envolvidos aquele contexto e ao HRPT.
- Observar o maior número possível de situações que possam contribuir para a elaboração da tese, bem como, atitudes dos envolvidos no processo.

#### Observação da apresentação do hospital no 39º Congresso Brasileiro de Administração Hospitalar e Gestão em Saúde

- Verificar a apresentação da diretora do hospital e como a liderança do hospital ilustrou o processo percorrido pelo hospital para chegar ao nível 3.
- Observar situações, perguntas dos congressistas, respostas da representante do hospital, e situações que possam contribuir para a elaboração da tese.

**Rodada 3**Observação das oficinas de agrupamento de códigos pelos envolvidos no processo (HRPT)

- Verificar como atuam em equipe, qual tipo de tratamento utilizam uns com os outros.
- Observar se tratam os códigos superficialmente ou se refletem sobre os mesmos.
- Perceber situações que permitam conduzir a novos códigos e/ou refinem códigos e relações já existentes.
- Verificar como reagem aos códigos gerados, quais as principais reflexões que empreendem e como relacionam os dados.
- Observar se há discussões que conduzam a instituições formais e informais e o quanto aquelas citadas, impactam na prática do hospital e da acreditação hospitalar.
- Observar quanto aquelas citadas, impactam na prática do hospital e da acreditação hospitalar.
- Observar indícios que fortaleçam discussões para fomentar um primeiro esquema do modelo que propicie respostas à pesquisa.
- Verificar se há distorção entre as reflexões empreendidas pelos diferentes níveis organizacionais.
- Observar quanto do nível 3 é observado nas reflexões propostas.

**Rodada 4**Observação da semana de construção das interações entre os processos sistêmicos

- Averiguar se há sustentação pelas ações da categoria que se refere a forma como atuam.
- Buscar subsídios à categoria renomeada pelos envolvidos como “amor”
- Observar se, por desenvolverem nestes dias atividades em equipe, que tratam de resultados, onde nem todos trazem dados positivos ao processo, se as atitudes percebidas durante a rodada 3 se mantêm, se há sentimento de união, se há apoio entre os envolvidos.
- Perceber se os resultados são ditos/apresentados como sendo atos de uns e outros, ou como resultados de processos.
- Perceber como agem ante resultados negativos e positivos.
- Observar como a liderança estratégica se posiciona frente aos resultados.
- Verificar quanto do nível 3 está nas discussões e percepções dos envolvidos.

- Observar se os envolvidos percebem que evoluíram desde a obtenção do nível 3, no ano anterior.
- Buscar subsídios que certifiquem que o nível 3 está efetivamente instalado no HRPT.

#### Observação a Visita de Manutenção do nível 3 – ONA

- Observar a avaliação empreendida pelos avaliadores da IAC à organização hospitalar, buscando por melhorias no processo que conduzam efetivamente ao nível 3.
- Verificar se houve diferença no comportamento e ações dos gestores e entre a visita de certificação e a atual.
- Perceber melhorias e inovações empreendidas no último ano.
- Observar como apresentam as interações e resultados acordados em fevereiro/2017.
- Perceber se há situações que reforcem as categorias prévias: amor à causa, hospital tem significância as pessoas, relação afetiva.
- Buscar subsídios, por meio das falas, para as categorias: servir de solução à rede de saúde, cuidado centrado no paciente.
- Observar indícios que conduzam ou demonstrem efetivamente a cultura justa na organização.

## APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

#### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Pesquisadora:** Andreia Maria Berto

**Orientador:** Dr. Rolf Erdmann Erdmann

**Título da Pesquisa (provisório):** Uma teoria substantiva do processo de certificação de empresas de sucesso em ambientes complexos institucionalizados: o caso de um hospital acreditado.

#### Caro participante:

Gostaria de convidá-lo(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa acima intitulada. Trata-se de coleta de informações a serem utilizadas em tese de doutorado desenvolvida na Universidade Federal de Santa Catarina, participando de uma entrevista sobre o objeto de estudo. O objetivo deste estudo é verificar o processo de evolução e manutenção da certificação de acreditação hospitalar concedida pela Organização Nacional de Acreditação no Hospital Regional Público da Transamazônica. A entrevista será realizada pela pesquisadora, bem como, sua posterior análise.

#### Declaração do(a) Participante

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo-assinado(a), tendo sido devidamente esclarecido sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa intitulada, provisoriamente, “Uma teoria substantiva do processo de certificação de empresas de sucesso em ambientes complexos institucionalizados: o caso de um hospital acreditado.” declaro que tenho conhecimento dos direitos e das condições que me foram assegurados, a seguir relacionados:

- A garantia de receber respostas a qualquer pergunta ou esclarecimento a qualquer dúvida.
- A segurança de que não serei identificado e que será mantido o caráter confidencial da informação relacionada à minha privacidade.

- O direito de receber informações referentes ao andamento da pesquisa. Para tal solicitarei no e-mail da pesquisadora.

Declaro, ainda, que minha participação é livre e espontânea, assim, concordo com as condições que me foram apresentadas e, livremente, manifesto minha vontade de participar da referida pesquisa.

Altamira, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 201\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

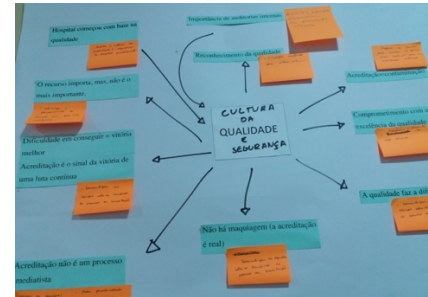
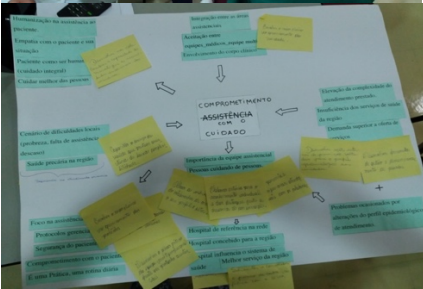
\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) entrevistado(a)

<sup>1</sup> Andreia Maria Berto

E-mail: [xxxxx](#)

Telefone (xx) xxxxxx

## APÊNDICE D – CONSTRUÇÃO DAS PRIMEIRAS CATEGORIAS DO MODELO



# APÊNDICE E – EXEMPLO DE EXTRATO DE CODIFICAÇÃO DO SISTEMA NVIVO

The screenshot displays the NVivo software interface. The main window shows a text node with the following content:

hospitalar, e depois de um mês que eu estava aqui, em setembro, eles me contrataram, me fizeram uma entrevista aqui, e me chamaram. Então eu comecei, na época eram dois farmacêuticos apenas, eles já eram acreditados em nível 1, não era obrigatório farmacêutico 24 horas na época, estava uma transição de troca, de farmacêuticos saindo e entrando, eu entrei com uma semana fui promovida à farmacêutica plena que era líder do setor, uma semana e meia que eu estava na instituição, e com seis meses eu fui promovida a coordenadora. Até então eles eram nível 1, então surgiu para próxima visita que seja ao do nível 2.

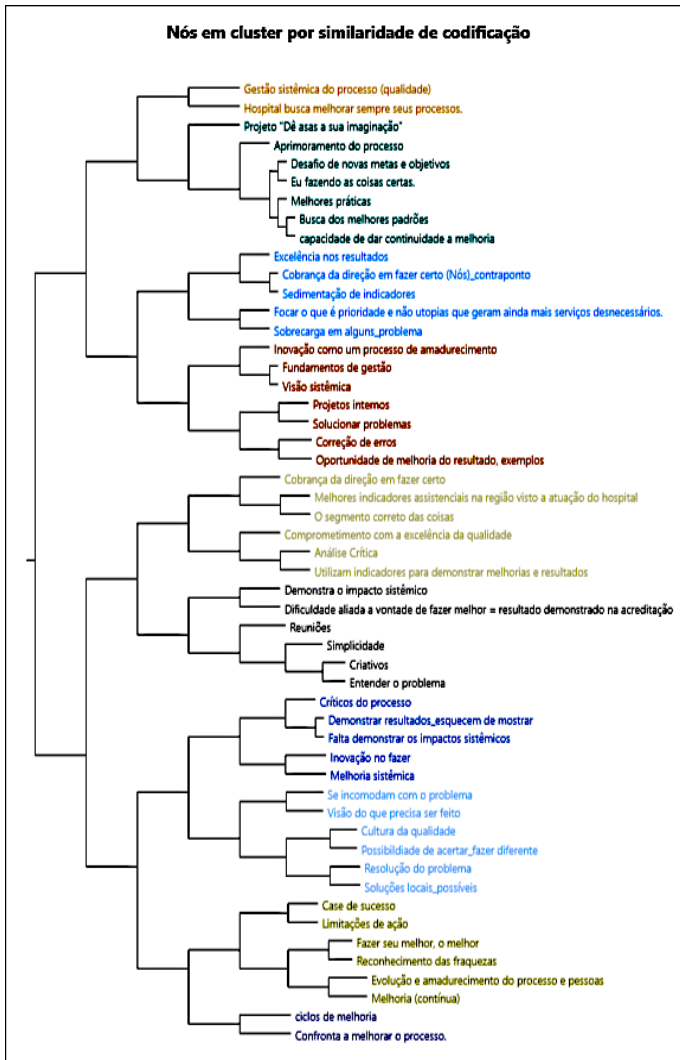
Eu lembro que eu não tinha família aqui, eu não tinha nada, eu vivia dentro do hospital, era manhã, tarde, noite, e final de semana manhã tarde e noite, eu ia para casa só para dormir sozinho. Então a gente trabalhou muito, até conhecer a equipe, comecei a fechar farmacêutico 24 horas foi obrigatório, nós tivemos transição de troca, entrava e saía, entrava e saía, mas a gente começou a melhorar os processos, a qualidade melhorou bastante, começamos a dar foco aqui e ali. As auditorias internas também na época a gente já começou, foi até a Dra. Sonia (pe eu não me engano) quem começou a dar os treinamentos, então, eu já comentei a ter uma visita maior em relação à ONA, e as ações começaram a ser implantadas, e a gente conseguiu o nível 2, nós não esperávamos ainda o nível 2, nós fizemos a manutenção, se eu não me engano no nível 1, e a gente acabou ganhando o 2 nessa manutenção se eu não me engano foi assim. Então a gente começou a trabalhar e manter, porque diminuir não era mais de um ano em ano, era de oito em oito meses se eu não me engano, mas trabalhando. O meu setor é um setor que impacta muito nos outros setores, tanto colaborador auxiliar de farmácia quanto farmacêutico, e nós estamos criando. Quando nós ganhamos o nível 2, para continuar mantendo ele, melhorar nosso processo, eu viajei para alguns hospitais para nós gerar nossa farmácia clínica, porque a evolução não era 100%, a gente participava de uma coisa aqui, e outra, mas não era bem visto lá em cima ainda, pelos médicos, nas intervenções,

The right-hand pane shows a list of themes and their corresponding codes:

- Dedicção dos gestores
- Ocorrência de auditorias internas
- A gente é uma família
- Problemas financeiros
- Realização profissional
- 2 Princípio do pertencimento
- Simplicidade
- Dificuldade de recrutar pessoas
- 1 Entender o problema
- Formação de gestores
- Condicantes internos
- Treinaemento dos profissionais de saúde
- Desenvolvimento de novos líderes (internos)
- União da equipe
- Hospital tem significância para as pessoas
- Bom ambiente de trabalho
- 3 Focos nos processos
- Criativos
- 1 Cuidado centrado no paciente
- Fazer seu melhor, o melhor
- Reconhecimento das fragilidades (no\_o processo, local)
- Dificuldades, problemas diversos
- Gestores de nível médio são responsáveis pela ação
- Rotatividade
- Aceitação entre equipes, médicos, equipe multi
- Problema - falta de sistema informatizado
- Prática= rotina diária (acreditação)
- Processo alinhado
- Por necessidade local
- Benchmarking
- A forma como nós trabalhamos
- Melhoria contínua
- Como estratégia organizacional impulsionada pela acreditação
- Inter
- Traba

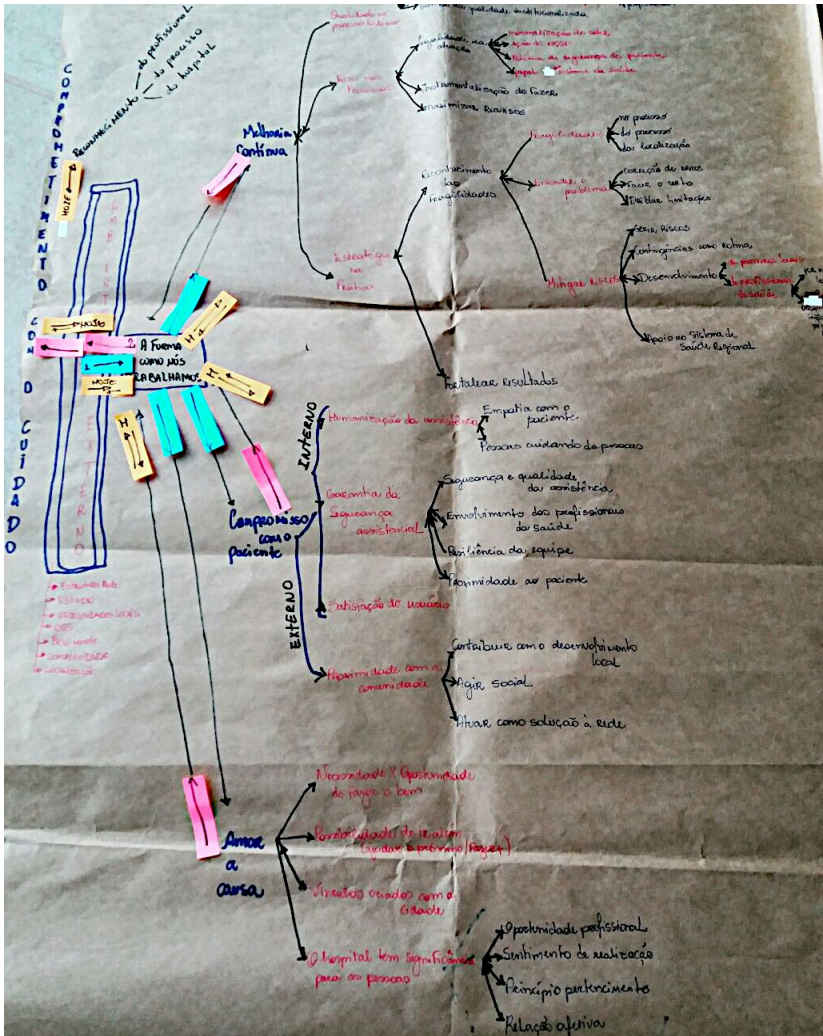
The bottom of the interface shows the NVivo navigation pane with options like 'Início', 'Criar', 'Dados', 'Analisar', 'Consultar', 'Explorar', 'Plano', 'Exibir', and 'Ajuda'. The status bar at the bottom indicates 'Nós - 45 Referências: 87', 'Somente leitura', 'Linha: 219 Coluna: 0', and the date '17:11 14/09/2017'.

## APÊNDICE F – AGRUPAMENTO “MELHORIA CONTÍNUA” CONSTITUÍDO A PARTIR DA ANÁLISE POR SIMILARIDADE DE CODIFICAÇÃO





# APÊNDICE G – ESQUEMA INICIAL DE ESTRUTURAÇÃO DO MODELO TEÓRICO



APÊNDICE H – PROTÓTIPO DO MODELO “COMPROMETIMENTO COM O CUIDADO”

